

INCAPACIDAD TEMPORAL

MANUAL PARA EL MANEJO EN ATENCIÓN PRIMARIA

GRUPO LEX ARTIS
SOCIEDAD MADRILEÑA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

INCAPACIDAD TEMPORAL
MANUAL PARA EL MANEJO
EN ATENCION PRIMARIA

GRUPO LEX ARTIS
SOCIEDAD MADRILEÑA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

COMITÉ EDITORIAL

Coordinador: FERNANDO LEÓN VÁZQUEZ

ANA BALLARÍN GONZÁLEZ

ANA M^a CRISTINA GARCÍA ÁLVAREZ

SOLEDAD HOLGADO CATALÁN

ANDRÉS LÓPEZ ROMERO

FCO. JAVIER MUÑOZ PERDIGUERO

GUADALUPE OLIVERA CAÑADAS

grupolex_artis@somamfyc.com

© Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria (SoMaMFyC)

Con la colaboración de AMAT

ISBN: 978-84-612-7648-6

Depósito Legal: M-52384-2008

Imprime: Gráficas Loureiro, S.L. – loureiro@graficasloureiro.es

A nuestras familias

ÍNDICE

ÍNDICE DE AUTORES	7
ABREVIATURAS MÁS UTILIZADAS	13
PRESENTACIÓN	15
PRÓLOGO	17
INTRODUCCIÓN	19
PRINCIPIOS GENERALES	
1. Perspectiva histórica	25
2. Epidemiología y gasto de la incapacidad temporal	35
3. Reflexiones éticas en la gestión de la incapacidad temporal	49
4. Propuestas de mejora	59
GESTIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL	
5. Concepto médico de incapacidad temporal: enfermedad, menoscabo e incapacidad	71
6. Aspectos administrativos de la incapacidad temporal	77
7. Duración de la incapacidad temporal	95
8. Accidente de trabajo	107
9. Enfermedad profesional	115
10. Incapacidad permanente	125
11. El régimen especial de autónomos	137
12. El régimen de trabajadoras de hogar	145
13. El papel de la Inspección Médica	149
14. El papel del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS). El Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI)	159

15. El papel de las mutuas	183
16. Descanso maternal y descanso por adopción	191
17. Riesgo durante el embarazo y la lactancia natural	207
18. Situaciones especiales	215
I. Desacuerdos	
II. Situaciones laborales peculiares	
III. Desplazamientos	
IV. Recaídas	
V. Situaciones administrativas particulares	
VI. Causas especiales de baja	
GESTIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL EN LAS PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES	
19. Valoración de la incapacidad temporal en lumbalgia	229
20. Valoración de la incapacidad temporal en cervicalgia y latigazo cervical	239
21. Valoración de la incapacidad temporal en hombro doloroso	255
22. Valoración de la incapacidad temporal en fibromialgia	271
23. Valoración de la incapacidad temporal en cardiopatía isquémica	281
24. Valoración de la incapacidad temporal en patología oncológica	309
25. Valoración de la incapacidad temporal en el embarazo	325
26. Valoración de la incapacidad temporal en depresión	345
27. El caso peculiar del “mobbing”	359
NORMATIVA	
28. Legislación aplicable	371

ÍNDICE DE AUTORES

MARÍA CANDELARIA ABELLÁN MARÍN

Especialista en Medicina Legal y Forense. Máster en valoración del daño corporal. Médico de la Dirección Médica de Contingencias Comunes. Ibermutuamur. Arganda del Rey.

SUSANA ÁLVAREZ GÓMEZ

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Médica Inspectora del Cuerpo de Inspección Sanitaria de la Administración de la Seguridad Social. Inspectora Médica Central. Policlínica Instituto Social de la Marina.

ANA BALLARÍN GONZÁLEZ

Residente de segundo año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Puerta de Hierro, Madrid. Grupo *Lex Artis* de la SoMaMFyC.

PATRICIA CATALÁN ALCALÁ

Especialista en Medicina familiar y comunitaria. Diplomada en Valoración del Daño Corporal. Médica del ITCC Centro Asistencial de Asepeyo en Las Rozas.

LUIS FERNÁNDEZ HERMIDA

Médico Inspector. Diplomado en Valoración Médica de la Incapacidad. Responsable de la Inspección Sanitaria de la Comunidad de Madrid.

ANA M^a GARCÍA ALONSO

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Dirección médica de Contingencias Comunes de los Servicios Centrales de Ibermutuamur. Madrid.

ANA CRISTINA GARCÍA ÁLVAREZ

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Diplomada en Promoción y Educación para la Salud. Máster Universitario en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios. Coordinadora Médica C. S Daroca. Área 4. Madrid. Grupo *Lex Artis* de la SoMaMFyC. Grupo de Atención al Anciano de la SoMaMFyC.

JUAN GÉRVAS

Licenciado y Doctor en Medicina y Cirugía. Diplomado en Medicina del Trabajo. Médico de Canencia de la Sierra, Canencia de los Montes y El Cuadrón (Madrid). Equipo CESCA, Madrid.

CLARA GUILLÉN SUBIRÁN

Doctora en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina del Trabajo. Especialista en Valoración del Daño Corporal. Master en Dirección Médica y Gestión Clínica. Jefe de Departamento de Enfermedades Profesionales de Ibermutuamur.

ROSARIO GUTIÉRREZ LABRADOR

Doctora en Medicina y Cirugía. Especialista en Psiquiatría. Especialista en Medicina del Trabajo. Técnico Superior en Prevención de Riesgos Laborales en Ergonomía y Psicología. Centro de Salud Mental del Alcobendas.

SOLEDAD HOLGADO CATALÁN

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Máster en Bioética. Tutora de Residentes de MFyC. Grupo *Lex Artis* de la SoMaMFyC. Grupo Bioética de la semFYC. Centro de Salud Monterrozas. Área 6. Madrid.

EMILIO JARDÓN DATO

Especialista en Medicina del Trabajo. Médico Inspector del Cuerpo de Inspección Sanitaria de la Administración de la Seguridad Social.

FERNANDO LEÓN VÁZQUEZ

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Máster en Derecho Sanitario. Grupo *Lex Artis* de la SoMaMFyC. GdT Enfermedades Reumatológicas de la SemFYC. CS Pozuelo-San Juan de la Cruz. Área 6. Madrid.

M^a ÁNGELES LÓPEZ ORIVE

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Especialista en Medicina Preventiva. Máster Universitario en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios. Experta universitaria en Gestión de Unidades Clínicas. Diplomada superior en Bioética. Grupo de Seguridad del Paciente de la SemFyc. EAP Abrantes. Área 11. Madrid.

ANDRÉS LÓPEZ ROMERO

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Máster Internacional en Derecho Sanitario. Máster en Dirección y Gestión de Servicios Sanitarios. Subdirección de Gestión y Seguimiento de Objetivos en Atención Primaria. Dirección General de Atención Primaria. Consejería de Sanidad. Madrid. Grupo *Lex Artis* SoMaMFyC.

BEGOÑA MARÍN MARTÍNEZ

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Médico de Control de Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes. MAZ.

JOSÉ ANTONIO MENESES DEL PESO

Abogado. Responsable del Área Ejecutiva. Departamento Jurídico. Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo (AMAT).

MANUEL J. MOZAS CÁMARA

Licenciado en Ciencias Políticas y Sociología (Sección de Ciencia Política y de la Administración. Especialidad de Estudios sociolaborales) Graduado Social. Gestor Informador. Dirección Provincial de la Tesorería General de la Seguridad Social de Toledo.

FRANCISCO JAVIER MUÑOZ PERDIGUERO

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Máster en Gestión Sanitaria. Grupo *Lex Artis* de la SoMaMFyC. Médico de Contingencias Comunes. Ibermutuamur. Leganés.

ANA NAVARRO PEÑALVER

Especialista en Medicina del Trabajo. Directora de Servicios médicos Contingencias Comunes. MAZ.

GUADALUPE OLIVERA CAÑADAS

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Diplomada en Derecho. Máster en Derecho Sanitario. Grupo *Lex Artis* de la SoMaMFyC. CS Isla de Oza. Area 6. Madrid.

ALBERTO PARDO HERNÁNDEZ

Médico Inspector del Cuerpo Superior de Inspección de la Comunidad de Madrid.

JOSÉ IGNACIO PASTRANA JIMÉNEZ

Doctor en Medicina. Especialista en Psiquiatría. Psiquiatra de la Dirección Médica de Contingencias Comunes de los Servicios Centrales de Ibermutuamur. Madrid.

MERCEDES PÉREZ FERNÁNDEZ

Especialista en Medicina Interna. Diplomada en Medicina del Trabajo. Médica de Braojos, Gandullas, Gascones, La Serna y Piñuecar (Madrid). Equipo CESCA, Madrid.

RAFAEL RAMOS MUÑOZ

Director Médico de Contingencias Comunes de Ibermutuamur. Médico Especialista en Medicina del Trabajo. Diplomado en Valoración Médica de Incapacidades.

RAÚL REGAL RAMOS

Médico Evaluador de la Unidad Médica del Equipo de Valoración de Incapacidades del Instituto Nacional de la Seguridad Social de la Provincia de Madrid.

MARIANO RIGABERT ANTON

Médico Inspector del Cuerpo Superior de Inspección de la Comunidad de Madrid.

ROSA M^a SERVIÁN CARROQUINO

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Máster en Medicina Evaluadora. Experta Universitaria en Informática de la Salud y Telemedicina. Jefa del Departamento de Seguimiento de Gestión, Sistemas y Desarrollo Tecnológico de la Dirección Médica de Contingencias Comunes de Ibermutuamur.

PALOMA TEIXIDÓ MARTÍNEZ

Médica de Gestión de Contingencias Comunes. Área Central de Prestaciones de la Mutua Universal.

M^a LUZ TRILLA SUÁREZ

Médico Inspector del Cuerpo de Inspección Sanitaria de la Administración de la Seguridad Social. Master en Derecho Sanitario. Diplomado en Diseño y Estadística para la Investigación en Ciencias de la Salud. Responsable de la Unidad Central de Incapacidad Temporal en la Inspección Sanitaria de la Comunidad de Madrid.

FRANCISCA TORIBIO TROYANO

Licenciada en Medicina y cirugía. Especialista en Medicina del Trabajo. Jefe de Servicio de Supervisión Médica de Contingencia Común de MC-Mutual.

DOLORS VILA ALSINA

Licenciada en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina del Trabajo y Máster en Medicina Evaluadora por la Universidad de Barcelona (2004). Jefe de Departamento de Supervisión Médica de Contingencia Común de MC-Mutual.

PURIFICACIÓN VILASECA FERNÁNDEZ

Licenciada en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina del Trabajo. Médico del Servicio de supervisión Médica de contingencia Común de MC-Mutual.

ABREVIATURAS MÁS UTILIZADAS

AMAT	Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo
ANL	Accidente no laboral
APS	Atención Primaria de Salud
AP	Atención Primaria
AT	Accidente de Trabajo
BOE	Boletín Oficial del Estado
BR	Base reguladora
CAISS	Centro de Atención e Información de la Seguridad Social
CC	Contingencia común
CCAA	Comunidades Autónomas
CE	Constitución Española
CEPROSS	Comunicación de Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CON	Clasificación Nacional de Ocupaciones
CNAE	Clasificación Nacional de Actividades Económicas
CP	Contingencias Profesionales
EC	Enfermedad Común
EP	Enfermedad Profesional
EVI	Equipo de Valoración de la Incapacidad
ILT	incapacidad laboral transitoria (término en desuso)
IMSERSO	Instituto de Mayores y Servicios Sociales
INEM	Instituto Nacional de Empleo
INP	Instituto Nacional de Previsión
INSALUD	Instituto Nacional de la Salud

INMST	Instituto Nacional de Medicina, Higiene y Seguridad en el Trabajo
INSS	Instituto Nacional de la Seguridad Social
IP	Incapacidad Permanente
IPF	Identificador de Persona Física
IPREM	Indicador Público de Renta para Efectos Múltiples
IPT	Incapacidad permanente total
ISFAS	Instituto Social de las Fuerzas Armadas
ISM	Instituto Social de la Marina
ISTAS	Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud
IT	Incapacidad Temporal
LGSS	Ley General de la Seguridad Social
LPNI	Lesiones Permanentes no invalidantes
MATEPSS	Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades profesionales de la Seguridad Social
MF	Médico de Familia
MTAS	Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
MUFACE	Mutualidad de Funcionarios de la Administración Civil del Estado
MUJEJU	Mutualidad General Judicial
NAF	Número de Afiliación a la Seguridad Social
OM	Orden Ministerial
OMC	Organización Médica Colegial
RD	Real Decreto
RDL	Real Decreto Legislativo
RETA	Régimen Especial de Trabajadores Autónomos
SNS	Sistema Nacional de Salud
SS	Seguridad Social
SOE	Seguro Obligatorio de Enfermedad
SOVI	Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez
SPS	Sistema Público de Salud
TRLGSS	Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social

PRESENTACIÓN

Este Manual va dirigido a todos aquellos médicos que en el desarrollo de su actividad profesional se ocupan, al menos durante una parte de ella, de la atención a los trabajadores en situación de incapacidad temporal. Pero también a todos aquellos profesionales, sanitarios o no, que quieran aproximarse al conocimiento de la gestión de la incapacidad temporal desde una amplia y actualizada perspectiva.

Podemos afirmar que tenemos en nuestras manos una obra necesaria, pues es difícil encontrar alguna otra (exceptuado, tal vez, el capítulo dedicado a la atención a los trabajadores del Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria) que recoja todos los aspectos que intervienen en la atención sanitaria a los trabajadores y en la gestión del proceso de incapacidad para realizar su trabajo, de una manera tan completa y con el claro objetivo de servir de consulta y de ayuda a la hora de tomar decisiones en el entramado escenario de la incapacidad laboral; porque es este uno de los espacios más concurridos de todos aquellos en los que un médico de familia ha de interactuar.

Los médicos de familia sabemos que, mediante el entendimiento progresivo del modelo de abordaje integral centrado en las personas y en la salud, ha sido posible consolidar algunos avances en la atención compartida de los pacientes, trabajando con el resto de especialidades en procesos de coordinación conjunta a través de la gestión de los problemas desde el centro de salud. Sin embargo, en el caso de la atención a los trabajadores con incapacidad temporal, sabemos que con excesiva frecuencia la colaboración entre los distintos agentes no es fluida; y eso que no es posible entender el ejercicio asistencial sin ella. Pero, aunque en muchas ocasiones no existe el grado de coordinación necesario, tenemos el convencimiento de que se trata de un problema de estructuras más que de especialidades; y tenemos asi-

mismo la experiencia de que cuando se deja en manos de los profesionales, se hacen más eficientes los servicios y más fácil el camino de cualquier trabajador con incapacidad temporal a través del sistema sanitario y de las entidades gestoras o colaboradoras de la seguridad social.

Por eso, este Manual comporta el doble valor que supone, por un lado, constituirse en un instrumento que facilita la información para la toma de decisiones a las que diariamente nos enfrentamos en las consultas de los centros de salud. Y, por otro, adquirir importancia como elemento de coordinación entre los diversos actores que participan en el proceso de atención a todo aquel trabajador que se encuentra en situación de incapacidad temporal por enfermedad o accidente.

Quiero en esta breve presentación agradecer el esfuerzo realizado por el Comité editorial, que ha sido capaz de recopilar, sintetizar y clarificar la información y el conocimiento disponibles para un óptimo aprovechamiento por parte de todos los que vamos a consultar esta obra, así como para un mayor servicio a las personas a las que diariamente atendemos. Entre los más de treinta autores de este Manual se encuentran médicos de familia, médicos del trabajo, psiquiatras, internistas, forenses, inspectores, sociólogos y abogados, proveniente cada uno de ellos de las diferentes estructuras que participan en el soporte a la gestión de la incapacidad temporal, Servicios de Salud, Mutuas de accidentes de trabajo, Instituto Nacional de la Seguridad Social. Quiero agradecer a cada uno de ellos el importante trabajo realizado en la elaboración de los diferentes capítulos. Y gracias especialmente también al *Grupo de trabajo Lex Artis de la Somamfyc*, por su contribución, editando este Manual, a la mejora permanente de la calidad en la atención que prestamos, y por su compromiso al poner en marcha esta iniciativa.

Luis AGUILERA GARCÍA
Presidente de la semFYC

PRÓLOGO

En la figura de la Incapacidad Temporal derivada de Contingencias Comunes, confluyen por un lado aspectos sanitarios, y por otro lado aspectos laborales, económicos y sociales, que provocan una serie de importantes consecuencias, que afectan principalmente:

- Al trabajador, que sufre la alteración de la salud que le imposibilita la prestación efectiva de su trabajo, y ve reducida su capacidad de ingresos.
- A la empresa, que durante las situaciones de ausencia del trabajador ve reducida sus recursos y su productividad.
- Al Sistema de Seguridad Social, ya que se genera un importante coste para hacer frente a las situaciones de carencia de rentas por parte de los trabajadores en situación de baja.

Dentro de este contexto, hay que señalar que el régimen jurídico de esta prestación ha venido experimentando en los últimos años numerosas y variadas reformas que han tenido como principal objeto la contención del gasto de esta prestación.

Con la finalidad de facilitar el trabajo del facultativo del Servicio Público de Salud, que tiene a su cargo la responsabilidad de valorar la posible existencia de una incapacidad temporal, se considera de gran utilidad el proporcionar a este colectivo un mayor conocimiento del actual marco regulador de la prestación de incapacidad temporal, la tramitación administrativa de estas situaciones, así como el papel que juegan las distintas entidades involucradas en la gestión y control de las bajas laborales.

Estoy convencido de que este Manual para el manejo de la Incapacidad Temporal para Médicos de Atención Primaria, logrará ese objetivo, porque

actúa como una guía clara para la evaluación de las distintas contingencias, realiza a su vez un análisis del reparto de competencias entre los distintos organismos que intervienen en la evaluación de las posibles incapacidades de los pacientes, repasa las características de las distintas prestaciones sociales derivadas de las diferentes situaciones sanitarias, analiza las características administrativas de los distintos regímenes de la Seguridad Social, e incluye un análisis de nuevas situaciones, derivadas de la acelerada evolución sociodemográfica de España en los últimos años.

Asimismo, esta publicación también tiene como finalidad, concienciar a todas las partes implicadas y afectadas por las situaciones de incapacidad temporal (Servicios Públicos de Salud, Entidades Gestoras, Entidades Colaboradoras, Empresas y Trabajadores), sobre la necesidad de establecer nuevos mecanismos de cooperación y colaboración, y potenciar los ya existentes, para que dándose cobertura a las situaciones reales de imposibilidad de acceder al trabajo en caso de enfermedad común o accidente no laboral, se evite la utilización indebida de esta prestación, y con ello conseguir una eficiente asignación de los recursos disponibles, con el principal objetivo de mejorar la asistencia de los trabajadores y el equilibrio financiero de la Seguridad Social.

Hay que tener presente que la calidad y eficiencia de la atención sanitaria y administrativa a los ciudadanos españoles afectados por enfermedad común o accidente no laboral, dependerá en buena medida de la interrelación y el trabajo conjunto del Instituto Nacional de la Seguridad Social, los Servicios Públicos de Salud y las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.

Esperamos que el contenido de la presente publicación sea de interés para todos y sirva a las finalidades anteriormente expuestas, contribuyendo a avanzar en propuestas de reforma del actual marco normativo de esta prestación, en aras de la adopción de medidas más eficaces de gestión.

Pedro BARATO TRIGUERO
Presidente de AMAT

INTRODUCCIÓN

Grupo Lex Artis

Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria.
SOMAMFYC

Hace tres años comenzamos nuestra andadura como *Grupo Lex Artis* dentro de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria (SoMaMFyC). Compuesto por médicos de familia que desarrollamos nuestra actividad en distintos ámbitos, decidimos formarnos en incapacidad temporal. Apenas 15 diapositivas nos llevaron a 4 horas de coloquio, para después embarcarnos en el proyecto de preparar un taller. Su excelente aceptación nos ha animado a dar este nuevo paso: hacer un libro. Escribir un *Manual de incapacidad temporal* ha sido para nosotros todo un reto. Hemos querido que participaran facultativos de las diferentes áreas implicadas: atención primaria, Inspección Médica, Instituto Nacional de la Seguridad Social y Mutuas. Les pedimos que nos transmitieran su experiencia sobre el tema, su visión del mismo y las últimas novedades legislativas en la materia. Nace con la vocación de facilitar el día a día en la consulta del médico de familia del Sistema Público de Salud. Él es el responsable de las altas y las bajas de los trabajadores, no el paciente que viene “a que me dé la baja o el alta” o que reclama “espérese a darme el alta hasta después del puente”.

TOMA DE DECISIONES EN INCAPACIDAD TEMPORAL

Tras el proceso de recogida de datos de anamnesis, exploración y pruebas complementarias, el médico realiza una aproximación diagnóstica, con mayor o menor grado de incertidumbre, y elabora un plan terapéutico, que

abarca tanto aspectos farmacológicos como no farmacológicos: dieta, hábitos de vida y, en su caso, cierto grado de reposo. La prescripción de reposo en una persona laboralmente activa conlleva la necesidad del cese de su actividad profesional. La antiguamente conocida como incapacidad laboral temporal, la popular baja, es un derecho reconocido para todos los trabajadores, tanto por cuenta propia como por cuenta ajena. Sin embargo no implica que sea exigible al médico como si un derecho absoluto se tratara, y tal como algunos usuarios lo perciben. La **incapacidad temporal** es la situación a la que accede el trabajador que se encuentra imposibilitado para realizar su trabajo habitual, debido a una alteración no permanente de su salud, y mientras recibe tratamiento de la Seguridad Social. Tras el reconocimiento de un facultativo del Sistema Público de Salud, de atención primaria o especializada, éste decide sobre su imposibilidad para trabajar y emite un parte oficial de baja, único documento reconocido legalmente. A partir de entonces se produce una “suspensión” en la relación laboral, el trabajador deja de estar obligado a prestar servicios a su empresa, y el empresario deja de pagarle su sueldo. Para suplir la pérdida salarial, nace el derecho a una prestación económica que abona la Seguridad Social, directa o indirectamente.

Todos los días en nuestra consulta tenemos que decidir si un trabajador enfermo está o no capacitado para su trabajo habitual. Nos genera dudas tanto desde el punto de vista clínico (¿será el reposo útil para mejorar su salud?, ¿cuándo puede el paciente incorporarse a trabajar?...) como legal (¿qué pasa cuándo se completa el plazo de 12 meses? ¿se puede ir de vacaciones estando de baja? ¿qué hacer cuándo sospecho que el paciente de baja está trabajando? ¿puede una enfermedad interrumpir el descanso maternal?...). Conocer aspectos legales de la incapacidad temporal, saber las tareas habituales del trabajador, utilizar las instancias de ayuda para su gestión (Inspección, Mutuas...), saber quién se va a hacer cargo del pago de la prestación y manejar con habilidad las patologías que más a menudo generan incapacidad nos ayudará a resolver muchas dudas.

USO RACIONAL DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

En un centro de salud el gasto por la prestación de incapacidad temporal supone más del 50% de los recursos totales gestionados. Su importancia es mayor si tenemos en cuenta que sólo un 30% de la población total (lo que llamamos población activa) tiene derecho a esta prestación. La decisión es

importante, tanto por el beneficio directo para el trabajador y para su familia, como para la empresa y para el sostenimiento del sistema de protección de la Seguridad Social, comprometiéndose todos en un buen uso de los recursos económicos y sanitarios. En los últimos años la incidencia de la incapacidad temporal ha ido en aumento. Entre todas las medidas de control, la formación del médico de familia para valorar si la enfermedad que padece el trabajador le impide el desarrollo de su trabajo es de las más importantes.

La sociedad no debe ser cómplice de aquéllos que utilizan la incapacidad temporal como fuente “extra” de ingresos o “días de permiso fuera de los de convenio”. Debe ser consciente de que el mal uso de una parte de sus ciudadanos priva de otros servicios necesarios. El descontento en el puesto de trabajo también incide en la duración de la incapacidad temporal: las mejoras en el mismo y las facilidades para compatibilizar la vida familiar reducen el índice de absentismo.

No podemos olvidar las condiciones en que se desarrolla la labor asistencial en atención primaria. Un médico cuenta con pocos minutos para la valoración, en ocasiones necesita de pruebas complementarias que pueden dilatar en el tiempo los procesos. ¿Cómo podríamos paliar estas carencias? No sería ético favorecer a los que están en situación de baja a la hora de acceder a pruebas o tratamientos. Por otro lado se podría pervertir el sistema haciendo un mal uso de la incapacidad temporal para agilizar las pruebas o tratamientos, tal y como sucede con las urgencias hospitalarias. Las Mutuas Laborales, dependientes del Ministerio de Trabajo, colaboran con el Sistema Público de Salud en la realización de pruebas y tratamientos. Ese *hueco* que liberan en la lista de espera del Servicio Público puede ser utilizado por otro usuario; existen ya experiencias de cogestión de centros públicos con esperanzadores resultados.

La incapacidad temporal puede generar conflictos en la relación médico paciente, lo que hace que algunos profesionales prefieran que se les descargue de esta tarea por entenderla meramente burocrática y ajena a sus funciones. Una de las quejas más frecuentes por parte de los médicos de atención primaria es la sensación de soledad y escaso apoyo institucional en la incapacidad temporal. Debemos conocer el resto de instancias implicadas en el control de la baja, desterrando la idea de que solo “nos controlan” las bajas y colaborando todos para el mejor manejo de este recurso. Las Inspecciones Médicas tienen el cometido de velar por la adecuación de la Incapacidad, y contamos con su apoyo y consejo en situaciones difíciles. Los Equipos de Valoración de la Incapacidad (EVI) dependientes del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) pueden evaluar al trabajador para decidir sobre su reincorporación laboral o su

paso a incapacidad permanente. Las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS) son entidades sin ánimo de lucro que colaboran con la Seguridad Social para mejorar la atención de los trabajadores enfermos, adelantan pruebas diagnósticas, determinadas terapias, y así acortan los tiempos de espera que retrasan el alta.

Un pequeño grupo de patologías aglutina la mayoría de los días de baja. Cabe destacar las bajas por lumbalgia, cervicalgia, patología inflamatoria de hombro, complejo depresión-ansiedad, la difícilmente clasificable fibromialgia, las enfermedades asociadas al embarazo... Hemos seleccionado algunas de estas enfermedades que el médico deberá conocer a fondo para poder objetivar el grado de limitación funcional (menoscabos) producido, valorar la necesidad de prolongar el reposo y manejar las alternativas terapéuticas existentes. Y siempre estar atento para la posibilidad, no tan rara, de que aparezca un cierto grado de exageración de los síntomas ocasionada por un rentismo, o directamente un fraude por simulación de una patología inexistente. También surgen recientemente situaciones laborales complejas, no calificables propiamente como enfermedades, como el “*mobbing*” que ocupa un capítulo. El acoso psicológico en el trabajo no es nuevo; sin embargo en esta sociedad del bienestar en la que nos encontramos buscamos una causa médica a cualquier malestar, se tiende a psicologizar los problemas de la vida diaria, incluyendo las relaciones laborales.

NOVEDADES EN IT

Recientemente se han incluido aspectos nuevos en la gestión y control de la incapacidad temporal, modificando el artículo 128.1 de la Ley General de Seguridad Social. Se establece que, agotado el plazo de duración de 12 meses, el INSS a través del EVI es el único competente para reconocer la situación de prórroga con un límite de 6 meses más, para determinar el inicio de un expediente de Incapacidad Permanente, o para emitir el alta médica. La nueva Ley 40/2007, en uno de los puntos más conflictivos, incorpora también la posibilidad de “manifestar disconformidad” contra esta alta médica del INSS ante el Servicio de Salud ante la Inspección Médica. Debemos conocer estas novedades para poder informar adecuadamente a los pacientes.

Esperamos que este libro cumpla vuestras expectativas. A este fin hemos dedicado todo nuestro esfuerzo.

PRINCIPIOS GENERALES

1. Perspectiva histórica

Alberto Pardo Hernández
Mariano Rigabert Antón

El diccionario de la Lengua Española define la incapacidad como “el estado transitorio o permanente de una persona que, por accidente o enfermedad, queda mermada en su capacidad laboral”.

Se puede observar que la definición contiene algunos aspectos que nos gustaría señalar, ya que están en el origen de esta prestación. Por una parte, la relación entre la situación clínica del trabajador y la imposibilidad o no para trabajar por esa merma de su capacidad laboral y, por otra, el origen de la incapacidad ya sea por accidente o enfermedad.

Es importante revisar estos dos aspectos ya que han marcado de alguna manera la evolución histórica de la prestación que actualmente conocemos como incapacidad temporal. Se está hablando de una situación clínica que impide trabajar y la sociedad lo que ha establecido a lo largo de los últimos cien años ha sido una salvaguarda ante esta situación, proporcionando al trabajador impedido dos tipos de protecciones: la asistencia sanitaria y el pago de un subsidio económico.

Por tanto, coexisten una prestación sanitaria y otra económica, y esta doble protección ha ido marcando el devenir legislativo de la incapacidad, en el que además han incidido claramente las entidades responsables de proporcionar cada una de estas prestaciones.

Para finalizar esta pequeña toma de posiciones inicial, faltaría un tercer aspecto: el carácter transitorio o temporal de esta incapacidad, frente a la posibilidad de que la incapacidad pueda ser permanente. En puridad, se

debería hablar de una situación lineal en la que el paso cronológico de una a otra situación se podría producir cuando las lesiones pasaran a ser definitivas. No obstante, la legislación ha puesto límites temporales a este concepto, fundamentalmente por la necesidad de establecer actuaciones de control del mismo.

Si se repasa la evolución legislativa en nuestro país, se puede observar que, en el caso de la cobertura social de estos riesgos, se comenzó con la protección individual de algunos de ellos (accidente, enfermedad, etc.) para ir convergiendo en una protección integrada en un Sistema de Seguridad Social.

En concreto, la primera contingencia protegida fue el accidente de trabajo a través de la Ley de Accidentes de Trabajo, también denominada Ley Dato. En 1899, Eduardo Dato, Ministro de Gobernación de la época, presentó su proyecto de Ley, que finalmente fue promulgada el 30 de enero de 1900.

En ese momento, los empresarios comenzaron a asociarse creando las primeras Mutuas de accidentes de trabajo, para asegurar la respuesta ante la posibilidad de tener que indemnizar a los trabajadores que se accidentasen como consecuencia de un accidente de trabajo.

En el año 1908 a través de su Ley Fundacional de 27 de febrero, se constituyó el Instituto Nacional de Previsión (INP), siendo el organismo encargado de la gestión y administración de los diferentes seguros sociales instaurados en nuestro país.

Desde entonces, partiendo de esta primera protección del accidente de trabajo y a través de la puesta en marcha de diferentes seguros sociales independientes, se fueron protegiendo paulatinamente otras contingencias, como fueron el Seguro Obligatorio del Retiro Obrero en 1919, el Seguro Obligatorio por Maternidad en el año 1929 o la Ley de Accidentes de Trabajo en la Industria en 1932.

No obstante, hay que esperar hasta el año 1942, para la aparición del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) a través de la Ley de 14 de diciembre de 1942, dirigida a proteger a los trabajadores con pocos recursos económicos. Esta Ley establece entre sus fines (artículo 2): la prestación de asistencia sanitaria en caso de enfermedad, la prestación de asistencia sanitaria en caso de maternidad, la indemnización económica por la pérdida de retribución derivada de los riesgos anteriores y también, y lo citamos como curiosidad, incluía la indemnización para gastos funerarios.

En esta norma también se establece la Inspección de Servicios Sanitarios, si bien hay que esperar hasta la emisión del Reglamento de 11 de no-

viembre de 1943, de desarrollo de la citada Ley, para que se establezcan los principios básicos de su organización y funciones. Entre estas últimas podemos encontrar la comprobación de los partes de enfermedad y curación o la inspección de las prestaciones sanitarias.

Como se ha podido observar a lo largo de la primera mitad del siglo pasado se fueron acumulando una serie de seguros, pero hay que esperar hasta el año 1963 para encontrar la confluencia de este conjunto de seguros sociales a un sistema de Seguridad Social con la promulgación de la Ley de Bases, de 28 de diciembre. Por tanto, es en este momento cuando se culmina el largo camino que se ha descrito hacia su unificación.

La Ley dedicaba su artículo 29 a la regulación de la llamada Incapacidad Laboral Transitoria (ILT) determinando las situaciones que tenían esta consideración: enfermedad común o profesional, accidente sea o no de trabajo, los periodos de observación de enfermedades profesionales y los periodos de descanso, voluntarios y obligatorios, en el caso de la maternidad. También establecía la prestación económica en las diversas situaciones citadas.

Además, en su artículo 2, establecía que el Gobierno, en el plazo de dos años, aprobaría un texto articulado en desarrollo de las bases que esta Ley establecía. En cumplimiento de este mandato se promulgó el Decreto 907/1966, aprobando el Texto Articulado de la Seguridad Social como desarrollo de la citada Ley de Bases.

Esta norma supuso en la práctica la puesta en marcha del sistema. Respecto a la ILT hay que citar diferentes normas de desarrollo como el Decreto 3158/1966, de 23 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento General que determina la cuantía de las prestaciones económicas del Régimen General de la Seguridad Social y las condiciones para el derecho a las mismas; o la Orden Ministerial de 13 de octubre de 1967, por la que se establecen normas para la aplicación y desarrollo de la ILT en el Régimen General de la Seguridad Social.

La Ley de 1966 fue modificada por la Ley 24/1972 de financiación y perfeccionamiento, que amplió las prestaciones económicas y unida a la Ley de 1966, dio lugar al Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social de 1974, aprobado en el Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, que ha estado vigente durante veinte años.

De ese mismo año, en relación con el control de la prestación, es la Orden del Ministerio de Trabajo, de 21 de marzo de 1974, por la que se regulan funciones de la Inspección en materia de altas médicas. En concreto, su

artículo primero establece cómo la Inspección, de oficio o en virtud de la información recibida, podrá decretar el alta médica de los trabajadores en situación de ILT por enfermedad común o accidente no laboral. Además se especifica, en su artículo 2, que durante un periodo, que no podrá ser inferior a seis meses, la baja médica de estos trabajadores dados de alta corresponderá a dicha Inspección.

Cuatro años después, en el año 1978, antes de promulgarse nuestro texto constitucional, se aprobó un Decreto Ley que resulta fundamental para entender la evolución de la prestación por incapacidad. El INP se extingue y se crean las entidades gestoras: el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) encargado de la gestión de las prestaciones económicas, el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) encargado de la gestión de las prestaciones sanitarias y el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO) encargado de la gestión de las prestaciones sociales.

Este cambio, en el orden práctico, significaba que los aspectos sanitarios de la prestación, incluido su control sanitario, quedaban encuadrados en el INSALUD, mientras que los económicos pasaban al INSS, existiendo de facto una separación en la gestión de los aspectos básicos de la incapacidad.

En diciembre se aprobó la Constitución, elemento esencial en el sistema actual de la Seguridad Social al establecer en su artículo 41 que los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo. Además, también recoge que la asistencia y prestaciones complementarias serán libres. También incluye la protección de la salud y posibilita que las autonomías puedan asumir competencias en la asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

Durante la década de los ochenta, aunque existieron normas relacionadas con la prestación, como por ejemplo la reducción de la cuantía de la prestación durante el período del cuarto al vigésimo día de la baja, pasando del 75% al 60% de la base reguladora (Real Decreto 53/1980), la norma más importante fue la Ley General de Sanidad de 1986, que crea el marco jurídico adecuado para la consolidación de un Sistema Nacional de Salud y, tomando como eje el marco autonómico, se estructuran los Servicios de Salud de las comunidades autónomas.

No obstante, en estos años los aspectos básicos de la prestación por ILT se mantenían bastante estables, y así se llega a los años noventa donde el incremento del gasto de la prestación llevó aparejado cambios relevantes en

la misma. En este sentido, se puede citar el traslado del abono de la prestación entre los días cuarto al decimoquinto a cargo del empresario (Ley 28/1992).

Continuando con el orden temporal, el año 1994 supone el inicio de una serie de cambios legislativos de mayor calado que van a afectar a las competencias entre los distintos agentes encargados de la gestión y control de la incapacidad. Se publica el Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, que aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social. En esta norma se redefinen los conceptos de incapacidad laboral transitoria (artículo 128), de invalidez e incapacidad permanente (Capítulo V). Sobre las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS) (artículo 68), se establece que las Entidades Gestoras de la Seguridad Social o las correspondientes MATEPSS podrán acordar conciertos de colaboración con el INSALUD o los Servicios de Salud de las comunidades autónomas.

En esta línea se han aprobado distintos conciertos, como el Concierto Marco entre el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y el de Sanidad y Consumo para el control de la prestación de IT, de 15 de octubre de 1996; el de Cooperación entre el INSS y las MATEPSS para la emisión de informes y práctica de pruebas médicas y exploraciones complementarias para el examen, calificación, y revisión de incapacidades, etc.

En diciembre de ese año se promulga la Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social, que plantea un cambio fundamental en la prestación al refundir los conceptos de ILT por el nuevo de incapacidad temporal (IT), y al mismo tiempo suprimir la contingencia de invalidez provisional. Además extrae la maternidad del concepto de incapacidad y lo configura como una contingencia específica. Por otra parte, también amplía la colaboración de las Mutuas en la gestión de la Seguridad Social al permitir a los empresarios ya asociados a una Mutua concertar con esa misma entidad, la prestación económica por incapacidad temporal derivada de contingencias comunes de sus trabajadores. Asimismo, se permitió optar por cubrir esta prestación con las Mutuas a los trabajadores autónomos y por cuenta propia del Régimen Especial Agrario.

Este es un cambio fundamental, ya que hasta este momento las Mutuas sólo actuaban en las contingencias profesionales. A partir de aquí comenzaban un camino en la gestión de las contingencias por enfermedad común y accidente no laboral, partiendo del pago de la prestación pero que posteriormente se ha ido ampliando.

El Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre, aprueba el vigente Reglamento de Colaboración de las MATEPSS, modificándose y ampliándose esta norma por el Real Decreto 428/2004, de 12 de marzo, con motivo de la incorporación de los trabajadores autónomos en la cobertura de contingencias profesionales.

Un año después, la Ley 13/1996, de 30 de diciembre, de Medidas fiscales Administrativas y de Orden Social, en el artículo 78, apartado dos, establece como nueva medida que los médicos adscritos a las Entidades Gestoras de la Seguridad Social o a las MATEPSS puedan formular propuestas de alta médica, con los efectos que reglamentariamente se establezcan, y que sean consecuencia de la actividad de control a la que vienen obligados los trabajadores para la percepción de las prestaciones.

Con esta norma se inicia la tendencia por la que médicos ajenos a los Servicios Públicos de Salud pueden intervenir en el alta del trabajador, aunque en este primer momento lo sea solo a nivel de propuesta.

En este sentido, el año siguiente, la Ley 66/1997, de 30 de diciembre, de Medidas fiscales Administrativas y de Orden Social, en su artículo 39 incorpora un segundo párrafo al apartado 1 del artículo 131 bis del anteriormente citado Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, mediante el que se establece que, sin perjuicio de las competencias que corresponden a los Servicios Públicos de Salud, los médicos adscritos al INSS podrán expedir el correspondiente alta médica en los procesos de incapacidad temporal, a los exclusivos efectos de las prestaciones económicas de la Seguridad Social en los términos que reglamentariamente se establezcan.

En esta línea, el contenido de este artículo 39 atribuye a los médicos del INSS la facultad de declarar el alta en la situación de incapacidad temporal, exclusivamente en cuanto a las prestaciones económicas, y sin incidir, en consecuencia, en la posibilidad de que el trabajador continúe sometido a tratamiento sanitario, aspecto éste que corresponde a los Servicios de Salud.

Por tanto, en este momento, se divide la prestación de la incapacidad temporal en sus dos aspectos, la sanitaria y la económica, delimitando competencias para cada una de ellas, según pertenezcan los médicos al INSS o al Servicio de Salud correspondiente.

En ese año 1997 también se publica el Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, que regula determinados aspectos de la gestión y control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal, y que junto con el Real Decreto 1117/1998, de 5 de junio, que modifica el

anterior, legislan aspectos importantes de la prestación, que inciden actualmente en la práctica diaria del médico de atención primaria del Servicio Público de Salud.

Se modifica la tramitación de los partes de la prestación por IT. Los partes de alta médica podrán también ser extendidos por el facultativo adscrito al INSS. El alta médica expedida por el facultativo adscrito al INSS, a los exclusivos efectos económicos, determinará la extinción de la prestación económica por incapacidad temporal y el consiguiente derecho del trabajador de incorporarse a la empresa, sin perjuicio de que el Servicio Público de Salud continúe prestando al trabajador la asistencia sanitaria que, sin requerir una nueva baja médica, aconseje su estado.

Además, en su artículo cuarto, sobre seguimiento y control de la prestación económica y de las situaciones de incapacidad temporal, dice que las Entidades Gestoras o las MATEPSS, según corresponda, ejercerán el control y seguimiento de la prestación económica de incapacidad temporal objeto de cobertura.

En este sentido, pueden realizar aquellas actividades que tengan por objeto comprobar el mantenimiento de los hechos y de la situación que originaron el derecho al subsidio, a partir del momento en que corresponda a aquellas asumir la gestión del gasto de la prestación económica por incapacidad temporal, sin perjuicio de sus facultades en materia de declaración, suspensión, anulación o extinción del derecho, y de las competencias que corresponden a los Servicios Públicos de Salud en orden al control sanitario de las altas y las bajas médicas.

Como se puede observar las competencias de los médicos ajenos a los Servicios Públicos de Salud ya no se limitan al momento del alta del proceso de incapacidad temporal, sino que entran en la actividad asistencial del propio proceso (diagnóstico, proceso evolutivo, tratamiento...), al poder realizar actividades encaminadas al control de la misma, aunque para ello precisen de distintos permisos y consentimientos, dependiendo de si se trata del INSS o de MATEPSS.

Finalmente, se establece la posibilidad de 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.

Igual facultad corresponderá a las MATEPSS respecto a los trabajadores perceptores de la prestación económica derivada de contingencias comunes e incluidas en el ámbito de la colaboración de aquellas. Además, la negativa

infundada a someterse a tales reconocimientos dará lugar a la expedición de la propuesta de alta, en los términos señalados anteriormente.

La expedición de partes médicos de alta por facultativos adscritos al INSS a iniciativa de las MATEPSS fue incluida al año siguiente (artículo incorporado por el apartado tres del artículo único del Real Decreto 1117/1998)

Además, esta norma señala que cuando la propuesta de alta formulada por una Mutua no fuese resuelta en los plazos señalados en el artículo anterior, la Mutua podrá optar entre reiterar dicha propuesta ante el Servicio Público de Salud, en los términos señalados o plantear la iniciativa de alta médica ante los servicios médicos del INSS.

Como se puede observar, se avanza un poco más en el aumento de las posibilidades de los agentes externos al Sistema Sanitario en relación al control y gestión de la baja, instituyendo una relación directa entre INSS y MATEPSS, más aún con la publicación del Real Decreto Ley 6 del año 2000 en el que a los exclusivos efectos de las prestaciones económicas se extiende la posibilidad de alta que tenían los médicos del INSS a los médicos de las MATEPSS.

En los años siguientes, y basándose en las leyes de Medidas Fiscales Administrativas y de Orden Social, como se ha visto anteriormente, se realizan diversas modificaciones, como la del año 2001 (Ley 24/2001) que establece la extinción del derecho al subsidio por IT si existe incomparecencia injustificada a los reconocimientos establecidos por los médicos del INSS o de las MATEPSS.

En los años 2002, 2003 y 2004 se va ampliando la protección para los trabajadores autónomos, tanto en las contingencias profesionales como las comunes. Para finalizar este pequeño repaso legislativo se cita la Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social, que en lo referente a la IT trata de coordinar las actuaciones de los Servicios de Salud y del INSS y evitar la inseguridad jurídica que provoca la disparidad de diagnósticos de una y otra instancia.

En este sentido establece que, agotado el plazo de duración de doce meses previsto en el párrafo anterior, el INSS 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 INSS será el único competente para emitir una nueva baja médica en la si-

tuación de incapacidad temporal cuando aquella se produzca en un plazo de seis meses posteriores al alta médica por la misma o similar patología.

Esta es la situación actual en el que los servicios de salud conservan la competencia de iniciar la prestación al extender el parte de baja y posteriormente su seguimiento y posible alta, así como el control que se realiza por sus servicios de Inspección Sanitaria, pero en la que existe una clara tendencia al mayor protagonismo de las Entidades dependientes del Ministerio de Trabajo e Inmigración, a través de su Entidad Gestora (INSS) y de las MATEPSS, que son, al fin y al cabo, quienes tienen la competencia de la gestión económica de la prestación.

BIBLIOGRAFÍA

- Decreto 3158/1966, de 23 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento General que determina la cuantía de las prestaciones económicas del Régimen General de la Seguridad Social y las condiciones para el derecho a las mismas
- Orden Ministerial de 13 de octubre de 1967, por la que se establecen normas para la aplicación y desarrollo de la Incapacidad Laboral Transitoria en el Régimen General de la Seguridad Social.
- Orden del Ministerio de Trabajo, de 21 de marzo de 1974, sobre competencias de la Inspección de los Servicios Sanitarios de la Seguridad Social.
- Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, que aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social.
- Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social. Instrucciones sobre el nuevo marco que regula la incapacidad temporal.
- Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre, aprueba el vigente Reglamento de Colaboración de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.
- Ley 13/1996, de 30 de diciembre, de Medidas fiscales Administrativas y de Orden Social.
- Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, que regula determinados aspectos de la gestión y control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal.
- Ley 24/2001, de 27 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social.
- Real Decreto 428/2004, de 12 de marzo, por el que se modifica el reglamento general sobre colaboración en la gestión de mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social, aprobado por el RD 1993/1995, de 7 de diciembre.

2. Epidemiología y gasto de la incapacidad temporal en la Seguridad Social

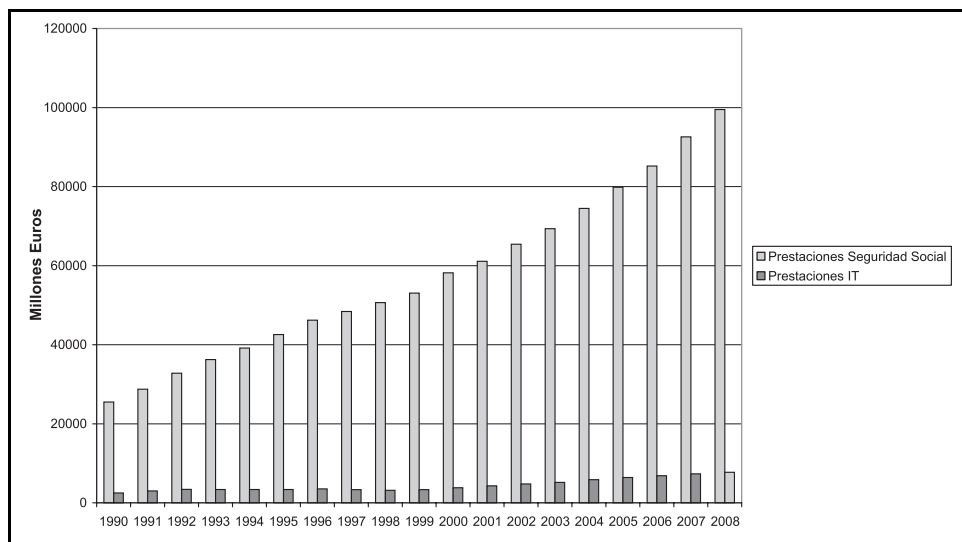
Rafael Ramos Muñoz

La incapacidad temporal como prestación económica viene siendo objeto de estudios e investigación a raíz del incremento de gasto que se produce desde la década de los ochenta del pasado siglo. Definida como un fenómeno complejo influido por múltiples variables tanto médicas como socioeconómicas, será tratada en este capítulo desde la perspectiva del gasto, su evolución y los principales indicadores estadísticos, centrándonos en los datos de gasto en 2008 (acumulado a junio), la revisión de los indicadores de duración media, incidencia y prevalencia en 2007. Repasaremos la evolución de algunos de estos indicadores en años anteriores, así como la distribución por comunidades autónomas por género, por tipo de régimen de Seguridad Social (SS) y la comparación de las contingencias profesionales y las comunes. Finalmente incorporaremos algunas tablas de comparación de datos a nivel europeo y de los países de la OCDE.

EVOLUCIÓN DEL GASTO EN INCAPACIDAD TEMPORAL

Desde 1990 la prestación de incapacidad temporal ha constituido un porcentaje variable del total de las prestaciones de la Seguridad Social (figura 1).

FIGURA 1. Prestaciones IT/Total S. Social



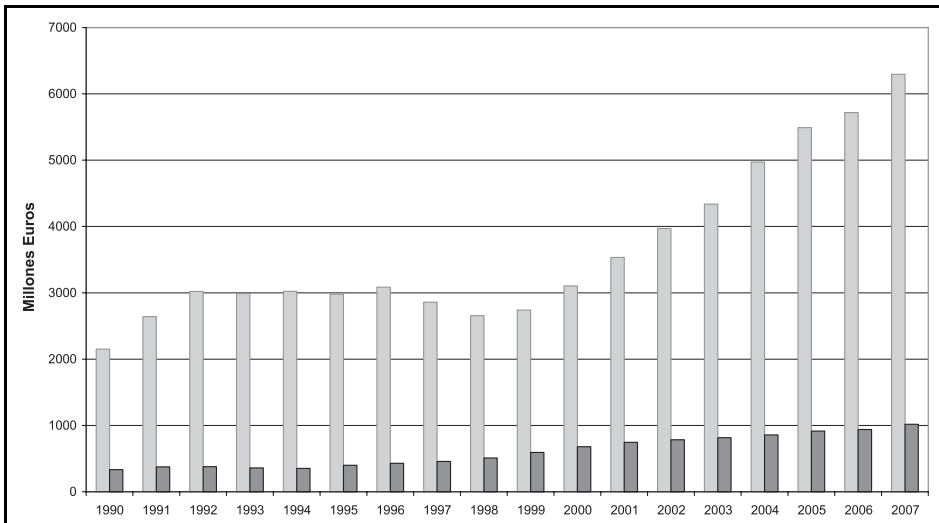
Fuente: Presupuestos de la Seguridad Social 2008. Anexo al Informe Económico Financiero. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid 2007.

En el conjunto de la prestación tienen distinto comportamiento las derivadas de las contingencias profesionales (CP) de las contingencias comunes (CC) (figura 2).

La evolución del gasto en contingencias comunes tiene un tramo ascendente entre 1990 y 1993, con una estabilización en torno a los 3000 millones de euros entre 1992 y 1996, con un descenso posterior en el periodo 1997-1999. A partir del año 2001 el gasto presenta una tendencia incremental ininterrumpida superando los 6000 millones de euros en 2007. El tramo descendente corresponde a un conjunto de medidas legislativas: obligación de pago por las empresas de los primeros 12 días del subsidio en 1992, a la extinción de la prestación de invalidez provisional y la asignación de competencias a las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales (MATEPSS) a las actuaciones de seguimiento y control de la incapacidad temporal por contingencias comunes en 1994 y las competencias del INSS desarrolladas a partir de 1996. En este momento no se puede apreciar aún el efecto sobre la prestación de las modificaciones introducidas

en 2005 y 2007 asignando competencias al INSS en la prórroga de doce a dieciocho meses en la situación de la incapacidad temporal.

FIGURA 2. Evolución Gasto IT CC/CP

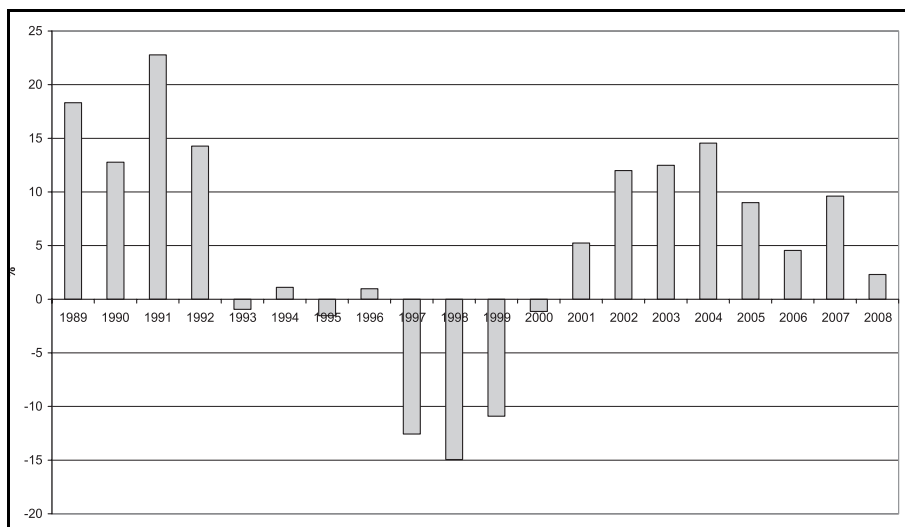


Fuente: Presupuestos de la Seguridad Social 2008. Anexo al Informe Económico Financiero. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid 2007.

El incremento interanual de la IT por CC gestionada por las entidades gestoras es prácticamente 0 o negativo en el periodo 1993-1995 y presenta un comportamiento claramente negativo entre 1995 y 2001, coincidente con la máxima eficacia de las medidas legislativas desarrolladas en los años anteriores (figura 3)

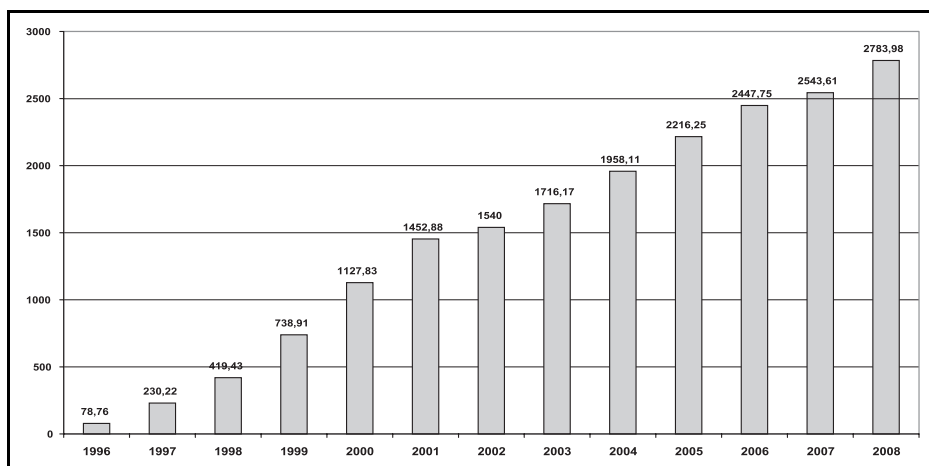
Para las MATEPSS la evolución del gasto queda reflejada en la figura 4. Sigue un comportamiento idéntico en contingencias comunes de todo el sistema, iniciándose en 1996 año en el que son efectivas las competencias en la materia. La tendencia presenta una mayor pendiente al ir asumiendo progresivamente un mayor colectivo de trabajadores protegidos. El porcentaje del gasto asumido por el sector de MATEPSS ha ido en incremento situándose actualmente en el tramo del 40% sobre el total de las contingencias comunes.

FIGURA 3. Incremento Interanual ITCC Entidades Gestoras



Fuente: Presupuestos de la Seguridad Social 2008. Anexo al Informe Económico Financiero. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid 2007.

FIGURA 4. Evolución Gasto ITCC MATEPSS



Fuente: Presupuestos de la Seguridad Social 2008. Anexo al Informe Económico Financiero. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid 2007.

INDICADORES DE GESTIÓN 2007 Y 2008

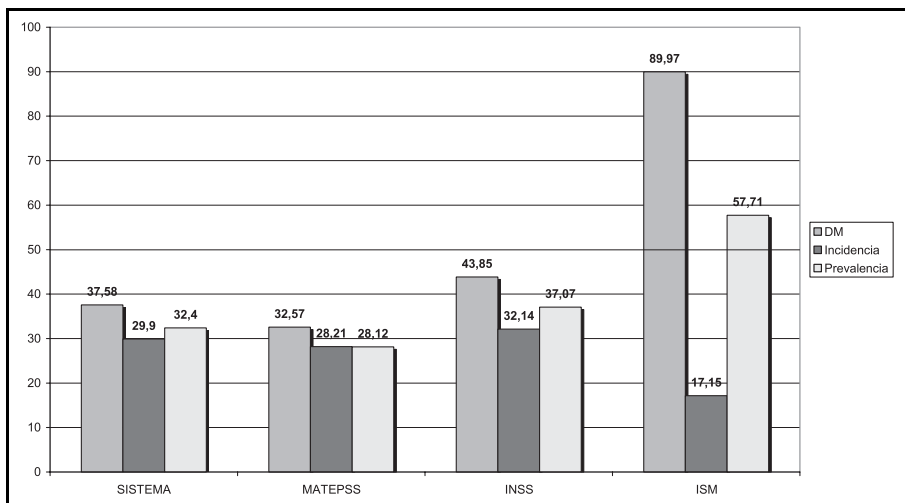
Con datos publicados por las estadísticas de la Seguridad Social revisaremos los indicadores de gestión tanto del conjunto del sistema, como los correspondientes a las entidades gestoras, Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) e Instituto Social de la Marina (ISM), y el agregado de las MATEPSS. Separaremos las estadísticas del colectivo de Régimen General y del Régimen Especial de Autónomos (RETA) y Empleadas de Hogar.

El colectivo protegido por las Mutuas en las contingencias profesionales es superior al 95%, quedando las entidades gestoras INSS e ISM (Régimen Especial de los Trabajadores del Mar) como prácticamente residuales.

INDICADORES 2007

En relación con el colectivo de trabajadores por cuenta ajena en 2007, el INSS protegía al 39,6% de los trabajadores, el ISM al 4% y el agregado de las MATEPSS al 56,4%. En autónomos el INSS protegía al 38,8% y el conjunto de las mutuas al 61,2%.

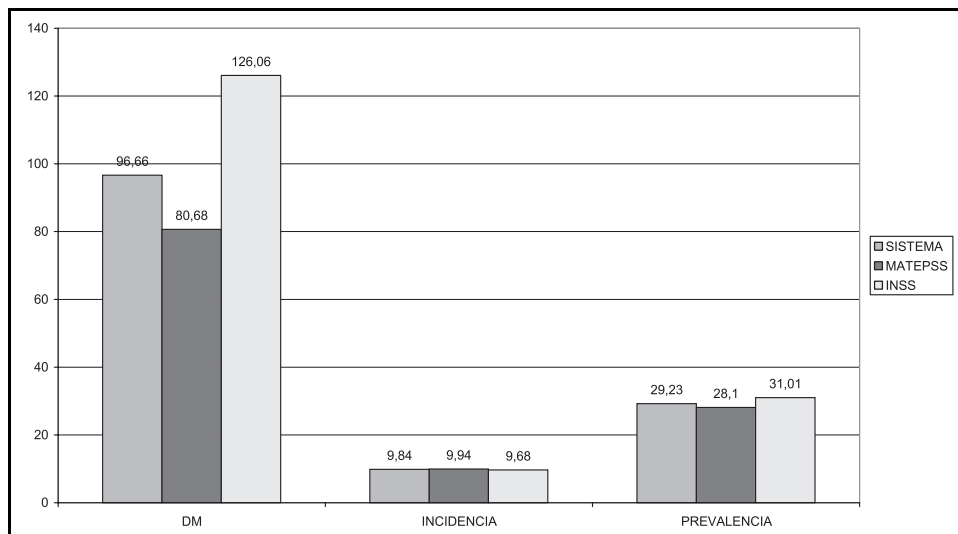
FIGURA 5. Indicadores 2007 C. Ajena



Fuente: Estadísticas de Seguridad Social. Otras prestaciones de la Seguridad Social, Incapacidad Temporal. www.seg-social.es

Los indicadores de duración media, incidencia y prevalencia para los colectivos de cuenta ajena y autónomos se detallan en las figuras 5 y 6.

FIGURA 6. Indicadores 2007. C. Propia



Fuente: Estadísticas de Seguridad Social. Otras prestaciones de la Seguridad Social, Incapacidad Temporal. www.seg-social.es

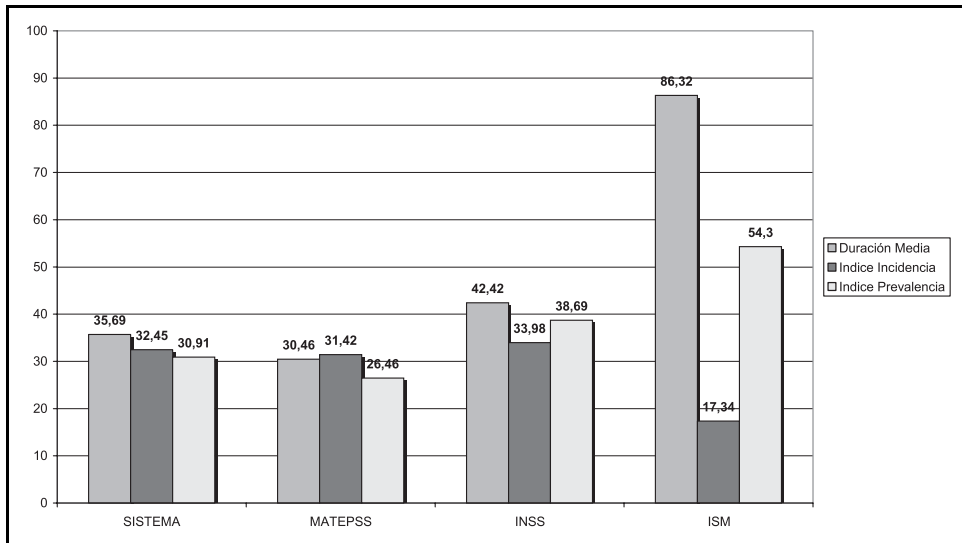
INDICADORES 2008 (junio)

En Régimen General el colectivo protegido por el INSS asciende a 6.714.313 (41,6%), el ISM gestiona un colectivo de 62.170 (0,4%) y el agregado de mutuas un total de 9.350.407 (58%). En trabajadores autónomos los colectivos del INSS y mutuas son respectivamente de 1.358.544 y 2.408.869, que representan un 36% y 64% del total. Los indicadores de duración media, incidencia y prevalencia para los colectivos de cuenta ajena y autónomos se detallan en las figuras 7 y 8.

En ambos años el agregado de MATEPSS es mayoritario en cuanto al número de trabajadores protegidos, con mejores indicadores tanto en los índices de incidencia como prevalencia, y con unas duraciones medias significativamente inferiores. Este diferente comportamiento es debido por una par-

te a un distinto modelo de gestión, con un inicio de las actividades de control y seguimiento por los servicios médicos de las mutuas más precoz e intensivo, y a las características de la cartera de empresas asociadas a las mutuas, con un menor gasto en incapacidad temporal.

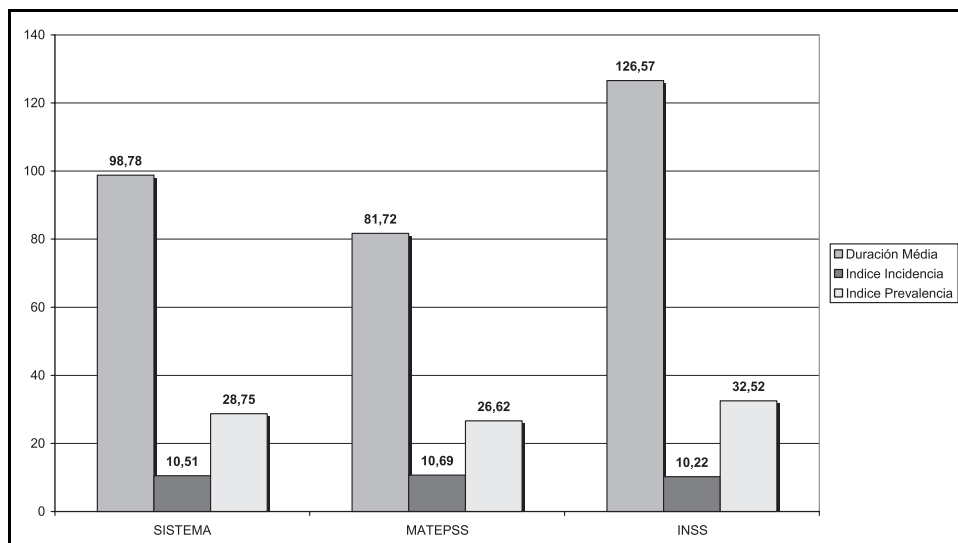
FIGURA 7. Indicadores Cuenta Ajena junio 2008



Fuente: Estadísticas de Seguridad Social. Otras prestaciones de la Seguridad Social, Incapacidad Temporal. www.seg-social.es

Por otra parte el sector de mutuas no es homogéneo en cuanto al porcentaje de trabajadores con las contingencias comunes protegidas por opción de la empresa respecto al de contingencias profesionales. En muchas ocasiones este porcentaje es inferior al 60%. Además, muchas administraciones públicas mantienen la cobertura con el INSS, incluyendo las administraciones sanitarias. Por su alta estabilidad en el empleo las administraciones tienen un distinto comportamiento en absentismo laboral. Esta situación está cambiando, con una tendencia a alcanzar una cobertura superior al 80% en muchas entidades mutuales.

FIGURA 8. Indicadores Cuenta Propia junio 2008



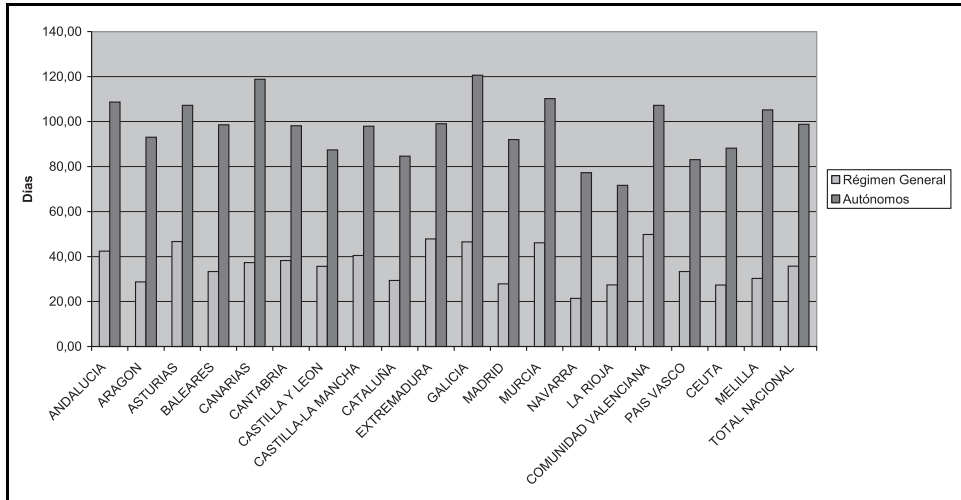
Fuente: Estadísticas de Seguridad Social. Otras prestaciones de la Seguridad Social, Incapacidad Temporal. www.seg-social.es

INDICADORES POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

En el acumulado del Sistema de Seguridad Social a junio de 2008 en contingencias comunes tienen unas duraciones más altas la Comunidad Valenciana, Extremadura, Asturias y Andalucía. Las menores duraciones corresponden a Aragón, La Rioja y Ceuta. La mayor incidencia corresponde a Navarra y Canarias, mientras la prevalencia ha sido superior en País Vasco, Canarias y Asturias. El total nacional ha presentado 35,69 días de duración media, una incidencia de 32,45 y una prevalencia de 30,91.

En cuanto a los autónomos y empleadas de hogar, las mayores duraciones han correspondido a los procesos de Galicia, Canarias y Murcia. La incidencia ha sido mayor en Murcia, Galicia y Navarra. La prevalencia es superior en Murcia, Galicia y Asturias. El total nacional ha presentado 98,78 días de duración media, una incidencia de 10,51 y una prevalencia de 28,75, esta última muy cercana a la del colectivo por cuenta ajena. La figura 9 refleja los diferenciales por comunidades autónomas de las duraciones medias de autónomos y cuenta ajena.

FIGURA 9. Duración Media. Sistema Comparativo
Régimen General-de Autónomos junio 2008



Fuente: Estadísticas de Seguridad Social. Otras prestaciones de la Seguridad Social, Incapacidad Temporal. www.seg-social.es

Se evidencia por tanto un diferente comportamiento en la duración media, más prolongada (prácticamente el tripe), pero con una incidencia y prevalencia menores.

INDICADORES POR GÉNERO

Los trabajadores masculinos y femeninos también presentan diferencias, tanto por comunidades autónomas como en el total nacional.

En agregado nacional la duración media en las mujeres es prácticamente superior en dos días a la de los varones, siendo de 37,75 días y 39,46 (para hombre y mujeres respectivamente) en cuenta ajena y de 88,82 y 117,25 en cuenta propia.

Las diferencias que existen en estos indicadores entre las comunidades autónomas pueden estar influidas tanto por la tipología del empleo y las tasas de desempleo en cada comunidad como por el empleo estacional y la mayor dependencia de la agricultura e industrias relacionadas con la alimentación.

La red de centros y servicios hospitalarios y la mayor o menor dificultad de acceso a la atención especializada hospitalaria también condicionan una mayor duración.

INDICADORES POR CONTINGENCIA

Según el estudio “ASEPEYO, LA FRATERNIDAD, MUTUA UNIVERSAL E IBERMUTUAMUR 2003-2004” realizado sobre un total de 820.000 procesos de IT por CP y 1.150.000 por CC, se objetivan claras diferencias en la duración de un mismo proceso según se trate de uno u otro tipo de contingencia (figura 10). En este mismo estudio se observa que los trabajadores desempleados que ya no mantienen la relación laboral tienen unas duraciones medias superiores entre 2,7 y 4,4 veces respecto a los que mantienen la relación laboral con la empresa, estando la media nacional en 3,5.

FIGURA 10. Comparativa de duración de bajas según diagnóstico y tipo de contingencia (CC: Contingencias Comunes, CP: Contingencias Profesionales).

COMPARATIVA C.COMUN -C.PROFESIONAL	CC		CP		Duración CC / Duración CP
	Altas	Duración Media	Altas	Duración Media	
FRACTURADEHUESOS FACIALES	570	82,90	1.476	39,89	2,08
FRACTURADECOLUMNA VERTEBRAL SIN LESION MEDULAR	1.221	184,94	2.108	130,40	1,42
FRACTURADE HUMERO	1.007	184,16	1.418	142,14	1,30
FRACTURADERADIO Y CUBITO	4.288	108,33	8.417	94,20	1,15
FRACTURADE HUESO(S) CARPIANO(S)	1.948	111,46	2.594	73,56	1,52
FRACTURADE HUESO(S) METACARPIANO(S)	2.994	66,99	5.753	48,15	1,39
FRACTURADE UNAO MAS FALANGES DE LA MANO	2.346	62,46	16.969	36,17	1,73
FRACTURATO BILLO	2.015	146,48	3.116	119,48	1,23
FRACTURADE UNO O MAS HUESOS TARSIANOS/METATARSIANO	2.996	103,64	7.291	81,23	1,28
FRACTURADE DEDO PIE	1.330	46,07	6.019	24,76	1,86
LUXACION DE HOMBRO	1.937	98,58	2.512	61,09	1,61
LUXACION DE RODILLA	2.668	115,63	3.172	87,18	1,33
LUXACION DE TOBILLO	94	97,82	69	111,94	0,87
LUXACION DE PIE	103	78,14	168	69,10	1,13
OTRAS LUXACIONES, LUXACIONES MULTIPLES Y LUXAC MAL	196	105,27	254	42,54	2,47
ESGUINCES Y TORCEDURAS DE HOMBRO Y BRAZO SUPERIOR	918	142,73	7.735	28,60	4,99
ESGUINCE Y TORCEDURA DE MANO	1.587	56,21	22.981	17,48	3,22
ESGUINCES Y TORCEDURAS DE RODILLA Y PIERNA	4.125	98,47	19.550	34,73	2,84
CONTUSION (INCLUYE CONMOCION CEREBRAL)	274	118,87	3.127	30,20	3,94
OTRA HERIDA ABIERTA DE CABEZA	298	46,11	6.795	10,66	4,32
HERIDA DE O MANO	1.902	57,78	47.481	15,62	3,70
HERIDA ABIERTA DE RODILLA, PIERNA (SALVO MUSLO) Y T	502	62,32	6.606	17,07	3,65
CONTUSION DE TRONCO	1.860	53,37	25.649	15,80	3,38
CONTUSION DE MIEMBRO SUPERIOR	2.312	52,61	54.510	14,58	3,61

COMPARACIÓN CON PAÍSES EUROPEOS

En los estudios y trabajos comparativos de los países de la UE y de la OCDE, nuestro país está en una posición media-baja en relación con el porcentaje y duración de las ausencias al trabajo por enfermedad, si bien los periodos coinciden con la efectividad de las medidas legislativas adoptadas en 1992 y 1995.

PUNTOS CLAVE

- La prestación por incapacidad temporal representa en torno a un 8% en el conjunto de las prestaciones del Sistema, con una clara tendencia a la estabilización de ese porcentaje en los últimos años
- El gasto, en términos absolutos, está aumentando desde el año 2001, tras la mejora producida entre 1995 y 2000, resultado de las modificaciones legislativas que afectaron a la gestión de la prestación, incorporando a las MATEPSS y al INSS.
- Hay un diferente comportamiento de los indicadores entre los colectivos por cuenta ajena y propia, siendo mayores las duraciones en este último.
- Hay una mayor duración de la incapacidad temporal en las mujeres.
- Se evidencia un distinto comportamiento territorial, con varias comunidades autónomas desviadas de la media nacional. Habría que incrementar la investigación sobre los factores ocupacionales y los derivados del Sistema Sanitario que aporten más información para poder diseñar e implantar medidas de gestión.
- Se mantiene el diferencial de comportamiento de las prestaciones de incapacidad por contingencias profesionales y comunes, con mayor duración de éstas últimas, si bien hay varias comunidades autónomas donde la duración es algo superior.
- Hay una evidencia de menor duración media en los procesos de incapacidad temporal por contingencias comunes gestionados por el sector de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales. diferencias que se mantiene en el tiempo y en los diferentes regímenes.

- Las categorías diagnósticas de mayor peso son las enfermedades del aparato osteomioarticular, lesiones y envenenamientos y trastornos mentales.
- En los estudios y trabajos comparativos de los países de la UE y de la OCDE, nuestro país está en una posición media-baja en relación con el porcentaje y duración de las ausencias al trabajo por enfermedad, si bien los periodos coinciden con la efectividad de las medidas legislativas adoptadas en 1992 y 1995.

BIBLIOGRAFÍA

- Presupuestos de la Seguridad Social 2008. Anexo al Informe Económico Financiero. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid 2007.
- Presupuestos de la Seguridad Social 2008. Cifras y Datos. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid 2007.
- Estadísticas de Seguridad Social. Otras prestaciones de la Seguridad Social, Incapacidad Temporal. www.sec-social.es
- ASEPEYO, LA FRATERNIDAD, MUTUA UNIVERSAL E IBERMUTUAMUR Incapacidad temporal. Estudio 2003-2004
- Las Mutuas de Accidente de Trabajo y la Prestación Económica Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes. AMAT .Madrid 2004
- BENAVIDES, F.G., CASTEJÓN, E., MURILLO, C.: Consell de Treball, Econòmic i Social de Catalunya La Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes en Cataluña. C.Consell de Treball, Econòmic i Social de Catalunya. Septiembre 2003
- GERVAS, J., RUÍZ TÉLLEZ, A., PÉREZ FERNÁNDEZ, M.: La Incapacidad Laboral en su contexto médico; Problemas Clínicos y de Gestión. Fundación Alternativas. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. DT 85/2006. 2006
- SEMPERE NAVARRO, A. V., TORTUERO PLAZA, J. L., MARTÍN JIMÉNEZ, R., GARCÍA VIÑA, J.: Hacia un nuevo modelo de gestión de la incapacidad temporal. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2005
- BONATO, L., LUSINYAN, L.: Work Absence in Europe. IMF Working Paper 04/193. International Monetary Fund. 2004
- OSTERKAMP, R., RÖHN, O.: Being on Sick Leave: Possible Explanations for Differences of Sick-leave Days Across Countries. Economic Studies, Vol. 53, 1/2007, 97-114, doi:10.1093/

- GRÜNDEMANN, R. W., VAN VUUREN, C.: Preventing absenteeism at the workplace. V European Research Report. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Luxembourg, 1997.
- BARMBY, T. A., ERCOLANI, M. G., TREBLE, J. G.: Sickness Absence: An International Comparison. Luxembourg Employment Study. Working Paper No. 18.
- BLIKSVAER, T., HELLIESEN, A.: Sickness Absence. A study of 11 LES Countries. Norwegian Social Research. 1997
- ANDRÉN, D.: Long Term Absenteeism due to Sickness: The Swedish experience. 1986-1991. Göteborg University. Department of Economics. 1997
- JIMÉNEZ GALINDO, J. F., ROMAY LÓPEZ, R.: Dykinson Gestión del Absentismo por incapacidad temporal. Madrid 2005.
- GIMENO, D., BENAVIDES, F. G., BENACH, J.: Distribution of sickness absence in the European Union Countries. B C Amick III Occup Environ Med 2004; 61: 867-869. doi: 10.1136/oem.2003.010074

3. Reflexiones éticas en la gestión de la incapacidad temporal

María Ángeles López Orive

ÉTICA Y MEDICINA DE FAMILIA

La práctica de la medicina no consiste únicamente en la toma de decisiones técnicas, es además y sobre todo un compromiso moral: el médico ha de estar al servicio de los individuos, sanos o enfermos, y de la comunidad. Pero la práctica médica en la época actual se enfrenta a desafíos que pueden poner en peligro el humanismo de la medicina. Los cambios sociales y demográficos, los avances científicos y tecnológicos y, fundamentalmente, la mercantilización de la asistencia sanitaria, provocan un aumento de las disparidades entre las necesidades de los pacientes y los recursos disponibles para satisfacer esas necesidades. Las prestaciones a cubrir son cada vez más numerosas y dirigidas a un número creciente de sujetos sin contar, aparentemente, con unos recursos que crezcan a la medida de las demandas. El coste creciente de las intervenciones en salud dificulta la financiación de los sistemas sanitarios y las políticas de contención de gastos, entre otros factores, pueden hacer tambalear el compromiso de los médicos con el interés del paciente, llevándoles a reemplazar la práctica basada en los valores médicos por una relación médico-paciente despersonalizada que da más importancia al cumplimiento de objetivos que al proceso de atención sanitaria en sí mismo.

Por otra parte, los pacientes disponen más que nunca de una gran cantidad de información aunque ello no implique que sus demandas estén

siempre en consonancia con necesidades objetivas. Una gran parte de los ciudadanos da por hecho que todo el mundo debe tener acceso, prácticamente inmediato, a los últimos avances de la medicina, pero pocas veces se piensa en los recursos económicos que estamos utilizando para recibir un servicio.

Junto al cambio que supone para las profesiones sanitarias el nuevo modelo de paciente activo, autónomo, conocedor de su derecho a recibir información y a tomar decisiones, los profesionales se encuentran también con un Sistema Público de Salud que persigue la equidad y la justicia, y que por tanto, debe llegar a todos los ciudadanos.

En este escenario los médicos deben tener un conocimiento básico de la ética como disciplina y estar identificados con los valores y principios morales que sustentan el sistema ético médico.

Hablar de ética médica es tratar sobre cómo se debe actuar frente al paciente y la sociedad. Exige concebir la salud como un derecho y perseguir el interés del paciente estableciendo y manteniendo estándares de competencia e integridad. El compromiso moral del médico es un requisito para su auténtica competencia profesional: el mejor médico de familia es aquel que conoce la relevancia de su papel dentro del sistema sanitario y por ello adquiere un compromiso social en el uso eficiente de los recursos sanitarios, evitando activamente la discriminación en el acceso a los servicios de salud y colabora en la mejora de las condiciones de vida del colectivo al que atiende.

ÉTICA E INCAPACIDAD TEMPORAL

No hay decisiones clínicas que no conlleven una decisión de gestión. Una práctica médica ética debe garantizar la asistencia de calidad con las mejores evidencias científicas y la eficiencia en la utilización de recursos.

En el ámbito de la Incapacidad Temporal (IT), el primer nivel de gestión lo protagoniza, sobre la población que tiene asignada, el médico de atención primaria quien, a través de la atención continuada del individuo y del abordaje integral desde una perspectiva biopsicosocial, puede valorar más adecuadamente el menoscabo laboral de sus pacientes.

El Sistema Nacional de Salud debería considerar la IT fundamentalmente como la consecuencia de un acto médico, como una prescripción médica, es decir, como un apartado más del tratamiento médico ante un problema de salud de los pacientes.

La certificación de la IT supone para el trabajador incapacitado el acceso a una prestación que le permitirá utilizar el reposo para mejorar el problema de salud que le afecta sin pérdida económica. Es por ello que el acto médico de gestión de la IT conlleva, además de una compleja valoración clínica, evidentes connotaciones económicas y sociales, y exige al médico no sólo un seguimiento clínico continuo, sino también dar respuestas a los conflictos éticos que se pueden presentar en la gestión de las bajas laborales.

En muchas ocasiones los médicos de familia tendemos a considerar más el aspecto burocrático en el manejo de las bajas laborales que su vertiente técnico-científica, siendo poco conscientes de la responsabilidad social y económica que conllevan nuestras decisiones. La desmotivación para la gestión de la IT puede obedecer a diversas causas como son, entre otras, la creciente presión asistencial de nuestras consultas, la ausencia de formación específica de los médicos de familia en relación con la IT y su legislación, el deficiente entendimiento y colaboración con los servicios de Inspección y con atención especializada y las negativas experiencias vividas con anterioridad por conflictos en el manejo de las bajas que pudieron afectar la relación con algunos pacientes.

Los médicos tenemos la obligación de denunciar las deficiencias existentes y proponer mejoras de gestión pero, ante todo, tenemos la obligación de reconocer la importancia de los dilemas éticos en el manejo de las bajas laborales por sus importantes repercusiones sobre el Sistema Sanitario. La gestión de la IT es claramente mejorable pero el desinterés y las actitudes pasivas no pueden ser defendibles.

BENEFICIENCIA, NO MALEFICENCIA, AUTONOMÍA Y JUSTICIA

Los cuatro principios éticos básicos están implicados en la gestión de la IT entrando en conflicto. Estos cuatro principios se pueden ordenar en dos niveles jerárquicos:

- En un primer nivel los Principios de No Maleficencia y Justicia que miran ambos por el bien común, conformando la ética de mínimos, ética pública de obligado cumplimiento independientemente de la voluntad de las personas.
- En un segundo nivel los Principios de Beneficencia y Autonomía que velan por el bien particular conformando la ética de máximos, ética

privada nunca obligatoria para los pacientes si no se produce maleficencia.

Estos principios no son absolutos y, a la vista de las consecuencias que se puedan derivar de su cumplimiento en un caso concreto, se podrán establecer excepciones. En nuestra práctica profesional hemos de esforzarnos por respetar lo más posible la jerarquía de principios pero, a la vez, adaptarlos a nuestra realidad concreta.

En la gestión de las bajas laborales los Principios de No Maleficencia y Justicia tienen prioridad sobre los principios de Beneficencia y Autonomía. Los principios de ética pública son normatizados por el Derecho y no son interpretables subjetivamente por parte del médico o cualquier otro profesional.

El **Principio de No Maleficencia** obliga a no proponer ni desarrollar acciones que puedan derivar en daño para el paciente. En este sentido, el acto médico por el cual se determina que una persona no se encuentra en condiciones de desarrollar su trabajo habitual, o que su salud puede empeorar si lo sigue realizando, es un acto presidido en gran parte por la no maleficencia, es decir, se trata de equilibrar los daños de no reposar y de reposar. Aunque se suele considerar que el reposo tiene un beneficio indudable, es de esperar que tenga beneficios y perjuicios como cualquier otra prescripción médica estando basada, en gran parte de los casos, la adecuación de esta prescripción, no en su fundamento científico sino fundamentalmente en el juicio clínico y el sentido común. En multitud de situaciones desconocemos el grado del valor terapéutico del reposo así como la eficacia de la baja laboral y su impacto en la salud del trabajador.

El **Principio de Beneficencia** supone ajustar la decisión de prescribir una baja laboral al paciente concreto, a su situación personal, familiar, social y económica, poniendo como referente las decisiones que sugieren la investigación y la buena práctica clínica.

Dado que la baja es solicitada por el paciente que manifiesta su indisponibilidad para el trabajo, el médico se ve casi siempre en la obligación de facilitarle la misma, salvo que lo alegado por el trabajador fuera fácilmente interpretable como causa de negación o manifiestamente sospechoso de fraude. Los partes de bajas y altas son documentos oficiales y el médico está deontológicamente obligado a expedirlos con autenticidad y veracidad. El médico, antes de emitir un parte de baja, tiene el deber de intentar comprobar mediante el reconocimiento del paciente la dolencia por él alegada para

solicitar la IT aún sabiendo que muchas de estas dolencias son de difícil comprobación en la exploración realizada en el centro de salud.

Si de la exploración practicada no obtuviera datos suficientes para una correcta decisión profesional o si lo considerase conveniente para el estudio del paciente, el médico deberá solicitar las exploraciones o informes complementarios que estime oportunos, pero durante los periodos de observación por enfermedad común o profesional estaría obligado a prescribir la baja si la realización del trabajo fuese perjudicial para el trabajador.

Tras la valoración y clasificación del diagnóstico deberemos indicar la IT de forma adecuada a las necesidades del paciente y de su especial situación clínica, en las condiciones y con la duración necesaria para el uso de la prestación.

Deberá procederse al alta del paciente una vez haya desaparecido la causa que motivó la IT o se hubiera comprobado la inexistencia de la dolencia argumentada por el paciente. No se considera necesario agotar las pruebas diagnósticas o los tratamientos para dar un alta, basta con la valoración de que el paciente tiene la capacidad para desarrollar su trabajo.

En algunos casos se utiliza de forma fraudulenta el derecho de protección de la salud manteniendo de forma prolongada una baja laboral y sería una dejación por parte de los facultativos no comprobar la naturaleza de las dolencias que podían justificar la IT. Si se sospecha un acto fraudulento se pondrá en conocimiento de los servicios de Inspección Sanitaria, adoptando las medidas oportunas y necesarias para preservar la confidencialidad de los datos médicos.

Los médicos deben asegurarse que los pacientes sean informados honestamente antes de consentir en cualquier tratamiento o procedimiento médico y facilitar la colaboración necesaria para que el propio paciente se implique y decida el curso de la atención que prefiere. El médico de familia en su proceder ético debe generar un espacio de respeto profesional y moral para el paciente y la sociedad, favoreciendo la capacidad de comprender la información y la toma de decisiones. El profesional debe suministrar la información sin manipular lo que dice ni ejercer coerción sobre la otra persona con el modo de informarle. Esto no significa que el médico deje de intentar persuadir al paciente de lo que considera beneficioso, para lo que precisa tener en cuenta elementos éticos y conocer técnicas de entrevista clínica y de manejo de situaciones conflictivas.

Las habilidades en comunicación, especialmente importantes en el manejo de las bajas laborales, son la principal herramienta de trabajo del médico ya que permiten escuchar con atención, obtener y sintetizar información pertinente acerca de los problemas que aquejan al enfermo y comprender el

contenido de esa información. Facilitan la relación con los pacientes y ayudan a que éstos tomen decisiones en condiciones de igualdad, aumentando con ello su satisfacción.

No es aceptable ni comprensible la conducta del asegurado que busca de forma injustificada la baja laboral, ni podemos excusarnos de la gestión responsable de este recurso a través del control del fraude, alegando aspectos como la masificación de la consulta, la presión del asegurado o la presión de la Administración Sanitaria. Tanto en la prescripción de tratamientos como en la gestión de los partes, el médico debe tener absoluta libertad e independencia, pero a su vez ha de ser consciente de que está éticamente obligado a conseguir el rendimiento óptimo de los medios que la sociedad pone a su disposición, por lo que en su actuación profesional siempre deberá primar el principio de justicia sobre el de beneficencia.

El **Principio de Justicia** no deriva del médico ni del enfermo, sino de la sociedad. El esfuerzo que se realiza para el mantenimiento de los recursos debe acompañarse de una correcta administración de los mismos ya que la decisión de dedicar recursos a un paciente conlleva la decisión de negárselos a otros pacientes. No deberíamos dar o mantener una baja tan sólo por motivos sociales.

El **Principio de Autonomía**, como respeto de los médicos a la capacidad para adoptar decisiones informadas por parte de sus pacientes, pudiera ser interpretado en el manejo de la baja laboral como otorgamiento de la iniciativa al paciente sobre el cómo y cuándo debe estar de baja. El médico ha de informar al paciente sobre las ventajas y los inconvenientes de la incapacidad laboral en su caso y la prescripción del reposo sería una decisión compartida por ambos.

Al procurar el respeto a la autonomía del paciente es importante estar alerta y no caer en lo que podríamos llamar autonomismo, es decir, la imposición de los criterios del paciente que fueran contrarios a los criterios de beneficencia. Sería muy simple pensar que acceder a los deseos del paciente, directamente, sin más consideraciones, supone respetar su autonomía. Las decisiones de los pacientes respecto a sus cuidados deben ser soberanas, en tanto esas decisiones se atengan a prácticas éticas y no den lugar a demandas de cuidados inapropiados. El médico debe renunciar a la promoción del consumismo sanitario y ha de mostrar un compromiso de respuesta sensata y firme a las expectativas excesivas. Y es que en muchos casos los pacientes pueden ver sólo ventajas a la situación de baja laboral o considerarla un remedio a situaciones que no son problemas de salud, por lo que la autono-

mía puede entrar en conflicto con la justicia. Primarán entonces el Principio de Justicia (distribución justa de recursos y eliminación de la discriminación) y el de No Maleficencia (impedir el sobrecuidado o la imprudencia temeraria para la salud del paciente).

CONFIDENCIALIDAD

El mantenimiento de la confidencialidad es una obligación tanto ética como legal y la garantía acerca de la confidencialidad en la información clínica de los pacientes en el manejo de las bajas laborales es una cuestión que suscita dudas e inseguridad en los médicos. Estamos obligados a compartir información no sólo con profesionales e instituciones dependientes del Sistema Nacional de Salud sino con organismos ajenos al mismo. Los médicos adscritos al Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) así como los de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS) están facultados para acceder, siguiendo los trámites pertinentes, a los informes y diagnósticos relativos a la situación de baja laboral, teniendo estos datos sanitarios la consideración de confidenciales.

Los servicios médicos de las MATEPSS están sujetos a los Códigos Deontológicos que preservan la intimidad de los datos que les lleguen a su poder. Debe existir un control exquisito de los datos clínicos en poder de éstas, evitando cualquier fuga de información que pudiera perjudicar a los trabajadores que estén o hayan estado en algún momento en situación de IT.

De igual forma la intervención de las MATEPSS no debería conducir a situaciones injustas para los pacientes que acceden a realizarse procedimientos diagnósticos y terapéuticos en su red, como por ejemplo altas prematuras, altas en pacientes en que el diagnóstico no acaba de dilucidarse, o en pacientes complejos en los que deben considerarse aspectos psicosociales.

Por otra parte recordaremos que, como en cualquier otro aspecto de la atención sanitaria, el derecho a la confidencialidad de los datos relativos a la salud no es absoluto y deberá convivir con otros derechos e intereses también relevantes para terceros y para la sociedad misma.

PUNTOS CLAVE

- El acto médico de gestión de la IT conlleva evidentes connotaciones económicas y sociales y exige al médico no sólo un seguimiento clínico continuo, sino también dar respuestas a los conflictos éticos que se pueden plantear.
- En la gestión de las bajas laborales los Principios de No Maleficencia y Justicia tienen prioridad sobre los Principios de Beneficencia y Autonomía.
- De acuerdo al Principio de Justicia, no se debería dar o mantener una baja tan sólo por motivos sociales.

BIBLIOGRAFÍA

- ALTISENT, R.: Bioética y atención primaria: una relación de mutuas aportaciones. *Archivos en Medicina Familiar* 2006; 8 (1), 63-73
- CALDAS BLANCO, R., VIOLÁN FORS, C., GARCÍA FERNÁNDEZ, J. J., Domínguez, F. P., RUIZ TÉLLEZ, A., QUIJANO TERÁN, F., BORRELL I CARRIÓ, F.: Documento SEM-FYC. Incapacidad temporal: mejoras en la gestión. *atención primaria* 2000; 25 (2): 112-123.
- CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS MÉDICOS: Declaración de la Comisión Central de Deontología sobre ética y deontología de los partes y certificados de bajas y altas laborales en atención primaria y especializada y la función de los médicos inspectores en su control y supervisión. (Aprobada en la sesión de 2/3 de febrero de 2001).
- ESTEBAN LÓPEZ, S., ABELLÁN HERVÁS, M. J.: A propósito de la incapacidad temporal. *Medicina de Familia (And)* 2001; 2: 59-63.
- MELGUIZO, M.: Ética y baja laboral. Unidad 10. Curso On line de Ética Clínica en atención primaria. Instituto de Bioética y Ciencias de la Salud.
- MONREAL ALIAGA, I.: Vigilancia de la incapacidad temporal por contingencias comunes. Libro de ponencias de las IX Jornadas de la Sociedad de Medicina, Higiene y Seguridad del Trabajo de Aragón y La Rioja.
- NAVARRO ARRIBAS, C., CHICANO DÍAZ, S.: La incapacidad temporal: hacia un modelo de gestión. *MEDIFAM* 2003; 13: 29-34.
- VERGELES BLANCA, J.M., PAJUELO MORÁN, J.M., ALONSO NÚÑEZ, F., DÍAZ LÓPEZ, D.: Aspectos sanitarios de la incapacidad temporal (II). *La Incapacidad Tempo-*

ral, una prestación sanitaria, ética y social que necesita mejorar para evitar las paradojas. Foro de Seguridad Social.

ZARCO MONTEJO, J., MOYA BERNALB, A., JÚDEZ GUTIÉRREZ, J., PÉREZ DOMÍNGUEZ, F., MAGALLÓN BOTAYA, R.: Gestión de las bajas laborales. Med Clin (Barc) 2001; 117: 500-509.

4. Propuestas de mejora en la gestión clínica de la incapacidad temporal. De la práctica a la teoría

Juan Gérvas
Mercedes Pérez Fernández

INTRODUCCIÓN

Los problemas de salud lo son porque conllevan sufrimiento, pérdida en la calidad de vida y/o muerte. Al enfermar no sólo disminuye o se pierde la salud, sino que se vive la sensación de fragilidad que ha llevado siempre al ser humano a la filosofía y a la religión. La enfermedad nos hace conscientes individualmente de nuestras limitaciones y de nuestra finitud. El problema de salud tiene impacto en lo personal, familiar y social, y cambia nuestra vida en mayor o menor grado. Estar enfermo es una forma de vivir distinta a la del estar sano, una forma con limitaciones varias. Limitaciones que se pueden superar con la curación, mejoría o adaptación a las mismas.

La enfermedad limita la realización de actividades de la vida diaria, especialmente en lo que se refiere a nuestra interacción social. Determinados problemas de salud conllevan incluso el reposo en cama, o la reclusión en domicilio; por ejemplo, tras un politraumatismo en un accidente de tráfico. A veces el problema de salud simplemente impide las actividades habituales, según edad, sexo, situación familiar, formación, puesto de trabajo y posición social. Por ejemplo, el ama de casa que por una fuerte gripe no puede

ir a recoger a los niños al colegio; o el trabajador que es intervenido por un glioma y pierde temporalmente sus habilidades lingüísticas. En todos estos casos el reposo parcial o total es parte del tratamiento, bien auto-prescrito bien recomendado por el médico.

Cuando el problema de salud impide la realización del trabajo habitual hay que justificarlo. Además, la ausencia tiene un coste para el propio individuo y/o para un tercero, si es empleado por cuenta ajena. La sociedad ha previsto una compensación para esa pérdida económica, de forma que hasta cierto punto se independice la ausencia al trabajo de la penalización económica. Depende del médico la justificación de la ausencia al trabajo que inicia el mecanismo de compensación económica. Se trata de lo que habitualmente se conoce como “baja laboral por incapacidad temporal” (IT).

LA BAJA LABORAL COMO MEDIDA TERAPÉUTICA

Ante un problema de salud el médico general/de familia establece un plan de actuación que tiene cuatro componentes:

1. de diagnóstico (búsqueda de la información que permita el mejor conocimiento enunciado);
2. de tratamiento (curativo, sintomático y/o paliativo, según el nivel de urgencia y de diagnóstico);
3. de educación del paciente y de su familia (implementación de los otros planes y auto-cuidado) y
4. de seguimiento (acciones futuras previstas).

Dicho plan tiene un componente diagnóstico débil en atención primaria, pues la mitad de los problemas se resuelven sin un diagnóstico específico: la atención primaria puede evitar, pues, “la tiranía del diagnóstico”. Por contraste, el médico de cabecera es/debe ser rápido en la respuesta a los problemas, en el establecimiento de un plan de tratamiento. En este se engloban recomendaciones terapéuticas y de estilo de vida.

Entre las medidas terapéuticas los médicos y pacientes no suelen incluir el reposo, pero éste forma parte del conjunto de propuestas que se manejan para dar respuesta al problema atendido. En general el reposo se impone (el paciente politraumatizado hospitalizado comentado anteriormente), se soli-

cita (sirva de ejemplo el paciente con un episodio de jaqueca particularmente dolorosa) o se recomienda por el médico (por ejemplo, ante un cuadro de varicela en una embarazada).

En este sentido la baja es un reflejo de la sociedad y su concepto de salud, popular y profesional. No es extraño que hoy en día la medicalización de la sociedad también tenga impacto en las bajas laborales. Sirva de ejemplo la “contagiosidad” de las bajas por dolor lumbar, cuya incidencia y prevalencia ha crecido en la antigua República Democrática de Alemania (RDA, comunista) en paralelo al proceso de integración en la República Federal de Alemania (RFA): pareciera que los médicos y pacientes del este se hubieran contagiado con la forma de entender “dolor lumbar” en el oeste, y su consecuente incapacidad laboral asociada. Algo similar está pasando con los embarazos que, medicalizados con pruebas y repruebas innecesarias en su seguimiento, acaban viviéndose como una situación de enfermedad que demanda justamente la baja laboral. Ítem más con la depresión y ansiedad del diario vivir que, medicalizadas con el tratamiento farmacológico, acaban siendo causa de IT y de incapacidad permanente, sin que los medicamentos disminuyan ni su prevalencia ni los suicidios. En este sentido la baja laboral termina siendo expresión y confirmación del concepto de salud de legos y profesionales (y de la medicalización de la sociedad).

Como toda medida terapéutica, el reposo tiene ventajas e inconvenientes. Las ventajas son evidentes, al permitir la evolución del cuadro clínico en una situación de relativo alejamiento de la actividad habitual. Los inconvenientes y perjuicios son menos conocidos, pero también evidentes. En parte dependen del reposo en sí, del efecto perjudicial de la inactividad. De hecho, se ha demostrado que el reposo en la lumbalgia complica su evolución; lo mismo sucede en las hepatitis víricas, o tras la punción lumbar.

La situación de cese temporal de la actividad laboral justificada médicamente (la baja laboral por incapacidad temporal) tiene, al menos, cuatro tipos de efectos adversos:

1. Impacto sobre la enfermedad que provoca la baja (por ejemplo, los pacientes de baja por dolor, tipo fibromialgia, pueden empeorar con la misma, por aumento de sentimientos depresivos, ansiosos, de inquietud y del propio dolor, con disminución de la autoestima y de la visión positiva como persona).
2. Impacto sobre la salud global: la baja se acompaña de mayor mortalidad, incluyendo suicidios, sin que conozcamos las causas.

3. Impacto sobre la vida laboral: se ha demostrado una menor promoción profesional entre los trabajadores con bajas frecuentes.
4. Impacto sobre la vida social: las bajas laborales cambian los roles familiares, se asocian a más alcoholismo, más abuso de juegos de azar y más separaciones matrimoniales.

Por todo ello la IT hay que recomendarla con precaución, haciendo “uso racional” de la misma. Como los medicamentos, la baja laboral habría que graduarla en intensidad. Esto último no es fácil pues lamentablemente se confunde incapacidad para estar en el lugar del trabajo con incapacidad para el trabajo habitual. Es decir, una cosa es tener que estar recluso (por ejemplo, por tuberculosis multi-resistente) y otra no poder hacer el trabajo en el puesto habitual (médico rural que no puede conducir por intervención por síndrome del túnel carpiano y no puede atender a sus pueblos habituales).

En la actualidad la baja laboral es una terapéutica extraña, que se administra o todo (sí) o nada (no). No podemos “graduarla”, no podemos definir su intensidad. Por ejemplo, no podemos recomendar ni escribir ante una crisis de ansiedad “los dos primeros días en casa; después dos semanas yendo al trabajo sólo por las mañanas, cuatro horas; y luego reincorporación plena”. En el caso del médico rural comentado, nada impide que sea llevado al trabajo tras un par de días de baja “completa” después de la intervención, y contar con una auxiliar para los desplazamientos, la consulta y los avisos. Sin embargo, como hemos visto, la baja laboral es sólo una parte del plan de seguimiento del paciente y sus problemas de salud, y conviene poder integrarla en tiempo y forma con el conjunto de medidas recomendadas, que se adaptan al paciente y a sus circunstancias, como por ejemplo, al conjunto de sus otras enfermedades (no es lo mismo una gripe en un varón sano que en un broncopata de larga duración; tampoco es lo mismo si aquel varón sano está en proceso de separación viviendo en una pensión, o si el broncopata ha tenido recientemente una fractura de costilla). Como de las enfermedades, se puede decir que “no hay bajas, sino pacientes de baja”.

El médico que recomienda la IT debería “ajustarla” según las circunstancias del paciente concreto. Tendría que entrar en contacto con el servicio de salud laboral en los casos dudosos. Pero es esencial “ajustar” la baja en el momento de recomendarla, de la misma forma que al recomendar un medicamento concreto seleccionamos dosis, frecuencia y duración total. Lo lógico sería decidir la duración y la intensidad de la baja:

1. Cuántos días durará la baja (salvo empeoramiento)
2. En qué grado deberá guardar el reposo (si puede ir al lugar de trabajo y prestar algún servicio o realizar alguna actividad).

LA GESTIÓN CLÍNICA DE LA BAJA LABORAL

La baja laboral es un proceso costoso. Es costoso para el paciente, por los efectos adversos señalados, que muchas veces llevan a ver recortadas sus expectativas laborales, profesionales y económicas. Es costoso para la familia, que puede tener que recomponerse para adaptarse al nuevo rol del paciente de baja y de sus cambios (que llevan ocasionalmente a depresión y excepcionalmente al suicidio). Es costoso para el sistema sanitario pues destina recursos al seguimiento diagnóstico y terapéutico del paciente de baja. Es costoso para la empresa (que pierde aunque sea temporalmente a un trabajador, muchas veces con experiencia). Es costoso para la Seguridad Social (que compensa a la empresa por la ausencia del trabajador). Es costoso para el Sistema Sanitario, pues el mero control de la IT aumenta el consumo de visitas innecesarias de índole burocrática. Y es costoso para la sociedad, por la suma de los costes señalados.

De hecho, el coste directo de la IT es similar al coste en medicamentos. Sin embargo, inexplicablemente, sólo el gasto en farmacia ha tenido un interés constante y “preocupante” tanto respecto a la práctica como a la gestión y a la investigación.

La mitad del gasto sanitario total se concentra en un 5% de la población, fundamentalmente a costa de medicamentos, bajas y hospitalizaciones. Mientras que el gasto en medicamentos implica al 80% de la población de un cupo; el gasto en incapacidad laboral se refiere sólo a los trabajadores (al 33% del total, la población activa). Y entre estos a un pequeño grupo, de los cuales sólo un tercio abusa, y tiene un coste no justificado. En un cupo de 1.800 pacientes sólo en 40 bajas habría excesos a controlar. Es decir, habría que concentrarse en unos tres casos mensuales de probable mal uso.

Problema distinto es la existencia de “tiempos muertos” en el proceso de atención al paciente de baja. Estos tiempos se refieren a las demoras que se producen en el proceso diagnóstico y terapéutico, cuando están fuera del ámbito de la propia consulta del médico de primaria. Cada día de baja por “tiempo muerto” es un gasto inútil, y un proceso que se prolonga, con el consiguiente riesgo de empeorar la atención (por los comentados efectos adversos de estar de baja).

Parte del coste actual de la baja, en tiempo y dinero, es consecuencia de la organización burocrática en torno a la misma, ecos de un pasado periclitado. Así el parte semanal, recuerdo de cuando los salarios se pagaban por semanas. En otros países hace tiempo que en el parte de baja se incluye la fecha del alta, salvo agravamiento, de forma que en la mayor parte de los casos no se precisan partes de confirmación ni de alta.

Para resumir, conviene bajas apropiadas al problema del paciente en su contexto laboral, personal y familiar. Bajas ajustadas en duración e intensidad. Bajas que cuesten lo prudente a pacientes, familiares, empresas y sociedad. Bajas con demoras diagnósticas y terapéuticas apropiadas a la naturaleza del problema de salud.

Para lograr todo esto es preciso una labor activa e incentivada del médico general/de familia.

EL MÉDICO DE PRIMARIA Y LA GESTIÓN CLÍNICA DE LAS BAJAS

El panorama de aparente descontrol de la IT ha ido llevando a recortar las “potestades” de los médicos de cabecera, en un círculo ineficaz esperable. Cada vez se controlan peor las bajas. Cada vez se controla menos la baja por el “médico natural” del paciente. Cada vez se llevan más procesos, más tiempos y más trabajadores por las mutuas de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales (entidades privadas sin ánimo de lucro) donde médicos ajenos al entorno del paciente toman decisiones trascendentes para la vida personal, familiar y social del mismo. La legislación, lejos de flexibilizarse, cada vez establece un marco más rígido para el manejo de la IT, imposibilitando la autonomía del médico, por ejemplo para las comentadas bajas “a tiempo parcial”.

Para mejorar la gestión de las bajas laborales se precisa la implantación de un conjunto de medidas. Entre ellas:

- El médico responsable de la baja debe ser el “médico natural” del paciente; es decir, su médico de cabecera. Puesto que no hay bajas sino pacientes de baja, es imprescindible que el médico conozca el contexto global del paciente, no sólo como trabajador. El médico general/de familia es el único capacitado para tener en cuenta todas las circunstancias necesarias para elaborar un plan de seguimiento apropiado al paciente y a su problema.

- Como toda terapéutica, la baja laboral debería prescribirse en duración e intensidad conveniente; es decir, recomendando duración y graduación de la ausencia al puesto y al lugar de trabajo. Es imprescindible transformar la terapia sí/no que llamamos baja laboral en una terapia más, que sea posible adaptar al paciente, a su problema de salud y a su entorno laboral
- Puesto que las bajas laborales tienen graves efectos adversos conviene ajustarlas a lo mínimo imprescindible. La brevedad de la situación de baja es un objetivo clínico antes que gestor y/o económico; conviene la difusión del conocimiento acerca de los efectos adversos de la situación de baja, tanto entre legos como entre profesionales. En este campo se precisa de más investigación
- La gestión de los tiempos muertos exige un dinamismo distinto al de los tiempos de espera en el sistema sanitario. Lo lógico es atribuir autonomía, iniciativa y responsabilidad al médico de primaria de forma que pueda “comprar” los servicios que necesiten sus pacientes de baja. Es decir, el cumplimiento del plan diagnóstico y terapéutico que complementa a la baja lo podría contratar el médico de cabecera con los servicios públicos y/o privados que aseguren calidad y rapidez. En todo caso, “el dinero sigue al paciente” y el médico de primaria contaría con un presupuesto apropiado para asegurar la compra de servicios para sus pacientes de baja. Naturalmente, este presupuesto se dedicaría a los pocos pacientes que precisan de atención fuera de la consulta del médico de cabecera.
- Es imprescindible el buen trabajo de los servicios de Inspección Médica; por ejemplo, para colaborar con los médicos de primaria cuando estos sospechen fraude o abuso. La coordinación es esencial en estos casos y en general (para fomento de la calidad, de la formación y de la investigación)
- El médico de primaria contará con un presupuesto anual cerrado para el conjunto del gasto en bajas laborales (incluye el gasto para el control de tiempos muertos). Las desviaciones respecto al presupuesto serán canceladas (al justificarlas) o asignadas a su consulta (cuando haya sobrante).
- Las bajas laborales se notificarán en un modelo que permita estimar la duración y la fecha probable de alta (o de revisión, en su caso), de forma que en la mayoría de los casos sirva esta sola primera notificación para todo el curso de la baja.

COMENTARIO FINAL

Los médicos generales/de familia españoles estamos perdiendo atribuciones y “potestades” en una sangría que nos convierte en puros “mediatras”. Hemos perdido a los niños y adolescentes, a las mujeres, a los pacientes terminales, a los de clase alta y a los funcionarios. Si perdemos también las bajas nos quedaremos apenas con las recetas de repetición, los pobres, los ancianos y los inmigrantes (en sus problemas no laborales). Es hora de que defendamos una gestión clínica de las bajas que conviene a todos: pacientes y familiares, médicos y sistema sanitario, empresas, Seguridad Social y sociedad en general.

PUNTOS CLAVE

- La baja laboral es parte del plan de seguimiento del paciente, un componente más de su terapéutica.
- Para hacer un uso racional de la baja laboral habría que “dosificarla” (ajustarla por duración e intensidad)
- La intensidad de la baja exige descoyuntar la prescripción de ausencia del lugar de trabajo de la prescripción de ausencia del puesto de trabajo.
- Como toda terapéutica, la baja laboral tiene beneficios y perjuicios. Los efectos adversos son graves, de causa mal conocida.
- El médico que debe gestionar la baja laboral es el “médico natural” del paciente, su médico de cabecera, para ponerla en el contexto del plan de seguimiento.
- La correcta gestión de la baja laboral conlleva centrarse en apenas tres o cuatro pacientes al mes.
- El médico general/de familia debería contar con un presupuesto para agilizar el proceso diagnóstico y terapéutico del paciente de baja, no para ahorrar sino por el impacto clínico del “estar de baja” en la salud del paciente y de su familia.
- Sería también importante contar con un presupuesto anual cerrado para bajas laborales, a justificar cuando se sobrepase, y a revertir en la consulta cuando se ahorre.

- El parte inicial de baja puede ser el único a expedir si no hay complicaciones y si se hace en el mismo una estima correcta de fecha de alta.
- Los médicos de primaria no deberían ceder más en sus “potestades” y responsabilidades sobre la baja laboral, por la salud de sus pacientes y por su profesionalidad.

BIBLIOGRAFÍA

- CASTEJÓN, J.: El papel de las condiciones de trabajo en la incapacidad temporal por enfermedad común y accidentes no laborales. Tesis doctoral. Bellaterra: Universidad Autónoma de Barcelona; 2002.
- GÉRVAS, J., RUIZ TÉLLEZ, A., PÉREZ FERNÁNDEZ, M.: La incapacidad laboral en su contexto médico: problemas clínicos y de gestión. Madrid: Fundación Alternativas; 2006.
- <http://www.falternativas.org/laboratorio/documentos/documentos-de-trabajo/la-incapacidad-laboral-en-su-contexto-medico-problemas-clinicos-y-de-gestion>.
- ORTIZ, A.: Consultas sin patología en un centro de salud mental. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2004.
- RASPE, H., HUEPPE, A., NEUHAUSER, H.: Back pain, a communicable disease? *Inter J Epidemiol.* 2008; 37: 69-74.
- RUIZ TÉLLEZ, A.: Claves en el manejo de la incapacidad transitoria en los Equipos de atención primaria. En: *La gestión de la atención sanitaria en los EAP.* Barcelona: Curso a Distancia del Día a Día en el EAP, Módulo 2; 2002. pág. 69-78.

GESTIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

5. Concepto médico de incapacidad: enfermedad, menoscabo e incapacidad temporal

Andrés López Romero
M^a Soledad Holgado Catalán

INTRODUCCIÓN

De cara a realizar una adecuada gestión de la prestación de la Incapacidad Temporal (IT) y poder disponer de una guía estructurada de trabajo es necesario tener muy claros una serie de conceptos que se irán analizando a la hora de evaluar a un paciente para ver si es susceptible de prescribirle una baja laboral:

- a) **Enfermedad.** Cualquier entidad nosológica o proceso patológico que disminuya la salud de una persona. Ésta puede ser de carácter temporal, progresiva o definitiva. Como ejemplo de la misma, se pueden encontrar entidades tan variadas como una miopía, una hipoacusia, una diabetes o una esclerosis múltiple. Las manifestaciones clínicas pueden diferir de una persona a otra o presentarse en distinto grado. Una miopía puede provocar una ceguera casi absoluta, con las repercusiones que esto conlleva, o por el contrario, pasar incluso desapercibida y diagnosticarse de forma casual.
- b) **Menoscabo.** Como consecuencia de una enfermedad, se va a producir una alteración, disminución o pérdida de una función o estructura ana-

tómica. Es, por lo tanto, una desviación de la normalidad en una parte del cuerpo, órgano, sistema o en su funcionamiento. La cantidad y la calidad de las funciones afectadas por el menoscabo depende de la severidad del mismo y de las actividades que esa persona realiza en su vida diaria. En el caso de una miopía leve, las lentes correctoras le permitirían llevar una vida casi normal, sin ningún tipo de limitación. Lo mismo ocurriría con una hipoacusia leve. En estos casos podría incluso no estar afectada ninguna de las actividades que desarrolla. En el caso de otro tipo de enfermedades, como la diabetes tipo II no complicada, en tratamiento con dieta, ejercicio e hipoglucemiantes orales, las únicas actividades que se pueden afectar, son las derivadas de las restricciones dietéticas que imponen la enfermedad. En otros casos como en la esclerosis múltiple o otras enfermedades degenerativas del Sistema Nervioso Central, en sus fases avanzadas, pueden conllevar a que la persona no pueda realizar ninguna actividad física, a lo que se suma un deterioro cognitivo que incluso haga necesario que precise ayuda para la realización de las actividades más básicas de la vida diaria.

- c) **Incapacidad.** Es la imposibilidad para realizar una actividad o tarea determinada como consecuencia de un menoscabo. Es la distancia que existe entre lo que una persona puede hacer y lo que quiere o tiene que hacer. En el campo laboral, es la imposibilidad para la realización de las tareas específicas para el puesto de trabajo que desarrolla. Es de destacar que la valoración de un menoscabo es exclusivamente una tarea que depende de una exploración médica sin ninguna otra connotación. Sin embargo, la valoración de la incapacidad va más allá: para valorar la incapacidad es necesario no sólo conocer el menoscabo, sino ponerlo en relación con la actividad que desarrolla. En el campo laboral el interés se centra en la actividad que se llama trabajo o profesión, por lo que se puede definir la incapacidad para trabajar como la imposibilidad para realizar uno o varios requerimientos específicos o tareas determinadas de ese puesto de trabajo.
- d) **Baja laboral.** El mundo laboral conlleva la existencia de un acuerdo entre el empleador y el trabajador, de tal manera que el empleado aporta un trabajo a cambio de una contraprestación que es el salario. Si el trabajador ha estado trabajando durante un periodo de tiempo determinado percibe un salario, pero si el empleado no trabaja, y no importa cual sea la causa, no percibe ese salario. Esta circunstancia genera que el trabajador pierda su capacidad de ganancia. El Sistema de Seguridad Social pro-

tege frente a este tipo de situaciones. Al trabajador que como consecuencia de una enfermedad está incapacitado para trabajar, el Sistema de Seguridad Social le proporciona dos coberturas, la asistencia sanitaria que necesita hasta que recupere la capacidad de ganancia y una prestación económica mientras dure esta situación en la que no está capacitado para desempeñar su trabajo. Para materializar estas prestaciones es preciso la expedición de un documento oficial por parte de un médico. La baja laboral es el documento oficial en el que el médico certifica que una persona no puede realizar su trabajo como consecuencia de una pérdida de salud. El parte de baja es por lo tanto, el certificado médico de incapacidad. Hay pocas cosas más estrictamente médicas que certificar que una persona se encuentra imposibilitada para trabajar por motivos de salud. Hay que destacar que la baja no es un permiso para dejar de acudir al trabajo, ni es una prescripción de reposo (éste dependerá de la enfermedad de base, véase el caso de una depresión), ni es un certificado de enfermedad, ya que hay enfermedades que no producen incapacidad. Por lo tanto, la baja no se extiende a las personas enfermas, sino a las personas incapacitadas. Además de ser un acto médico, la baja laboral es un acto administrativo que genera derechos a favor del trabajador que se encuentra incapacitado. Dado que la incapacidad es la imposibilidad para realizar los requerimientos específicos de un puesto de trabajo determinado, la correcta gestión de esta prestación vendrá determinada por la determinación de la incapacidad, así como por la adecuación de la misma padecida por el trabajador y el tiempo de baja concedido.

La duración de la baja vendrá únicamente determinada por el tiempo imprescindible que el trabajador esta incapacitado para trabajar y terminará inexcusablemente con la recuperación de la persona para realizar su actividad laboral.
--

La baja sólo debe extenderse cuando el médico entiende que esa persona no puede realizar su trabajo y además precisa recibir asistencia sanitaria. No es una prestación a demanda del trabajador. El médico sólo debe tener en cuenta dos cosas a la hora de plantearse si un trabajador precisa o no la baja laboral: el estado de salud y los requerimientos del puesto de trabajo que desempeña. Para ello es preciso que existan elementos clínicos objetivos de incapacidad para prescribir la baja laboral.

De cara a determinar finalmente la pertinencia o no de la prescripción de una baja laboral puede servir de ayuda inicialmente el conocer la clasificación de las profesiones. La tabla 1 recoge una clasificación de las profesiones que puede servir de orientación a la hora de valorarlas funcionalmente. Esta clasificación, se fundamenta en el esfuerzo que requiere cada trabajo para la realización del mismo. No obstante, y aunque se conozca la profesión del paciente, en muy pocas ocasiones el médico de familia dispone de datos objetivos sobre las exigencias de un puesto de trabajo, por lo que es imprescindible preguntar al paciente no sólo sobre la denominación del puesto de trabajo que ocupa, sino también sobre las actividades concretas que realiza, ritmo de trabajo, horarios, pesos que mueve, sustancias con las que está en contacto, etc.

TABLA 1. Clasificación de las profesiones

<p>Profesión 1. Mínimo esfuerzo. Trabajos que no exigen estar de pie o cargar. Por ejemplo abogado, medico, administrativo.</p> <p>Profesión 2. Esfuerzo medio. Exige estar de pie y/o deambulando sin carga con carga ligera. Dependiente de comercio, camarero.</p> <p>Profesión 3. Esfuerzo alto. Exige deambulación con carga, manipulación de herramientas. Trabajadores manuales.</p> <p>Profesión 4. Máximo esfuerzo. Mineros.</p> <p>Profesión 5. Criterios diferentes al esfuerzo. Controlador aéreo (estrés), bombero (riesgo).</p>

Fuente: García Álvarez G. Conceptos básicos en incapacidad temporal. Circunstancias cotidianas en la consulta de atención primaria. JANO 2003; 38: 39-46.

Aunque se trate de una información parcial que aporta el propio paciente y que en ocasiones tendrá un componente subjetivo importante, son los datos mínimos a solicitar y tener en cuenta. No es lo mismo la actividad que realiza un médico traumatólogo que realiza intervenciones quirúrgicas que un médico que tiene encomendadas labores de gestión, teniendo ambos la misma profesión.

En la valoración se puede utilizar un método en el que se sigue la sistemática habitual: la historia clínica, el examen físico y las pruebas complementarias.

Respecto al examen físico, se valora el PULHEMS, las siglas inglesas que hacen referencia a físico en general (Physic), extremidades superiores (Upper),

extremidades inferiores (Lower), oído (Hear), ojo (Eye), Mental y equilibrio (Stability), según la necesidad de cada puesto de trabajo.

Es por todo lo anteriormente expuesto que, a la hora de valorar a un paciente, en primer lugar se constatará que tiene una enfermedad, que esa enfermedad le está produciendo un menoscabo, y que éste le ha generando una incapacidad para realizar las actividades concretas que le requiere su puesto de trabajo. Solamente cuando se den estas circunstancias será oportuna la prescripción de esta prestación.

PUNTOS CLAVE

- La enfermedad es cualquier entidad nosológica o proceso patológico que disminuya la salud de una persona.
- El menoscabo se produce como consecuencia de una enfermedad: alteración, disminución o pérdida de una función o estructura anatómica.
- La incapacidad es la imposibilidad para realizar una actividad o tarea determinada como consecuencia de un menoscabo.
- La baja laboral es el certificado médico de incapacidad.
- La duración de la baja vendrá únicamente determinada por el tiempo imprescindible que el trabajador esta incapacitado para trabajar y terminará inexcusablemente con la recuperación de la persona para realizar su actividad laboral.
- La baja no es una prestación a demanda del trabajador.
- Para determinar la prescripción de una baja laboral es imprescindible preguntar al paciente no sólo sobre la denominación del puesto de trabajo que ocupa, sino también sobre las actividades concreta que realiza, ritmo de trabajo, horarios, pesos que mueve, sustancias con las que está en contacto, etc.

BIBLIOGRAFÍA

- GARCÍA ALVAREZ, G.: Conceptos básicos en incapacidad temporal. Circunstancias cotidianas en la consulta de atención primaria. JANO 2003; 1498: 39-46.
- MARTÍ AMENGUAL, G., PUIG BAUSILI, L., GÓMEZ MONTORO, J., JIMÉNEZ JIMÉNEZ, A.J.: Aspectos médico-legales de las incapacidades laborales. Med Clin (Barc). 2006;126 (17): 671-675.

INMST-INSALUD-INSS-AMAT. Colaboración institucional en la Incapacidad Temporal. Guía para el médico. Madrid, 2001.

SEVILLA ALONSO, S., LÓPEZ RUBIO, M.A.: Gestión de la incapacidad temporal. JA-NO 2006; 1621: 79-82.

PLANES MAGRINYÁ, A.: Prescribir una baja, una función del médico de familia. FMC 2002; 9(6): 421-5.

6. Aspectos administrativos de la incapacidad temporal

Guadalupe Olivera Cañadas
Francisco Javier Muñoz Perdiguero

DEFINICIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL

Se entiende por incapacidad temporal (IT) la situación en la que se encuentra cualquier trabajador que por enfermedad (común o profesional) o accidente (sea o no de trabajo) está impedido para el desempeño de su trabajo, mientras recibe asistencia sanitaria por la Seguridad Social. (Art. 128.1 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social).

Pasamos a destacar algunos puntos de la definición de IT:

- Incapacidad para el desempeño del puesto de trabajo. Implica que para dar un parte médico de baja es necesario valorar si la alteración de la salud que padece el trabajador le incapacita o no para la realización de su trabajo.
- Asistencia sanitaria de la Seguridad Social (SS). Si la asistencia que recibe el trabajador no es de la SS, sino de un sistema de medicina privada, no es impedimento que un facultativo del Sistema Público le proporcione los partes médicos de baja siempre que sea reconocido previamente por el mismo.

- Temporalidad. La posibilidad implícita de mejoría y/o curación es la que distingue la IT de la incapacidad permanente.

El estado, a través de la IT, proporciona una prestación económica, cuyo objetivo es suplir el salario que deja de percibir el trabajador cuando se ve privado de poder realizar sus actividades laborales durante algún tiempo, como consecuencia de la alteración en su estado de salud.

REGULACIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

La incapacidad laboral está regulada en los artículos 128-133 del RD Legislativo 1/1994 de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS). En el mismo año, la Ley 42/94, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social plantea un cambio en la prestación, al refundir el concepto de incapacidad laboral transitoria (ILT) y suprimir la contingencia de invalidez provisional por el nuevo concepto de incapacidad temporal o IT.

Esta misma Ley configuró como contingencia específica la situación de maternidad, desligándola de la incapacidad temporal. Algunos artículos (128.1 y 131 bis.2) del RDL 1/1994 han sido modificados recientemente por la ley 40/2007, de 4 de diciembre, de Medidas en Materia de SS.

CAUSAS DE INCAPACIDAD TEMPORAL

Las situaciones que pueden originar una IT son las llamadas *contingencias*, que pueden ser comunes o profesionales. Según el art. 2 LGSS, la contingencia se define como “*la protección que otorga el Sistema de la Seguridad Social, en caso de que el riesgo se actualice o acontezca*”. En el caso que nos ocupa hablamos de:

- **Contingencias profesionales:** accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Ocurren por y con ocasión de la realización del trabajo habitual.
- **Contingencias comunes:** enfermedades comunes y accidentes no laborales.

REQUISITOS PARA TENER DERECHO A LA PRESTACIÓN ECONÓMICA EN SITUACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL

Es necesario:

1. Estar afiliado y en alta en la SS (o situación asimilada al alta) al sobrevenir la contingencia o situación protegida (tabla 1). Existen dos formas de estar afiliado a la SS: el régimen general y los regímenes especiales (tabla 2).

TABLA 1. Situaciones asimiladas al alta para la percepción del subsidio de Incapacidad Temporal

Percepción de la prestación por desempleo de nivel contributivo.
Traslado de la empresa fuera del territorio nacional.
Período de vacaciones retribuidas y no disfrutadas antes de la finalización del contrato de trabajo.
Convenio especial de diputados y senadores y de gobernantes y parlamentarios de Comunidades autónomas.

Tabla 2. Regímenes especiales de afiliación a la Seguridad Social

Régimen especial de trabajadores autónomos (RETA).
Régimen especial de empleadas del hogar.
Régimen especial agrario.
Régimen especial de la minería del carbón.
Régimen especial de los trabajadores del mar.

2. Encontrarse en situación de no poder desarrollar el trabajo habitual de manera temporal, mientras recibe asistencia sanitaria de la SS. La constancia de encontrarse en tal situación se hace a través de los partes médicos de baja y de confirmación.
3. Periodo de carencia. Tener un período de cotización de 180 días dentro de los cinco años inmediatamente anteriores al hecho causante cuando se trata de enfermedad común.

4. No se requiere periodo de cotización en caso de accidente de trabajo, accidente no laboral y enfermedad profesional.

OPCIONES DE COBERTURA DE LA PRESTACION ECONOMICA POR EL EMPRESARIO

La cobertura de la prestación económica por IT la elige el empresario y puede ser llevada a cabo por distintas entidades:

- El Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS).
- El Instituto Social de la Marina (ISM) para trabajadores del mar.
- Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS).
- Existe también la posibilidad de colaboración voluntaria por parte de las empresas para gestionar la prestación de IT, tanto la derivada de accidente y enfermedad profesional como la que ocurre por enfermedad común y accidente no laboral. Dicha colaboración precisa autorización por parte del Ministerio de Trabajo.

CUANTÍAS DE LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS DURANTE LA SITUACION DE INCAPACIDAD TEMPORAL

La prestación económica que recibe el trabajador incapacitado se calcula con arreglo a un porcentaje sobre la base de cotización del mes anterior o base reguladora (BR). La cuantía que se percibe es distinta en función de la contingencia que provoque la situación de IT (tabla 3).

La prestación económica se inicia, en el caso de contingencia profesional a partir del día siguiente al accidente, mientras que en el caso de las contingencias comunes comienzan al cuarto día de la incapacidad. La excepción a estas reglas son las personas que coticen a la SS como empleadas del hogar, que comienzan a percibir el subsidio a partir del vigesimonoveno día y además no tienen derecho a la contingencia profesional.

TABLA 3. Plazos, cuantías y obligados al pago en Incapacidad Temporal

	Cuándo comienza a percibirse el subsidio	Cantidad que se percibe*	Quién paga el subsidio
Enfermedad común y accidente no laboral	A partir del 4º día de la IT. Para todos los regímenes excepto el de empleadas del hogar que lo harán a partir del día 29º.	60% de la base reguladora hasta el día 21º A partir de aquí el 75% de la base reguladora.	Los primeros 15 días paga el empresario. A partir del día 16º la entidad gestora: INSS o ISM, MATEPSS, o empresa colaboradora**
Enfermedad profesional y accidente de trabajo.	A partir del día siguiente al del accidente***.	El 75% de la base reguladora.	La entidad gestora encargada de la contingencia profesional: MATEPSS, INSS ó ISM, o empresa colaboradora.

* Las empresas pueden por convenio cubrir desde el primer día y el 100% de la base reguladora.

** En el caso de trabajadores autónomos y régimen de empleada del hogar el pago se hace directamente a través de la entidad gestora.

*** Las empleadas del hogar no tienen derecho a la prestación por accidente de trabajo

El pago que recibe el trabajador puede hacerse de dos maneras:

- Pago delegado. Es la forma de pago más frecuente y se efectúa a través de la nómina del trabajador, recuperando *a posteriori* la empresa el importe a través de la entidad gestora.
- Pago directo. Es el que recibe el interesado de la entidad gestora. Es la forma de pago de:
 - Autónomos.
 - Empleadas del hogar.

- Trabajadores en espera de la resolución del expediente de incapacidad permanente.
- Trabajadores que han finalizado su relación laboral con la empresa por despido o fin de contrato.

TEMPORALIDAD DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA

Nacimiento de la prestación económica.

Requiere el parte de baja médica, cuya expedición corre a cargo del médico del Servicio Público de Salud (médico de familia o de otra especialidad) que haya realizado el reconocimiento del trabajador afectado (RD 575/1997, de 18 de abril). Con dicho documento médico de baja se inician las actuaciones que conducen a la concesión o denegación del derecho al subsidio.

Es imprescindible que todo parte médico de baja y de confirmación vaya precedido de un reconocimiento del trabajador que permita la determinación objetiva de la incapacidad temporal para el trabajo habitual. Las bajas retroactivas, que suponen emitir una IT con fecha anterior a la del reconocimiento, suponen una irregularidad administrativa que pueden hacer anulable todo el proceso. En caso de duda se debe consultar con la Inspección Médica.

Duración de la prestación económica.

Se mantiene mientras el trabajador se encuentre en situación de IT con una duración máxima de doce meses que puede ser prorrogable por otros seis, siempre que se prevea la curación del proceso. Hasta las modificaciones del Art. 128. 1 de LGSS realizadas por la ley 40/2007, este periodo de prórroga era concedido tácitamente por la Inspección Médica y seguido por el facultativo responsable de la baja médica.

La Ley 40/2007 establece que agotado el plazo de duración de doce meses será el INSS, a través de los equipos de valoración de incapacidades (EVI), el encargado de decidir dicha situación de prórroga. Agotado el período (12 +6 meses), el trabajador debe ser examinado en el plazo de tres meses para poder calificar su situación, período durante el cual sigue percibiendo la prestación. En el caso de que se prevea mejoría o curación, se puede volver a demorar la calificación del trabajador otros seis meses, sumando por tanto un total de veinticuatro desde el inicio de la IT.

Extinción de la prestación económica.

Las causas son:

- Ser dado de alta médica con o sin declaración de incapacidad permanente.
- El transcurso del plazo máximo establecido para la situación de IT.
- La jubilación.
- La incomparecencia injustificada a los reconocimientos médicos que procedan cuando fuera requerido por la entidad gestora.
- El fallecimiento.

El alta económica, que puede ser dada por los facultativos del INSS, no extingue la posibilidad de seguir con baja médica.

Causas de suspensión de la prestación económica

- Cuando el beneficiario haya actuado fraudulentamente para conservar o mantener la prestación.
- Si trabaja y está cobrando el subsidio por IT.
- Si rechaza o abandona, sin causa razonable, el tratamiento médico que le sea indicado.

GESTIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

Documentos oficiales usados para los trámites de incapacidad temporal. Partes de baja/alta.

La emisión de los partes médicos de baja, confirmación y alta, que se lleva a cabo vía informática o vía manual, es considerado como acto administrativo y, como tal, puede ser nulo o anulable y estar sujeto a reclamación previa por vía administrativa.

Los médicos inspectores del SPS, de las entidades gestoras y de las mutuas pueden llevar a cabo actos de comprobación de la incapacidad a través de citas para revisión médica que son de obligado cumplimiento para el trabajador. Como consecuencia de estos reconocimientos las entidades gestoras y las Mutuas pueden generar una propuesta o intención de alta, y los médi-

cos inspectores pueden emitir un alta con plenos efectos basándose en los datos de los partes médicos o de los derivados de sus reconocimientos o de la incomparecencia no justificada a las citas de revisión.

Los distintos tipos de documentos oficiales en los que el facultativo puede extender los partes de IT son:

- A) **Parte de alta/baja (P. 9) y partes de confirmación (P. 9/1.) para contingencias comunes**, que son la enfermedad común y el accidente no laboral. Se debe especificar si se trata de un accidente no laboral o una enfermedad común, ya que si se tratara del primero el trabajador podría tener derecho a subsidio incluso sin haber cotizado el tiempo suficiente, como quedó reflejado en párrafos anteriores.
- B) **Partes de alta/baja (P. 9/11) y sus partes de confirmación (P. 9/5) para contingencias profesionales** que son la enfermedad profesional y accidente de trabajo. A día de hoy las empleadas del hogar siguen sin tener derecho a esta cobertura.

Las contingencias profesionales pueden ser competencia de las MATEPSS o del INSS:

- Cuando la gestión de la contingencia profesional corre a cargo de una Mutua, tanto la asistencia sanitaria como los partes de IT serán emitidos por los médicos de la MATEPSS.
- Cuando la gestión la hace el INSS, son los médicos del SPS los encargados de la asistencia sanitaria y de emitir los partes de IT.

Para que se pueda emitir el parte de baja por accidente de trabajo es requisito imprescindible el reconocimiento de la empresa (parte por triplicado de asistencia por accidente de trabajo, que proporciona la empresa y que es el documento: 3AT.19-B).

Todos los partes de IT constan de un original y tres copias. En ellos hay que cumplimentar diversos campos (tabla 4). En el original del parte de baja (para la Inspección Médica) y en la copia a remitir a la entidad gestora (MATEPSS o INSS) constará el diagnóstico y la descripción de las limitaciones en la capacidad funcional del trabajador, así como una previsión de la duración del proceso patológico. Las otras dos copias son para el trabajador y para remitir a la empresa (ambas se dan en mano al trabajador) y no figura en ellas el diagnóstico médico por el que se da la IT.

TABLA 4. Datos a rellenar en los partes médicos de alta/baja.

Datos de filiación
Datos de la empresa
Tipo de régimen al que pertenece el trabajador
Situación de activo o desempleado
Entidad gestora del pago
Diagnóstico y descripción de la limitación de la capacidad funcional
Puesto de trabajo o actividad que realiza en la empresa
Duración aproximada del tiempo de baja en días o meses

Los plazos legales estipulados para la entrega de dichos ejemplares de los partes son los siguientes:

- El parte que se entrega a la Inspección debe llegar a ésta en tres días.
- La copia para la entidad gestora debe llegar a la misma en el plazo de cinco días. Esto se tramita a través el centro de salud.
- Copia para la empresa. El trabajador dispone de tres días para entregarla. En el caso de trabajadores autónomos y empleadas del hogar, será entregada por ellos mismos a la entidad gestora del pago.
- Copia para el propio trabajador.

C) Determinados colectivos como los funcionarios, jueces, o militares (MUFACE, MUJEJU, ISFAS) tienen una regulación específica de esta prestación y unos documentos oficiales distintos que son aportados por el propio trabajador.

El caso de MUFACE (Mutualidad de Funcionarios de la Administración Civil del Estado), la Orden APU 22/10/2003 regula la emisión de partes de baja/alta médica. Los partes están triplicados y las tres copias se dan en mano al trabajador, quien sólo se quedará con un ejemplar siendo las otras dos copias para MUFACE. La entrega de las mismas se hará antes del cuarto día de la IT. Estos partes se completan a mano y en ellos se debe confirmar el tipo de contingencia, la codificación del proceso que determina la IT y la fecha de la misma. Sólo en la copia del paciente debe aparecer el diagnóstico.

Los partes médicos de confirmación.

El primer parte de confirmación por enfermedad común o accidente no laboral se extenderá cuatro días después de la emisión de la baja para cualquier régimen de afiliación a la Seguridad Social, incluyendo a los trabajadores autónomos y a las empleadas del hogar. Sucesivamente mientras la situación de baja persista, cada siete días contados a partir del primer parte de confirmación (figura 1).

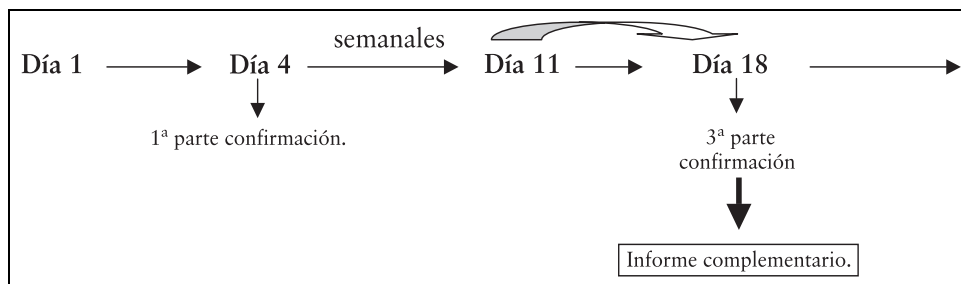


FIGURA 1. Partes de confirmación en contingencias comunes.

En el caso de que la incapacidad derive de un accidente de trabajo o enfermedad profesional, el primer parte de confirmación se extenderá siete días después de la baja y sucesivamente cada siete días.

En el tercer parte de confirmación se hará un informe médico complementario que recoja las dolencias padecidas por el trabajador, el tratamiento médico prescrito, la evolución de la enfermedad, su incidencia sobre la capacidad funcional del interesado y además la duración probable del proceso. A partir de este parte y cada cuatro semanas debe realizarse un informe similar.

En el caso de los partes de confirmación de MUFACE, si el parte inicial se expide en los diez primeros días del mes, el de confirmación se emitirá con antelación al día quince de dicho mes. En caso contrario deberá emitirse con antelación al último día hábil del mes.

Una vez emitido el primer parte de confirmación, los siguientes se emitirán cada dos semanas con antelación a los días quince y último hábil de cada mes hasta alcanzar los tres meses desde el día que se inició la incapacidad. A partir de este momento la emisión de dichos partes será mensual.

El parte médico de alta.

Existen siete supuestos de ALTA MEDICA reflejados en los partes:

- **Curación del trabajador.**
- **Mejoría** suficiente para poder realizar su trabajo habitual.
- **Fallecimiento.**
- **Incomparecencia**, cuando el asegurado no acude a recoger los partes de IT. La norma no prevé ningún plazo mínimo para la emisión de este tipo de alta. Como práctica generalizada se considera que el no recoger el parte de confirmación durante dos semanas sucesivas es un periodo suficiente para emitir el alta. La fecha del alta que debe figurar en el parte es el día del primer parte no recogido.
- **Alta por propuesta de invalidez.** Este tipo de alta debe emitirse cuando el trabajador continúe incapacitado y no existan posibilidades de tratamiento o recuperación, sin que sea necesario que transcurra ningún periodo mínimo. Podría ser incluso al día siguiente de la baja, si la patología que padece se considera irreversible. El documento en el cual se hará la propuesta es el documento oficial P.47 que será enviado a la Inspección Médica, la cual dirimirá si se tramita de oficio o no. En el caso que considere oportuno dicho trámite comunicará al médico cuál es la fecha de alta.
- **Alta por Inspección.** En este caso, el asegurado no podrá tener derecho a una nueva baja por el mismo motivo por el que causa alta durante el plazo mínimo de seis meses y mientras la Inspección Médica no lo valore. El médico que atiende el proceso no podrá hacer dicho trámite ni siquiera por delegación de la Inspección.
- **Alta por agotamiento de plazo.** Actualmente ésta es una de las causas de alta que no pueden expedirse en los partes actuales con la entrada en vigor de la nueva ley 40/2007, ya que la prórroga de la IT una vez transcurrido los doce meses de periodo máximo corresponde en exclusiva al INSS.

Desde la entrada en vigor de la Ley 40/2007 se ha incorporado una nueva causa de “alta”, por *paso al INSS*. Aunque figure como alta, no tiene ninguna repercusión salvo la de cerrar el proceso de baja, que de otra manera quedaría indefinidamente abierto. El trabajador a partir de ese momento será controlado por el INSS.

Propuesta de alta.

No se trata de un alta. Se llaman propuestas motivadas de alta y se dan cuando el INSS o las MATEPSS consideran que el trabajador no está impedido para su trabajo y deben pasar por la Inspección Médica que solicitará informe al médico del SPS. El circuito que siguen dichas propuestas se visualiza en la figura 2.

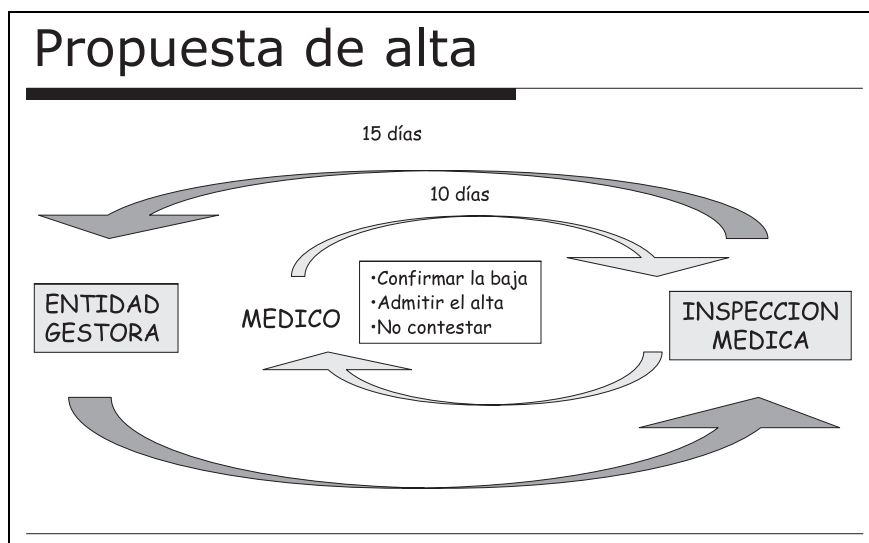


FIGURA 2. Propuesta de alta por parte de las entidades gestoras (INSS) o mutuas.

Intención de alta por los médicos del INSS.

Se lleva a cabo cuando se considera que el trabajador está capacitado para su trabajo habitual. Puede concretarse a lo largo de los 12 primeros meses de IT. Esta alta tiene **únicamente efectos económicos**, pudiendo el trabajador seguir en situación de baja médica si así es considerado oportuno por el facultativo que lo atiende. Para que tenga efectividad debe ser confirmada por la Inspección Médica, que puede negarse a la misma en cuyo caso el trabajador seguirá de baja con todos sus derechos económicos. Los plazos y el procedimiento a seguir se encuentran en la figura 3.

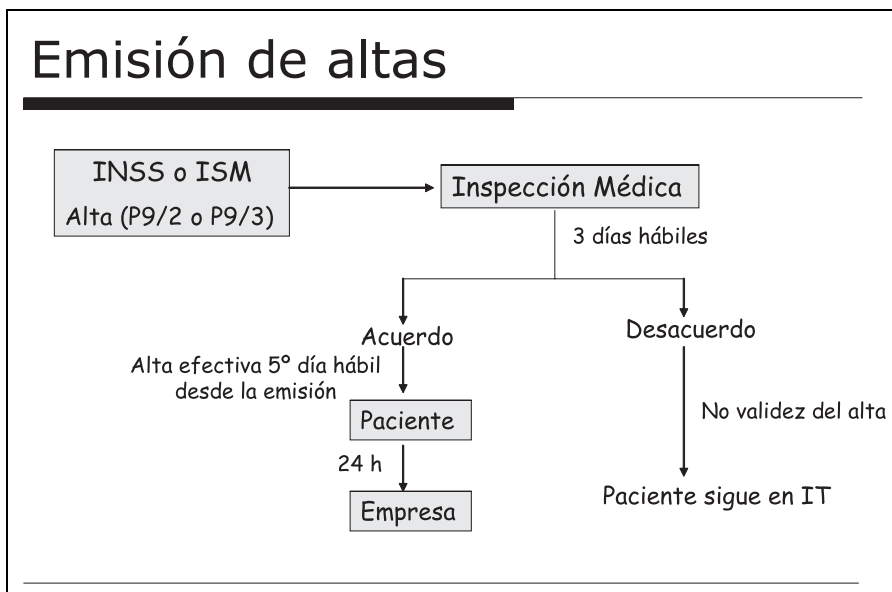


FIGURA 3. Intenciones de alta emitidas por el INSS.

MODIFICACIONES CON LA LEY 40/2007 EN MATERIA DE INCAPACIDAD TEMPORAL

Con la modificación del artículo 128.1 se deja en manos del INSS e ISM, a través de los equipos de valoración de incapacidades (EVI):

- El reconocimiento de prórroga de seis meses a partir de los 12 meses de IT.
- La iniciación del expediente de incapacidad permanente y revisión del mismo.
- Dar el alta médica a todos los efectos, lo que implica la incorporación a su puesto de trabajo.
- Valorar una nueva situación de IT por la misma o similar patología en los siguientes 6 meses cuando el individuo haya sido dado de alta sin paso a situación de incapacidad permanente.

Según la modificación del artículo 131 bis.2, en el caso de que se prorogue la situación hasta los 18 meses el trabajador será evaluado después

en un plazo máximo de tres meses para proceder a su calificación definitiva. Si llegados los 18 meses el trabajador puede recuperarse se le concederá un periodo de demora de calificación que tendrá un máximo de seis meses (24 meses en total desde le inicio de la IT).

Puede que el asegurado no esté de acuerdo con el alta médica, en cuyo caso tiene un plazo máximo de cuatro días naturales para reclamar ante la Inspección Médica. Ésta pierde en este caso la potestad de dirimir el conflicto y su actuación pasa por (figuras 4 y 5):

- Estar de acuerdo con el alta.
- Discrepar con la misma, en cuyo caso hará una propuesta a los médicos del INSS en el plazo de siete días naturales. Éstos tienen otros siete días para reconsiderar la propuesta o mantenerse en firme con la anterior.
- No pronunciarse en el plazo de siete días, en cuyo caso el alta tendrá efecto para el trabajador después de los mismos.

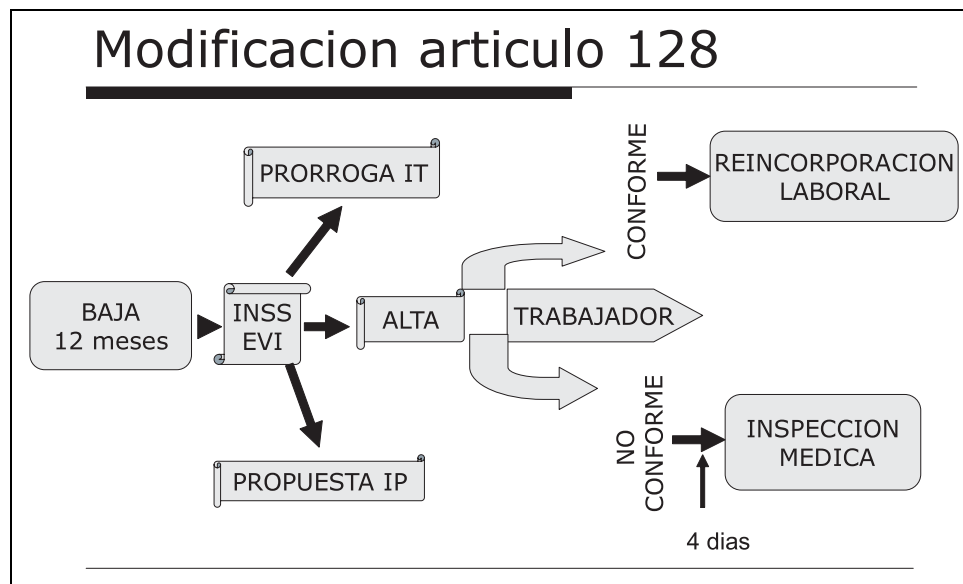


FIGURA 4. Procedimiento a seguir tras los 12 meses de baja.

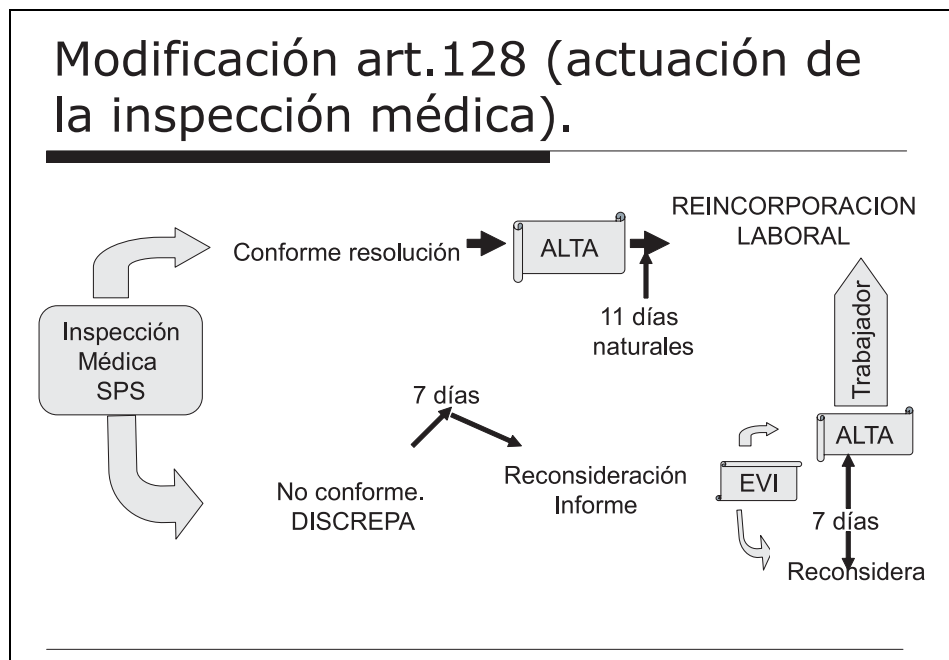


FIGURA 5. Actuación de la Inspección Médica tras alta formulada por el INSS, transcurridos 12 meses de baja.

RECAIDAS EN LOS PROCESOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL

Se considera recaída si el trabajador, tras recibir el alta por curación o mejoría, es nuevamente dado de baja por la misma o similar patología siempre que entre el alta médica y la nueva baja no hayan pasado más de seis meses. En el caso de que hayan transcurrido más de seis meses desde el proceso anterior, sean o no las mismas lesiones, se considera nuevo proceso. Si no han transcurrido seis meses de una situación de IT anterior pero el nuevo proceso de baja es debido a otras causas no se puede considerar como recaída.

PUNTOS CLAVE

- El único documento legal válido para justificar la ausencia al puesto de trabajo es el parte médico de baja.
- Todo parte médico de baja debe ir precedido de un reconocimiento médico que permita la determinación objetiva de la incapacidad temporal para el trabajo habitual.
- Por incapacidad temporal se entiende aquella situación en que se encuentra el trabajador que, por causa de enfermedad o accidente, está imposibilitado con carácter temporal para el trabajo y precisa asistencia sanitaria de la Seguridad Social.
- Las situaciones de incapacidad temporal llevan aparejadas una compensación económica o subsidio.
- La situación de incapacidad temporal está regulada en el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social 1/1994, de 20 de junio, modificada recientemente por la Ley 40/2007.
- Las situaciones que pueden originar la incapacidad temporal son la enfermedad común, la enfermedad profesional y los accidentes, sean o no de trabajo.
- Los requisitos para tener derecho a la prestación económica son:
 - Estar afiliado a la seguridad social y en alta o en situación asimilada al alta.
 - En caso de enfermedad común se requiere un periodo de cotización mínimo de 180 días en los cinco años previos al hecho causante.
 - En caso de accidente, sea o no de trabajo, y de enfermedad profesional, no se exigirá periodo mínimo de cotización.
 - Tener un documento de baja médica.
- La prestación económica que recibe el trabajador puede estar cubierta por el Instituto Nacional de la Seguridad Social o Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social o la propia empresa como entidad colaboradora.
- La cuantía de la prestación económica depende del tipo de contingencia que ocasione la incapacidad temporal.

- En contingencia común se cobra a partir del cuarto día y en contingencia profesional a partir del segundo.
- Las empleadas del hogar no tiene derecho a la cobertura por contingencia profesional y perciben la prestación económica a partir del vigesimonoveno día.
- Por convenio, las empresas pueden mejorar estas condiciones.
- Con el parte de baja médica se inician las actuaciones que conducen a la concesión o denegación del derecho al subsidio.
- Siempre que se prevea recuperación para el trabajo habitual el INSS tiene la potestad de prorrogar la baja seis meses y excepcionalmente hasta un máximo de otros seis meses cuando se prevea recuperación.
- El alta a efectos económicos no extingue la posibilidad de seguir en situación de IT médica aunque el trabajador no percibirá la prestación económica.
- El parte de baja en contingencias comunes lo emite el médico del sistema público de salud.
- Los partes en contingencias profesionales los emite la mutua o el médico del Sistema Público de Salud, en función de quién cubra la contingencia.
- Si se trata de contingencias profesionales y la empresa no las tiene concertadas con una mutua sino con el INSS se debe pedir al afectado antes de cumplimentar el parte de baja el documento de reconocimiento de accidente que da la empresa (asistencia de accidente de trabajo o 3AT-19B).
- En el tercer parte de confirmación se debe rellenar un informe médico que recoja las dolencias, tratamiento, evolución de la incapacidad funcional y probable duración del proceso.
- Este informe debe repetirse cada cuatro semanas en el correspondiente parte.

BIBLIOGRAFÍA

ALONSO ÓLEA GARCÍA, B., SUÁREZ FERNÁNDEZ, A.: Derecho de la Seguridad Social. Unidades Didácticas de la Universidad Nacional a distancia. Madrid 2005.

- ESTEBAN LÓPEZ, S., ABELLÁN HERVÁS, M.J.: A propósito de la incapacidad temporal. *Med de Familia (Ana.)* Vol. 2, nº 1: 2001: 59-63.
- TOROLLO GONZÁLEZ: El control de la incapacidad temporal y la impugnación del alta médica. *Revista del ministerio de trabajo y asuntos sociales*, nº 59, 2005: 93-142.
- Ley 42/1994 de 30 de Diciembre de Medidas Fiscales Administrativas y de Orden Social.
- Ley 13/96 de 30 de Diciembre de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden social.
- Ley 40/2007 de 4 de Diciembre de Medidas en Materia de Seguridad Social.
- Real Decreto 1/94 de 20 de Junio. Texto refundido de la ley General de la Seguridad Social.
- Real Decreto 84/96 de 26 de Enero, por el que se aprueba el Reglamento General sobre inscripción de empresas y afiliación, altas, bajas y variaciones de datos de trabajadores en la Seguridad Social.
- Real Decreto 575/ 1997 de 18 de Abril, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de la prestación económica de la Seguridad Social por Incapacidad Temporal.
- Real Decreto 576/ 1997 de 18 de Abril, modifica Real Decreto de 1993/1995 de 7/12/1995 que aprueba el Reglamento sobre colaboración de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales en la gestión de la Seguridad Social.
- Real Decreto 1273/2003 del 10 de Octubre, que amplía la protección por incapacidad temporal para los trabajadores por cuenta propia o autónomos.
- Orden Administraciones Públicas 2210/2003 del 17 de Julio por la que se regula el procedimiento de las situaciones de incapacidad temporal y de riesgo durante el embarazo, en el régimen especial de la seguridad social de los Funcionarios Civiles del estado.
- Orden 19 de Junio de 1997 por la que se desarrolla el RD 575/1997 de 18 de Abril que modifica determinados aspectos de la gestión y del control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad.

7. Duración de la incapacidad temporal

Rosa M^a Servián Carroquino

¿CUÁNTO DEBE DURAR LA INCAPACIDAD TEMPORAL?

Así enunciada da la impresión de que la respuesta tendría que ser fácil, pero antes de responder nos surgen otras preguntas: la incapacidad temporal ¿debida a qué proceso patológico, a qué enfermedad?, ¿para qué tipo o tipos de trabajos o tareas? ¿para quién, para Encarna, de 58 años y limpiadora que está afónica por una faringitis aguda, o para Gustavo, televendedor de 23 años con la misma patología?

CONTEXTO

La redacción de la Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social, recientemente publicada en el BOE 291/2007, de 5 de diciembre de 2007, hace especial mención al artículo 128, que define en su apartado 1 como situaciones determinantes de Incapacidad Temporal (IT):

“[...] a) 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 doce meses, prorrogables por otros seis cuando se presuma que durante ellos puede el trabajador ser dado de alta médica por curación.

Agotado el plazo de duración de doce meses previsto en el párrafo anterior, el Instituto Nacional de la Seguridad Social, a través de los órganos com-

petentes 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. [...]

b) Los períodos de observación por enfermedad profesional en los que se prescriba la baja en el trabajo durante los mismos, con una duración máxima de seis meses, prorrogables por otros seis cuando se estime necesario para el estudio y diagnóstico de la enfermedad [...].”

Además en la mencionada Ley en el apartado 2 del artículo 131 bis queda redactado en los siguientes términos:

“[...] Cuando la situación de incapacidad temporal se extinga por el transcurso del plazo de dieciocho meses fijado en el párrafo primero de la letra a) del apartado 1 del art. 128, se examinará necesariamente, en el plazo máximo de tres meses, el estado del incapacitado a efectos de su calificación, en el grado de incapacidad permanente que corresponda.

No obstante lo previsto en el párrafo anterior, en aquellos casos en los que, continuando la necesidad de tratamiento médico por la expectativa de recuperación o la mejora del estado del trabajador, con vistas a su reincorporación laboral, la situación clínica del interesado hiciera aconsejable demorar la citada calificación, ésta podrá retrasarse por el período preciso, que en ningún caso podrá rebasar los veinticuatro meses siguientes a la fecha en que se haya iniciado la incapacidad temporal. [...].”

Teniendo esto en cuenta y resumiendo, podemos deducir que la duración máxima será de 12 meses, pudiendo prorrogarse expresamente por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) hasta 6 meses más si en ese plazo puede ser dado de alta por curación. Y tras ello, en casos excepcionales, podrá demorarse la calificación por parte del INSS nunca más allá de los 24 meses siguientes al inicio de la incapacidad temporal.

CONCEPTOS CLAVES

Aunque pueda parecer redundante, la Incapacidad Temporal indica la situación en que una persona está temporalmente incapacitada para desarrollar su trabajo precisando asistencia sanitaria. El concepto “temporal” implica

que en un tiempo determinado se puede esperar la recuperación suficiente para el desempeño de su trabajo.

En aquellos casos en los que no es factible la recuperación de las funciones suficientes para el trabajo, a pesar de los cuidados o tratamientos aplicados o pendientes e independientemente del tiempo de evolución (de “baja laboral”) que lleve, no estaremos hablando ya de IT, sino del concepto de Incapacidad Permanente (IP), que no es objeto del tema que se está abordando.

Al hablar de duración de la IT se hace referencia de forma habitual a la duración máxima, cuando la duración de cada proceso o episodio de baja debe limitarse exclusivamente al tiempo en el que el paciente está médicamente incapacitado para su trabajo, con independencia del tiempo posterior que requiera de asistencia médica.

¿QUÉ NOS TENEMOS QUE PLANTEAR?

Un hecho importante que se plantea a la hora de indicar una baja laboral es ¿por cuánto tiempo? Si se me hace esta pregunta responderé: “Lo que tenga que durar, ni un día más, ni un día menos”.

¿Cuántas veces nos preguntamos en esas situaciones intermedias del proceso de baja si el trabajador, cuando viene a por el parte de confirmación, puede trabajar, aunque “esté pendiente de...”? ¿Cuántas veces nos detenemos a pensar cada vez que vamos a firmar un parte de confirmación si realmente puede trabajar, valoramos detenidamente al paciente, lo vemos, lo examinamos? Sinceramente, más de un parte se expide sin la suficiente y adecuada valoración: valoración del paciente, de verdad, valoración física y psíquica adecuada, valoración de la limitación funcional y de las funciones conservadas, valoración de la capacidad para trabajar...

¿Cuántos pacientes con cólicos renales hemos visto que tengan dolor cólico, que no remite, durante 1, 2, o los 6 meses de baja que está el paciente y que le está realmente incapacitando para el trabajo? Pues pocos, muy, muy pocos. Sin embargo se prolonga la IT en la inmensa mayoría de los casos injustificadamente con argumentos como “a ver si va a tener otro”, “hasta ver resultados de la radiografía o de la ecografía” “a ver lo que sale en la orina, o qué dice el urólogo”. En estos casos, lo adecuado sería no mantenerlo de baja; si tiene otro cólico, se trata y si precisase nueva baja, se le da, salvo que los resultados de las pruebas complementarias o la valoración del especialista justificaran la permanencia en situación de IT.

También nos encontramos con situaciones en que vemos, por ejemplo, una persona de baja por un esguince grado 2 de tobillo, que trabaja como auxiliar administrativo. Si sólo valoramos un aspecto (y sin mucho detalle), su trabajo, lo podría hacer pues puede realizar tareas con el ordenador, teléfono, etc., pero ¿cómo podría desplazarse al mismo? Esto también está condicionando su baja, además de la lesión.

Otras situaciones nos deberían hacernos plantear si, aunque lleve poco tiempo de baja, ¿realmente el paciente, por más que prolongue su IT, por más tratamientos que queden por aplicar, podrá volver a su puesto de trabajo con una funcionalidad laboral adecuada o que no afecte a las tareas principales de su función?

Vamos a poner otro ejemplo: bombero que sufre accidente de tráfico y consecuencia del mismo sufre una paraplejía. Sería candidato para tramitar una IP, pues por más tiempo que esperemos, por algo de mejoría neurológica o de deambulación que pueda tener, por más tratamientos que se le apliquen, hoy en día como bombero no podrá trabajar. ¿Para qué esperar entonces a agotar los 12 meses de IT?

Hablemos de temas economicistas de una forma muy simple pero comprensible. Hay presupuestos y hay fondos estatales para pensiones, para incapacidades permanentes, para incapacidades temporales. Estos fondos no son inagotables y tienen un límite; por ello, para poder seguir manteniendo el sistema actual de prestaciones hay que acotar, y se acota, en el aspecto que nos toca, en tiempo de duración de la IT. Si se mantienen indebidamente en IT situaciones que deberían haberse derivado para IP, en el presupuesto del siguiente año se tendrá en cuenta los fondos gastados en cada concepto (es decir, más para IT y menos para IP) y sobre ello se valorará, no sobre a lo que realmente se tendría que haber destinado.

Antes de terminar este apartado, otro aspecto para valorar es que el hecho de tener o padecer una determinada enfermedad no significa que se esté incapacitado para trabajar. Numerosas enfermedades (diabetes mellitus, hipertensión arterial, alteraciones tiroideas, infecciones crónicas como hepatitis, incluso neoplasias) permiten perfectamente compatibilizar su cuidado, su asistencia médica periódica, sus descompensaciones o momentos críticos, con el desempeño más que eficiente de una actividad laboral intachable.

REFERENCIAS SOBRE DURACIONES DE INCAPACIDAD TEMPORAL

A la hora de decidir cuánto debe durar una baja, además de la “intuición” y la experiencia, diversos estudios y grupos de trabajo han elaborado distintas guías, manuales, documentos y libros, reflejados en el apartado de Bibliografía, que podemos utilizar como referentes.

Cada una de ellas tiene un enfoque, unas son más sencillas de manejo y con cifras globales; otras complementan con ciertos datos clínicos someros, y algunas incluso llegan a detallar el tiempo en función de la gravedad o pronóstico clínico del proceso y el nivel de esfuerzo del trabajo, y elaboran recomendaciones o guías de retorno y adaptación progresivos al trabajo.

Entre ellas cabe destacar:

- “Manual de Gestión en Incapacidad Temporal”, INSALUD, 3ª edición 2001, que ha servido de base también para la elaboración de la siguiente obra.
- “Tiempos estándar de incapacidad temporal”, INSS, 2004, en el que definen como Tiempo estándar de IT “el tiempo mínimo 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”.

FACTORES IMPLICADOS EN LA DURACIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

Cuando una persona tiene una enfermedad o un accidente hay una serie de tiempos y situaciones implicados en la duración de su incapacidad temporal. Por ello los tiempos estándar y las guías que tomemos como referencia nos deben de servir como base sobre la que valorar los diferentes aspectos a tener en cuenta que pueden prolongar dicha duración:

- Tiempos biológicos: son los necesarios para la recuperación de los tejidos, órganos o sistemas dañados. Hay que valorar la reparación física y psíquica, teniendo en cuenta además que se pueden ver influidos por la capacidad de regeneración física, la edad, el sexo, la comorbilidad, la genética, etc.
- Tiempos de asistencia: son los necesarios para la realización de las pruebas, de las interconsultas con otros especialistas, para llegar al

diagnóstico, para instaurar uno o más tratamientos y conseguir sus efectos. En este punto nos vemos limitados por las demoras asistenciales, listas de espera para consultas, pruebas o tratamientos, siendo también cierto que no todos los procesos requieren asistencia médica exhaustiva para su resolución.

- En este sentido hay que destacar las mejoras producidas en diversas comunidades autónomas en las que se aplican Leyes de Garantías sobre listas de espera para primeras consultas con especialistas, para ciertas cirugías, pruebas, etc.
- Otros tiempos: son más difíciles de valorar y precisar su interferencia en la duración del proceso de IT pero en numerosas ocasiones la prolongan de forma injustificada. Por ejemplo:
 - 1) Me ha dicho el doctor que vaya el viernes a por el parte de confirmación, hoy es lunes y ya estoy recuperada de la gastroenteritis, pero me espero al día que tenía la cita.
 - 2) Médico sustituto que no da el alta hasta que vuelva el que está sustituyendo.
 - 3) Tiempo de “estar pendiente de...” que no siempre justifica la permanencia en IT.
 - 4) Tiempo de adaptación psíquica al proceso X que inició la baja.
 - 5) El tiempo “para estar al 100% en mi trabajo”, la propia percepción de la capacidad laboral por parte del paciente, la inseguridad sobre él mismo. Siendo realistas, ¿quién está al 100% para su trabajo de forma habitual y continuada?
- Las condiciones y exigencias específicas del puesto de trabajo: las cargas físicas, mentales, posturales y neurosensoriales.
- La finalización del contrato laboral durante la situación de baja prolonga de forma inusitada y desproporcionada la duración de la IT teniendo en cuenta otros factores como los diagnósticos, la edad, etc.
- Factores como la problemática personal o familiar y socio-laboral (precariedad, inestabilidad o insatisfacción laboral, etc.) se encuentran estrechamente imbricados con la duración de la baja. No es raro encontrar situaciones de IT en las que, cada vez con mayor frecuencia, se refugian serios conflictos laborales o personales no resueltos de otra manera.
- El ambiente o el colectivo cultural de la persona en situación de IT en ocasiones influyen en su duración, por el impacto psicológico que tie-

- nen ciertas enfermedades, por las vivencias que suponen ciertos diagnósticos que fuera de ese grupo no son justificables.
- La subjetividad en las vivencias de la enfermedad o la lesión. Es difícil medir el grado de dolor, de tristeza, de malestar por la fiebre, es difícil convencer a un paciente para que deje de cojear para corregir el hábito que adoptó durante su lesión de tobillo por miedo a que le duela más.
 - La desmotivación del profesional responsable de la incapacidad temporal, la gestión del tiempo y del conflicto, la situación de sobrecarga y presión asistencial, la limitación en el acceso a herramientas diagnósticas o terapéuticas, etc. intervienen también como elementos a tener en cuenta.
 - En ocasiones, el temor o la evitación del conflicto entre el médico de cabecera del paciente y éste. Después de gestionar un alta “complicada”, el paciente va a volver a la consulta del médico que “le dió el alta sin estar curado”, con el que ya no tiene la misma confianza y que puede que en algún momento se sienta “amenazado” por el paciente.

FACTORES DE CORRECCIÓN

En el tiempo estándar, el óptimo para la recuperación de un proceso de forma general, influyen elementos inherentes al propio curso evolutivo y que pueden prolongar de forma plenamente justificada la situación de IT. Aun sabiendo que pueden existir numerosos factores de corrección para tener en cuenta y estudiar, podemos valorar entre otros:

- La edad: a mayor edad, mayor tiempo de recuperación en ciertas ocasiones para un mismo proceso. Los tejidos, los músculos, el organismo, no tienen la misma capacidad de regeneración, de cicatrización, de potenciación en la juventud que a los 60 años.
- El tipo de profesión/ocupación: cuanta más exigencia para una determinada capacidad funcional que está afectada por el proceso médico de la baja, más tiempo requiere de recuperación. Un controlador aéreo requerirá mucha concentración, atención y capacidad de reacción, que pueden encontrarse alteradas en trastornos depresivos pero no en una tendinitis de rodilla. Las exigencias físicas del trabajo en un peón albañil intervenido de hernia inguinal y que tiene 62 años hacen que

la duración de su baja pueda ser unos días más prolongada que si la persona intervenida es un encuestador telefónico de 23 años.

- La comorbilidad también retrasa la incorporación laboral tras un proceso de incapacidad temporal, bien por descompensaciones de enfermedades crónicas, bien por complicaciones evolutivas asociadas, u otros factores. Una gripe puede generar una IT que dure de 0 a 7 días, pero ¿y si se produce en una persona con EPOC, o con una diabetes mellitus de base que se descompensan? Obviamente durará más.

De todas formas, todos conocemos y no dejan de sorprendernos casos de pacientes que en situaciones de salud bastante precarias, delicadas, o limitantes, son capaces de sobreponerse y trabajar como forma de sobrellevar mejor su problema. Pero igual que tengo que trabajar con el paciente que sí que está plenamente capacitado para incorporarse a su trabajo y emitir el alta cuando así deba ser, lo mismo debo hacer con el paciente que no desea la baja pero considero que precisa un tiempo de recuperación física y psíquica y para ello es necesario ésta.

CONCLUSIONES

La prescripción de una baja laboral por parte del médico de familia a un paciente forma parte del tratamiento que requiere para su adecuada recuperación, y quién mejor que este facultativo que atiende de forma continuada al paciente y que le conoce y sabe más de las circunstancias de cada persona.

Debemos de tener en cuenta que la inmensa mayoría de las situaciones de incapacidad temporal están plena y perfectamente justificadas, siendo un pequeño porcentaje de casos el que excede la duración adecuada, en unas ocasiones por la propia patología, en otras por el funcionamiento de los Servicios Públicos de Salud, en otras por situaciones relacionadas con el propio paciente (sociolaborales) y en otras por fraude.

Se hace realidad, como en tantas otras situaciones cotidianas, en este caso el diagrama de Pareto, en el que el 20% de los casos requieren el 80% de los esfuerzos para lograr una mejor gestión integral de los procesos de baja y adecuarlos a la duración apropiada.

Hay que valorar siempre la relación existente entre lo que el paciente, con un determinado problema de salud, tiene que hacer en su trabajo, cuánta

les son las tareas, cómo las realiza, con qué herramientas, etc. y las funciones o capacidades físicas y psíquicas conservadas y las limitadas, y ponderar entonces su capacidad o incapacidad laboral.

Es necesario aunar esfuerzos entre todos los colectivos implicados en la gestión de la Incapacidad Temporal por contingencias comunes: médicos de los Servicios Públicos de Salud, Inspecciones, INSS, MATEPSS y otros organismos. Cada uno dentro de su ámbito de actuación y siempre con la mirada puesta en la recuperación del paciente, puede aportar un elemento de gran valor en la colaboración conjunta cuando sea precisa.

Debe quedar claro que un paciente puede tener una enfermedad crónica, precisar tratamiento, asistencia, control médico de por vida, sin que el mero diagnóstico suponga una merma en sus capacidades laborales, estando por tanto capacitado para trabajar.

La baja debería durar ni un día más ni un día menos que lo justo y necesario hasta la recuperación de la capacidad laboral del paciente concreto.

Cuando el trabajador afecto de un determinado problema de salud no sea susceptible o no se prevea una mejora suficiente en un tiempo razonable para volver a desempeñar su trabajo habitual, debe proponerse para valoración de una Incapacidad Permanente, sin tener que esperar para ello al agotamiento de plazos.

Utilizar guías y publicaciones de referencia sobre duraciones medias de procesos en incapacidad temporal en distintos ámbitos, o sobre tiempos estándar, nos ayudará a gestionar mejor las bajas de nuestros pacientes, a plantearnos qué factores están interviniendo para prolongar la IT, a plantearnos nuestro propio quehacer diario, y en los casos necesarios, a solicitar la colaboración y participación de otros organismos y entidades.

Sería de gran valor formar a todo el colectivo de profesionales sanitarios en materias de gestión de incapacidades temporales, en valoración de discapacidades, peritaje médico, en gestión de situaciones difíciles y conflictos, en habilidades de comunicación y asertividad, lo que ampliaría nuestra seguridad y preparación “técnica” y mejoraría el trabajo cotidiano, no sólo el relacionado con la incapacidad temporal, sino también éste.

PUNTOS CLAVE

- Tener una enfermedad o un problema de salud no es igual a estar incapacitado para el trabajo.
- La inmensa mayoría de las situaciones de incapacidad temporal están plena y perfectamente justificadas.
- Un 20% de los casos requieren el 80% de los esfuerzos para lograr una mejor gestión integral de los procesos de baja y adecuarlos a la duración apropiada.
- La prescripción de una baja laboral por parte del médico de familia a un paciente forma parte del tratamiento que requiere y necesita.
- La baja debería durar lo justo y necesario hasta la recuperación de la capacidad laboral del paciente.
- Como el presupuesto nacional para la gestión de IT está limitado, se ha legislado, entre otras medidas, una duración máxima del periodo de IT.
- Debemos remitir para valoración de IP en cuanto concluimos que no es previsible la recuperación laboral del paciente, sin esperar a agotar plazos máximos.
- Cada organismo implicado en la IT, siempre con la mirada en la recuperación del paciente, aporta elementos valiosos en la colaboración conjunta cuando sea precisa.
- Es preciso ampliar nuestra formación como médicos en temas de gestión de incapacidades temporales, valoración funcional y habilidades de comunicación.

BIBLIOGRAFÍA

- 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
- Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de Colaboración de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.
- Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, por el que se regulan determinados Aspectos de la Gestión y Control de la Prestación Económica de la Seguridad Social por Incapacidad Temporal.

- Real Decreto 576/1997, de 18 de abril, por el que se modifica el Reglamento General sobre la Colaboración en la Gestión de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto 1993/1995.
- Orden del 19 de junio de 1997 por la que se desarrolla el Real Decreto 575/1997 de 18 de abril, que modifica determinados Aspectos de la Gestión y del Control de la Prestación Económica de la Seguridad Social por Incapacidad Temporal.
- Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de Medidas en Materia de Seguridad Social.
- INSALUD. Manual de Gestión de la Incapacidad Temporal. Servicio de Documentación y Publicaciones. Madrid, 2001.
- Instituto Navarro de Salud Laboral, Gobierno de Navarra. Guía para la gestión de la duración y la codificación de diagnósticos de la incapacidad temporal. Pamplona, 2003.
- Instituto Nacional de la Seguridad Social. Tiempos estándar de incapacidad temporal. Madrid, 2004.
- BAÓN, L., MAYO, J., GULLÉN, C.: Tiempos de curación en Traumatología. Ibermutua: Madrid, 1996.
- OJEDA GIL, J. A.: Valoración de la incapacidad laboral". Díaz de Santos 2005.
- Medical Disability Advisor. Workplace Guidelines for Disability Duration. Reed Group 2005.
- Official Disability Guidelines. Work Loss Data Institute de California, 12ª edición 2007.
- Guía de referencia para la vuelta al trabajo. Health Policy Institute para procedimientos seleccionados, 1989.
- Physician Guide to return to work. American Medical Association 2005.
- Occupational Medicine Practice Guidelines. American College of Occupational and Environmental Medicine 2004.

8. Accidente de trabajo

Ana Ballarín González
M^a Soledad Holgado Catalán

DEFINICIÓN

Según el artículo 115 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS), se define accidente de trabajo como la lesión corporal que el trabajador sufre con ocasión o por consecuencia del trabajo. Esta definición se aplica a:

- Trabajadores por cuenta propia.
- Trabajadores autónomos económicamente dependientes (aquellos que reciben al menos el 75% de su salario de un único pagador).
- Trabajadores autónomos que cotizan por contingencia profesional.

Para las empleadas del hogar no se contempla el accidente de trabajo. Cualquier suceso que motive incapacidad temporal (IT) será tratado como contingencia común.

SÍ SON accidentes de trabajo:

- Los producidos durante el tiempo y en el lugar de trabajo.
- Los ocurridos al ir o al volver del trabajo (accidente *in itinere*: accidente laboral producido entre el domicilio habitual del trabajador y el puesto de trabajo). No se considerará accidente de trabajo si se pro-

ducen interrupciones en el camino para realizar actos ajenos al trabajo o se dirige desde el trabajo a lugares distintos del domicilio habitual. Dentro del régimen de autónomos sólo se contempla este concepto en los trabajadores autónomos económicamente dependientes.

- Los que sufra el trabajador al desempeñar puestos electivos de carácter sindical o los que ocurran al ir o volver de los lugares donde se desempeñen éstos.
- Los que ocurran al desempeñar tareas que, sin ser propias de la profesión del trabajador, se ejecuten en cumplimiento de órdenes del empresario o espontáneamente en interés del buen funcionamiento de la empresa.
- Los ocurridos en actos de salvamento cuando tengan conexión con el trabajo.

Algunas enfermedades también tienen consideración de accidente de trabajo:

- Las que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo que no estén incluidas en el concepto de enfermedad profesional (ver capítulo 9). Ha de demostrarse que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución de una actividad propia del trabajo.
- Las padecidas con anterioridad por el trabajador que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente.
- Las complicaciones, enfermedades intercurrentes que modifiquen la evolución de un accidente de trabajo y nuevas afecciones adquiridas en el nuevo medio en el que se haya situado el paciente para su curación (por ejemplo, la aparición de TEP secundario a una fractura de tibia y peroné).

También es accidente de trabajo:

- La imprudencia profesional del trabajador por la confianza que le produce el ejercicio habitual del trabajo.
- La concurrencia de culpabilidad civil o criminal del empresario, de un compañero de trabajo o de un tercero, salvo que no guarde relación alguna con el trabajo. Dentro de este epígrafe se incluirían las personas que encontrándose en su puesto de trabajo se vieran afectadas por un atentado terrorista.

NO SON accidentes de trabajo:

- Los accidentes por dolo o imprudencia temeraria del trabajador. Se considera que existe dolo cuando el trabajador consciente, voluntaria y maliciosamente provoca un accidente para obtener prestaciones que se derivan de la contingencia. Es imprudencia temeraria cuando el accidentado desobedece normas, instrucciones u órdenes dadas por el empresario de forma reiterada y notoria en materia de Seguridad e Higiene y constituyen un riesgo manifiesto, innecesario y grave para la salud del trabajador.
- Los accidentes ocasionados por fuerza mayor extraña al trabajador.

EL PARTE DE BAJA

¿Quién lo emite?

Depende de la entidad gestora que dé cobertura al paciente en la contingencia profesional (tabla 1):

- Si es una mutua, el paciente será derivado a ésta para seguimiento del proceso y emisión de la IT si procede.
- Si la entidad gestora es el INSS, será el médico de familia el que realice el seguimiento del paciente y la emisión de la IT tras presentar éste el parte de asistencia por accidente de trabajo (3AT 19B). Este documento lo emite la empresa, y por un lado reconoce el accidente como de trabajo y por otro da garantía de que la entidad gestora es el INSS.
- En el régimen de autónomos, si el trabajador cotiza por contingencia profesional el proceso será el descrito para el régimen general con la salvedad de que el 3AT 19B le será proporcionado en la oficina del INSS más próxima cuando su entidad gestora sea ésta.
- Si el trabajador autónomo no cotiza por contingencia profesional, el proceso será tramitado como accidente no laboral.

TABLA 1. Emisión del parte de baja

Régimen general	Cotización a través de una Mutua		Derivar a la Mutua donde realizarán tanto seguimiento del proceso como emisión de la IT
	Cotización a través del INSS		Seguimiento del proceso por su MF y emisión de IT por accidente de trabajo tras presentar el paciente el “Parte de asistencia por accidente de trabajo” (3AT19B)
Autónomos	No cotiza por accidente de trabajo		IT como accidente no laboral
	Cotiza por accidente de trabajo o es económicamente dependiente	Cotización a través del INSS	IT como accidente de trabajo tras presentar 3AT19B
		Cotización a través de una Mutua	Seguimiento e IT por la Mutua

¿Cómo se emite?

A través del parte médico de baja/alta por contingencias profesionales (P. 9/11) con 4 copias con destino y plazos de remisión idénticos a los de la contingencia común. Deberá constar el diagnóstico y la descripción de la limitación en la capacidad funcional que motiva la IT.

El primer día de baja es el primer día que el trabajador no ha acudido a su puesto de trabajo, no el día que ocurrió el accidente.

¿Cómo se mantiene?

Rellenando el parte médico de confirmación (P. 9/5). El primer parte se emitirá al 8º día de la baja y posteriormente con periodicidad semanal. Como sucede en la contingencia común, con el tercer parte de confirmación y posteriormente cada 4 semanas se deberá informar sobre la evolución del proceso en el apartado del parte destinado para tal fin.

¿Cuánto tiempo se mantiene?

Hasta que se produzca una mejoría del proceso que permita la realización de su trabajo habitual con una duración máxima de 12 meses. A partir de esa fecha el paciente pasa a control del INSS que determinará si procede alta, concesión de prórroga o tramitación de proceso de incapacidad.

Contingencias profesionales

- Previstas para todos los trabajadores excepto autónomos (salvo que coticen por este concepto) y empleadas de hogar.
- Documentos de baja/alta y confirmación (P. 9/11 y P. 9/5).
- El accidente de trabajo requiere por parte de la empresa un “Parte de asistencia por accidente de trabajo” (3-AT-19-B) cuando la contingencia esté asegurada por el INSS.
- Primer parte de confirmación a la semana (8º día).

LAS PRESTACIONES: ¿QUIÉN LAS PROPORCIONA?

La entidad gestora o colaboradora que dé cobertura al trabajador.

Si la entidad gestora es el INSS o el ISM, serán ellas las que verifiquen que se cumplen los requerimientos legales necesarios para acceder al derecho a la prestación económica y la proporcionen, mientras que el facultativo del Servicio Público de Salud (y el médico de familia como primer eslabón) será el responsable de la prestación sanitaria.

En el caso de que la entidad gestora sea una mutua u otra entidad colaboradora, serán ellas las encargadas de proporcionar las prestaciones económicas (si así se ha verificado) y sanitarias incluyendo el acceso a pruebas complementarias, tratamiento, rehabilitación y seguimiento y, en caso de invalidez, gastos de la pensión.

CUESTIONES RELEVANTES

1. ¿Qué pasa si la mutua deniega la baja por accidente de trabajo?

Si la mutua deniega una baja por accidente de trabajo y el médico de familia considera que existe justificación para la misma, éste podrá expedir la baja por accidente no laboral. Posteriormente se pondrá en conocimiento de la Inspección los hechos para que ésta inicie, si procede, un expediente de determinación de contingencia.

2. ¿Se puede cambiar el carácter de la contingencia una vez iniciado un proceso de IT?

Sí se puede. Si una vez iniciada la baja el MF entiende que es por accidente de trabajo, se notificará a la Inspección Médica para que realice los trámites oportunos que lleven a anular la baja emitida con anterioridad, y se facilitará un informe médico al trabajador que puede aportar a la mutua, para que asuma la baja y el seguimiento del paciente. Si la mutua discrepa, se mantiene la baja por contingencia común y se comunica el desacuerdo a la Inspección Médica para que inicie un expediente de determinación de contingencias.

3. ¿Es suficiente que un trabajador autónomo nos asegure que cotiza por contingencia profesional para emitirle una baja por accidente de trabajo?

No. En primer lugar debería conocer cuál es su entidad gestora. Si cotiza a través de una mutua deberá acudir a ésta. Si es el INSS se le remitirá a una oficina del INSS donde, tras confirmar que cotiza por este concepto, le facilitarán el parte de asistencia por accidente de trabajo (3AT 19B) con el que el médico de familia ya podrá emitirle el parte de baja.

4. Si un autónomo tiene un seguro contratado en caso de enfermedad o accidente, ¿tiene derecho a baja por accidente de trabajo?

No es lo mismo cotizar a la Seguridad Social por contingencia común (o común y profesional) que disponer de un seguro privado, aunque en muchas ocasiones los seguros estén contratados con empresas que también ejercen como entidades gestoras. El paciente sólo tendrá derecho a incapacidad temporal si cotiza por ello.

PUNTOS CLAVE

- Un accidente de trabajo es la lesión corporal que el trabajador sufre con ocasión o por consecuencia del trabajo.
- Los trabajadores del régimen autónomo (a excepción de los económicamente dependientes) no tienen cobertura por accidente de trabajo salvo que coticen voluntariamente por este concepto.
- No se reconoce el accidente de trabajo en las trabajadoras del hogar.
- En el régimen de autónomos, el accidente *in itinere* sólo se reconoce para los trabajadores autónomos económicamente dependientes.
- Si la entidad gestora es una mutua, tanto la atención sanitaria del paciente como la emisión de la IT correrá por cargo de ésta.
- El médico de familia sólo podrá emitir la baja por accidente de trabajo cuando la entidad gestora del trabajador sea el INSS y siempre que el paciente haya presentado el documento de asistencia por accidente de trabajo (3AT 19B).
- El primer parte de confirmación se emite al 8º día y posteriormente con periodicidad semanal.

BIBLIOGRAFÍA

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Ministerio de Trabajo e Inmigración. Gobierno de España. Seguridad social. (Disponible en URL: www.seg-social.es/Internet_1/Trabajadores/index.htm [Consulta realizada el 23 de abril de 2008]).

Unión General de Trabajadores. Salud laboral. (Disponible en URL: www.ugt.es/ftchtj/docs/juego_salud%20laboral_campanaeu_110903.pdf [Consulta realizada el 26 de abril de 2008]).

Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud. Salud Laboral. (Disponible en URL: www.istas.net/web/index.asp?idpagina=2390 [Consulta realizada el 1 de marzo de 2008]).

Ministerio de trabajo e Inmigración. Gobierno de España. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Seguridad y Salud en el trabajo. (Disponible en URL: www.mtas.es/insht/statistics/sistema_nal.html [Consulta realizada el 8 de marzo de 2008]).

INMST-INSALUD-INSS-AMAT. Colaboración institucional en la Incapacidad Temporal. Guía para el médico. Madrid, 2001.

9. Enfermedad profesional

Clara Guillén Subirán

CONCEPTO DE ENFERMEDAD PROFESIONAL

El Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social (LGSS), en el artículo 116, define **enfermedad profesional** como *“la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifican en el cuadro aprobado por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta Ley, y siempre que la enfermedad proceda por la acción de elementos o sustancias que en dicho cuadro se indican para cada enfermedad profesional”*.

Como excepción a la nota de ajenidad, también es posible la enfermedad profesional en los trabajadores por cuenta propia del Régimen Especial Agrario, del Régimen Especial del Mar y del Régimen Especial de Autónomos.

El concepto de **enfermedad profesional**, aún siendo más rígido que el de accidente de trabajo, también encierra tres elementos característicos: trabajo, lesión (enfermedad) y relación de causalidad.

El diagnóstico de una **enfermedad profesional** se basa en una presunción legal surgida de un doble listado de actividad y enfermedad. Así, si la enfermedad está en el listado y quien la padece desarrolla una actividad con riesgo de adquirir dicha enfermedad, hay una presunción *iuris et de iure* (establecida por ley y que no admite prueba en contrario) de que es profesional, por lo que no se impone la prueba de la relación de causalidad, a diferencia de la enfermedad del trabajo donde sí es necesaria dicha prueba.

RECONOCIMIENTO DE UNA ENFERMEDAD PROFESIONAL

Para reconocer el origen profesional de una patología es necesario la concurrencia de tres condiciones:

- que la enfermedad esté en el cuadro de enfermedades profesionales;
- que el trabajador/a haya estado expuesto a uno de los agentes causantes del cuadro;
- que el trabajador desempeñe una actividad recogida en el cuadro.

El establecimiento de listas de enfermedades profesionales expresa la voluntad de restringir el reconocimiento de ellas a las que cumplen con determinadas condiciones que, a priori, han sido evaluadas para ese efecto. Con ello se garantiza la concesión automática de las prestaciones para aquellas que aparecen en la lista, al reconocerse el origen de profesional a un caso de enfermedad.

En España la regulación se establece por el 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 los criterios para su notificación y registro, y se completa con 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. Este Real Decreto recoge un Anexo I (figura 1) donde se incluyen aquellas enfermedades cuyo origen profesional se ha reconocido científicamente y un Anexo II de enfermedades cuyo origen y carácter profesional podrían establecerse en un futuro. La adopción en España del sistema de doble listado propuesto por la Recomendación Europea 2003/670/CEE supone un avance en el registro y la notificación de enfermedades profesionales y de daños a la salud causados por actividades laborales.

FIGURA 1. Anexo I del RD 1299/2006 de enfermedades profesionales

<p>Grupo 1: enfermedades profesionales causadas por agentes químicos</p> <p>Grupo 2: enfermedades profesionales causadas por agentes físicos</p> <p>Grupo 3: enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos</p> <p>Grupo 4: enfermedades profesionales causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidos en otros apartados</p> <p>Grupo 5: enfermedades profesionales de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados</p> <p>Grupo 6: enfermedades profesionales causadas por agentes carcinogénicos</p>

La gestión de las enfermedades profesionales puede ser asumida por una Mutua o por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), quienes determinarán si es una enfermedad profesional o no. Sin embargo la calificación de las enfermedades profesionales corresponde en última instancia al INSS (RD 1299/2006, art. 3). Ya no es el empresario el que inicia la tramitación del parte de enfermedades profesionales, será la entidad gestora o la entidad colaboradora que asuma la protección de las contingencias profesionales, la encargada tanto de la notificación como de la expedición de los partes médicos de baja y alta por enfermedad profesional.

PRESTACIONES DERIVADAS DE UNA ENFERMEDAD PROFESIONAL

Las prestaciones económicas y sanitarias derivadas de una enfermedad profesional son:

- prestaciones por Incapacidad Temporal (IT);
- prestaciones por Lesiones Permanentes no Invalidantes;
- prestaciones por Incapacidad Permanente;
- prestaciones por Muerte y Supervivencia;
- prestaciones Recuperadora y de Readaptación Profesional (tratamiento sanitario, orientación profesional, formación profesional).

Serán beneficiarios de la asistencia sanitaria los trabajadores que sufran una enfermedad profesional durante la ejecución de un trabajo por cuenta ajena o de un trabajo por cuenta propia del Régimen Especial del Mar, del Régimen Especial Agrario o del Régimen Especial de Autónomos.

En el caso de enfermedad profesional, el subsidio se abonará desde el día siguiente al de la baja en el trabajo, siendo su cuantía el 75% de la base reguladora, estando a cargo del empresario el salario íntegro correspondiente al día de la baja.

El contenido de la prestación sanitaria comprende la asistencia médica encaminada a la reparación íntegra del daño causado, asistencia farmacéutica y prestaciones complementarias totalmente gratuitas, prestaciones ortopédicas y transporte sanitario.

La enfermedad profesional tiene, frente al accidente de trabajo, peculiaridades y características propias en la acción protectora de la Seguridad So-

cial, que conlleva diferencias preventivas (reconocimientos médicos, cambio de puesto de trabajo) y diferencias técnicas (período de observación, particularidades en la incapacidad, muerte y supervivencia).

Reconocimientos médicos

Todas las empresas que deban cubrir puestos de trabajo con riesgo de enfermedad profesional están obligadas a practicar, a su cargo, reconocimientos médicos previos a la admisión de quienes vayan a ocuparlos, así como a realizar los reconocimientos periódicos que para cada tipo de enfermedad se establezcan en las normas (art. 196 y 197 del LGSS). Estos reconocimientos son obligatorios y gratuitos para los trabajadores. Las empresas no podrán contratar trabajadores que no hubieran sido declarados aptos en el reconocimiento o permitir la continuación en su puesto de trabajo en el caso de que esta inaptitud fuera descubierta en los reconocimientos periódicos.

El incumplimiento de estas obligaciones por parte de la empresa la convierte en responsable directa de todas las prestaciones económicas que pueden derivarse en tales casos de enfermedad profesional.

Cambio de puesto de trabajo

Entre las medidas protectoras especiales en relación con la enfermedad profesional se incluyen los traslados de puesto de trabajo (art. 45 de la OM de 9 de mayo de 1962). En caso de que no sea posible el cambio de puesto de trabajo se establecen una serie de medidas que se remontan a los años sesenta y cuya vigencia actual no está clara, por lo que no se suelen aplicar.

En los casos en los que, como consecuencia de un reconocimiento médico, se descubra algún síntoma de enfermedad profesional que no constituya IT pero cuya progresión sea posible evitar mediante el traslado del enfermo a otro puesto de trabajo exento de riesgo, se deberá llevar a cabo dicho traslado dentro de la misma empresa, sin que este cambio afecte a las retribuciones que venía percibiendo el trabajador (artículo 133.2 del LGSS). Los médicos que, en el ejercicio de sus funciones, descubran dicha situación, informarán a la empresa de si el cambio tiene carácter provisional o definitivo, debiéndolo hacer también a la Autoridad Laboral y a la entidad con la que esté concertado el seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Si no hay posibilidad de traslado, el trabajador debe ser dado de baja en la empresa, previa conformidad de la Inspección de Trabajo, e ins-

crito con carácter preferente para ser empleado por la Oficina de Empleo. Mientras no esté ocupado, el trabajador tiene derecho a percibir un subsidio equivalente a su salario íntegro.

El tiempo máximo de percepción de este subsidio es de 30 meses: 12 meses a cargo de la empresa, 6 meses a cargo del ente asegurador y 6 meses, prorrogables por otros 6, a cargo del régimen de desempleo. En el supuesto de que el agente nocivo que genera la enfermedad profesional esté extendido en todo el ámbito de trabajo, deberán iniciarse los trámites necesarios para la declaración de la IP.

Periodo de observación

Se considera período de observación el tiempo necesario para el estudio médico y determinación del agente causante de la enfermedad profesional, cuando hay necesidad de aplazar, para poder asegurar, el diagnóstico de la misma (artículo 133 LGSS; artículo 128 1.b del LGSS). Durante este periodo, pueden darse dos supuestos: que el trabajador pueda continuar con la realización de su trabajo, o que se prescriba la necesidad de su baja laboral. En este último supuesto, el propio LGSS determina que, a todos los efectos, el periodo de observación tiene la consideración de situación legal de IT.

Los periodos de observación tendrán una duración máxima de 6 meses, prorrogables por otros 6 cuando se estime necesario para el estudio y determinación del diagnóstico. La competencia para conceder esta prórroga corresponde al INSS conforme a lo dispuesto en el artículo 1.1 c del Real Decreto 1300/1995. Al término del periodo de observación el trabajador pasará a la situación que proceda de acuerdo con su estado. Esta situación podrá consistir en curación, paso a situación de IT o calificación del grado de incapacidad que proceda.

Incapacidad, Muerte y Supervivencia

En relación con la muerte y supervivencia prácticamente en nada se diferencian de la ocasionada por accidente de trabajo. Sin embargo, en caso de enfermedad profesional, se admite en todo momento la prueba de que la muerte deriva de dicha situación, sin que exista aquí el límite de cinco años previsto para los accidentes de trabajo. Hay medidas protectoras específicas para silicosis (art. 45 de la OM de 9 de mayo de 1962, modificada por la de 30 de abril de 1977).

NOTIFICACIÓN DE UNA ENFERMEDAD PROFESIONAL

En la Orden TAS 1/2007, de 2 de enero, 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. El nuevo parte de enfermedad profesional pretende cumplir con el objetivo de la Unión Europea en cuanto al aprovisionamiento de una serie coherente de datos, lo que conlleva recoger aquella información que Eurostat considera necesaria en el orden a las tareas de armonización estadística, además de facilitar el seguimiento de la salud y la seguridad en el trabajo y la eficacia de la reglamentación en este ámbito, contribuyendo a la prevención de los riesgos laborales.

Los facultativos del Sistema Público de Salud que, con ocasión de sus actuaciones profesionales, tengan conocimiento de la existencia de una enfermedad profesional lo comunicarán a la Mutua y/o al INSS; de igual modo lo harán los facultativos de los Servicios de Prevención.

La entidad gestora o la mutua que asuma la protección de las contingencias profesionales está obligada a elaborar y tramitar el parte de enfermedad profesional, tanto si se produce baja como no, sin perjuicio del deber de las empresas o de los trabajadores por cuenta propia que dispongan de cobertura por contingencias profesionales de facilitar a aquélla la información que obre en su poder y les sea requerida para la elaboración de dicho parte (figura 2).

La cumplimentación y transmisión del parte de enfermedad profesional se realiza únicamente por vía electrónica, por medio de la aplicación informática CEPROSS (Comunicación de Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social), a la que se accede a través de la oficina virtual de la dirección electrónica www.seg-social.es. La comunicación inicial del parte ha de llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que se haya producido el diagnóstico de la enfermedad profesional, y en los cinco días hábiles siguientes a la comunicación inicial se tienen que cumplimentar todos los datos a partir de la información facilitada por la empresa. A la información contenida en el sistema CEPROSS pueden acceder, a efectos del desarrollo de sus respectivas competencias en esta materia, la Administración de la Seguridad Social, la Administración Laboral y la Inspección de Trabajo y Seguridad Social en los términos establecidos en el artículo 21 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Las restantes administraciones, instituciones, organizaciones y entidades afectadas por razón de la materia podrán disponer de la información de carácter estadístico que resulte necesaria para el cumplimiento de sus fines.

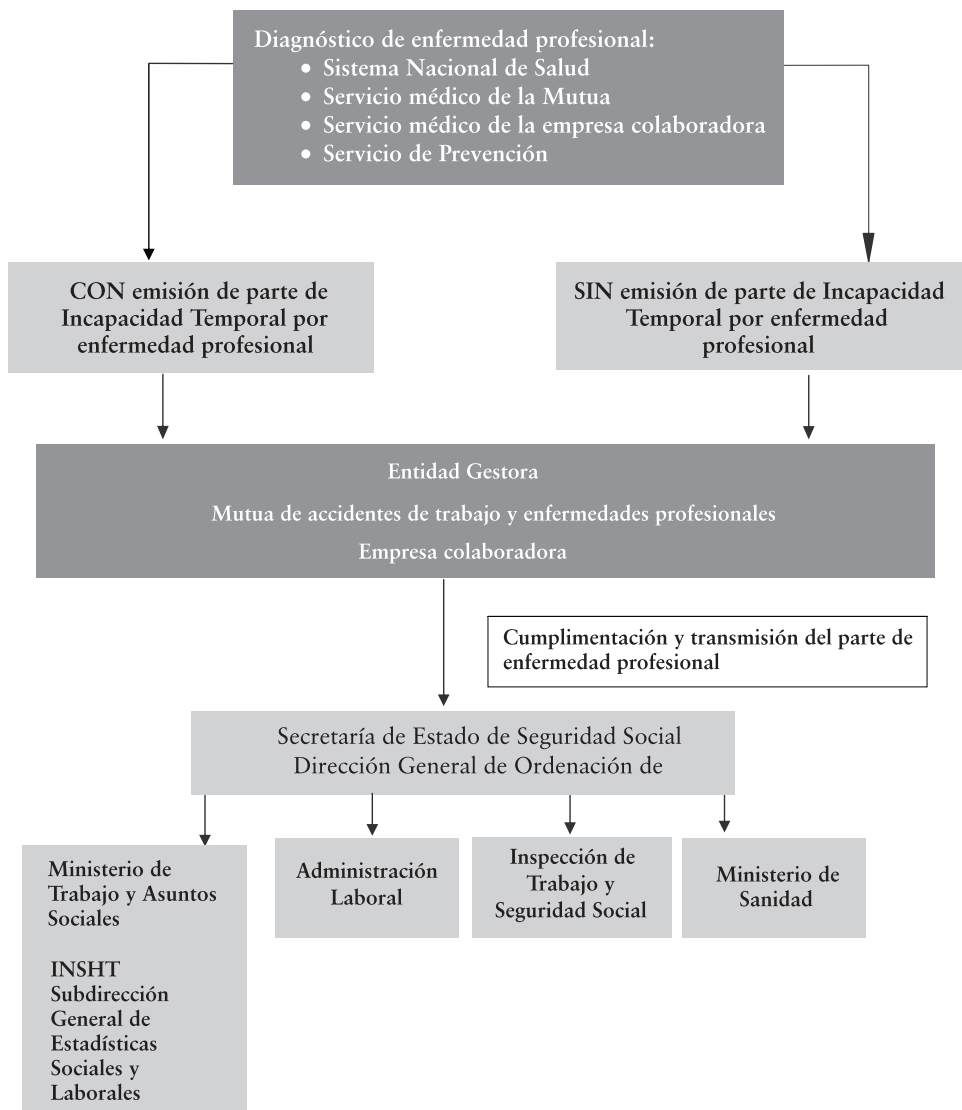


FIGURA 2. Notificación de una enfermedad profesional

PUNTOS CLAVE

- Se define la existencia de Enfermedad Profesional para trabajadores por cuenta ajena, y para los trabajadores por cuenta propia que pertenezcan al Régimen Especial Agrario, al Régimen Especial del Mar y al Régimen Especial de Autónomos.
- Se considera EP si se cumple tres condiciones: la enfermedad padecida está en el listado específico de enfermedades profesionales, el trabajador ha estado expuesto a uno de los agentes causantes asociados y desempeña una actividad descrita en el cuadro.
- Cumpliendo las tres condiciones necesarias, se establece el diagnóstico de EP sin que sea necesario demostrar la relación de causalidad (presunción *iuris et de iure*).
- La entidad gestora o entidad colaboradora será la encargada tanto de notificar la EP como de la tramitación de los partes correspondientes.
- La prestación por EP se abonará desde el día siguiente de la fecha de baja (siendo del 75% de la base reguladora). La retribución del día de la baja será del 100% de la base reguladora y correrá a cargo del empresario.
- Todas las empresas que tengan puestos susceptibles de sufrir EP deben practicar un reconocimiento médico a sus trabajadores.
- Los trabajadores tienen derecho a cambio de puesto de trabajo como medida protectora en relación con una EP.
- Los facultativos de los Servicios de Prevención así como los del SPS deben poner en conocimiento del INSS o mutua (según corresponda) la existencia de una EP cuando ésta se produzca.

BIBLIOGRAFÍA

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.

Orden TAS (Trabajo y Asuntos Sociales)/1/2007, de 2 de enero, por el 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.

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.

Real Decreto 1273/2003, de 10 de octubre, por el que se regula la cobertura de las contingencias profesionales de los trabajadores incluidos en el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos, y la ampliación de la prestación por incapacidad temporal para los trabajadores por cuenta propia.

10. Incapacidad permanente

Fernando León Vázquez
Andrés López Romero

INTRODUCCIÓN

Aunque el tema principal de este manual es la incapacidad temporal (IT), una de las maneras de que ésta concluya es mediante el paso a incapacidad permanente (IP) en alguna de sus modalidades. Cuando la enfermedad que conduce a IT ocasiona una limitación en la actividad laboral tal que no se prevé que pueda mejorar en el futuro, o al menos no lo suficiente para reanudar el trabajo, puede iniciarse el trámite para solicitar la IP.

La **Incapacidad Permanente** es la situación a la que pasa un trabajador cuando, por motivos de enfermedad o accidente, ve reducida su capacidad laboral de forma presumiblemente **definitiva**. Previamente habrá estado sometido al tratamiento prescrito, a pesar del cual persistirán **secuelas** anatómicas o funcionales **graves, objetivables** y permanentes, a consecuencia de las cuales habrá quedado disminuida su capacidad laboral. La IP conlleva una prestación económica que pretende compensar las pérdidas salariales debidas a la imposibilidad de realizar un trabajo remunerado. En esta larga definición hay elementos relevantes para la IP:

1. La merma en la capacidad ha de ser **definitiva**. La permanencia de la lesión y sus secuelas es algo que necesariamente debe presumirse, y no asegurarse, ya que la evolución puede ser también “incierto” a largo plazo. La calificación puede reconsiderarse tanto por mejoría como

por agravamiento de las secuelas anatómicas y funcionales, si afectan al desarrollo de su trabajo.

2. El paciente debe haberse sometido al **tratamiento** propuesto por el médico del Servicio Público de Salud. La negativa a aceptar la terapia prescrita sin causa justificada, cuando ésta es razonablemente segura, puede suponer la pérdida del derecho a la prestación por IP. Sin embargo, cuando el tratamiento propuesto es invasivo y los resultados esperables son inciertos (por ejemplo, cirugía para hernia discal cervical) los tribunales reconocen el derecho del trabajador a negarse al tratamiento (Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente) sin perder la prestación.
3. Las **secuelas** que dan lugar a la prestación pueden tener su origen en enfermedad común, accidente no laboral, enfermedad profesional o accidente de trabajo. Lo habitual es que la IP se derive de una IT. Sin embargo, puede afectar a personas que no tengan protección para IT, como en determinadas situaciones “asimiladas al alta”.
4. La reducción anatómica o funcional será **posterior** a la afiliación a la Seguridad Social (SS). Sin embargo, podía ya existir cuando el paciente se afilió, si en aquel momento dicha minusvalía no impedía el trabajo y posteriormente se ha agravado impidiendo la realización del mismo.
5. Se considera “**profesión habitual**”, en caso de accidente (de trabajo o no) la desempeñada por el trabajador normalmente al tiempo de sufrirlo. En caso de enfermedad (común o profesional), es la profesión a la que el trabajador dedicaba su actividad fundamental durante los doce meses anteriores a la fecha en la que se inició la IT que desembocó en incapacidad permanente, o aquélla a la que pudiera ser destinado dentro del mismo grupo profesional.

Existen varios grados de IP según el grado de afectación de la capacidad laboral:

- Lesiones Permanentes No Invalidantes.
- Incapacidad Permanente Parcial.
- Incapacidad Permanente Total.
- Incapacidad Permanente Absoluta.
- Gran Invalidez.

LESIONES PERMANENTES NO INVALIDANTES

No se trata propiamente de una incapacidad permanente. Es una indemnización a tanto alzado por lesiones, mutilaciones o deformidades definitivas ocasionadas por accidente de trabajo o enfermedad profesional (no se reconocen en contingencias comunes), siempre que no alcancen a ser una incapacidad permanente en ninguno de los supuestos. La lesión debe suponer una disminución o alteración de la integridad física del trabajador pero no ser invalidante para el trabajo.

Las lesiones indemnizables están recogidas en un baremo (Anexo de la Orden de 15 de abril de 1969)

INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL (IPP)

Surge cuando la enfermedad o accidente ocasiona una disminución de al menos un 33% del rendimiento normal para la profesión habitual, sin llegar a ser Incapacidad Total y conservando la capacidad para realizar las tareas fundamentales. Es decir, una disminución del 32 % no genera derecho a la IPP.

Requisitos:

- Ser menor de 65 años en el momento del hecho causante.
- No reunir los requisitos para la jubilación con una pensión contributiva (sólo en el caso de contingencias comunes).
- Estar afiliado a la SS y de alta (o situación asimilada al alta) en el momento del cese de su actividad por la enfermedad o accidente.
- Periodo de cotización:
 - Si la IPP procede de **accidente (de trabajo o no) o enfermedad profesional**, no se exige tiempo mínimo de cotización.
 - Si la IPP procede de **enfermedad común** se exige haber cotizado al menos **1800 días en los 10 años** inmediatamente anteriores.

Prestación:

Consiste en una indemnización a tanto alzado (**pago único**), de cuantía igual a 24 mensualidades de la base reguladora que sirvió para el cálculo del

subsidio por IT. Si no hubo IT previa, la que le hubiera correspondido. La indemnización **no** está exenta de abonar el impuesto sobre la renta de personas físicas. El abono corresponde al Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) o Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS).

Actividad laboral posterior:

La percepción de la indemnización es **compatible** con cualquier actividad laboral, incluida la misma que venía realizando. El trabajador tiene derecho a la reincorporación en su misma empresa, en este orden:

- En su mismo puesto, siempre que la incapacidad no afecte al rendimiento normal.
- Si fuera imposible reincorporarle, en otro puesto del mismo nivel retributivo.
- Si el trabajador ha disminuido su rendimiento, se le proporcionará un puesto adecuado a su capacidad residual.
- Si no existe puesto adecuado, puede disminuir su salario hasta un 25%, siempre y cuando quede por encima del salario mínimo interprofesional.

Revisión:

Es posible la revisión de esta situación, y puede hacerse por agravamiento, mejoría, error de diagnóstico o por la realización de trabajos por parte del trabajador. Deberá hacerse antes de los 65 años, salvo en casos de enfermedad profesional. En la resolución que determine la IPP constará el plazo en que es posible la revisión por mejoría, no superior a 2 años, tiempo durante el cual existirá una reserva del puesto de trabajo. La resolución de la revisión podrá confirmar el grado de incapacidad, modificarlo o variar la prestación. No puede solicitarse revisión antes de concluido el plazo, salvo en los siguientes supuestos:

- Realización de cualquier trabajo, por cuenta propia o ajena, por parte del beneficiario de la IP.
- Error de diagnóstico.
- Aparición de nuevas patologías.

INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL (IPT)

Es la situación en la que queda un trabajador por una enfermedad o accidente que le inhabilita para la realización de todas o las fundamentales tareas de su profesión habitual, pero que le permite dedicarse a otra. Para el cálculo de los periodos, el “hecho causante” se considera producido en la fecha de extinción de la IT bien por agotamiento de plazo, bien por alta por “informe propuesta” de IP. Si no precedió IT, la fecha que se considera es la de emisión del dictamen propuesta por parte del Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI)

Requisitos:

- Ser menor de 65 años en el momento del hecho causante
- No reunir los requisitos para la jubilación con una pensión contributiva (en el caso de contingencias comunes)
- Periodo de Cotización.
 - Si la IP procede de **accidente (de trabajo o no) o enfermedad profesional**, no se exige tiempo mínimo de cotización
 - Si la IP procede de **enfermedad común** (plazos modificados por la Ley 40/2007):
 - Si es **mayor de 31 años**, tener un periodo de cotización de al menos **un cuarto del tiempo que va desde la fecha en que cumplió 20 años hasta el hecho causante**, y siempre un **mínimo de 5 años**. Un quinto de ese tiempo deberá haber sido en los 10 últimos años (con algunas excepciones en contratados a tiempo parcial, de relevo, fijo-discontinuo o si no existía obligación de cotizar)
 - Si es **menor de 31 años**, tener un periodo de cotización de al menos **un tercio del tiempo que va desde la fecha en que cumplió 16 años hasta el hecho causante**.

Prestación:

La cuantía de la pensión es del 55% de la base reguladora. Es una pensión vitalicia (hasta la muerte del beneficiario) desde el momento de la calificación, es decir, del dictamen del EVI, no del hecho causante ni de la solicitud. En algún caso pueden retrotraerse los efectos económicos si la

limitación del trabajador ha quedado fijada en fecha previa de forma irreversible y es invalidante. Se reciben 14 pagas si procede de contingencia común, y 12 si procede de contingencia profesional, prorrateando las extraordinarias. El abono corresponde a la entidad gestora (INSS o MATEPSS).

La pensión se verá incrementada en un 20%, hasta el 75%, en el caso de “IP Total cualificada” en determinadas situaciones que dificultan en que pueda encontrar otro empleo:

- Edad mayor de 55 años.
- Falta de preparación.
- Circunstancias sociales y laborales del lugar de residencia.

La IP Total cualificada es incompatible con cualquier tipo de trabajo remunerado.

Los efectos pueden retrotraerse 3 meses. Cuando el beneficiario sea menor de 60 años, la pensión puede sustituirse por una indemnización única a tanto alzado, en función de su edad (tabla 1).

TABLA 1. Indemnizaciones alternativas a la Incapacidad Permanente Total

Edad cumplida	Nº de mensualidades
Menos de 54 años	84
54	72
55	60
56	48
57	36
58	24
59	12

Actividad laboral posterior:

La pensión es compatible con cualquier trabajo por cuenta ajena o propia, en la misma o diferente empresa, **salvo** el desempeño del mismo puesto. Deberá comunicarse al INSS o entidad gestora, y está sujeta a la obligación

de cotizar. El trabajador en su nuevo empleo seguirá teniendo derecho a IT por otras o incluso por la misma causa que ocasionó la IP.

En el caso de que tenga reconocida la IP Total **Cualificada** hay **INCOMPATIBILIDAD** con cualquier trabajo remunerado y con cualquier prestación de la Seguridad Social (maternidad, subsidio de desempleo, IT...). Si quiere volver a trabajar, deberá antes renunciar al 20% adicional.

Revisión y extinción

La prestación tiene carácter vitalicio. Sin embargo, la entidad gestora puede en cualquier momento instar la revisión antes de los 65 años (art. 1.2 RD 1071/1984). Puede hacerse también a instancias del trabajador. La resolución en que se concede la prestación deberá hacer constar el plazo de revisión. Cuando éste es igual o menor a dos años, el trabajador tendrá reservado su puesto de trabajo durante ese periodo.

Podrá extinguirse la prestación:

- Por curación.
- Por fallecimiento.
- Por optar por la pensión de jubilación, cuando se den las circunstancias. Las pensiones de IP pasan a denominarse pensión de jubilación y no cabe modificación en sus condiciones.
- Porque la IP se haya agravado por abandono o rechazo del tratamiento o rehabilitación prescritos, sin causa razonable. Los tribunales han establecido que debe respetarse generalmente la autonomía del paciente para rechazar los tratamientos que comporten riesgos relevantes (p.ej. cirugía) sin perder el derecho a la prestación.

INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA

Es la situación en la que queda un trabajador por una enfermedad o accidente que le inhabilita para la realización de cualquier oficio o profesión; o bien no tenga facultades reales para desarrollar con una cierta eficacia las tareas de cualquier ocupación.

Requisitos:

- Ser menor de 65 años y no reunir los requisitos para acceder a pensión de jubilación contributiva.
- La edad puede ser mayor de 65 años en este caso, siempre que:
 - o No reúnan los requisitos para la jubilación, sea por contingencia común o profesional; o bien
 - o Sí reúnan los requisitos para la jubilación, sólo en caso de contingencia profesional.
- Periodo de cotización. Si la IP Absoluta deriva de contingencia profesional, no se exige tiempo mínimo. Si procede de **contingencia común**, los mismos que en la IP Total.
- Si la IP Absoluta procede de **contingencia común en situación de “no alta”**, requiere 15 años previos de cotización, de los cuales 3 años serán en los últimos 10.

Prestación

Recibirá una pensión del 100% de la base reguladora. En los casos de contingencia profesional en los que se determine alguna responsabilidad del empresario, por lesiones ocasionadas por máquinas o instalaciones en malas condiciones, o cuando no se hubiesen observado las medidas de seguridad e higiene laboral por parte de la empresa, la cuantía aumentará entre un 30-50% según la gravedad de la falta. Este recargo corre por cuenta del empresario infractor, y no puede ser cubierto por ningún seguro, contrato o pacto que pretenda cubrir dicha responsabilidad. Este recargo es compatible con cualquier multa derivada de la infracción. Si existiera un proceso penal abierto, el expediente de invalidez quedaría en suspenso hasta que recayera sentencia firme.

Si el trabajador fuese mayor de 65 años pero no reuniese las condiciones para jubilarse, la cuantía de la IP derivada de contingencia común se equiparará a la pensión de jubilación.

Para el cálculo, el hecho causante se considerará producido cuando se extinguió la IT, o bien en el momento del informe propuesta del EVI si no hubo IT previa. Pueden retrotraerse los efectos a la fecha de extinción del subsidio por IT. El abono se distribuye en 14 pagas en el caso de contingencia común y en 12 (prorrateando entre ellas las extraordinarias) en las contingencias profesionales.

Actividad laboral posterior:

Excepcionalmente podrá realizar actividades lucrativas o no, compatibles con su estado, siempre que no representen un cambio en su capacidad de trabajo, pudiendo incluso corresponderle la obligación de cotizar. Deberá necesariamente informar a la entidad gestora, que podría instar la revisión de la IP (RD 1071/1984).

Revisión y extinción

En los mismos casos que la IP total.

GRAN INVALIDEZ

Situación en la que el trabajador presenta una imposibilidad permanente de realizar cualquier trabajo debido a sus mermas anatómicas o funcionales, y además **necesita la asistencia** de otra persona para las actividades básicas de la vida diaria (vestirse, desplazarse, comer...). En caso de poder realizar estas actividades, aunque sea de un modo más dificultoso que normalmente, no se reconocerá la gran invalidez (p.ej: requerir muletas para poder caminar).

Requisitos

Los mismos que para la IP Absoluta.

Prestación.

El 100% de la base reguladora, más un **complemento** que está destinado a retribuir a la persona que atiende al inválido y puede sustituirse por alojamiento y cuidado en régimen de internado en un centro asistencial público de la Seguridad Social, a petición del interesado o sus representantes. Anteriormente la cuantía del complemento adicional era del 50%; actualmente se calcula sumando el 45% de la base mínima de cotización vigente en el momento del hecho causante y el 30% de la última base de cotización del trabajador.

En los casos de contingencia profesional con responsabilidad del empresario la cuantía aumentará entre un 30-50%, como se describe en la IP Absoluta. Este porcentaje se aplicará sobre el 100% de la base reguladora, no sobre el porcentaje adicional remuneratorio del asistente.

Para la determinación de la fecha del hecho causante, compatibilidad con actividad laboral posterior, revisión y suspensión de la prestación se utilizan los mismos criterios que para la IP Absoluta.

PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE INCAPACIDAD PERMANENTE

A partir de la emisión del primer parte de IT, y antes de que se cumpla el 12º mes, si se prevé que no va a existir curación, el médico de familia debe tramitar el impreso “P-47” a la Inspección Médica. En él reflejará la situación clínica del paciente e informará de que ha agotado las posibilidades de recuperación, adjuntando todos los informes pertinentes. Este primer informe es muy importante en el proceso, ya que en él se basa todo el resto del procedimiento administrativo. Posteriormente el médico emitirá el alta por “informe propuesta”. La Inspección Médica instará el paso por el Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI).

La solicitud también la puede realizar el propio trabajador ante el INSS, sin necesidad de estar en IT, aportando la información clínica pertinente. También puede iniciar el procedimiento la entidad gestora de oficio (RD 1300/1995), la entidad colaboradora o la MATEPSS.

El EVI elabora el informe médico de síntesis y eleva el dictamen-propuesta para que el Director Provincial del INSS concluya el expediente con la resolución expresa. En ella deberá constar la concesión o no de la incapacidad permanente y en el grado de la misma, así como el plazo a partir del cual puede instarse la revisión por agravamiento o mejoría. Dicha resolución es recurrible por el interesado de acuerdo con la Ley de Procedimiento Laboral (Real Decreto Legislativo 2/1995).

En caso de denegación de la IP, si aún no se ha agotado el plazo de 12 meses de IT, el médico de familia puede reconocer al paciente, valorar si persiste la incapacidad para la realización de su trabajo y emitir en su caso una nueva baja. La nueva IT se acumula al proceso anterior si es por el mismo proceso que ocasionó la primera, contando también el tiempo del proceso de paso por el EVI como tiempo en IT de cara al máximo de doce meses. Si el paciente, por el contrario, no obtuviera un nuevo parte de IT, debe reincorporarse a su puesto de trabajo.

PUNTOS CLAVE

- La incapacidad permanente requiere haber realizado el tratamiento propuesto, salvo causa justificada.
- Las secuelas habrán de ser definitivas o de evolución incierta.
- No se requiere tiempo mínimo de cotización para la Incapacidad Permanente que procede de contingencia profesional o accidente no laboral.
- La Incapacidad Permanente Parcial supone una indemnización a tanto alzado (pago único) y es compatible con seguir realizando cualquier trabajo, incluso el mismo que previamente.
- La Incapacidad Permanente Total es compatible con cualquier trabajo excepto el que venía siendo su profesión habitual.
- La Incapacidad Permanente Total Cualificada es incompatible con cualquier tipo de trabajo.
- La Incapacidad Permanente Absoluta es generalmente incompatible con cualquier tipo de trabajo (salvo excepciones comunicadas al INSS).
- La Gran Invalidez se indemniza con el 100% de la Base Reguladora, más un complemento para remunerar a un asistente.
- La prestación pasa a denominarse *pensión de jubilación* al cumplir el beneficiario 65 años, pero sin que ello implique otra consecuencia.
- El médico de familia debe iniciar el procedimiento en cuanto crea que no existe posibilidad de recuperación.

BIBLIOGRAFÍA

Anexo de la Orden de 15 de abril de 1969, por la que se establecen Normas para la aplicación y desarrollo de las Prestaciones por Invalidez en el Régimen General de la Seguridad Social.

Real Decreto 1071/1984, de 23 de mayo, por el que se modifican diversos aspectos de la normativa vigente en materia de Invalidez Permanente en la Seguridad Social.

Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social.

Real Decreto Legislativo 2/1995, de 7 de abril, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Procedimiento Laboral.

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.

Sentencia Tribunal Supremo Sala 4ª de 23 febrero 2006.

Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de Medidas en Materia de Seguridad Social

Página Web de la Seguridad Social <http://www.seg-social.es>.

11. El régimen especial de autónomos

M^a Soledad Holgado Catalán
Guadalupe Olivera Cañadas

En los últimos años se han realizado modificaciones en la legislación encaminadas a equiparar progresivamente las prestaciones de los trabajadores afiliados al Régimen Especial de Trabajadores Autónomos (RETA) con las de los afiliados al Régimen General.

La publicación del RD 1273/2003 en octubre del 2003 supuso una serie de mejoras muy importantes en un grupo de trabajadores que con anterioridad sólo podían optar a la cobertura por contingencia común (CC) y accidente no laboral (ANL) y en condiciones distintas a los del Régimen General:

- La prestación por enfermedad común y accidente no laboral comienza, al igual que el Régimen General, a partir del 4^o día y será del 60% de la base reguladora (BR) hasta el vigésimo día de la baja y posteriormente del 75%.
- El autónomo que lo desee puede ampliar su cotización para tener también cobertura por accidente de trabajo (AT) y enfermedad profesional (EP), pero será indispensable que previa o simultáneamente haya solicitado cobertura de la incapacidad temporal por contingencia común. La prestación económica comienza al día siguiente de producirse el hecho y corresponde al 75% de la BR.

Los trabajadores que hayan optado por ampliar su cobertura para contingencia profesional y, en su caso, sus familiares tendrán derecho a las siguientes prestaciones:

1. Asistencia sanitaria.
2. Subsidio por incapacidad temporal.
3. Prestaciones por incapacidad permanente.
4. Prestaciones por muerte y supervivencia.
5. Indemnizaciones a tanto alzado por lesiones permanentes, derivadas de accidentes de trabajo o enfermedad profesional, que no causen incapacidad (*lesión permanente no invalidante*).

Más recientemente se ha publicado la Ley 20/2007, de 11 de julio, del Estatuto del trabajador autónomo que introduce una serie de cambios, entre los que cabe destacar:

- La cotización por contingencia común, hasta entonces voluntaria, se convierte en obligatoria desde el 1 de enero de 2008 siempre que no tengan derecho a dicha prestación en razón de la actividad realizada en otro Régimen de la Seguridad Social o que hayan optado u opten en el futuro por adscribirse a la Mutualidad de Previsión Social que tenga constituida el Colegio Profesional al que pertenezcan y que actúe como alternativa al RETA.
- Aparece la figura del autónomo económicamente dependiente que se describe más adelante.

A efectos prácticos y teniendo en cuenta estas consideraciones, un trabajador autónomo podrá encontrarse en una de estas situaciones:

- Con cobertura sólo para contingencia común (enfermedad común y accidente no laboral).
- Con cobertura tanto para contingencia común como para accidente de trabajo/enfermedad profesional.

ENTIDAD GESTORA

El autónomo puede optar por concertar la cobertura por IT con el INSS o con una mutua, si bien para todos los asegurados dados de alta en el RETA

a partir de 1998 es obligatorio que se realice con una mutua (Ley 66/1997 del 30 de diciembre).

La cobertura de las contingencias profesionales se llevará a cabo con la misma entidad gestora con la que haya formalizado la cobertura de las contingencias comunes.

No se debe confundir la Mutua como entidad colaboradora con determinadas pólizas de seguro que algunos autónomos suscriben con entidades privadas con el fin de recibir un complemento económico durante el periodo de incapacidad laboral.

REQUISITOS PARA EL COBRO DEL SUBSIDIO

- Estar de alta o en situación asimilada al alta.
- Estar al corriente en el pago de las cuotas a la Seguridad Social, si bien de no ser así, se permite la liquidación en el momento del hecho.
- Sólo para la contingencia común, tener cotizados 180 días en los últimos 5 años.

ACCIDENTE DE TRABAJO EN AUTÓNOMOS

Se considera accidente de trabajo del trabajador autónomo el ocurrido como consecuencia directa e inmediata del trabajo que realiza por cuenta propia.

Tendrán consideración de accidente de trabajo:

- Los acaecidos en actos de salvamento y otros de naturaleza análoga, cuando unos y otros tengan conexión con el trabajo.
- Las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y en el lugar de trabajo, cuando se compruebe la conexión con el trabajo realizado por cuenta propia.
- Las enfermedades 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 de éste.
- Las enfermedades o defectos padecidos con anterioridad por el trabajador que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente.

- 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.

No se considerará accidente de trabajo:

- Los accidentes *in itinere* (a excepción del autónomo económicamente dependiente)
- Los que sean debidos a fuerza mayor extraña al trabajo, entendiéndose por ésta la que sea de tal naturaleza que no guarde ninguna relación con el trabajo que se ejecutaba al ocurrir el accidente.
- Los que sean debidos a dolo o a imprudencia temeraria del trabajador.

No impedirá la calificación de un accidente como de trabajo la concurrencia de culpabilidad civil o criminal de un tercero, salvo que no guarde relación alguna con el trabajo.

TRAMITES ADMINISTRATIVOS

Los trámites que a continuación se describen quedan resumidos en la tabla 1:

- Enfermedad común/accidente no laboral
 - o Similar al régimen general: primer parte de confirmación al 4º día y posteriormente semanales, realizando informe asociado en el parte de confirmación nº 3 y a partir de entonces cada 4 semanas.
- Accidente de trabajo (sólo si cotiza por esta contingencia):
 - o Si la cotización es a través de una mutua, se deriva al paciente a la misma para que realice el seguimiento del proceso y emita el parte de IT si procede.
 - o Si la cotización es a través del INSS, el médico del Sistema Público de Salud le realizará el seguimiento y, si procede, emitirá parte de

- baja previa presentación del parte de Asistencia por Accidente de Trabajo (3AT19B) que el paciente deberá haber recogido en su oficina del INSS más próxima. Al igual que en el Régimen General, el primer parte de confirmación se emitirá a los 7 días y posteriormente con periodicidad semanal.
- Si no cotizara por contingencia profesional, el parte de baja se emitiría como “accidente no laboral”.
- Enfermedad profesional (sólo si cotiza por este concepto)
- Los trámites son similares a los de los trabajadores del Régimen General.

TABLA 1: Trámites administrativos

Tipo de contingencia		Cobertura de contingencia	Seguimiento del paciente	Emisión del parte de baja (tipo de contingencia)	1 ^{er} PC	PC sucesivos
EC/ANL		INSS/Mutua	MF	MF (EC/ANL)	4 ^o día	semanales
AT ¿Tiene cobertura por AT?	si	INSS	MF	MF tras presentar el paciente el 3AT19B (AT)	8 ^o día	semanales
		Mutua	MM	MM		
	no	INSS/Mutua	MF	MF (ANL)	4 ^o día	semanales

EC: enfermedad común, ANL: accidente no laboral, AT: accidente de trabajo, MF: médico de familia, MM: médico de la mutua

INCAPACIDAD PERMANENTE EN EL TRABAJADOR AUTONOMO

Presenta alguna diferencia respecto al Régimen General:

- Para la incapacidad permanente parcial para la profesión habitual se precisa una disminución en el rendimiento normal no inferior al 50% frente al 33% del Régimen General.

- En la incapacidad permanente total el beneficiario puede optar por una pensión vitalicia en los mismos términos que en el Régimen General o por una cantidad a tanto alzado equivalente a 40 mensualidades de la base reguladora si se trata de contingencia común, o a 40 mensualidades de la base de cotización del trabajador en la fecha del hecho causante de la prestación si deriva de contingencia profesional.

DESCANSO MATERNAL EN EL TRABAJADOR AUTÓNOMO

El trabajador autónomo tiene los mismos derechos que el trabajador por cuenta ajena, incluida la modalidad a tiempo parcial.

TRABAJADOR AUTÓNOMO ECONÓMICAMENTE DEPENDIENTE

Tras la entrada en vigor de la Ley 20/2007, del Estatuto del trabajador autónomo, se crea la figura del trabajador autónomo económicamente dependiente como aquel trabajador autónomo que realiza una actividad económica o profesional para una empresa o cliente del que percibe, al menos, el 75% de sus ingresos por rendimientos de trabajo y de actividades económicas o profesionales.

Estos trabajadores deberán incorporar obligatoriamente la cobertura de la incapacidad temporal y de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social. En este caso el accidente “*in itinere*” considerado como aquel que sufre el trabajador al ir o volver del lugar de la prestación de la actividad, tendrá la consideración de accidente de trabajo.

PUNTOS CLAVE

- La cobertura de la incapacidad temporal para contingencia profesional es voluntaria.
- El trabajador autónomo económicamente dependiente está obligado a tener cobertura tanto por contingencia común como por contingencia profesional.
- Al trabajador autónomo no se le reconoce el accidente “*in itinere*” como accidente de trabajo, pero sí al trabajador autónomo económicamente dependiente.

- La prestación económica por IT es similar en el Régimen General y en el de Autónomos.
- El primer parte de confirmación por contingencia común se emite al 4º día al igual que sucede en los trabajadores del Régimen General.
- El primer parte de confirmación por AT se emite a los 7 días al igual que sucede en los trabajadores del Régimen General.
- Cuando el autónomo sufre un accidente de trabajo, tiene cobertura para esta contingencia y su entidad gestora es el INSS, hay que remitirlo a ésta para que le entregue el parte de asistencia por accidente de trabajo (3AT19B).
- Si un autónomo tiene un accidente de trabajo, pero no cotiza por contingencia profesional, se emitirá el parte de baja como por accidente no laboral.

BIBLIOGRAFÍA

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

Ley 66/1997 de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del orden social

Ley 20/2007, de 11 de julio, del Estatuto del trabajador autónomo

Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres

Real Decreto 1273/2003, de 10 de octubre, por el que se regula la cobertura de las contingencias profesionales de los trabajadores incluidos en el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos, y la ampliación de la prestación por incapacidad temporal para los trabajadores por cuenta propia.

Orden de 19 de junio 1997 por la que se desarrolla el RD 575/1997, de 18 de abril, que modifica determinados aspectos de la gestión y del control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal.

<http://www.seg-social>

12. El régimen de trabajadoras de hogar

Guadalupe Olivera Cañadas
Ana Cristina García Álvarez

Se trata de un régimen especial diferente al general por cuenta ajena y con prestaciones parcialmente distintas, recogido en el Real Decreto 1424/1985, de 1 de agosto, que regula la relación laboral especial del servicio del hogar familiar.

AFILIACIÓN, ALTAS Y BAJAS A LA SEGURIDAD SOCIAL

Previamente hay que distinguir dos tipos de situaciones:

- Trabajadoras domésticas con prestación de servicio de manera **exclusiva**. Esta situación se da cuando la empleada del hogar presta sus servicios para un empleador durante más de la mitad de la jornada laboral, que es el equivalente a 80 horas mensuales o más.
- Trabajadoras domésticas a **tiempo parcial o discontinuas**. Situación que se da cuando la empleada del servicio doméstico trabaja en más de una vivienda. Es necesario que la prestación de servicios sea como mínimo de 72 horas al mes distribuidas en al menos 12 días, sin llegar a prestar de manera exclusiva en ningún hogar las 80 horas descritas en la situación anterior.

Las personas que trabajan como empleadas de hogar tienen que estar afiliadas a la Seguridad Social.

Cuando se trabaja en una casa de forma **exclusiva**, es el empleador el que tiene que hacer el trámite de afiliación en la Tesorería de la Seguridad Social antes de que dé comienzo la actividad laboral. El alta surte efecto a partir de la inclusión en el régimen especial. La obligación de cotizar nace desde el comienzo de la actividad.

En caso de trabajadoras **discontinuas**, la afiliación y el alta en la Seguridad Social corresponde a la propia trabajadora, quien abonará la totalidad de la cuota.

La cuota de cotización que se paga en este régimen especial es única, mensual e indivisible.

PRESTACIONES DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Las trabajadoras que están afiliadas y en alta en la Seguridad Social tienen derecho a las siguientes prestaciones:

- Asistencia sanitaria.
- Subsidio de incapacidad temporal por enfermedad y accidente no laboral.
- Pensión por incapacidad permanente para el trabajo.
- Prestación por maternidad.
- Riesgo durante el embarazo.
- Pensión de jubilación y de viudedad/orfandad.

PARTE MEDICO DE BAJA, CONFIRMACION Y ALTA.

El único parte de baja que puede darse a los trabajadores/as del régimen especial de empleados del hogar es el de baja médica por contingencias comunes, puesto que en este régimen no se contempla la posibilidad de la contingencia profesional en el momento actual.

El parte de confirmación, como en todos los regímenes, se dará al cuarto día del inicio de la baja y sucesivamente cada semana mientras persista la causa de la incapacidad, si bien la prestación económica no se iniciará hasta

el día 29°. Durante este periodo el empleador tampoco tendrá obligación de abonar el salario correspondiente a ese mes.

Cualquier tipo de accidente se tratará como **accidente no laboral**.

SUBSIDIO POR INCAPACIDAD TEMPORAL

El subsidio por incapacidad temporal (IT) derivado de enfermedad común o accidente no laboral se empieza a cobrar al partir del vigésimo noveno día. Su cuantía es el 75% de la base de cotización del mes anterior y se cobra con el sistema de pago directo, es decir, que es el propio Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) quien paga, siendo allí donde se entregan los partes de baja y de confirmación de la baja.

Hay que tener en cuenta que durante el tiempo que dura la baja por enfermedad o accidente no laboral, hay que seguir cotizando a la Seguridad Social, sin embargo esa cotización corre en su totalidad por cuenta de la trabajadora, incluido el mes en el que se emite el alta. El mes en el que se inicia la baja tiene que cotizar el empleador.

PRESTACIÓN POR MATERNIDAD Y RIESGO EN EL EMBARAZO

En caso de maternidad, este régimen está asimilado a las mismas ventajas que el régimen general (ver capítulo 16). Tienen derecho a 16 semanas de descanso, de las cuales, como mínimo 6, tienen que ser posteriores al parto. Durante esas 16 semanas se cobra el 100% de la base reguladora y se hace con el sistema de pago directo, es decir, que paga directamente el INSS.

Tienen derecho las trabajadoras del hogar tanto si están trabajando de manera exclusiva para un hogar como las discontinuas.

También se puede cobrar el subsidio por riesgo durante el embarazo. Éste se cobra cuando el tipo de trabajo que se realiza supone un riesgo para el embarazo y no hay posibilidad de cambiar de puesto. Para ello es necesaria una declaración del empleador sobre la imposibilidad de cambiar de puesto de trabajo.

PUNTOS CLAVE

- Las empleadas de hogar cobran la prestación económica a partir del día 29º del comienzo de la IT.
- No tienen derecho a IT por contingencia profesional.
- La emisión de partes sigue el mismo ritmo que en el régimen general.
- Las empleadas de hogar tienen derecho a prestación por maternidad y por riesgo en el embarazo.

BIBLIOGRAFÍA

Resolución de 23 de septiembre de 1983, de la Dirección General de Régimen Económico y Jurídico de la Seguridad Social. Responsabilidad en orden a las prestaciones en el Régimen Especial de empleados de hogar.

Real Decreto 1424/1985, de 1 de agosto, por el que se regula la relación laboral de carácter especial del servicio del hogar familiar.

<http://www.seg-social.es>

13. El papel de la inspección médica en la incapacidad temporal

Luis Fernández Hermida
M^a Luz Trilla Suárez

INTRODUCCIÓN ¿QUÉ ES LA INCAPACIDAD TEMPORAL?

Desde el punto de vista del conjunto de médicos de familia no hay una única respuesta a esta pregunta. El hecho cotidiano y cierto es que la Incapacidad Temporal (IT), la baja laboral, es algo muy demandado por los pacientes, unas veces con motivos suficientes, otras con menos y en algunos casos sin motivo ninguno. Las bajas laborales han formado parte de las funciones de los médicos de familia (MF) desde siempre (*siempre se ha hecho así*), pero sólo en los últimos diez o doce años se ha planteado la cuestión de qué estaba haciendo el médico que extendía una baja.

Hoy, con la separación clara entre las estructuras de gestión económica, Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) y Mutuas de Accidentes Laborales y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS), y las estructuras exclusivamente sanitarias, Servicios Regionales de Salud (SRS), el concepto de IT queda bien definido.

En el SRS, la IT es un certificado médico, de la misma manera que se certifican otros aspectos de la asistencia y la salud de las personas. Nótese que no se certifica que una persona está enferma, ni que el diagnóstico sea uno u otro. Lo que se afirma en la baja es que una persona no puede trabajar y nada más. El diagnóstico, sea cual sea, sea uno o sean varios, o sea

primero uno y luego sobrevengan otros, no es el motivo por el que se extiende la baja. El único motivo por el que se extiende ésta es la imposibilidad para trabajar.

La baja conlleva para el trabajador una serie de derechos establecidos en las normas, como son el de no acudir a su puesto de trabajo y el de recibir una prestación económica compensatoria si se reúne determinados requisitos. Sin embargo, los aspectos económicos quedan fuera de la competencia del MF. Los SRS no tienen ninguna competencia hasta el día de hoy en la determinación del derecho a recibir subsidios ni en la determinación de la cuantía de éstos. Todo lo relacionado con los aspectos económicos de las bajas deberá ser resuelto en otras instancias, nunca por los médicos de los Servicios de Salud.

Resulta obvio que todas las patologías no producen el mismo grado o tipo de incapacidad para el trabajo, no es lo mismo una gripe que un infarto de miocardio, aunque sólo sea por las diferencias en el tiempo necesario para recuperarse de una y otro. El médico que valora una situación de baja debe tener en cuenta, por un lado, el grado y la severidad de la pérdida de salud, y por otro, el tipo de trabajo que realiza el paciente. Estos son los dos aspectos claves que conforman la valoración de la incapacidad.

Hay casos en los cuales no es relevante el tipo de trabajo desempeñado, como ocurre, por ejemplo, en situaciones de mal estado general con fiebre alta, en cuyas situaciones está justificada la baja sea cual sea el tipo de trabajo que se realiza. Pero también hay situaciones en las cuales el tipo de trabajo es el que define si una determinada patología produce incapacidad o no. Por ejemplo, la fractura de la 2^a falange del dedo índice de la mano no dominante incapacita sin duda a un trabajador manual, pero no necesariamente incapacita a un directivo de la misma empresa.

“ACTORES” EN EL PROCESO DE INCAPACIDAD TEMPORAL

La IT es una prestación del sistema de Seguridad Social que no sólo afecta a los SRS sino en la que existen otras partes implicadas:

- El trabajador que recibe la baja
- El médico del Sistema Regional de Salud que le da la baja
- La entidad gestora, el INSS
- Las entidades colaboradoras en la gestión, las Mutuas (MATEPSS)

- La empresa (en el caso de los trabajadores por cuenta ajena, que son mayoría)
- La Inspección Médica.

FUNCIONES DE LA INSPECCIÓN MÉDICA EN MATERIA DE INCAPACIDAD TEMPORAL

La Inspección Médica tiene una serie de competencias que hacen que se encuentre estratégicamente situada para relacionarse con todas las partes implicadas en la prestación (Figura 1). Sus funciones son en muchos casos decisivas y vinculantes para el resultado final (alta o continuación de la IT).

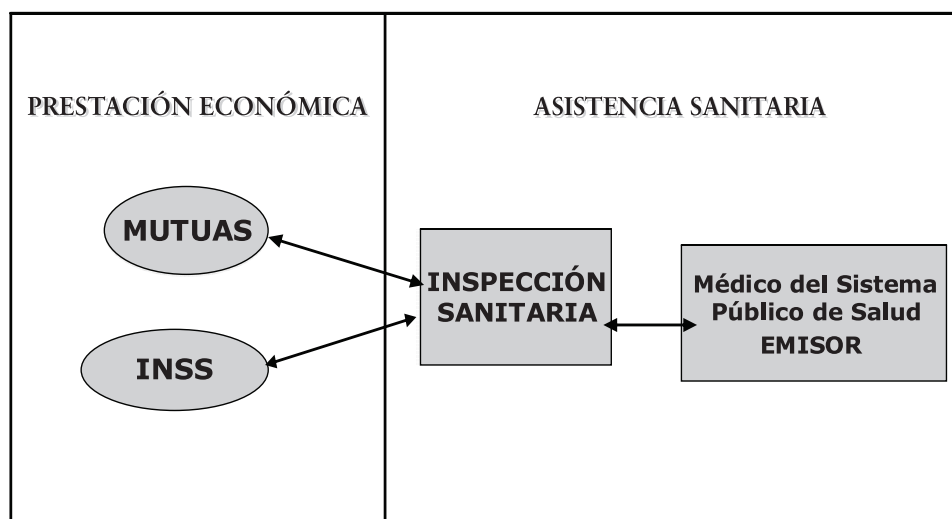


FIGURA 1. Control de la Incapacidad Temporal en los doce primeros meses.

Sus funciones son las siguientes:

- **Revisión de los procesos** de IT y sus diagnósticos a través del programa de información de la Inspección Médica, seleccionándolos por duración, código diagnóstico (CIE-9), duraciones estándar, etc.

- **Revisión directa de pacientes**, citándolos para reconocimiento y comprobación de la gravedad de las lesiones, sobre todo en:
 - casos especialmente complicados
 - a petición del Médico de Familia
 - si existe sospecha de uso indebido de la prestación.
- **Revisión conjunta de los casos** por el Médico de Familia y el Médico Inspector, mediante reuniones periódicas y visitas a los centros de salud.
- **Emisión de “altas por Inspección”** en caso de detección de irregularidades en esta prestación sanitaria, con un plazo de reserva para nuevas bajas que serán de competencia y seguimiento exclusivo del Médico Inspector. Este tipo de altas sólo pueden ser firmadas y emitidas por el propio Médico Inspector, y se comentan más adelante.
- **Anulación de altas y bajas**, previo reconocimiento y comprobación de las circunstancias que justifican dicho acto.
- **Acumulación de procesos de IT** en caso de recaída, por el mismo o similar proceso, previa comprobación de la existencia de los requisitos necesarios.
- **Realización de oficio de Propuestas de Inicio de expedientes de Incapacidad Permanente** ante el INSS. El MF puede solicitar a la Inspección que haga la Propuesta.
- **Propuesta de determinación de contingencia** ante el INSS. Éste es competente para calificar la contingencia como accidente de trabajo o no. Las propuestas de “determinación de contingencia” son realizadas de oficio por la Inspección Médica o a instancia de parte por el trabajador.
- **Contestación a peticiones de revisión** procesos de IT por las **Empresas**. El empresario puede solicitar información a la Inspección Médica, que en función de la información recibida de éste, llevará a cabo la verificación del estado de salud del trabajador a través del MF o reconociendo al trabajador.
- **Resolución de las propuestas motivadas de Alta del INSS**. El INSS, a la vista de los partes médicos de baja y confirmación, y de la información recabada tras los reconocimientos médicos al trabajador, podrá formular a través de sus servicios médicos “propuestas motivadas” de alta médica. Éstas se efectuarán cuando se considere que el trabajador pueda no estar impedido para el trabajo. Se hará llegar a través de la

Inspección Médica de los Servicios Públicos de Salud a los facultativos o servicios correspondientes, los cuales deberán pronunciarse en el plazo de diez días, confirmando la baja médica o aceptando la propuesta de alta médica.

- **Realización de Intenciones de alta del INSS.** Los facultativos del INSS podrán formular también altas médicas a los solos **efectos económicos**. Para ello, tras el reconocimiento del trabajador, deberá comunicar a la Inspección Médica su intención de extender el parte de alta médica, a fin de que ésta, en el plazo de tres días hábiles, pueda manifestar su disconformidad. De no recibirse en el plazo mencionado informe en contra por parte de la Inspección Médica, el parte de alta podrá ser expedido, conteniendo siempre el resultado del reconocimiento y la causa del alta económica.
- **Realización de Propuestas motivadas de alta médica de la MATEPSS.** Al igual que el INSS pueden proponer el alta a la Inspección.
- **Autorización para el anticipo de pruebas** y tratamientos propuestos por la MATEPSS. Dentro de la colaboración con el SPS, existe la posibilidad de adelantar pruebas y tratamientos de los que se encuentre pendiente el beneficiario de la prestación en las siguientes condiciones:
 - Cuando hayan transcurrido más de quince días de la baja.
 - Exista demora en la práctica de la prueba o tratamiento.
 - Estos hayan sido prescritos por el Sistema Público de Salud.
 - El beneficiario preste su consentimiento informado con carácter previo.
 - El anticipo se lleve a cabo por los servicios y médicos de las MATEPSS, cuya adecuación y calidad haya sido comprobada
 - Conste la conformidad de la Inspección Médica, sin la cual no es posible esta colaboración.
- **Emisión de Informes de control** solicitados por la MATEPSS.
- **Notificación** a las diferentes partes implicadas de las actuaciones realizadas en materia de IT.
- **Formación e información** en materia de IT a todas las partes implicadas, de una manera muy especial mediante cursos dirigidos a los Médicos de Familia y Residentes de esta especialidad.
- **Apoyo al Médico de Familia** en aquellas situaciones en que así se le requiere.

EL ALTA POR INSPECCIÓN

Esta modalidad de alta y sus efectos especiales vienen recogidos en la *Orden de 21 de marzo de 1974, por la que se regulan determinadas funciones de la Inspección de Servicios Sanitarios de la Seguridad Social en materia de Altas Médicas* (BOE de 19 de abril), y se caracteriza por:

- **Debe ser expedida sólo y exclusivamente por la Inspección Médica y firmada por un Médico Inspector.** Es un error frecuente confundir estas altas con las propuestas por el Médico Inspector mediante cartas dirigidas al Médico de Familia (este tipo de altas deben ser siempre por mejoría o curación, nunca por Inspección). Por tanto, sólo será considerada alta por Inspección la emitida y firmada por el Médico Inspector. La emisión de este tipo de alta por cualquier otro médico puede ser causa de anulación de la misma.
- **Además de extinguir la situación de IT, crea una reserva para nuevas bajas.** Durante un determinado periodo, que no podrá ser inferior a seis meses, la expedición de una nueva baja, **sea cual fuera el diagnóstico**, sólo podrá llevarse a cabo por la propia Inspección. Es decir, si el trabajador se encuentra incapacitado para su trabajo, según la valoración del MF y necesita un nuevo periodo de IT, dentro del periodo de reserva marcado por la Inspección, sea cual sea el diagnóstico, debe ser remitido a la Inspección Médica para valoración y para que emita la nueva baja.
- **El Médico Inspector las emite de oficio tras el reconocimiento y valoración del trabajador**, notificándole las causas y las consecuencias de dicha alta.

EL PAPEL DE LA INSPECCIÓN TRAS LAS MODIFICACIONES EN LA GESTION DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL DE LA LEY 40/2007

Comentario aparte merecen las recientes modificaciones en la gestión y control de la IT que introduce la Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de Medidas en Materia de Seguridad Social, en la que la Inspección Médica tiene también un papel fundamental. En su art.1 modifica varios aspectos del art. 128.1 del

Texto Refundido de la LGSS (Figura 2). Establece que, agotado el plazo de duración de la IT de doce meses, el INSS, es el único competente para:

- reconocer la situación de prórroga con un límite de seis meses más
- determinar el inicio de un expediente de Incapacidad Permanente
- determinar si una nueva baja médica producida en los seis meses siguientes a dicho alta, por igual o similar patología, tiene o no efectos económicos
- demorar la calificación transcurridos 18 meses, en seis meses más.
- emitir el **alta médica**.

–Reconocer la situación de prórroga
 –Determinar la iniciación de Incapacidad permanente
 –Emitir el alta médica

FIGURA 2. Competencias exclusivas del INSS tras los 12 meses.

Este nuevo tipo de “alta médica” que dan los médicos del INSS, implica que aunque el trabajador precise asistencia sanitaria, ha recuperado su capacidad laboral y puede reintegrarse a su trabajo. Antes de esta Ley 40/2007, el alta que emitían los médicos del INSS tenía solo efectos económicos, el trabajador podía estar incapacitado según su MF y no se reincorporaba a su trabajo si le mantenía en IT, pero no percibía prestación económica. En cambio esta nueva alta del INSS, transcurridos los doce meses de IT, tiene plenos efectos.

La Ley da de todas formas la posibilidad de que el trabajador pueda "**manifestar su disconformidad**" ante la Inspección Médica del Servicio de Salud, de la manera siguiente:

1. El trabajador puede recurrir contra el alta en el plazo de cuatro días naturales por disconformidad ante la Inspección Médica.
2. Si la Inspección Médica discrepa del criterio del INSS, tiene la facultad de proponer en el plazo máximo de siete días naturales la reconsideración de la decisión de aquélla, especificando las razones y el fundamento de su discrepancia.

A continuación la entidad gestora se ha de pronunciar sobre la discrepancia en el transcurso de siete días naturales siguientes, notificando la correspondiente resolución al interesado y a la Inspección Médica. El resultado de esta segunda y definitiva resolución puede ser (Figura 3):

- Reconsiderar el alta médica y conceder una prórroga de IT al interesado.
- Reafirmarse en su decisión aportando pruebas complementarias para fundamentarla y dictando resolución definitiva de alta médica, entendiéndose la IT prorrogada hasta ese momento.

INSPECCION MEDICA	CONSECUENCIAS
Confirma el alta del INSS	ALTA CON PLENOS EFECTOS
No se pronuncia	
DISCREPA DEL ALTA	El INSS puede reconsiderar el alta y conceder prórroga
	El INSS puede reafirmarse en el alta fundamentándola

FIGURA 3. Efectos del Alta Médica de la entidad gestora (INSS, ISM) pasados 12 meses.

3. Si la Inspección Médica se pronunciara confirmando la decisión del INSS, o si no se produjera pronunciamiento alguno en el plazo de once días siguientes a la fecha de la resolución, adquirirá plenos efectos la consiguiente alta médica.

En cuanto a las características de esta alta, son las siguientes:

1. Se emite mediante resolución, no mediante un parte de alta en modelo oficial.
2. Esta resolución se comunica mediante correo certificado, transcurridos un número indeterminado de días desde el reconocimiento del trabajador por el Médico Evaluador del INSS.
3. Tiene la posibilidad de presentar una disconformidad frente al alta ante la Inspección Médica del SRS. Independientemente de la posi-

bilidad de presentar una reclamación previa como ante cualquier otro acto administrativo.

PUNTOS CLAVE

- La baja es un certificado médico donde lo que se certifica es que una persona no puede trabajar como consecuencia de una pérdida de salud
- No es posible efectuar una correcta gestión de procesos de IT si no se tienen en cuenta los dos factores apuntados: el estado de salud y los requerimientos del puesto de trabajo.
- La Inspección Médica es una unidad necesaria en la gestión y control de la IT porque tiene relación y capacidad de actuación con todas las partes implicadas.
- Sólo son altas por Inspección las emitidas y firmadas por el Médico Inspector y no por otro médico, además de extinguir la situación de IT, implican una reserva para nuevas bajas durante un periodo de tiempo nunca inferior a seis meses
- La base fundamental de la gestión de la IT por el Sistema Público de Salud, es el binomio Médico de Familia – Médico Inspector. Es mucho más eficiente y fácil el correcto funcionamiento de esta prestación si se basa en una colaboración estrecha entre ambos.
- La coordinación y apoyo, una correcta y eficaz comunicación, el intercambio de información y la resolución de dudas en esta materia es básica para el correcto funcionamiento de esta prestación. La actuación de uno es complementaria a la del otro.

BIBLIOGRAFÍA

- ALONSO OLEA, M, TORTUERO PLAZA J. L.: Instituciones de Seguridad Social. Madrid: Civitas, 2000.
- BERROCAL J. A.: El proceso sobre incapacidad temporal. Barcelona: Bosch, 2002
- GERVAS J., RUIZ TÉLLEZ, A, PÉREZ FERNÁNDEZ, M.: La incapacidad laboral en su contexto médico: problemas clínicos y de gestión. Documento de trabajo 85/2006. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de la Seguridad Social, 2006.

- NAVARRO ARRIBAS, C., CHICANO DÍAZ, S.: Gestión de la incapacidad laboral. La incapacidad Temporal: hacia un modelo de gestión. MEDIFAM 2003; 13 (1): 29-34.
- PAREDES RODRÍGUEZ, J.M., SÁNCHEZ MIGALLÓN, R.: La gestión y el control de la Incapacidad temporal. Aranzadi Social 22/2006
- PASTOR BODNER, A., PEROTE PEÑA, J.: La gestión de la Incapacidad Temporal en España Documentación laboral, N^o 65, 2001: 23-64
- 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. Art. 128 a 133.
- Ley 40/ 2007, de 4 de diciembre, de Medidas en Materia de Seguridad Social (LMSS)
- Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de la prestación económica de la Seguridad Social por Incapacidad Temporal
- Real Decreto 576/1997, de 18 de abril, que modifica Real Decreto 1993/1995, de 7 diciembre, que aprueba el Reglamento sobre colaboración de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales en la gestión de la Seguridad Social.
- Real Decreto 1993/1995, de 7 diciembre, Reglamento General de Colaboración en la Gestión de la Seguridad Social.
- Real Decreto 428/2004, de 12 de marzo, por el que se modifica el Reglamento general sobre colaboración en la gestión de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre.
- Orden Ministerial de 13 de octubre de 1967 por la que se establecen normas para la aplicación y desarrollo de la ILT en el Régimen General de la Seguridad Social.
- Orden del 21 de marzo de 1974 Por la que se regulan determinadas funciones de la Inspección de Servicios Sanitarios de la Seguridad Social en materia de altas médicas.
- Orden de 19 de junio de 1997 que desarrolla el Real Decreto 575/1997.

14. El papel del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) y el papel de los Equipos de Valoración de Incapacidades (EVI)

Manuel J. Mozas Cámara
Fernando León Vázquez

EL MODELO ESPAÑOL DE SEGURIDAD SOCIAL

Definido en el artículo 41 de la Constitución Española (CE), el modelo español de Seguridad Social se encuadra entre los Principios Rectores de la Política Social y Económica de nuestra Carta Magna. Cuenta con un nivel de protección no-fundamental, es decir, es vinculante para todos los poderes públicos (art. 53 CE). Ha sido desarrollado por ley 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 (LGSS) y por la reglamentación posterior (tabla 1).

TABLA 1. Características de los sistemas actuales de Seguridad Social

CAMPO DE APLICACIÓN UNIVERSALISTA	Protección a todos los ciudadanos
FINANCIACIÓN MIXTA	Aportaciones de empresas, trabajadores y Estado
ACCIÓN PROTECTORA	Protección sistematizada basada en la <i>contingencia</i>
GESTIÓN UNIFICADA	Reducido número de organismos estatales de control

Se dota de un sistema mixto, con dos niveles diferentes de protección: uno básico y otro complementario.

- a. El nivel **básico** a su vez se compone de dos modalidades: la no contributiva y la contributiva, ambas de carácter público y obligatorio (tabla 2).

TABLA 2. Niveles y modalidades de prestación de la Seguridad Social

NIVEL	MODALIDAD	APORTACIÓN	PRESTACIONES INCLUIDAS
BÁSICO	NO CONTRIBUTIVA	<ul style="list-style-type: none"> - Rentas de compensación de necesidades básicas - Asistencial, no contributivo (según el límite de acumulación de recursos) 	<ul style="list-style-type: none"> - Pensiones no contributivas de jubilación e invalidez - Prestaciones familiares económicas - Subsidio no contributivo por maternidad - Prestaciones por razón de necesidad (residentes en el extranjero) - Pensión asistencial de ancianidad (españoles retornados) - Asistencia sanitaria y farmacéutica - Subsidios por desempleo - Servicios sociales
	CONTRIBUTIVA	<ul style="list-style-type: none"> - Rentas de sustitución de salarios en activo. - Profesional (según cotización) 	<ul style="list-style-type: none"> - Pensión de jubilación y de incapacidad permanente - Subsidios (incapacidad temporal, maternidad, paternidad, riesgos durante embarazo y lactancia natural) - Prestaciones por muerte y supervivencia - Asistencia sanitaria - Servicios sociales
COMPLEMENTARIO	<ul style="list-style-type: none"> - Cobertura voluntaria - Contratación libre. 		<ul style="list-style-type: none"> - Prestaciones asistenciales y económicas según imposiciones.

-La **modalidad no contributiva** comprende, fundamentalmente, asistencia sanitario-farmacéutica, protección familiar, servicios sociales y, en

determinados casos, el subsidio por desempleo. A este nivel acceden **todos** los ciudadanos en idénticas condiciones con independencia de que hayan contribuido o no económicamente a la SS, y le proporciona al ciudadano en caso de situación de necesidad rentas de compensación. La modalidad no contributiva se financia con cargo a los presupuestos generales del Estado y la gestión se lleva a cabo por las entidades públicas creadas para tal fin: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IM-SERSO), Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), Instituto de Gestión Sanitaria (INGESA) y órganos competentes de las comunidades autónomas.

– La **modalidad contributiva** no es aplicable a todos los ciudadanos, sino que sólo acceden a ella los trabajadores a los que se les proporciona rentas de sustitución en caso de que dejen de percibir su salario. Existe una proporcionalidad directa entre el salario dejado de percibir, la cotización de los sujetos obligados (empresas y trabajadores) y la prestación que recibe el trabajador. Comprende, entre otras, las prestaciones por incapacidad temporal (IT), incapacidad permanente (IP) contributiva, jubilación contributiva, muerte y supervivencia y maternidad.

b. El nivel **complementario** es de carácter libre y está constituido principalmente por fondos de pensiones y entidades de previsión social.

Los **finés de la SS** se definen en el art. 2 LGSS, que señala que el Estado garantiza a las personas que cumplan los requisitos exigidos en las modalidades contributiva o no contributiva, así como a los familiares o asimilados que tuvieran a su cargo, la protección adecuada frente a las contingencias que se contemplan en esta Ley. La **acción protectora** del sistema comprende el conjunto de beneficios que los sujetos protegidos por la Seguridad Social pueden obtener con cargo a los fondos de la misma.

La **gestión de la SS** es pública, descentralizada, repartida en distintos órganos, y su grado de estatalización se compensa con una participación de los interesados (Administración, sindicatos y organizaciones empresariales) en el control y vigilancia de las entidades gestoras. La **competencia del Estado** sobre la SS queda reflejada en el artículo 149.1.17^a de la CE, según el cual se reserva la competencia exclusiva en legislación básica y régimen económico de la SS, así como en la ordenación, jurisdicción e inspección de la SS (art. 4 LGSS). Basándose en el principio de descentralización utiliza entes instrumentales de carácter público (entidades gestoras y servicios comunes)

para llevar a cabo sus fines, pudiendo compartir la ejecución de sus servicios con los órganos competentes de las comunidades autónomas.

TABLA 3. Entidades Gestoras de la Seguridad Social (SS)

INSS (INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL)	– Gestión y administración de las prestaciones económicas del sistema de Seguridad Social.
INGESA (INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA)	– Administración y gestión de los servicios sanitarios de la Seguridad social no transferidos a las CCAA.
IMERSO (INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES)	– Gestión estatal de pensiones de invalidez y jubilación no contributivas y servicios complementarios para las personas mayores y con discapacidad no transferidos a las CCAA.
ISM (INSTITUTO SOCIAL DE LA MARINA)	– Gestión del Régimen Especial de Trabajadores del Mar.
SERPEE (SERVICIO PÚBLICO DE EMPLEO ESTATAL)	– Gestión de la protección por desempleo (Título III LGSS).

CCAA: Comunidades Autónomas.

Los entes públicos instrumentales de que se vale el Estado para desarrollar la gestión y administración de la SS se denominan **entidades gestoras** (tabla 3). Son corporaciones de derecho público, instituidas y tuteladas por el departamento ministerial al que estén adscritas para la gestión de la SS. Además de las entidades gestoras, la SS cuenta con los **servicios comunes**, organismos y entidades de coordinación administrativa con funciones auxiliares y complementarias en la gestión (tabla 4), destacando el papel de la Tesorería General como organismo que gestiona los recursos económicos y la Administración Financiera de la SS, toda vez que es la titular de su patrimonio único. Esta organización actual se encuentra pendiente de renovación.

TABLA 4. Servicios Comunes de la Seguridad Social (SS)

TGSS (TESORERÍA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL)	<ul style="list-style-type: none"> - Gestión de los recursos económicos y la administración financiera del sistema, bajo los principios de solidaridad financiera y caja única. - Afiliación de trabajadores, altas, bajas y variaciones, inscripción de empresas. - Control de la recaudación. - Titularidad, gestión y administración del patrimonio único de la SS, etc.
GISS (GERENCIA DE INFORMÁTICA DE LA SEGURIDAD SOCIAL)	<ul style="list-style-type: none"> - Dirección, coordinación y control de los servicios de informática y procesos de datos de las entidades de gestión de la SS.
SJASS (SERVICIO JURÍDICO DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL)	<ul style="list-style-type: none"> - Ejercicio de las funciones y competencias relativas al asesoramiento jurídico, así como la representación y defensa en juicio de las entidades gestoras y servicios comunes de la SS.

La LGSS, en su artículo 7, define el **campo de aplicación y la estructuración del sistema de SS español**. Este artículo delimita quiénes están comprendidos dentro de la modalidad contributiva y quiénes lo están en la modalidad no contributiva. Así, estarán comprendidos a efectos de prestaciones en la modalidad contributiva los españoles que residan en España y los extranjeros que residan o se encuentren legalmente en España, siempre que en ambos supuestos ejerzan su actividad en territorio nacional y estén incluidos en alguno de los apartados siguientes:

- a) trabajadores por cuenta ajena;
- b) trabajadores por cuenta propia o autónomos;
- c) socios trabajadores de cooperativas de trabajo asociado;
- d) estudiantes;
- e) funcionarios civiles y militares.

Por otro lado, estarán incluidos a efectos de las prestaciones de modalidad no contributiva todos los españoles residentes en territorio nacional, considerándose los hispanoamericanos, portugueses, brasileños, andorranos y filipinos que residan en territorio español equiparados a los españoles a efectos de esta modalidad.

La LGSS estructura el sistema de la SS en un Régimen General para los trabajadores por cuenta propia incluidos en el art. 1.1. del Estatuto de los Trabajadores (ET) y varios regímenes especiales que comprenden a los grupos siguientes: trabajadores dedicados a actividades agrícolas, forestales o pecuarias, trabajadores del mar, trabajadores por cuenta ajena o autónomos, funcionarios públicos, civiles y militares, empleados de hogar y estudiantes.

EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Es la entidad gestora de la SS, dotada de personalidad jurídica, a la que se encomienda la gestión y administración de las prestaciones económicas del sistema de la SS, con excepción de aquéllas cuya gestión esté atribuida al IMSERSO o servicios competentes de las comunidades autónomas (RD 2583/1996). Son prestaciones de SS el conjunto de medidas técnicas o económicas que pone en funcionamiento la SS para prevenir, reparar o superar los estados de necesidad derivados de la actualización de ciertas contingencias (tabla 5 y figura 1). El INSS actúa bajo la dirección y tutela del Ministerio de Trabajo e Inmigración, como entidad gestora de la SS.

TABLA 5. Presupuestos de la Seguridad Social (Fuente: Ministerio de Trabajo e Inmigración. Octubre/2008)

PROYECTO DE PRESUPUESTO 2009. CIFRAS Y DATOS. (CIFRAS EN MILLONES DE €)				
PRESTACIONES ECONÓMICAS	IMPORTES			% INCREMENTO 09/08
	EJERCICIO 2007	EJERCICIO 2008	EJERCICIO 2009	
PENSIONES	81.783,50	88.035,84	95.334,17	8,29
INCAPACIDAD TEMPORAL	7.253,60	7.715,58	8.143,81	5,55
PRESTACIONES POR MATERNIDAD, PATERNIDAD, RIESGO DURANTE EL EMBARAZO Y LACTANCIA NATURAL	1.787,40	2.267,90	2.416,36	6,55
PRESTACIONES FAMILIARES	998,23	988,64	1.098,80	11,14
OTRAS PRESTACIONES	478,63	537,89	571,45	6,24
TOTAL	92.301,36	99.545,85	107.564,59	8,06

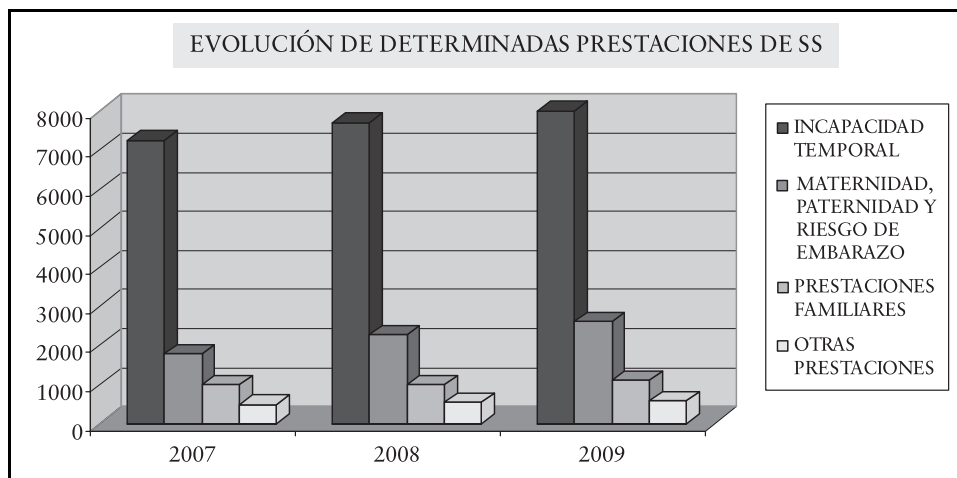


FIGURA 1. Distribución del presupuesto de Seguridad Social (SS).
Fuente: Ministerio de Trabajo e Inmigración. (Datos 2007 de las Cuentas de la SS. Datos 2008 y 2009: de los presupuestos de SS)

Las **competencias** más significativas que tiene atribuidas son:

- a) El reconocimiento y control del derecho a las prestaciones económicas de la SS en su modalidad contributiva.
- b) El reconocimiento y control del derecho a las prestaciones económicas familiares en su modalidad única no contributiva.
- c) La declaración de invalidez permanente.
- d) La constitución de las Equipos de Valoración de Incapacidades (EVI).
- e) El reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria.
- f) La participación en los Convenios Internacionales de SS.
- g) La gestión y funcionamiento del Registro de Prestaciones Sociales públicas.
- h) La gestión de las prestaciones económicas y sociales del síndrome tóxico.
- i) Control de los procesos de IT de los trabajadores al cumplirse los 12 meses de su duración.

Para atender a los fines que legalmente tiene establecidos, el INSS en particular y todo el Sistema de la SS, obtiene la **financiación** de:

- a) Las aportaciones progresivas del Estado, que se consignarán con carácter permanente en sus Presupuestos Generales y las que se acuerden para atenciones especiales o resulten precisas por exigencia de la coyuntura.
- b) Las cuotas de las personas obligadas, fundamentalmente empresas y trabajadores: en la actualidad las de 20 millones y medio de afiliados (1/1/2008).
- c) Las cantidades recaudadas en concepto de recargos, sanciones u otras de naturaleza análoga.
- d) Los frutos, rentas o intereses y cualquier otro producto de sus recursos patrimoniales.
- e) Cualesquiera otros ingresos, sin perjuicio de lo estipulado en la disposición adicional vigésima segunda de la LGSS.

ORGANIZACIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL. LOS EQUIPOS DE VALORACIÓN DE INCAPACIDADES.

Existen **órganos de dirección y gestión** de ámbito estatal (órganos centrales) y provinciales (tabla 6).

Destaca por su interés en el manejo de la IT el **Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI)**. Se trata de la unidad especializada que se constituye en cada Dirección Provincial del INSS, con dependencia orgánica y funcional en la misma. Puede existir más de un EVI en aquellas provincias en atención al número de casos que resuelven o cuando lo aconseje la especial característica de algún sector laboral. Lo componen:

- 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.

TABLA 6. Organización del INSS

ÓRGANOS CENTRALES	DE DIRECCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> – Dirección General – Secretaría General – Subdirección Gral. de Ordenación y Asistencia Jurídica – Sub. Gral. de Recursos Humanos y Materiales – Sub. Gral. de Gestión Económica y Presupuestaria – Sub. Gral. de Gestión de Prestaciones – Sub. Gral. de Estudios Económicos – Sub. Gral. de Gestión de IT y otras prestaciones a corto plazo – Sub. Gral. de Coordinación de Unidades Médicas
	DE PARTICIPACIÓN EN EL CONTROL Y VIGILANCIA DE LA GESTIÓN	<ul style="list-style-type: none"> – Consejo General – Comisión Ejecutiva <ul style="list-style-type: none"> * Comisiones especiales * Ponencias
ÓRGANOS DE ÁMBITO TERRITORIAL	DE GESTIÓN	<ul style="list-style-type: none"> – Direcciones Provinciales – Centros de Atención e Información de la Seguridad Social (CAISS)
	DE PARTICIPACIÓN EN EL CONTROL Y VIGILANCIA DE LA GESTIÓN	<ul style="list-style-type: none"> – Comisiones Ejecutivas Provinciales

También serán designados de forma ocasional:

- Un experto en recuperación y rehabilitación, propuesto por el Instituto Nacional de Servicios Sociales o por el órgano competente de la Comunidad Autónoma respectiva, cuando del expediente se deduzcan indicios razonables de recuperación del trabajador.

- Un experto en seguridad e higiene en el trabajo, propuesto por el órgano competente del Estado o de la respectiva Comunidad Autónoma, cuando existan indicios de incumplimiento de las medidas de seguridad e higiene en el trabajo.

Las **funciones del EVI** son las siguientes:

1. Examinar la situación de incapacidad del trabajador y formular al Director Provincial del INSS los *dictámenes-propuesta*, preceptivos y no vinculantes, en materia de:
 - a) Propuesta de **invalidez permanente** por anulación o disminución de la capacidad para el trabajo, calificación de estas situaciones en sus distintos grados, revisión de las mismas por agravación, mejoría o error de diagnóstico, y contingencia determinante.
 - b) Determinación del **plazo** a partir del cual se podrá instar la **revisión** del grado de invalidez por agravación o mejoría.
 - c) Procedencia o no de la **revisión** por previsible mejoría de la situación de incapacidad del trabajador, a efectos de lo establecido en el artículo 48.2 del Estatuto de los Trabajadores.
 - d) Disminución o alteración de la **integridad física** del trabajador por existencia de lesiones permanentes no invalidantes, causadas por accidente de trabajo o enfermedad profesional.
 - e) Determinación de la **incapacidad para el trabajo** exigida para ser beneficiario de las prestaciones económicas por muerte y supervivencia, así como de las prestaciones por invalidez del Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez (SOVI) según la disposición transitoria 7ª de la LGSS.
 - f) Determinación del carácter **común o profesional** de la enfermedad que origine la situación de IT o muerte del trabajador cuando le sea solicitado tal dictamen.
 - g) Procedencia o no de prorrogar el período de **observación médica** en enfermedades profesionales.
2. Efectuar el seguimiento de los programas de control de las prestaciones económicas de IT y proponer al director provincial del INSS la adopción de medidas adecuadas.

3. Prestar asistencia técnica y asesoramiento en los procedimientos contenciosos en los que sea parte el INSS, en materia de incapacidades laborales, a requerimiento del Director Provincial del mismo.

Los criterios médicos que sirven de guía a los facultativos del INSS para la valoración de la incapacidad laboral han sido recogidos en un documento científico consensuado, abierto y revisable. Define los Datos Mínimos para la Valoración (DMV), conjunto de información clínica mínima e imprescindible para evaluar adecuadamente una determinada situación médica. Se trata de criterios médicos con carácter orientativo, sin contemplar el ámbito legal y administrativo, y se aplican a síndromes o grupos funcionales, si bien en algunas patologías específicas habrá de aplicarse adicionalmente otros criterios. Se parte del supuesto de que el trabajador ya tiene un diagnóstico suficientemente acreditado; la valoración de la incapacidad laboral se centra, entonces, en los siguientes aspectos de la patología alegada:

- Grado de deterioro funcional.
- Servidumbres terapéuticas.
- Contraindicaciones específicas por su puesto laboral:
 - posibilidad de agravamiento.
 - requisitos formales del puesto de trabajo.
 - riesgos para sí mismo o para terceros.
- Evolución.
- Etiología (laboral o común).

LA INCAPACIDAD TEMPORAL

Es la situación en la que se encuentra el **trabajador** que está imposibilitado temporalmente para trabajar por causa de una alteración de la salud y para cuyo tratamiento exige asistencia sanitaria de la SS. Es una prestación exclusiva de la **modalidad contributiva**.

En su definición encontramos dos elementos claves: por un lado, la **incapacidad para el trabajo por alteración en la salud**. Esta patología ha de ser sobrevenida, es decir, de comienzo posterior al inicio del trabajo por cuenta ajena. También se incluyen situaciones patológicas anteriores estabilizadas que se **agudizan** en el desarrollo ordinario de la profesión. Durante

los periodos de observación de la enfermedad profesional, aunque el trabajador esté en condiciones de trabajar, se le puede considerar incapacitado como medida de carácter terapéutico.

En segundo lugar, la **temporalidad de la incapacidad y asistencia sanitaria de la SS**, que la diferencia de la situación de IP a la que precede. Es la propia SS quien constata la alteración en la salud y el control del proceso de evolución y curación. La alteración de la salud tiene que tener carácter transitorio y el trabajador –previsiblemente– debe reincorporarse a sus funciones.

Según el art. 45 del Estatuto de los Trabajadores (ET), mientras el trabajador se encuentra en situación de IT el contrato de trabajo queda **suspendido**; el trabajador queda exonerado de trabajar y el empresario de pagar el salario, si bien, la ley mantiene la obligación de cotizar a empresas y trabajadores mientras se mantenga la situación. El subsidio de IT es la prestación económica que recibe el trabajador para compensar la falta de remuneración salarial.

REQUISITOS DE LOS BENEFICIARIOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL

A) Estar **afiliado**, en situación de **alta laboral**, o **situación asimilada al alta** en la fecha del **hecho causante o baja médica**.

- **Afiliado**: persona incluida en el campo de aplicación legal que, mediante el acto de afiliación a la SS, adquiere derecho potencial a la protección dispensada por las entidades gestoras y colaboradoras, siempre que reúna las demás condiciones legalmente exigidas.
- **Alta laboral**: acto administrativo mediante el cual el empresario comunica a la SS el inicio de una actividad laboral, comenzando en este momento la relación jurídica de cotización.
- **Situación asimilada al alta**: es una situación “ficticia” en la cual, por imperativo legal y a efectos de determinadas prestaciones –cada una de las cuales tiene su propio cuadro de situaciones asimiladas al alta– se considera al trabajador en situación de alta real aunque haya cesado en el trabajo por cuenta ajena o propia. Para el caso que nos ocupa, se consideran situaciones asimiladas al alta la percepción de la prestación de desempleo de nivel contributivo, los períodos de vacaciones anuales retribuidas y no disfrutadas antes de la finalización del contrato de trabajo, el traslado de la empresa fuera del territorio nacional y los convenios especiales de Diputados y Senadores de las Cortes Genera-

les y Diputados del Parlamento Europeo, miembros de los Parlamentos y Gobiernos de las comunidades autónomas.

A efectos de la prestación de IT por accidente de trabajo o enfermedad profesional, los trabajadores se considerarán de pleno derecho afiliados y en alta, aunque su empresario hubiera incumplido sus obligaciones al respecto y sin perjuicio de las responsabilidades de todo orden que de ello se deriven para el mismo.

B) Tener cubierto un periodo mínimo de cotización previo (o carencia):

- En el supuesto de **enfermedad común**: 180 días cotizados en los últimos 5 años inmediatamente anteriores al momento del hecho causante.
- En el supuesto de **accidente, ya sea calificado de trabajo o no, o de enfermedad profesional**, no se exige ningún periodo previo de cotización o carencia.

C) Estar al corriente de pago en las cuotas de la SS en el momento del hecho causante en aquellos regímenes o sistemas cuyos sujetos responsables del ingreso de las cuotas sean los propios trabajadores (autónomos, representantes de comercio, artistas, profesionales taurinos, trabajadores agrarios, etc.)

PRESTACIÓN ECONÓMICA DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

La prestación consiste en un subsidio económico cuya cuantía está en función de la base reguladora y el porcentaje.

- **Base reguladora**: es la base de cotización del mes anterior a la fecha de inicio de la incapacidad, dividida por el número de días a que dicha cotización se refiere (30 si el trabajador tiene salario mensual ó 28, 29, 30 o 31 si el salario es diario). En caso de enfermedad común o accidente no laboral, si el trabajador no lleva aún un mes en alta, se toma la base de cotización de dicho mes dividida por los días efectivamente cotizados. En caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional, se complica el cálculo ya que a este módulo se suma la cotización por horas extraordinarias realizadas en el año anterior.

– **Porcentajes:**

- a) En caso de enfermedad común o accidente no laboral:
 - 60% de base reguladora** desde el día 4º al 20º inclusive
 - 75% de la base reguladora** desde el 21º día en adelante.
- b) En caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional:
 - 75% de la base reguladora** desde el día en que se produzca el nacimiento del derecho.

Las empresas, mediante convenio colectivo o contrato de trabajo, podrán mejorar estas condiciones.

RECONOCIMIENTO DEL DERECHO A LA INCAPACIDAD TEMPORAL Y PAGO

En caso de enfermedad común o accidente no laboral el derecho nace el 4º día de la baja:

- Desde el día de la baja hasta el 3º: no se reconoce subsidio alguno (salvo que el convenio colectivo que regule la relación laboral lo contemple).
- Desde el día 4º al 15º, ambos inclusive, a cargo del empresario.
- A partir del 16º en adelante, a cargo de la entidad gestora (INSS), MATEPSS o empresa autorizada para colaborar en la gestión.

En caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional, el reconocimiento corresponde a la entidad gestora o colaboradora que se haya concertado la cobertura de los riesgos profesionales:

- Desde el día siguiente a la baja médica y hasta la extinción del subsidio a cargo de la entidad gestora, colaboradora o empresa autorizada que cubra las contingencias profesionales.

Existen unas situaciones tasadas que dan lugar a que el pago de la prestación de IT se realice directamente por la entidad gestora o colaboradora (mutua o empresa autorizada para colaborar en la gestión); sirvan como ejemplo el incumplimiento de la obligación patronal de pago delegado o la extinción de la relación laboral durante la situación de la IT.

DURACIÓN MÁXIMA DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

En caso de accidente o enfermedad, cualquiera que sea su causa, la duración máxima será de doce meses, prorrogables por otros seis cuando se presuma que durante ellos pueda el trabajador ser dado de alta médica por curación. Los periodos de recaída y observación por el mismo o similar proceso patológico, según el art. 128.2 LGSS, se computan, es decir, se suman a efectos de la duración máxima de la IT.

En caso de observación por enfermedad profesional, la duración máxima será de seis meses, prorrogables por otros seis cuando se estime necesario para el estudio y diagnóstico de la enfermedad.

Prórroga de la incapacidad temporal en caso de enfermedad o accidente.

- A) El reconocimiento de la prórroga de IT por **contingencias comunes** desde el mes 12º en adelante y hasta un máximo de seis meses más si se estima que puede producirse la curación, prorrogables otros 6 (hasta 24 meses). Es competencia exclusiva del INSS como entidad gestora (y del ISM en el caso de trabajadores incluidos en el Régimen Especial de Trabajadores del Mar).
- B) El reconocimiento de la prórroga de IT por **contingencias profesionales** desde el mes 12º en adelante y hasta un máximo de seis meses más, también es competencia exclusiva del INSS (o ISM para los trabajadores del mar), si bien en los supuestos en que la empresa haya suscrito la cobertura de las contingencias profesionales con una Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS), ésta puede efectuar propuesta de prórroga de la IT. También puede proponer el inicio de un expediente de IP o efectuar propuesta de alta médica. Dichas propuestas se entienden aceptadas por la Entidad Gestora si ésta no se manifiesta en contrario en el plazo de 5 días siguientes a la recepción de la misma.
- C) La **resolución de prórroga** la dicta el Director Provincial del INSS (o ISM) y será preceptiva para continuar percibiendo la prestación económica por IT, salvo que esté cubierta por una MATEPSS.
- D) Durante la situación de prórroga de IT, la prestación económica se abona en régimen de **pago directo** por la entidad gestora (INSS o ISM) o MA-

TEPSS, salvo que la IT haya surgido percibiendo el trabajador la prestación contributiva de desempleo, en cuyo caso la prórroga de IT la abonará el Servicio Público de Empleo Estatal (SERPEE) en régimen de pago delegado hasta, en su caso, el agotamiento del periodo de prestación por desempleo.

- E) Durante la prórroga de IT no será precisa la presentación de partes de confirmación por parte del trabajador para la percepción del subsidio. En este período, son exclusivamente los facultativos médicos del INSS los competentes para expedir el alta médica.
- F) Durante la prórroga de IT subsiste la obligación de cotizar: la empresa está obligada a ingresar la cuota patronal y la entidad gestora o colaboradora responsable del subsidio, está obligada a descontar e ingresar la cuota del trabajador.

Prórroga del periodo de observación por enfermedad profesional.

La duración del periodo de observación es de 6 meses, prorrogables por otros 6 más cuando se estime necesario para el estudio y diagnóstico de la enfermedad. Su concesión corresponde al INSS, previa propuesta del EVI, debiendo presentarse la solicitud de prórroga 20 días antes de finalizar el periodo de observación. Finalizado el periodo de observación, el trabajador pasará a alguna de las siguientes situaciones: alta laboral, calificación de IP o mantenimiento de la IT, computándose a efectos de la duración máxima de ésta el periodo de observación.

EXTINCIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL.

Son causas de extinción de la **prestación económica** por IT:

- **Ser dado de alta médica por curación o mejoría** sin propuesta de IP. Tendrá derecho a percibir el subsidio correspondiente al día del alta, y si dicho día fuera festivo o víspera de festivo, el trabajador tendrá derecho a percibir el subsidio por tales días.
- **Ser dado de alta médica con propuesta de declaración de incapacidad permanente.** Se mantiene el régimen de pago (delegado o directo) de la prestación de IT que se venía efectuando con anterioridad a la propuesta, hasta que se produzcan los efectos de la IP. Como excepción,

en el supuesto de perceptores de prestación por desempleo, el alta médica con propuesta de IP provoca que la prestación se abone por pago directo (ya no por pago delegado del SERPEE).

- **Transcurso de los plazos legalmente establecidos.** Cuando la situación de IT se extinga por el transcurso del plazo máximo de doce o hasta dieciocho meses, se examinará necesariamente, en el plazo de tres meses, el estado del incapacitado (a efectos de su calificación) en el grado que corresponda, como incapacitado permanente (lo que se denomina: **prórroga de los efectos de la situación de IT**). Durante este periodo de tres meses cesa la obligación de cotizar pero se mantiene el derecho a percibir la prestación económica, la sanitaria, la reserva de puesto de trabajo y se mantiene la suspensión del contrato de trabajo. No obstante, en aquellos casos en los que continúe la necesidad de tratamiento médico por la expectativa de recuperación o la mejora del estado del trabajador con vistas a su reincorporación laboral, y la situación clínica del interesado hiciera aconsejable demorar la citada calificación, ésta podrá retrasarse por el periodo preciso, que en ningún caso podrá rebasar los 24 meses siguientes a la fecha en que se haya iniciado la IT.
- Por la **incomparecencia injustificada** a cualquiera de las convocatorias para los exámenes y reconocimientos establecidos por los médicos adscritos al INSS o MATEPSS.
- Por haber sido reconocido al beneficiario el derecho a percibir la **pen-sión de jubilación**.
- Por **fallecimiento** del trabajador.

DENEGACIÓN, ANULACIÓN Y SUSPENSIÓN DEL DERECHO.

- Cuando el beneficiario haya actuado fraudulentamente para obtener o conservar el subsidio (simulación de una enfermedad, accidente inexistente, etc).
- Cuando el beneficiario trabaje durante la situación de IT, por cuenta propia o ajena.
- Cuando, sin causa razonable, el beneficiario rechace o abandone el tratamiento médico que le fuera prescrito. El Art. 17 del Decreto 2.766/1967, de 16 de noviembre, establece que la negativa del benefi-

ciario a seguir un tratamiento, en particular si éste es de tipo quirúrgico o especialmente penoso, prescrito por el facultativo encargado de su asistencia, se formalizará ante el INGESA (o Servicio Público de Salud) o, en su caso, MATEPSS o empresa colaboradora, quien adoptará la decisión que estime procedente (continuar o suspender la percepción del subsidio). Esta decisión es recurrible ante la jurisdicción social, sin que entre dentro de las competencias del EVI del INSS. Cuando se trata de negativas a tratamientos de resultado incierto (por ejemplo, hernias cervicales donde se propone cirugía), los tribunales suelen dar la razón al trabajador y mantener el subsidio a pesar de la negativa a seguir el tratamiento propuesto. No así cuando son tratamientos de más fácil seguimiento.

CONTROL DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

La gestión de la IT se somete a procedimientos de control a través de los siguientes documentos:

- Partes médicos de baja, de confirmación de la baja y de alta.
- Informes médicos complementarios.
- Informes médicos de control de la incapacidad
- Propuestas motivadas de alta médica.

1. Hasta el mes 12

1.1. Servicios Públicos de Salud.

- 1.1.1. Emisión de partes de baja, confirmación y alta, tras haber reconocido al trabajador.
- 1.1.2. Emisión de un alta con propuesta de IP antes del mes 12.

1.2. INSS.

- 1.2.1. **Propuestas motivadas de alta médica:** emitida por la entidad gestora a través de sus servicios médicos cuando, a la vista de los partes médicos de baja o de confirmación de la baja, de los informes complementarios y, singularmente, de los reconocimientos médicos practicados a tal fin, consideren que el trabajador pudiera no estar impedido para el trabajo. Estas propuestas de

alta se harán llegar al facultativo que emitió la baja médica, a través de la Inspección Médica. El facultativo deberá pronunciarse en el plazo de diez días bien confirmando la baja médica o bien admitiendo la propuesta de alta y emitiendo el correspondiente parte médico de alta. Si no hubiese tal pronunciamiento o se discrepase, la Inspección Médica podrá en el plazo de 15 días acordar el alta, poniéndolo en conocimiento de la entidad gestora.

1.2.2. **Iniciativas (intenciones) de alta:** los médicos adscritos al INSS podrán expedir la correspondiente alta médica en el proceso de IT a los **exclusivos efectos** de las prestaciones económicas. Van dirigidas a la Inspección Médica a fin de que manifieste, en el plazo de 3 días hábiles, su disconformidad motivada. De no hacerlo, el parte médico de alta surtirá efectos a partir del quinto día hábil siguiente a su expedición, determinando la extinción de la prestación económica y el consiguiente derecho del trabajador a reincorporarse a la empresa, sin perjuicio de que continúe la prestación de asistencia sanitaria. Los facultativos médicos del INSS podrán, también, expedir partes médicos de alta a iniciativa de MATEPSS.

1.2.3. Iniciación de oficio de expedientes de IP.

1.3. MATEPSS.

1.3.1. Emisión de partes de baja, confirmación y alta por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

1.3.2. **Propuestas motivadas de alta** al Servicio Público de Salud por contingencias comunes, del mismo modo que el INSS (ver 1.2.1).

1.4. Empresas colaboradoras.

1.4.1. Emisión de partes de baja, confirmación y alta de los trabajadores que tengan a su servicio si tienen asumida la colaboración en materia de asistencia sanitaria.

2. **A partir del mes 12:** una vez agotado el plazo máximo de duración de 12 meses desaparece la competencia de los facultativos de los Servicios Públicos de Salud para emitir altas médicas, siendo el INSS (o ISM) el **único** competente para:

- 2.1. Reconocer la situación de **prórroga** expresa de la IT, con un límite de 6 meses más.
- 2.2. Determinar la **iniciación** de un expediente de IP.
- 2.3. Emitir el **alta médica**. El interesado puede mostrar su disconformidad ante la Inspección Médica en el plazo de 4 días naturales. La Inspección puede proponer la reconsideración de la resolución de la entidad gestora en el plazo de 7 días naturales. Si la Inspección Médica confirma la decisión o no hay un pronunciamiento en el plazo de 11 días naturales, el alta médica produce plenos efectos. Si, por el contrario, la Inspección discrepa, la entidad gestora debe pronunciarse en el transcurso de los 7 días naturales siguientes, reconsiderando el alta o reafirmando en su decisión.
- 2.4. Emitir una **nueva baja médica** por la misma o similar patología (recaída en el proceso de IT) si no han transcurrido **6 meses** desde la resolución de alta médica efectuada por el director provincial del INSS a propuesta del EVI.

Si la cobertura de las contingencias profesionales se hubiera concertado con una MATEPSS, ésta podrá elevar al INSS (o ISM) una propuesta de actuación en alguno de los supuestos arriba indicados, debiendo entenderse aceptada dicha propuesta por la Entidad Gestora (INSS o ISM) si ésta no se manifiesta en contrario en el plazo de 5 días.

Informes médicos de control de la incapacidad. Trimestralmente, desde el inicio de la situación de IT y hasta el mes 12º, el INSS recibe de la Inspección Médica un informe en el que deberán constar todos los extremos que, a juicio médico, justifiquen la necesidad de mantener el proceso de IT. En contingencias profesionales concertadas con una Mutua, el informe médico de control lo realizará su servicio médico.

LA INCAPACIDAD TEMPORAL EN LOS RÉGIMENES ESPECIALES DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

- RÉGIMEN ESPECIAL DE TRABAJADORES AUTÓNOMOS (RETA). Ver capítulo 11.
- RÉGIMEN ESPECIAL DE EMPLEADOS DEL HOGAR (REEH). Ver capítulo 12.

- RÉGIMEN ESPECIAL AGRARIO (REA). Para recibir el subsidio, el trabajador agrario por cuenta ajena tiene que encontrarse prestando servicios en una empresa agraria en la fecha en que se inicie la enfermedad común o se produzca el accidente no laboral, a menos que se trate de trabajadores fijos o eventuales en situación de desempleo. Debe estar al corriente en el pago de las cuotas en la fecha del hecho causante, aunque cabe el mecanismo de invitación al pago de aquellas cuotas que tenga pendientes, siempre que se tenga el periodo mínimo de cotización o no se exija éste. La prestación de IT se paga directamente por la Entidad Gestora o MATEPSS.
- SISTEMA ESPECIAL DE TRABAJADORES AGRARIOS POR CUENTA PROPIA (SETA). Pueden optar por no tener cubierta ninguna cobertura, por cubrir sólo contingencia común, o por cubrir contingencia común y profesional; pero no sólo la profesional.
- RÉGIMEN ESPECIAL DE LA MINERÍA DEL CARBÓN. La prestación se reconoce en los mismos términos y condiciones que en el Régimen General.
- RÉGIMEN ESPECIAL DE TRABAJADORES DEL MAR (RETMAR). Tienen cubierta la IT, tanto si se deriva de contingencias comunes como profesionales, en los mismos términos y condiciones que en el Régimen General, con las particularidades siguientes:
 - Trabajadores pertenecientes a los grupos II y III: el pago se realizará directamente a través de las Direcciones Provinciales o Locales del Instituto Social de la Marina.
 - Trabajadores por cuenta propia: han de encontrarse al corriente en el pago de las cuotas en el momento de la baja médica y presentar una declaración sobre la persona que gestione la actividad o, en su caso, el cese temporal o definitivo de la misma.

PUNTOS CLAVE

- El modelo español de SS viene recogido en el artículo 41 de la Constitución Española. Es un modelo mixto con dos niveles de protección: uno básico y otro complementario.
- El INSS es la Entidad Gestora de la SS con papel predominante en el control de la IT.

- Existen distintos regímenes dentro de la Seguridad Social: Régimen General, Autónomos, Trabajadoras de Hogar, Trabajadores del Mar, Agrario por cuenta propia, Agrario por cuenta ajena y de la Minería.
- El INSS es el organismo de la SS que se encarga de gestionar y administrar las prestaciones económicas de la SS.
- Los EVI, dentro de cada Dirección Provincial del INSS, examinan, evalúan y emiten dictámenes-propuesta preceptivos y no vinculantes en materias de incapacidades laborales.
- La IT es una prestación de la modalidad contributiva de la SS, para trabajadores en alta laboral. Distingue entre el carácter común o profesional de la Incapacidad.
- Elementos clave de la IT: incapacidad para el trabajo por alteración de la salud, temporalidad y asistencia sanitaria de la SS.
- Son requisitos para la IT estar afiliado, de alta laboral (o en situación asimilada al alta), al corriente de pago de las cuotas y tener cubierto un periodo mínimo de cotización.
- El periodo mínimo de cotización no es exigible en los accidentes (de trabajo o no) ni en las enfermedades profesionales.
- La prestación de la IT consiste en un subsidio económico cuya cuantía está en función de la base reguladora del trabajador, del porcentaje y del tipo de contingencia.
- El subsidio por IT se percibe a partir del primer día en contingencias profesionales, y desde el cuarto en contingencias comunes.
- En contingencias comunes, el subsidio corre a cargo del empresario de los días 4º a 15º, a partir de entonces es a cargo de la entidad gestora (INSS) o colaboradora (mutua).
- En contingencias profesionales, el primer día corresponde al empresario, el resto a la entidad gestora (INSS) o colaboradora (mutua).
- El INSS, antes de los 12 meses, puede hacer propuestas motivadas de alta ante la Inspección Médica, que ésta traslada al médico, el cual tiene 10 días para pronunciarse, aceptándola o discrepando.
- El INSS, antes de los 12 meses, puede emitir intenciones (iniciativas) de alta ante la Inspección Médica, con efectos meramente económicos.

- Son causas de extinción de la IT: el alta médica (por curación, mejoría o invalidez), por transcurso de los plazos legalmente establecidos, incomparecencia injustificada a los exámenes médicos, pase a pensionista o fallecimiento del titular.
- La duración máxima de la IT es de 12 meses prorrogables por otros 6 meses. En determinados casos se produce la prórroga de los efectos de la IT hasta un máximo de 24 meses desde su inicio.
- Transcurridos 12 meses de IT, el INSS es el único facultado para dar altas, conceder prórroga o iniciar expediente de Incapacidad Permanente.
- En el alta emitida por el INSS pasados los 12 meses está previsto un procedimiento de reclamación ante la Inspección Médica.
- Emitida un alta por el INSS pasados los 12 meses de baja, éste es el único competente para emitir una nueva baja por el mismo o similar motivo en los siguientes 6 meses.

BIBLIOGRAFÍA

Constitución Española. 1978.

Ley General de la Seguridad Social, de 20 de junio de 1994 (artículos 128 a 133 bis y artículo 222, en la redacción dada por la LO 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres)

Orden de 13 de octubre de 1967, de regulación de la prestación por incapacidad temporal.

Real Decreto Ley 36/1978, de 16 de noviembre sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la Salud y el Empleo.

Real Decreto 53/1980, de 11 de enero, por el que se determina la cuantía de la prestación por incapacidad temporal.

Orden de 6 de abril de 1983, por la que se dictan normas a efectos de control de la situación de incapacidad temporal en el sistema de la Seguridad Social.

Orden de 16 de diciembre de 1987, por la que se establecen nuevos modelos para la notificación de accidentes de trabajo, y se dan instrucciones para su cumplimentación y tramitación.

Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio, sobre incapacidades laborales del sistema de Seguridad Social. Se desarrolló por Orden de 18 de enero de 1996.

- Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, sobre gestión y control de la prestación económica por incapacidad temporal. Se desarrolló por Orden de 19 de junio de 1997.
- Real Decreto 488/1998, de 27 de marzo, por el que se desarrolla el artículo 11 del Estatuto de los Trabajadores en materia de contratos formativos.
- Orden de 20 de abril de 1998, por la que se modifica la Orden de 25 de noviembre de 1966, que regula la colaboración de las empresas en la gestión del Régimen General de la Seguridad Social.
- Real Decreto 1117/1998, de 5 de junio, que modifica el anterior Real Decreto 575/1997, de 18 de abril. Se desarrolla por Orden de 18 de septiembre de 1998, que modifica la de 19 de junio de 1998.
- Orden de 18 de septiembre de 1998, por la que se modifica la de 19 de junio de 1997, que desarrolla el Real Decreto 575/1997, que modifica determinados aspectos de la gestión y del control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal.
- Real Decreto-Ley 15/1998, de 27 de noviembre, de medidas urgentes para la mejora del mercado de trabajo en relación con el trabajo a tiempo parcial y el fomento de su estabilidad.
- Ley 39/1999 de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras.
- Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.
- Ley 30/2005, de 29 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2006 (disposición adicional cuadragésima octava).
- Ley 42/2006, de 28 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2007 (disposición final tercera).
- 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.
- Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social.
- ALMANSA PASTOR, J. M.: Derecho de la Seguridad Social. Ed. Tecnos.
- Manual de actuación para médicos del INSS. Criterios para la valoración médica de la incapacidad laboral. Instituto Nacional de la Seguridad Social. 2003. 7-8.
- El Sistema Español de la Seguridad Social. Antecedentes y Modelo Actual. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Subdirección General de Ordenación y Asistencia Jurídica. Marzo 2008.
- Instituto Nacional de la Seguridad Social. Proyecto de Presupuestos de la Seguridad Social. Cifras y datos. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Octubre de 2008.

15. El papel de las mutuas en la incapacidad temporal.

Candelaria Abellán Marín
Francisco Javier Muñoz Perdiguero
José Antonio Meneses del Peso

HISTORIA

Se ha considerado que los orígenes de las mutuas pudieran ser las antiguas corporaciones gremiales de artesanos o las cofradías de pescadores. En el año 1900 tiene lugar la promulgación de la Ley de Accidentes de Trabajo, en la que se estableció, por primera vez, la obligación de que la reparación de los daños y perjuicios causados a los trabajadores por los accidentes ocurridos a consecuencia de su trabajo debía correr a cargo del empresario. Para asumir los gastos derivados de los accidentes laborales los empresarios se constituyeron en “*asociaciones para asegurar el riesgo de los trabajadores a su cargo frente al accidente de trabajo*”.

En 1922 se sitúa otro punto clave en esta evolución histórica con la promulgación de la Ley Dato, que introduce novedades como el establecimiento de un fondo de garantía para que en los casos de insolvencia por parte del empresario no faltase la debida indemnización al trabajador. Correspondió a la Caja Nacional del Seguro de Accidentes de Trabajo la gestión de este seguro social con lo cual la gestión pública toma protagonismo en esta actividad. Con la Ley de Accidentes de Trabajo, de 4 de julio de 1932, el seguro de accidentes de trabajo se convirtió en obligatorio. La ges-

tión del seguro se realizaba por las Mutuas de Accidentes en competencia con las Compañías Mercantiles de Seguros Privados.

En 1963, la Ley de Bases de la Seguridad Social, estableció un sistema de protección social único incorporando en el régimen público la cobertura del seguro de accidentes de trabajo. Dicha Ley prohibía la actuación de las compañías privadas de seguros, la gestión se hace pública (entidades gestoras), pero permitía la colaboración en la misma de las Mutuas de Accidentes, entidades de naturaleza privada pero sin ánimo de lucro y por tanto con fines compatibles a los perseguidos por el Sistema de Seguridad Social. Es así como se comienza a ver a las mutuas como entidades colaboradoras, ejerciendo sus competencias en exclusiva en el campo de las contingencias profesionales, correspondiendo a la Seguridad Social la gestión de las contingencias comunes.

La ampliación de competencias de las Mutuas en la gestión de la IT tuvo su punto de partida en la disposición adicional 11 de la Ley 22/1993, que estableció que los trabajadores por cuenta propia que hubieran optado por cubrir la IT puedan optar asimismo por formalizar dicha cobertura económica con la entidad gestora correspondiente, con una Mutua de Accidentes de Trabajo, o con Mutualidades de Previsión Social. El contenido de esta disposición fue incorporado a la disposición adicional 11 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS). Posteriormente, el artículo 35 de la Ley 42/1994 modificó la citada disposición adicional 11 de la LGSS, estableciendo que el empresario que opte por formalizar la protección respecto de las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales con una Entidad Colaboradora podrá asimismo optar por que la cobertura de la prestación económica por incapacidad temporal se lleve a efecto por la misma entidad. Se incluye la mención expresa en el apartado tercero de la citada disposición adicional que las disposiciones reglamentarias que hagan posible esta opción establecerán, con respeto pleno a las competencias del sistema público en el control sanitario de las altas y las bajas, los instrumentos de gestión y control necesarios para una actuación eficaz en la gestión de la prestación económica por incapacidad temporal llevada a cabo tanto por las entidades gestoras como por las Mutuas. Finalmente la Ley 66/1997 de 30 de diciembre, estableció en su disposición adicional decimocuarta, que los trabajadores por cuenta propia que, a partir del uno de enero de 1998, soliciten el alta en el correspondiente Régimen de la Seguridad Social y opten por acogerse a la cobertura de Incapacidad Temporal, deberán formalizar la misma obligatoriamente con una Mutua.

DEFINICIÓN

En la actualidad, las MATEPSS se definen conforme a nuestra legislación vigente como: “*Asociaciones de empresarios que, debidamente autorizadas por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y con tal denominación, se constituyen con el objeto de colaborar, bajo la dirección y tutela de dicho Ministerio, en la gestión de las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y contingencias comunes (enfermedad común y accidente no laboral) del personal a su servicio y de alta en la Seguridad Social, sin ánimo de lucro y con la responsabilidad mancomunada de sus miembros.*”

Asimismo las MATEPSS podrán asumir el subsidio por incapacidad temporal del Régimen Especial de Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos y de los trabajadores por cuenta propia incluidos en el Régimen Especial Agrario de la Seguridad Social.

CARACTERÍSTICAS

De acuerdo con todo lo anterior, podemos señalar como características a destacar de las MATEPSS:

1. Son asociaciones privadas de empresarios.
2. Están autorizadas por el Ministerio de Trabajo.
3. Tienen como objeto colaborar en la gestión de las *contingencias profesionales* (accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, a las que da cobertura asistencial y económica) y de las *contingencias comunes* (accidente no laboral y enfermedad común a los que da prestación económica correspondiendo al Sistema Público la cobertura sanitaria, del personal afiliado y de alta en la Seguridad Social).
4. No tienen ánimo de lucro. Si como resultado de la gestión que realiza una Mutua, los ingresos son mayores que los gastos, la diferencia se devuelve a la Seguridad Social. Este superávit de ingresos se denomina excedentes y no beneficios, como se llamaría en una compañía privada.
5. Actúan mancomunadamente.
6. Los ingresos que obtienen forman parte de los fondos de la Seguridad Social.

7. Están sometidas al control y tutela del Ministerio de Trabajo. Su administración económica depende de los Presupuestos Generales del Estado y sus cuentas son anualmente auditadas por el Ministerio
8. Para constituirse deben limitar su actividad a la colaboración anteriormente señalada, contar como mínimo con 50 empresarios asociados, 30.000 trabajadores protegidos, un volumen de cuotas no inferior al que legalmente se determine (en la actualidad 9 millones de euros) y prestar una fianza que se determina en función del volumen de cuotas a cobrar.
9. La asociación de las empresas, públicas o privadas, es voluntaria. La empresa puede elegir libremente a qué MATEPSS asociarse o incluso si quiere que estas contingencias sean cubiertas por la propia Seguridad Social.

ORGANIZACIÓN Y CONTROL

Los órganos de gobierno de las Mutuas son:

- La Junta General, órgano superior de gobierno de la entidad, integrada por todos los asociados.
- La Junta Directiva, que tiene a su cargo el gobierno directo de la entidad y que en ningún caso puede estar constituida por más de 20 miembros, formando parte de la misma un representante de los trabajadores.

La participación de los trabajadores protegidos en la Mutua en la dispensa de prestaciones y beneficios de asistencia social que otorgue la misma se realiza a través de la Comisión de Prestaciones Especiales, de composición paritaria.

El órgano de participación institucional en el control y seguimiento de la gestión de cada Mutua es la Comisión de Control y Seguimiento, integrada en igual número por representantes de los empresarios asociados y de los trabajadores protegidos.

FINANCIACIÓN

Las Mutuas se financian a través de:

- Las cuotas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, que recauda para ellas la Tesorería General de la Seguridad Social y que son a cargo exclusivo de las empresas.
- Un porcentaje de la cuota por Contingencias Comunes, que reciben como contra prestación por la gestión de la prestación económica de Incapacidad Temporal derivada de las Contingencias Comunes que realizan.

PRESTACIONES Y SERVICIOS

Las Mutuas de Accidentes otorgan las siguientes prestaciones en su actividad de colaboración con la Seguridad Social:

A) Cobertura de los riesgos profesionales:

- Pagan a los trabajadores las prestaciones económicas incluidas en la cobertura de la Seguridad Social.
- Prestan asistencia sanitaria.
- Pagan prestaciones especiales.
- Realizan actividades de prevención genéricas.
- Aportan un porcentaje de sus ingresos para el sostenimiento de los servicios comunes y sociales de la Seguridad Social.

Asignan el 80% de sus excedentes a fines generales de prevención y rehabilitación, un 10% a asistencia social y el restante 10% a constitución de reservas voluntarias, o a la finalidad anterior.

B) Cobertura de la prestación económica de incapacidad temporal por contingencias comunes:

- Asumen el pago de la prestación económica.
- Citaciones de los trabajadores para reconocimientos médicos y comprobación del estado de salud en relación con la situación de IT. Confidencialidad en el tratamiento de dicha información.
- Propuestas motivadas de alta médica a la Inspección Médica.

- Propuestas motivadas de alta económica al INSS: esta alta tiene **únicamente efectos económicos**, pudiendo el trabajador seguir en situación de baja médica, si así es considerado oportuno por el facultativo que lo atiende. Para que tenga efectividad tiene que ser ratificada por Inspección Médica.
- Anticipo de pruebas y tratamientos: dentro de la colaboración con el SPS, existe la posibilidad de adelantar pruebas y tratamientos de los que se encuentre pendiente el beneficiario. Los requisitos son:
 - Cuando hayan transcurrido más de quince días de la baja.
 - Exista demora en la práctica de la prueba o tratamiento.
 - Estos hayan sido prescritos por el SPS.
 - El beneficiario preste su consentimiento informado previamente.
 - Inspección médica lo autorice.
 - La prueba o tratamiento se lleve a cabo por los servicios y médicos de las MATEPSS, cuya adecuación y calidad haya sido comprobada.

El 90% de excedentes de esta gestión se destina a los fines generales de Seguridad Social, el 10% restante a las reservas voluntarias de la entidad.

C) Relación de los médicos de mutuas con los médicos del Sistema Nacional de Salud:

- En la actualidad los médicos de mutuas se comunican a través de los Servicios de Inspección Médica con el Sistema Público de Salud. A su vez, la Inspección puede dar traslado de las solicitudes de información, acumulación de procesos después de una recaída o propuestas de alta a los médicos asistenciales que atienden al paciente durante la baja.

PRINCIPALES MUTUAS

En la actualidad se está produciendo un proceso de concentración en las mutuas. En 1950 existían 235 (año en el que existían un mayor número de Mutuas) y actualmente el número de Mutuas es de 20. Las Mutuas siempre se habían agrupado a nivel asociativo, si bien en 1986 se constituyó la Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales

de la Seguridad Social, AMAT. Actualmente integra, con carácter voluntario, a todas las mutuas existentes a las cuales representa.

PUNTOS CLAVE

- Las Mutuas son asociaciones privadas de empresarios sin ánimo de lucro, autorizadas por el Ministerio de Trabajo y cuyas cuentas anualmente audita.
- En contingencia profesional proporciona cobertura sanitaria y económica.
- En contingencia común proporciona cobertura económica. La cobertura sanitaria la proporciona el Sistema Público de Salud.
- En contingencia común tienen la posibilidad de adelantar pruebas y tratamientos, realizar propuestas de alta a la Inspección y propuestas de alta económica al INSS.
- Se relacionan con los médicos del Sistema Público de Salud a través de Inspección Médica.
- Pueden dar altas en contingencias profesionales.
- Pueden hacer propuestas motivadas de alta en contingencias comunes ante la Inspección Médica.
- Pueden hacer propuestas motivadas de alta económica al INSS, con efectos **únicamente económicos**.

BIBLIOGRAFÍA

BLASCO LA HOZ, J. F.: Las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales. Doctrina, Jurisprudencia, Formulario y Legislación. Ed. Tirant Lo Blanch. Valencia 1998.

GALA VALLEJO, C.: Las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social. Ed. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid 2008.

Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

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.

- Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de Medidas fiscales, administrativas y de orden social.
- Orden de 2 de agosto de 1995, por la que se aprueba la composición y el reglamento de régimen y funcionamiento de las Comisiones de Control y Seguimiento de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social
- Ley de Seguridad e Higiene en el Trabajo y Prevención de Riesgos Laborales, de 8 de Noviembre de 1995
- Real Decreto 1.993/1995, de 7 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento sobre colaboración de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.
- Ley 13/1996, de 13 de diciembre, de Medidas Fiscales, administrativas y de orden social.
- Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de la prestación económica de la Seguridad Social en la incapacidad temporal
- Orden de 22 de Abril de 1997, que regula el funcionamiento de las Mutuas en el desarrollo de actividades de prevención de riesgos laborales
- Real Decreto 688/2005, de 10 de Junio, por el que se regula el régimen de funcionamiento de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social como Servicio de Prevención ajeno.

16. Descanso maternal y descanso por adopción

Ana Cristina García Álvarez
Ana Ballarín González

INTRODUCCIÓN

El artículo 14 de la Constitución Española determina el derecho a la igualdad ante la ley y el artículo 39.1, el deber de los poderes públicos de asegurar la protección social, económica y jurídica de la familia. En este sentido, la prestación económica por maternidad trata de cubrir la pérdida de ingresos que sufren los trabajadores, por cuenta ajena o por cuenta propia, cuando se interrumpe su actividad laboral para disfrutar de los períodos de descanso por maternidad, adopción y acogimiento, legalmente establecidos.

Las principales iniciativas legislativas para favorecer el apoyo a la maternidad y la lactancia son:

- Ley 3/1989 en la que se determinó la duración del permiso por maternidad en 16 semanas en partos únicos, 18 semanas en partos múltiples y definió el descanso obligatorio como las seis semanas inmediatamente posteriores al parto.
- Ley 42/1994 de Medidas Fiscales Administrativas y de Orden Social, en la que se excluye la maternidad como causa de incapacidad temporal al ser incorporada como entidad independiente que da derecho a períodos de descanso y prestación económica.

- La Ley de prevención de riesgos laborales, Ley 31/1995 en sus artículos 25 y 26 define el riesgo de posibles alteraciones en la fertilidad y en el feto. Determina también la obligación de las empresas de adaptar las circunstancias laborales de la paciente en cuanto a horario, turnos y propone cambios de puesto de trabajo en caso de riesgo.
- La Ley 39/1999 para promover la Conciliación de la Vida Familiar y Laboral de las personas trabajadoras determina el derecho de la mujer trabajadora a ausentarse del trabajo para exámenes prenatales si está justificado que éstos se deban realizar durante el horario laboral. También se define el permiso por lactancia así como a la suspensión del contrato por riesgo durante el embarazo.
- El RD 1251/2001 de 16 de noviembre regula las prestaciones económicas del Sistema de la Seguridad social por maternidad y riesgo durante el embarazo.
- La novedad legislativa más reciente es la Ley Orgánica 3/2007 de 22 de marzo, de igualdad efectiva entre hombres y mujeres cuyas novedades revisaremos en el presente documento.

¿QUIÉN TIENE DERECHO AL PERMISO POR MATERNIDAD?

A efectos de protección de la maternidad y percepción del subsidio económico, se consideran situaciones protegidas, las siguientes:

- La maternidad biológica, con independencia de que el feto nazca vivo o muerto, siempre que el alumbramiento tenga lugar tras 180 días de vida fetal (si han transcurrido menos de 180 días se considera aborto y procedería IT).
- La adopción y el acogimiento familiar tanto preadoptivo como permanente de:
 - Menores de seis años.
 - Mayores de 6 años pero menores de 18 años con una minusvalía física, psíquica o sensorial en grado igual o superior al 33% o que por circunstancias y experiencias personales o por provenir del extranjero tengan especiales dificultades de inserción social o familiar.

PRESTACIÓN ECONÓMICA

Durante el descanso maternal la trabajadora tiene derecho a un subsidio equivalente al 100 % de la base reguladora establecida por contingencias comunes.

En caso de parto múltiple o de adopción o acogimiento de más de un menor, realizados de forma simultánea, se concederá un subsidio especial por cada hijo a partir del segundo, igual al que corresponde percibir por el primero. Se abonará en un solo pago al término de las seis semanas posteriores al parto, a la decisión administrativa o judicial de acogimiento o a la resolución judicial por la que se constituya la adopción.

BENEFICIARIOS

- Los trabajadores por cuenta ajena, incluidos los contratados para la formación y a tiempo parcial, cualquiera que sea su sexo y siempre que reúnan la condición general de estar afiliados y en alta (o situación asimilada al alta) en algún Régimen del Sistema de la Seguridad Social (tabla 1).

TABLA 1. Situaciones asimiladas al alta

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Situación legal de desempleo total por la que se perciba prestación de nivel contributivo. 2. Paro involuntario una vez agotada la prestación contributiva o asistencial, siempre que se mantenga la inscripción como desempleado en la Oficina de Empleo. 3. Traslado del trabajador por la empresa fuera del territorio nacional siempre que el INSS tenga conocimiento. 4. Diputados, senadores y parlamentarios europeos. 5. Trabajadores con alta especial por cierre de la empresa. 6. Periodos de inactividad entre trabajos de temporada. 7. Excedencia para cuidado de hijos con reserva del puesto de trabajo. 8. Excedencia forzosa. |
|---|

- Los trabajadores por cuenta propia y los trabajadores pertenecientes al régimen especial de empleadas del hogar, siendo en ambos casos requisito imprescindible para el reconocimiento y abono de la prestación que los interesados se hallen al corriente en el pago de las cuotas a la Seguridad Social. Desde la entrada en vigor de la Ley 3/2007, también pueden disfrutar de la modalidad a tiempo parcial.

En el régimen general se deben acreditar los siguientes periodos de cotización:

1. En caso de menores de 21 años, no requiere periodo mínimo.
2. Entre 21 y 26 años: 90 días cotizados dentro de los 7 años inmediatamente anteriores al inicio del descanso o 180 días cotizados a lo largo de su vida laboral.
3. Mayores de 26 años: 180 días dentro de los 7 años inmediatamente anteriores o 360 a lo largo de su vida laboral.

En caso de parto, si la madre trabajadora no reúne el período mínimo de cotización requerido, o ejerce alguna actividad pero no se encuentra de alta en el sistema de la Seguridad Social (colegios profesionales como arquitectos, abogados, ingenieros) y no tuviese derecho a estas prestaciones, el otro progenitor, siempre que cumpla los requisitos de cotización, podrá percibir el subsidio durante la totalidad del permiso de descanso que corresponda en su caso. En este supuesto, el segundo progenitor cobrará primero el subsidio de paternidad y luego el de maternidad.

NACIMIENTO Y DURACIÓN DEL DERECHO

Se inicia el día del parto o de la resolución judicial de adopción o decisión administrativa o judicial de acogimiento. Tiene una duración de 16 semanas (112 días) ininterrumpidas. En caso de parto, acogida o adopción múltiples, la duración será de dos semanas más por cada hijo a partir del segundo. Según la Ley 3/2007 en caso de discapacidad del menor se ampliará en dos semanas más. En el caso de que los dos progenitores trabajen, este periodo se distribuirá a su elección y podrán disfrutarlo sin interrupción de forma simultánea o sucesiva.

El periodo de descanso se distribuirá a opción de la embarazada siempre que 6 semanas sean inmediatamente posteriores al parto. En este perio-

do, llamado de “descanso obligatorio”, la madre no podrá disfrutar del permiso a tiempo parcial.

En caso de adopción el permiso podrá iniciarse hasta 4 semanas antes de la resolución judicial por la que se constituye la adopción. La necesidad del desplazamiento deberá ser justificada por el órgano competente que gestione las adopciones internacionales en la Comunidad Autónoma de la residencia de los padres. La percepción del subsidio quedará en suspenso si transcurridas las 4 semanas no se aporta la documentación pertinente para considerar constituida la adopción.

En los casos de partos prematuros con falta de peso y aquellos en los que el neonato precise, por alguna condición clínica, hospitalización a continuación del parto por un periodo superior a 7 días, el periodo de suspensión se ampliará en tantos días como el nacido se encuentre hospitalizado, con un máximo de 13 semanas. Este supuesto está pendiente de regulación.

En caso de que el padre y la madre trabajen, la madre podrá ceder al padre, al iniciarse el periodo de descanso y sin perjuicio de las 6 semanas de descanso obligatorio, el disfrute de una parte determinada e ininterrumpida del periodo de descanso de forma simultánea o sucesiva con el de la madre salvo que, en el momento de su efectividad, la incorporación de la madre suponga un riesgo para su salud.

Para que el padre pueda disfrutar de parte del periodo postparto deberá constar en el informe de maternidad que la madre cede esas semanas además del nombre y número de afiliación del padre. Éste tramitará su permiso en el INSS.

La opción ejercitada por la madre al iniciarse el periodo de descanso por maternidad a favor del padre, a fin de que éste disfrute de parte del permiso, podrá ser revocada por la madre si sobrevinieran hechos que hagan inviable la aplicación de la misma como abandono de familia, separación, ausencia, enfermedad o accidente del padre.

EXTINCIÓN DEL DERECHO

El derecho al subsidio por maternidad se extinguirá por alguna de las siguientes causas:

- Por la finalización de los plazos máximos de duración de los períodos de descanso.

- Cuando el período de descanso sea disfrutado exclusivamente por la madre o por el padre, por la reincorporación voluntaria al trabajo del beneficiario del subsidio con anterioridad al cumplimiento del plazo máximo de duración del mencionado período de descanso.
- En el supuesto de disfrute sucesivo o simultáneo por la madre y el padre, por la reincorporación voluntaria al trabajo de uno de ellos o de ambos con anterioridad al cumplimiento de los plazos máximos de duración de los períodos de descanso correspondiente. En este caso, la parte que restase para completarlos incrementará la duración del subsidio a que tuviera derecho el otro beneficiario.
- Por el fallecimiento del beneficiario, salvo que pueda continuar en el disfrute del período de descanso el progenitor sobreviviente, según las condiciones legal o reglamentariamente establecidas.

PERMISO POR PATERNIDAD

Es una de las medidas más innovadoras de la Ley 3/2007. La suspensión del contrato dura 13 días ininterrumpidos, ampliables en el supuesto de parto, adopción o acogida múltiples en dos días más por cada hijo a partir del segundo. Los funcionarios disfrutarán de 15 días sin posibilidad de ampliación en los supuestos descritos. Está prevista la ampliación progresiva de manera que, transcurridos seis años desde la entrada en vigor de la Ley, el permiso tendrá una duración total de cuatro semanas. La prestación económica por paternidad corre a cargo de la Seguridad Social y tiene una cuantía igual al 100 % de la base reguladora correspondiente. Durante el permiso por paternidad se seguirá cotizando a la Seguridad Social.

Es un derecho individual del padre e independiente del disfrute compartido de períodos de descanso por maternidad. En caso de parto, lo puede disfrutar el otro progenitor o progenitora. En los casos de adopción o acogimiento, le corresponde sólo a uno de los progenitores a su elección.

¿CUÁNDO Y CÓMO SE DISFRUTA EL PERMISO POR PATERNIDAD?

El permiso por paternidad se puede disfrutar en los casos de nacimiento de un hijo, adopción nacional o internacional y acogimiento familiar pre-

adoptivo, permanente o simple, siempre que este último no tenga una duración inferior a un año.

Es imprescindible que el trabajador se encuentre en situación de alta o asimilada a la de alta y un periodo de carencia de 180 días en los siete años anteriores a la fecha de inicio de la suspensión del contrato o de 360 a lo largo de su vida laboral. En los regímenes de autónomos y empleadas del hogar se exige, además, estar al corriente de pagos de cuotas a la Seguridad Social.

Los trabajadores por cuenta ajena pueden disfrutar del permiso por paternidad, siempre de forma ininterrumpida, al finalizar el permiso por nacimiento del hijo o de la resolución judicial o administrativa de adopción o acogimiento, dentro de las 16 semanas de permiso por maternidad o bien al finalizar el periodo de 16 semanas de permiso por maternidad.

Los trabajadores por cuenta propia y los funcionarios deben disfrutar de este permiso a partir de la resolución judicial o del nacimiento del hijo.

PATERNIDAD A TIEMPO PARCIAL

Se podrá disfrutar a jornada parcial de un mínimo del 50% previo acuerdo con la empresa. La comunicación al empresario se deberá realizar con la debida antelación y en los términos establecidos, en el convenio colectivo que sea de aplicación.

SITUACIONES ESPECIALES

VACACIONES: los dos días para ausentarse del trabajo por nacimiento de un hijo no se disfrutarán cuando coincida que el trabajador esté disfrutando del periodo de vacaciones. Sin embargo la Ley no se pronuncia específicamente ante la posibilidad de disfrutar el permiso de paternidad en fecha distinta cuando la madre no trabaja y el nacimiento se produce estando el otro progenitor disfrutando de su permiso por vacaciones.

DESEMPLEO: si el trabajador está disfrutando el permiso de paternidad y durante dicha situación se extingue su contrato continuará percibiendo la prestación por paternidad hasta su finalización, pasando entonces a la situación legal de desempleo y a percibir, si reúne los requisitos necesarios, la correspondiente prestación. En este caso no se descontará del período de

percepción de la prestación por desempleo de nivel contributivo el tiempo que hubiera permanecido en situación de paternidad. Si el trabajador está percibiendo la prestación por desempleo total y pasa a la situación de paternidad se le suspenderá la prestación por desempleo y pasará a percibir la prestación por paternidad. Una vez extinguida la prestación por paternidad se reanuda la prestación por desempleo. El tiempo de permiso por paternidad no se descuenta de la prestación por desempleo.

PLURIACTIVIDAD: en los casos de pluriactividad el descanso debe ser simultáneo en los distintos regímenes en los que el trabajador se encuentre de alta.

HOSPITALIZACIÓN DEL NEONATO: en caso de hospitalización del niño el descanso se podrá iniciar una vez finalizada la maternidad ampliada.

COMPATIBILIDAD DEL PERMISO POR PATERNIDAD CON OTROS PERMISOS

El subsidio por paternidad es incompatible con la maternidad cuando sólo exista un progenitor que perciba en su totalidad el descanso maternal por parto, adopción o acogimiento. Para que exista paternidad debe haber dos progenitores.

Sí es compatible con los siguientes supuestos:

1. Con las 10 semanas de duración a que hubiese tenido derecho el progenitor por haberse reconocido a la madre biológica el subsidio no contributivo de 42 días.
2. Con la prestación por maternidad íntegra del otro progenitor en el supuesto de que la madre no tuviese derecho a suspender su actividad profesional con derecho a prestaciones.
3. Con la maternidad cuando se disfrute de forma compartida.
4. Con la prestación por maternidad íntegra del otro progenitor en caso de fallecimiento de la madre.

¿CÓMO SE TRAMITA LA SOLICITUD DEL PERMISO POR PATERNIDAD?

El trabajador debe solicitar el permiso en la Dirección Provincial de la Entidad Gestora . La solicitud se formulará en los modelos normalizados y deberá contener los datos y circunstancias que establece el artículo 70 de la

Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas.

El Director Provincial de Entidad Gestora, dictará resolución expresa y la notificará al interesado en el plazo de 30 días.

MATERNIDAD NO CONTRIBUTIVA

En los casos en que la madre no cumpla los requisitos de cotización exigidos según su edad para recibir la prestación contributiva por maternidad, tendrán derecho a percibir un subsidio no contributivo con las siguientes peculiaridades:

- Sólo en caso de parto.
- La madre se debe encontrar en situación de alta o asimilada al alta.
- Para trabajadoras por cuenta ajena o por cuenta propia.
- No requiere periodo mínimo de cotización.
- Percibirá el 100% del Indicador Público de Renta de Efectos Múltiple (IPREM). El IPREM es el índice de referencia en España para el cálculo del umbral de ingresos a muchos efectos como ayudas para vivienda, becas, subsidio por desempleo...). Fue introducido el 1 de julio de 200 en sustitución el Salario Mínimo Interprofesional (SMI) cuya utilización se restringía al ámbito laboral. El IPREM se actualiza a principios de cada año en la Ley de Presupuestos. En el año 2008 tiene un valor de 516,90 euros al mes.
- Tiene una duración de 42 días naturales a contar desde el parto.
- La madre biológica tiene derecho a las 16 semanas de suspensión del contrato de trabajo con reserva del puesto pero sin percibir prestación económica.

Si la madre sólo puede percibir este subsidio, el otro progenitor, a opción de ella, podrá percibir el subsidio contributivo por maternidad, descontando 42 días.

En caso de hospitalización del neonato, el periodo de suspensión del contrato de trabajo de 16 semanas podrá ampliarse, pero sólo tiene derecho a percibir subsidio no contributivo los primeros 42 días.

MATERNIDAD E INCAPACIDAD TEMPORAL

Durante el embarazo, las necesidades de incapacidad temporal (IT) cuando aparece enfermedad siguen las mismas normas que en la población general. La emisión del informe de maternidad cuando la embarazada se encuentra en situación de IT suspende esta última y obliga a dar el alta con fecha anterior a la del inicio del permiso por maternidad (p.ej: parto 10 de abril, alta médica 9 de abril e inicio del descanso maternal 10 de abril). La situación de IT puede reanudarse una vez transcurridas las 16 semanas preceptivas si persisten las causas que originaron la IT. En este caso se inicia IT por recaída.

En caso de percibir subsidio de maternidad en régimen de jornada a tiempo parcial, se podrá percibir simultáneamente el subsidio por maternidad y el subsidio por IT, en cuyo caso la base reguladora se calculará sobre la base de cotización de la jornada a tiempo parcial que se viniere compatibilizando con el subsidio por maternidad. En este caso, una vez agotado el subsidio por maternidad o paternidad, si el padre o la madre requieren continuar en situación de IT percibirán el subsidio correspondiente al régimen de jornada completa, si bien a efectos de su duración se tomará como referencia la fecha de la baja médica en el trabajo en régimen de jornada a tiempo parcial.

MATERNIDAD Y SUBSIDIO DE DESEMPLEO

Cuando se esté disfrutando del permiso por maternidad y se extinga el contrato de trabajo, se continuará percibiendo la prestación por maternidad hasta su finalización y, seguidamente, se podrá percibir la prestación por desempleo siempre que la trabajadora reúna los requisitos exigidos.

Si la trabajadora está recibiendo subsidio por desempleo y pasa a la situación de maternidad, la prestación por desempleo se verá interrumpida y pasará a percibir la prestación por maternidad en la cuantía que le corresponda,

En ambos casos, cuando termine la prestación por maternidad se reanudará la prestación por desempleo durante el tiempo que le quede por percibir y en la misma cuantía que le correspondía cuando se suspendió. El tiempo de permiso por maternidad no se descuenta de la prestación por desempleo.

El periodo de maternidad o paternidad que se inicie durante la percepción de la prestación por desempleo se considerará como periodo de cotización efectiva a efectos de las prestaciones de la Seguridad Social por jubilación, incapacidad permanente, maternidad y paternidad.

¿EN QUÉ CASOS SE DENEGARÁ, ANULARÁ O SUSPENDERÁ EL DERECHO A PERCIBIR EL SUBSIDIO POR MATERNIDAD?

El derecho a la prestación por maternidad o paternidad podrá ser denegado, anulado o suspendido cuando:

- El beneficiario actúe fraudulentamente para obtener o conservar la prestación.
- El beneficiario trabajara por cuenta propia o ajena durante los correspondientes periodos de descanso, salvo que esté percibiendo la prestación por maternidad en régimen de jornada a tiempo parcial.
- El trabajador no aporte la documentación pertinente para considerar constituida la adopción si ha transcurrido el periodo de 4 semanas en que adelantó el disfrute de la prestación en los casos de adopción internacional.
- Uno de los padres, o ambos decidan reincorporarse voluntariamente al trabajo con anterioridad al cumplimiento de los plazos máximos de duración.
- Se produce el fallecimiento del beneficiario salvo que el otro progenitor sobreviviente pueda continuar el disfrute del periodo de descanso que reste según las condiciones legal o reglamentariamente establecidas.

¿CÓMO SE SOLICITA EL SUBSIDIO POR MATERNIDAD?

La trabajadora debe solicitar el subsidio ante la entidad gestora aportando el informe de maternidad, los datos de cotización y el libro de familia o certificado de inscripción del hijo o hijos en el Registro Civil.

El informe de maternidad puede ser emitido por el facultativo del Servicio Público de Salud que atienda a la trabajadora (médico de familia o ginecólogo). En este informe constarán los siguientes puntos:

- Fecha probable de parto cuando la trabajadora inicie el descanso con anterioridad al mismo.
- Fecha del parto en el caso de que la trabajadora inicie el descanso con posterioridad al mismo.
- Estado de salud de la mujer posterior al parto en caso de ceder parte del descanso a favor del padre.

El informe constará de un original y tres copias. Se entregará a la trabajadora el original y dos copias para ser entregados en la empresa y en el IN-SS. Otra copia se quedará en poder del facultativo para archivar en la historia clínica.

La empresa debe emitir un informe con los datos de cotización necesarios para el cálculo de la prestación.

A la vista de la documentación presentada y una vez comprobados todos los requisitos exigidos para tener derecho a la prestación, el Director provincial de la Entidad gestora respectiva dictará resolución expresa y la notificará, en el plazo de treinta días, en orden al reconocimiento del derecho a la prestación económica por maternidad.

DOCUMENTOS NECESARIOS EN CASOS ESPECIALES

En el supuesto de fallecimiento de la madre, el solicitante deberá adjuntar el certificado de defunción de aquella.

En los supuestos de adopción o acogimiento de uno o más menores, deberá aportarse la resolución judicial por la que se constituye la adopción o la resolución administrativa o judicial por la que se concede el acogimiento. Cuando se trate de una adopción internacional, se aportará la documentación emitida por el órgano competente de la Comunidad Autónoma en la que se justifique el inicio de los trámites necesarios para la adopción.

La determinación del grado de minusvalía o discapacidad de los menores en los casos de adopción o acogimiento será realizada por los órganos competentes de las comunidades autónomas a quienes se han transferido las funciones en materia de calificación del grado de discapacidad y minusvalía y a las Direcciones Provinciales del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) en Ceuta y Melilla.

La determinación de las dificultades de inserción social y familiar de los menores mayores de 6 años, en los casos de adopción y acogimiento, está

atribuida a la Entidad Pública competente en materia de protección de menores.

MODALIDAD A TIEMPO PARCIAL

Los periodos de descanso por maternidad, adopción o acogimiento pueden disfrutarse a tiempo parcial siempre y cuando haya un acuerdo entre empresario y trabajador.

El derecho puede ser ejercido por los dos progenitores en cualquiera de los supuestos de disfrute simultáneo o sucesivo.

La madre no puede hacer uso de esta modalidad en el periodo de descanso obligatorio (seis semanas inmediatamente posteriores al parto).

El tiempo durante el que se disfrute el permiso se ampliará proporcionalmente en función de la jornada de trabajo que se realice.

El disfrute será ininterrumpido y sólo podrá modificarse por nuevo acuerdo entre empresario y trabajador.

El tiempo en el que el trabajador preste servicios parcialmente tendrá la consideración de trabajo efectivo manteniéndose suspendida la relación laboral durante el tiempo restante.

Esta modalidad es incompatible con el disfrute simultáneo de reducción de jornada por guarda legal o con el ejercicio del derecho a la excedencia por cuidado de familiares.

SUPUESTOS ESPECIALES

En caso de fallecimiento de la madre, con independencia de que ésta realizara o no algún trabajo, el otro progenitor podrá hacer uso de la totalidad o, en su caso, de la parte que reste del período de suspensión, computado desde la fecha del parto. No se descontará del periodo de descanso la parte que la madre hubiera podido disfrutar con anterioridad al parto.

Si el hijo nace muerto, la madre tiene derecho a la prestación por maternidad aún cuando el feto no reúna las condiciones establecidas en el artículo 30 del código Civil, (a efectos civiles sólo se considerará nacido el feto que tuviere figura humana y viviere veinticuatro horas enteramente desprendido del seno materno) siempre que haya permanecido en el seno materno durante al menos 180 días. La madre tiene derecho a disfrutar de las

dieciséis semanas salvo que, tras el periodo obligatorio, la madre decida incorporarse al trabajo. En estos casos quedará sin efecto la opción ejercida por la madre a favor del padre. Si ha permanecido menos de 180 días se considera aborto y procede IT.

Si el padre fallece antes de completar el permiso cedido por la madre, ésta podrá ser beneficiaria del subsidio por la parte del periodo que restase hasta alcanzar la duración máxima correspondiente.

OTRAS NOVEDADES DE LA LEY ORGÁNICA DE IGUALDAD

- La duración del permiso de lactancia se incrementará proporcionalmente en los casos de parto múltiple, y se podrá disfrutar acumulándolo en jornadas completas en los términos previstos en la negociación colectiva o por un acuerdo con la empresa.
- Se podrá reducir la jornada laboral entre un octavo (antes un tercio) y la mitad para el cuidado de un menor de ocho años (antes seis años) o persona con discapacidad, con la disminución proporcional del salario. En el caso de funcionarias se amplía la posibilidad de reducir la jornada por razones de guarda legal para el cuidado directo a los menores de 12 años.
- Se podrán disfrutar las vacaciones con fecha distinta, aunque haya terminado el año natural a que correspondan, si coinciden con una incapacidad temporal derivada del embarazo, el parto o la lactancia natural o con el descanso por maternidad.
- La excedencia por cuidado de hijo o hija o de un familiar hasta un segundo grado por consanguinidad o afinidad que no pueda valerse por sí mismo, se considera periodo efectivo para la cotización.
- El progenitor o progenitora que esté disfrutando el permiso de maternidad por parto que le haya cedido la madre, continuará disfrutándolo aunque la madre no se reincorpore a su puesto de trabajo por estar en situación de incapacidad temporal.
- Se amplía la duración del permiso de las funcionarias por lactancia hasta los doce meses de la hija o hijo menor. Este permiso se incrementará proporcionalmente en los casos de parto múltiple.
- Se reconoce a las funcionarias el derecho a acudir a los cursos de formación que convoque la administración durante los periodos de permiso por parto, adopción o acogimiento.

- Se garantiza la reincorporación al mismo puesto de trabajo tras el disfrute de los permisos de maternidad y paternidad y a beneficiarse de cualquier mejora en las condiciones de trabajo a las que hubiera podido tener derecho durante su ausencia.

PUNTOS CLAVE

- El descanso maternal y por adopción o acogida preadoptiva tiene una duración de 16 semanas ininterrumpidas, prorrogable en dos semanas por cada hijo a partir del segundo. Salvo el periodo de descanso obligatorio, se podrá disfrutar de él a tiempo parcial.
- Se concede en nacimientos que tengan lugar a partir de 180 días de vida fetal y en adopción o acogimiento preadoptivo de menores de 6 años o entre 6 y 18 años con minusvalía o dificultades de inserción social o familiar.
- La cuantía de la prestación por maternidad es del 100% de la base reguladora establecida para contingencia común, ampliándose proporcionalmente, en caso de nacimiento, adopción o acogimiento múltiples.
- Podrán ser beneficiarios de la prestación los trabajadores por cuenta ajena que estén afiliados y en alta o situación asimilada al alta en la Seguridad Social, y los trabajadores por cuenta propia y empleadas del hogar siempre que se hallen al corriente del pago de las cuotas de la Seguridad Social.
- La prestación comenzará el mismo día que se inicie el descanso correspondiente y durará el tiempo que se mantenga el mismo.
- La prestación se suspenderá por finalización del tiempo establecido, reincorporación voluntaria al trabajo y en algunos casos de fallecimiento del beneficiario.
- El permiso por paternidad es de 13 días ininterrumpidos ampliables en caso de parto, adopción o acogida múltiples. Los funcionarios disfrutarán de 15 días ininterrumpidos sin posibilidad de ampliación. La cuantía de la prestación será del 100 % de la base reguladora correspondiente, y es compatible con el disfrute íntegro o parcial del permiso por maternidad. Para su disfrute es necesario la existencia de dos progenitores.

- En caso de maternidad no contributiva se puede percibir prestación económica si se cumplen las condiciones requeridas para ello.
- En caso de maternidad durante una situación de incapacidad temporal, se suspenderá ésta con la prestación económica acompañante, y se iniciará el descanso maternal y su prestación económica correspondiente. Al finalizar las 16 semanas, y siempre que persistan las condiciones que llevaron a ello, se iniciará IT por recaída.
- Las prestaciones por maternidad y desempleo tampoco son compatibles. Si durante el descanso por maternidad se produce extinción del contrato de trabajo se mantiene la prestación por maternidad hasta su finalización y, a continuación, se percibirá la prestación por desempleo. Si es el descanso por maternidad lo que interrumpe la situación de desempleo, se suspenderá esta prestación por la de maternidad mientras dure la misma, reanudándose después la prestación por desempleo en idénticas condiciones.
- El informe de maternidad será realizado por el facultativo del SPS que atienda a la trabajadora.

BIBLIOGRAFÍA

- Ley Orgánica 3/2007 de 22 de marzo de igualdad efectiva entre hombres y mujeres.
- Ley 12/2001, de 9 de julio, de medidas urgentes de reforma del mercado de trabajo para el incremento del empleo y mejora de su calidad
- Ley 39/1999 de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras.
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales.
- Ley 42/1994 de 30 de diciembre, de medidas fiscales administrativas y de orden social
- Ley 3/1989, de 3 de marzo, por la que se amplía a dieciséis semanas el permiso por maternidad y se establecen medidas para favorecer la igualdad de trato de la mujer en el trabajo.
- 1251/2001 de 16 de noviembre que regula las prestaciones económicas del Sistema de la Seguridad social por maternidad y riesgo durante el embarazo.
- 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.

17. Riesgo durante el embarazo y la lactancia natural

Ana Cristina García Álvarez
Ana Ballarín González

DEFINICIÓN

Se ha demostrado que existen factores asociados a la actividad laboral que pueden favorecer un parto prematuro, crecimiento intrauterino retardado, o resultar perjudiciales para la gestación o para el lactante. La legislación vigente recoge la posibilidad de proteger y evitar la exposición a riesgos durante la gestación y la lactancia e indica que, si lo certifica el médico que asiste a la trabajadora, ésta debe desempeñar un puesto de trabajo diferente y compatible con su estado. Por lo tanto, los médicos de familia deberían conocer la normativa para poder informar y atender de forma adecuada a la gestante que acude a su consulta.

La evaluación de los riesgos debe comprender la determinación de la naturaleza, el grado y la duración de la exposición de las trabajadoras en situación de embarazo o lactancia materna a agentes, procedimientos o condiciones de trabajo que puedan influir negativamente en su salud o la del feto. Si los resultados de la evaluación revelan un riesgo para la seguridad y la salud o una posible repercusión sobre el embarazo o la lactancia, el empresario debe tomar 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.

El cambio de puesto o función se llevará a cambio de conformidad con las reglas y criterios que se apliquen en los supuestos de movilidad funcional, y tendrá efectos hasta el momento en que el estado de salud de la trabajadora permita su reincorporación al anterior puesto.

En el supuesto de que, aún aplicando las reglas señaladas en el párrafo anterior, no existiese puesto de trabajo o función compatible, la trabajadora podrá ser destinada a un puesto no correspondiente a su grupo categoría equivalente, si bien conservará el derecho al conjunto de retribuciones de su puesto de origen.

Si, finalmente, dicho cambio de puesto no resultara técnica u objetivamente posible, podrá suspenderse el contrato por riesgo en 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.

SITUACIONES PROTEGIDAS

A efectos de la prestación económica se considera situación protegida el periodo de suspensión del contrato de trabajo en los supuestos en que, debiendo la mujer trabajadora cambiar de puesto por otro compatible con su estado, dicho cambio de puesto no resulte técnica u objetivamente posible, o no pueda razonablemente exigirse por motivos justificados.

No se considera situación protegida la derivada de riesgos o patologías que puedan influir negativamente en la salud de la trabajadora o del feto cuando no esté relacionada con agentes, procedimientos o condiciones del puesto de trabajo desempeñado.

¿QUIÉN TIENE DERECHO A ESTA PRESTACIÓN?

Son beneficiarias de esta prestación las trabajadoras por cuenta ajena o propia siempre que reúnan los siguientes requisitos:

1. Estar afiliadas y en alta. Se considera situación de alta especial la huelga legal y el cierre patronal.
2. Para trabajadores por cuenta propia, estar al corriente en el pago de las cuotas, de las que sean responsables directas.

3. No se exige periodo mínimo de cotización al derivarse de contingencias profesionales.

No procede esta prestación si la trabajadora requiere asistencia sanitaria y está impedida para el trabajo, bien por su embarazo o por causa distinta, en cuyo caso la prestación que le corresponde es la de incapacidad temporal y, en su momento, la prestación por maternidad.

¿QUÉ TRÁMITES SON NECESARIOS EN CASO DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O LA LACTANCIA NATURAL?

La trabajadora debe comunicar al empresario la situación de embarazo o de lactancia natural mediante un informe del ginecólogo o del médico de familia del Servicio Público de Salud.

Una vez comunicada la situación de embarazo o lactancia natural, el empresario deberá adoptar las medidas preventivas necesarias o, en su caso, el cambio de puesto de trabajo.

Cuando la adaptación de condiciones o del tiempo de trabajo no resultase posible o, a pesar de la adaptación, las condiciones del puesto de trabajo pudieran influir negativamente en la salud de la trabajadora embarazada, del feto o del hijo lactante, se debe proceder a la suspensión del contrato.

CERTIFICADO MÉDICO DE LA SITUACIÓN DE RIESGO

La certificación médica de que las condiciones del puesto de trabajo pueden influir negativamente en la salud de la trabajadora y/o el feto o en la lactancia y que, en consecuencia, debe desempeñar un puesto de trabajo o función diferente y compatible con su estado, será expedida por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) o la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS) en función de la entidad con la que la empresa tenga concertada la cobertura de los riesgos profesionales. En ambos casos es preciso el informe previo del médico del Servicio Público de Salud que asista a la trabajadora, en el que se exprese la situación de embarazo o lactancia materna y que las condiciones del puesto desempeñado pueden influir negativamente en la salud de la embarazada y/o del feto.

PRESTACIÓN ECONÓMICA

Con la entrada en vigor de la Ley Orgánica 3/2007 de igualdad entre hombres y mujeres se mejora la prestación económica por riesgo durante el embarazo y se reconoce la situación de riesgo durante la lactancia natural de un menor de nueve meses cuando las condiciones de trabajo pudieran influir negativamente en la salud de la madre o del lactante.

La prestación económica por riesgo durante el embarazo y la lactancia se concederá a la mujer trabajadora, tanto por cuenta ajena como por cuenta propia, con el objetivo de cubrir la pérdida de ingresos que se produce durante el periodo de suspensión del contrato de trabajo o de la actividad en los supuestos referidos. Esta prestación tiene la consideración de incapacidad temporal derivada de contingencias profesionales y consiste en una prestación equivalente al 100% de la base reguladora. La gestión y el pago de la prestación corresponde a la Entidad Gestora (INSS) o colaboradora (MATEPSS), en función de la entidad que cubra los riesgos profesionales.

Durante el periodo de suspensión del contrato de trabajo por riesgo durante el embarazo o la lactancia natural la trabajadora seguirá cotizando a la Seguridad Social, por lo que la entidad gestora o mutua de accidentes procederán, en el momento de hacer efectivo el subsidio, a deducir del importe del mismo las cotizaciones a la Seguridad Social, desempleo y formación profesional que procedan.

La gestión y el pago de la prestación corresponden a la Entidad Gestora o a la MATEPSS en función de la entidad con la que la empresa tenga concertada la cobertura de los riesgos profesionales aunque en ambos casos es preciso el informe previo del médico del Servicio Público de Salud que asista a la trabajadora.

NACIMIENTO Y EXTINCIÓN DEL SUBSIDIO

La prestación comienza, para las trabajadoras por cuenta ajena, el mismo día que la suspensión del contrato de trabajo por riesgo. Para las trabajadoras por cuenta propia, al día siguiente de que se emita el certificado médico por los servicios correspondientes (INSS/ISM o MATEPSS). Tendrá, en ambos casos, una duración suficiente para proteger la salud de la trabajadora embarazada, del feto o de la lactancia natural.

Finalizará en los siguientes supuestos:

- Inicio del descanso por maternidad.
- Reincorporación a su puesto u otro compatible a su estado.
- Extinción contrato.
- Fallecimiento de la madre.
- En el caso de trabajadoras por cuenta propia, por causar baja en el Régimen Especial de la Seguridad Social.
- En los casos de suspensión del contrato o la actividad por riesgo durante la lactancia, cuando el hijo cumpla 9 meses.
- En caso de que actúe fraudulentamente para obtener o conservar la prestación.
- Si realiza cualquier trabajo o actividad, ya sea por cuenta ajena o propia, incompatibles con su estado, siempre que se hayan iniciado con posterioridad a la suspensión del contrato de trabajo por riesgo.

¿CÓMO SE SOLICITA LA PRESTACIÓN ECONÓMICA POR RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O LA LACTANCIA NATURAL?

En el caso en que la trabajadora deba suspender su actividad por riesgo, debe presentar una solicitud formulada en los modelos normalizados ante la Dirección Provincial de la Entidad Gestora (INSS) o ante la Mutua. La solicitud contendrá la fecha de suspensión del contrato de trabajo, declaración de la empresa en la que consten los datos relativos a la actividad desempeñada por la trabajadora, (su categoría profesional, función y descripción del trabajo que realizase) y el riesgo específico que presenta para el embarazo o la lactancia.

Se debe acompañar de los siguientes documentos:

1. Informe médico del facultativo del Servicio Público de Salud que la asiste.
2. Certificado médico expedido por los servicios médicos de la Entidad Gestora o colaboradora, (en función de la Entidad con la que la empresa tenga concertada la cobertura de riesgos profesionales), en la que quede acreditado, en el caso de “riesgo durante el embarazo” que las condiciones del puesto de trabajo influyen negativamente en la salud de la trabajadora o del feto y, en el caso de “riesgo durante

la lactancia natural”, que las condiciones de trabajo influyen negativamente en la salud de la mujer o del hijo.

3. Declaración de la empresa o de la trabajadora por cuenta propia sobre los trabajos y actividades realizadas por la trabajadora, condiciones del puesto de trabajo, categoría y riesgo específico así como la ausencia de otro puesto compatible con el estado.
4. Declaración de situación de actividad sólo para las trabajadoras del Régimen Especial de Trabajadores Autónomos (RETA).
5. Libro de familia para la prestación de riesgo durante la lactancia natural.
6. Si se trata de empleadas de hogar, se acompañará de declaración del responsable del hogar familiar.
7. Acreditación de la identidad de la interesada mediante documentación en vigor.
8. Documentación relativa a la cotización (certificado de empresa para régimen general y justificantes del pago de cuotas de los tres últimos meses para trabajadoras por cuenta propia y representantes de comercio).

La entidad con la que tenga concertada la empresa las contingencias profesionales, ya sea Entidad Gestora o MATEPSS, será competente para reconocer el derecho a la prestación en el plazo máximo de 30 días.

PUNTOS CLAVE

- Toda mujer trabajadora que se encuentre en situación de embarazo o lactancia materna tiene derecho a cambio en el puesto de trabajo o suspensión temporal del mismo si éste constituye un riesgo para su situación.
- La certificación de la situación de riesgo corre a cargo del INSS o de la MATEPSS (según corresponda), siendo requisito previo e imprescindible el informe del médico del SPS que asista a la trabajadora. En él debe constar la situación de embarazo o lactancia y qué condiciones de su puesto de trabajo se consideran potencialmente nocivas para la trabajadora y/o el feto o la lactancia natural, en su situación.

- La prestación económica derivada de la suspensión del trabajo por riesgo para el embarazo o lactancia tiene consideración de IT derivada de contingencias profesionales, y equivale al 100% de la base reguladora. La gestión y el pago de la misma serán realizados por la entidad gestora (INSS/ISM) o MATEPSS, según corresponda.
- Los requisitos para obtenerla son estar afiliadas y en alta o al corriente del pago de las cuotas de la Seguridad Social, según se trate de trabajadora por cuenta ajena o propia. No se exige periodo mínimo de cotización.
- El pago de la prestación se iniciará el mismo día de la suspensión del contrato de trabajo en caso de trabajadora por cuenta ajena, y al día siguiente de que se emita el certificado médico para trabajadoras por cuenta propia.
- La prestación económica se mantendrá el tiempo que persista la situación de riesgo o mientras no se incurra en alguno de los supuestos que determinan su finalización.

BIBLIOGRAFÍA

Constitución Española 1978

Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, de igualdad efectiva entre hombres y mujeres.

Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras

Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales. Artículos 25 y 26.

Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de medidas fiscales administrativas y de orden social.

Ley 3/1989, de 3 de marzo, por la que se amplía a dieciséis semanas el permiso por maternidad y se establecen medidas para favorecer la igualdad de trato de la mujer en el trabajo.

Real Decreto 1251/2001, de 16 de noviembre, que regula las prestaciones económicas del Sistema de la Seguridad social por maternidad y riesgo durante el embarazo.

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.

18. Situaciones especiales en incapacidad temporal

Andrés López Romero
M^a Soledad Holgado Catalán
Manuel J. Mozas Cámara

I. DESACUERDOS

Desacuerdo con la baja.

La ley no contempla el alta voluntaria como un derecho del trabajador. El médico es quien según su criterio clínico y bajo su responsabilidad decide la pertinencia tanto de la baja como del alta. En el caso excepcional de que el paciente se niegue a recoger su parte de baja, se informa a la Inspección Médica del tal circunstancia.

Desacuerdo con el alta.

El trabajador que no está de acuerdo con el parte de alta, podrá presentar una reclamación por escrito ante la Inspección, o ante la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS), según corresponda.

Negativa a aceptar el alta y recoger los partes de alta laboral.

Se emite el alta y si el paciente no la recoge, se remite a la Inspección Médica, junto con un informe exponiendo los hechos acaecidos.

Desacuerdo con la contingencia determinada.

Cuando un trabajador no está de acuerdo con la contingencia en la que se ha encuadrado su proceso de Incapacidad Temporal (IT), podrá solicitar determinación de contingencias ante los Servicios del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS). El médico del Servicio Público de Salud podrá solicitar determinación de contingencias a través de la Inspección Médica.

Puede ocurrir que, a un paciente incapacitado para su trabajo, el médico de la mutua le deniegue la baja, o le dé el alta, por considerar que se trata de una contingencia común. La mutua remitirá al paciente al médico del Servicio Público de Salud. Éste, tras reconocer al paciente, emitirá la baja por contingencia común, pese a que discrepe del criterio de la mutua en el reconocimiento de un accidente como de trabajo o de una enfermedad como profesional. El médico de familia podrá entonces instar a la Inspección Médica a que solicite una determinación de contingencias.

Negativa a seguir un tratamiento prescrito.

El derecho a la prestación por IT podrá ser suspendido cuando, sin causa razonable, el paciente rechace o abandone el tratamiento que se le hubiere prescrito. El médico de familia debe comunicarlo a Inspección para que inicie los trámites del alta.

II. SITUACIONES LABORALES PECULIARES

Baja laboral durante una huelga.

La enfermedad acaecida durante una huelga lleva consigo la prestación sanitaria pero no la prestación económica por IT mientras dure la huelga. El derecho a la prestación económica se iniciará cuando la situación laboral se normalice, computándose como fecha de inicio de la baja a efectos económicos la siguiente al último día de la huelga. En el supuesto de que se tratara de un accidente, la contingencia determinante del proceso será accidente no laboral.

IT y religiosos.

Los religiosos tienen sus peculiaridades en cuanto a la IT. Se distingue entre los que no tienen derecho a la prestación por IT los siguientes colectivos:

- El clero diocesano.
- Los rabinos de la comunidad israelita.
- Los clérigos de la Iglesia Ortodoxa Rusa del Patriarcado de Moscú en España.
- Los miembros de la Orden Religiosa de los Testigos de Jehová en España.

Y los hay que sí tienen reconocida esta protección:

- Los Ministros de Culto de las Iglesias pertenecientes a la Federación de Entidades Religiosas Evangélicas de España.
- Los dirigentes religiosos e imanes de las comunidades integradas en la Comisión Islámica de España.

IT y desempleo.

En caso de desempleo no cotizante no procede la baja laboral. En el caso de desempleo cotizante se pueden dar dos situaciones:

- Trabajador en IT que pierde el empleo:** pasa a pago directo del INSS. Continúa en IT hasta que se prescriba el alta, para pasar a la situación legal de desempleo, pasando entonces a percibir la prestación o subsidio si tiene derecho a ellos. El tiempo que hubiera permanecido de IT se descontará del tiempo de la prestación de desempleo
- Trabajador en desempleo que precisa la baja:** se prescribirá. El periodo de desempleo no se afecta por la baja, sigue corriendo hasta su extinción. Si finalizado el periodo de desempleo el trabajador sigue de baja, ésta se mantendrá hasta su finalización por alguna de las causas legalmente establecidas. En este último caso en el que ha expirado la duración de la prestación por desempleo y subsiste la situación de IT, el trabajador continuará percibiendo el subsidio por IT en cuantía al igual al 80 % del IPREM (Indicador Público de Renta de Efecto Múltiple).

Situación de excedencia laboral.

En general, no cabe la prescripción de la baja laboral por no ser una situación de activo.

Pluriempleo.

Se cursará la baja laboral en todas las empresas y regímenes para las que presta servicio. Tanto la baja como el alta serán simultáneas en ambas em-

presas. La ley prevé una incapacidad laboral genérica y sin grados. Si sufre un accidente de trabajo en una de las empresas, se tramitará como accidente de trabajo en todas las demás empresas.

IT y prisión.

Si el paciente está en IT e ingresa en prisión, no se interrumpe la IT. Su médico seguirá emitiendo los partes de confirmación previa información del facultativo de la prisión a través de la Inspección. Cualquier familiar, con el conocimiento de la Inspección, podrá recoger los partes que correspondan.

Los reclusos que trabajan en los talleres de centros penitenciarios y los que cumplen condena a pena de trabajo en beneficio de la comunidad, solamente tienen derecho a la prestación de la IT cuando deriva de contingencias profesionales, para los primeros según la base de cotización que tengan y para los segundos, según la base mínima de cotización.

IT y contrato a tiempo parcial.

Los trabajadores contratados a tiempo parcial tienen una regulación particular. Para acreditar los periodos de cotización, se computarán exclusivamente las cotizaciones efectuadas en función de las horas trabajadas, tanto ordinarias como complementarias, calculando su equivalencia en días teóricos de cotización.

IT y formación.

Los trabajadores contratados para la formación, desde la entrada en vigor del Real Decreto 488/98 de 27 de marzo, están protegidos por esta prestación, sin hacer distinciones según el origen de la contingencia.

III. DESPLAZAMIENTOS

Vacaciones.

La baja se prescribirá con la fecha real en que se produjo la contingencia, siempre que se justifique adecuadamente aunque estuviera de vacaciones. Las vacaciones no se interrumpen, salvo acuerdo con la empresa.

Desplazamientos temporales.

No existe normativa sobre IT que especifique quién puede o no autorizar los desplazamientos temporales de los pacientes que se encuentran en

IT, como en el caso de vacaciones, salvo el referido al traslado de expediente y la obligación de ser reconocido por el facultativo responsable de la IT antes de la expedición semanal de cada parte de confirmación. Por otro lado, no existen limitaciones de movilidad en el Territorio Nacional siempre que esto no suponga un perjuicio para la recuperación. No existe base jurídica que sustente la autorización de los desplazamientos.

Traslado de domicilio.

Si durante un proceso de IT el trabajador traslada su domicilio, se remitirá un informe clínico a la Inspección Médica para que traslade el expediente al área de Inspección Médica del domicilio nuevo del paciente.

Solicitud de IT por un trabajador desplazado de su domicilio habitual.

Se le atenderá con lo mismos criterios que cualquier paciente y se emitirá la IT. Debe solicitar la adscripción de médico. Si continúa de baja al volver a su domicilio de origen, se procederá como se especifica en el apartado anterior.

Baja en un país comunitario.

No procede la emisión del parte de baja ni confirmación a un trabajador que se encuentra fuera del Territorio Nacional. Sólo podrá hacer el seguimiento del proceso una vez que se encuentre en España y desde la fecha en que acude a la consulta. Nunca con carácter retroactivo, aunque se tenga constancia documental del proceso.

El paciente estará bajo el control del facultativo correspondiente del sistema público de salud del país donde se encuentra. El médico del país de destino emitirá, si corresponde, los documentos E-115 y E-116 que vienen a ser los equivalentes al parte de baja. Para esto es imprescindible que el paciente haya solicitado la Tarjeta Sanitaria Europea (anteriormente E-111) antes de partir al país de destino. De la misma manera se actuaría con un ciudadano europeo que se encuentra en España y precisa la baja laboral. Por otro lado, el facultativo deberá cumplimentar el modelo H-1 como documento justificativo de la asistencia prestada. Toda la tramitación y gestiones en esta situación se gestionan a través de las Oficinas del INSS.

Baja en un país no comunitario.

En primera instancia habrá que remitir al INSS para comprobar si España tiene convenios en materia de Incapacidad Temporal suscritos con el país correspondiente, y en su caso obrar en consecuencia.

En el caso de que no haya ningún acuerdo suscrito, y una vez que el paciente se encuentre en España, se le podrá dar la baja desde el día en que se le reconoce. Nunca se le dará la baja con carácter retroactivo, aunque se tenga constancia documental del proceso.

El tiempo que haya podido estar incapacitado fuera del Territorio Nacional y no haya acudido a trabajar es un aspecto a considerar estrictamente dentro del ámbito laboral entre el trabajador y la empresa.

Desplazamiento al extranjero estando en IT.

Se gestionará través de los Servicios Centrales Sanitarios de cada Comunidad Autónoma. Esto es válido también para aquel paciente que, no estando de baja, tiene intención de desplazarse a otro país y presumiblemente va a estar de baja, como puede ser en el caso de una cirugía programada en el extranjero.

IV. RECAÍDAS

Bajas después de un alta.

Las bajas laborales que comiencen antes de transcurrir 6 meses desde el alta del proceso anterior por el mismo diagnóstico o similar se consideran recaídas, y los periodos se acumulan a efectos del plazo máximo de duración.

Alta por Inspección.

Tras un “Alta por Inspección”, durante un periodo que determinará la propia Inspección pero no inferior a 6 meses, las posibles nuevas bajas del trabajador, tanto por ese mismo proceso como por otro, corresponderán a la Inspección Médica.

Agotamiento de plazo y denegación de Incapacidad Permanente.

Tras agotamiento de plazo y denegación de incapacidad permanente, sólo podrá generarse un nuevo proceso de IT por la misma o similar patolo-

gía si media un periodo de actividad laboral superior a 6 meses o si el INSS emite la baja, no así si se trata de otras patologías.

V. SITUACIONES ADMINISTRATIVAS PARTICULARES

Alta y baja en el mismo día.

Si la duración de la IT es de un solo día, se expide la baja laboral y al alta con fecha del mismo día.

IT en procesos de tres o menos días.

El único documento justificativo de incomparecencia por motivos de salud es el parte de baja. Deberá emitirse aunque sea solamente de un día. No tiene valor legal la emisión de un volante P-10 o informe similar. El origen de esta costumbre se basaba en que los tres primeros días de baja se descuentan de la nómina del trabajador, salvo convenios específicos.

Alta por incomparecencia.

Si un trabajador falta a recoger los partes de confirmación consecutivamente, el médico podrá extender el parte de alta laboral por incomparecencia. La fecha de dicho parte de alta será la fecha del primer parte de confirmación que no fue recogido por dicho trabajador. Se aconseja esperar un plazo razonable (2-3 semanas) e intentar contactar previamente con el paciente por si existiera justificación.

IT con carácter retroactivo.

La baja laboral debe prescribirse tras el oportuno reconocimiento médico que constate la incapacidad para trabajar por razones clínicas; por lo tanto, es improcedente la emisión de una IT con efectos retroactivos o adelantados. Sólo en caso de causa razonable (ingreso hospitalario urgente o similar) y adecuadamente documentada, podrá aceptarse la IT con carácter retroactivo, y en cualquier caso con conocimiento y autorización de la Inspección.

IT una vez finalizada la jornada laboral.

Cuando un paciente acude a la consulta y es susceptible de que se le prescriba la baja, y ya ha finalizado o completado en gran parte su jornada

laboral, cabrían dos opciones: darle el parte de baja con fecha de hoy, o indicarle que acuda de nuevo a la consulta al día siguiente para prescribirle baja con esa fecha. En el primer caso, y dado que con carácter general los tres primeros días de baja corren a cargo del trabajador, se le estaría privando de la remuneración de ese día, que ha trabajado. Caso contrario sería si los convenios que tiene suscritos la empresa contemplan que los tres primeros días de baja correrán a cargo de ésta. En ningún caso se emitiría el parte baja con fecha del día siguiente por adelantado, situación a todas luces irregular.

Propuesta de alta por una mutua.

La propuesta de alta le llega al médico que tiene asignado el paciente a través de la Inspección. El médico de familia tiene que responder en un máximo de 10 días desde que la Inspección recibe la propuesta, argumentando a favor o en contra de la misma. En el caso de estar de acuerdo, el médico del Sistema Público de Salud emitirá el alta, y en el supuesto de desacuerdo, la Inspección lo comunica a la mutua.

Solicitud de información por parte del médico de mutua y/o de empresa.

Los datos sobre la salud de las personas están especialmente protegidos por la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal (Ley 15/1999). Nuestro único interlocutor válido en materia de IT ante terceros es la propia Inspección Médica. Cualquier solicitud de información que no sea directamente solicitada por el propio paciente, será canalizada a través de la Inspección correspondiente.

Baja por accidente de trabajo.

Si la entidad colaboradora que tiene su empresa es una mutua, se le remitirá a la misma para la expedición de los parte de baja, confirmación y alta.

Si la entidad gestora es el INSS, el médico extenderá el parte de baja y continuará con el procedimiento siempre que el paciente aporte el “Parte de Asistencia Sanitaria por Accidente” (Modelo 3-AT-19-B) que es entregado por la empresa al trabajador y que justifica que ha sufrido un accidente de trabajo. En el caso de que la empresa no se lo facilite al considerar que no se trata de un accidente de trabajo, se emitirán los partes como contingencia común, sin detrimento de que el paciente o el médico puedan solicitar a posteriori una determinación de contingencias ante el INSS.

Patología de la que no se espera recuperación.

Cuando un trabajador presente reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral, o bien, la posibilidad de recuperación de su capacidad laboral sea incierta o a largo plazo, se tramitará la solicitud de Invalidez Permanente (IP). No es necesario esperar a agotar el plazo de IT legalmente establecido para iniciar este procedimiento. La solicitud de esta tramitación puede realizarse por parte del médico que tiene asignado, mediante el parte modelo P.47 que remitirá a Inspección, por la propia Inspección que lo hará de oficio mediante el Informe Clínico Laboral P.47/1, o por el propio paciente “a instancia de parte”, cumplimentando él mismo la documentación del INSS (ver capítulo 10 de Incapacidad Permanente).

VI. CAUSAS ESPECIALES DE BAJA

Asistencia a clases o exámenes.

No es preciso estar de alta para acudir a clase o a exámenes. No se rompe la situación legal de IT, sólo se podrá desaconsejar la asistencia por razones clínicas.

Maternidad e IT.

Ante un proceso iniciado antes del parto, se mantendrá como tal, salvo que la mujer opte por el periodo voluntario de descanso maternal. La situación de IT se interrumpirá tras el parto por el descanso maternal. Si tras agotarse el descanso maternal procediese IT, se reanudará la situación de IT como recaída.

Drogodependencias e IT/IP.

Se consideran derivadas de enfermedad común, con independencia de las causas que las hayan provocado (ingestión de sustancias tóxicas en cantidad excesiva –sobredosis– o calidad deficiente –adulteración o mal estado–). No obstante, el fallecimiento como consecuencia de una sobredosis o de la alteración de la droga se considera derivado de accidente no laboral (Criterio INSS 2000/79).

Cirugía estética e IT.

A priori, la incapacidad laboral generada como consecuencia de las intervenciones de cirugía estética no está contemplada dentro de los motivos justificados para la emisión de una IT. Para este tipo de intervenciones, durante los días que no se va a trabajar se deberán solicitar días de vacaciones, asuntos propios o similares. No obstante, habrá que valorar cada caso de forma individualizada; si se trata de una intervención meramente estética o si responde a una patología médica.

Procesos intercurrentes.

Cuando a un trabajador está de baja y le sobreviene otro proceso, se continuará con la baja y se reflejará tal circunstancia en el parte de confirmación. Esto es válido tanto si existe solapamiento de los dos procesos como si el segundo de ellos coincide con la curación del primero, siempre que no haya existido ningún día de incorporación al trabajo.

Pruebas diagnósticas e IT.

La mera realización de una exploración diagnóstica a priori no es motivo de baja IT, salvo que ésta entrañe un riesgo en sí misma que requiera reposo (por ejemplo: amniocentesis). No obstante, habrá que valorar el tipo de prueba que se le va a realizar, y que puede ir desde una simple extracción de sangre hasta la realización de una colonoscopia con sedación e ingreso ambulatorio.

El paciente deberá solicitar un permiso para acudir a una consulta o un permiso por asuntos propios o unas horas, que se le podrán descontar o no según el convenio en vigor en su empresa o sector. El centro sanitario justificará el periodo de asistencia.

Asistencia sanitaria externa al Servicio Público de Salud.

Cuando un paciente está siendo atendido por un facultativo o centro privado, el médico del Servicio Público de Salud que tiene asignado podrá prescribir la baja médica siempre que estime válida la propuesta de baja y la información clínica aportada sea fidedigna y suficiente, asumiendo el control y seguimiento del proceso.

BIBLIOGRAFÍA

- DUQUE VALENCIA, A.: Manejo de la Incapacidad Temporal. *El Médico* 2004; 1-X: 37-48.
- SEVILLA ALONSO, S., LÓPEZ RUBIO, M.A.: Gestión de la incapacidad temporal. *JANO* 2006; 1621: 79-82.
- PLANES MAGRINYÁ, A.: Prescribir una baja, una función del médico de familia. *FMC* 2002; 9(6): 421-5.
- GARCÍA ALVÁREZ, G.: Conceptos básicos en incapacidad temporal. Circunstancias cotidianas en la consulta de atención primaria. *JANO* 2003; 65(1498) 39-46.
- SAAVEDRA MIJÁN, J.: Incapacidad laboral transitoria: papel de los diferentes agentes para su gestión. *SEMERGEN* 2005; 31(Supl. 1): 40-41.
- CALDAS BLANCO, C., FERNÁNDEZ HERMIDA, L., PÉREZ DOMÍNGUEZ, F., COLLADO RAMOS, M.P.: Gestión de la incapacidad temporal. Madrid. atención primaria. INSALUD. Documento Áreas 1, 2 y 4. 1998.
- NAVARRO ARRIBAS, C., CHICANO DÍAZ, S.: La incapacidad Temporal: hacia un modelo de gestión. *Medifam* 2003; 13(1): 29-34.
- ZARCO MONTEJO, J., MOYA BERNAL, A., JÚDEZ GUTIÉRREZ, J., PÉREZ DOMÍNGUEZ, F., MAGALLÓN BOTAYA, R.: Gestión de las bajas laborales. *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 500-9.
- MARTÍ AMENGUAL, G., PUIG BAUSILI, L.L., GÓMEZ MONTOSO, J., JIMÉNEZ JIMÉNEZ, A.J.: Aspectos médico-legales de las incapacidades laborales. *Med Clin (Barc)* 2006; 126(17): 671-5.
- DE LA FUENTE MADERO, J.L., FUENTES LÓPEZ, T., GONZÁLEZ COMILA, P., CABUCHOLA MORENO, S.: El médico como gestor de prestaciones de la Seguridad Social. *Aten Primaria*, 2006; 38: 131.
- INSALUD. Manual de Gestión de la Incapacidad Temporal. Servicio de Documentación y Publicaciones. Madrid, 2001.
- INSALUD. Supuestos prácticos de Incapacidad Temporal. Área de estudios, Documentación y Coordinación Normativa. Madrid, 2001.

GESTIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL EN
LAS PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES

19. Valoración de la incapacidad temporal en la lumbalgia

Paloma Teixidó Martínez

INTRODUCCIÓN

El dolor lumbar es una afección muy frecuente que afecta al 80% de la población al menos una vez en la vida, y es responsable del 25% de las bajas por accidente laboral. Así pues, se trata de un problema con una alta prevalencia en la población y grandes repercusiones económicas fundamentalmente derivados de la pérdida de días de trabajo. La duración media de la lumbalgia aguda suele ser de entre 0 a 20 días, siendo la mayor parte del gasto sanitario por Incapacidad Temporal (IT) consecuencia de la pequeña proporción de casos que se cronifican.

La lumbalgia se define como un dolor localizado en las estructuras osteomusculares de la región lumbosacra, que puede ser debido a la alteración de las estructuras vertebrales y no vertebrales tanto articulares como extrarticulares. Según el tiempo de duración se clasifican en:

- Aguda: dolor de menos de 6 semanas de duración.
- Subaguda: dolor de 6-12 semanas de duración.
- Crónica: más de 12 semanas de duración.

ETIOLOGÍA, CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

El origen del dolor lumbar puede ser motivado por una gran variedad de procesos (tabla 1), aunque en el 80 % de los casos no se le puede atribuir una lesión específica. Hay que tener en cuenta que las manifestaciones clínicas de la lumbalgia no se correlacionan con la gravedad o causas de las mismas; así puede haber procesos con gran intensidad de dolor con mínimas lesiones o viceversa.

TABLA 1. Clasificación etiológica de las lumbalgias

Lumbalgias mecánicas
Por alteraciones estructurales Espón dilolisis Espondilolistesis degenerativas Escoliosis Patología discal Artrosis interapofisarias posteriores Dismetrías pélvicas Embarazo Sedentarismo Hiperlordosis
Por traumatismos Distensión lumbar Fractura de compresión Subluxación de la articulación vertebral Espondilolistesis: fractura traumática del istmo
Lumbalgias no mecánicas
Inflamatorias: espondiloartritis anquilosante, espondiloartropatías Infeciosas. Agudas: gérmenes piógenos; Crónicas: tuberculosis, brucelosis, hongos Tumorales Benignas: osteoma osteoide, osteoblastoma, fibroma, lipoma... Malignas: mieloma múltiple, sarcoma osteogénico, osteosarcoma... Metástasis vertebrales: mama, próstata, pulmón, riñón, tiroides, colon.. Tumores intrarraquídeos: meningioma, neurinoma,ependinoma No vertebrales y viscerales (dolor referido) Patología osteoarticular no vertebral: cadera, articulación sacroílica

Patología gastrointestinal: úlcus, tumores pancreáticos, duodenales, gástricos o colónicos, pancreatitis crónica, colecistitis, diverticulitis.

Patología vascular: aneurisma disecante de aorta.

Patología retroperitoneal: hemorragia, linfoma, fibrosis, absceso del psoas.

Patología genitourinaria: endometriosis, embarazo ectópico, neoplasia genital, de vejiga, próstata o riñón, pielonefritis, prostatitis, urolitiasis.

Otras causas de lumbalgia no mecánica

Enfermedades endocrinas y metabólicas: osteoporosis con fracturas, osteomalacia, sacromegalia, alteraciones de la paratiroides, condrocalcinosis, fluorosis, ocronosis.

Enfermedades hematológicas: leucemias, hemoglobinopatías, mielofibrosis, mastocitosis.

Miscelánea: enfermedad de Paget, artropatía neuropática, sarcoidosis, enfermedades hereditarias.

Fibromialgias y problemas psicológicos.

Lo aconsejable es realizar una buena historia clínica y exploración física para valorar posturas y movimientos que desencadenan el dolor y la existencia o no de déficits motores y sensitivos (maniobra de Lassegue), con la finalidad de descartar los procesos graves. Así pues, el reto es diferenciar los procesos inespecíficos de los específicos que precisan de un determinado tratamiento, y para ello pueden resultar muy útiles los “signos de alarma” (figura 1). En función de la existencia o no de estos signos se recomienda clasificar al paciente en uno de estos tres grupos:

- Lumbalgia inespecífica.
- Compresión radicular que requiere valoración quirúrgica.
- Posible enfermedad sistémica (infección, cáncer, osteoporosis, etc.).

De existir alguno de los signos de alarma se deberán prescribir las pruebas complementarias necesarias [radiografía simple (RX), analítica, tomografía axial computarizada (TAC), resonancia magnética (RM), gammagrafía].

Si no hay ningún signo de alarma se puede asumir que el paciente presenta una lumbalgia inespecífica y se recomienda iniciar el tratamiento directamente.

En ocasiones, en algunos sujetos sanos y asintomáticos se observan algunas imágenes radiológicas patológicas (degeneración discal, escoliosis,

espondilosis, espondilolistesis...), éstas son compatibles con el diagnóstico de lumbalgia inespecífica y no cambian el tratamiento a realizar.

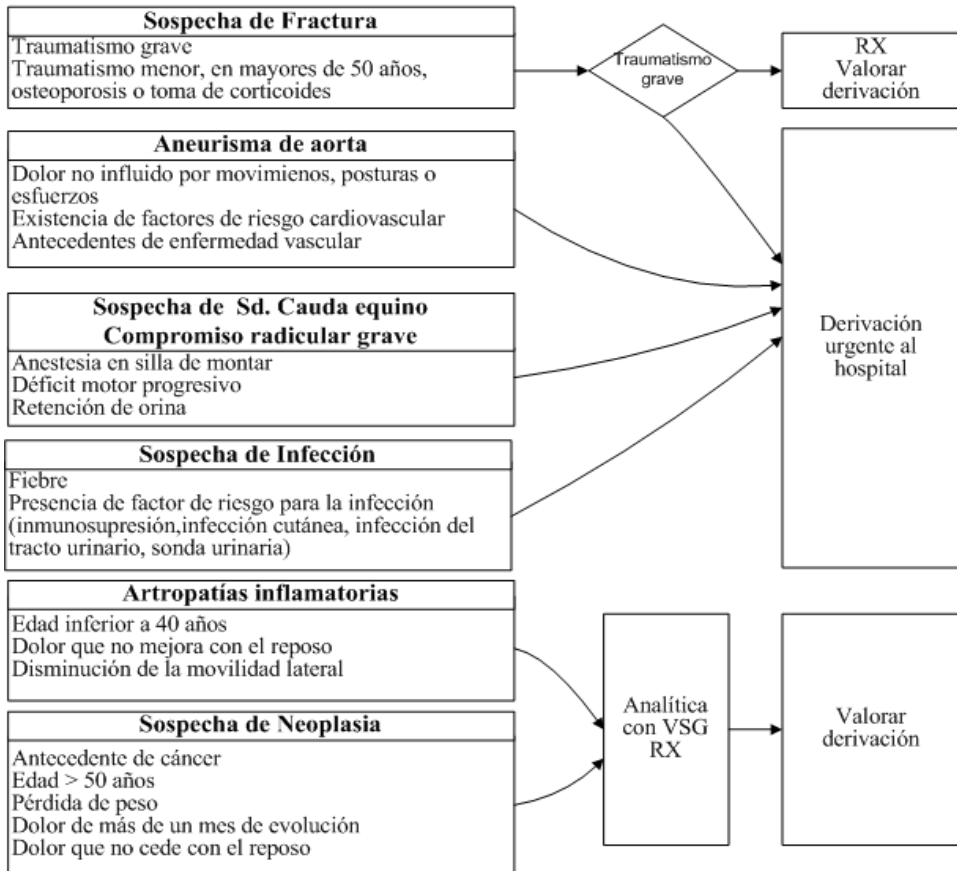


FIGURA 1. Signos de alarma

Factores pronóstico de cronicidad: no hay acuerdo para dar respuesta a cuáles son los factores pronóstico tendentes a la cronicidad en pacientes con lumbalgia inespecífica aunque se han estudiado los siguientes ítems:

- **Factores clínicos:** episodios previos de lumbalgia, edad, irradiación del dolor, incapacidad.

- **Factores psicosociales:** conductas de miedo y evitación hacia el dolor, creencias erróneas tales como que el dolor de espalda significa la existencia de una lesión grave, depresión, ansiedad, estrés, tendencia al aislamiento social.
- **Factores ocupacionales:** falta de apoyo en el trabajo, escasa satisfacción laboral o conflictos laborales.
- **Duración de la incapacidad temporal:** la duración de la baja laboral tiene un peso importante en la cronicidad de la lumbalgia, puesto que una baja laboral percibida por el trabajador como un beneficio está asociada a una mayor recurrencia de la misma. Cuanto más largo es el periodo de absentismo laboral, mayor dificultad para lograr la vuelta al trabajo. La reincorporación temprana al trabajo contribuye a la obtención de mejores resultados.

Tratamiento: la historia natural de la lumbalgia aguda inespecífica es a resolverse de forma espontánea en 4 semanas.

- **Medidas generales:** lo más importante es informar al paciente de la benignidad del cuadro proporcionando la información necesaria, e informando de su carácter autolimitado. Como norma general está contraindicado el reposo absoluto, ya que prolonga el tiempo de lumbalgia y de la incapacidad laboral. El reposo debe ser lo más breve posible (2 -3 días) y continuar con las actividades diarias normales. Conviene evitar sobrecargar la espalda, para ello hay que conocer y aplicar normas de higiene postural cuando se realizan determinados movimientos o esfuerzos.
- **Tratamiento farmacológico:** si la intensidad del dolor lo requiere, se pueden prescribir analgésicos. Como fármaco de primera elección se usará preferentemente el paracetamol o antiinflamatorios no esteroideos (AINE), con la posibilidad de añadir relajantes musculares mantenidos menos de 1 semana en caso de persistencia de dolor. En pacientes que no responden a los tratamientos anteriores pueden utilizarse y/o asociarse opiáceos menores de manera pautada. Se recomienda el uso de antidepresivos tricíclicos o cuatricíclicos a dosis antidepresivas en pacientes con lumbalgia subaguda o crónica en quienes hayan fracasado los tratamientos convencionales.

Si se detectan signos del mal pronóstico se recomienda intentar modificarlos hablando con el paciente, aplicar programas educativos disponibles en su ámbito como por ejemplo darle una dirección de Internet con información fiable (www.espalda.org).

- **Ejercicio:** en los pacientes que no han vuelto a sus actividades habituales debe prescribirse ejercicio a partir de la 2-6 semanas, pues es efectivo para mejorar el dolor y el retorno al trabajo.
- El **tratamiento quirúrgico** estará reservado para aquellos pacientes en los que existen criterios específicos (hernia discal, cola de caballo, neuropatías compresivas con afección motora progresiva, etc.).
- La **terapia cognitiva-conductual** está indicada en aquellos pacientes con lumbalgia crónica y en aquellos en los que existan factores psicosociales que aumenten el riesgo de cronificación, ya que mejora el dolor, el estado funcional y el retorno al trabajo.
- Programas multidisciplinares de **rehabilitación:** indicado en pacientes con lumbalgia crónica en donde hayan fracasado los tratamientos previos.

En general, para evitar el dolor de espalda se recomienda prescribir ejercicio físico, mantenerse activo, evitar el sedentarismo, y cumplir con las normas de higiene postural.

Algoritmo de evaluación (figura 2): los plazos iniciales recomendados para la reevaluación inicial serán de dos semanas y se consideraran los siguientes aspectos: resolución de los síntomas o reevaluación de los signos de alarma; reforzar el mensaje de benignidad, mantenerse activo y evitar el reposo en cama; favorecer la reincorporación laboral; detectar signos de mal pronóstico que puedan favorecer la cronificación de la lumbalgia; valorar la conveniencia de solicitar pruebas complementarias.

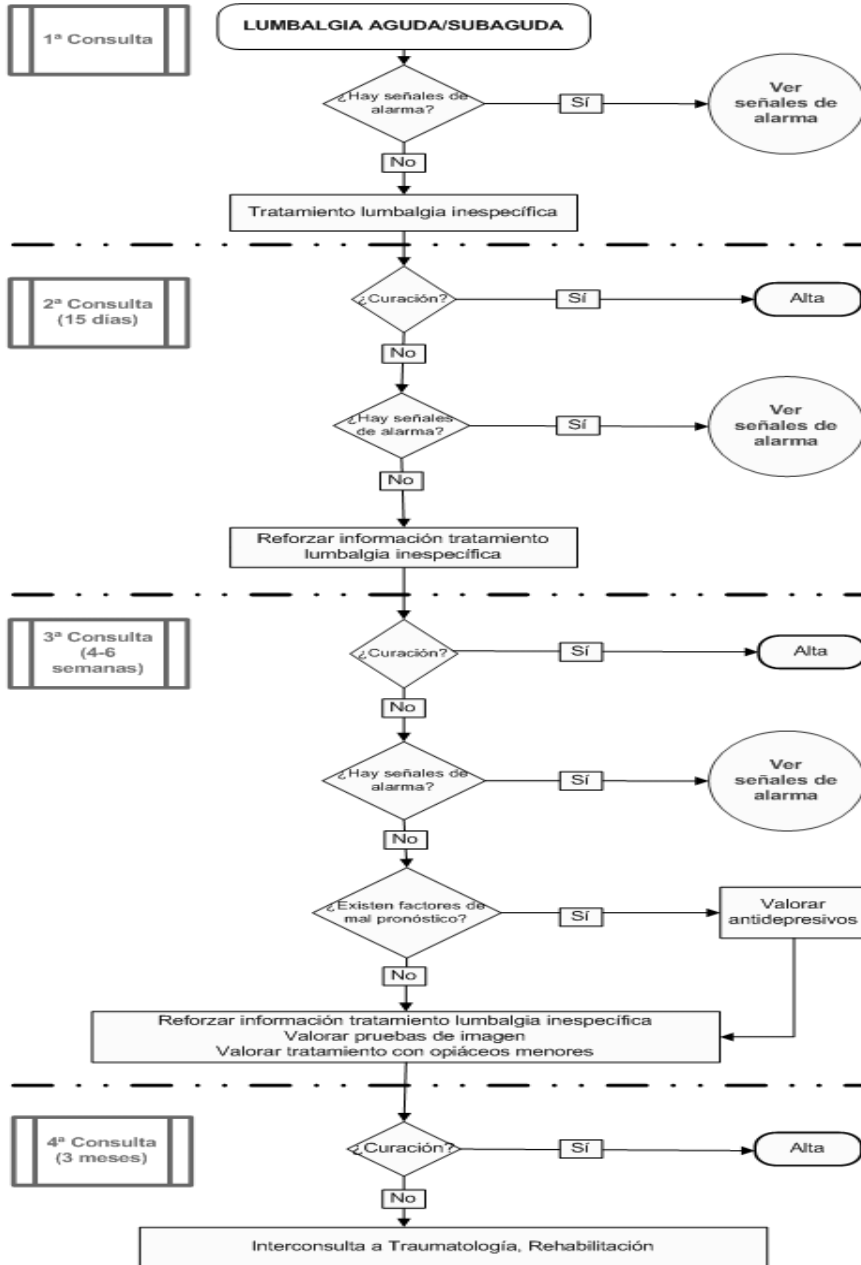


FIGURA 2. Algoritmo decisorio

PUNTOS CLAVE

- Mediante la historia clínica y la exploración del paciente afecto de lumbalgia, clasificar en uno de estos tres grupos: lumbalgia asociada a enfermedad sistémica (infección, cáncer, osteoporosis, etc.), lumbalgia con compresión radicular que requiere valoración quirúrgica y, lumbalgia inespecífica.
- Los factores de mal pronóstico (escasa satisfacción laboral, conflictos laborales, depresión, ansiedad, etc.) influyen en la cronificación de la lumbalgia.
- Reincorporación temprana al trabajo para evitar la cronicidad de la lumbalgia.
- No se recomienda la realización de pruebas de imagen en pacientes con lumbalgia aguda inespecífica.
- Si existen signos de alarma se recomienda valorar la prescripción de las pruebas complementarias oportunas (RX, analítica). La normalidad de su resultado descarta la existencia de enfermedades sistémicas subyacentes.
- Aconsejar mantener el mayor grado de actividad física, puesto que mejora el dolor y acorta el periodo de baja laboral.
- Proporcionar la medicación con probado beneficio conjuntamente con la información necesaria para conocer y aplicar normas de higiene postural.
- Se propone el algoritmo de decisión como la forma de realizar el seguimiento y reevaluación de los pacientes con lumbalgia.

BIBLIOGRAFÍA

Grupo Español de Trabajo del Programa Europeo COST B13. Guía de Práctica Clínica para la lumbalgia inespecífica. URL www.REIDE.org , visitada el 8 de agosto de 2008.

PÉREZ IRAZUSTA, I., ALCORTA MICHELENA, I., AGUIRRE LEJARCEGUI, G., ARISTEGI RACERO, G., CASO MARTÍNEZ, J., ESQUISABEL MARTÍNEZ, R. et al.: Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. GPC 2007/1. Vitoria-Gasteiz <http://www.espalda.org/index.asp>

SEIJAS RUIZ-COELLO, M.C., BARQUINERO CANALES, C.: Lumbalgia. Jano 9-15 enero 2004. URL: <http://tallersemergen.doyma.es/tallersemergen/modulos/1/8.pdf>

PÉREZ GUIADO, J.: Contribución al estudio de la lumbalgia inespecífica. Rev. Cubana Ortop Traumatol 2006; 20(2). URL: http://bvs.sld.cu/revistas/ort/vol20_2_06/ort11206.htm

CHOU, R., QASEEM, A., SNOW, V., CASEY, D., CROSS, J.T., SHEKELLE, P., et al.: Ann Intern Med 2007 Oct 2; 147 (7): 478-491.

20. Valoración de la incapacidad laboral en la cervicalgia y en el latigazo cervical

Raúl Jesús Regal Ramos

La cervicalgia es un síntoma muy frecuente en las consultas de atención primaria, con una prevalencia de alrededor del 10%. Existen múltiples procesos patológicos que pueden afectar a la columna cervical, pero la mayoría de las cervicalgias son debidas a alteraciones mecánicas en las articulaciones y en los músculos. En el presente capítulo haremos una aproximación a la valoración de aquellas cervicalgias que con más frecuencia se presentan en las consultas de atención primaria.

Debemos tener presente que en este tipo de patologías una historia clínica detallada y una exploración física minuciosa son la base del diagnóstico correcto y de la valoración de las limitaciones, no pudiendo suplirse con pruebas complementarias.

ANAMNESIS

El objetivo de la anamnesis es localizar el origen de la cervicalgia y descartar signos de alarma.

- Antecedentes: clínicos, laborales (profesión desempeñada en la actualidad y con anterioridad) y administrativos (periodos de IT previos, expedientes de incapacidad permanente).
- Síntomas generales: pérdida de peso, afectación de otras articulaciones...

- Características del dolor en cuanto a forma de presentación, ritmo mecánico o inflamatorio, localización, tiempo de evolución, relación con esfuerzos, descripción subjetiva de cómo siente el dolor (las características disestésicas son sugerentes de radiculopatía) y respuesta a tratamientos previos.
- Síntomas neurológicos:
 - Radiculopatía cervical: las compresiones radicales que irradian a miembros superiores (MMSS) suelen afectar a raíces C5-D1 (plexo braquial), mientras que las que irradian hacia la cabeza afectan a las raíces C1-C4.
 - Mielopatía cervical: sensación de torpeza y debilidad en MMSS y posteriormente en miembros inferiores (MMII), marcha con pasos cortos y arrastrando los pies y, en cuadros evolucionados, paresia en MMSS y MMII y afectación de esfínteres.
- Otros síntomas:
 - Mareo/inestabilidad: la etiología del mareo en la patología cervical no está bien definida. Sólo se sospechará origen isquémico si las arterias vertebrales además de la compresión por los osteofitos asocian importante ateromatosis, anomalía o agenesia completa de la arteria vertebral del otro lado, o más raramente, malformación, fractura o subluxación en la región de la charnela.
 - Síntomas de compresión anterior: en algunos casos el tamaño de los osteofitos anteriores es tal que pueden producir disfagias.
 - Otros: cefaleas, alteraciones visuales, alteraciones de la audición, sensación de estar flotando en el ambiente, cambios en la voz, sensación de opresión de cuello con dificultad para deglutir. La etiología de estos síntomas se ha atribuido a irritación del simpático perivertebral y/o de las arterias vertebrales y a patología neurótica.

EXPLORACIÓN

La exploración debe ser completa pero orientada principalmente a establecer el balance articular y a descartar afectación neurológica (tablas 1 y 2).

TABLA 1. Exploración neurológica

Radicular	C3 y C4	C3 no forma parte del plexo braquial y C4 sólo en raras ocasiones. Sensibilidad: dolor y parestesias en zona mastoidea, cuello y tórax. Las lesiones de C1-C4 no presentan alteraciones motoras detectables ni anomalías en los reflejos.
	C5	Sensibilidad: dolor en zona lateral del cuello y parte alta de hombro. Parestesias en zona deltoidea y cara externa del brazo. Músculo: bíceps y deltoides. Reflejo: bicipital.
	C6	Sensibilidad: dolor en borde radial del brazo y antebrazo hasta pulgar e índice. Parestesias en pulgar y dorso primer espacio. Músculo: bíceps y extensores de la muñeca. Reflejo: estilo-radial.
	C7	Sensibilidad: dolor en zona central de antebrazo hacia tercer dedo. Músculo: tríceps, flexores de muñeca y extensores de los dedos. Reflejo: tricipital.
	C8	Sensibilidad: dolor en zona cubital del antebrazo, 4º y 5º dedos. Parestesias en 5º dedo y mitad cubital del 4º Músculo: flexores de los dedos e interóseos.
Mielopatía cervical		Disminución de fuerza (inicialmente en manos y posteriormente en MMII), marcha mielopática, atrofas musculares e hiperreflexia. En fases avanzadas Babinski (RCP+) y alteración de esfínteres.

TABLA 2. Maniobras especiales

<p>Maniobras para aumentar la presión intratecal</p>	<p>Prueba de Valsalva: su positividad indica la presencia de una lesión ocupante de espacio.</p>
<p>Maniobras para comprobar radiculopatía</p>	<p>Pruebas de compresión del agujero de conjunción (Spurling): exacerbación del dolor al realizar compresión axial de la cabeza con la cabeza ligeramente ladeada hacia el lado afectado. Indica compresión de la raíz por una hernia discal o por osteofitos.</p>
	<p>Prueba de abducción del hombro: alivio del dolor por disminución de la tensión radicular al colocar el brazo en abducción.</p>
	<p>Prueba de depresión del hombro: el médico flexiona hacia un lado la cabeza del paciente al tiempo que presiona hacia abajo el hombro opuesto. Si aumenta el dolor, hay irritación de raíces nerviosas.</p>
<p>Maniobras para comprobar mielopatía cervical</p>	<p>Signo de L´Hermitte: dolor agudo, tipo calambre, irradiado hacia extremidades inferiores desencadenado al realizar flexión máxima del cuello. Indica irritación dural o meníngea en el raquis o mielopatía cervical.</p>
	<p>Mano mielopática cinética: agotamiento precoz al abrir y cerrar la mano de forma repetida.</p>
	<p>Mano mielopática postural: tendencia a la abducción del meñique y 4º dedo con la extensión de los dedos, en casos leves, hasta una tendencia a la flexión y pérdida de fuerza extensora en los casos más graves.</p>
	<p>Prueba de Hoffman: flexión de pulgar e índice al extender con rapidez la falange distal del 3º dedo. Sospecha de mielopatía (disfunción córtico-talámica).</p>
	<p>Reflejo estilo-radial invertido: al explorar el reflejo estiloradial se produce una hiperflexión palmar de muñeca y dedos.</p>
<p>Maniobras para comprobar compresión a nivel del desfilaro torácico</p>	<p>Prueba de Adson: disminución o desaparición del pulso radial al realizar abducción, extensión y rotación externa de la extremidad superior a la vez que realiza una inspiración profunda y rota la cabeza hacia el lado que se explora.</p>
	<p>Test de estrés con el brazo elevado: dolor cervical irradiado a la mano al abrir y cerrar la mano durante 3 minutos con el brazo dispuesto en abducción de 90º y rotación externa y el codo y el hombro hacia atrás.</p>

Los balances articulares normales a nivel cervical son:

- Flexión 90°
- Extensión 70 °
- Rotación 90° (45° + 45°)
- Lateralización 90°(45° + 45°)

Pero al valorar la movilidad hay que tener presente que:

- La movilidad va a ir disminuyendo con la edad, de forma fisiológica, de modo que la flexión normal será de 90° en menores de 30 años, 70° entre 30 y 50 años y 60° en mayores de 50 años, y la lateralización de 45° en menores de 50 años y 30° a partir de esta edad.
- No debe explorarse la movilidad pasiva si existe sospecha de inestabilidad por el peligro de lesión neurológica.
- En general, los últimos grados del balance articular son menos funcionales y por tanto menos relevantes en la valoración de la incapacidad.

Por último, siempre debe asociarse una exploración del hombro, ya que una patología subacromial puede simular un problema cervical y una patología cervical puede simular una tendinitis del hombro. La raíz C5 es la responsable de la abducción del hombro (por medio de los músculos supraespinoso –inervado por el subescapular– y la zona media del deltoides –inervada por el circunflejo–), y de la rotación externa.

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS PARA VALORAR LA DISCAPACIDAD

RADIOLOGÍA

La rectificación de la lordosis cervical no sirve ni para diagnosticar ni para valorar la severidad de la cervicalgia, ya que esta imagen radiológica se ha observado en gran número de voluntarios sanos. Además de para diagnosticar los cambios radiológicos propios de la patología degenerativa, la radiografía simple orienta hacia otros diagnósticos como la espondilitis anquilosante (cuadratura vertebral, sindesmofitos y caña de bambú), artritis reumatoide (desde afectación de las articulaciones de interapofisarias hasta

subluxación atloaxoidea), hiperostosis anquilosante (osificación del perirraquis), luxaciones, aplastamientos...

Es importante tener presente la escasa correlación clínico/radiológica a nivel del raquis, ya que se ha observado que hasta un 80% de las personas mayores de 55 años tienen cambios radiográficos degenerativos.

TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (TC)

El TC está especialmente indicado para la evaluación de anomalías anatómicas, estudio de fracturas (sobre todo de las complejas con estallido o afectación del muro posterior), valoración de cambios degenerativos (sobre todo en la existencia de osteofitos que afecten al aparato de conjunción), valoración con precisión de las dimensiones del canal óseo (consideramos estenosis degenerativa cuando el diámetro anteroposterior es < 11 mm) y en el estudio de tumores primarios o metástasis. A diferencia de la columna lumbar, donde TC y resonancia magnética (RM) son similares a la hora de valorar hernias discales, en columna cervical la RM es claramente superior.

RESONANCIA MAGNÉTICA (RM)

Especialmente indicada en el estudio de hernias discales, mielopatía cervical, infecciones, tumores, traumatismos con lesión medular, lesiones medulares congénitas, esclerosis o infartos medulares y en el diagnóstico diferencial entre recidiva herniaria o fibrosis posquirúrgica (la fibrosis se refuerza con gadolinio). Al igual que la radiología simple y el TC, la RM también presenta una importante discordancia clínico/radiológica.

ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO (ENMG)

El estudio electrofisiológico incluye, entre otros, la electromiografía y la electroneurografía. En las lesiones compresivas se observa inicialmente una alteración de la velocidad de conducción por afectación de la vaina de mielina y, si la compresión progresa, un patrón de denervación por afectación del axón. El estudio neurofisiológico permite objetivar la existencia de una afectación, localizar la lesión y conocer el estado evolutivo así como las estructuras neurales afectadas. Sin embargo, no existe una buena correlación clínico/eléctrica, es decir, puede haber un estudio neurofisiológico sugerente de un afectación leve-moderada en un paciente con apenas clínica y una funcionalidad de dicha raíz conservada.

GAMMAGRAFÍA OSEA

Un callo de fractura puede “captar” en una gammagrafía hasta 3 años después de la fractura, ya que puede tener actividad osteoblástica durante todo ese periodo.

PRUEBAS DE LABORATORIO

Además de ayudar al diagnóstico, en algunos casos sirven también para conocer si dicha enfermedad se encuentra en fase activa, e incluso pueden orientarnos sobre el pronóstico.

TECNICAS DE EVALUACIÓN BIOMECÁNICA

Orientadas a objetivar las alteraciones en la movilidad cervical (estudios cinemáticos) o los trastornos en la coordinación y el equilibrio que, con frecuencia, refieren estos pacientes (posturografía estática y dinámica).

CUESTIONARIOS PARA LA MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

Aunque los instrumentos para la medición de la calidad de vida de estos pacientes no suelen emplearse en la práctica diaria, conviene recoger alguno de los más difundidos, como el *Índice de Discapacidad Cervical* (IDC), que se trata de una modificación del cuestionario de incapacidad por dolor lumbar de *Oswestry* y del que un reciente estudio ha iniciado una validación española, o el *Northwick Park Neck Questionare*, del que ya existe una adaptación en español.

OPCIONES TERAPÉUTICAS

El **tratamiento médico** de la espondiloartrosis es sintomático; actualmente no existe ningún fármaco al que la evidencia científica le haya reconocido capacidad para frenar la enfermedad artrósica.

Las distintas **técnicas rehabilitadoras** (masoterapia, cinesiterapia, manipulaciones tracciones, microondas, onda corta, ultrasonidos, TENS, tratamiento multimodal, ejercicios domiciliarios...) han sido valoradas en múltiples estudios. Si existe sospecha de mielopatía, están contraindicadas la manipulación y/o movilización aislada de los trastornos mecánicos cervicales subagudos o crónicos y las tracciones. En cuanto a la discapacidad secunda-

ria a cervicalgia, no se han encontrado diferencias entre los pacientes tratados con fisioterapia clásica, los tratados con terapia manual o los tratados con medicación y ejercicios domiciliarios. En general, las cervicalgias sin signos de afectación radicular se deben valorar a las 3 semanas de haber iniciado la rehabilitación.

Se planteará el **tratamiento quirúrgico** en la espondiloartrosis cervical ante la existencia de un deterioro neurológico progresivo o ante la persistencia de dolor que no responde al tratamiento conservador y que no es tolerado por el enfermo.

SÍNDROME DE LATIGAZO CERVICAL

Tanto el término latigazo cervical (*whiplash*) como el de esguince cervical no se corresponden con una entidad anatomopatológica, sino que hacen referencia simplemente a un mecanismo biomecánico patogénico sin implicar en la definición ninguna lesión concreta. Siguiendo la Quebec Task Force, se define el síndrome de latigazo cervical (SLC) como un cuadro clínico que acontece tras un mecanismo de aceleración-desaceleración de energía transferida al cuello.

Los **síntomas** más frecuentes en estos pacientes son el dolor cervical (el dolor paravertebral cervical suele comenzar en las primeras horas posteriores al traumatismo o bien en los 2 o 3 días siguientes, mientras que el dolor inmediato hace temer una lesión anatómica), cefalea, parestesias o pesadez en MMSS, vértigo o mareo, dorsalgia, trastornos visuales y manifestaciones psicopatológicas como dificultad en la concentración, sensación de cabeza vacía, dificultades en la memoria o síndrome de ansiedad-depresión.

El mecanismo del SLC puede asociar luxaciones o fracturas en un 3-6% de los casos y para descartar estas **complicaciones** suele ser suficiente la valoración de la radiografía simple.

No existe correlación entre la rectificación de la columna cervical y el diagnóstico o **severidad** del SLC. De hecho se acepta que casi el 40% de las personas sin traumatismo cervical previo presentan esta alteración radiográfica. Las clasificaciones más aceptadas internacionalmente (Quebec Task Force, Foreman y Croft, etc.) coinciden en calificar como lesiones severas aquellas con afectación neurológica, dejando el dolor y la limitación de la movilidad para grados más leves.

El escaso rendimiento de las pruebas complementarias obliga a que el diagnóstico y el **seguimiento** del SLC sean clínicos. La flexo-extensión suele ser el movimiento más restringido y se debe descartar la presencia de afectación neurológica o de posibles lesiones vertebrales.

Existen múltiples estudios, algunos de ellos con resultados contradictorios, sobre cuales son los **factores pronósticos** más importantes en estos pacientes. La violencia del accidente, la sintomatología inicial, que el accidente haya ocurrido en un país desarrollado, que existan indemnizaciones pendientes, la presencia de trastornos psíquicos previos o la presencia de cervicalgia previa son variables que se han relacionado con un peor pronóstico.

Sí parece que se ha establecido como un factor de mal pronóstico del SLC el uso prolongado del collarín. Actualmente se recomienda el uso de collarines blandos y se aconseja el reinicio temprano de las actividades habituales.

Otro factor que parece demostrado es que el porcentaje de curaciones disminuye según se prolonga el proceso.

PROCEDIMIENTOS PARA DETECTAR A UN SIMULADOR/RENTISTA

Para detectar a un simulador o rentista pueden ser útiles las siguientes herramientas:

– Anamnesis:

- Conocer factores medico-legales, como indemnizaciones de pólizas de seguros (más frecuente en el síndrome del latigazo cervical SLC).
- Conocer el mecanismo lesional, que puede orientar a la sospecha de lesiones graves.
- Conocer los factores psicosociales, ya que éstos juegan un papel fundamental en la cronificación del dolor cervical. Entre estos factores de riesgo psicosociales destacan la edad entre 18 y 38 años, desempeñar un empleo a tiempo parcial, estar en situación de incapacidad laboral y la percepción de un mal estado de salud.
- Otros datos de la anamnesis que pueden alertar de la presencia de un posible simulador son las contestaciones evasivas, la disposición anómala frente a la entrevista (enfrentamiento o complacencia), los síntomas abigarrados o contradictorios, la falta de respuesta a todas las medidas terapéuticas, las emociones no congruentes con el relato,

la falta de continuidad del cuadro clínico presentado o mostrarse reacio a someterse a intervenciones quirúrgicas pese a la severidad de los síntomas que refiere.

- Exploración física (es el método principal):
 - Dolores radicales de distribución no anatómica.
 - Paciente que refiere cervicalgia intensa y gran limitación de la movilidad, sin que se observe contractura muscular y con una movilidad pasiva conservada.
 - Prueba de “pellizcamiento superficial” que reproduce o exagera el dolor. En esta prueba, en la que el examinador pellizca ligeramente el tejido subcutáneo de la zona de la espalda donde se queja de dolor el paciente, no se altera de ningún modo la columna, los ligamentos ni la musculatura paravertebral, por lo que su positividad indica la presencia de una cervicalgia funcional, no orgánica.
 - Signos y síntomas regionales que no tienen base orgánica.
- Pruebas complementarias:
 - Falta de congruencia entre la clínica referida por el paciente y el resultado de las pruebas complementarias, como alteraciones en la fuerza o en la sensibilidad no objetivadas en el estudio electroneurofisiológico, dolor postraumático de larga evolución con pruebas de imagen normales o limitaciones de movilidad o mareos con estudios cinemáticos y posturografías normales.

CRITERIOS PARA MANTENER UNA INCAPACIDAD TEMPORAL

- Mientras exista sospecha de gravedad:
 - Manifestaciones neurológicas evidentes.
 - Manifestaciones sistémicas evidentes (enfermedad reumatológica, antecedentes de enfermedad oncológica, fiebre o pérdida de peso asociada, adenopatías laterocervicales no explicadas por otro proceso).
 - Sospecha de inestabilidad.
 - Cervicobraquialgias de origen traumático, principalmente en el contexto de Artritis Reumatoide o Síndrome de Down, debido a que existe la posibilidad de que presenten una lesión degenerativa del li-

gamento transverso del atlas, lesión que facilitaría la aparición de una complicación grave ante un traumatismo banal.

- Mientras se objete en la exploración física una limitación de la movilidad que le impida la realización de su trabajo habitual.
- En estados postquirúrgicos el tiempo de recuperación va a depender de la naturaleza de la lesión, de la existencia de espondiloartrosis, de la técnica quirúrgica empleada o de la existencia de complicaciones. A modo orientativo, las fracturas vertebrales van a requerir un periodo de inmovilización de 3 meses seguido de uno de rehabilitación de otros 3 meses. Las fracturas apofisarias, pese a ser muy dolorosas, tienen buen pronóstico y suelen requerir periodos de IT más cortos.
- En pacientes con cirugías previas, hasta que sean valorados por atención especializada.

CRITERIOS PARA DAR EL ALTA

El alta se planteará en aquellos casos en los que, una vez descartada severidad (inestabilidad, afectación medular, afectación radicular relevante...) y tras haber transcurrido un tiempo suficiente para la realización de un tratamiento

TABLA 3. Tiempos estándares de duración de IT en la patología cervical

CÓDIGO CIE 9MC	DIAGNÓSTICO	TIEMPO ESTÁNDAR (DÍAS)
336.9	Mielopatía	180
721.0	Artrosis cervical	21
722.0	Hernia discal cervical	30
722.4	Discopatía degenerativa cervical	30
723.0	Estenosis del canal cervical	21
723.1	Cervicalgia	21
723.3	Cervicobraquialgia	21
723.4	Radiculopatía braquial	21
723.5	Tortícolis	4
847.0	Esguince cervical	15
847.0	Latigazo cervical	15

adecuado (sirvan de referencia los “Tiempos Estándares de duración de IT” recogidos en la tabla 3), el paciente presenta un balance articular y una exploración neurológica compatibles con la realización de su trabajo habitual.

CRITERIOS PARA PROPONER UNA INCAPACIDAD PERMANENTE

El médico de atención primaria puede plantearse iniciar los trámites de incapacidad permanente (IP) en los siguientes casos:

- Cambios degenerativos avanzados, en el contexto de alteraciones funcionales importantes.
- Cambios postquirúrgicos graves: artrodesis, laminectomía...
- Cambios postraumáticos: acuñaamiento mayor del 50% o inestabilidad.
- Signos de afectación radicular moderados o severos con pocas posibilidades de recuperación.
- Signos de mielopatía cervical en miembros superiores (disminución de fuerza, de la destreza y de la sensibilidad) y en miembros inferiores (trastorno de la marcha).
- Pérdida de más del 50% del balance articular considerado normal para esa articulación.
- Balance muscular malo (3 +/- 5) y atrofia muscular evidente establecida.
- Patología inflamatoria con afectación funcional importante fuera de brote agudo.

La tabla 4 hace referencia a aquellas pruebas necesarias a la hora de tramitar una IP.

TABLA 4. Pruebas que se consideran necesarias para la valoración de la incapacidad permanente

	Patología degenerativa	Patología inflamatoria	Hernia discal	Canal estrecho	Secuelas postraumáticas	Mielopatía
Radiología simple	Básica	Básica	Opcional	Opcional	Conveniente (Básica si no hay otras p. imagen)	Opcional
TC	Conveniente	Opcional	Conveniente (si no hay RM)	Básica (si se sospecha causa fundamental ósea)	Básica en algunos traumas	Opcional
RM	Opcional	Opcional	Básica	Conveniente en causa no ósea	Conveniente en lesión de partes blandas	Básica
ENMG	Básica si hay radiculopatía	Opcional	Básica si hay radiculopatía	Básica si hay radiculopatía. No indicada en el resto	Básica si hay radiculopatía. No indicada en el resto	Básica

TIPO DE CONTINGENCIA

En cuanto al tipo de contingencia, la patología del raquis no se incluye en el Anexo I del actual listado de enfermedades profesionales (RD 1299/2006, de 10 de noviembre). Dentro del Anexo 2, en el que se incluyen patologías de las que se sospecha el origen profesional y podrían pasar al Anexo 1 en el futuro, se encuentran, entre las “Enfermedades provocadas por vibraciones verticales repetitivas”, las “discopatías de la columna dorsolumbar causadas por vibraciones verticales repetidas de todo el cuerpo”, pero no la discopatía de la columna cervical.

PUNTOS CLAVE

- En la valoración de la patología cervical tendremos siempre en consideración la gravedad y pronóstico de la enfermedad, los requerimientos laborales, la movilidad residual del raquis, la inestabilidad y la afectación neurológica (tipo y gravedad).
- La valoración de las limitaciones debe correlacionarse siempre con el trabajo desempeñado por el paciente.
- En los pacientes con cervicalgia, la influencia de los factores psicosociales en la duración de la incapacidad temporal es mayor que en otras patologías.
- La historia clínica y la exploración física son fundamentales en la valoración de la patología degenerativa cervical ya que no existe una buena correlación clínico radiológica.
- Debemos realizar siempre junto con la exploración cervical una exploración del hombro.
- La rectificación de la columna cervical puede verse en el 40% de las personas sin traumatismo cervical previo.
- El signo más aceptado como dato de severidad en los pacientes con síndrome de latigazo cervical, según las principales escalas internacionales, es la presencia de afectación neurológica.
- El empleo prolongado del collarín empeora el pronóstico del SLC.

AGRADECIMIENTOS

A las doctoras Ana María PÉREZ VIDAL (Médico Evaluador jefe de la Unidad Médica del Equipo de Valoración de Incapacidades del Instituto Nacional de Seguridad Social de la provincia de Orense.), M^a. Dolores RUESCAS MORENO (Médico Evaluador de la Unidad Médica del Equipo de Valoración de Incapacidades del Instituto Nacional de Seguridad Social de la provincia de Albacete) y Ana Cristina CASTILLO FORNIES (Médico Evaluador de la Unidad Médica del Equipo de Valoración de Incapacidades del Instituto Nacional de Seguridad Social de la provincia de Zaragoza) por la documentación aportada para la elaboración de este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

- BLANCO, F. J., CARREIRA, P., MARTÍN, E., MULERO, J., et al.: Manual SER de las Enfermedades Reumáticas. Cap 55, 56, 57. Ed Médica Panamericana. Madrid 2004.
- HOPPENFIELD, S.: Exploración física de la columna vertebral y las extremidades. 17ª. Impresión. New York: El Manual Moderno; 1979.
- 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.
- Real Decreto 1299/2006 de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de Enfermedades Profesionales.
- CLIMENT, J. M.: Cervicobraquialgias. FMC. 2003;10:150-8
- CLIMENT, J. M.: Diagnóstico y tratamiento de las cervicobraquialgias. JANO 2006; 1590: 37-40.
- MARTÍN SANTOS, J. M.: Clínica y tratamiento de la artrosis de la columna. En: Manual S.E.R. de las Enfermedades Reumáticas. 3ª ed. Madrid: Panamericana; 2000: 482-91.
- GIL AGUDO et al.: Determinación de parámetros cinéticos en las pruebas de equilibrio y marcha de pacientes con latigazo cervical. Rehabilitación (Madr). 2006; 40(3): 141-9
- MIRALLAS-MARTÍNEZ, J. A.: Efectividad de la terapia manual (manipulaciones y movilizaciones) en el dolor cervical inespecífico. Evidencia científica. Rehabilitación (Madr). 2007; 41(2): 81-87.
- ESCORTELL, E. et al.: Ensayo clínico aleatorizado en pacientes con cervicalgia mecánica en atención primaria: terapia manual frente a electroestimulación nerviosa transcutánea. Aten Primaria 2008; 40: 337-343
- MATSUMOTO, M., FUJIMURA, Y., SUZUKI, N., TOYAMA, Y., SHIGA, H.: Cervical curvature in acute whiplash injuries: prospective comparative study with asymptomatic subjects. Injury 1998; 29: 775-8
- SPITZER, W. O., SKOVRON, M. L., SALMI, L. R., CASSIDY, J. D., DURANCEAU, J., SUISSA, S., et al.: Scientific monograph of the Québec Task Force on whiplash-associated disorders: redefining «whiplash» and its management. Spine 1995; 20 (Suppl 8):S1-73S
- CASSIDY, J. D., CARROLL, L. J., COTE, P., LEMSTRA, M., BERGLUND, A., NYGREN, A.: Effect of eliminating compensation for pain and suffering on the outcome of insurance claims for whiplash injury. N Engl J Med 2000;342:1179-86.
- SCHOLTEN-PEETERS, G. G., VERHAGEN, A. P., BEKKERING, G. E., VAN DER WINDT, D. A., BARNSELY, L., OOSTENDORP, R. A., HENDRIKS, E. J.: Prognostic factors

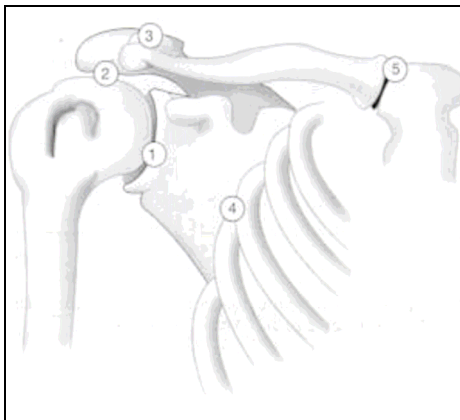
- of whiplash-associated disorders: a systematic review of prospective cohort studies. *Pain* 2003;104:303-322.
- PLEGUEZUELOS, E. et al.: Factores relacionados con la evolución clínica del síndrome del latigazo cervical. *Med Clin (Barc)* 2008; 131: 211-215.
- ORTEGA, A.: Revisión crítica sobre el síndrome del latigazo cervical (II): ¿cuánto tiempo tardará en curar?. *Cuad. Me. Forense* n 34 Sevilla Oct 2003.
- ANDRADE ORTEGA, J. A., DELGADO MARTÍNEZ, A. D., ALMÉCIJA RUIZ, R.: Validación de una versión española del Índice de Discapacidad Cervical. *Med Clin (Barc)* 2008; 130: 85-89.
- GONZÁLEZ, T., Balsa, A., SAINZ DE MURIETA, J., ZAMORANO, E., GONZÁLEZ, I., MARTÍN-MOLA, E.: Spanish version of the Northwick Park Neck Pain Questionnaire: reliability and validity. *Clin Exp Rheumatol* 2001;19: 41-6.

21. Valoración de la Incapacidad Temporal en hombro doloroso

Susana Álvarez Gómez

DEFINICIÓN, EPIDEMIOLOGÍA Y ETIOPATOLOGÍA

Se define como el dolor situado en la región del hombro o cintura escapular que aparece con los movimientos del brazo. El hombro es la estructura anatómica con mayor movilidad y más compleja del cuerpo, en el que intervienen varias articulaciones (figura 1).



1. Glenohumeral: Es la articulación principal, en su cara anterior está el tendón de la porción larga del bíceps y del músculo subescapular, en cara posterior está el manguito de los rotadores.
2. Acromioclavicular: es una articulación muy móvil sujeta por el ligamento acromioclavicular.
3. Esternoclavicular: Tiene forma de silla de montar y está sujeta por el ligamento costoclavicular.
- 4 y 5. Escapulotorácica y escapulohumeral: son articulaciones atípicas, siendo esta última la que incluye el espacio sub-acromial.

Figura 1. Articulaciones que componen la cintura escapular.

Las enfermedades y lesiones del hombro vienen adquiriendo más importancia en los últimos años debido al envejecimiento de la población, el incremento de alteraciones degenerativas de la articulación o de las estructuras extraarticulares y a la intensificación de la actividad deportiva. Se estima que el 40% de las personas presentará en algún momento de su vida dolor de hombro.

CAUSAS DE HOMBRO DOLOROSO

Podemos agrupar el dolor de hombro en 2 tipos (Tabla 1):

1. Hombro doloroso *extrínseco*: No existen puntos dolorosos a la palpación ni se relaciona con los movimientos. Irradiado de:

- 1.1. **Origen cervical:** espondilopatías, tumores medulares, neuritis del plexo braquial.
- 1.2. **Origen visceral:** cardiopatía isquémica, hernia de hiato, colecistopatías, pericarditis, peritonitis, neoplasias del vértice del pulmón.
- 1.3. **Origen radicular:** atrapamiento nervio torácico largo y supraescapular.

2. Hombro doloroso *intrínseco*: Originado en las estructuras anatómicas de esta región. Cursa con dolor y limitación de la movilidad:

- 2.1. **Patología articular:** movilidad activa y pasiva globalmente limitadas, dolorosas de forma difusa, sin arco doloroso. Destaca:
 - *Capsulitis retráctil o adhesiva:* retracción fibrosa de la cápsula articular generalmente idiopática, aunque existen factores favorecedores como la diabetes mellitus, coronariopatías, cervicobraquialgias, traumatismos, medicación antiepiléptica (isoniacida, fenobarbital), inmovilizaciones prolongadas o cirugía. Ocasiona restricción de los movimientos del hombro acompañada de dolor, a menudo severo, que altera el sueño. Suele resolverse espontáneamente en 1-2 años. En la radiografía (Rx) del hombro aparece osteoporosis local. El diagnóstico definitivo es mediante artrografía con contraste. El tratamiento incluye analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos (AINES), fisioterapia, infiltraciones con corticoides, ultrasonidos. En estadios avan-

zados cabe manipulación bajo anestesia. Esta capsulitis se denomina *hombro congelado primario*; frente al *hombro congelado secundario* que cursa con dolor y rigidez en ausencia de capsulitis, y resulta secundario a un síndrome subacromial.

TABLA 1. Causas de hombro doloroso

Extrínsecas	Origen cervical	
	Origen visceral	
	Origen radicular	
Intrínsecas	Patología Articular	Capsulitis retráctil
		Artritis séptica
		Artritis metabólica
		Artritis Reumática
		Artrosis: <ul style="list-style-type: none"> • Gleno-humeral • Acromio-clavicular
	Patología Músculo-Tendinosa	Síndrome subacromial
		Tendinitis bicipital
		Tendinitis calcificante: <ul style="list-style-type: none"> • Sd. Milwaukee
		Bursitis
	Patología ósea	Lesiones tumorales
Necrosis de cabeza humeral		

2.2. Patología extraarticular: De los tejidos músculo-tendinosos periarticulares o *reumatismo de partes blandas*. Más del 90% de casos de hombro doloroso se deben exclusivamente a alteraciones músculo-ligamentosas del complejo articular del hombro: manguito de los rotadores, cápsula articular y bolsas serosas. El 25% de la población sufre algún episodio de esta patología durante su vida, lo que explica su gran repercusión socio-sanitaria. Incluye:

- *Síndrome (Sd) Subacromial:* o patología del manguito de los rotadores, responsable del 68% de los casos de hombro doloroso. El man-

guito de los rotadores está formado por los tendones de los músculos supraespinoso, infraespinoso, redondo menor y subescapular. Los tres primeros se insertan en el troquíter y el último en el troquíin. Su función es la de estabilizar la cabeza humeral en la cavidad glenoidea escapular y colaborar en la abducción (supraespinoso) y en las rotaciones interna (subescapular) y externa (infraespinoso y redondo menor). Afecta con mayor frecuencia al tendón del supraespinoso, a mayores de 40 años y a personas con estrés físico de hombros, como microtraumatismos por choques y fricciones repetidas (*síndrome del golpeteo, rozamiento o "síndrome de pinzamiento"*). Cursa con dolor en cara externa del hombro, generalmente nocturno, al apoyarse sobre el lado afectado, y limitación de la movilidad activa y pasiva variable según el estado lesional, en general con un arco doloroso entre los 60° y 120° de abducción activa y pasiva. El diagnóstico es fundamentalmente clínico; si bien la ecografía (ECO) y Resonancia Magnética (RM) ayudan detectando las roturas crónicas, que suponen el 90% de las roturas completas del manguito. La Rx simple suele ser normal inicialmente, cabe realizar artrografía si se sospecha rotura.

El tratamiento debe ser escalonado: inicialmente reposo, AINES, medidas físicas (onda corta, láser, ultrasonidos), infiltración con corticoides y/o anestésicos locales. Tras aliviar el dolor, iniciar precozmente programa de cinesiterapia. El 74% de los pacientes quedan asintomáticos en los 3 primeros meses. El tratamiento quirúrgico se reserva si fracasan las medidas anteriores: acromioplastia anterior previa bursectomía en mayores de 40 años sin rotura del manguito, o acromioplastia anterior y resección del ligamento acromiocracordeo con bursectomía previa en menores de 40 años.

- *Tendinitis bicipital*: segundo en frecuencia. Generalmente hay un factor predisponente degenerativo y factores desencadenantes (microtraumatismos de repetición o traumatismo único y brusco). En el 95% de los casos es secundario al Sd. de pinzamiento con lesiones del manguito de los rotadores. Cursa con dolor en cara anterior del hombro y del brazo, sobre todo desencadenado por los movimientos de abducción y rotación externa. Puede degenerar en necrosis y rotura del tendón, cuya manifestación mas evidente es la aparición de una prominencia en su masa muscular cuando se contrae y palpación de solución de continuidad tendinosa en la corre-

dera bicipital. El tratamiento es conservador, ocasionalmente quirúrgico en función de la edad y la actividad laboral; ya que suele ser poco incapacitante, causando un defecto más estético que funcional.

- *Tendinitis calcificante*: Consiste en el depósito de cristales de hidroxapatita cálcica en la bolsa subacromial y/o manguito de los rotadores. De etiología desconocida, afecta casi siempre al tendón del supraespinoso, más frecuentemente a partir de los 40 años, en mujeres, en miembro dominante y trabajadores manuales. Puede ser:
 - Aguda: con dolor intenso, paroxístico, irradiado a cuello y brazo, de predominio nocturno. Una variante es el Sd. de Milwaukee
 - Crónica: dolor moderado no incapacitante.

El diagnóstico es radiológico. Tratamiento: AINES, infiltraciones y rehabilitación, si no responden se realiza escisión de los depósitos por artroscopia o acromioplastia.

- *Bursitis Subacromiodeltoidea*: por afectación de dicha bolsa serosa. La bursitis subacromial coexiste generalmente con el Sd. Subacromial, manifestándose como una fibrosis y engrosamiento de la bolsa. El diagnóstico es con arco doloroso y abducción resistida no dolorosa y ECO. El tratamiento en casos agudos es con AINES y corticoides infiltrados, en los crónicos rehabilitación, y en casos rebeldes cirugía.

2.3. Patología ósea: movilidad activa y pasiva limitada, arco doloroso específico sin puntos concretos de sensibilidad local. Encontraremos tumores primarios o metastásicos (mieloma), y más raramente necrosis de la cabeza humeral.

TRATAMIENTO

Conservador: Salvo en casos severos, se recomienda antes de plantear la cirugía. Incluye AINES, infiltraciones locales con corticoides (útiles para mejorar la movilidad) y rehabilitación (medidas físicas que disminuyen el dolor, recuperan la movilidad activa, pasiva y la tonificación muscular). No

hay pruebas de la utilidad de otros tipos de fisioterapia y los estudios sobre la aplicación de láser son contradictorios.

Quirúrgico: artroscópica, mediante descompresión subacromial, reservando el abordaje a cielo abierto para los fracasos y para la rotura completa del manguito, en cuyo caso se realiza acromioplastia anterior y sutura del manguito tendinoso.

CUÁNDO DERIVAR

Al Reumatólogo: cuando no lleguemos a un diagnóstico, no haya mejoría con el tratamiento inicial o no haya respuesta a la infiltración.

Al Traumatólogo: en jóvenes con rotura total del manguito de los rotadores o del tendón del bíceps, o cuando las roturas o tendinitis del manguito no mejoran con tratamiento conservador, en bursitis subacromiales crónicas, en inestabilidad glenohumeral grave y en tendinitis calcificadas que no responden a tratamiento conservador.

Al Rehabilitador: en hombro congelado, en tendinitis no calcificadas del manguito de los rotadores, en roturas del manguito en ancianos cuando no hay respuesta al tratamiento inicial, en inestabilidad glenohumeral no operada y en casos de limitación a la movilidad pasiva.

VALORACIÓN DE LA IT

La capacidad del hombro para realizar sus funciones depende de cuatro características mecánicas básicas: Movimiento, estabilidad, fuerza y congruencia. En la valoración de esta patología debemos prestar atención al dolor, fuerza, grado de movilidad articular y funcionalidad. En todos los casos la valoración de la IT debe ser individualizada, objetiva y en relación con los requerimientos del puesto de trabajo del paciente. Valorar si el origen de la patología subsidiaria de IT tiene origen en enfermedad común o accidente no laboral (contingencia común), o bien accidente laboral o enfermedad profesional (contingencia profesional). Para esta última, conforme al Anexo I del RD 1299/2006 de enfermedades profesionales, se reconoce a la “*patología tendinosa crónica de manguito de los rotadores*” la calidad de enfermedad profesional específicamente en relación con “*trabajos que se*

realicen con los codos en posición elevada o que tensen los tendones o bolsa subacromial, asociándose a acciones de levantar y alcanzar; uso continuado del brazo en abducción o flexión, como son pintores, escayolistas, montadores de estructuras” (Código 2D0101).

EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA IT

1. Anamnesis:

- Antecedentes clínicos: patologías y traumatismos previos, tratamientos recibidos e intervenciones quirúrgicas.
- Antecedentes laborales: actividad actual y trabajos anteriores, requerimientos del puesto de trabajo, actividades de manipulación, transporte de cargas, movimientos repetitivos. Son profesiones susceptibles de hombro doloroso: bibliotecarios, electricistas, pintores, escayolistas, montadores, peluqueras, carniceros...
- Sintomatología alegada por el paciente: tipo de dolor (inicio, grado, ritmo, evolución, agravantes y atenuantes), localización e irradiación, mecanismo (traumatismo, sobrecarga, desuso), respuesta a los tratamientos e impotencia funcional.

2. Inspección: asimetrías, posición antiálgica, tumefacción, atrofas o equimosis.

3. Palpación: con el paciente sentado con los codos y antebrazos apoyados sobre los muslos, el médico se sitúa detrás del paciente y palpa la cabeza humeral, la clavícula, el acromion, la coracoides, la articulación acromioclavicular, la esternoclavicular y los tendones en busca de tumefacción, crepitación o puntos dolorosos (figura 1).

4. Movilidad: Deberá valorarse el arco global del movimiento del hombro, de forma activa, pasiva y contra resistencia. (Tablas 2 y 3).

- Movilidad activa: El paciente realiza él solo los movimientos. Su limitación puede ser por afectación osteoarticular, del manguito rotador o neurológica; pero la normalidad excluye la afectación articular. El dolor entre los 60 y 120° de abducción que desaparece al sobrepasar los 120° se denomina *arco doloroso*, y se debe al conflicto de espacio que existe en las estructuras subacromiales (sugiere patología del manguito de los rotado-

res o de la bolsa subacromial). El dolor en los últimos 30° de abducción es característico de lesiones de la articulación acromioclavicular. En procesos osteoarticulares existe generalmente una pérdida global de la movilidad en todas direcciones.

TABLA 2. Grados de Movilidad Activa normal

Abducción	170°-180°
Aducción	45°
Flexión (antepulsión)	170°-180°
Extensión	45°-60°
Rotación externa	70°-80°
Rotación interna	60°-80°

- **Movilidad pasiva:** Una movilidad activa disminuida y pasiva normal indica lesión tendinosa. La restricción del movimiento pasivo y activo indica afectación articular o capsular.

TABLA 3. Movilidad Pasiva

- Se debe explorar cuando no sean posibles los movimientos activos.
- Proporciona información sobre los ligamentos, músculos y tendones.
- Permite distinguir si la limitación de la movilidad se debe a debilidad muscular (explorador realiza movilidad pasiva sin problemas), a alteración tejidos blandos (ligera limitación que cede con la presión) o alteración intraarticular (hay limitación súbita e inflexible).

- **Contra resistencia:** no se mueve la articulación del paciente. De forma selectiva se ponen en tensión los músculos, de modo que un esfuerzo contra resistencia doloroso localiza la lesión en el tendón o músculo que se ha contraído (Tabla 4). Las maniobras contra resistencia que producen dolor son:

- Abducción activa (arco doloroso 60-120°) en la tendinitis del supraespinoso.

- Rotación externa en la afectación del infraespinoso o del redondo menor.
- Aducción y rotación interna en la tendinitis subescapular.
- Abducción sólo 20° en el desgarro del manguito de los rotadores.
- La presión sobre la articulación y la abducción forzada en la artritis acromio-clavicular.

TABLA 4. Orientación diagnóstica

Movilidad			Orientación
ACTIVA	PASIVA	CONTRA RESISTENCIA	
Limitada	Conservada	Debilidad	Debilidad Muscular Patología neurológica Rotura del manguito
Limitada	Conservada	Dolorosa	Patología tendinosa
Limitada	Limitada	Variable	Bloqueo óseo (intraarticular) Afectación tejidos blandos (extraarticular)
Conservada	Conservada	Indolora	Dolor referido

5. Pruebas especiales: Son maniobras que permiten valorar las diferentes lesiones.

- Prueba de Apley o de rascado superior: lesión del manguito. El paciente debe intentar tocarse el margen medial superior de la escápula contralateral con el dedo índice. Es positiva si aparece dolor con incapacidad para tocar la escápula por movilidad limitada (rotación externa y abducción) (figura 2).
- Prueba de Apley o de rascado inferior: lesión del manguito. El paciente debe intentar tocarse el ángulo inferior de la escápula contralateral con el dedo índice. Es positiva si aparece dolor con incapacidad para tocar la escápula por limitada movilidad (rotación interna y aducción) (figura 2). Ambas son maniobras útiles como *screening* inicial.

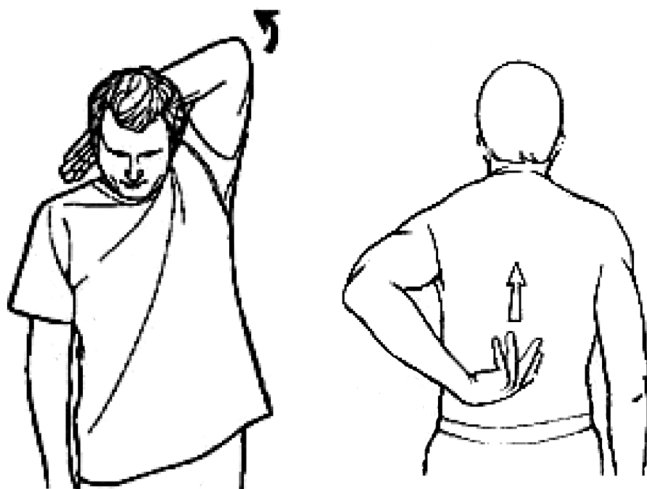


FIGURA 2. Prueba de Apley superior e inferior

- Prueba de Jobe: tendón supraespinoso, abducción. Con hombro en abducción 90° se pide al paciente que haga una elevación contrarresistencia. Es positiva si se desencadena dolor.
- Prueba de Patte: tendón infraespinoso, rotación externa. Con el hombro en abducción de 90° y codo en flexión de 90° , el paciente realiza rotación externa de antebrazos, mientras oponemos resistencia y aparece dolor.
- Prueba de Gerber: tendón subescapular, aducción. Con la mano pegada a la espalda, el brazo en rotación interna, el paciente no puede separarla venciendo la resistencia del explorador.
- Prueba de Yergason: porción larga del tendón del bíceps, flexión del codo. Con el antebrazo junto al tronco y el codo en flexión de 90° , la flexión y supinación contra resistencia produce dolor en la corredera bicipital.
- Signo del brazo caído: rotura del manguito. Se eleva de forma pasiva el brazo por encima de 90° y se pide al paciente que lo baje lentamente. Es positiva si se produce caída brusca en torno a 90° .
- Signo de Ludington: rotura del manguito. El paciente debe colocar las manos detrás de la nuca. Si no lo logra indica limitación de rotación externa y abducción, producida por rotura del manguito.

- Prueba de Impingement o de atrapamiento subacromial: lesión del manguito al rozar con el acromion. El paciente lleva la mano hacia el hombro sano y realiza elevación del miembro (rotación interna y flexión) contra resistencia produciéndose dolor.

6. Pruebas complementarias:

Rx simple: Es la técnica más usada en la proyección anteroposterior, ocasionalmente son necesarias las proyecciones en máxima rotación y axiales.

TAC: fiable en el estudio de traumatismos con radiología normal.

ECO Articular: determina el estado del manguito y partes blandas, y detecta la presencia de derrame articular.

RM: válida para estudiar tejidos blandos y cartílago intraarticular. Útil en el diagnóstico de rotura parcial o completa del manguito. Permite, junto con la ECO, diagnósticos muy fiables que confirman la exploración clínica y permiten control evolutivo.

Artrografía con/sin contraste: válida para la visualización del espacio intraarticular, para delinear los tejidos blandos, los recesos de alrededor de la articulación y la bolsa subacromial.

Gammagrafía: útil en el diagnóstico precoz de osteonecrosis y osteomielitis.

Duración del proceso de IT

Está condicionada por el origen de la lesión (aguda o crónica), el mecanismo (traumatismo, sobrecarga, desuso...), momento en que se produjo la lesión, evolución posterior y existencia de otros procesos previos y tipo de actividad laboral. Se entiende por *tiempo estándar* de IT el tiempo mínimo óptimo que se requiere para la resolución de un proceso clínico que ha originado IT 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 (Tabla 5). Conviene insistir en la importancia de realizar la correcta valoración del paciente que permita objetivar las limitaciones funcionales y su correlación con los requerimientos laborales.

TABLA 5. Estándares de duración de la IT:
tiempo mínimo óptimo para la resolución del proceso.

Código CIE 9MC	DIAGNÓSTICO	TIEMPO ESTÁNDAR (días)
711.91	Artritis infecciosa del hombro	60
715.31	Artrosis del hombro	30
719.41	Hombro doloroso	30
726.0	Capsulitis adhesiva del hombro	90
726.1	Sd. Manguito de los rotadores	60
726.11	Tendinitis calcificante del hombro	30
726.12	Tendinitis bicipital	30
726.19	Tendinitis del hombro	21
726.2	Periartritis del hombro	60
727.61	Rotura del manguito rotadores	90
727.62	Rotura de bíceps	45
727.82	Calcificaciones de tendón o bolsa	30
730.01	Osteomielitis de hombro	120
733.41	Necrosis ósea aséptica cabeza de húmero	90

Criterios para proponer Alta

Clínicos: Dolor ausente o intermitente o poco significativo, o dolor crónico compensado con tratamiento, o crisis algicas con buena respuesta al tratamiento (médico o quirúrgico).

Exploratorios: Balance articular completo o pérdida de movilidad en últimos grados del movimiento, conservando **más del 50%** de la movilidad. Balance muscular bueno (4/5), sin atrofas musculares o incipientes. Limitaciones propias del grupo de edad del paciente.

De Pruebas Complementarias: Sin significación clínica, o si existe, cuando los criterios anteriores expuestos (clínicos y de exploración física) lo permitan.

Limitación: La remisión de la clínica y la recuperación funcional del hombro permiten la reincorporación laboral. Cabría valorar el mantenimiento de la IT si la actividad laboral supone requerimientos muy intensos para la

articulación (empujar y levantar grandes pesos, manejo habitual de cargas, lanzamiento de objetos a larga distancia y/o sobre la altura de la cabeza...).

Criterios para proponer Incapacidad Permanente

Clínicos: Dolor intenso, que interfiere con el descanso nocturno. Tratamiento (médico-quirúrgico) ineficaz. Crepitación. Afectación severa de ambos hombros.

Exploratorios: balance articular limitado, conservando **menos del 50%** de movilidad y con compromiso evidente de los arcos útiles articulares. Balance muscular malo (3+/5). Atrofias musculares. Dolor o imposibilidad para realizar maniobras especiales.

De Pruebas Complementarias: Cambios degenerativos moderados/severos, en el contexto de alteraciones funcionales importantes. Erosiones, deformidades articulares (subluxaciones), pinzamientos de interlinea, osteofitos. Rotura completa del manguito.

Limitación: La rigidez articular es la secuela que con mayor frecuencia puede dar lugar a valorar una IP en alguno de sus grados.

Pacientes simuladores

- Dramatización de quejas, exageración de síntomas. Notable discrepancia entre los síntomas alegados por el paciente y hallazgos objetivos.
- Falta de cooperación del paciente: reticencia para ser explorado, rechazo a realizar pruebas diagnósticas, mala colaboración en las exploraciones...
- Síntomas mal definidos y/o erráticos.
- Resistencia a aceptar un diagnóstico favorable.
- Realización de maniobras espontáneas especialmente cuando el paciente no se siente observado, tales como vestirse-desvestirse, coger objetos, rapidez-lentitud al realizarlos, gesticulación acompañante, etc....

PUNTOS CLAVE

- El hombro es la estructura anatómica con mayor movilidad del cuerpo y más compleja.
- Las enfermedades y lesiones del hombro constituyen un motivo prevalente de consulta en atención primaria.
- El 25% de la población sufre algún episodio de patología de los tejidos músculo-tendinosos periarticulares durante su vida.
- La *patología del manguito de los rotadores*, es responsable del 68% de los casos de hombro doloroso, y afecta con mayor frecuencia al tendón del supraespinoso.
- La *Capsulitis Retráctil* es más frecuente en mujeres, mayores de 50 años y unilateral.
- En el *Síndrome Subacromial* el paciente sufre arco doloroso en la abducción activa entre los 60° y 120°.
- La *Tendinitis Bicipital* es secundaria al síndrome de pinzamiento con lesiones del manguito de los rotadores en el 95% de los casos.
- La RM y la ECO permiten diagnósticos muy fiables que confirman la exploración clínica y permiten el control evolutivo.
- Salvo en casos severos, en el hombro doloroso el tratamiento es conservador.
- En la valoración de esta patología debemos prestar atención al dolor, fuerza, grado de movilidad articular y funcionalidad.
- En todos los casos la valoración de la IT debe ser individualizada, objetiva y en relación con los requerimientos del puesto de trabajo del paciente.
- La rigidez articular es la secuela que con mayor frecuencia puede dar lugar a valorar una Incapacidad Permanente en alguno de sus grados.

BIBLIOGRAFÍA

- PECINO GARCÉS, L.: Hombro doloroso agudo no traumático. JANO 1996; 1177: 25-28.
- MORILLAS LÓPEZ, L., et al.: El hombro doloroso. Medicine. 1988; 24: 991-998.
- PÉREZ VIDAL, A.M., MÉNDEZ GARCÍA M. J., RUESCAS MORENO MD, PÉREZ FERNÁNDEZ, T.: Patología del Aparato Locomotor: II-miembro superior. En: Manual de Actuación para Médicos del INSS. Instituto Nacional de la Seguridad Social.

- Tiempos estándar de Incapacidad Temporal. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Madrid 2004.
- Institut Ferrán de Reumatología. Hombro doloroso. (Disponible en http://www.institutferran.org/hombro_doloroso.htm [Consultado el 18 de octubre de 2008])
- Infiltraciones en el hombro. Maestro Saavedra J, Nieto Pol E, Eirea Eiras C, Castaño Carou A, Díaz Garel JJ. (Disponible en <http://www.fisterra.com/material/tecnicas/infiltracio/hombro.asp> [Consultado el 18 de octubre de 2008])
- ARIZÓN DEZA, P., GARCÍA RUIZ, T.: Síndrome del túnel carpiano y hombro doloroso. En: Canals Lizano R, Marín Ibáñez A (Eds.). Manual Práctico de Medicina General. Sociedad Española de Medicina General. Madrid. 1998: 839-843.
- BACKUP, K.: Pruebas clínicas para patología ósea, articular y muscular. Exploraciones-Signos-Síntomas. Barcelona. Masson 2003: 54-98.
- 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.

22. Valoración de la incapacidad temporal en fibromialgia

Patricia Catalán Alcalá

INTRODUCCIÓN

La fibromialgia es un cuadro clínico caracterizado por la presencia de dolor generalizado que afecta a partes blandas del aparato locomotor. Con frecuencia se acompaña de astenia y trastornos del sueño.

Se trata de una enfermedad crónica, de origen desconocido, probablemente multifactorial, no habiéndose demostrado ninguna alteración orgánica. Existen varias teorías respecto a su etiología: disminución del umbral del dolor, déficit de serotonina, enfermedad autoinmune, disfunción neuroendocrinológica (recientes estudios sugieren que su origen puede estar relacionado con una alteración de las proteínas presentes en el líquido cefalorraquídeo), causa genética, origen psicógeno...

El inicio de la sintomatología también se ha relacionado con multitud de factores desencadenantes como infecciones víricas, traumatismos, intervenciones quirúrgicas o sobrecarga emocional, sin que se haya encontrado una relación clara.

EPIDEMIOLOGÍA

Se estima una prevalencia del 2 al 4%, siendo el 80-90% mujeres. La edad de presentación suele encontrarse entre los 35 y los 60 años, aunque puede aparecer en ancianos y niños.

CLÍNICA

El síntoma principal es el dolor generalizado musculoesquelético crónico. De forma frecuente esta sintomatología dolorosa se encuentra asociada con otros síntomas como:

- Alteraciones del sueño: se duermen con facilidad, pero su sueño profundo se interrumpe con frecuencia.
- Astenia: puede ir desde leve a severa en algunos pacientes. La describen como sensación de abatimiento y pocas ganas de hacer sus actividades habituales. Dificultad para asimilar el estrés.
- Síndrome de colon irritable: alternan fases de estreñimiento con diarrea, con presencia de dolor abdominal, meteorismo, náuseas y vómitos.
- Migrañas o cefaleas de tipo tensional.
- Síndrome témporo-mandibular: provoca un dolor intenso en la cara y la cabeza, que localizan en la cara anterior del oído relacionado con la acción de masticar.
- Trastornos psicológicos y psiquiátricos: se ha observado que estos pacientes presentan un perfil psicológico con elevada puntuación para la depresión, hipocondrías e histeria. Asimismo, los pacientes con dolor crónico presentan conflicto emocional con personas del entorno, abandono de actividades sociales y cambios emocionales y afectivos negativos. En el aspecto psiquiátrico, presentan trastornos como depresión, ansiedad, somatizaciones y fobias.
- Rigidez matutina.
- Alteraciones de la memoria y la concentración.
- Parestesias.
- Mareos.
- Sequedad de ojos y boca.

Esta presentación clínica tan variada hace que a menudo se hable de Síndrome fibromiálgico.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es clínico y se basa en los criterios del *American College of Rheumatology*:

1. Historia de dolor generalizado: se considera que el dolor es generalizado cuando se produce en todas las siguientes áreas: parte izquierda del cuerpo, parte derecha del cuerpo, por encima de la cintura y por debajo de la cintura. Además debe existir dolor esquelético axial (columna cervical, tórax anterior, columna dorsal o región lumbar). El dolor debe ser de al menos 3 meses de duración.
2. Presencia de dolor a la palpación en 11 de los 18 puntos gatillo. La palpación digital debe hacerse con una fuerza aproximada de 4 kg. Los puntos gatillo (“tender points”) son los siguientes, valorados de forma bilateral (figura 1):

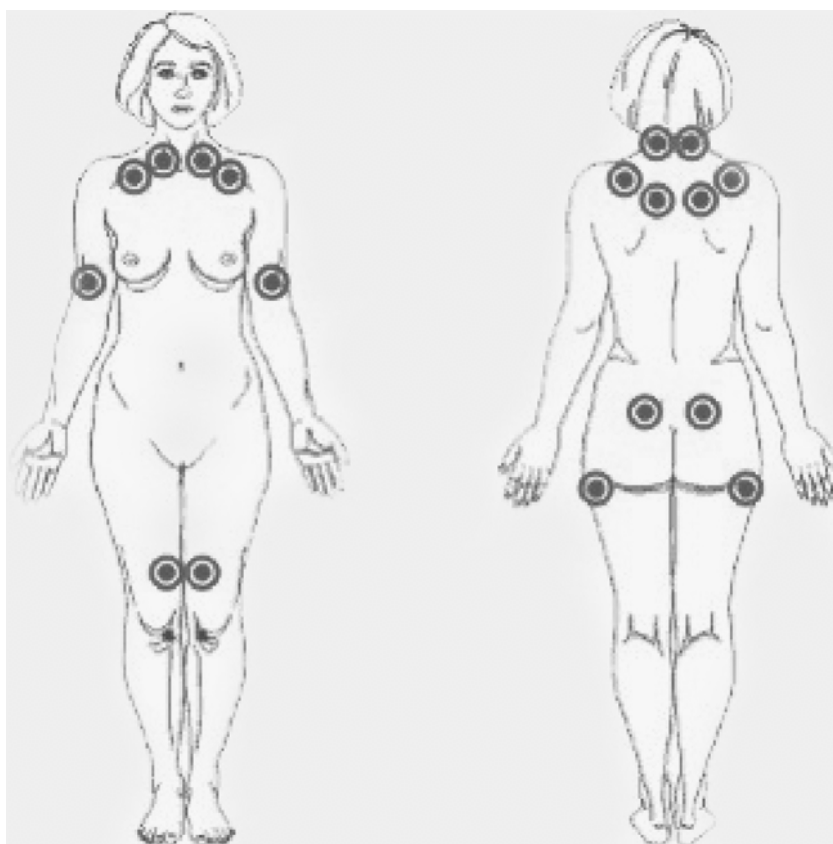


FIGURA 1. Puntos gatillo (*tender points*). (Tomado de <http://www.saforguia.com>)

- Occipital: en la inserción de los músculos occipitales.
- Cervical bajo: en las caras anteriores de los espacios intertransversos a la altura de C5-C7.
- Trapecio: en el punto medio del borde superior.
- Supraespinoso: en el origen, por encima de la espina de la escápula.
- Segunda costilla: en la unión costochondral.
- Epicóndilo: 2 cm distal a los epicóndilos.
- Glúteo: en el cuadrante superoexterno.
- Trocánter mayor: posterior a la prominencia trocantérica.
- Rodilla: en la almohadilla grasa medial, próxima a la interlínea articular.

Salvo la presencia de dolor en los puntos gatillo ya comentados el resto de la exploración es normal, no encontrándose inflamación ni disminución de la movilidad articular. El tono muscular tampoco se ve afectado aunque la exploración puede estar artefactada por el dolor.

La realización de pruebas complementarias para el diagnóstico de fibromialgia está encaminada a descartar otras patologías asociadas. No existe ninguna prueba concluyente para el diagnóstico. Se considera indicado realizar:

- Analítica de sangre con hemograma, VSG, glucemia, urea, creatinina, enzimas hepáticas, enzimas musculares, proteína C reactiva, hormonas tiroideas, calcio y fósforo.
- Sistemático de orina.
- Radiografías convencionales dependiendo de la clínica de cada paciente.

Es necesario realizar diagnóstico diferencial con patologías que pueden presentar sintomatología común con la fibromialgia como artritis reumatoide, polimialgia reumática, espondiloartropatías, miopatías, lupus eritematoso sistémico, hipotiroidismo, miastenia gravis, mieloma múltiple, trastorno por somatización, depresión o síndrome de fatiga crónica (con este último existe una relación muy directa e incluso se valora que pueda tratarse de una variante de la misma patología).

La presencia de otra enfermedad no excluye el diagnóstico de fibromialgia. De hecho, es frecuente que coexista con patologías como artritis reumatoide y depresión.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la fibromialgia es difícil y no se obtienen apenas remisiones completas. Debe plantearse un tratamiento multidisciplinar, pudiendo diferenciar dos grandes grupos:

1. Tratamientos no farmacológicos:

- Educación sanitaria: es fundamental la información al paciente, destacando la naturaleza benigna y común, aunque crónica, de la enfermedad. Transmitir que no es una patología que degenera ni produzca limitación funcional sin que por ello el paciente interprete que no reconocemos ni comprendemos su patología. Insistir en la inutilidad de repetir múltiples pruebas diagnósticas y consultas. Se debe conseguir que el paciente se implique en su propio tratamiento y aprenda a controlar su patología evitando en lo posible la afectación de su vida cotidiana y la victimización.
- Ejercicio físico: regular, aeróbico y de baja intensidad. Será beneficioso para su estado anímico y alteraciones del sueño.
- Valoración de los factores psicológicos: la intervención de este grupo que ha demostrado mayor eficacia son las terapias cognitivo-conductuales. Este tipo de pacientes suele tener con frecuencia trastornos en su entorno laboral y familiar para los que las técnicas de control de estrés suelen ser beneficiosas.
- Otras terapias como los masajes, la acupuntura, la hidroterapia, quiropraxia, dietas y homeopatía han resultado útiles en algunos pacientes aunque no está demostrada su eficacia.

2. Tratamientos farmacológicos:

- Antidepresivos: los mejores resultados se han obtenido con los antidepresivos tricíclicos a dosis bajas (Amitriptilina 10-50 mg/día, Ciclobenzaprina 10-40 mg/día). También se han empleado los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (Fluoxetina 20 mg/día) y últimamente los inhibidores mixtos de serotonina y norepinefrina (Duloxetina).
- Ansiolíticos: es útil el empleo de Alprazolam.

- Analgésicos y AINEs: no se recomienda el uso de AINEs por su escasa respuesta. Lo mismo ocurre con los esteroides y analgésicos opioides. De este grupo lo más eficaz ha sido el uso de Tramadol o combinaciones de Paracetamol-Tramadol.
- En estudio tratamientos con Gabapentina y Pregabalina.
En los últimos años se han creado en España varias unidades especializadas en fibromialgia que proporcionan un tratamiento integral (sintomático) a los pacientes.

MANEJO DE LOS PACIENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA

Por las características de la enfermedad, sin datos objetivos que valorar, el manejo es complejo. Establecemos un cronograma orientativo para el diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia en atención primaria:

1. Entrevista clínica y exploración: cuando nos encontramos por primera vez ante un paciente con el posible diagnóstico de fibromialgia, lo primero que debemos hacer es una buena anamnesis y exploración. Con la historia clínica y exploración compatible ya podemos tener un diagnóstico, aunque es recomendable solicitar las pruebas básicas complementarias comentadas previamente.

En la entrevista conviene crear una atmósfera favorable de confianza con cordialidad y empatía para que el paciente pueda explicar lo que le ocurre, cómo lo vive y el impacto que tiene en su vida cotidiana.

Una vez más recordar la importancia de la educación sanitaria en la que informemos correctamente al paciente para que no crear falsas expectativas en cuanto a pronóstico y tratamiento. Esto es fundamental para obtener la colaboración e implicación del paciente y evitar derivaciones innecesarias en muchos casos.

Para evaluar el grado de afectación podemos realizar el Cuestionario Español de Impacto de la Fibromialgia: Spanish FIQ (figura 2). Además de darnos una aproximación del grado de gravedad de cada paciente, nos sirve para realizar un control evolutivo.

2. **Visita sucesiva:** es conveniente realizar una revisión de la situación a las 2 semanas de instaurado el tratamiento. Esta revisión puede servirnos para:

- Ver evolución de la patología y el grado de respuesta al tratamiento.
- Que el paciente nos exponga nuevas dudas que le hayan surgido en este periodo.
- Recomendar la realización de ejercicio físico (de las características comentadas).

3. **Visitas posteriores:** a las 4-6 semanas. En este momento podemos volver a realizar el Spanish FIQ para comparar con el realizado en la primera consulta.

4. **Consultas con especialistas:** las consultas más frecuentes son a las especialidades de Reumatología, Psiquiatría, Neurología y Rehabilitación, por dos motivos fundamentales:

- Para confirmar el diagnóstico, descartando patologías del diagnóstico diferencial.
- Para orientar el tratamiento.

Conviene realizar una interconsulta con Reumatología cuando tenemos dudas diagnósticas, cuando la clínica es severa o cuando no obtenemos ningún tipo de respuesta al tratamiento. Siempre que se derive debemos aportar un buen resumen de la historia clínica que incluya las pruebas diagnósticas realizadas.

En cuanto a la capacidad laboral, en algunos casos el paciente está limitado para la realización de su actividad habitual. Cada vez está tomando más relevancia esta patología en la incapacidad temporal por contingencias comunes dado su carácter crónico, su evolución episódica y que cada vez aparece a edades más tempranas, con la importante repercusión económica que conlleva.

Para que un paciente permanezca en IT hay que tener en cuenta diversas consideraciones:

- Es frecuente que la sintomatología tenga un curso fluctuante, por lo que los periodos de IT se ajustarán a la evolución.
- La valoración de la discapacidad sigue siendo un problema para poder realizar una evaluación, ya que es subjetiva por falta de criterios objetivos. La limitación que refieren los pacientes no se puede confirmar objetivamente.

- La IT no es curativa, sólo necesaria si el paciente realmente no puede realizar su trabajo.
- Además de no ser curativa, los largos periodos de inactividad no resultan beneficiosos para el paciente, que acaba cayendo en situaciones de victimismo que a su vez inciden negativamente en la percepción de la enfermedad.

La misma problemática para evaluar la IT en atención primaria se presenta en los equipos de valoración de incapacidad permanente cuando el paciente supera los plazos establecidos y hay que tomar una decisión. Hasta ahora lo más frecuente es que dichos equipos resuelvan que el paciente no está incapacitado. La mayoría de los pacientes (se estima que un 80% en algunos estudios) que consiguen algún tipo de IP por esta patología es por sentencia judicial y con frecuencia tiene bastante peso la presencia de patología concomitante.

PUNTOS CLAVE

- La fibromialgia es una enfermedad de etiología desconocida al igual que sus factores desencadenantes.
- El diagnóstico es clínico: presencia de dolor generalizado de al menos 3 meses de duración y 11 de entre 18 puntos sensibles dolorosos.
- No existe ninguna prueba complementaria objetiva para confirmar el diagnóstico.
- El tratamiento debe ser multidisciplinar basado en educación sanitaria, ejercicio, tratamiento farmacológico y evaluación psicológica.
- Los antidepresivos tricíclicos a dosis bajas son los que han obtenido mejores respuestas. Los AINES no son recomendables.
- Se trata de una enfermedad crónica con síntomas fluctuantes.
- Los criterios para derivar a consulta especializada son: duda diagnóstica, severidad de los síntomas y falta de respuesta al tratamiento.
- La evaluación de la discapacidad que origina es difícil al ser subjetiva.

BIBLIOGRAFÍA

- ISASI ZARAGOZA, C.: Valoración del menoscabo permanente. Tomo I. 2ª Edición. 1998: 215-222.
- HOUVENAGEL, E.: Enciclopedia Médico-Quirúrgica. Aparato locomotor. 2003
- BAENA MORUO, A.: MADRID MÉDICO. MARZO. Nº 115. 2008
- MARZO ARANA, J, MARTÍNEZ ARANTEGUI, O.: Protocolo para el abordaje de la fibromialgia en el ámbito de atención primaria del Sistema de Salud de Aragón y criterios para su derivación a la atención especializada. 2006.
- NISHISHINYA, M. B. et al.: Intervenciones no farmacológicas y tratamientos alternativos en la fibromialgia. Med Clin (Barc). 2006; 127(8): 295-9.
- ARNOLD, L. M.: Biology and therapy of fibromyalgia. New therapies in fibromyalgia. Arthritis Research&Therapy 2006, 8: 212.
- CHAKRABARTY, S, ZOOROB, R.: Fibromyalgia. American Family Physician 2007; 76: 247-54.
- MONTERDE, S, SALVAT, I, MONTULL, S, FERNÁNDEZ-BALLART, J.: Validación de la versión española del Fibromyalgia Impact Questionnaire. Rev Esp Reumatol 2004; 31(9): 507-13.

23. Valoración de la incapacidad temporal en la cardiopatía isquémica

Dolors Vila Alsina
Purificación Vilaseca Fernández
Francisca Toribio Troyano

INTRODUCCIÓN

La enfermedad coronaria (EC) o cardiopatía isquémica (CI) está entre las primeras causas de muerte en nuestro país. Es una entidad que tiene un enorme impacto en el individuo, tanto en su calidad de vida como en su futuro personal, social y profesional. Aunque la incidencia de CI en la población de 25 a 75 años se mantiene estable, se estima que cada año aumenta en 1.5% el número de casos de angina e infarto, en gran medida debido al envejecimiento de la población.

Existen muchos factores de riesgos identificados, lo que hace que la enfermedad coronaria sea prevenible de forma integral. La mayoría de los pacientes que superan la fase crítica, pueden ser rehabilitados e incorporarse a su vida habitual.

En los últimos años se han introducido métodos de diagnóstico y tratamiento muy eficientes, con los que se puede determinar, ya desde el principio, tanto el pronóstico precoz (que depende de la severidad de la cardiopatía y de la función ventricular) como la evolución que puede seguir la enfermedad, siendo imprescindible analizar las posibilidades de reversibilidad (patologías muy graves pueden ser totalmente reversibles –IAM–,

mientras que otras de pronóstico benigno pueden dejar invalido al trabajador –angina de pecho leve por enfermedad vascular distal difusa–).

En todo caso, aunque existan unos parámetros objetivos para valorar la gravedad de la patología y la capacidad funcional del sistema vascular, la valoración de un paciente con CI debe ser individualizada y relacionando la valoración pronóstica y valoración funcional con su actividad laboral.

La CI se clasifica en:

- ✓ Enfermedad coronaria estable.
- ✓ Síndrome coronario agudo.
 - Angina inestable.
 - Infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST.
 - Infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST.

A. MÉTODOS DE EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA Y OBJETIVACIÓN DE PATOLOGÍA.

A.1. HISTORIA CLÍNICA

En un paciente con dolor torácico, la valoración de las características clínicas, los factores de riesgo coronario (HTA, dislipemia, obesidad, diabetes, tabaquismo, edad, sexo, historia familiar de enfermedades cardiovasculares, estrés, sedentarismo), el ECG y la radiografía de tórax nos permiten estimar la probabilidad de presentar EC y su pronóstico.

Para la valoración de la limitación funcional del trabajador, en referencia a la clínica que presenta, habitualmente se utiliza la clasificación funcional de la Canadian Cardiovascular Society (tabla 1).

TABLA 1. Clasificación funcional de la Canadian Cardiovascular Society

Clase I.
La actividad física ordinaria (caminar, subir escaleras) no causa angina. Aparición de síntomas anginosos con el esfuerzo importante (ejercicio prolongado o intenso) .
Clase II.
Ligera limitación a la actividad física ordinaria. Aparición de síntomas anginosos al caminar o subir escaleras rápido, tras la comidas o en situaciones de estrés emocional o bien caminando en ambientes fríos .
Clase III.
Marcada limitación a la actividad física ordinaria. Aparición de síntomas anginosos al andar una o dos manzanas en terreno plano o al subir un tramo de escalera .
Clase IV.
Incapacidad para llevar a cabo cualquier actividad física sin molestias. Posible aparición de síntomas en reposo .

A.2. ELECTROCARDIOGRAMA (ECG).

– **Valor diagnóstico:** el hallazgo de alteraciones reversibles del ECG detectadas en pacientes con síntomas sugerentes de EC es prácticamente patognómico de presencia de isquemia miocárdica. Además nos ayuda a determinar la presencia de alteraciones del ritmo cardiaco provocadas por la isquemia miocárdica.

– **Valor pronóstico:** el pronóstico viene determinado, por un lado por la presencia de signos de isquemia, y por otro lado por la presencia de arritmias. Se consideran como peor pronóstico los bloqueos aurículo-ventriculares y el trastorno agudo de la conducción intraventricular.

A.3. PRUEBA DE ESFUERZO (PE).

– **Valor diagnóstico:** la sensibilidad de la prueba es del 65% y la especificidad del 85%. Los objetivos de la prueba de esfuerzo en la CI son fundamentalmente:

- ✓ Determinar la probabilidad de existencia de CI y, en concreto, de angina y su comportamiento ante el esfuerzo.

- ✓ Establecer el grado de severidad.
- ✓ Valorar la capacidad funcional.
- ✓ Evaluar los efectos de la terapéutica.
- ✓ Detectar una isquemia residual.

– Valor pronóstico. Los criterios que se asocian a una mayor incidencia o mayor severidad en la EC son los relacionados con:

- ✓ Valoración del comportamiento en los estadios de Bruce y/o capacidad medida, en METS, en otros protocolos.
- ✓ Frecuencia cardiaca alcanzada al presentar los síntomas.
- ✓ Observación del comportamiento del segmento ST.
- ✓ Descenso de la presión arterial al incrementar el nivel de ejercicio.

La prueba de esfuerzo después de un IAM permite detectar la isquemia residual aportando una serie de datos, relacionados con:

- ✓ La función ventricular permite una valoración objetiva de la capacidad funcional.
- ✓ Identifica precozmente pacientes de alto riesgo candidatos a coronariografía y susceptibles de revascularización miocárdica post-infarto.
- ✓ Permite identificar los pacientes de bajo riesgo que no precisan ningún otro estudio, por tanto identifica a los trabajadores a los que se puede prescribir el alta laboral.

A.4. ESTUDIO CON ISÓTOPOS (GAMMAGRAFÍA MIOCÁRDICA)

Las pruebas con isótopos nos permiten observar en imágenes la distribución de un trazador por el flujo sanguíneo miocárdico. Se puede realizar con ejercicio (en un tapiz rodante o en una bicicleta) o bien mediante una prueba de provocación farmacológica (generalmente dipiridamol o dobutamina).

También puede utilizarse en pacientes en los que la ergometría convencional no puede realizarse, por ejemplo, pacientes con impedimento físico para su realización.

– Valor diagnóstico: presenta una sensibilidad y especificidad del 80 al 90%. Es útil en las situaciones en las que la prueba de esfuerzo no es analizable o no tiene la suficiente precisión.

– Valor pronóstico: los criterios de severidad son la intensidad y la extensión de los defectos de captación.

A.5. ECOCARDIOGRAFÍA – DOPPLER (ECO)

– Valor diagnóstico: nos detecta el grado de disfunción miocárdica mediante la objetivación de la fracción de eyección (FE).

– Valor pronóstico: se sospecha peor pronóstico al observar:

- ✓ Anomalías contráctiles extensas (>4 segmentos).
- ✓ Acinesias o discinesias severas.
- ✓ Tiempo libre de isquemia corto.

A.6. MONITORIZACIÓN ELECTROCARDIOGRÁFICA AMBULATORIA (HOLTER)

– Valor diagnóstico: la sensibilidad de esta prueba es del 80% y la especificidad del 100%. En raras ocasiones se utiliza como método diagnóstico, pero puede ser útil en las diferentes situaciones:

- ✓ Dolor torácico sugestivo de angina variante *Prinzmetal*, sin documentación ECG.
- ✓ Pacientes sintomáticos incapaces de realizar la prueba de esfuerzo en cinta y/o ciclo ergómetro.
- ✓ Ante la sospecha de arritmias asociadas a cambios del segmento ST.

– Valor pronóstico: depende de los hallazgos encontrados.

A.7. CORONARIOGRAFÍA

La angiografía coronaria nos ofrece el patrón de referencia en la valoración de EC, pero tiene algunas limitaciones, como la imposibilidad de detectar la enfermedad de la microvascularización.

– Valor diagnóstico:

- ✓ Establecer diagnóstico de seguridad de la EC.
- ✓ Determinar la extensión, grado de estenosis, existencia de enfermedad de un solo vaso o multivaso y/o presencia de lesiones dístales o proximales.

- ✓ Valorar la zona de necrosis de miocardio.
- ✓ Determinar el grado de disfunción ventricular (fracción de eyección)

– Valor pronóstico: la coronariografía normal y/o la presencia de lesiones inferiores al 50% delimita un grupo de bajo riesgo.

B. DATOS PRONÓSTICOS

B.1. MARCADORES DE MAL PRONÓSTICO EN LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA.

- ✓ Infarto de miocardio previo.
- ✓ Diabetes Mellitus e HTA asociados a la CI.
- ✓ Angina severa (Clases III y IV de la CCS).
- ✓ Cardiomegalia en la radiografía de tórax.
- ✓ Enfermedad vascular periférica.
- ✓ Presencia de arritmias asociadas a la CI, no controlables.

B.2. CRITERIOS DE ALTO RIESGO CORONARIO DETECTADO EN PRUEBAS COMPLEMENTARIAS, EN LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA.

Prueba de esfuerzo:

- ✓ Esta prueba permite, además de valorar la **capacidad funcional**, detectar la isquemia miocárdica residual, consiguiéndose de esta forma establecer un pronóstico de la severidad de la enfermedad. Los pacientes con buena tolerancia al ejercicio y sin depresión del ST tienen una mortalidad en un año de menos del 3%, mientras que los pacientes con una depresión del segmento ST de más de dos milímetros llegan a casi el 20% si son tratados médicamente. Son datos de mal pronóstico:
 - No alcanzar la FC superior a 120 lat/min.
 - No alcanzar 6.5 METS (II estadio de Bruce).
 - No aumentar la presión arterial 10 mm Hg o más.
 - Depresión del segmento ST (>2 mm) con ejercicio.
 - Angina inducible a menos de 4 METS.

✓ Ecocardiografía

Nos proporciona datos sobre la contracción segmentaria y global del ventrículo izquierdo, la existencia de aneurismas, trombos, la existencia o no de insuficiencia mitral, la presión sistólica de la arteria pulmonar, la afectación del ventrículo derecho y la existencia de derrame pericárdico, que pueden variar el pronóstico de la CI.

El dato más importante en la valoración de la incapacidad laboral en la CI es la FE. Se considera que está severamente deprimida cuando es menor del 35%, moderadamente deprimida cuando está comprendida entre el 35 y el 40% y ligeramente deprimida entre el 40 y el 50%.

✓ Estudio con isótopos

- **Perfusión de esfuerzo isotópica.** En esta prueba nos marcarán el valor pronóstico los siguientes parámetros:
 - Defectos de perfusión múltiples y/o extensos y/o persistentes.
 - Presencia de redistribución.
 - Aumento de captación pulmonar de TI201.
 - Dilatación de la cavidad ventricular inducida por esfuerzo.
- **Ventriculografía isotópica de esfuerzo.** Se valorará básicamente la FE, como factor de pronóstico:
 - Disminución de la FE superior al 5% en esfuerzo.
 - FE en esfuerzo menor al 45 %
 - Aumento del volumen telediastólico, inducido por el ejercicio.

✓ Cateterismo cardiaco: Se consideran valores de peor pronóstico, los siguientes:

- **Coronariografía:**
 - Enfermedad de tronco común de coronaria izquierda.
 - Enfermedad de tres vasos.
 - Lesión severa de la arteria descendente anterior proximal.
 - Circulación colateral disminuida.
- **Ventriculografía:**
 - Fracción de eyección inferior a 35%.
 - Volumen telediastólico aumentado.
 - Presión telediastólica basal aumentada.

Algunas aclaraciones en la valoración del pronóstico:

Se entiende por **capacidad funcional** (CF) la cantidad máxima de oxígeno (VO₂ máx), en litros por minuto, que un individuo puede llegar a consumir realizando ejercicio físico, representando el oxígeno transportado y utilizado en el metabolismo celular. Es un indicador de salud, y de enorme importancia evaluarla bien en el paciente cardiópata, pues su mejoría va a ser el objetivo básico a conseguir.

Un **MET (o equivalente metabólico)** es la unidad que representa el consumo de oxígeno promedio en condiciones basales y equivale al consumo de oxígeno de un individuo en situación de reposo (3,5 ml de O₂ por Kg de peso y minuto). Por ejemplo, 6 METS es una actividad física que multiplica por seis el consumo basal.

La valoración de la capacidad laboral en la CI depende, en gran medida, del grado funcional que el individuo presenta en la fase de estabilización de la patología. Por tanto la medida de la FE que debe valorarse no será en ningún caso la de la prueba complementaria diagnóstica (coronariografía), sino la obtenida en la ecografía doppler en fase de estabilización.

C. MEDIDAS TERAPÉUTICAS

C.1. TRATAMIENTO DE LA ANGINA ESTABLE

Es tarea fundamental del médico de atención primaria la evaluación y control de los factores de riesgo cardiovascular para prevenir la progresión de la enfermedad coronaria estable y evitar sus complicaciones.

El tratamiento farmacológico dependerá de cada situación:

- **Prevención secundaria:** estatinas o antiagregantes plaquetarios (como el ácido acetil salicílico (AAS) o clopidogrel si hay alergia o intolerancia al AAS).
- **Tratamiento sintomático:** de primera elección son los betabloqueantes si no están contraindicados, en cuyo caso se podrían administrar calcioantagonistas cronotropos negativos (verapamil, diltiazem). Si hay bradicardia o bloqueo aurículo-ventricular se emplean calcioantagonistas tipo dihidropiridina como amlodipino. También se usarán cal-

cioantagonistas en la angina vasoespástica. Se podrán asociar nitratos (oral o transdérmicos).

- **Revascularización o cirugía de derivación coronaria:** según evolución o el tipo de lesión.

C.2. TRATAMIENTO DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO (SCA)

Un paciente con un cuadro sugestivo de SCA es una urgencia médica y por tanto debe prestársele atención inmediata.

El diagnóstico temprano, la terapia precoz y el traslado urgente son claves fundamentales para la supervivencia, mejorando notablemente el pronóstico.

C.2.1. Tratamiento del SCA en fase inicial: PREHOSPITALARIA.

Las medidas terapéuticas están resumidas en la tabla 2. Se realizarán por los profesionales de atención primaria (médico y enfermería) de forma simultánea y ninguna de ellas retrasará el traslado al hospital. Merecen especial atención en esta fase la trombolisis farmacológica y las complicaciones que se derivan de la CI.

TABLA 2. Tratamiento del SCA en fase inicial prehospitalaria.

- Monitorización con pulsioximetría y ECG continuos. Preparación del desfibrilador.
- Avisar al 061 o 112 solicitando una ambulancia medicalizada para traslado.
- Nitroglicerina sublingual (NTG) 0,4-0,8 mg. Repetir 3 o 4 veces si precisa, cada 5 minutos (contraindicada si hay hipotensión).
- Ácido acetilsalicílico (AAS) 75-325mg masticado (contraindicado en úlcera activa, alergia o intolerancia a la aspirina o anticoagulación) o Clopidogrel 300mg si alergia a AAS.
- Oxigenoterapia de mantenimiento o en función de la SATO₂.
- Canalizar una vía venosa.

- Cloruro mórfico 2,5-5 mg. IV o SC si precisa (puede repetirse 3 veces), con antiemético. Preferible Meperidina si hay hipotensión y/o bradicardia (frecuente en IAM inferior) por su efecto vagolítico.
- Sedantes o ansiolíticos si precisa.
- Trombolisis (ver indicaciones y contraindicaciones): Estreptoquinasa 1,5 millones UI en 100ml suero, en 60 minutos; R-TPA, otros.

- La Trombolisis farmacológica prehospitalaria en el SCA con elevación del ST mejora el pronóstico y reduce la mortalidad, según algunos estudios, en un 50% si se aplica en la primera hora tras el inicio de los síntomas, reduciéndose el beneficio si se retrasa. No debe realizarse cuando no hay elevación del ST (por efecto paradójico protrombótico).
- Tratamiento de las complicaciones en el SCA. Se valorará el tratamiento específico para cada caso:
 - Insuficiencia cardíaca: administrar diuréticos (furosemida u otros según proceda).
 - Shock: se tratará según se presente taquicardia ventricular (TV), fibrilación auricular (FA), insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), bradiarritmia, etc. Fluidoterapia en ausencia de ICC.
 - Arritmias: en la FV primaria el tratamiento inicial es la cardioversión-desfibrilación. Administrar antiarrítmicos (lidocaina, procainamida, amiodarona) o bien betabloqueantes según proceda. En las bradiarritmias administrar atropina si es necesario.
 - Parada cardiorrespiratoria: maniobras de RCP.

C.2.2. Tratamiento del SCA en fase HOSPITALARIA

La terapia farmacológica se basa en la utilización de antianginosos, antiagregantes plaquetarios, anticoagulantes y estatinas y la posibilidad de revascularización coronaria cuando sea necesaria (tabla 3).

TABLA 3. Terapia farmacológica hospitalaria en el SCA.

- AAS 100-300 mg/día asociado a Clopidogrel 75 mg/día.
- Clopidogrel 75 mg/día si no pueden tomar AAS. La Ticlopidina 250 mg/12 horas o el Trifusal 300 mg/8 horas, son otras alternativas si no toleran AAS.
- Analgésicos si precisa: Sulfato de Morfina 1-5 mg/min iv.
- Heparina de bajo peso molecular. Cambiar a heparina no fraccionada si van a ser revascularizados quirúrgicamente.
- Betabloqueantes: antianginosos de 1ª línea (salvo contraindicaciones) en el SCA sin elevación del ST. Útiles en HTA y taquicardia y en ausencia de bradicardia, hipotensión o insuficiencia cardíaca.
- Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) o antagonistas de los inhibidores de la angiotensina (ARA II) si no toleran IECA.
- Antialdosterónicos (espironolactona): en IAM y disfunción ventricular con insuficiencia cardíaca o diabetes.
- Estatinas: recomendadas independientemente de las cifras de colesterol.
- Nitratos: mejoran el dolor torácico.
- Calcioantagonistas: si no remiten los síntomas con nitratos y betabloqueantes, si no pueden ser tratados con ambos y en angina de Prinzmetal.
- Control exhaustivo de la glicemia y tratamiento intensivo si precisa.
- Trombolisis

Además se realizaría una intervención psicológica precoz que formará parte del programa de Rehabilitación Cardíaca.

Merece especial atención el tratamiento con revascularización. Los 3 tipos de revascularización en la reperusión del SCA con elevación del ST son:

- **Farmacológica:** trombolíticos.
- **Angioplastia coronaria trasluminal percutánea (ACTP)** o intervención coronario percutáneo primario (ICP) con colocación de stent o con balón. Reduce la mortalidad, las complicaciones y la necesidad de cirugía coronaria en los pacientes con SCA y elevación del ST, por lo que actualmente su aplicación precoz (mayor eficacia entre las 12 primeras horas) es muy usual.

▪ **Revascularización quirúrgica o cirugía de derivación coronaria:**

El éxito de la fibrinólisis y la ACTP ha reducido considerablemente la cirugía de urgencia con revascularización quirúrgica o cirugía de derivación coronaria.

C.2.3. Tratamiento del SCA en fase POST-ALTA HOSPITAL

El objetivo del médico de atención primaria en esta fase será poner en marcha un conjunto de medidas de prevención secundaria para mejorar la supervivencia y la calidad de vida y por tanto disminuir las recurrencias y evitar las complicaciones. En definitiva, preparará al paciente para reintegrarse a una vida social-familiar y laboral normal en la medida de lo posible.

✓ **Medidas de control de los factores de riesgo cardiovascular** (tabla 4)

TABLA 4. Medidas de control y tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular en fase post-alta hospital del SCA.

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">▪ HTA, dislipemia, obesidad, diabetes: seguir dieta hipocalórica, baja en grasas saturadas, hiposódica, rica en vegetales y pescado (2 días por semana, uno de ellos con pescado azul). Recomendado el aceite de oliva. Controles analíticos periódicos.▪ Realizar ejercicio físico moderado, regular aeróbico (mínimo 30 minutos, 4 días por semana).▪ Evitar el consumo excesivo de alcohol y de bebidas estimulantes (café, cola, té).▪ Tabaquismo: supresión absoluta de tabaco.▪ Apoyo psicológico: incluir al paciente en un Programa de Rehabilitación Cardíaca a ser posible. Prevenir y/o tratar el estrés. |
|--|

✓ **Terapia farmacológica:** Inicialmente continuar el tratamiento del hospital que se ajustará según sintomatología y evolución. Resumidos en la tabla 5 los fármacos más utilizados (salvo contraindicaciones).

TABLA 5. Terapia farmacológica del SCA post-alta hospital.

- AAS 75-150 mg., mantener indefinidamente (salvo contraindicación).
- Clopidogrel 75 mg/día, si el AAS está contraindicado.
- Se pueden administrar asociados AAS y Clopidogrel durante 12 meses (valorar el riesgo de hemorragias).
- Betabloqueantes, reducen la morbilidad y mortalidad.
- Hipolipemiantes, preferentemente estatinas.
- IECA, por su efecto protector vascular o ARA II, si hay intolerancia a IECA.
- Si existe diabetes y/o HTA se tratarán específicamente.
- Nitratos, en pacientes con dolor anginoso.
- Deben llevar siempre nitroglicerina (NTG). Si no desaparecen los síntomas tras la 2ª dosis sublingual, solicitar ayuda al Servicio de Urgencias.

✓ **Revisiones periódicas:** En función de la patología y estado del paciente, al menos cada 3-6 meses el primer año y posteriormente anuales.

D. FISIOTERAPIA. PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN CARDÍACA

El objetivo de los programas de Rehabilitación Cardíaca (RC) es recuperar las condiciones físicas y psíquicas del paciente en el menor tiempo posible alcanzando su máxima capacidad funcional, favoreciendo la sensación de bienestar y una más rápida incorporación a las actividades habituales tanto socio-familiares como laborales. Además reducen la necesidad de fármacos o cirugía.

✓ **Indicaciones:** en el IAM, tras angioplastia, en intervenidos con by-pass aortocoronario y en la angina estable.

✓ **Contraindicaciones:**

- Absolutas: Aneurismas disecantes de aorta y las obstrucciones severas del tracto de salida del ventrículo izquierdo.

- Relativas (y en algún caso sólo temporales): patologías intercurrentes como una neumonía, arritmias graves, persistencia de dolor anginoso o insuficiencia cardíaca.
- ✓ **Pautas de actuación** a nivel físico, psicológico y socio-laboral y de control de factores de riesgo.
 - **Aspectos físicos:** se realizará ejercicio predominantemente aeróbico, con ejercicios de estiramiento, flexibilidad y potenciación suave y progresiva (de 3 a 5 sesiones/semana, de 45 a 60 minutos/sesión). Las sesiones constarán de 3 fases: calentamiento, pauta de ejercicio y recuperación. La intensidad se determinará en función de la prueba de esfuerzo y de la respuesta del paciente. Se recomienda una Frecuencia Cardíaca de Entrenamiento (FCE) entre el 75%-85% de la Frecuencia Cardíaca Máxima (FCM) alcanzada en la prueba de esfuerzo. Si la ergometría es positiva, la FCE será el 75% de la FC alcanzada en el umbral de isquemia.
 - **Aspectos psicológicos y socio-laborales:** se basarán en el aprendizaje de una técnica de relajación, apoyo de grupo y/o individualizado e intervención psiquiátrica si es preciso. Asesoramiento por personal cualificado sobre la reincorporación socio-laboral. La depresión secundaria al proceso puede evitarse mediante la RC y disminuir el tiempo de incapacidad temporal (IT).
 - **Control de factores de riesgo:** sesiones informativas tanto a los pacientes como sus familiares sobre su enfermedad, factores de riesgo y su prevención.
- ✓ **Fases del programa de RC:**
 - **Fase I:** desde el ingreso hasta el alta hospitalaria.
 - **Fase II:** tras el alta hospitalaria y durante 2-3 meses. Se aconsejarán programas de RC supervisados para pacientes de riesgo medio y alto, en situación de IC controlada o con deterioro psicológico (negación, depresión). Los de bajo riesgo podrían incluirse en programas de RC no supervisados. En esta fase se inicia la valoración socio-laboral.
 - **Fase III:** El resto de la vida del paciente. Tras informe del cardiólogo responsable de la rehabilitación, la RC se podrá realizar en los

Centros de atención primaria, clubs coronarios o gimnasios (polideportivos), siempre bajo la supervisión de un cardiólogo o médico de familia preparado y que dispongan del material necesario. Ha de existir relación directa entre los servicios de RC de los hospitales y las sesiones de actuación no sanitaria.

✓ **Componentes de los Servicios de RC:**

- Cardiólogos, médicos rehabilitadores, fisioterapeutas, enfermeros y psicólogos. Según el Centro también se incluyen psiquiatras, asistentes sociales y dietistas.

✓ **Material necesario:**

- Gimnasio con medidas y condiciones ambientales adecuadas. Zona anexa con sistemas de telemetría, carro de parada con desfibrilador, electrocardiógrafo, esfigmomanómetro, camilla, mesas, sillas. Bicicletas de entrenamiento. Cronómetros. Útiles de gimnasia, colchonetas, vestuarios con duchas. Sala de Consulta y de reuniones para charlas con los pacientes y sus familiares.

E. VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD LABORAL EN LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA.

La valoración de la capacidad laboral debe basarse tanto en criterios médicos como en criterios no médicos.

1. CRITERIOS MEDICOS

- El diagnóstico deberá valorarse, determinando el pronóstico, y la capacidad funcional (CF) en relación a la presencia o no de síntomas.
- Para la valoración de la CF debemos tener en cuenta los resultados de los tratamientos realizados y los beneficios que los programas de RC pueden aportar sobre la reincorporación laboral de los pacientes.

2. CRITERIOS NO MEDICOS. Factores a tener en cuenta:

- Las aptitudes físicas, psíquicas, culturales y educativas del mismo.
- El trabajo que realiza el paciente y la capacidad funcional requerida para el trabajo habitual (tablas 6 y 7).
- Responsabilidad sobre terceros.
- Otros factores que pueden influir en un proceso de IT: edad, sexo, actitud del paciente en general (positividad, negatividad), distancia y medio de transporte entre el domicilio y el lugar de trabajo, condiciones ambientales y geográficas tanto del domicilio como del lugar de trabajo (el frío o calor extremos, zonas de montaña, etc.), ambiente socio-familiar (soltero, casado, con hijos), ambiente en el trabajo, desempleo, situación económica (gastos familiares, hipotecas), etc.
- Legislativos: situaciones de cotización a la SS.

TABLA 6. Actividades habituales y su equivalencia en consumo energético (METS) y en Watios. Individuo de 70 kg de peso.

Consumo energético (METS)	Watios	Actividad laboral	Actividades de tiempo libre
1,5-2 METS	<20	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trabajo de oficina ▪ Trabajo manual ligero (costura, escribir a máquina, arreglar una radio) ▪ Conducir automóvil 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Caminar a 1,5 km/h ▪ Permanecer de pie ▪ Pilotar una avioneta ▪ Conducir moto en terreno llano
2-3 METS	25-35	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Portero de inmueble o de oficinas ▪ Reparar un coche ▪ Fontanería ▪ Servicio de bar 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Caminar a 3 km/h (terreno llano) ▪ Montar a caballo al paso ▪ Tiro al plato ▪ Billar, bolos ▪ Petanca, golf ▪ Pesca (anzuelo) ▪ Tocar instrumento musical

Consumo energético (METS)	Wattios	Actividad laboral	Actividades de tiempo libre
3-4 METS	35-60	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conducir camión ▪ Montar motores ▪ Soldar ▪ Colocar ladrillos ▪ Empujar carretillas (35 kg) ▪ Instalación eléctrica ▪ Limpiar cristales 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Caminar a 4 km/h ▪ Bicicleta 10 km/h ▪ Tiro con arco ▪ Montar a caballo al trote ▪ Tenis de mesa ▪ Pesca con mosca y botas de agua
4-5 METS	60-80	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pintar (brocha) ▪ Albañilería, tapicería y carpintería ligera ▪ Transportar objetos (20 kg) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Caminar a 5 km/h ▪ Bicicleta 13 km/h ▪ Golf (llevando palos) ▪ Bailar ▪ Recoger hojas ▪ Tenis (dobles)
5-6 METS	80-100	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Carpintería exterior de una casa ▪ Transportar objetos (20-30 kg) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Caminar a 6 km/h ▪ Bicicleta 16 km/h ▪ Patinaje sobre ruedas o hielo 15 km/h ▪ Cavar en jardín ▪ Mover tierra suelta con pala
6-7 METS	100-125	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trabajar con pala de 4,5 kg (10 minutos) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Caminar a 8 km/h ▪ Tenis individual ▪ Partir leña ▪ Baile folklórico ▪ Esquí en ligera pendiente ▪ Esquí náutico
7-8 METS	125-140	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poner raíles de ferrocarril ▪ Cavar zanjas ▪ Transportar objetos (40 kg) ▪ Serrar madera dura ▪ Arbitrar (baloncesto, fútbol) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Correr a 8 km/h ▪ Montar a caballo al galope ▪ jockey sobre patines ▪ Montañismo

Consumo energético (METS)	Wattios	Actividad laboral	Actividades de tiempo libre
8-9 METS	140-160	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trabajo de mina ▪ Trabajo de fundición ▪ Pala de 5,5 kg (10 minutos) ▪ Transportar objetos (45 kg) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Correr a 9 km/h ▪ Ciclismo 21 km/h ▪ Esgrima ▪ Natación a 35 m/min
>9 METS	>160	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trabajar con pala de más de 7,5 kg (10 minutos) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Natación a 40 m/min (9,5 METS) ▪ Ciclismo a 23 km/h ▪ Rugby (10 METS) ▪ Baloncesto, fútbol, judo, pelota vasca, remo de competición (12 METS)

TABLA 7. Clasificación funcional de Goldman (en función de actividades específicas.)

Clase funcional de Goldman	Consumo energético, METS	Actividades específicas
Clase I	Capaz de realizar actividades hasta 7 METS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acarrear 12 kg subiendo más de 8 escalones ▪ Acarrear 40 kg. ▪ Cavar, esquiar, jugar baloncesto, squash ▪ Caminar a 7,5 km/h
Clase II	Capaz de realizar actividades hasta 5 METS (pero no de 5 a 7)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mantener relaciones sexuales completas ▪ Trabajar en el jardín (desherbar, etc). ▪ Caminar a 6 km/h por llano.
Clase III	Capaz de realizar actividades hasta 2 METS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ducharse, hacer la cama, vestirse. ▪ Caminar a 3,5 km/h ▪ Jugar a golf
Clase IV	Incapaz de realizar actividades que requieran hasta 2 METS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incapaz de realizar las actividades citadas en clase III.

CLASIFICACION DEL RIESGO

Desde el punto de vista médico, podemos clasificar a los pacientes afectados de CI en 3 grupos de riesgo, los cuales nos determinaran la valoración de la IT o de la IP, estos grupos son:

GRUPO I. BAJO RIESGO

Todas las condiciones deben cumplirse:

- ✓ PE clínica y eléctricamente negativa.
- ✓ CF > 7 METs (grupo funcional I).
- ✓ FE > 50%.
- ✓ Ausencia de arritmias severas (TV sintomática, FV) fuera de la fase aguda.

GRUPO II. RIESGO MEDIO

Deben cumplirse una o más de las condiciones siguientes:

- ✓ PE clínica y/o eléctricamente positiva a partir del 5º minuto (protocolo de Bruce).
- ✓ CF entre 5 y 6,9 METs (grupo funcional II).
- ✓ FE entre 36% - 49%.
- ✓ Las condiciones anteriores deben cumplirse siempre en ausencia de arritmias severas (TV sintomáticas, FV) fuera de la fase aguda.

GRUPO III. ALTO RIESGO

Deben cumplirse una o más de las condiciones siguientes:

- ✓ PE clínica y/o eléctricamente positiva precoz (inicio de positividad antes del 5º minuto del protocolo de Bruce).
- ✓ CF < 5 METs (grupo funcional III).
- ✓ FE < 35%.
- ✓ Presencia de arritmias severas (TV sintomáticas, FV) fuera de la fase aguda.

- ✓ Respuesta hipotensiva a la PE tipo descenso de la tensión arterial sistólica por debajo del nivel basal acompañada de síntomas y/o signos de isquemia.
- ✓ Paciente no revascularizable.

Para la valoración de la CI según el grupo de riesgo (tabla 8) deben agotarse todas las posibilidades terapéuticas y rehabilitadoras que puedan mejorar la CF.

TABLA 8. Valoración del Angor e IAM, según Grupo de Riesgo.

Pronóstico	Bajo Riesgo	Riesgo Medio	Alto Riesgo
Clínica de Angor	Sin Angor ni complicaciones	Angor de esfuerzo	Angor de esfuerzo IAM previo
Prueba de Esfuerzo	Negativa Capacidad Funcional >7 METS	Positiva a cargas >5METS	Positivo a cargas <5 METS
Ecocardiograma	FE >50%	FE 35/49%	FE <35%
SPECT	Ausencia de Isquemia Miocárdica residual	Defectos reversibles con Talio de esfuerzo	Necrosis miocárdica extensa
Arritmias	Ausencia de Arritmias Ventriculares severas	Ausencia de Arritmias Ventriculares severas	Arritmias Ventriculares malignas Respuesta hipotensiva
Clase Funcional de la CCS	Clase Funcional I	Clase Funcional I-II	Clase Funcional III-IV

De forma general, nos podríamos guiar por los siguientes criterios:

- ✓ Los pacientes del Grupo I podrían continuar con su trabajo habitual, siempre que éste no supere la CF alcanzada en la PE.

- ✓ Los pacientes del Grupo II reúnen criterios de IP ante trabajos con responsabilidad sobre terceros (pilotos de líneas aéreas, conductores de transportes públicos, etc). El resto podría continuar con su trabajo habitual siempre que éste no supere la CF alcanzada en la PE.
- ✓ Los pacientes del Grupo III reúnen criterios de IP una vez agotadas todas las posibilidades terapéuticas.

Así mismo, antes de decidir si un paciente debe ser propuesto para IP o si debe continuar con su trabajo habitual, debería permanecer en IT en los siguientes casos:

- ✓ Mientras se realicen las pruebas necesarias para determinar el pronóstico y la CF. Debe tenerse en cuenta que el tiempo que el paciente permanezca en IT también está en relación con las listas de espera para realizar las pruebas mencionadas por lo que, cuanto menor sea el tiempo transcurrido en listas de espera, menor será el tiempo de la IT, con la consiguiente disminución del gasto ocasionado por la misma.
- ✓ Mientras el paciente permanezca con sintomatología propia de la patología isquémica.
- ✓ Mientras el paciente permanezca con sintomatología secundaria al proceso, de origen cardíaco o no (Dressler, depresión, etc.).

ADAPTACIÓN LABORAL DE UN PACIENTE CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

El instrumento más útil para determinar la capacidad laboral de un trabajador afecto de CI es la ergometría, siempre realizada tras una historia clínica enfocada a objetivar el grado de limitación del enfermo (Canadian Cardiovascular Society).

La valoración de la IP debe realizarse siempre al menos dos meses tras la estabilización del cuadro clínico o tres meses después de la realización de una ACTP o de cirugía de derivación coronaria, siempre y cuando esté estabilizado el cuadro.

Independientemente de la estratificación respecto a la CF, la existencia de CI desaconseja en cualquier caso la realización de esfuerzo físico de ca-

rácter violento, la exposición repentina al frío y las situaciones de estrés psíquico importante. Estos factores pueden desencadenar angina incluso en pacientes asintomáticos, bien tratados, con ergometría de buen pronóstico. Estos factores deben ser tenidos en cuenta a la hora de valorar la idoneidad del puesto de trabajo del paciente. Debe prestarse especial atención a las situaciones en que está implicada la seguridad de terceros.

Así pues, antes de que el paciente retorne al trabajo debemos tener claras las exigencias físicas del mismo, así como el ambiente en el que el trabajo se desarrolla. Si el trabajo tiene sólo uno o dos aspectos que lo hacen muy agotador, puede que una simple modificación de la tarea (por ejemplo levantar un gran peso en dos etapas en vez de en una sola) o el apoyo de sus compañeros de trabajo o la ayuda de aparatos mecánicos lo hagan más soportable.

El antecedente de un infarto de miocardio en nuestro país supone un impedimento legal para la obtención y renovación de los permisos de conducir de las clases B.2, C.1, C.2, D y E, al tiempo que también es motivo de descalificación para pilotar.

CONCLUSIONES

Es importante conocer que la gran mayoría de los pacientes afectos de CI podrían volver a su actividad laboral en 60 días, e incluso menos. Sin embargo, podemos observar que no inician la actividad laboral en este periodo, por problemas psico-sociales.

La reincorporación al trabajo depende de los siguientes factores:

- ✓ Severidad de la cardiopatía isquémica.
- ✓ Persistencia de angina.
- ✓ Función ventricular.
- ✓ Edad.
- ✓ Capacidad funcional
- ✓ Estratificación del paciente en alto, medio o bajo riesgo.
- ✓ Exigencias físicas y psíquicas del trabajo
- ✓ Otros factores no médicos.

TABLA 9. Capacidad laboral en la Cardiopatía Isquémica, en función del tratamiento, clínica, FE, PE y exigencias físicas del trabajo.



Abreviaturas:

IT (incapacidad temporal), IP (incapacidad permanente), PE (prueba de esfuerzo), FE (fracción de eyección), EVI (Equipos de Valoración de Incapacidades)

En base a los datos de la prueba de esfuerzo podremos aconsejar o no la vuelta al trabajo en función del gasto energético teórico de cada profesión (ya comentado en tablas 6 y 7).

La capacidad laboral en la CI puede valorarse según el resultado de las pruebas complementarias, el grupo de riesgo objetivado (tabla 8) y la respuesta al tratamiento recibido.

En la tabla 9 podemos observar los **periodos de IT previsibles** o aconsejables en función de cada tratamiento realizado, la clínica, la fracción de eyección, la prueba de esfuerzo y las exigencias físicas de la profesión del individuo.

En lo que respecta al periodo de IT, en general, podemos concluir:

- ✓ Si en la fase de estabilización de la patología no hay sintomatología, la PE es negativa y la FE > 40%, el paciente podrá ser alta entre los 2 y 3 meses (según tratamiento y tipo de trabajo) desde el inicio de la patología. Como excepción, en aquellos cuyo requerimiento energético sea elevado para su patología, se tendrá que valorar si es posible una readaptación laboral a otro tipo de trabajo o bien deberán ser evaluados por los EVI para valorar si reúnen criterios de IP.
- ✓ Si la PE es positiva a los 3 meses del inicio de la patología, se deberá prolongar la IT durante 3 meses más y reevaluar el caso. Si a los 6 meses sigue positiva, puede reunir criterios de IP por lo que deberá ser evaluada por los EVI.
- ✓ Si la FE es < 40%, deberá permanecer en IT durante un periodo de 3 a 6 meses y en cualquier caso deberá ser evaluado por los EVI por reunir criterios de IP.

CUESTIONES FRECUENTES

Desde el punto de vista cardiológico, la mayoría de los pacientes pueden y deben reincorporarse a su actividad laboral, a pesar de que casi nunca hay una curación total en la cardiopatía isquémica. De hecho, a lo largo de los años los pacientes pueden tener un nuevo episodio agudo coronario. Pero esto no invalida y está al margen de la posibilidad actual de trabajar.

Por otra parte, la recuperación del cardiópata no se considera completa hasta que no se reincorpora a sus quehaceres habituales, incluidos los laborales. Tanto es así que a los pacientes a los que se les invalida o se autoinva-

lidan laboralmente por causas ajenas a su capacidad funcional mantienen una peor calidad de vida, sintomatología en relación con ansiedad y peor control de sus factores de riesgo.

Queda claro pues que la vuelta al trabajo es una medida económica, física y socialmente deseable para una amplia gama de pacientes coronarios de bajo y mediano riesgo, ayudándoles en gran manera a normalizar su existencia. Pero en algunos casos de pacientes de alto riesgo este objetivo es inviable y el enfermo viviría de forma más satisfactoria sin reincorporarse al trabajo.

¿Cómo reaccionan los pacientes ante la vuelta al trabajo?

En primer lugar la CI representa un impacto en la estabilidad psicológica del enfermo, que consiste en una reacción de miedo y temor a la muerte y a una posible futura invalidez.

Tienen tendencia en muchos casos a la supervaloración de los síntomas, por lo que hay muchos pacientes que llegan a creer que existe una conspiración por parte del médico para que se incorpore a su puesto de trabajo. En cambio otros niegan la enfermedad y piensan que éste exagera cuando aconseja disminuir las horas de trabajo o modificar las condiciones del mismo e incluso al proponerles una posible invalidez.

¿Cuál es la causa principal actual para la no reincorporación al trabajo?

Según la mayoría de datos de que se dispone hoy en día, de los trabajadores afectados de CI que no se reincorporan al trabajo en el plazo previsto sólo el 25% no se reincorporan por un problema cardiológico, mientras que el 75% no lo hace por motivos psicológicos o sociales.

En concreto los pacientes mayores de 50 años, aquellos que pertenecen a una clase social baja, que además no estaban motivados en su actividad laboral previa y que su trabajo requiere un esfuerzo físico considerable, son los que presentan más dificultades en el momento de la reincorporación a su actividad laboral.

Otras causas frecuentes de absentismo laboral son el desempleo, la sensación subjetiva de incapacidad, el pesimismo en el futuro, la superprotección familiar y en algún caso el consejo por parte de los facultativos que siguen su proceso.

¿Qué puede mejorar la vuelta al trabajo?

La vuelta al trabajo, en la mayoría de los casos, forma una parte importante del programa de rehabilitación cardíaca, consiguiéndose, de esta manera, reforzar tanto el aspecto físico y psíquico como el sociolaboral.

PUNTOS CLAVES

- En el SCA, el diagnóstico temprano, la terapia precoz y el traslado urgente son claves fundamentales para la supervivencia, mejorando notablemente el pronóstico.
- La trombolisis farmacológica aplicada en el SCA con elevación del ST (salvo contraindicaciones), mejora el pronóstico y reduce la mortalidad, sobretodo si se realiza entre las dos primeras horas de los síntomas.
- Objetivo fundamental de la terapia será conseguir una Capacidad Funcional (CF) y Fracción de Eyección (FE) adecuadas, para una óptima reincorporación laboral.
- En la CI es aconsejable realizar y promover Programas de rehabilitación cardíaca (RC).
- Es importante realizar las pruebas complementarias necesarias y en los plazos determinados con el fin de conocer el pronóstico y prever la incorporación a su vida habitual y laboral.
- Tener en cuenta que la valoración de la capacidad laboral se basará en criterios médicos y no médicos.
- En la fase de estabilización de la patología, ambas (CF y FE) son fundamentales para decidir cuando puede darse el alta laboral o bien si el paciente reúne criterios de incapacidad permanente (IP).

BIBLIOGRAFÍA

- CUADRADO, E., SERRANO, M.P.: Valoración del menoscabo permanente en las enfermedades de corazón. Guía de Valoración del Menoscabo Permanente. Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo. Tomo II. 1991.
- SHELD AHL, L. M., WILKE, N. A., TRISTANI, F. E.: Exercise prescription for return to work. *J Cardiopulm Rehabil* 1985; 5: 567.

- MAROTO MONTERO, J. M., DE PABLO ZARZOSA, C.: Rehabilitación postinfarto agudo de miocardio. Prevención secundaria, 1995.
- Position report on cardiac rehabilitation: Recommendations of the American College of Cardiology. *Journal of the American College of Cardiology*, 1986, 7; 451-453.
- Informe Comité de Expertos de la OMS. Rehabilitación después de las enfermedades cardiovasculares, con especial atención a los países en desarrollo. 1993.
- CASITÉRIDES, S. L.: Angina inestable e infarto de miocardio. En: VÁZQUEZ RODRÍGUEZ, J.M. (ed.): Guías para la consulta de atención primaria. A Coruña, Fistera 2008: 15-23, 63-69
- ALCALÁ LÓPEZ, J. E., LOBOS BEJARANO, J. M.: Módulo de Formación Continuada en Atención al Individuo: Grandes Síndromes Cardiovasculares (II). Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. SemFYC y Semergen 2001.
- JIMÉNEZ, A. J., MARÍN RUIZ, M. A., LÓPEZ-REINA TORRIJOS, P., RODRÍGUEZ ALONSO, M., LEAL SANZ, P.: Complejo Hospitalario de Toledo. Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias. 2005: 189-203.
- PALOM RICO, X., GUIERAS VAL, P., PADILLA MARCHAN, F.: Manual de Consulta Rápida Urgencias del Hospital Universitario de Bellvitge. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, Institut Català de la Salut, Hospital Universitari de Bellvitge. 2007; 28: 73-74.

24. Valoración de la incapacidad temporal en patología oncológica

Ana Navarro Peñalver
Begoña Marín Martínez

INTRODUCCIÓN

La oncología es la especialidad médica que trata los tumores malignos, también llamados enfermedades neoplásicas o cáncer. Se trata de un conjunto muy heterogéneo de más de doscientas enfermedades, en las que se produce un crecimiento incontrolado de células malignas que invaden los tejidos circundantes y, a veces, se propagan a distancia. El principal factor de riesgo es la edad o el envejecimiento.

Las neoplasias malignas, en su conjunto, constituyen la segunda causa de muerte después de las enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, las muertes por enfermedades cardiovasculares están disminuyendo mientras que las muertes por cáncer están aumentando. Se estima que a lo largo del siglo XXI el cáncer será la principal causa de muerte en los países desarrollados.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud la incidencia mayor de los diferentes tipos de cáncer en los países más desarrollados, entre ellos España, es:

- En los varones: pulmón, colo-rectal, vejiga, próstata y estomago.
- En las mujeres: mama, colo-rectal, útero, estómago y cérvix uterino.

A ellos dedicaremos brevemente la última parte de este capítulo.

EL PACIENTE ONCOLÓGICO

El paciente diagnosticado de cáncer, es un tipo de enfermo muy concreto y distinto en muchos aspectos al resto de los pacientes. La carga emocional que el diagnóstico implica, ligado hasta hace unos años con pronósticos de supervivencia muy malos, hace que esta enfermedad sea vivida por el enfermo y su familia, en la mayoría de las ocasiones, de una forma muy dramática. Por ello el médico que trata con estos pacientes, ya sea de manera asistencial o para la valoración de su enfermedad, debe hacerlo de la manera más objetiva posible.

La neoplasia puede asentar en cualquier parte del organismo siendo muy distinta la enfermedad según asiente en un órgano u otro. Además, el estadio en el que se encuentra en el momento de su detección determina que los tratamientos y el pronóstico puedan variar sustancialmente, de forma que la evolución puede ir desde la curación completa, la curación con secuelas o el fallecimiento a medio o corto plazo.

El objetivo de este capítulo es proporcionar los distintos elementos que se deben tener en cuenta para la valoración del paciente oncológico que se halla incapacitado temporalmente, y decidir cuándo esa incapacidad deja de existir y puede ser alta, o deja de ser temporal y puede considerarse permanente.

VALORACIÓN DE LA INCAPACIDAD

El paciente oncológico en edad laboral suele hallarse en situación de incapacidad temporal (IT), sobre todo en el primer periodo de la enfermedad. Es fácil realizar una valoración de esta incapacidad al principio del proceso, ya que normalmente el paciente no puede desempeñar su trabajo por la propia sintomatología que la enfermedad le produce, los tratamientos a los que debe someterse y la afectación psicológica y social que se está produciendo. Sin embargo, en algunas ocasiones, puede saberse desde el principio que el estadio de la enfermedad o las secuelas de los tratamientos no van a permitir que el paciente pueda volver a realizar su trabajo o incluso ningún otro trabajo y por lo tanto es subsidiario de una incapacidad permanente (IP), total (para su trabajo habitual), o absoluta (para todo tipo de trabajo).

Otras veces, por el contrario, lo que puede ocurrir es que el enfermo aprovechando esta situación trate de alargar el tiempo de baja laboral. Esto

ocurre sobre todo en pacientes poco cualificados con poca o nula responsabilidad en su trabajo o con falta de motivación.

En general los procesos oncológicos en estadios avanzados, los que han dejado o van a dejar secuelas importantes tras los tratamientos y los que se hallan en fase terminal, son candidatos a la incapacidad permanente de forma precoz.

Hay cánceres muy frecuentes (mama, próstata, incluso colón y recto) que, si se diagnostican en estadios iniciales, podrán reincorporarse a su trabajo en la mayoría de las ocasiones. Sólo se valorará la posible IP si las secuelas que producen los tratamientos (linfedema, incontinencia urinaria o colostomías, respectivamente) les impidieran realizarlo.

En la figura 1, se muestra que, de las propuestas de IP de las enfermedades neoplásicas realizadas en el año 2007 en el Hospital MAZ de Zaragoza, el mayor número fueron cáncer de pulmón, colón y recto, esófago-gástrico, mama y laringe.

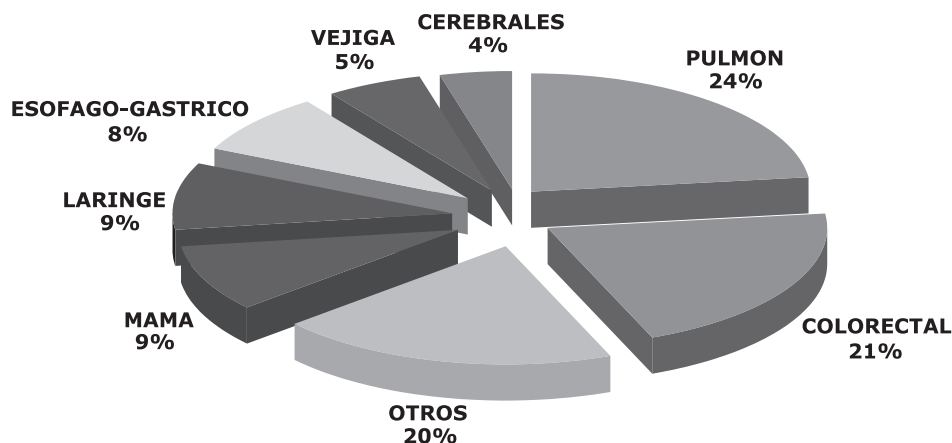


FIGURA 1. Propuestas de incapacidad permanente de procesos oncológicos realizadas en el Hospital MAZ en el año 2007.

Para determinar el umbral de menoscabo y la incapacidad laboral que cada proceso tumoral produce en un paciente concreto, se debe tener en cuenta: las condiciones dependientes del paciente, del tumor, la respuesta al tratamiento y las secuelas que se producen, todo ello en relación con la profesión habitual que desempeña ese paciente.

1. Condiciones del enfermo

- **Afectación por los síntomas generales.** Los síntomas más frecuentes que afectan con carácter general son: dolor, fiebre, síndrome constitucional o tóxico (astenia, anorexia y pérdida de peso), disnea, náuseas, vómitos, alteración del ritmo intestinal, afectación psicológica, alteración del sueño, etc. Varían mucho de un tipo de tumoración a otra y algunos dependen en gran medida del propio enfermo.
- **Edad.** Las edades extremas suelen empeorar el pronóstico y, en general, éste empeora con la edad.
- **Órgano o sistema afectado.** Hay que valorar la deficiencia que produce en el órgano o sistema donde asienta la tumoración. Así, en el pulmón se valora mediante las pruebas de función respiratoria y gasometría arterial, en el aparato digestivo se valora la pérdida de peso, estado nutricional y ritmo deposicional, etc.
- **Estado general o *performance status*.** El *performance status* valora la capacidad de ejecución física y la dependencia. Las escalas más utilizadas son la de *Karnofsky* (de 1 a 100 normal-moribundo) y ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) de la OMS (de 0 a 5 normal-muerto) que evalúan actividades de la vida diaria, domésticas y laborales. Se considera que el estado general del paciente en el momento del diagnóstico y durante la enfermedad influye en el pronóstico y en las posibilidades de tratamientos.
- **Enfermedades concomitantes.** Pueden influir en la evolución de la enfermedad y en la estrategia terapéutica (el cáncer de pulmón puede ser irresecable si alguna enfermedad pulmonar impide su cirugía).

2. Factores pronósticos dependientes del tumor

El término “factores pronósticos” hace referencia a aquellos datos de la enfermedad o del paciente que nos ayudan a estimar la supervivencia de ese proceso si recibe un tratamiento estándar. En los últimos años las técnicas diagnósticas y terapéuticas disponibles han hecho que, en general, el cáncer sea curable en un 50% de los casos diagnosticados. Los datos más importantes a tener en cuenta son:

- La **localización** en el órgano donde asienta el tumor puede hacer variar las posibilidades de tratamientos y, por tanto, el pronóstico de la enfermedad. Por ejemplo, según donde se localice un tumor cerebral será reseccable o no.
- La **extensión** de la enfermedad es el factor pronóstico más importante; la enfermedad localizada siempre tiene mejor pronóstico que la diseminada, y mayores posibilidades de responder al tratamiento. Para estadificar los tumores el sistema más empleado es el codificado por la *American Joint Committee on Cancer* (AJCC), que se puede aplicar a la mayoría de ellos. Este sistema emplea el TNM (T= tamaño/profundidad de invasión tumoral; N= afectación ganglionar loco-regional; M= presencia o no de metástasis) como detallamos en la tabla 1. La unión de las tres variables TNM da lugar a un estadio concreto, definidos para cada tipo de cáncer (sendos ejemplos en las tablas 2 y 3).

TABLA 1. Clasificación TNM según la *American Joint Committee on Cancer* (AJCC)

Tx	No se puede determinar si hay un tumor primario
T0	No hay evidencia de tumor primario
Tis	Tumor “in situ”
T1, T2, T3, T4	Tumor de menor a mayor tamaño e invasión
Nx	No es posible valorar la afectación de ganglios linfáticos
N0	No hay ningún ganglio regional que esté claramente afectado
N1a, N2a	Hay ganglios linfáticos regionales afectados, pero no hay metástasis
N1b, N2b, N3	Se encuentran ganglios linfáticos regionales afectados y hay metástasis
Mx	No es posible determinar si hay metástasis a distancia
M0	No hay evidencia de metástasis a distancia
M1	Hay metástasis a distancia

- El **grado histológico** influye en la planificación del tratamiento. Los tumores menos diferenciados tienen peor evolución que los más diferenciados. Se clasifican en:
 - G1. Bien diferenciado (grado bajo).
 - G2. Moderadamente diferenciado (grado intermedio).
 - G3. Mal diferenciado (grado alto).
 - G4. Indiferenciado (grado alto).
- El estudio histológico se puede completar con el estudio de las mitosis mediante **marcadores inmunohistoquímicos** de proliferación (anticuerpo Ki.67), el análisis del contenido de ADN (aneuploidia), etc. Existen además, **marcadores de membrana** como los receptores hormonales (de enorme utilidad en el cáncer de mama) y los **marcadores de superficie** en células mieloides y linfoides.
- También hay **marcadores tumorales** que pueden servir para ayudar en el diagnóstico, pronóstico, monitorización de la respuesta al tratamiento y seguimiento de algunos cánceres (CA 125, alfa-fetoproteína, BHCG, LDH, PSA, CEA, CA 19.9).
- Hallazgos en el **cariotipo** o la presencia de algunos **oncogenes** también pueden informar sobre la agresividad mayor o menor en algunos tumores.

3. Factores dependientes del tratamiento

En oncología los objetivos que se plantean en orden de importancia son los de curar, aumentar la supervivencia y/o los intervalos libres de enfermedad, y el de mitigar los síntomas de la enfermedad.

En función de la respuesta al tratamiento, puede haber:

- **Respuesta completa:** desaparición de toda evidencia tumoral normalizándose los signos, síntomas y marcadores tumorales.
- **Respuesta parcial:** reducción del 50% o más del área tumoral, sin aparición de nuevas lesiones.
- **Progresión:** incremento superior al 25% en el tamaño de cualquier lesión medible o aparición de nuevas lesiones. En algunas neoplasias se tiene en cuenta además los marcadores tumorales.

4. Secuelas posterapéuticas

4.1. Secuelas postquirúrgicas. La cirugía se emplea para extirpar el tumor, sus metástasis o paliar las complicaciones. Hasta hace poco tiempo el único tratamiento posible de las neoplasias era el quirúrgico, cuando las características del tumor y la situación del paciente lo permitían. Con los tratamientos actuales se intenta realizar una cirugía cada vez menos radical, menos traumática y mutilante, pudiendo completar su acción con la combinación de tratamientos quimio y radioterápicos.

Principalmente las secuelas de la cirugía pueden ser:

- Amputaciones de todo o de parte del órgano principal: mastectomías, gastrectomías, neumonectomías o lobectomía, nefrectomía, resecciones musculares, etc. Se valora la función residual en unos casos (insuficiencia respiratoria restrictiva, aclaramiento creatinina, etc.) o la alteración estética como causa de afectación psicológica en otros.
- Amputaciones de miembros o partes blandas, por ejemplo en osteosarcomas y melanomas. Dependerá de la limitación funcional tras la rehabilitación y prótesis que permita o no la recuperación (peor en extremidad superior).
- Resección linfática, que puede producir linfedemas.
- Sección de nervios periféricos. Se valora la pérdida de función motora o sensitiva.
- Infertilidad y alteración psicológica en la afectación del aparato genital.
- Fístulas enterocutáneas: colostomías, ileostomía, gastrostomías o esofagostomía.
- Fístulas urinariocutánea: ureterostomías y nefrostomías.
- Traqueostomías.
- Estenosis uretrales muy frecuentes tras resecciones transuretrales.

4.2. Toxicidad por la quimioterapia. La quimioterapia puede tener unos efectos secundarios muy importantes debido a sus características físico-químicas y a su efecto citolítico. Suele utilizarse en forma de poliquimioterapia a dosis cercanas a la llamada dosis máxima tolerada, de forma intermitente (ciclos). Las principales secuelas que produce son:

- Inmunodepresión fundamentalmente sobre medula ósea, especialmente leucopenia, y también anemia y trombocitopenia.

- Toxicidad cardiovascular con miocarditis e insuficiencia cardiaca que responde mal al tratamiento.
- Toxicidad pulmonar: neumonitis agudas y fibrosis.
- Toxicidad cutánea: eritema, urticaria, alopecia.
- Toxicidad digestiva: náuseas y vómitos, anorexia, mucositis, trastorno del ritmo intestinal.
- Toxicidad renal: necrosis tubular y tubulopatías, nefritis intersticial, insuficiencia renal o cistitis hemorrágica.
- Toxicidad neurológica: polineuritis que cursan con parestesias y que son rebeldes al tratamiento y tardan en desaparecer.
- Ototoxicidad que produce hipoacusias irreversibles.
- Toxicidad gonadal y esterilidad.
- Carcinogénesis.

4.3. Toxicidad por la radioterapia. Conviene distinguir las que se producen de una forma precoz, durante el tratamiento o inmediatamente después y que suelen ser autolimitadas en el tiempo (eritema, alopecia, anorexia, náuseas, astenia, esofagitis, diarreas, neumonitis agudas, pericarditis), y las que se producen de forma tardía, meses o años después, que suelen ser más graves, irreversibles y muchas veces progresivas (fibrosis pulmonar, estenosis intestinal, lesión renal o mielopatía).

La valoración se hace una vez transcurrida la fase aguda, delimitando la reversibilidad y si hay o no previsión de mejoría a medio/largo plazo.

CANCER DE PULMÓN

El cáncer de pulmón (CP) es la causa más frecuente de neoplasias malignas en el mundo y una de las pocas que continúa manteniendo un aumento en su incidencia. En España es la primera causa de muerte por neoplasias en los varones. El diagnóstico de este tipo de cáncer se realiza casi siempre de forma tardía, ya que por su localización tarda mucho en manifestarse, siendo hoy por hoy una enfermedad incurable en la mayoría de los casos.

Para su estudio, pronóstico y tratamiento, se distinguen dos grandes grupos:

1. Carcinoma de pulmón de células no pequeñas (CPCNP), o carcinoma pulmonar no-microcítico, que es el más frecuente y supone aproximadamente el 75% del total de los cánceres de pulmón.

- Los tipos histológicos más frecuentes son el carcinoma escamoso o epidermoide (45%), el adenocarcinoma (25%) y el carcinoma de células grandes (20%).
- El pico de máxima incidencia está entre entre los 55 y 65 años. Sólo un 25% de los casos se diagnostican como enfermedad operable, un tercio como enfermedad localmente avanzada y más de la mitad como enfermedad metastásica. No obstante, incluso en los pacientes con enfermedad localizada, que presentan el mejor pronóstico, la supervivencia a los 5 años es de un 40-50%. En la tabla 2 se correlaciona la clasificación TNM con el estadio y la supervivencia del CPCNP.

TABLA 2. Supervivencia según el estadio en el cáncer de pulmón no microcítico

ESTADIO	TNM	SUPERVIVENCIA
I	T1 N0 M0 T2 N0 M0	80-90% a los 5 años 40-50%
II	T1 N1 M0 T2 N1 M0	30-40% a los 5 años 20%
IIIa	T3 N0-1 M0 T1-3 N2 M0	A los 5 años 8-10%
IIIb	N3 M0 T4 M0	9-12 meses
IV	M1	6-9 meses

El pronóstico del CPCNP es peor cuando el enfermo:

- Tiene más de 60 años y/o una pérdida de peso superior a los 4,5 kg.
- Su estado general es malo, existe patología respiratoria concomitante o presenta LDH elevada.
- El carcinoma epidermoide tiene una supervivencia a los 5 años del doble que el adenocarcinoma o el de células grandes.

- En los estadios I y II la cirugía es curativa. En los estadios III y IV el tratamiento es paliativo.
- Peor pronóstico cuanto más indiferenciado es el tumor, si existe anaplasia y si se comprueba presencia del oncogen K-ras.

2. **Carcinoma de pulmón de células pequeñas (CPCP)**, o carcinoma pulmonar **microcítico**, representa el otro 25% de los casos. Se caracteriza por un comportamiento clínico y una respuesta al tratamiento muy distinta, pues crecen rápidamente, metastatizan con frecuencia y las posibilidades terapéuticas son la quimioterapia y la radioterapia. El carcinoma microcítico de pulmón es muy sensible a la quimioterapia y a la radioterapia, con respuestas favorables en el 80% de los casos, pero la supervivencia no supera los 13-15 meses.

Valoración

Si el tratamiento ha sido quirúrgico (lobectomía, neumonectomía), se valora mediante pruebas de función respiratoria y gasometría basal y se relaciona sobretodo con los requerimientos físicos de la profesión habitual.

En los casos de enfermedad avanzada, estadios III y IV, la escasa supervivencia prevista y los efectos secundarios de los tratamientos sistémicos hace que sean IP absolutas.

CÁNCER DE MAMA

El cáncer de mama (CM) es el tumor maligno más frecuente en las mujeres de los países desarrollados, donde una de cada 8 a 10 mujeres padecerá la enfermedad a lo largo de su vida. También es el tumor que más mortalidad tiene entre el sexo femenino. Histológicamente se distinguen el **carcinoma ductal** y el **carcinoma lobulillar**, en ambos casos pueden ser carcinoma *in situ* o carcinoma **infiltrante**. El carcinoma ductal infiltrante es el más frecuente, supone hasta el 80% de todo los casos.

Los factores pronósticos más empleados en CM son:

- La **edad**: por debajo de los 35 años el pronóstico es peor.
- El **tamaño tumoral**: existe una fuerte correlación entre sus dimensiones y el riesgo de recidiva y metástasis. En la clasificación TNM,

cuando el tumor es inferior a 2 cm corresponde a un T1, entre 2 y 5 cm es un T2 y mayor de 5 cm es un T3. T4 se considera cuando invadía estructuras adyacentes.

- El número de **ganglios axilares** afectados hace que la supervivencia a los 5 años disminuya mucho. Si no hay ganglios afectados es del 78% y si son más de cuatro llega a ser del 32%.
- Los **receptores hormonales** de estrógenos (RE) y progesterona (RP) son un factor pronóstico favorable si es positivo uno de ellos y mejor si lo son ambos. Informan de la probabilidad de respuesta a los tratamientos hormonales.
- El **grado tumoral** (1, 2 ó 3) alto se asocia con riesgo mayor de recidiva.
- La **expresión del gen p-53** (supresor del crecimiento tumoral) es negativa.
- La expresión del **oncogén c-erb-B2** informa de la posible respuesta al anticuerpo monoclonal frente al receptor de factor de crecimiento epidérmico humano HER2: trastuzumab. Si esta amplificado aumenta la supervivencia de la enfermedad.

En la tabla 3 se muestra la clasificación por estadios según la *American Joint Committee on Cancer*.

TABLA 3. Correlación entre la clasificación TNM y el estadio, en el cáncer de mama

ESTADIO	TNM
I	T1 N0 M0
IIA	T0,T1 N1 M0 T2 N0 M0
IIB	T2 N1 M0 T3 N0 M0
IIIA	T0,1,2 N2 M0 T3 N1, N2 M0
IIIB	T4 cualquier N M0 Cualquier T N3 M0
IV	M1

Valoración

En los estadios I y II la enfermedad tiene muy buen pronóstico. Se valoran las secuelas de los tratamientos locales y sistémicos. Si el tratamiento ha consistido en realizar una mastectomía y no se puede realizar su reconstrucción inmediata o diferida, puede producirse afectación psicológica. La linfadenectomía axilar puede producir linfedema y limitación del balance articular y/o muscular, que pueden disminuir la fuerza e impedir realizar movimientos repetitivos que sobrecarguen la extremidad, sobretodo si es la dominante.

En el estadio III además de las secuelas de los tratamientos hay que tener en cuenta que disminuye la supervivencia y aumentan las posibilidades de recidiva. En estadio IV son susceptibles de IP.

CÁNCER COLON/RECTO

El cáncer colorectal es la neoplasia mas frecuente del tubo digestivo, ocupando el tercer lugar en frecuencia tras el cáncer de mama y de pulmón. Los factores pronósticos más importantes son el grado de invasión de la pared del tubo digestivo y el número de ganglios afectados. Para el estadiaje se emplea la clasificación de Astler y Coller modificada (basada en la invasión por progresión loco-regional: estadios A, B, C, y D) y la clasificación TNM.

Se consideran factores de mal pronóstico:

- Edad menor de 30 años.
- Debut con obstrucción o perforación intestinal.
- Escaso grado de diferenciación.
- Existencia de invasión venosa o linfática.
- Presencia de delección en el gen p-53.
- Niveles altos de CEA.

El tratamiento primario es la cirugía, que se completa con quimioterapia y radioterapia. Cerca de la mitad de los pacientes con cáncer colorrectal van a desarrollar metástasis hepáticas como única localización. Con la resección completa de esta metástasis se alcanzan tasas de supervivencia a los 5 años del 25-40%.

Valoración

Los estadios I y II no tienen mal pronóstico. Hay que valorar las secuelas de los tratamientos sistémicos (QT y RT) y locales (cirugía). La secuela más importante es la existencia o no de estomas (ileostomía o colostomía). Se valora su funcionamiento, manejo, cuidados y complicaciones, así como la repercusión sobre las actividades de la vida diaria, social y laboral.

La enfermedad avanzada, estadios III y IV, es susceptible de IP.

CÁNCER DE ESTÓMAGO

El adenocarcinoma de estómago constituye el 95% de todas las neoplasias gástricas. La clasificación de Lauren es la más utilizada y está basada en características histológicas: intestinal o clásico (bien diferenciado) frente al difuso (indiferenciado, metastatiza precozmente).

En la clasificación TNM se considera T1 si la invasión es sólo de la mucosa o submucosa, T2 si invade la muscular, T3 si invade la serosa y T4 si atraviesa a estructuras adyacentes. La afectación ganglionar es el factor pronóstico más importante. Si afecta más de tres ganglios el pronóstico es muy malo.

El tratamiento fundamental es la cirugía ya que es el único curativo, pero incluso en estos casos la enfermedad recurre en un 50-90% de los pacientes. Se considera que la tasa de supervivencia global a los 5 años es del 10-25%.

Valoración

La valoración se hace teniendo en cuenta el estadio. En los estadios más avanzados, si hay metástasis o recurrencia de la enfermedad será susceptible de iniciar expediente de IP. En los estadios iniciales, si el tratamiento ha sido la gastrectomía se tendrá en cuenta las repercusiones funcionales y el tipo de trabajo.

CÁNCER DE PRÓSTATA

La edad media de presentación clínica del cáncer de próstata es de 70 años, por lo tanto no va a ser muy habitual encontrarlo en pacientes en edad laboral. El 95% de los casos son adenocarcinomas. Se caracterizan

porque crecen muy lentamente y son poco agresivos. De todos los varones diagnosticados de cáncer de próstata el 97% están vivos a los 5 años.

Se utiliza el antígeno prostático específico (PSA) como marcador tumoral para comprobar la evolución de la enfermedad. Se considera que tras el tratamiento, un aumento por encima de 4 ng/ml del PSA es una recaída de la enfermedad. Se utiliza el Índice de Gleason (de 1 a 10), basado en características histológicas de la muestra, para evaluar el pronóstico.

El tratamiento en la enfermedad localizada es la prostatectomía. Según la vía que se pueda emplear (perineal o retropúbica) los efectos secundarios, incontinencia urinaria e impotencia, serán más o menos llamativos. Si el tratamiento quirúrgico no es posible se utiliza la radioterapia y la hormonoterapia.

Valoración

La enfermedad por sí misma no suele incapacitar. La valoración se realiza fundamentalmente por las secuelas postquirúrgicas. Si a los 6-12 meses del tratamiento persiste la incontinencia urinaria puede plantearse la IP, sobre todo si el tipo de trabajo que realiza el paciente le obliga a realizar esfuerzos físicos. También debe tenerse en cuenta la afectación psicológica que pueda haber por el uso de pañales o colectores.

La IT se puede alargar mucho si se halla en tratamiento por la incontinencia urinaria (electroterapia) y se considera que las secuelas todavía no son definitivas.

CÁNCER DE VEJIGA

El cáncer de vejiga afecta más a los hombres. El 90% de los casos son carcinomas de células transicionales y en su mayoría es superficial. Para la valoración del pronóstico de estos tumores lo más importante es saber si son superficiales y no atraviesan la lámina propia de la mucosa vesical o si son invasores.

En general el pronóstico es bueno aunque la gran mayoría recidivan. El 75% de ellos son tumores de baja malignidad que muy raramente metastatizan (menos del 10%).

Valoración

El cáncer de vejiga es poco agresivo la mayoría de las veces, aunque las frecuentes recidivas hacen que el paciente precise en muchas ocasiones tratamiento adyuvante con instilaciones vesicales de forma continuada. La secuela más importante es la debida al tratamiento quirúrgico, esto es, a la cistectomía con o sin ureterectomía y prostatectomía.

PUNTOS CLAVE

- No hace falta mantener la situación de IT en los procesos oncológicos que, tras conocer el diagnóstico, estadio y posibilidades de tratamiento, sabemos que es susceptible de IP.
- Susceptible de IP son, en general, todos los cánceres en estadio IV debido a que el pronóstico vital de la enfermedad es muy malo.
- Algunas veces hay que esperar para iniciar el expediente de IP si las secuelas no están establecidas o si es todavía difícil precisar el grado de la IP.
- El cáncer de pulmón suele ser incapacitante, ya que se diagnostica casi siempre en estadios avanzados.
- En la enfermedad localizada del cáncer de pulmón pueden persistir las secuelas de la cirugía que impidan que el paciente pueda realizar trabajos que exijan esfuerzo físico.
- El linfedema o la limitación funcional de la extremidad dominante pueden ser causa de IP si el trabajo de la paciente exige realizar esfuerzos o sobrecargar la extremidad.
- La incontinencia urinaria, a veces irreversible, puede producir una IP en aquellos pacientes que no se mejoran tras el tratamiento quirúrgico del cáncer de próstata.

BIBLIOGRAFÍA

- ESTAPÉ RODRÍGUEZ, J., et al.: Diagnóstico de extensión y estrategia terapéutica. En: FARRERAS ROZMAN, C. (Ed). Medicina Interna, Mosby Doyma. Madrid 1995.
- FONT POUS, A, JOVÉ TEIXIDÓ, J. M., SÁNCHEZ TORRES, J., ROSELL COSTA, R.: Cáncer de pulmón de célula pequeña. *Medicine* 2001; 56: 2996-3003.

- GONZÁLEZ BARÓN, M.: Manual de Oncología Médica. Ed. Panamericana-Mc Graw-Hill. Madrid 1999.
- MANZANO MOZO, J. L., CARDENAL CARRO, J., CIRAUQUI CIRAUQUI, B, ROSELL COSTA, R.: Cáncer de pulmón no microcítico. *Medicine* 2001; 56: 2985-2994.
- MARTÍNEZ MARCO, E., RAMOS MUÑOZ, R., CARRATO MENA, A., GALLEGO PLAZAS J.: Manual de Valoración de la Incapacidad Laboral en las Enfermedades Oncológicas. Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo. Madrid 2000.
- RIVAS VALLEJO, P., et al.: Tratado Médico-Legal sobre Incapacidades Laborales. Aranzadi 2006.
- ROCA MASEDA, R.: Valoración de la Incapacidad Laboral en Oncología. Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo. En: Guía de valoración del menoscabo permanente. Tomo III, 3ª edición. Madrid 2002.
- ZAMORA AUÑÓN, P., ESPINOSA ARRANZ, E., GONZÁLEZ BARÓN, M.: Cáncer de mama. Clasificación y concepto. *Medicine* 2001; 57: 3041-3049.

25. Valoración de la incapacidad temporal en el embarazo

Emilio Jardón Dato

INTRODUCCIÓN

El embarazo no es una enfermedad, sino una situación natural más en la vida de una mujer que, en muchos casos, debe compaginar con su vida laboral, aunque a veces pueden surgir ciertos inconvenientes tanto para ella como para el futuro hijo:

- En ocasiones son de **origen clínico** (riesgo clínico) las que ponen en peligro el normal desarrollo del embarazo (**RIESGO GENÉRICO**). Dependiendo de los requerimientos de su puesto de trabajo la mujer podría ser susceptible de una *Incapacidad Temporal* (IT).
- Otras veces las propias **condiciones de trabajo** pueden influir negativamente en el desarrollo de la gestación (**RIESGO ESPECÍFICO**). En estos casos habría que valorar la posibilidad de una situación de *Riesgo durante el embarazo*. Esta circunstancia se valora en el capítulo 17.

En los casos en que coincidan ambas situaciones debe ser valorada la predominancia del factor clínico o laboral y establecer la prestación correspondiente.

CONSIDERACIONES CLÍNICAS PREVIAS

Ante una amenorrea secundaria, la confirmación del embarazo se realiza por la detección de la gonadotropina coriónica humana (hCG) en sangre u orina. Existen valores detectables en suero desde el momento de la implantación (21 días desde la fecha del primer día del periodo menstrual anterior). En orina, la hCG se hace detectable a partir de la quinta semana de amenorrea por métodos de reacción antígeno-anticuerpo.

En la mayoría de los embarazos no se presenta patología; pero el embarazo es una etapa de gran vulnerabilidad tanto para la madre como para el hijo que se está desarrollando.

Existen grupos de población particularmente vulnerables a la aparición de problemas específicos asociados con la reproducción, con una mayor morbi-mortalidad perinatal. El 20-30 % de la población obstétrica contribuye con el 70-80 % a la mortalidad y morbilidad perinatal. Ante esta evidencia ha surgido el concepto de “embarazo, parto y neonato **de alto riesgo**”, entendiéndose como tal aquellos casos en que por incidir en la gestación, el parto o el neonato determinadas circunstancias sociales, médicas, obstétricas o de otra índole, se acompañan de una morbilidad y mortalidad perinatal superior a la de la población general.

IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

Tiene como objetivo disminuir la morbilidad y mortalidad perinatal y materna, a partir de la detección de factores de riesgo conocidos. Un *factor de riesgo* es una característica o circunstancia identificable en una persona (embarazo, feto y/o neonato) o grupo de personas que se asocia con un riesgo anormal de poseer, desarrollar o ser especialmente afectado de forma desfavorable por una enfermedad. El embarazo puede conllevar una serie de situaciones negativas que complican, dificultan o incluso impiden el normal desarrollo del mismo. La SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) clasifica los factores de riesgo como:

1. Factores socio-demográficos.
2. Antecedentes reproductivos.
3. Antecedentes médicos.
4. Embarazo actual.

La presencia de alguna de estas situaciones o de otros factores negativos para la gestación es lo que califica el EMBARAZO DE RIESGO CLÍNICO. Desde el punto de vista laboral, la presencia de alguno de los factores que vamos a desarrollar a continuación como complicación de la gestación puede implicar el consejo de que la mujer deje de trabajar durante un tiempo a determinar, siempre que la situación clínica demuestre incapacidad para seguir desarrollando su trabajo (IT).

1) FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

La mujer embarazada puede presentar una serie de factores (tabla 1) que van a hacer que el embarazo sea potencialmente complicado. Deben ser manejados adecuadamente en el contexto del control del embarazo por el médico de atención primaria y/o Matrona, o en su caso por el Tocólogo; pero no deberían incapacitar para el trabajo más allá de lo que pudieran estar interfiriendo antes del embarazo. Es decir, **NO son causa** habitual de IT por sí solos.

TABLA 1. Factores socio-demográficos que pueden condicionar un embarazo de riesgo

Edad materna igual o menor de 15 años
Edad materna igual o mayor de 35 años
Obesidad: Índice de masa corporal (IMC) mayor de 29
Delgadez: IMC menor de 20
Tabaquismo
Alcoholismo
Drogadicción
Nivel socioeconómico bajo

Tampoco los factores mencionados pueden ser alegados como causa de *Riesgo Laboral específico durante el Embarazo*, ni pueden ser agravados por factores puramente laborales.

Implican un manejo del embarazo con mayor frecuencia de consultas o controles de seguimiento y una mayor frecuencia de estudios ecográficos,

incluyendo la valoración o cribado de las posibles anomalías fetales si las hubiera. Igualmente requieren un consejo higiénico y dietético específico de la mujer embarazada.

2) ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS

La existencia de determinados antecedentes anómalos en embarazos anteriores (tabla 2) puede condicionar, aunque sólo sea de forma subjetiva por la propia mujer, una actitud de prevención ante el temor de la repetición de dichos sucesos. Ello obliga a la investigación de los mismos cuando sea desconocida la causa. Es conocida la mayor frecuencia de resultados perinatales adversos en madres que han necesitado de técnicas de reproducción asistida: presentan mayor frecuencia de abortos, retrasos de crecimiento intrauterino y parto pretérmino, más aún cuando como resultado de la técnica de reproducción se produce una gestación múltiple.

TABLA 2. Factores de riesgo para un embarazo de riesgo

Esterilidad en tratamiento de al menos 2 años
Abortos de repetición
Antecedente de parto pretérmino
Antecedente de nacido con Crecimiento Intrauterino Retardado (CIR)
Antecedente de muerte perinatal
Hijo con lesión residual neurológica
Antecedente de nacido con defecto congénito
Antecedente de cirugía uterina (EXCEPTO legrado instrumental)
Malformación uterina
Incompetencia cervical
Anomalías o malformaciones pélvicas

El bajo peso al nacimiento por crecimiento intrauterino retardado (CIR) puede repetirse en embarazos posteriores. Si fuera así, y en presencia de cuadro de preeclampsia u objetivación de malestar fetal, se aconseja al menos la actitud expectante y reposo domiciliario. En este caso es obvio que,

junto a las medidas terapéuticas, se debe dar la baja que generalmente se prolongará hasta la fecha de parto.

No obstante lo anterior y al igual que mencionábamos anteriormente, la única existencia de dichos antecedentes por sí misma sólo aconseja un mayor seguimiento obstétrico, pero no la IT. En el mismo sentido, ninguno de dichos factores puede ser alegado como de *Riesgo Laboral específico durante el embarazo* y tampoco como agravante de los mismos, si es que existen.

3) ANTECEDENTES MÉDICOS

Con cierta frecuencia la mujer puede presentar una serie de patologías que llamamos “médicas” que pueden verse agravadas con el embarazo (tabla 3). En otras ocasiones es con el embarazo cuando se desencadena la sintomatología, detectándose entonces su presencia. Desde el punto de vista laboral, su existencia (o desencadenamiento) puede alterar la actividad laboral por sí misma. Como regla general, el manejo de estas enfermedades (ya sean agravadas o desencadenadas por el embarazo) no difiere del que requeriría en la misma paciente no embarazada; no obstante pueden existir algunas dificultades sobreañadidas.

TABLA 3. Circunstancias patológicas que pueden poner en riesgo el embarazo y/o la salud de la mujer

Hipertensión arterial
Enfermedad cardíaca
Enfermedad renal
Diabetes
Endocrinopatías
Enfermedad respiratoria crónica
Enfermedades hematológicas
Epilepsia y otras enfermedades neurológicas
Enfermedad psiquiátrica
Enfermedad hepática con insuficiencia
Enfermedad autoinmune con afectación sistémica
Tromboembolismo pulmonar
Patología médico-quirúrgica grave.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL: Los estados hipertensivos del embarazo son una de las complicaciones con mayor repercusión en la salud materna. Continúan siendo una de las cuatro primeras causas de mortalidad en la mujer embarazada, tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo. Son también causa de morbilidad potencialmente grave, generalmente transitoria, pero con riesgo de secuelas permanentes: alteraciones neurológicas, hepáticas, hematológicas y renales.

No sólo existen repercusiones maternas, sino también fetales: las alteraciones placentarias asociadas pueden producir retrasos de crecimiento, con potencial riesgo de muerte fetal, y obligar a finalizar la gestación antes del término. Los estados hipertensivos del embarazo constituyen una de las primeras causas de prematuridad electiva tanto en interés fetal como materno.

Los estados hipertensivos del embarazo (EHE) se clasifican de múltiples formas. La SEGO utiliza la clasificación del *Programa Nacional para Educación en Hipertensión* del Instituto Nacional de Corazón, Pulmón y Sangre, en colaboración con el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), publicada en 1990. Se clasifica en cuatro grupos:

1. Hipertensión crónica.
2. Preeclampsia-eclampsia.
3. Hipertensión crónica con preeclampsia sobreañadida.
4. Hipertensión transitoria.

Se define *hipertensión* como una presión arterial sistólica igual o superior a 140 mm Hg, o diastólica igual o superior a 90 mm Hg, determinadas en dos ocasiones separadas un mínimo de cuatro horas; excepto en los casos que cumplen criterios de hipertensión grave. Una elevación de 30 mm Hg en la sistólica o de 15 mm Hg en la diastólica sobre las cifras medias previas a la gestación son suficientes para considerar que hay hipertensión.

Ante la detección de una hipertensión en una embarazada debe establecerse el tipo y la gravedad de la misma y descartar la existencia de patología asociada, por lo que se aconseja realizar analítica completa con evaluación de la función renal y proteinuria, función hepática y pruebas de coagulación, así como solicitar exploraciones de fondo de ojo y ECG. Si se descartan patologías asociadas (especialmente la proteinuria, que haría sospechar preeclampsia) se debe actuar con un control de la embarazada mayor del habitual (cada dos semanas hasta la semana 30^a y semanalmente después).

El control farmacológico no se ha demostrado beneficioso en los casos leves, cuando las cifras de TA diastólica son superiores a 100 mm Hg pudiera ser necesario. Con evolución favorable (control tensional adecuado, ausencia de signos de preeclampsia y signos de bienestar fetal) el embarazo puede transcurrir con normalidad hasta la semana 40^a y es factible continuar la actividad laboral.

En resumen: la existencia de hipertensión en el embarazo sin signos de preeclampsia es compatible con la actividad laboral. Sólo en caso de complicaciones puede ser necesario un período de IT. No existen pruebas de que la actividad laboral provoque cuadros de hipertensión ni que agrave situaciones prehipertensivas. En consecuencia, **no puede** ser alegada como *Riesgo Laboral específico durante el embarazo*.

CARDIOPATÍA: Durante el embarazo se producen una serie de alteraciones funcionales en diversos órganos de la economía. Las modificaciones cardiovasculares no suponen riesgo para la mujer sana. Sin embargo, en una paciente con una cardiopatía sí pueden ser potencialmente peligrosas. En su origen existen tres factores:

- **Causas hormonales:** los esteroides se fijan en los receptores del miocardio y estimulan la producción de proteína contráctil.
- **Causas volumétricas:** por el aumento del volumen plasmático durante el embarazo.
- **Necesidades nutritivas:** las demandas para el desarrollo y crecimiento fetal se satisfacen mejor con una circulación hipercinética que facilite los mecanismos de intercambio.

Los cambios cardiovasculares que se producen durante el embarazo son:

- Aumento del tamaño del corazón, que además es desplazado hacia arriba y hacia la izquierda y, en consecuencia, se modifica la topografía del choque de la punta (lo que puede ser interpretado como patológico).
- A la auscultación puede existir un soplo sistólico de eyección y un refuerzo del primer ruido.
- El gasto cardiaco (producto del volumen sistólico por la frecuencia cardiaca) aumenta en un 30 ó 40 % como consecuencia del aumento de la frecuencia cardiaca.

- La modificación de la resistencia vascular periférica provoca leves alteraciones de la tensión arterial.
- La presión del útero grávido en la vena cava inferior provoca un aumento de la presión venosa de las extremidades inferiores y la posible aparición de varices de miembros inferiores (hasta en un 50% de las gestantes), edemas maleolares y/o hemorroides.
- La oclusión de la vena cava inferior por el útero grávido cuando la mujer adopta una posición de decúbito supino disminuye el retorno venoso al corazón pudiendo producir cuadros de síncope (aparecen en un 5% de las embarazadas) sobre todo en el último mes de embarazo o en embarazos muy voluminosos (hidramnios, embarazos múltiples).

Los factores mencionados deben tenerse en cuenta sobre todo en embarazadas diagnosticadas de cardiopatía o que en las que ésta se muestra clínicamente. Las patologías cardíacas más frecuentemente encontradas son las **valvulares**; las de origen reumático han dejado paso a las congénitas, debido a un descenso en la incidencia de fiebre reumática. Los avances de la cirugía han permitido que las niñas con cardiopatías congénitas sobrevivan y lleguen embarazarse, presentado problemas nuevos durante la gestación. Las cardiopatías congénitas más frecuentemente asociadas a riesgo elevado son:

- Hipertensión pulmonar y Síndrome de Eisenmenger.
- Coartación de aorta.
- Síndrome de Marfan.

Como regla general se considera que el embarazo agrava en un grado la clasificación de la *NYHA* de la cardiopatía preexistente y, por ello, en determinadas circunstancias se desaconseja el embarazo.

Desde el punto de vista laboral será únicamente cuestionable la situación de trabajadoras con patología cardíaca previa en las que se desencadene o se agrave la sintomatología por el embarazo y que tengan trabajos de alta demanda física. En esta situación podría precisarse una IT (requerirá una valoración individualizada) por contingencia común; y normalmente para las últimas fases del embarazo (después de la semana 24^a).

También puede alegarse por la mujer embarazada la presencia de patología venosa (varices) en las últimas fases del embarazo (más de 24 semanas) en trabajos con bipedestación prolongada. Estimamos que dicha coincidencia debe ser valorada en todo caso como IT y **no** de *Riesgo Laboral específico*.

co durante el embarazo, siempre realizando una valoración individualizada de la gravedad de la patología presentada y de los requerimientos del puesto de trabajo.

DIABETES GESTACIONAL: Puede desencadenarse por los procesos hormonales y metabólicos del embarazo. En otras ocasiones, el embarazo agrava la situación metabólica previa de la mujer. Aparece en el 5 al 12 % de las embarazadas. Es una situación de riesgo materno-fetal, asociándose a una mayor frecuencia de complicaciones:

- Abortos espontáneos y/o complicaciones obstétricas (infecciones, hidramnios, prematuridad, hipertensión).
- Alteraciones del crecimiento (CIR), sufrimiento fetal, traumatismo obstétrico, muerte intraútero y mayor frecuencia de malformaciones congénitas.
- Diabetes Mellitus para la mujer que persiste después del embarazo.

Requieren un seguimiento mayor del habitual, incluyendo la utilización de insulina (los antidiabéticos orales no están recomendados) si el control higiénico-dietético no controla las cifras de glucosa. Se realizará ecografías como mínimo mensualmente a partir de la semana 28-29^a, por si es necesario finalizar la gestación antes de la semana 35^a.

La presencia de un cuadro hiperglucémico durante la gestación no implica *per sé* incapacidad laboral, salvo crisis de hipoglucemia puntuales tras el comienzo del tratamiento de insulina, en trabajos de riesgo y sólo inicialmente. En este caso sería IT por contingencia común durante el periodo de ajuste (no más de una semana).

PATOLOGÍA RESPIRATORIA: Al igual que en el aparato cardiocirculatorio, el embarazo supone para la mujer un aumento de exigencia del aparato respiratorio. Ello se debe a tres razones fundamentales:

- Congestión nasal por edema de la mucosa.
- Necesidad de inspiraciones más profundas.
- Aumento de la presión diafragmática e intra-abdominal.

Ello conlleva un aumento de la fatiga respiratoria (sobre todo al final del embarazo) y un aumento de los síntomas en casos con patología previa.

Dada la edad de los pacientes las patologías más frecuentes se relacionan con tabaquismo y asma.

El ASMA es la neumopatía obstructiva más común (1%) en la embarazada. Tiene relativa importancia el agravamiento de las crisis asmáticas estacionales en la mujer embarazada. En este sentido debe valorarse individualmente el manejo de estas pacientes a la vista de su trabajo (ambiente muy pulvígeno), y pudieran ser necesarios periodos de IT durante las crisis. En cualquier caso **NO** puede alegarse esta circunstancia como de *Riesgo Laboral específico durante el embarazo*.

En el asma grave hay mayor morbimortalidad fetal, siendo más frecuentes los retardos del crecimiento intrauterino (CIR) y la hipoxia neonatal. La embarazada con asma previa puede seguir la pauta de tratamiento que venía recibiendo.

PATOLOGÍAS HEMATOLÓGICAS: La presencia de **anemia** en las embarazadas se debe a varios factores:

- El aumento del volumen sanguíneo, que provoca una hemodilución.
- El aumento del consumo de hierro, que si no es compensado dietéticamente puede producir déficit del mismo.
- El aumento del consumo de folatos, que puede provocar no sólo el déficit hemático, sino que además puede dar lugar a un defecto de cierre del tubo neural.

Los criterios para definir la anemia del embarazo son diferentes a los seguidos en otras situaciones debido a la presencia de la llamada “pseudoa-nemia del embarazo”, que se caracteriza por la disminución de las concentraciones debida a la mayor dilución de los elementos celulares.

La OMS define la situación de *anemia del embarazo* como toda situación en que la concentración de hemoglobina materna se sitúe por debajo de los 11.0 g/dL. Atendiendo al Volumen Corpuscular Medio (VCM), la anemia podrá ser micro-, normo- o macrocítica. En el embarazo la más frecuente es la microcítica, y en la inmensa mayoría de los casos se debe a la ferropenia (puede también deberse a otras etiologías, pero diagnosticadas previamente al embarazo). Otras causas de anemia durante el embarazo son las pérdidas hemáticas (hemorroides) o déficit nutricionales (falta de cobalamina o de folatos). La existencia de anemia tiene importancia por su relación con recién nacidos de bajo peso, incluso con una mayor tasa de prematuridad.

Desde el punto de vista laboral, la existencia de anemia por las causas nutricionales no suele implicar, salvo en casos graves, sintomatología, por lo que la mujer puede seguir realizando su trabajo habitual. Ninguna actividad laboral provoca un mayor riesgo de padecer o agravar ninguna patología de este tipo, según la bibliografía consultada, por lo que no pueden ser alegadas como riesgo específico ni pueden ser incluidas como patologías de *Riesgo Laboral específico durante el embarazo*. En todo caso puede ser valorada como causa de IT por contingencia común, dependiendo de la gravedad y sintomatología del cuadro anémico y de los requerimientos del puesto de trabajo.

Por otra parte, se describen cambios en la coagulación de la sangre, con un estado de cierta **hipercoagulabilidad** y, al mismo tiempo, una tendencia a la **trombocitopenia**.

PATOLOGÍA MÚSCULO-ESQUELÉTICA: son responsables de muchos de los síntomas comunes durante el embarazo:

- Hormigueos y calambres en miembros de predominio nocturno.
- Contracturas bruscas de los gemelos de predominio nocturno.
- Dolores costales.
- Lumbociática y dolores lumbares.
- Dolores pélvicos y dolor a punta de dedo en sínfisis púbica.

Se producen por modificaciones del eje de carga y alteraciones estructurales. La estática corporal del cuerpo de la mujer embarazada, a partir de la prominencia del abdomen, provoca una serie de desequilibrios que serán más o menos acentuados según la propia estructura corporal de la mujer:

- La acentuación de la **lordosis cervical** y el hundimiento del cinturón escapular puede provocar compromiso cervicobraquial, parestesias y dolor en extremidades superiores, sobre todo con la mujer en decúbito y a partir del tercer trimestre de embarazo.
- Los músculos rectos del abdomen se separan de la línea media, creando una **diástasis de los rectos** de extensión variable. En ocasiones es tan importante que el útero sólo se halla recubierto por una delgada capa de peritoneo, fascia y piel. Esta situación provoca que el aumento de volumen abdominal se señale con una **protusión periumbilical**.

- La **hiperlordosis lumbar** se ha considerado como una compensación del desplazamiento del centro de gravedad corporal de la gestante motivado por el feto. Hoy se considera que esta desviación es tan sólo aparente, ya que la gestante compensa el cambio de su centro de gravedad no mediante una hiperlordosis, sino desplazando hacia atrás todo el eje cráneo-caudal. Esta nueva posición causa lumbalgia, sobre todo si existe una deficiente higiene postural. En ocasiones se origina una **lumbociática** por compresión del nervio ciático.
- La movilidad de las **articulaciones sacroiliacas** es debida a la acción hormonal. La relajación articular puede originar algias difusas. Al final de la gestación los movimientos del feto (encajamiento) pueden llegar a producir **parestias en miembros inferiores**.

Todo lo anterior justifica la existencia (sobre todo en las últimas semanas de gestación) de cuadros de **lumbalgia** que podrían llegar a provocar una cierta incapacidad laboral para trabajos de bipedestación prolongada, posturas forzadas, etc. Es difícil en esta situación discernir la “culpabilidad” entre las características o demandas de dichos trabajos y la propia idiosincrasia del cuerpo de la mujer. En determinados trabajos con una alta demanda postural es conveniente retirar de su puesto a dichas trabajadoras dependiendo de dicha demanda. En el resto de trabajos y en las primeras semanas de gestación entendemos que el cuadro de lumbalgia se debe achacar fundamentalmente a la estructura corporal de la mujer y/o existencia de lesiones previas (escoliosis, cifosis, etc). En este caso se debe valorar como contingencia común y en consecuencia susceptible de IT, si así lo aconseja la valoración medico-laboral adecuada.

Los cambios hormonales pueden provocar un aumento del compromiso del nervio mediano (previamente constreñido) a su paso por el canal del carpo. En estas condiciones puede desencadenarse un **SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO**, caracterizado por dolor y parestias en el territorio del nervio de aparición fundamentalmente nocturna. Finalizado el embarazo la situación regresa y desaparece la clínica. En estos casos, para mujeres gestantes que trabajan en puestos de alto requerimiento (movimientos repetidos de muñeca, reponedoras, cadenas de montaje...) se puede justificar una IT por contingencia común.

4) EMBARAZO ACTUAL

El embarazo en la mayoría de los casos se desarrolla sin alteraciones ni problemas; pero en ocasiones se producen patologías propias del embarazo, la **PATOLOGÍA OBSTÉTRICA** o **GESTOSIS** (tabla 4). La mujer presenta alteraciones metabólicas y funcionales que pueden provocar estas patologías específicas, o desencadenar o agravar de procesos que hasta entonces eran silentes (mencionados anteriormente). En las gestosis se produce un conflicto entre el embrión y el organismo que lo contiene, dando lugar a un efecto de “rechazo” manifestado de distintas maneras.

TABLA 4. Gestosis

Hiperemesis gravídica
Eclampsia y preeclampsia
Hidropesía gravídica
Placenta previa y acretismo placentario
Crecimiento intrauterino retardado (CIR)
Tromboembolismo de la gestación
Embarazo ectópico

PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA: preeclampsia es el hallazgo de hipertensión después de la semana 20^a de embarazo (salvo enfermedad trofoblástica o hidrops), acompañada de proteinuria, edema o ambos. Es una complicación de la hipertensión arterial en la embarazada, arriba descrita. La **eclampsia** es la aparición de convulsiones en una paciente con preeclampsia y que no pueden ser atribuidas a otras causas. Ambas son siempre potencialmente peligrosas para madre y feto, pero son signos de especial gravedad. Se considera preeclampsia grave:

- Tensión arterial ≥ 160 mmHg (sistólica) y/o ≥ 110 mm Hg (diastólica).
- Proteinuria ≥ 2 gr en 24 horas.
- Creatinina sérica $> 1,2$ mg/dL.
- Plaquetas < 100.000 /mL.
- Anemia hemolítica.

- Enzimas hepáticas elevadas.
- Oliguria (< 600ml en 24 horas).
- Cefaleas, alteraciones visuales o dolor epigástrico.
- Hemorragia retiniana, exudado en fondo de ojo o papiledema.
- Edema pulmonar.

Se desconoce exactamente la causa. De etiología probablemente multifactorial, hay factores etiológicos placentarios y maternos. La preeclampsia es un síndrome asociado exclusivamente al embarazo y para su desarrollo se requiere la presencia de placenta.

En la **preeclampsia leve**, en gestante al final del embarazo, conviene llevar el embarazo a término y proceder entonces al descanso maternal. En caso de gestante pretérmino pero de más de 28 semanas lo apropiado es el tratamiento conservador con reposo domiciliario (no es aconsejable el ingreso hospitalario con reposo estricto en cama), por lo que procede la concesión de IT hasta finalizar el embarazo.

La **preeclampsia grave** es una situación de extrema gravedad. Si el embarazo se encuentra en la semana 34^a o superior debe ser interrumpida la gestación. Si el embarazo se encuentra entre las semanas 28^a a 34^a existe discusión acerca de los beneficios conservadores (mantenimiento de la gestación). En general se aconseja provocar la maduración fetal para adelantar el parto. Desde el punto de vista laboral procede el descanso y en consecuencia la interrupción laboral a través de la IT por contingencia común.

En cualquier caso, la presencia de estos diagnósticos no puede ser achacada ni influida por la actividad laboral y en consecuencia **NO** debe ser considerada *Riesgo Laboral específico durante el embarazo*.

PLACENTA PREVIA y ACRETISMO PLACENTARIO: la **placenta previa** es la inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero. La incidencia ha aumentado en los últimos años y se estima actualmente en 1/200 gestaciones. Supone un 20 % de las hemorragias del tercer trimestre de la gestación y conlleva una elevada morbimortalidad materno-fetal. Se clasifica en dependiendo de la localización de la placenta y de si ésta ocluye o no el orificio cervical. La etiología es desconocida, se han invocado factores etiológicos ovulares y maternos que parecen intervenir en su desarrollo. El hecho más característico de la placenta previa es la **hemorragia** indolora de sangre roja y brillante, escasa o abundante, y comienza de forma por

sorpesa. Un tercio de las pacientes presentan el primer episodio de metrorragia antes de la semana 30^a, otro tercio entre la semana 30-35^a y el resto más allá de la semana 36^a. El método de elección para su diagnóstico es la ecografía.

En la actualidad se tiende a realizar un manejo conservador expectante de las pacientes sintomáticas con placenta previa antes de término en buena situación hemodinámica. Entre las recomendaciones de dicho manejo se considera importante el reposo (hospitalario o ambulatorio).

El **acretismo placentario** consiste en la inserción anómala de las vellosidades coriales directamente en el miometrio. De etiología desconocida, se relaciona con placenta previa y antecedentes obstétricos de cesárea. La *placenta previa accreta* es hoy en día una de las principales causas de hemorragia masiva e histerectomía obstétrica. El tratamiento implica la asistencia de urgencia y en la mayoría de ocasiones el ingreso de la mujer para la provocación del parto.

Tanto la placenta previa como la accreta son patologías que dependen del propio embarazo o de la mujer. No tienen relación con el trabajo y por tanto **NO** deben ser incluidas como *Riesgo Laboral específico durante el embarazo*. Su presencia, en todo caso, puede ser valorado como causa de **IT** por contingencia común.

CRECIMIENTO INTRAUTERINO RESTRINGIDO (CIR): es la limitación del potencial de crecimiento intrínseco del feto. En la práctica se define CIR como la situación que provoca un peso neonatal por debajo del percentil 10 para la edad gestacional. Dependiendo de la fase en que se produce, el CIR se clasifica en tipo I o simétrico, y tipo II o asimétrico. Aunque los factores de riesgo epidemiológico son múltiples y no siempre bien definidos, una adecuada anamnesis sigue siendo indispensable en el control antenatal para poder seleccionar la población sobre la que llevar a cabo un seguimiento más estrecho del crecimiento y bienestar fetal. Los factores de riesgo antenatal son:

- Bajo peso-altura materna.
- Escaso incremento ponderal durante la gestación.
- Gestación previa con CIR.
- Factores ambientales (tabaco, alcohol y otras drogas).
- Infecciones.

- Enfermedades maternas (nefropatías y vasculopatías).
- Complicaciones de la gestación (hipertensión arterial).

La existencia de un CIR severo (mediante ecografía con valoración previa adecuada de la edad gestacional real) que se acompaña de preeclampsia obliga a finalizar la gestación antes de la semana 32^a.

La existencia de CIR *per se* no implica incapacidad laboral y, en cualquier caso, **NO** puede ser alegado como consecuencia de un *Riesgo Laboral específico durante el embarazo*.

EMBARAZO ECTÓPICO (EE): es la implantación del huevo fecundado fuera de la cavidad uterina, generalmente en la trompa uterina (95%). Provoca hemorragias, cuadros clínicos graves, pérdidas embrionarias e, incluso, muertes maternas en el primer trimestre de la gestación. Se trata además de una patología costosa en su diagnóstico y tratamiento. La edad de la madre es un factor importante de riesgo, así como el tabaquismo, las anomalías uterinas y los antecedentes clínicos de infecciones o intervenciones quirúrgicas en la madre. La sintomatología clínica viene determinada por la hemorragia y el dolor en una paciente en amenorrea. Sin embargo muchas veces (40-60%) es asintomático, se desconoce cuántos de embarazos ectópicos se resuelven espontáneamente.

El diagnóstico definitivo es mediante ecografía, que debe completarse con la valoración de gonadotropina coriónica humana (HCG). El tratamiento depende del interés por el embarazo, la presencia de riesgos de ruptura y/o de problemas abdominales secundarios.

Desde el punto de vista laboral, la presencia de dicha localización ectópica no puede achacarse a causas laborales; en consecuencia, la presencia de un embarazo ectópico es siempre un Riesgo Clínico, lo que implica descartar el *Riesgo Laboral específico durante el embarazo*. De hecho, en trabajadoras en puestos de trabajo de riesgo durante el embarazo, ante la presencia de un embarazo ectópico prevalece éste como causa de embarazo de riesgo clínico susceptible de IT. Ésta se tramitará como contingencia común, en presencia de síntomas o necesidad de tratamiento quirúrgico

COMPLICACIONES TROMBOEMBÓLICAS (ETE): incluye dos cuadros clínicos:

- Trombosis Venosa Profunda (TVP).

– Tromboembolismo pulmonar (TEP).

El TEP es una de las causas principales de mortalidad materna. El embarazo supone una situación de aumento de riesgo por presentar los tres elementos de la tríada de Virchow: estásis venoso, hipercoagulabilidad y lesión vascular. Se presenta clínicamente como un cuadro de disnea, taquicardia, taquipnea, dolor pleurítico, fiebre, ansiedad y roce pleural. El diagnóstico del TEP requiere una gammagrafía de ventilación/perfusión. El tratamiento requiere anticoagulantes de forma inmediata, que se puede prolongar en ocasiones más allá de la finalización del embarazo.

La TVP puede manifestarse de forma muy distinta a su presentación clínica habitual fuera del embarazo. En las formas más típicas la paciente presenta dolor, sensibilidad, hinchazón, cordón venoso palpable, cambios de su coloración y diferencias en el diámetro de la extremidad afectada. El diagnóstico de TVP se realiza mediante eco-doppler.

La etiología de ambos cuadros se relaciona con una situación de hipercoagulabilidad previa que se ve agravada por una serie de situaciones desencadenantes o agravantes:

- Hiperemesis.
- Deshidratación.
- Infección severa.
- Inmovilización prolongada (más de 4 días).
- Preeclampsia.
- Pérdidas sanguíneas.

Los dos cuadros son susceptibles de ingreso hospitalario y tratamiento, lo que implica la IT por contingencia común generalmente hasta la finalización de embarazo.

PUNTOS CLAVE

- La decisión sobre si una mujer gestante puede realizar o no una determinada actividad laboral deberá valorarse de forma individualizada en función de: tipo de trabajo, estado físico y salud de la mujer, y edad gestacional.

- La incapacidad para desarrollar una actividad laboral durante el embarazo deriva de:
 - El embarazo propiamente dicho.
 - La existencia de complicaciones propias del embarazo.
 - La exposición ocupacional.
- La mayoría de las mujeres embarazadas estarán en condiciones de trabajar hasta el parto.
- Cuando una enfermedad previa se agrave por el embarazo o predisponga a complicaciones de la gestación deberá interrumpir la actividad laboral.
- Para la IT se valorará el problema médico, la limitación laboral en función de la situación clínica y de los requerimientos del puesto de trabajo
- Son factores de riesgo:
 - Antecedentes de dos nacidos pretérmino con peso <2000 gr.
 - Antecedentes de pérdidas fetales, incompetencia cervical o cerclaje cervical.
 - Antecedentes de anomalías uterinas con pérdidas fetales.
 - Enfermedad cardíaca grado III - IV de la NYHA.
 - Síndrome de Marfan.
 - Hemoglobinopatías, incluidas talasemias.
 - Hipertensión pulmonar.
 - Hipertensión arterial.
 - Aclaramiento de creatinina anormal.
 - Polihidramnios.
 - Herpes gestacional.
 - Anemia severa (hemoglobina ≤ 8 gr/dl).
 - Preeclampsia y eclampsia.
 - Rotura prematura de membranas.
 - Amenaza de aborto.
 - Amenaza de parto pretérmino.
 - Hemorragia genital (placenta previa...).
- Es el médico debe evaluar desde la primera visita si el trabajo comporta algún riesgo para el embarazo, en función de:

- Tipo, lugar y horario de trabajo.
- Tareas realizadas.
- Estado físico de la mujer.
- Características ambientales.
- Materiales que se manipulan.

BIBLIOGRAFÍA

Constitución Española, 27 diciembre 1978 (art. 39.2, 40.2 y 43.2)

Directiva del Consejo 92/85, de 19 octubre 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 periodo de lactancia.

Real Decreto-Ley 11/1998, de 4 septiembre, por el que se regulan las bonificaciones de cuotas a la Seguridad Social de los contratos de interinidad que se celebren con personas desempleadas para sustituir a trabajadores durante los periodos de descanso maternal, adopción y acogimiento.

Ley 39/1999, de 5 de noviembre, de conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras.

Real Decreto 1251/2001 de 16 de noviembre, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de Seguridad Social por maternidad y Riesgo durante el embarazo

Orden APU/2210/2003, de 17 de julio, por el que se regula el procedimiento de las situaciones de Incapacidad Temporal y de Riesgo durante el Embarazo, en el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado.

Ley Orgánica 3/2007, de 22 marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres

GARRIGUES GIMENEZ, A.: La maternidad y su consideración jurídico-laboral y de Seguridad Social. Editorial CES, 2004.

RIBAS BONET, M. A.: Mujer y trabajo en la economía social. Editorial CES, Madrid 2005.

MOLINA GONZÁLEZ-PUMARIEGA, R.: La protección jurídica de la mujer trabajadora. Editorial CES, Madrid 2004.

FERRER LÓPEZ, M. A.: Las Bajas Laborales. Incapacidad Temporal, Maternidad y Riesgo durante el Embarazo. Editorial Deusto 2003.

BAILÓN MUÑOZ, E., ORGAZ ROSUA, M. J.: Limitaciones Laborales en el Embarazo. FMC 2005; 12 (6): 361-6.

- CASTRO VILA, C, RUBIO MONTAÑÉS, M. L.: Reflexiones éticas en torno a la baja laboral en la mujer embarazada. FMC 2005; 12 (6): 367-71.
- ARTIEDA, L.: La incapacidad Temporal durante el embarazo: ¿elemento de discriminación laboral? Med Segur Trab 2005; 51(198): 29-39.
- MARTINEZ MOYA, J.: Maternidad y Riesgo durante el embarazo: puntos críticos y reformas plasmadas en la L. O. 3/2007, de 22 marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Foro de Seguridad Social 2007; 17: 56-72.
- PANIZO ROBLES, J. A.: Conciliación personal, familiar y laboral y Seguridad Social. Modificaciones incorporadas por la Ley Orgánica 3/2007, de 22 marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 2007; nº extra: 121-185.
- CERÓN-MIRELES, P. et al.: Condiciones de trabajo materno y bajo peso al nacer en la Ciudad de México. Salud Publica Mex 1997; 39: 2-10.
- ORTEGA DEL MORAL, A, ARRIBAS MIR, L., SÁNCHEZ MARISCAL, D.: Amenaza de aborto: Actuación en atención primaria. FMC 2006; 13(5): 281-91.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. Guía para la prevención de defectos congénitos. Informes. Servicio de publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid 2006. [Disponible en: http://www.recordati.yoduk.es/docs/GuiaMinis_completa.pdf (Consultado el 26 de octubre 2008)]
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). Enciclopedia de la Salud y Seguridad en el trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales, Madrid 1998.
- BASCUAS HERNÁNDEZ, J. et al.: Gestación y trabajo: protocolización de la asistencia a la trabajadora embarazada en Salud Laboral. Revisión de los fundamentos legales y técnicos relativos a los agentes de riesgo para la reproducción humana. MAPFRE MEDICINA 2004; 15(1).
- BASCUAS HERNÁNDEZ, J. et al.: Gestación y trabajo: protocolización de la asistencia a la trabajadora embarazada en Salud Laboral. Protocolo de revisión medico-laboral de la trabajadora embarazada. MAPFRE MEDICINA 2004; 15 (2) .
- Guía de buenas practicas para la mejora de la seguridad y la salud en el trabajo por razones de reproducción y maternidad. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, editor. 2002
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Protocolos de actuación en diversas patologías (varios) <http://www.sego.es>

26. Valoración de la incapacidad temporal en depresión. Buscando soluciones

Rosario Gutiérrez Labrador

INTRODUCCIÓN

La depresión es una enfermedad cada vez más frecuente en nuestro medio. Se estima que la incidencia del trastorno depresivo es del 20% en la población adulta. Naturalmente, los problemas presentes en la población general también afectan al colectivo de los trabajadores. Diversos estudios estiman que en torno al 15-30% de los trabajadores experimentará algún tipo de problema de salud mental durante su vida laboral.

La magnitud del problema de la Incapacidad Temporal (IT) es creciente; los datos hechos públicos por el Ministerio de Trabajo reflejan, a nivel nacional, una curva ascendente, con un aumento en los últimos 4 años del 29%. Ello genera un coste que repercute en el subsistema de la Seguridad Social (SS) y en la financiación sanitaria que es superior en estos momentos al de la prestación farmacológica para el colectivo de los trabajadores. Nos enfrentamos por tanto a uno de los capítulos del primer nivel asistencial que más gasto genera, el 50% del gasto anual de un equipo de atención primaria.

El trastorno depresivo se encuentra entre las diez primeras causas de IT, y es el que tiene mayor duración, con una media de 145 días. A lo largo de este capítulo analizaremos distintas propuestas desde diferentes perspectivas:

1. La prevención primaria en la empresa, reforzando la colaboración del médico de familia con los Servicios de Prevención de Riesgos

Laborales de las empresas. Es importante mantener contacto en aquellos casos que se pudiesen beneficiar de cambios en sus puestos de trabajo, si sus condiciones laborales suponen una fuente de estrés.

2. Una gestión más adecuada de las bajas laborales, recogiendo varias propuestas no economicistas, como la implantación del contrato de gestión, la necesidad de un protocolo de gestión de la IT por Trastorno Depresivo y las propuestas realizadas por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFyC).
3. El abordaje psicoterapéutico de las dificultades del paciente a la reincorporación laboral, con una concreta identificación del problema, un distanciamiento afectivo del conflicto y un afrontamiento del mismo con conductas más adaptativas.
4. La aplicación de un método de resolución de problemas éticos que surgen de manera habitual en nuestra práctica cotidiana, al que se dedica un tema completo de este libro (capítulo 3).
5. La aportación de pautas de identificación y abordaje de las bajas fraudulentas por simulación.

LA PREVENCIÓN EN LA EMPRESA

Aunque la situación de IT supone un importante coste para las empresas, son pocas las que han desarrollado una política específica de “salud mental”. Este tipo de política mejora el rendimiento global de la organización en general y de los empleados en particular, y consigue reducir los costes generados por las ausencias y bajas laborales secundarias a enfermedades físicas y psíquicas. Entre sus objetivos está el lograr un ambiente laboral dirigido a detectar y corregir elementos de las condiciones de trabajo (incluidas las relaciones interpersonales) que puedan ser un riesgo para la salud del trabajador, y planificar intervenciones individuales y colectivas al respecto.

El Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo establece en este sentido algunas medidas preventivas (tabla 1).

TABLA 1. Medidas laborales preventivas en Salud Mental
(Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo)

- Horario flexible.
- Participación y control de los trabajadores en las decisiones y acciones que afecten a su trabajo.
- Adaptación de la carga de trabajo a las capacidades y recursos del trabajador.
- Permitir al trabajador la recuperación después de la tarea.
- Diseño de las tareas intentando que generen motivación y sensación de oportunidad de hacer uso de sus capacidades.
- Definición clara de las tareas y responsabilidades.
- Creación de posibilidades de comunicación.
- Evitar ambigüedades en temas de estabilidad laboral.
- Formación continuada.
- Desarrollo de la carrera profesional.

Si el conflicto del trabajador tiene relación con estos aspectos, sería conveniente la colaboración entre atención primaria y los Servicios de Prevención y Recursos Humanos de la empresa. Estos servicios tienen experiencia en temas sensibles (como la confidencialidad en el lugar de trabajo y las condiciones de seguridad laboral) y están familiarizados con los estresores y las presiones particulares del ambiente laboral específico, por lo que pueden buscar cauces de resolución y alternativas.

También es importante, de cara a favorecer una pronta reincorporación, solicitar y contar con el apoyo directo y explícito del médico de la empresa, que puede citar al trabajador regularmente las primeras 4-6 semanas, ayudándole a subsanar las dificultades que surjan.

MEDIDAS NO ECONOMICISTAS DE GESTIÓN DE LA INCAPACIDAD

Con objeto de contener el incremento económico que la IT supone se han ido implantado cada vez más medidas de inspección y control, con la participación de las Mutuas de Accidentes Laborales y Enfermedades Profe-

sionales de la Seguridad Social (MATEPSS) y la Inspección Médica. Pero ello sólo se ha traducido en un aumento de los reconocimientos médicos, sin que se haya obtenido ninguna efectividad. Además, al médico de familia se le hace responsable de las bajas laborales sin que obtenga ningún beneficio directo o indirecto de su gestión, sin una formación específica en valoración de la incapacidad y con una desmotivación respecto a esta tarea que entiende como meramente burocrática en favor de la actividad puramente asistencial.

Algunos autores han planteado como alternativa la implantación de un contrato de gestión. En él se establecerían unos objetivos comunes para todos los equipos del área, referidos a dos indicadores de fácil obtención e interpretación: la prevalencia y la duración media de las bajas. Además, por cada proceso de IT, se evaluarían 4 parámetros:

1. Si el proceso ha tenido una duración acorde a los criterios establecidos en el Manual de Gestión de la Incapacidad Temporal.
2. Si ha sido registrado en la historia clínica.
3. Si han sido emitidos partes de alta por incomparecencia a aquellos pacientes que no acuden a consulta sin causa justificada por dos partes de confirmación consecutivos.
4. El número de altas por Inspección en el periodo evaluado.

–El criterio 1 coincidiría con un proceso de IT justificado.

–El criterio 2 expresa un elemento de calidad de la atención prestada.

–El criterio 3 valora el seguimiento del proceso de IT por parte del facultativo.

–El criterio 4 refiere la máxima expresión de una baja laboral no justificada por razones clínico-sanitarias.

La puntuación nos permitiría añadir un elemento de calidad en la gestión de la de la IT y, junto con la valoración de la prevalencia y de la duración media, constituirían los elementos para obtener las repercusiones pactadas en los contratos de gestión.

Por otra parte, uno de los instrumentos más demandados en la gestión de las bajas laborales es la implantación de un protocolo de gestión de la incapacidad por trastorno depresivo consensuado con atención primaria.

Esta guía permitiría un posicionamiento adecuado y firme frente al trabajador que demanda la IT y frente a las organizaciones que hacen al médico de familia responsable último y único de la misma, garantizaría un consenso a las preguntas sobre cuándo procede y cuánto debe durar una prescripción de reposo y constituiría un instrumento de seguridad jurídica al constituir un protocolo de actuación.

Entre las propuestas para una mejor gestión de las bajas laborales cabe por último destacar las realizadas por la SEMFyC que recogen la experiencia desde la atención primaria de las dificultades cotidianas en relación a la IT:

1. Dotación de un sistema de información que identifique con claridad a los pacientes en IT, sus causas, demoras en listas de espera y servicios que causan esa demora.
2. La disminución de costes por la buena gestión debería de revertir en atención primaria para mejorar esta prestación.
3. Formación del médico de familia en aspectos organizativos, evaluación técnica, comunicación con el paciente difícil y reflexión ética sobre casos complicados.
4. Simplificación del proceso burocrático, con alta y baja en un solo acto para aquellas de duración inferior a 30 días.
5. Designación de un consultor como apoyo directo, valoración de pacientes que ofrezcan dudas y peritación cuando el paciente no estuviera de acuerdo con el alta.
6. Sesiones clínicas sobre casos conflictivos.
7. Gestión personalizada de las demoras en procesos diagnósticos o terapéuticos, en aquellos casos en los que esto sea la única causa de la situación de baja laboral, con cuotas pactadas y diversificación de proveedores.

ELABORACIÓN PSICOTERAPÉUTICA DE LAS DIFICULTADES DEL PACIENTE ANTE LA REINCORPORACIÓN A SU PUESTO DE TRABAJO

Además de la enfermedad en sí misma hay múltiples factores que influyen en la obtención y prolongación de la situación de IT, muchos de ellos en relación a problemas laborales de insatisfacción, conflictos de intereses,

burnout, mobbing... que conducen a conductas fóbico-evitativas hacia el entorno laboral, difíciles de modificar para el paciente y que son fuente de ansiedad importante que impide la reincorporación.

En estas circunstancias siempre es imprescindible el apoyo del entorno, que debemos favorecer y animar a recuperar. Es conveniente además tener conocimiento de cuál es la posibilidad real de cambio de puesto o de empresa, pues le ayudará en la toma de la decisión de mantener su trabajo o buscar uno nuevo. Si por fin decide mantenerse en su puesto, tendremos una importante motivación al tratamiento.

Diversos autores se han planteado una serie de estrategias de afrontamiento de los conflictos:

a) Identificación del problema

Para que tanto el paciente como el profesional tengan una comprensión completa y racional del problema es necesario identificar la situación laboral real del paciente de forma concreta y detallada. Para ello pediremos que nos haga una lista de todas las funciones que realiza en su trabajo, del conjunto de interacciones que desarrolla con cada uno de los compañeros y de las situaciones que han condicionado la aparición del problema.

Una vez estudiada y comprendida la situación, se van parcelando las dificultades y se le plantea al paciente “¿qué puede hacer en ellas para introducir cambios?”. Intentamos ayudarlo a buscar varias soluciones para cada dificultad y realizamos un listado de cada una de estas alternativas que tendremos de referencia durante la terapia.

Una vez planteadas las posibles alternativas se planea cómo realizarlas, y comenzamos un entrenamiento en cada una de ellas. El paciente se enfrenta primero mentalmente al conflicto con nuestra ayuda, por lo que es importante en estas primeras entrevistas aprender técnicas de relajación, respiración y visualización (tabla 2), pues al utilizarlas en el afrontamiento imaginado del conflicto consiguen disminuir la angustia que la situación temida crea y aumenta así la sensación de autocontrol.

Desde las primeras sesiones es necesario no apoyar ningún victimismo y dejar claro al paciente que solo él puede tomar la determinación de salir de la situación de bloqueo en que se encuentra. Para movilizar al paciente partiremos de un planteamiento realista de las desventajas de mantener la situación de IT, que inicialmente le alivia al alejar el problema laboral, pero puede desembocar en un despido o en la aparición de conductas evitativas

que se retroalimentan y cronifican. Es necesario comenzar a tomar iniciativas lo antes posible, explicando al trabajador que los cambios en la empresa se producen lentamente, y que existen controles externos y plazos en la IT. Es fundamental inculcar en el paciente que sólo va a poder responder al conflicto cuando tome la decisión de no dejarse vencer por él.

TABLA 2. Técnicas de relajación.

- Respiración profunda: es un método eficaz que se plantea como un encuentro con uno mismo. Se realiza en 20 minutos. En él no nos enfrentamos a pensamientos relativos al pasado ni al presente que nos preocupen, sino que simplemente aprendemos a reconocer su existencia y dejarlos pasar, e irnos centrando en la respiración y en cómo el cuerpo recupera su energía.
- Relajación progresiva: con ejercicios de tensión relajación, nos permite ser conscientes de la sensación de tensión acumulada y de relajación. Es una ayuda rápida y eficaz en las situaciones de mucha tensión, utilizándola los pacientes como un escudo ante los problemas.
- Visualización: nos permite buscar las sensaciones y situaciones que pueden surgir al realizar las acciones propuestas, y las posibles respuestas que podríamos dar a las mismas.

Es recomendable plantear siempre en el momento de prescribir la IT un tiempo de duración aproximado que sirva como una referencia y “compromiso” para ambos. Considerar la IT como una ayuda inicial para restaurar el equilibrio psicológico y como parte de un tratamiento que requiere su colaboración y el enfrentamiento al conflicto, nunca como una huida.

b) La *des-implicación* emocional

Cuando una persona entra en una situación de conflicto se activan de forma automática la reacción de rabia, la ansiedad y la evitación.

Para vencer la rabia es fundamental canalizar la ira, porque si no se desactiva puede impedir una salida del conflicto y dificultar el tratamiento al impedir una respuesta adaptativa y eficaz. Para ello es importante crear una

buena relación con el paciente, en la que se sienta escuchado y comprendido. Al ir desglosando el conflicto nos centraremos en detectar y desmontar opiniones y creencias irracionales concretas, que sustentan la reacción de ira. Las reacciones de ira no evitan el problema y a la larga pueden provocar nuevas complicaciones laborales. Tenemos que conseguir que pueda hablar del problema desapasionadamente.

En un segundo paso trabajamos la desdramatización del problema, situándolo en sus justos términos y gravedad. Esto permitirá al paciente tener la sensación de poder controlar y superar el conflicto, y de poder dar una respuesta más adecuada al mismo.

Por último para conseguir la desactivación emocional el paciente debe aprender a cambiar los pensamientos negativos. Por ejemplo la sensación de injusticia que se ha cometido con él, confrontándolo con la idea de que no todo lo que nos sucede es justo y que las empresas solo están obligadas a actuar legalmente. O el pensamiento de no merecer la situación lo sopesaremos con la idea de que no siempre conseguimos lo que nos merecemos. Hay muchos otros factores en juego además de nuestro merecimiento personal, tanto cuando nos va bien como cuando nos va mal.

Tiene que plantear una visión más amplia de la situación global, no sólo en lo concerniente a él, sino a toda la empresa, calibrar y aprender a valorar la forma de ser de los demás y elaborar de acuerdo a ello estrategias de afrontamiento más adecuadas.

c) Conocer y aceptar los propios errores

Aceptar las propias limitaciones no nos hace más débiles sino más fuertes, porque nos hace conocer y cuidar nuestros puntos vulnerables y evitar sobrecargas emocionales. Para mejorar el conocimiento de nuestras dificultades es conveniente leer algún libro de autoayuda, despacio, centrándose durante cada semana en un capítulo, dándose tiempo para aprender a detectar los fallos, utilizar distintos recursos para superarlos y plantear pequeños cambios, rompiendo la sensación de inercia y de incapacidad de reacción ante el entorno.

Es crucial para el paciente no perseguir la resolución del conflicto como una venganza o como una victoria, sino tener como meta disminuir la repercusión que el entorno tiene en él y que afronte las dificultades de una manera distinta. Se le planteará, cuando esté resolviendo la situación, cómo puede aprovechar esta experiencia para salir de la crisis reforzado, con más recursos personales.

Necesitamos elaborar en la consulta unas respuestas más adecuadas, impedirle permanecer inmóvil ante la situación, que le hace asumir una impotencia ante el entorno y le lleva a no intentar cambiar nada. El paciente necesita ir actuando, como método más eficaz para recuperar la confianza en si mismo.

Es necesario mejorar la **asertividad**, que le permitirá defenderse de los ataques o las críticas infundadas y enfrentarse más eficazmente al entorno. Debe acostumbrarse a recibir la información o las críticas sin sentirse violento, ni ponerse a la defensiva, ni bloquearse, sino responder aclarando la información y los dobles sentidos, preguntando para buscar una información veraz y reflexionando. Ensayar respuestas del tipo “puedo haberme equivocado lo pensaré”, que permitan tener tiempo para decidir y planificar la respuesta más adecuada. El paciente debe permitirse a sí mismo cometer errores, cambiar de opinión o no conocer una respuesta, sin sentirse inseguro o temeroso. Es útil acostumbrarse a expresar en voz alta sus deseos y sus derechos, escribiendo y repitiendo frases que los expresen y los defiendan lo más correctamente posible.

d) Potenciar el autocontrol

El paciente debe trabajar el control sobre sus propias emociones. Ser consciente de que ante un hecho caben siempre varios posicionamientos y que el hecho de pensar de una forma negativa de forma automática repercute aumentando su nivel de ansiedad y de frustración.

Debe mejorar su detección de cómo plantea los acontecimientos, aprendiendo a cambiar los pensamientos negativos del tipo “soy un desastre”, “todo me sale mal”, “no depende de mí”, “no puedo hacer nada”, “todos están en contra”, “tengo la culpa de todo”, “debería haber actuado de otro modo” por otros que generen menos ansiedad, permitan una visión más clara y concreta de la realidad, y permitan al paciente pensar cuál es la respuesta mejor en lugar de reaccionar.

Enseñar al paciente a intentar ver la situación desde fuera, como en una película, como si le pasara a alguien querido, lo que permite tomar distancia afectiva, desdramatizar la situación, calibrar más objetivamente las alternativas de resolución de problemas y retomar el control.

e) La reincorporación

Si existen actitudes evitativas es necesaria una deshabitación progresiva, que se consigue con un acercamiento paulatino al medio laboral. Se pro-

ponen tareas como acercarse al entorno del puesto de trabajo, llevar las bajas, contactar con los compañeros, hablar de la situación actual de la empresa. Se evaluará con el paciente cada alternativa, su puesta en práctica concreta, y los pasos siguientes utilizando técnicas de visualización mental de la acción y roll-playing.

LA DETECCIÓN DE LA SIMULACIÓN Y LAS BAJAS FRAUDULENTAS

Distintos estudios establecen las bajas fraudulentas entre un 2 y 10%, siendo los trastornos mentales los que se simulan con más frecuencia. Al no existir métodos de diagnóstico objetivos, también son los que más dificultad presentan en su detección. La depresión es de las que más se simulan, pero es difícil mantener la simulación en el tiempo.

La detección de la simulación en psiquiatría es compleja. Se basa principalmente en el conocimiento suficiente y unificado de la enfermedad que se va a evaluar y de las características y signos (generales y específicos) de las enfermedades mentales. Sin duda la experiencia clínica es la más importante guía diagnóstica. Existen distintas formas de simulación que es importante conocer:

- La simulación propiamente dicha, en la que el sujeto finge síntomas y signos que no existen.
- La simulación por exageración de los síntomas de la enfermedad real que padece.
- La simulación por perseveración, en la que el paciente finge el mantenimiento de los síntomas ya resueltos.
- La meta-simulación, simulación de un cuadro que el sujeto conoce.
- La falsa imputación, en la que el paciente adscribe los síntomas actuales a una causa no relacionada.

Algunas situaciones pueden ayudarnos a reconocer una simulación:

1. La baja laboral se presenta en un contexto médico-laboral con una clara ganancia secundaria.
2. Existe una notable discrepancia entre la molestia e incapacidad manifestada por el sujeto, y los hallazgos clínicos.

3. El lenguaje suele ser lento, con respuestas cortas, excesivos titubeos, frases vagas y evasivas, tiene pausas y errores en el discurso, y contradicciones. Por ejemplo, decir que no sale, que no tiene ganas ni de arreglarse; pero mostrar un aspecto cuidado y vestir ropa actual. Presenta distanciamiento del evaluador de forma pasiva, sin empatía, eludiendo la cercanía y sin existir la sensación de petición de ayuda para remontar el cuadro clínico, ni de solicitud de consejos para mejorar. La sensación que transmite es, por el contrario, la de llamar la atención sobre su enfermedad, está ansioso por hablar de sus síntomas, agotando rápidamente el discurso, que se vuelve monótono y repetitivo.
4. La descripción que realiza de los síntomas es inconsistente, pudiendo realizar múltiples trámites pero alegar en la consulta que se encuentra muy deprimido e incapacitado, o que no puede ni salir solo.
5. Se observa poco colaborador, molesto, intranquilo, malhumorado, susceptible con el profesional que le presta ayuda para un afrontamiento distinto de sus dificultades. Es poco cooperador en las pruebas diagnósticas y en el tratamiento prescrito (por ejemplo se encuentra peor pero ha bajado la dosis porque no le gusta tomar medicación). Se muestra reacio a la propuesta de solicitud de readaptación a una ocupación adaptada a sus dificultades.
6. La notificación de un pronóstico favorable la recibe con resistencia y que puede afirmar o mostrar incapacidad para realizar su trabajo, pero mantiene la capacidad de esparcimiento con disfrute de las actividades que realiza.
7. Su situación laboral suele ser irregular o insatisfactoria, encontrándose cómodo en la situación de IT. Esto hace que se muestre evasivo o poco dispuesto a centrarse en expectativas o soluciones en relación a su trabajo.

La evaluación de un sujeto con sospecha de simulación se debe realizar lo más tempranamente posible. Debe ser prolongada, ya que es más difícil para un simulador mantener la cohesión interna, la coherencia y no entrar en contradicciones cuando la entrevista se alarga.

Es conveniente solicitar que describa todos los síntomas de una forma exhaustiva, su aparición cronológica, su evolución y sus características, ya que para el simulador es difícil inventar estas características que no conoce.

Es frecuente la ausencia de sintomatología sutil y síntomas fisiológicos, que si los simula suelen ser sobreactuados, ya que no son síntomas que en la cultura popular se relacionen con la depresión.

Es interesante sugerir al paciente síntomas ajenos al trastorno que simula porque, debido al desconocimiento parcial del trastorno, el simulador acepta estos nuevos síntomas que le son sugeridos, y modifica el cuadro simulado.

También se aconseja la observación de los pacientes cuando éstos no lo saben, su relación en la sala de espera con otros pacientes o con sus familiares. En la entrevista ha de pedirse una descripción de que hace a o largo del día, porque son frecuentes las contradicciones a lo largo del discurso. Es enriquecedora una entrevista posterior con los convivientes con el paciente, a los que es más difícil mantener la coherencia con el relato del simulador, si no lo han escuchado.

Por último, es necesario plantear cómo se debe abordar la simulación y/o las bajas injustificadas, ya que resulta imprescindible adquirir habilidades para abordar dilemas éticos y comunicarnos mejor con los pacientes (el arte de negociar). La actitud debe ser receptiva, objetiva, comprensiva y tranquilizadora. Se debe ofertar su apoyo ante cualquier eventualidad en la incorporación al trabajo, sobre todo al inicio. Comentar que se debe mantener el mismo tratamiento, no bajarlo de cara al alta, señalándole que siempre el alta supone inicialmente una mayor tensión independientemente del momento en que se produzca. Indicar, de forma no humillante, la falta de datos objetivos o indicios sobre las quejas que refiere, que nos dificulta justificar su situación de IT ante el control que también nosotros tenemos de la Inspección.

Se puede plantear el alta como prueba para valorar su estado y poner en práctica lo aprendido en la terapia. No se debe nunca entrar en acusaciones peyorativas o confrontaciones con el paciente, ni tomar una actitud coercitiva que nunca es adecuada en una relación médica.

Ante un paciente querulante y amenazador se debe reunir la mayor información posible que rodean la petición de la atención médica y la IT, y sería aconsejable aplicar guías clínicas y pruebas psicológicas. Buscar ante estos pacientes una opinión consensuada con el equipo y aprovechar las coordinaciones con Psiquiatría dejando todo reflejado en la Historia Clínica.

PUNTOS CLAVE

- La depresión es una enfermedad muy prevalente, en ascenso, que afecta a los trabajadores en un 15-30%, con bajas prolongadas (media 145 días).
- La prevención primaria en Salud Mental debe hacerse desde la empresa, a través de sus Servicios Médicos de Prevención y de Recursos Humanos, abordando los factores estresantes.
- Los Servicios Médicos de Empresa pueden colaborar en la reincorporación tras una depresión y prevenir las recaídas
- Un “contrato de gestión” con indicadores objetivos de calidad y no sólo de cantidad de IT racionalizarían el gasto.
- Las fases de resolución de los conflictos pasan por la identificación del problema, des-implicación emocional, aceptación de los propios errores, potenciar el autocontrol y promover la reincorporación laboral.
- La simulación en patología psiquiátrica debe sospecharse si existe ganancia secundaria, discrepancia con los hallazgos clínicos, paralingüaje y lenguaje no verbal.

BIBLIOGRAFÍA

- RUIZ TÉLLEZ, A.: El problema de la Incapacidad Temporal y la atención primaria. La Gran oportunidad. La gran amenaza. Propuesta de un cambio. En: Grupo de trabajo SEMFyC. Incapacidad Temporal: encrucijada ética, clínica y de gestión. Documento SEMFyC 12, 1999. p. 16-57.
- PINEAULT, R., DAVELUY, C.: La Planificación Sanitaria: Conceptos, Métodos y Estrategias. Barcelona: Masson, SA, 1987. p. 297-8.
- ALTISENT, R., HUELIN, J.V., ARIÑO, M.: Ética en la prescripción de la “baja laboral” por el médico de familia. Cuadernos de Gestión 1997; 3: 4-6.
- DÍAZ, R., MOYA, R., VERGARA, J., DE ALARCÓN, M.C., DOMÍNGUEZ, G.: Análisis de la problemática derivada de los cambios legislativos en materia de Incapacidad Temporal. Semergen 1999; 24: 643-8.
- NAVARRO ARRIBAS, C., CHICANO DÍAZ, S.: “Gestión de la Incapacidad Temporal, hacia un modelo de gestión”. Medifam 2003; 13: 29-34.

- GÉRVAS, J. J., DEL BURGO, J. L., PÉREZ FERNÁNDEZ, M. M.: La Historia Clínica. En: GÉRVAS, J.J.: Los Sistemas de Registro en atención primaria de Salud. Madrid: Díaz de Santos, 1987. p. 25-90.
- HERMIDA, L., MOLINA, M., MARTÍN, J., VALERO, F.: Evaluación de la Incapacidad Temporal por contingencias comunes en la Comunidad de Madrid. Periodo 1994-1999. Revista de Medicina y Seguridad en el Trabajo 2000; 186: 1-9.
- INSALUD. Manual de Gestión de la Incapacidad Temporal. Madrid: Insalud, Servicio de Documentación y Publicaciones, 2001.
- BUITRAGO, F.: "La responsabilidad médica en las incapacidades laborales transitorias". Atención primaria 1994; 13:9-10.
- QUIJARO TERÁN, F.: Incapacidad Temporal/Permanente. Situación actual en España. Cambios y consecuencias. En: Grupo de trabajo de SEMFyC. Incapacidad Temporal: encrucijada ética, clínica y de gestión. Documento SEMFyC 12, 1999. p. 6.
- Grupo de trabajo de incapacidad de la SEMFyC. ¿Incapaces de gestionar la incapacidad? Grupo de trabajo de incapacidades temporales de la SEMFyC. "Incapacidad Temporal: Encrucijada ética, clínica y de gestión". Documento 12, 1999.
- BORRELL CARRIÓ, F., MOLERO GARCÍA, J. M., DUQUE VALENCIA, A., AMADOR ROMERO, J., TEJEDOR VARILLAS, A.: Decálogo de propuestas para la mejora de la gestión de la incapacidad temporal. En: Grupo de trabajo de SEMFyC. Mejoras en la gestión de la incapacidad temporal. Documento SEMFyC 12, 1998. p. 9-11.
- CALCEDO BARBA: La incapacidad Temporal por enfermedad mental en atención primaria: Criterios de actuación. Psiquiatría y atención primaria 2001; 2 (1):29-32.
- GONZÁLEZ DE RIVERA, J.L.: El maltrato psicológico. Como defenderse del mobbing y otras formas de acoso. Espasa Práctico, Madrid, 2002.
- PIÑUEL, I.: Mobbing. Como sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo. Sal Terrae, Santander, 2001.
- DAVIS, M., MCKAY, M., ESHELMAN, R.: Técnicas de autocontrol emocional. Barcelona, Martínez Roca 1986.
- PRADOS, J. A., QUESADA, F.: Manejo de un paciente en Baja Laboral injustificada: El arte de negociar. FMC 1995; 2: 537-544.

27. El caso peculiar del “*mobbing*” y la incapacidad temporal

José Ignacio Pastrana Jiménez
Ana M^a García Alonso

El acoso psicológico en el trabajo, también conocido como *mobbing*, es una realidad con la que los médicos nos encontramos asiduamente, en especial en atención primaria y en Psiquiatría. Esta realidad está emergiendo en España en la última década gracias a libros de divulgación y a la publicación de artículos en revistas especializadas. El acoso psicológico no es nada nuevo, existe en muchos niveles de la sociedad, pero su presencia en el mundo laboral, en el que pasamos un tercio de las horas del día, constituye una fuente de sufrimiento absolutamente innecesaria y totalmente reprobable.

A lo largo de este capítulo repasaremos su definición y características principales, así como los procesos de baja por contingencia común asociados a *mobbing* y el tratamiento de los pacientes aquejados de patología psíquica, el momento en el que es precisa la Incapacidad Temporal (IT) y cómo manejarla.

¿QUÉ ES EL *MOBBING*?

Heinz Leyman definió el *mobbing* en 1996 como “*una situación comunicativa que amenaza con infligir al individuo graves perjuicios psíquicos y físicos*” a través de “*el encadenamiento a lo largo de un período de tiempo de*

intentos o acciones hostiles consumadas, expresadas o manifestadas por una o varias personas hacia una tercera (...) es un proceso de destrucción compuesto de varias acciones que, tomadas de forma aislada podrían parecer anodinas, pero cuya repetición constante tiene efectos perniciosos.”

Anteriormente etólogos como Konrad Lorenz, sin ponerle nombre, habían descrito fenómenos similares, como “*el ataque de una coalición de miembros débiles de una especie contra otro individuo más fuerte que ellos*”. Otros fenómenos observados en la etología y que señalan la presencia de fenómenos de acoso en otras especies son el “*olor de clan*” y el “*redireccionamiento de la agresividad*”, de forma que individuos más débiles, o que se considera que no pertenecen al grupo, son eliminados.

La primera descripción en personas la realiza Heinemann observando el comportamiento de los niños de educación infantil. Leyman extendió el estudio de esta forma de relacionarse al ámbito laboral. De sus escritos destacan tres conceptos fundamentales: la intencionalidad, la producción de daño y la repetición. La primera es una característica fundamental que implica un elemento diferencial entre una conducta hostil casual o momentánea y le confiere mayor gravedad. La producción de un daño es la base para considerar la situación como un problema legal, que junto a la intencionalidad lo transforma en un delito. La tercera característica, la repetición, es un factor importante que nos ayuda a entender la patogenicidad del problema, al situarlo como una fuente crónica de estrés. El *mobbing* no es una enfermedad, no es un síndrome clínico moderno como puede ser la fibromialgia o la fatiga crónica, es un conflicto laboral que debe ser resuelto, o al menos afrontado, en el medio laboral. En el ámbito médico deben ser afrontadas únicamente las patologías que pudieran presentarse.

Las conductas individuales que pueden formar parte de un acoso psicológico han sido agrupadas en largos listados por los distintos autores que han estudiado el tema, pero básicamente se pueden agrupar en los cinco tipos presentados en la tabla 1. Estas conductas suelen surgir desde un mando, generalmente intermedio, en lo que se considera el *mobbing* descendente. El *mobbing* horizontal, que se da entre iguales, es menos frecuente como forma aislada y generalmente acompaña al descendente. De forma anecdótica, pero potencialmente muy grave, está el *mobbing* ascendente que se realiza hacia superiores con el objetivo, en general, de ocupar su puesto.

TABLA 1. Grupos de conductas acosadoras del mobbing

Impedir la comunicación de la víctima
Evitar las relaciones sociales dentro del trabajo
Desacreditar personal o laboralmente
Reducir la ocupación y la empleabilidad
Deteriorar su salud física o mental

El acoso psicológico en el trabajo se puede dar en todo tipo de empresas. Inicialmente se reportaban informes en los que típicamente sucedía en empresas públicas como la Administración Pública, el ejército, el ámbito docente o el sanitario, además de las empresas privadas pequeñas o familiares, pero lo cierto es que sucede en todas las empresas en las que haya alguien con intención de maltratar a los demás. Sin embargo, los departamentos en los que sucede el *mobbing* sí tienen unas características comunes. Predomina la falta de asunción de responsabilidades, los roles no están claramente explicados, a la vez que se exige un alto nivel de funcionamiento y se genera un estrés alto. La comunicación suele ser mala, se tienden a uniformar a todos los trabajadores, sin atender a la diferencia y no se reconoce el éxito. Departamentos o empresas con estas características tan nocivas pueden existir en cualquier sitio.

El acoso psicológico no aparece de un día para otro, **el *mobbing* tiene unas fases**, y si se destapa y se afronta antes, mejor. La primera fase es la de incidentes críticos, en la que un trabajador llama la atención del acosador por negarse a la manipulación o a la sumisión, despertar envidias o simplemente por nombrar lo innombrable. Le sigue la fase de acoso propiamente dicho, en la que se realizan las conductas estigmatizadoras mencionadas previamente. Detectadas las conductas, debiera venir la fase de intervención de la dirección pero, normalmente el desconocimiento, y, en el peor de los casos, la falta de preparación o la participación, hacen que no pase nada. Progresivamente, las empresas con departamentos activos de recursos humanos tienden a disponer de protocolos de actuación frente a denuncias internas de conductas de acoso psicológico en el trabajo.

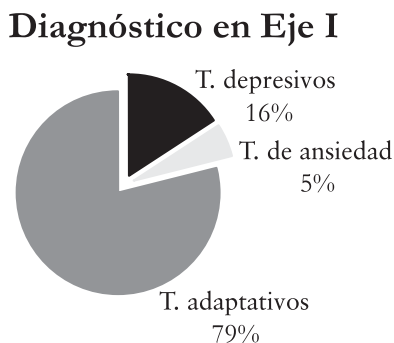
Los médicos aparecemos en la fase de solicitud de ayuda. Frecuentemente el trabajador se siente aislado, incomprendido y sin salida ante el

conflicto. En la sociedad del bienestar existe la tendencia a buscarle una causa médica a cualquier sensación de disconfort que podamos tener, con lo que se tiende a psicologizar los problemas de la vida diaria, incluyendo las relaciones laborales. En otras ocasiones, verdaderas patologías graves no se aprecian en su completitud al situarse en primer plano el problema laboral. La fase final de este problema suele coincidir con la salida de la empresa del trabajador, y muy raramente del acosador. En muchas ocasiones, no es hasta este momento cuando empieza la verdadera posibilidad de realizar una nueva vida.

El *mobbing* suele comportar una serie de **consecuencias** en quien lo padece. Las más frecuentes e iniciales son las de tipo psicósomático. Normalmente no se detectan en la consulta de primaria porque más de la mitad de las personas afectadas recurren a la automedicación. Son frecuentes las cefaleas, lumbalgias y cervicalgias, despistes frecuentes, hipertensión arterial, alteraciones inmunitarias con infecciones y alergias nuevas, así como disfunciones digestivas, cardíacas y sexuales. Estas alteraciones, en general, no repercuten de forma importante en el funcionamiento laboral y no requieren de IT.

La aparición de síntomas psíquicos comienza por la astenia y el agotamiento, que con facilidad conducen hacia los síndromes ansiosos y depresivos. El más frecuente de ellos, tal como se detecta en el estudio de las bajas por acoso psicológico es el trastorno adaptativo, seguido de las depresiones y de los cuadros ansiosos (figura 1). Esta situación desarrolla mayor complejidad en la personalidad de las personas afectas, de forma que se aumenta la incidencia de pacientes diagnosticables de trastorno de personalidad, especialmente ansiosos y excéntricos.

FIGURA 1. Diagnósticos psiquiátricos en la IT asociada a acoso psicológico



Estos cambios en la personalidad redundan en una disminución de la autoestima, de los autocuidados y de la autonomía, de forma que aumenta el aislamiento y el deterioro social, tendiendo a estigmatizarse y teniendo el riesgo de romper sus relaciones de pareja y familiares. En caso de proseguir, las habilidades laborales también se verán afectas y dañarán la empleabilidad de la persona, quedando atrapada en la situación de acoso. Es frecuente que al aumento de los gastos económicos secundarios a un funcionamiento en conflicto se le añada la disminución de los ingresos, con lo que la situación se vuelve preocupante.

En el año 2002 realizamos un estudio sobre 6500 procesos de IT por contingencia común con la participación de 54 médicos de toda España. Se pudo sospechar la presencia de acoso psicológico en el trabajo en el 1,71% de los casos, con una media de duración en IT de 261,52 días. Entre las características de los pacientes destacaban la edad, de 37,78 años con una distribución normalizada, y el predominio de las mujeres (65,8%) frente a los hombres (34,2%). La cualificación de los trabajadores y la edad se demostraron como factores muy importantes en la duración de la baja. Así, de forma estadísticamente significativa, la mayor duración correspondía a personas con mayor edad y menos años de estudios.

INCAPACIDAD TEMPORAL: ¿CUÁNDO HACE FALTA Y QUÉ HACER?

En el momento en el que aparece patología médica, sea psiquiátrica o no, y esta patología repercute negativamente en la capacidad del trabajador para desempeñar su puesto de trabajo de forma suficientemente adecuada, se debe proceder a la IT. El *mobbing* no es ni una enfermedad, ni limitante por sí mismo, al igual que tampoco lo es un accidente de tráfico, el fallecimiento de un familiar o un robo con violencia. Sí pueden ser limitantes las enfermedades que se presenten asociadas, pero cabe recordar que enfermedad no es sinónimo de incapacidad.

El **abordaje** de estas enfermedades asociadas, al igual que el de todas las enfermedades, se debe realizar desde el enfoque de salud como el bienestar bio-psico-social. Desde el punto de vista biológico, no haremos una disertación sobre los fármacos adecuados para el control y manejo de los síntomas ansiosos y depresivos que el lector puede encontrar en otras publicaciones escritas a tal efecto. Simplemente recordaremos que un malestar psíquico que no requiere medicación no es una patología limitante, por lo que no

requiere de IT. En el caso de requerirse medicación es preferible inicialmente los ansiolíticos que no produzcan sedación diurna y los antidepresivos, si son necesarios, de las mismas características.

A la hora de abordar los aspectos psicológicos de una persona sometida a *mobbing* hay que tener en cuenta que su entorno laboral es patógeno y que es posible que su entorno personal, familiar y social también se hayan vuelto perjudiciales. En función de las corrientes psicológicas es importante detenerse, en el caso del psicoanálisis, en la posible existencia de fijaciones edípicas, en especial en torno a las figuras de poder y a las de cuidado, con el desarrollo de posiciones hostiles pasivas. Desde el punto de vista cognitivo-conductual aparecen distorsiones cognitivas que favorecen un afrontamiento centrado en la emoción que produce la situación, en lugar de centrarse en el problema en sí, además del establecimiento de dependencias afectivas.

Desde el punto de vista social hay que plantear unos objetivos que consisten en la recuperación de la funcionalidad del paciente y de sus mecanismos adaptativos, la comprensión de la situación en la que se encuentra y la toma de decisiones. El enfoque social del problema no debe estar limitado al trabajo, sino ampliarse a todas las funciones sociales, en especial familiares, de ocio y de autocuidados, y sobre todo cuando éstas han sido deterioradas o abolidas.

El tratamiento de pacientes sometidos a una situación de acoso psicológico consta de **tres fases: protección, comprensión y acción**. La primera exige lograr que el paciente no queme energías en vano, que no se obceque en mantener conductas desadaptativas, en especial si son potencialmente dañinas para sí o para otras personas. Especialmente importante es la protección de sí mismo, de las automanifestaciones negativas como son los autoinsultos, la afirmación de que se trata de una injusticia y los continuos sentimientos de frustración y fracaso.

La fase de comprensión facilita la aceptación de la realidad, no como un estado deseable o un nirvana, sino como un punto de partida. Entender la presencia de reacciones automáticas, como la aparición de malestar emocional o tensión muscular al hablar de afrontar la situación, permite evitar conductas de afrontamiento erróneo como la evitación o la confrontación directa. La comprensión nos ayuda a trazar un plan, a decidir lo que hay que hacer; entender qué pasa, ayuda a decidir qué hago.

En la fase de acción, si hemos tenido una buena comprensión de lo que sucede evitaremos las reacciones. Reaccionar no es actuar. La correcta ac-

tuación permitirá definir el ritmo de los acontecimientos, lo que devolverá la sensación de libertad e independencia. Dado que se trata de un conflicto laboral, es frecuente el inicio de consultas con abogados laboristas, de la misma forma que consultarían a un mecánico si tuvieran problemas con el coche o a un fontanero especializado en calefacciones si fuera éste el problema. En esta fase no debe ser necesaria la IT y se suele disminuir el uso de medicación. Es importante hacer constar que se trata de un proceso de aprendizaje, sometido al ensayo y al error, y que facilita que pasemos de ser inconscientes de la incompetencia para resolver el conflicto a ser competentes de nuevo sin darnos cuenta.

El mejor momento para **finalizar la baja** es cuando el paciente comprende lo que le pasa y ha mejorado de la sintomatología que provocaba su incapacidad. Esta mejoría no es precisa, como en cualquier proceso de IT, que sea *ad integrum*, sino lo suficiente para el desempeño de su trabajo. El alta laboral no es un alta médica, el tratamiento sigue. Se debe realizar de forma programada y con una prevención de respuestas adecuada con el objetivo de poner en marcha los mecanismos adaptativos y evitar la recaída.

En algunas ocasiones es imposible poder dar el alta laboral por la intensidad de los síntomas, bien depresivos o especialmente por los cambios invalidantes producidos en la personalidad.

El mejor tratamiento y la mejor solución para estos problemas es la **prevención**. La prevención de riesgos laborales no es sólo cosa de trabajador y empresa. En nuestra posición de médicos es posible ayudar a nuestros pacientes si en los primeros síntomas psicósomáticos nos preguntamos por su origen. Dada la progresividad de los síntomas y la discapacidad que puede llegar a producir, es importante la detección precoz de este tipo de problemas para poder realizar una buena comprensión de la situación que permita actuar en su beneficio.

PUNTOS CLAVE

- El *mobbing* es un conflicto laboral caracterizado por la repetición intencional de conductas hostiles contra alguien para producir daño.
- El *mobbing* no es una enfermedad.
- El *mobbing* puede facilitar la aparición de síntomas psicósomáticos y de enfermedades psiquiátricas.

- El tratamiento en estos casos requiere un enfoque bio-psico-social. Además del tratamiento farmacológico hacen falta cambios psicológicos y sociales.
- La baja es un elemento fundamental en la recuperación de las enfermedades mentales, pero puede favorecer mecanismos evitativos si dura excesivamente.
- Los pacientes de más edad y con menor formación académica tienden a evolucionar peor si entran en IT.
- El tratamiento de pacientes acosados exige tres fases: protección, comprensión y acción.
- Prevenir es curar: la intervención sobre los primeros síntomas psicossomáticos puede evitar mayores patologías.

BIBLIOGRAFÍA

- CAMPS DEL SAZ, P., MARTÍN DAZA, F., PÉREZ BILBAO, J., et al.: Hostigamiento psicológico en el trabajo: el *mobbing*. Salud y Trabajo, 1996; 118:10-14.
- CATALINA ROMERO, C., PASTRANA JIMÉNEZ, J. I., MOLINA RAMOS, R., GARCÍA DIÉGUEZ, N.: Trastornos de la personalidad e Incapacidad Temporal. Comunicación escrita presentada en el IV Congreso Nacional de Trastornos de la Personalidad, Bilbao, junio de 2002.
- FIELD, T.: Bully in sight. Success Unlimited, Wantage, Oxfordshire, 1996.
- GONZÁLEZ DE RIVERA, J. L.: El maltrato psicológico. Cómo defenderse del *mobbing* y de otras formas de acoso. Madrid, Espasa Calpe 2002.
- GONZÁLEZ DE RIVERA, J. L., RODRÍGUEZ-ABUÍN, M.: Cuestionario de medida de conductas de acoso laboral: la versión española del LIPT. Psiquis, 2003; vol 23, nº 1.
- GONZÁLEZ DE RIVERA, J. L., LÓPEZ-GARCÍA SILVA, J. A.: La valoración médico-legal del *mobbing*. www.psiquiatria.com, interpsiquis.2003.
- HIRIGOYEN, M.F.: El acoso moral en el trabajo. Distinguir lo verdadero de lo falso. Barcelona, Ed Paidós 2001.
- LEYMANN, H.: *Mobbing*. La persécution au travail. Paris, Ed Seuil 1996.
- LÓPEZ CABARCOS, M. A., VÁZQUEZ RODRÍGUEZ, P.: *Mobbing*. Cómo prevenir, identificar y solucionar el acoso psicológico en el trabajo. Ediciones Pirámide, Madrid, 2003.

- LÓPEZ GARCÍA-SILVA, J. A., GONZÁLEZ DE RIVERA, J. L.: La simulación dentro de la problemática de la violencia en el trabajo. www.laley.net, nº 5723 (20-feb-03).
- MARTÍN DAZA, F., PÉREZ BILBAO, J., LÓPEZ GARCÍA-SILVA, J. A.: El hostigamiento psicológico en el trabajo: *mobbing*. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 1998.
- MOLINA RAMOS, R., CATALINA, C., PASTRANA, J. I.: Temporary disability and relationship with axis I and axis II comorbidity in psychiatric patients. Ponencia presentada en 5th ISSPD European Congress on Personality Disorders, Munich, julio de 2002.
- PASTRANA JIMÉNEZ, J. I.: IV Jornada Técnica. Incapacidad Temporal: Colaboración institucional y gestión clínica. Alicante, junio 2002. CD disponible a través de www.ibermutuamur.es
- PASTRANA JIMÉNEZ, J. I., MOLINA RAMOS, R., CATALINA ROMERO, C.: Presence of personality disorders in victims of *mobbing*. Ponencia presentada en 5th ISSPD European Congress on Personality Disorders, Munich, julio 2002.
- PASTRANA JIMÉNEZ, J. I.: ¿Cuánto cuesta el *mobbing* en España? *Lan Harremanak*/7 2002; II: 171-181.
- PASTRANA JIMÉNEZ, J. I.: Aspectos Psiquiátricos y Sociales del *Mobbing*, revista del Centro de Estudios Jurídicos, Ministerio del Interior - Universidad Complutense de Madrid, Septiembre de 2004.
- PIÑUEL Y ZABALA, I.: *Mobbing*. Cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo. Santander, Ed Sal Terrae 2001.
- Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal.
- Real Decreto 576/1997, de 18 de abril, por el que se modifica el reglamento sobre colaboración en la gestión de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto 1993/1997, de 7 de diciembre.
- RIGBY, K.: *New perspectives on bullying*. Jessica Kingsley Publishers, Philadelphia 2002.

NORMATIVA

28. Legislación aplicable

Francisco Javier Muñoz Perdiguero
Andrés López Romero

Ley de 4 de julio de 1932, de accidentes de trabajo.

Real Decreto 792/1961, de 13 de abril, por le que se organiza el aseguramiento de las enfermedades profesionales.

Real Decreto 3158/1966, de 23 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento General que determina la cuantía de las prestaciones económicas del Régimen General de la Seguridad Social y condiciones para el derecho a las mismas.

Orden de 13 de octubre de 1967, por la que se establecen normas para la aplicación y desarrollo de la ILT en el Régimen General de la Seguridad Social.

Resolución de 18 de noviembre de 1968, de la Dirección General de Previsión referente al cambio de Entidad Protectora de Accidentes de Trabajo.

Anexo de la Orden de 15 de abril de 1969, por la que se establecen Normas para la aplicación y desarrollo de las Prestaciones por Invalidez en el Régimen General de la Seguridad Social

Decreto 2346/1969 de 25 de septiembre. Régimen especial de la Seguridad Social. Empleadas de Hogar.

Decreto 2530/1970, de 20 de agosto. Régimen especial de los trabajadores por cuenta propia o autónomos.

- Orden de 24 de septiembre de 1970. Normas para la aplicación del régimen especial de los trabajadores por cuenta propia o autónomos.
- Decreto 1646/1972, de 23 de Junio, para la aplicación de la Ley 24/1972, de 21 de junio, en materia de prestaciones del Régimen General de la Seguridad Social.
- Orden de 22 de enero de 1973. Partes de Enfermedades Profesionales.
- Oficio Circular 888 de 26 de julio de 1973. Dep. 22. Pluriactividad. Supuestos de trabajador que presta servicios en dos empresas encuadradas en regímenes distintos a efectos de prestaciones.
- Orden de 21 de marzo de 1974, sobre competencias de la Inspección de los Servicios Sanitarios de la Seguridad Social.
- Orden de 5 de abril de 1974, por la que se aprueba el baremo de lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo y no invalidante de la Seguridad Social.
- Decreto 1995/78 de 12 de mayo, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el Sistema de la Seguridad Social,
- Real Decreto Ley 36/1978, de 13 de noviembre, sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la Salud y el Empleo.
- Real Decreto 53/1980, de 11 de enero, por el que se modifica el art. 2 del Reglamento General, que determina la cuantía de las prestaciones económicas del Régimen General, respecto a la prestación de ILT.
- Real Decreto 2609/82 de 24 de septiembre, sobre la creación de las Unidades de Valoración de Incapacidades.
- Orden de 6 de abril de 1983, por la que se dictan normas a efectos de control de la situación de incapacidad temporal en Sistema de la Seguridad Social.
- Real Decreto 1071/1984 de 23 de mayo de 1984. Modifica aspectos de la normativa en materia de invalidez permanente.
- Real Decreto 2621/1986, de 24 de diciembre, por el que se integran los Regímenes Especiales de la Seguridad Social de Trabajadores Ferroviarios, Jugadores de Fútbol, Representantes de Comercio, Toreros y Artistas en el Régimen General, así como se procede a la integración del

Régimen de Escritores de Libros en el Régimen Especial de Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos.

Orden de 30 de noviembre de 1987, para la aplicación y desarrollo en materia de acción protectora, del Real Decreto 2621/1986, de 24 de diciembre.

Orden de 16 de diciembre de 1987, por la que se establecen modelos para la notificación de accidentes de trabajo, y se dan instrucciones para su cumplimentación y tramitación.

Orden de 16 de enero de 1991. Regula las tarifas a aplicar en lesiones permanentes no invalidantes.

Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Real Decreto 853/93, de 4 de junio. Sobre el ejercicio de las funciones del médico de Medicina General en el Sistema Nacional de Salud.

Ley 22/1993, de 29 de noviembre, de medidas fiscales y de reforma del régimen jurídico de la función pública y de la protección por desempleo.

Real Decreto 2319/1993, de 29 de diciembre, sobre revalorización de pensiones del Sistema de la Seguridad Social y de otras prestaciones de protección social pública para 1994

Real Decreto 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social. Instrucciones sobre el nuevo marco que regula la incapacidad temporal, que excluye la maternidad como causa de incapacidad temporal al ser incorporada como entidad independiente que da derecho a periodos de descanso y prestación económica

Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos laborales (art. 32), por el que las mutuas podrán desarrollar servicios de prevención a las empresas asociadas.

Real Decreto Legislativo 2/1995 de 7 de abril, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Procedimiento Laboral.

- 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.
- Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de ordenación y supervisión de los seguros privados.
- Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento sobre colaboración de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.
- Real Decreto 2064/1995, de 22 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento General sobre cotización y liquidación de otros derechos de la Seguridad Social.
- Ley 13/96 de medidas fiscales, administrativas y de orden social. Art. 78. Por la que los médicos adscritos a las Entidades Gestoras de la Seguridad Social o a las Mutuas pueden formular propuestas de alta médica, con los efectos que reglamentariamente se establezcan, y que sean consecuencia de las actividades de control a la que vienen obligados los trabajadores para la percepción de las prestaciones.
- 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.
- Concierto Marco, de 15 de octubre de 1996, entre el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y el Ministerio de Sanidad y Consumo para el control de la prestación de la Incapacidad Temporal.
- Real Decreto 2583/1996 de 13 de diciembre, por el que se define al Instituto Nacional de la Seguridad Social como la Entidad Gestora de la Seguridad Social.
- Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal.
- Real Decreto 576/1997, de 18 de abril, por el que se modifica el Reglamento General sobre colaboración en la gestión de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre.

- Orden de 19 de junio de 1997, por la que se desarrolla el Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, que modifica determinados aspectos de la gestión y del control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal.
- Ley 42/1997, de 14 de noviembre de 1997. Inspección de Trabajo y Seguridad Social.
- Ley 63/1997, de 26 de diciembre, de medidas urgentes para la mejora del mercado de trabajo y el fomento de la contratación indefinida.
- Ley 66/1997, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del orden social (arts. 39, 45, 47 y disposiciones adicionales 2ª, 14ª, 15ª). Los médicos adscritos al Instituto Nacional de la Seguridad Social podrán expedir la correspondiente alta médica en los procesos de incapacidad temporal, a los exclusivos efectos de las prestaciones económicas de la Seguridad Social en los términos que reglamentariamente se establezcan.
- Circular 1/1997, de 1 de enero de 1997, sobre el control de la Incapacidad Temporal por enfermedad común y accidente no laboral.
- Ley de acompañamiento de 1997. Posibilita a los médicos de las mutuas puedan proponer el alta médica.
- Orden de 26 de enero de 1998, por la que se desarrollan las normas de cotización a la Seguridad Social, Desempleo, Fondo de Garantía y Formación Profesional.
- Real Decreto 488/1998, de 27 de marzo, por el que se desarrolla el art. 11 del Estatuto de los Trabajadores en materia de contratos formativos.
- Orden de 20 de abril de 1998, por la que se modifica la Orden de 25 de noviembre de 1966, que regula la colaboración de las empresas en la gestión del Régimen General de la Seguridad Social.
- Real Decreto 1117/1998, de 5 de junio, por el que se modifica el RD 575/1997, en desarrollo del apartado 1, párrafo segundo, del art. 131 bis) de la Ley General de la Seguridad Social (BOE 18/6).
- Real Decreto-Ley 11/1998, de 4 de septiembre, por el que se regulan las bonificaciones de cuotas a la Seguridad Social de los contratos de interinidad que se celebren con personas desempleadas para sustituir a tra-

bajadores durante los periodos de descanso maternal, adopción y acogimiento

Orden de 18 de septiembre de 1998, por la que se modifica la Orden de 19 de junio de 1997, que desarrolla el RD 575/1997, de 18 de abril, que modifica determinados aspectos de la gestión y del control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal.

Real Decreto-Ley 15/1998, de 27 de noviembre, de medidas urgentes para la mejora del mercado de trabajo en relación con el trabajo a tiempo parcial y el fomento de su estabilidad.

Ley 39/1999, de 11 de noviembre de 1999, para promover la Conciliación de la Vida Familiar y Laboral de las personas trabajadoras.

Real Decreto 1890/1999, de 10 de diciembre, por el que se modifica el Reglamento General sobre cotización y liquidación de otros derechos de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto 2064/1995, de 22 de diciembre.

Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía.

Ley orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.

Orden de 28 de enero de 2000, sobre Cotización a la Seguridad Social. Disposición Transitoria Quinta Faculta a las Mutuas para poder seguir realizando de reconocimientos médicos de carácter general.

Real Decreto-Ley 6/2000, de 23 de junio, de medidas urgentes de intensificación de la competencia en mercados de bienes y servicios (art. 44).

Ley 24/2001, de 27 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del orden social (art. 34).

Real Decreto 1251/2001, de 16 de noviembre, por el que se regulan las prestaciones económicas del Sistema de Seguridad Social por maternidad y riesgo durante el embarazo.

- Real Decreto 1131/2002, de 31 de octubre, por el que se regula la Seguridad Social de los trabajadores contratados a tiempo parcial, así como la jubilación parcial.
- Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y deberes en materia de información y documentación clínica.
- Ley 53/2002, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social. Disposición Adicional Trigésimo Cuarta, se extiende la acción protectora por contingencias profesionales a los trabajadores por cuenta propia o autónomos (accidente de trabajo y enfermedad profesional).
- Real Decreto-Ley 2/2003 de 25 de abril de Medidas de Reforma Económica. Art. 8º amplía la protección por IT para los autónomos, con nacimiento de la prestación económica de la IT (a partir del 4º día) y de la contingencia Profesional (a partir del día siguiente de la baja)
- Real Decreto-Ley 52/2003. Con respecto a las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social, se clarifica el régimen aplicable a la gestión de la prestación económica por incapacidad temporal derivada de contingencias comunes.
- Real Decreto 286/2003, de 7 de marzo, por el que se establece la duración de los plazos para la resolución de los procedimientos administrativos para el reconocimiento de prestaciones en materia de Seguridad Social.
- Orden APU/2210/2003, de 17 de julio, por el que se regula el procedimiento de las situaciones de Incapacidad Temporal y Riesgo durante el embarazo, en el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado.
- Real Decreto 463/2003, sobre el reconocimiento del incremento de la pensión de invalidez permanente total para su profesión habitual para los trabajadores por cuenta propia
- Real decreto 1273/2003, reglamento que desarrolla los art. 7º y 8º del Real Decreto-Ley 2/2003, de 25 de abril, de medidas de reforma económica. Regula la cobertura de las contingencias profesionales de los trabajadores incluidos en el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos, y la ampliación de la

prestación por incapacidad temporal para los trabajadores por cuenta propia.

Orden TAS/368/2004, de 12 de febrero, por la que se desarrollan las normas de cotización a la Seguridad Social, Desempleo, Fondo de Garantía Salarial y Formación Profesional, contenidas en la Ley 61/2003, de 30 de diciembre de Presupuestos Generales del Estado para el año 2004.

Orden TAS/399/2004, de 12 de febrero, sobre presentación en soporte informático de los partes de baja, confirmación y alta correspondientes a procesos de incapacidad temporal.

Real Decreto 428/2004, de 1 de marzo, por el que se modifica el Reglamento general sobre colaboración en la gestión de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre.

Real Decreto-Ley 3/2004, de 25 de junio de 2004, para la racionalización de la regulación del salario mínimo interprofesional y para el incremento de su cuantía.

Ley 30/2005, de 29 de diciembre, de los Presupuestos Generales del Estado para el año 2006, que modifica algunos artículos de la Ley General de Seguridad Social relacionados con la IT (duración y competencias del INSS).

Resolución de 16 de enero de 2006, de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, por la que se fija la fecha en la que determinadas Direcciones Provinciales del INSS y del ISM asumirán competencias en relación con la gestión de la prestación por incapacidad temporal.

Orden TAS/29/2006, de 18 de enero, por la que se desarrollan las normas de cotización a la Seguridad Social, Desempleo, FOGASA y Formación Profesional, contenidas en la Ley 30/2005, de 29 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2006.

Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, de Enfermedades Profesionales. Nuevo listado de enfermedades profesionales.

Resolución de 28 de noviembre de 2006, de la Secretaría Estado de la Seguridad Social, por la que se fija la fecha en la que determinadas Direcciones Provinciales del Instituto Nacional de la Seguridad Social y del

Instituto Social de la Marina asumirán competencias en relación con la gestión de la prestación por incapacidad temporal.

Resolución de 29 de noviembre de 2006, de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, por la que se fija la fecha en la que determinadas Direcciones Provinciales del Instituto Nacional de la Seguridad Social y del Instituto Social de la Marina asumirán competencias en relación con la gestión de la prestación de incapacidad temporal.

Ley 42/2006 de 28 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2007 (disposición final tercera).

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 diseña el correspondiente fichero de datos personales.

Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo para la igualdad efectiva de hombres y mujeres.

Ley 20/2007, de 11 de julio, del Estatuto del trabajador autónomo.

Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social.

