

Inaptitud e incapacidad, enfrentamiento entre los criterios de la Seguridad Social y Prevención de Riesgos Laborales

En España en 2007 el número de pensiones fue de 8.229.591, un 1,5 por ciento más que el año 2006. La distribución es la siguiente: un 10,69 por ciento son de incapacidad permanente, un 58,81 por ciento de jubilación, un 26,89 por ciento de viudedad, un 3,14 por ciento de orfandad y un 0,47 por ciento son pensiones a favor de otros familiares.

La lumbalgia tiene un coste económico anual de 66 millones de euros y una media de 55.000 bajas laborales, que representan una pérdida de más de un millón de jornadas laborales para las empresas de España.

En cuanto a la cervicalgia o dolor cervical, más del 50 por ciento de las lesiones que se reclaman a las compañías aseguradoras tienen como diagnóstico principal el esguince cervical. Si se consideran las secuelas y los días necesarios para estabilizar una lesión menor -como contusiones, esguince cervical y patología no traumática severa-, el coste medio de la indemnización por daños corporales puede cifrarse en torno a los 4.500 euros.

La cuantía media de las pensiones en España a 1 de febrero de 2007 es de 757,54€ las de incapacidad permanente y 754,73€ las de jubilación. Esto que parece una diferencia mínima, abona la tendencia actual por la que las partes afectadas prefieren y luchan por conseguir que se considere la contingencia laboral o común.

Las políticas de protección se inician en 1900 con la Ley de Accidentes de Trabajo.

En 1908 aparece el Instituto Nacional de Previsión en el que se integran las cajas que gestionan los seguros sociales que van surgiendo.

Posteriormente van apareciendo nuevos seguros sociales, Retiro Obrero (1919), el Seguro Obligatorio de Maternidad (1923), Seguro de Paro Forzoso (1931), Seguro de Enfermedad (1942), Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez (SOVI) (1947). Al no conseguir una protección efectiva, algunos sectores organizan Mutualidades laborales, cuyas prestaciones tenían como finalidad completar la protección preexistente.

En 1963 aparece la Ley de Bases de la Seguridad Social y posteriormente la Ley General de la Seguridad Social en 1966 cuyo objetivo principal era la implantación de un modelo unitario e integrado de protección social, con una base financiera de reparto, gestión pública y participación del Estado en la financiación. A pesar de esta definición de principios, aún pervivían antiguos sistemas de cotización alejados de los salarios reales de trabajadores, ausencia de revalorizaciones periódicas y la tendencia a la unidad no se plasmó al pervivir multitud de organismos superpuestos.

La Ley de Financiación y Perfeccionamiento de la Acción Protectora de 1972 intentó corregir los problemas financieros existentes, si bien, agravó los mismos al incrementar la acción protectora, sin establecer los correspondientes recursos que le dieran cobertura financiera. Por ello, no será hasta la implantación de la democracia en España, y la aprobación de la Constitución, cuando se produzcan una serie de reformas en los distintos campos que configuran el sistema de la Seguridad Social.

En efecto, el artículo 41 de la Constitución establece 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, indicando que la asistencia y prestaciones complementarias serán libres.

La primera gran reforma se produce con la publicación del Real Decreto Ley 36/1978, de 16 de noviembre, que, en función de lo acordado en los Pactos de la Moncloa crea un sistema de participación institucional de los agentes sociales favoreciendo la transparencia y racionalización de la Seguridad Social, así como el establecimiento de un nuevo sistema de gestión realizado por los siguientes Organismos:

- El Instituto Nacional de la Seguridad Social, para la gestión de las prestaciones económicas del sistema.
- El Instituto Nacional de Salud, para las prestaciones sanitarias (Organismo que posteriormente pasará a denominarse Instituto Nacional de Gestión Sanitaria).
- Instituto Nacional de Servicios Sociales, para la gestión de los servicios sociales (Organismo que posteriormente pasará a denominarse Instituto de Mayores y Servicios Sociales).
- El Instituto Social de la Marina, para la gestión de los trabajadores del mar.
- La Tesorería General de la Seguridad Social, como caja única del sistema actuando bajo el principio de solidaridad financiera.

En la década de los ochenta se llevaron a cabo una serie de medidas encaminadas a mejorar y perfeccionar la acción protectora al extender las prestaciones de los colectivos no cubiertos y dar una mayor estabilidad económica al sistema de la Seguridad Social. Entre estas medidas, cabe citar el proceso de equiparación paulatina de las bases de cotización con los salarios reales, la revalorización de las pensiones en función de la variación del índice de precios al consumo, la ampliación de los períodos necesarios para acceder a las prestaciones y para el cálculo de las pensiones, la simplificación de la estructura de la Seguridad Social, el inicio de la separación de las funciones de financiación, de forma que, las prestaciones de carácter contributivo se fuesen financiando a cargo de las cotizaciones sociales, mientras que las de naturaleza no contributiva encontrasen su cobertura financiera en la ampliación general. Este proceso va a permitir la progresiva generalización de la asistencia sanitaria.

En esta década, se crea la Gerencia de Informática de la Seguridad Social, para coordinar y controlar la actuación de los servicios de Informática y proceso de datos de las distintas Entidades Gestoras.

La década de los noventa supuso una serie de cambios sociales que han afectado a cuestiones muy variadas y que han tenido su influencia dentro del sistema de Seguridad Social: cambios en el mercado de trabajo, mayor movilidad en el mismo, incorporación de la mujer al mundo laboral etc., que han hecho necesario adaptar la protección a las nuevas necesidades surgidas.

En 1995 se firmó el Pacto de Toledo, con el apoyo de todas las fuerzas políticas y sociales, que tuvo como consecuencia importantes cambios y el establecimiento de una hoja de ruta para asegurar la estabilidad financiera y las prestaciones futuras de la Seguridad Social.

La implantación de las prestaciones no contributivas, la racionalización de la legislación de la Seguridad Social (llevado a cabo a través del nuevo Texto Refundido de 1994), la mayor adecuación entre las prestaciones recibidas y la exención de cotización previamente realizada, la creación del Fondo de Reserva de la Seguridad Social, la introducción de los mecanismos de jubilación flexible y de incentivación de la

prolongación de la vida laboral, o las medidas de mejora de la protección, en los supuestos de menor cuantía de pensiones, son manifestaciones de los cambios introducidos desde 1990 hasta la fecha, en el ámbito de la Seguridad Social.

Como norma de desarrollo más importante, la Seguridad Social en España está regulada por 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 (BOE del 29). Se destacan los siguientes artículos:

Artículo 128.- Concepto.

1. *Tendrán la consideración de situaciones determinantes de **incapacidad temporal**:*

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.*

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*

Artículo 136.- Conceptos y clases.

*...es **incapacidad permanente** la situación del trabajador que, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito y de haber sido dado de alta médicamente, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral. No obstará a tal calificación la posibilidad de recuperación de la capacidad laboral del inválido, si dicha posibilidad se estima médicamente como incierta o a largo plazo.*

Artículo 137.- Grados de Incapacidad.

1. *La invalidez permanente, cualquiera que sea su causa determinante, se clasificará con arreglo a los siguientes grados:*

- a) *Incapacidad permanente parcial para la profesión habitual.*
- b) *Incapacidad permanente total para la profesión habitual.*
- c) *Incapacidad permanente absoluta para todo trabajo.*
- d) *Gran invalidez.*

2. *Se entenderá por profesión habitual, en caso de accidente, sea o no de trabajo, la desempeñada normalmente por el trabajador al tiempo de sufrirlo. En caso de enfermedad común o profesional, aquella a la que el trabajador dedicaba su actividad fundamental durante el período de tiempo, anterior a la iniciación de la incapacidad, que reglamentariamente se determine.*

3. *Se entenderá por incapacidad permanente parcial para la profesión habitual la que, sin alcanzar el grado de total, ocasione al trabajador una disminución no inferior al 33 por 100 en su rendimiento normal para dicha profesión, sin impedirle la realización de las tareas fundamentales de la misma.*

4. *Se entenderá por incapacidad permanente total para la profesión habitual la que inhabilite al trabajador para la realización de todas o de las fundamentales tareas de dicha profesión, siempre que pueda dedicarse a otra distinta.*

5. Se entenderá por incapacidad permanente absoluta para todo trabajo la que inhabilite por completo al trabajador para toda profesión u oficio.

6. Se entenderá por gran invalidez la situación del trabajador afecto de incapacidad permanente y que, por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesite la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos.

Son, pues, tres las notas características que definen el concepto legal de la invalidez permanente:

1) Que las reducciones anatómicas o funcionales sean objetivables ("susceptibles de determinación objetiva"), no basándose en la mera manifestación subjetiva del interesado.

2) Que sean "previsiblemente definitivas", esto es, incurables, irreversibles; siendo suficiente una previsión seria de irreversibilidad para fijar el concepto de invalidez permanente, ya que, al no ser la Medicina una ciencia exacta, sino fundamentalmente empírica, resulta difícil la absoluta certeza del pronóstico, que no puede emitirse sino en términos de probabilidad, y

3) Que las reducciones sean graves, desde la perspectiva de su incidencia laboral, hasta el punto de que disminuyan o anulen su capacidad laboral en una escala gradual que va desde el mínimo de un 33% de disminución en su rendimiento normal para la profesión habitual -Incapacidad Permanente Parcial-, o la que impide, la realización de todas las fundamentales tareas de la misma -Incapacidad Permanente Total-, hasta la abolición de la capacidad de rendimiento normal para cualquier profesión u oficio que el mercado laboral pudiera ofrecer -Incapacidad Permanente Absoluta-.

El primer grado lo constituyen las lesiones permanentes no invalidantes (art. 150 de la Ley General de la Seguridad Social), que son cuantías de las indemnizaciones por baremo de las lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo y no invalidantes, causadas por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales. Reguladas por Anexo de la Orden de 15-4-69, en la redacción dada por la Orden de 5-4-74 y con la actualización de las cantidades efectuadas por la Orden de 16-1-91 (B.O.E. n. 16 de 18.01.91) y posteriormente Orden TAS/1040/2005, de 18 de abril, por la que se actualizan las cantidades a tanto alzado de las indemnizaciones por lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo y no invalidantes. (BOE núm. 96 de 22 abril 2005).

La Incapacidad Permanente Total ésta viene configurada en nuestro ordenamiento jurídico en relación con el impedimento de la realización de todas o las fundamentales tareas de la profesión habitual, siendo criterio jurisprudencial consolidado el de la necesidad de tomar en consideración para cada caso concreto las peculiares circunstancias de mayor o menor dureza de la profesión así como la exigencia para la dedicación a ésta de la mayor o menor integridad física del trabajador, resultando esencial y determinante para una adecuada calificación jurídica de la situación residual del afectado tener presente su profesión habitual, puesto que unas mismas lesiones y secuelas pueden ser o no constitutivas de incapacidad permanente en función de las actividades o tareas que requiera la profesión del/la presunto/a incapaz, debiendo predicarse, en consecuencia, que tal grado sólo debe ser reconocido cuando las secuelas existentes impidan el desarrollo de las tareas propias de la actividad laboral.

El inválido absoluto lo es desde el momento en que su capacidad residual de trabajo no le permite dedicarse a ningún tipo de trabajo en sentido profesional, es decir cuando haya de someterse a las exigencias de un marco laboral. El grado de

incapacidad permanente absoluta ha de ser reconocido no sólo al trabajador que carezca de toda posibilidad física e llevar a cabo cualquier quehacer laboral, sino también a aquel que, pese a conservar algunas aptitudes para actividades muy concretas, no tenga facultades reales de consumir con cierta eficacia y rentabilidad, exigibles en toda actividad laboral, las tareas que componen cualquiera de las variadas ocupaciones que ofrece el mercado de trabajo.

Han de valorarse, más que la índole y naturaleza de los padecimientos determinantes de las limitaciones que generan, estas limitaciones en si mismas, en cuanto impedimentos reales y suficientes para dejar sin posibilidad alguna de realizar una actividad laboral a quien las sufre, aunque sea la más simple de las actividades, y en el bien entendido de que no puede valorarse como capacidad residual aquélla que únicamente permita la realización de actividades esporádicas o de carácter marginal.

Por su parte, el artículo 143 de la Ley General de la Seguridad Social permite la revisión de grados en la incapacidad permanente por agravación, mejoría o error en el diagnóstico de la invalidez en cualquiera de sus grados, por lo que cabrá la revisión -supuesta la declaración de algún grado y sin mediar el tope de edad a que el precepto alude- si el interesado no se encuentra en el grado previamente determinado, sino en otro distinto, de acuerdo con las definiciones del fundamento precedente, de manera que no basta cualquier alteración de las lesiones o secuelas padecidas, sino una tal que permita incluirle en grado diferente por sus nuevos efectos incapacitantes.

Calificar supone una actuación jurídico-administrativa y que por lo tanto se ha desenvolver por otros cauces, con independencia que esa actuación jurídico-administrativa venga precedida de valoraciones previas (médicas y jurídicas).

Valorar se ha de interpretar como un criterio médico, como un juicio médico.

No existe paralelismo entre la intensidad de una lesión responsable de una merma física y su posible repercusión laboral. Por lo tanto: la incapacidad profesional no guarda relación directa con la incapacidad física. No toda incapacidad física cursa necesariamente con una Incapacidad profesional.

La lesión ha de conocerse, como daño orgánico y como limitación funcional que tal daño orgánico puede determinar. A su vez, la limitación funcional ha de ser entendida con carácter general (menoscabo funcional genérico) y, además, en su proyección específica para la realización de actividades concretas (menoscabo funcional específico), incluidas las de tipo laboral.

Se presumirá, salvo prueba en contrario, que son constitutivas de accidente de trabajo las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y en el lugar del trabajo. Además, está regulado en los últimos apartados del art. 115, que se considerarán accidente de trabajo:

- 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.

Por otra parte en el nuevo cuadro de Enfermedades profesionales Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro.

Una vez que se determine de qué contingencia se trata (es decir, en el fondo subyace quién va a pagar), a continuación habrá que valorar las limitaciones que presenta el trabajador.

La incapacidad para el trabajo y la invalidez son conceptos de naturaleza jurídica, aunque su hilo conductor va íntimamente ligado a situaciones de hecho, entre ellas un estado de salud expresivo de una patología o de un trastorno funcional, que, en sus consecuencias, han de ser estimadas por quien tenga conocimientos para ello.

El juicio clínico que se emite respecto a un estado nosológico susceptible de entenderse como una merma de la capacidad de trabajo, significa valorar las consecuencias funcionales de determinado trastorno, lesión o enfermedad, pero con peculiaridades muy concretas, esto es, bajo el enfoque de la medicina del trabajo.

En consecuencia, esta valoración médica opera apreciando el alcance clínico de determinado menoscabo orgánico y/o funcional, en su repercusión sobre la capacidad laboral del paciente. En este orden, valorar se ha de interpretar como un criterio médico, como un juicio médico. Calificar, en cambio, supone una actuación jurídicoadministrativa, con independencia de que venga precedida de valoraciones previas (médicas y jurídicas).

Lo realmente problemático es valorar si el trabajador tiene una disminución superior al 33 por 100 en su rendimiento normal para su profesión, sin impedirle la realización de las tareas fundamentales de la misma (incapacidad permanente parcial para la profesión habitual) o que inhabilite para la realización de todas o de las fundamentales tareas de dicha profesión, siempre que pueda dedicarse a otra (incapacidad permanente total para la profesión habitual).

El déficit funcional se podrá valorar conociendo los diferentes ángulos de los movimientos articulares, por medio del goniómetro y disponiendo de una tabla orientativa de valores normales. Por ejemplo, la que se emplea en el Centro de Traumatología Teldense, las tablas del American Medical Association (AMA) y en los libros de valoración y baremación del daño corporal de Claudio Hernández Cueto (1995), Louis Mèlennec (1996), Blanca Pérez Pineda (1997), Jouvencel (2002) o Borobia (2008).

Cualquiera de los baremos que existen tienen un cierto valor orientativo, pero cuando se hace una peritación laboral, lo que hay que valorar es en qué porcentaje puede o no realizar las tareas fundamentales de un determinado puesto de trabajo, es claro que lo que hay que hacer es esa relación entre las limitaciones y los requerimientos del puesto.

Dos baremos aparecen publicados (y vigentes en España) en el B.O.E.:

1- La Tabla VI de la Ley 30/1995, que regula las secuelas derivadas de accidentes ocasionados por vehículos de motor, modificada por ley 34/2003. En el tema que nos ocupa figuran los siguientes epígrafes:

2- El Real Decreto por el que se regula el grado de Minusvalía de 1999, adaptado de la 2ª Edición de la Tablas AMA. El modelo de la lesión o estimaciones basadas en el diagnóstico (EBD) no depende únicamente de la historia clínica y la exploración física, sino también de datos médicos diferentes a los relacionados con la amplitud de movimiento, especialmente con signos de déficit neurológicos y con

deficiencias fisiológicas y estructurales relacionadas con lesiones diferentes a los hallazgos habituales del envejecimiento como: espondilolisis, espondilolistesis, hernia discal, fracturas, luxaciones y pérdida de integridad del segmento de movimiento.

Existen otros Baremos, la Propuesta de Baremo Europeo que es una simplificación resumida de Baremo francés Concours Medical y que tenía la intención de que fuese publicado en forma de ley, como anexo a la directiva sobre seguros de automóviles. “Guía Baremo Europea para la evaluación de las lesiones física y psíquicas”. AMA, ha publicado recientemente su sexta edición de “Guides to the evaluation of Permanent Impairment”. Los conceptos innovadores de esta nueva Guía se diferencian totalmente de lo hecho hasta ahora. Qaly no mide el perjuicio “per se”, sino la incidencia que éste tiene en la calidad de vida del paciente, y en la transformación real que ha dado su vida a cambio del siniestro. Se puede ampliar en un completo trabajo realizado por Jaume Bofill, titulado Qaly y Valoración del Daño.

La relación Lesión-Tarea ha de ser concebida dentro de la adecuación ergonómica en su concepción más amplia, esto es, dentro del “estudio del comportamiento del hombre en su trabajo” (Grandjean), o adecuación del hombre al trabajo y del trabajo al hombre. A pesar de la enorme importancia que esta materia tiene “realmente es ahora cuando la ergonomía está despertando como ciencia” (Singleton, W.T., en Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo y Seguridad Social, Madrid, 1989). Esto en parte se debe a su carácter relativamente reciente, pues “el término – ergonomía- se utilizó por primera vez en 1950” (O.I.T.–Organización Internacional del Trabajo-). No obstante tal afirmación, como se dice, tiene un valor relativo, habiéndose de entender más bien que es en estos últimos años en los que la ergonomía toma especial valor sustantivo en la conciencia social en el mundo del trabajo.

Jouvencel revisa, analiza y expone las contradicciones que se pueden encontrar:

Se ha de analizar la posible incongruencia de las repercusiones clínicas sobre el trabajo a realizar. Hay que tasar los parámetros lesión–actividad en el proceso laboral. Por lo tanto, se pretende averiguar el nivel de respuesta del sujeto en el desarrollo de su actividad, en atención a sus secuelas.

La incapacidad laboral no necesariamente está ligada a conceptos como la deficiencia órgano-funcional, la discapacidad o la minusvalía, en una consideración genérica.

1. Cuestión clínica: estudio de la función perturbada

Examen de la lesión, del daño orgánico, psíquico, etc., y su repercusión funcional en quien la sufre, esto es, poniendo especial énfasis en las consecuencias fisiopatológicas, primando este aspecto frente a meras descripciones anatómicas o perturbaciones estructurales, precisándose, pues, un diagnóstico clínico y funcional.

Además, hay que recordar que:

- existen situaciones patológicas en las que los hallazgos clínicos en observaciones aisladas o en condiciones de reposo no expresan adecuadamente la pérdida o alteración de la función;
- la perturbación funcional puede presentarse sólo en situaciones de provocación, capaces de poner en marcha un desequilibrio observable;

- por tanto se han de realizar pruebas bajo carga, por cuanto se dan patologías o alteraciones que bien pueden permanecer encubiertas y que sólo se van a mostrar ante determinados requerimientos.

Los sistemas biomecánicos de valoración analizan de forma integrada los parámetros de los distintos sistemas que se emplean: análisis de movimiento, electromiografía de superficie, análisis de la marcha, y proporciona con ello una visión global de la patología que presenta el sujeto.

a) Análisis de movimiento

El análisis de movimiento en 3D (fotogrametría) es una técnica de análisis cinemático que permite, a partir de un movimiento real estudiar diferentes parámetros biomecánicos del movimiento realizado como velocidades tanto lineales como angulares y rangos articulares.

Mediante la fotogrametría (podemos utilizar éste término o bien análisis de movimiento) se puede valorar objetivamente:

- Alteraciones funcionales en los diferentes segmentos de las extremidades inferiores, superiores, columna, y distintas fases de la marcha.

- La evolución del tratamiento prescrito indicando, si dicha evolución es positiva o negativa, y cuantificando dicha evolución.

- Valoraciones del rango articular de movilidad y de columna (segmentos dorsal, lumbar, etc.). Estos últimos datos son imprescindibles y de gran utilidad para un correcto diseño de ejercicios de columna.

- Facilita el papel de las extremidades inferiores en las diferentes fases de la marcha, o en determinados actos deportivos, de los distintos segmentos articulares para evaluar el desempeño de actividades laborales, deportivas, etc.

Es un sistema de alta precisión y fiabilidad derivada de los robustos algoritmos de captura de movimiento 3D. Se integra en un circuito cerrado, se procesan los datos mediante técnicas informáticas. No son manipulables.

El déficit funcional del paciente queda reflejado en los ciclos de movimiento siendo detectado tanto la patología como la simulación en el patrón de movimiento. Se puede hacer patente la presencia o no de dolor durante la realización de la prueba al disminuir la velocidad angular.

b) Electromiografía de superficie

Sistema no invasivo e indoloro por lo tanto no interfiere en el libre movimiento del paciente. Estudia la capacidad de un músculo determinado, en forma dinámica, permitiendo valorar una serie de alteraciones musculares como atrofias y contracturas musculares, entre otras. El análisis electromiográfico dinámico no es invasivo, es decir utiliza electrodos de superficie que se adhieren a la piel en vez de agujas. Los resultados se comparan con el músculo sano del segmento contralateral.

El estudio que se realiza, busca evaluar el potencial eléctrico del músculo como un todo, a diferencia de la electromiografía clásica que se preocupa de las características de la fibra muscular como unidad y que utiliza agujas para su medición.

Una vez instalados los electrodos en los distintos músculos, se le solicita al paciente que realice un movimiento articular con y sin resistencia. Se registra la actividad muscular y se cuantifican el valor del trofismo muscular.

c) Análisis de la marcha

Se realiza mediante un sistema de plantillas instrumentadas, con transmisión de datos de telemetría. Esto permite al paciente moverse libremente sin el accesorio físico a la computadora. Allí no hay cable para restringir el paso. La frecuencia que mide no interfiere con el otro equipo médico. Los datos se registran en tiempo real.

2. Cuestión laboral

Se centra en la investigación del puesto de trabajo, pudiendo distinguirse, a título de preámbulo, aspectos generales, y, ya centrándose más en la demanda de este epígrafe, aspectos concretos, más directamente relacionados con el caso problema que haya que analizar.

2.1. Aspectos generales: identificación del puesto de trabajo: tarea, actividad, unidad operativa básica.

Con carácter general habrá que considerar una serie de factores que permitan identificar el puesto de trabajo, tanto en su aspecto técnico como humano. En cualquier caso la tarea ha de ser la preocupación principal del médico del trabajo.

Ferrari Forcada la definió como “el estudio y la descripción detallada de las exigencias físicas y operacionales involucradas en cada actividad profesional, estableciendo las actitudes que debe asumir, los movimientos que debe realizar, la fuerza aproximada que requiere, la velocidad y precisión de movimientos y, eventualmente, la agudeza de determinados sentidos”.

Pero esto no basta, en tanto que la tarea entendida como trabajo prescrito ha de ser particularizada en cada caso, lo que lleva a desembocar en el concepto de actividad, o trabajo que en realidad efectúa el trabajador considerando su individualidad. Esta construcción pretender no sólo responde al Qué hace, sino también al Cómo.

2.2. Aspectos concretos: rango de la función perturbada, niveles de exigencia (función-trabajo).

Tratándose de evaluar una eventual incapacidad para el trabajo, y todavía más en procesos aislado, patologías en las que se han alterado funciones muy específicas (ejemplo, imposibilidad de realizar las distintas pinzas o/y presas esféricas, cilíndricas,... con la mano derecha) el estudio ha de ser selectivo, tanto que habrá que desgajar del proceso de trabajo la función perturbada.

En la interacción persona-trabajo interesa en primer lugar el “rango” que ocupa la función afectada, la que es objeto de la cuestión clínica en su ejecución de una determinada tarea, atendiendo a las exigencias normales del trabajo.

Por “rango” se pretende asignar el número de orden que hay que atribuirle a la función cuestionada dentro de una jerarquía de requerimientos para el desarrollo de la actividad; esto es, la trascendencia de esa función dentro del proceso de trabajo. Obliga esto a un conocimiento previo de la carga de trabajo particularizada para aquellos factores en el que el binomio función-trabajo se cuestione. De tal forma, el rango de la función habrá de configurarse para cada supuesto problema, teniendo en cuenta, por un lado la función, y, por otro, los requerimientos laborales que involucran a tal función en el desempeño de la tarea. Se han de analizar los factores preliminares:

- 1.- Alternancia (A) Si alguna función alterada puede ser sustituida por otra.
- 2.- Importancia (I) en cuanto a la utilidad que tiene la función.
- 3.- Especificidad (E)

4.- Duración (D)

5.- Frecuencia (F)

6.- Seguridad (S)

A su vez, los referidos factores preliminares han de ponerse en relación con unos niveles de exigencias.

Además, en cada caso existirán “competencias selectivas” que vendrán dadas según el caso particular planteado, pudiéndose considerar como:

- la función en el marco de la globalidad del individuo, atendiendo a la edad, sexo, aspectos biométricos, aptitud general, grado de instrucción y cultura, etc

- la función en dependencia de la naturaleza del trabajo y exigencias de la tarea, y sus competencias, tanto que pueden venir condicionadas por:

- clase de trabajo: esencialmente intelectual, manual, etc.

- grados de actividad mental -función mental- precisando aspectos -competencias selectivas- como niveles de memoria (evocativa, temporoespacial, visual), atención, concentración, control emocional, imaginación, sensibilidad estética, rapidez de lectura, capacidad crítica y de observación, resistencia a la sugestión, etc.

- actividad física: fuerza, energía, velocidad de ejecución, ritmo, resistencia, coordinación, habilidades y destrezas (por ejemplo, habilidades físicas en la forma descrita por Fleissman: estabilidad brazo-mano, destreza en los dedos, velocidad dedo-muñeca, ...)

- técnica de ejecución de la tarea: simple, compleja

- modos de ejecución de la tarea: bipedestación, sedestación, deambulación, formas combinadas.

- postura de trabajo: cómoda, forzada, incómoda (teniendo en cuenta a su vez las exigencias de las extremidades superiores, inferiores, raquis.

- entorno laboral: térmico, acústico, iluminación, altitud, presión, vibraciones, aceleraciones, presencia de tóxicos y contaminantes ambientales.

3. La cuestión ergonómica: niveles de respuesta (lesión-actividad).

Dado el carácter marcadamente profesional de la incapacidad que se está estudiando, es obvio que ha de condicionarse en todo momento al tipo de trabajo que hubiera de realizar el trabajador. En realidad la gestión ergonómica del problema que ahora se discute ha de remitirse a la cuestión laboral, pues ergonomía y trabajo son algo indisoluble, aunque bajo los términos de unas exigencias de adecuación al sistema proceso de trabajo, en íntima relación con la tarea, al margen de la existencia de cualquier menoscabo órgano-funcional.

- como adecuación al proceso de trabajo: estudio de la relación función-trabajo

- como inadecuación al proceso de trabajo: análisis del binomio lesión-tarea, (“patoergonomía”, término concebido por Jouvencel).

Se pretende analizar la posible inadecuación que la clínica pueda acarrear laboralmente, indagando sobre unos niveles de respuesta, conjugando los simultáneamente los parámetros lesión-actividad, en su acción e interacción en el proceso de trabajo. Por lo tanto, ha de quedar claro que si en la cuestión laboral se trató de conocer la importancia de la función perturbada (al margen de cualquier patología, esto es, en su integridad) para la ejecución del trabajo (análisis de la función

trabajo) en este nuevo apartado pretende averiguar el nivel de respuesta del sujeto en el desarrollo de la actividad que se cuestione, en atención a su lesión y merma funcional, o secuelas que traducen una capacidad residual.

Hay situaciones en que la falta de acomodación al trabajo, a raíz de una patología, es evidente y notoria, en especial cuando se trata de menoscabos psicorgánicos mayores, por lo que huelga un análisis profundo. Por el contrario, son las situaciones de obstáculos menores, "handicaps" menores, o en los que no se observa severidad que llame la atención, los que han de ser fuente de especial preocupación para el médico del trabajo.

La nueva situación determinada por este binomio Lesión-Tarea obliga a pensar, al menos en principio, en un disfunción del sistema de trabajo, determinando que cierta parte de la energía que potencialmente podría disponer la máquina humana no se puede transformar en trabajo, debido precisamente al grado de desorden del sistema (entropía), desorden introducido por la confluencia del referido binomio lesión-tarea en el sistema-proceso de trabajo.

Junto a lo señalado, hay casos en los que la incapacidad laboral viene dada no porque una vez establecida la relación Lesión-Tarea, no pueda ejecutarse el trabajo, sino porque el legislador ha adoptado un criterio eminentemente preventivo, tanto que ante la existencia de determinadas lesiones se debe plantear la inaptitud del trabajador que las padece. Así, la Hipoacusia Profesional en un chapista del sector del automóvil, no impide materialmente que ese trabajador desempeñe su actividad, incluso de forma muy eficaz. No obstante, son los aludidos criterios de índole prevencionista los que han llevado a que en la norma se contemple la que ese trabajador, cumplidos determinados criterios audiométricos, sea apartado definitivamente de su puesto de trabajo.

Al final del proceso de valoración sólo caben las siguientes posibles Conclusiones:

- Respuesta satisfactoria: acomodación, adaptación, capacidad laboral plena.
- Respuesta tolerable, siempre y cuando sea admisible que en la interacción lesión-tarea se opere bajo algunas restricciones, aunque sin afectar a los aspectos fundamentales de la actividad.
- Respuesta tolerable, pero habiendo de introducir modificaciones mayores y limitaciones para el desarrollo de la tarea, afectando ya a aspectos fundamentales de la misma.
- Respuesta no tolerable ni corregible, provisionalmente, pero hay perspectivas, desde un razonable criterio médico, de una estimable mejoría, mediante la terapia adecuada (incluyendo medidas rehabilitadoras, educativas, etc.).
- Respuesta no tolerable ni corregible, con carácter de irreversibilidad y permanencia, siempre desde una certeza médica razonable: lesiones crónicas, definitivas, permanentes, irreversibles. Inadaptación, incapacidad laboral, dentro de una relación Lesión-Tarea, para la profesión habitual, o grupo de profesiones o trabajos con requerimientos físicos similares, o ya para todo tipo de trabajo. No es posible el rescate laboral del trabajador mediante tratamiento médico alguno (ya conservador, ya quirúrgico).

BIBLIOGRAFÍA

- AMA: *Guide Sixth: Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*. 2009
AMA: *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*. 1993.
Anatomía Humana. *Enciclopedia Interactiva. Modelos anatómicos 3D*:
<http://www.mercksharpdohme.com/services/emed/spanish/index.html?style=/services/emed/common/styles/univadis.css>.
Barrot, R, et al.: *L'Évaluation du damage corporel*. Edit. Masson, 1992
Bofill Soliger J.: Qaly y Valoración del Daño, <http://www.la-plaza.com/vdc> .
Borobia Fernández, C: *Valoración del Daño Corporal*. Editorial Masson. 2008
Borobia Fernández, C: *Valoración del Daño Corporal: Medicina de los Seguros*. Ed Masson. 2007
Desoille, H. Y Marti, J.A.: *Medicina del Trabajo*. Editorial Masson (2ª ED.) 1993.
Deyo RA, et al.: *What can the history and physical examination tell us about low back pain?* JAMA 1992; 268: 760-5.
Gerencia de Informática de la Seguridad Social: http://www.seg-social.es/Internet_1/LaSeguridadSocial/HistoriadelaSeguridad47711/ssNODELINK/44327
Gil Hernandez, F: *Tratado de Medicina del Trabajo*. Editorial Masson 2006. ISBN: 9788445814963.
Gisberg Calabuig, J.A.: *Medicina Legal y Toxicología*. Ed. Masson-Salvat Medicina, 1991
Gracovetsky S, et. al. "A database for estimating normal spinal motion derived from non-invasive measurements". Spine 1995 May1;20(9):1036-46
Hinojal Fonseca R.: *Daño Corporal*. Edit. Arcano Medicina, 1996.
Instituto Nacional de la Seguridad Social: http://www.seg-social.es/Internet_1/LaSeguridadSocial/HistoriadelaSeguridad47711/ssNODELINK/29413
Instituto Nacional de Salud (Instituto Nacional de Gestión Sanitaria): <http://www.ingesa.msc.es/>
Instituto Nacional de Servicios Sociales (Instituto de Mayores y Servicios Sociales): <http://www.seg-social.es/imserso/>
Jouvencel, M.R.: *Manual del perito médico. Fundamentos técnicos y jurídicos*. Edit. Díaz Santos. 2002 ISBN: 8479785101
Jouvencel, M.R.: *Metodología para la valoración de la incapacidad laboral: acercamiento ergonómico*: <http://www.peritajemedicoforense.com/JOUVENCEL.htm>
Kapandji Al: *Fisiología articular. Esquemas comentados de mecánica humana. Tronco y Caquis (III)*. 5ª edic. Madrid. Edit. Médica Panamericana. 1998
Kirkaldy-Willis: *The degenerative cascade model of spinal disease*. <http://upp.spis.co.uk/images/bwplus/figures/thumbs/ARHEU04-09-005B.jpg>
Loebl MY: *Measurement of spinal posture and range of spinal movement*. Ann Rheum Dis 1969; 28: 584
Luvoni Mangili, Bernardi: *Guida Alla Valutazione Medico-Legale del Danno Biologico e Dell'Invalidità*. Edit. Giuffre, 1995
Mélenec L.: *Valoración de las discapacidades y del daño corporal*. Edit. Masson 1997 ISBN: 8445803999
Monod, H., Lille, F. *L'Evaluation de la charge du travail, presentado em las XIII Jornadas Nacionales de Medicina del Trabajo (Tours, Francia, 2-5, octubre, 1974)*. Archives des Maladies Professionnelles de Medicine du Travail et de Sécurité Sociale, tomo 37.
Normativa de la Seguridad Social: http://www.seg-social.es/Internet_1/Normativa
Ojeda J., Diez, M.R.: *Concepto médico legal en relación a la incapacidad permanente parcial para la profesión habitual* <http://www.peritajemedicoforense.com/OJEDA2.htm>.
Ojeda J., Diez, M.R.: *Valoración de las artrosis*: <http://www.peritajemedicoforense.com/OJEDA2.htm>.
Richard L. Gajdosik: "Passive extensibility of skeletal muscle: review of the literature with clinical implications ". Clinical Biomechanics 16(2001) 87-101
Roca F.: Baremos médico-legales. ¿Son mediciones? <http://www.la-plaza.com/vdc>
Simoneau S.: *Les LATR, mieux les comprendre pour mieux les prevenir*. Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec. ISBN 2-921360-01-2
Sullivan MS et al: *The influence of age and gender of human spine range of motion. A study of 1126 healthy subjects*. Spine, 1994; 19: 682