



# MEDICINA y SEGURIDAD del trabajo

INTERNET



SUPLEMENTO EXTRAORDINARIO

## SUMARIO

### EDITORIAL

**José Manuel Vicente Pardo**

*Presidente del III Congreso de Médicos Inspectores de la Seguridad Social* ..... 10-14

### PONENCIAS

**Mesa 1. Análisis epidemiológico y de situación de la incapacidad laboral: estrategias y datos necesarios para la elaboración de un mapa de incapacidad** .. 15

**MODERA: María Jesús Terradillos García**

*Médico Inspector Jefe Subdirección General. Coordinación Unidades Médicas. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Madrid. España.*

**Análisis de situación de la incapacidad. La epidemiología en la gestión de la incapacidad**  
*M.ª Teresa Quílez Félez* ..... 16-30

**Datos epidemiológicos en incapacidad temporal en el Instituto Nacional de la Seguridad Social**  
*Luis Sánchez Galán* ..... 31-34

**La vigilancia de la salud pública como instrumento para el control de enfermedades y factores de riesgo y sus aplicaciones a la salud laboral**  
*Isabel Noguer Zambrano* ..... 35-42

**Mesa 2. Título: Hacia un nuevo marco normativo en materia de incapacidad laboral** ..... 43

**MODERA: María Dolores Carballo Sotillos**

*Médico Inspector Jefe Subdirección General. Coordinación Unidades Médicas. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Madrid. España.*

**Hacia un nuevo marco que regule la valoración médica de la capacidad/incapacidad laboral. Propuestas de mejora y áreas de cambio**  
*José Manuel Vicente Pardo* ..... 44-60

**La incapacidad permanente y su impacto en el sistema español de Seguridad Social**  
*César Luis Gómez Garcillán* ..... 61-68

Tomo 62-2016

Med Seg Trab Internet 2016; 62. S.Ex.: 1-156

Fundada en 1952

ISSN: 1989-7790

NIPO en línea: 725-15-006-6

Ministerio de Economía y Competitividad

Instituto de Salud Carlos III

Escuela Nacional de Medicina del Trabajo

<http://scielo.isciii.es>

<http://infosaludlaboral.isciii.es>



Ministerio de Economía y Competitividad

Escuela Nacional de  
Medicina del Trabajo



International Labour Organization

International Occupational Safety and Health Information Centre (CIS)

Centro Nacional en España: Escuela Nacional de Medicina del Trabajo (ISCIII)



<b>Problemas derivados de la indeterminación legal de la profesión habitual. situaciones de compatibilidad no deseadas y propuestas de revisión</b>	
<i>Ana Álvarez Moreno</i> .....	69-76
<b>Mesa 3: Título: La enfermedad profesional, hacia una actualización de su conocimiento, su presencia, su impacto y su prevención</b> .....	77
<b>MODERA: José Antonio González-Calero Muñoz</b>	
<i>Médico Inspector Jefe Unidad Médica Ciudad Real. España.</i>	
<b>Aspectos jurídicos de la enfermedad profesional: estado de la cuestión y propuestas de reforma</b>	
<i>Faustino Cavas Martínez</i> .....	78-86
<b>Calificación y Valoración de la Enfermedad Profesional: Análisis de la situación actual y propuestas de mejora</b>	
<i>José Rafael Lobato Cañón</i> .....	87-95
<b>¿Y si en lugar de hacer mucho, probamos a hacerlo mejor? Un cambio de enfoque en la gestión de las enfermedades profesionales</b>	
<i>Clara Guillén Subirán</i> .....	96-105
<b>Mesa 4: Valoración específica del cáncer de mama como patología de especial prevalencia y difícil abordaje</b> .....	106
<b>MODERA: Araceli López-Guillén García</b>	
<i>Médico Inspector Unidad Médica de Murcia. Murcia. España.</i>	
<b>Las diferentes modalidades de la radioterapia: externa, braquiterapia e intraoperatoria. Indicaciones</b>	
<i>Manuel Algara López</i> .....	107-112
<b>Nuevos retos en el tratamiento y la investigación del cáncer de mama</b>	
<i>Ana Lluch Hernández</i> .....	113-115
<b>Cirugía del cáncer de mama. Técnicas quirúrgicas de tratamiento y de reconstrucción, momento y tiempos de recuperación</b>	
<i>Carlos Vázquez Albadalejo</i> .....	116-124
<b>Mesa 5: Los programas de formación en medicina evaluadora: Actualización, formación continuada</b> .....	125
<b>MODERA: Javier Sainz González</b>	
<i>Subjefe Médico Unidad Médica. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Madrid. España.</i>	
<b>Formación en medicina del trabajo: competencia y sostenibilidad</b>	
<i>Jerónimo Maqueda Blasco</i> .....	126-134
<b>Universidad. Formación en medicina legal y forense en valoración médico legal del daño. Necesidades y futuro</b>	
<i>M.ª Teresa Criado del Río</i> .....	135-145
<b>La formación en el ámbito de la valoración médica de la incapacidad laboral en el Instituto Nacional de la Seguridad Social</b>	
<i>M.ª del Rosario Valero Muñoz</i> .....	146-150
 <b>CONCLUSIONES</b>	
<b>José Manuel Vicente Pardo</b>	
<i>Presidente del III Congreso de Médicos Inspectores de la Seguridad Social</i> .....	151-156

## ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA DEL TRABAJO INSTITUTO DE SALUD CARLOS III

### **Directora: Victoria Ureña Vilardell**

Subdirectora General de Investigación en Terapia Celular y Medicina Regenerativa. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.

## COMITÉ EDITORIAL

### **Redactor Jefe: Jorge Veiga de Cabo**

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

### **Redactor Adjunto: Marcelo José D'Agostino**

Director de Gestión del Conocimiento, Bioética e Investigación (KBR). Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington DC. USA.

### **Coordinadora de Redacción: Isabel Mangas Gallardo**

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

## MIEMBROS

### **Aguilar Madrid, Guadalupe**

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

### **Castañón Álvarez, Juan**

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

### **Forastieri, Valentina**

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

### **Guillén Subirán, Clara**

Ibermutuamur. Madrid. España.

### **Horna Arroyo, Rosa**

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

### **Martínez Herrera, Juan Antonio**

Unidad Equipo Valoración Incapacidades. Madrid. España.

### **Neves Pires de Sousa Uva, António**

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

### **Nieto, Héctor Alberto**

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

### **Nieto Sainz, Joaquín**

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

### **Rodríguez de la Pinta, M.ª Luisa**

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

### **Roel Valdés, José María**

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

## COMITÉ CIENTÍFICO

**Alday Figueroa, Enrique**

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

**Álvarez Blázquez, Fernando**

Instituto Nacional de la Seguridad Social. Madrid. España.

**Álvarez Hidalgo, Francisco Jesús**

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

**Arceiz Campos, Carmen**

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

**Burg Ceccim, Ricardo**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Brasil.

**Carreño Martín, María Dolores**

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

**Carreras Vaquer, Fernando**

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

**Casal Lareo, Amparo**

Azienda Ospedaliera. Universitaria Careggi. Florencia. Italia.

**Caso Pita, Covadonga**

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

**Castell Salvá, Rafael**

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

**Castellano Royo, María**

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

**Conde-Salazar Gómez, Luis**

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

**Cruzet Fernández, Francisco**

Especialista en Medicina del Trabajo. Madrid. España.

**Gamo González, María Fe**

Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Madrid. España.

**García Arenas, María Ángeles**

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

**García Benavides, Fernando**

Universidad Pompeu-Fabra. Barcelona. España.

**García López, Vega**

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

**Granados Arroyo, Juan José**

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

**Heras Mendaza, Felipe**

Hospital de Arganda del Rey (Madrid). España.

**Jardón Dato, Emilio**

Instituto Nacional de la Seguridad Social. Madrid. España.

**Juárez Pérez, Cuauhtémoc Arturo**

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

**Marqués Marqués, Francisco**

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

**Martí Amengual, Gabriel**

Universidad de Barcelona. Barcelona. España.

**Martínez Jarreta, Begoña**

Universidad de Zaragoza. Zaragoza. España.

**Nova Melle, Pilar**

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

**Ordaz Castillo, Elena**

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

**Otero Dorrego, Carmen**

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

**Otero Gómez, Cruz**

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

**Rescalvo Santiago, Fernando**

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

**Sánchez Jiménez, Vicente**

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

**Sant Gallén, Pere**

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

**Sanz Valero, Javier**

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

**Solé Gómez, Dolores**

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

**Soriano Corral, José Ramón**

Mutua Universal. Madrid. España.

**Van Der Haer, Rudolf**

MC Mutual. Barcelona. España.

**Wanden-Berghe, Carmina**

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

**Zimmermann Verdejo, Marta**

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

## REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN

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

### Indexada en

OSH – ROM (CISDOC) Organización Internacional del Trabajo (OIT)  
HINARI, Organización Mundial de la Salud (OMS)  
IBECs, Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud  
IME, Índice Médico Español  
SciELO (Scientific Electronic Library Online)  
Dialnet  
Latindex  
Free Medical Journals  
Portal de Revistas Científicas. BIREME.OPS/OMS

### Periodicidad

Trimestral, 4 números al año.

### Edita

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



NIPO en línea: 725-15-006-6

ISSN: 1989 - 7790

Diseño y maquetación: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado

<http://publicaciones.isciii.es>

<http://www.scielo.org>

<http://scielo.isciii.es>

<http://infosaludlaboral.isciii.es>

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

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

<http://publicacionesoficiales.boe.es>



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/>

## NORMAS DE PUBLICACIÓN

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

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

### 1.- POLÍTICA EDITORIAL

Medicina y Seguridad del Trabajo es una revista científica que publica trabajos relacionados con el campo de la medicina del trabajo y la salud laboral. Acepta artículos redactados en español y/o inglés (en los casos en que se reciban en ambos idiomas se podrá contemplar la posibilidad de publicar el artículo en español e inglés). Los manuscritos han de ser originales, no pueden haber sido publicados o encontrarse en proceso de evaluación en cualquier otra revista científica o medio de difusión y adaptarse a los Requisitos de Uniformidad del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors, ICMJE) (versión en inglés <http://www.icmje.org>), versión en español, [http://foietes.files.wordpress.com/2011/06/requisitos\\_de\\_uniformidad\\_2010\\_completo.pdf](http://foietes.files.wordpress.com/2011/06/requisitos_de_uniformidad_2010_completo.pdf)).

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

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

#### 1.1.- Autoría, contribuciones y agradecimientos

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

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

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

#### 1.2.- Derechos de autor (copyright)

Medicina y Seguridad del Trabajo se encuentra adherida a la licencia Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/>) bajo la modalidad de Reconocimiento –NoComercial–SinObraDerivada (by-nc-nd), lo que significa que los autores mantienen sus derechos de autoría y no permiten el uso comercial de la obra original ni de las posibles obras derivadas, la distribución de las cuales debe hacerse con una licencia igual a la que regula la obra original, respetando la autoría y referencia de la revista que debe ser siempre citada, permitiendo su divulgación mediante los sistemas de acceso abierto y la utilización de los contenidos por la comunidad científica internacional y el resto de la sociedad.



### 1.3.- Conflicto de intereses

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

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

### 1.4.- Financiación

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

### 1.5.- Permisos de reproducción de material publicado

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

### 1.6.- Compromisos éticos

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

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

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

## 2.- REMISIÓN DE MANUSCRITOS

### 2.1.- Formas de envío

Los autores deberán enviar a [revistaenmt@isciii.es](mailto:revistaenmt@isciii.es), una carta de presentación dirigida al Comité de Redacción, acompañando al manuscrito.

### 2.2.- Carta de presentación

La carta de presentación deberá especificar:

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

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

### 2.3.- Contenido del manuscrito

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

#### 2.3.1.- Página del título

Deberá contener:

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

#### 2.3.2.- Resumen

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

#### 2.3.3.- Palabras clave

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

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

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

#### 2.3.4.- Texto

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

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

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

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

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

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

#### 2.3.5.- Tablas y figuras

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

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

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

#### 2.3.6.- Abreviaturas

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

#### 2.3.7.- Anexos

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

#### 2.3.8.- Agradecimientos, colaboraciones y menciones especiales

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

#### 2.3.9.- Referencias bibliográficas

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

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

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

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

### 3.- Tipos y extensión de manuscritos

#### 3.1.- Artículos Originales

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

#### 3.2.- Revisiones

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

#### 3.3.- Casos clínicos

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

#### 3.4.- Editoriales

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

#### 3.5.- Cartas al Director

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

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

#### 3.6.- Artículos especiales

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

#### 3.7.- Aula Abierta

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

### 4.- Proceso editorial

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

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

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

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

## ANEXO:

### Ejemplos de redacción de referencias bibliográficas más comunes

#### A) Artículo en revista médica:

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

Ejemplo:

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

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

#### B) Documento sin mencionar al autor:

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

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

#### C) Libros y monografías:

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

Ejemplo:

Gil-Lozaga P, Puyol R. Fisiología de la audición. 1<sup>o</sup> Ed. Madrid: Interamericana-Mc Graw Hill; 1996.

#### D) Capítulo de un libro

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

Ejemplo:

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

#### E) Material electrónico:

##### E-1) CD-ROM

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

##### E-2) Artículo en revista en Internet:

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

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0465-546X2012000200006&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2012000200006&lng=es).

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

## Editorial

### José Manuel Vicente Pardo

*Presidente del III Congreso de Médicos Inspectores de la Seguridad Social.*

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

Agradecer al Instituto de Salud Carlos III, este número extraordinario de la revista, Medicina y Seguridad del Trabajo, que permite difundir las ponencias, y conclusiones del III Congreso de Inspección Médica de la Seguridad Social celebrado en Centro de Formación de la Seguridad Social en Pozuelo de Alarcón (Madrid) los días 19 y 20 de noviembre 2015.

El III Congreso de Inspectores Médicos de la Seguridad Social se planteó para generar conocimiento profundizando en la evidencia médica y en el establecimiento de protocolos de actuación, planteando las bases para el análisis epidemiológico de la incapacidad laboral que permita observar las causas de la misma, su distribución, sus factores precipitantes, así como las áreas de mejora en la reparación de la salud de los trabajadores, en su protección y en el mejor destino de los recursos al efecto, propulsando cambios normativos que propicien la resolución de problemas y situaciones controvertidas tanto en incapacidad temporal como permanente y en la determinación de contingencia de los mismos.

Así mismo una oportunidad única para compartir conocimiento y recoger las propuestas que lleven a mejorar la evaluación médica laboral en su conjunto.

El contenido básico del III Congreso de Inspectores Médicos de la Seguridad Social es el abordaje y análisis de la situación actual de la incapacidad laboral y la definición de propuestas de mejora fundamentalmente a nivel epidemiológico, legislativo y formativo.

El lema del congreso fue: “Actualizar para avanzar y mejorar la evaluación de la incapacidad laboral”, encierra la síntesis de los objetivos del III Congreso.

Porque actualizar supone adecuar al momento actual la práctica de la medicina evaluadora en nuestro ámbito, reformar o dar nueva forma a conceptos, sistemas, normas, y actuaciones en evaluación de la capacidad/incapacidad laboral.

Porque actualizar supone mejorar las competencias y capacitación de cuantos se dedican a la evaluación de la capacidad/incapacidad laboral en materia de seguridad social, mediante la implementación de programas de formación y la formulación de propuestas innovadoras que supongan el desarrollo y la proyección de la medicina evaluadora desde una perspectiva científica y de calidad.

Porque toda actualización conlleva la necesidad de formación, información y difusión, razones suficientes para la necesidad de este congreso.

Porque la formación debe ser continuada, porque sólo en su continuidad se está “actualizado”. Porque la formación se hace básica para la generación de conocimientos que permitan mejorar la acción evaluadora de cuantos la desarrollan.

Porque debemos de prepararnos y estar resueltos a avanzar ante la incertidumbre o el análisis de situaciones que precisan cambio, para optar, elegir, actuar en consecuencia y elevar cuantas propuestas contribuyan a la mejora en la valoración de la capacidad/incapacidad laboral, condicionada de forma directa con situaciones de pérdida de la salud con limitaciones en las capacidades laborales y su protección y prevención.

Porque actualizar significa conocer el estado actual y real de la incapacidad, derivado de una recogida adecuada de datos y su análisis, que nos permita saber por qué se llega a las situaciones de incapacidad, más allá de un mero balance economicista de los mismos. Porque conociendo los datos sabremos cómo gestionar mejor los recursos a destinar, no sólo para garantizar la sostenibilidad del sistema prestacional económico, sino para mejorar los recursos sanitarios, los recursos preventivos para minimizar los riesgos y los recursos rehabilitadores que se precisen. Impulsando medidas que faciliten la reinserción laboral tras situaciones de infortunio por enfermedad o accidente propiciando la máxima participación del trabajador con la mínima restricción en el ámbito laboral.

Porque actualizar comporta una lectura crítica de la norma y elevar cambios tanto de los sistemas de valoración como del concepto mismo de incapacidad laboral.

Porque actualizar la valoración médica de la incapacidad laboral, nos llevará a optimizar, homologar, homogeneizar nuestro ámbito de decisión y evaluación médica para el mejor desarrollo y adecuada protección de las incapacidades laborales.

Porque actualizar no es sino tener capacidad de adaptación a una sociedad en constante cambio.

Asistimos a un momento de continuos cambios y de crisis socioeconómica y de nuestro propio esquema social, al que la valoración médica de las situaciones de incapacidad laboral no permanece ajena, por cuanto que en dicha valoración se han de relacionar las condiciones de salud y los requerimientos del trabajo, y éste último y las circunstancias laborales han sufrido modificaciones que se trasladan al ámbito de la medicina evaluadora.

Por otra parte, además de las actuales circunstancias socioeconómicas y su impacto en la valoración de la incapacidad laboral, es preciso plantearse actualizaciones en la gestión, en los procedimientos de valoración médica, en la formación específica, en los diseños epidemiológicos para conocer las situaciones que propicien modulen o precipiten la incapacidad médica laboral, incluso actualizar en la definición conceptual de la incapacidad.

Así, el objetivo principal de este Congreso es, a partir del conocimiento de la situación actual, el planteamiento de propuestas encaminadas a la actualización y mejora en los diferentes ámbitos en que se desenvuelve la incapacidad laboral, como son: recogida y análisis de datos, formación específica y normativa en materia de incapacidad laboral.

El actual modelo de valoración médica de la incapacidad laboral así como la legislación existente al respecto precisan una transformación profunda para adaptarse a la realidad laboral y social, debido fundamentalmente a los numerosos cambios que se han ido produciendo en los últimos años con variaciones sucesivas que han elevado la complejidad normativa y la dificultad en la coordinación entre instituciones responsables, dificultando la comunicación entre ellas y afectando a la efectividad del propio sistema en cuanto a la gestión de las Prestaciones de Incapacidad Laboral de la Seguridad Social ligadas a Valoración Médica, no pudiendo relegar así mismo los cambios para implementar el carácter preventivo laboral ligado a la incapacidad y la necesidad urgente de facilitar la comunicación completa tanto laboral como clínica entre las partes y la inaplazable creación del mapa de la incapacidad laboral en España que permita conocer porqué se suceden las incapacidades médicas laborales y así poder prevenir las mismas.

Por último reiterar el agradecimiento al Instituto de Salud Carlos III, por este número extraordinario de la revista, Medicina y Seguridad del Trabajo, que esperamos contribuya al avance científico técnico en la medicina evaluadora de la capacidad/incapacidad laboral en materia de seguridad social.

## ÁREAS TEMÁTICAS DEL CONGRESO

**1. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS EN INCAPACIDAD LABORAL:** Análisis epidemiológico y de situación de la incapacidad laboral. Estrategias y datos necesarios para la elaboración de un mapa de incapacidad: distribución, frecuencia, factores determinantes. Relación de la incapacidad laboral tanto temporal como permanente con diferentes factores influyentes (sanitarios, demográficos, sociales, laborales, prestacionales).

**2. LEGISLACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL EN MATERIA DE INCAPACIDAD LABORAL:** Debilidades del sistema de prestaciones por incapacidad laboral de la Seguridad Social: problemas de práctica técnica, de valoración médica y de índole jurídica.

Propuestas de cambio en el concepto de la incapacidad temporal, en la incapacidad permanente y en los grados de ésta. Contingencia. Órganos de Valoración.

**3. ENFERMEDAD PROFESIONAL:** Hacia un mejor conocimiento, control y seguimiento de las enfermedades profesionales: estudio de series históricas, diagnóstico, declaración. Refuerzo de la intercomunicación entre los distintos sectores implicados: servicios médicos de las empresas, servicios de prevención de riesgos laborales, servicios públicos de salud, mutuas colaboradoras con la Seguridad Social, Instituto Nacional de la Seguridad Social. Potenciación de estrategias preventivas: estudios de prevalencia de enfermedad en función de actividades empresariales, tareas, edad, comorbilidad. Adopción de medidas de vigilancia de la salud.

**4. VALORACIÓN ESPECÍFICA DEL CÁNCER DE MAMA COMO PATOLOGÍA DE ESPECIAL PREVALENCIA Y DIFÍCIL ABORDAJE:** Actualización en medios diagnósticos, tratamientos, valoraciones pronósticas, secuelas posteriores al tratamiento y análisis de resultados. La valoración de la situación incapacitante derivada de este proceso: protocolo de actuación. Estudio de impacto del cáncer de mama. Medidas de coordinación para facilitar la incorporación al trabajo. Pautas clínicas que contraindiquen la incorporación laboral.

**5. LA FORMACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA MEDICINA EVALUADORA:** La formación complementaria desde la perspectiva específica en materia de seguridad social, el componente de la formación en medicina del trabajo y el de la valoración médico legal del daño.

## MESAS DEL CONGRESO:

**MESA 1: Análisis epidemiológico y de situación de la incapacidad laboral: estrategias y datos necesarios para la elaboración de un mapa de incapacidad.**

### Ponencias:

- **Análisis de situación de la incapacidad. La epidemiología en la gestión de la incapacidad.** M.<sup>a</sup> Teresa Quílez Félez. Subdirectora General de Planificación y Análisis Económico-Financiero de la Seguridad Social
- **Datos epidemiológicos en incapacidad temporal en el Instituto Nacional de la Seguridad Social.** Luis Sánchez Galán. Subdirector General Coordinación Unidades Médicas INSS.
- **La vigilancia de la salud pública como instrumento para el control de enfermedades y factores de riesgo y sus aplicaciones a la salud laboral.** Isabel Noguer Zambrano. Centro Nacional de Epidemiología. ISCIII.

**MESA 2: Hacia un nuevo marco normativo en materia de incapacidad laboral.****Ponencias:**

- **Hacia un nuevo marco que regule la valoración médica de la capacidad/ incapacidad laboral. Propuestas de mejora y áreas de cambio.** José Manuel Vicente Pardo. Jefe Médico Unidad Médica Equipo Valoración Incapacidades Gipuzkoa. INSS. Presidente de APROMESS
- **La incapacidad permanente y su impacto en el sistema español de seguridad social.** César Luis Gómez Garcillán, Subdirector General Gestión de Prestaciones INSS
- **Problemas derivados de la indeterminación legal de la profesión habitual. situaciones de compatibilidad no deseadas y propuestas de revisión.** Ana Álvarez Moreno. Letrada de la Administración de la Seguridad Social

**MESA 3: La enfermedad profesional, hacia una actualización de su conocimiento, su presencia, su impacto y su prevención.****Ponencias:**

- **Aspectos jurídicos de la enfermedad profesional: estado de la cuestión y propuestas de reforma.** Faustino Cavas Martínez. Catedrático y Director del Departamento de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social de la Universidad de Murcia
- **Calificación y Valoración de la Enfermedad Profesional: Análisis de la situación actual y propuestas de mejora.** Dr. José Rafael Lobato Cañón. Médico Evaluador Jefe, INSS, DP-Alicante
- **¿Y si en lugar de hacer mucho, probamos a hacerlo mejor? Un cambio de enfoque en la gestión de las enfermedades profesionales.** Dra. Clara Guillén Subirán. Jefe de Departamento de Enfermedades Profesionales IBERMUTUAMUR

**MESA 4: Valoración específica del cáncer de mama como patología de especial prevalencia y difícil abordaje****Ponencias:**

- **Cirugía del cáncer de mama. Técnicas quirúrgicas de tratamiento y de reconstrucción, momento y tiempos de recuperación.** Carlos Vázquez Albadalejo. Presidente de la Sociedad Española de Patología Mamaria
- **Nuevos retos en el tratamiento y la investigación del cáncer de mama.** Ana Lluch Hernández. Jefe de Servicio Hematología y Oncología Médica HC Universitario de Valencia. Catedrática de Medicina de la Facultad de Medicina de Valencia
- **Las diferentes modalidades de la radioterapia: externa, braquiterapia e intraoperatoria. Indicaciones.** Manuel Algara López. Servicio de Oncología Radioterápica del Parc de Salut Mar. Facultat de Ciències de la Salut i de la Vida de la Universitat Pompeu Fabra. Barcelona

**MESA 5: Los programas de formación en medicina evaluadora: Actualización, formación continuada****Ponencias:**

- **Formación en medicina del trabajo: competencia y sostenibilidad.** Jerónimo Maqueda Blasco. Director de la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III. Presidente de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina del Trabajo.
- **Universidad. Formación en medicina legal y forense en valoración médico legal del daño. Necesidades y futuro.** M.<sup>a</sup> Teresa Criado del Río. Especialista en Medicina Legal y Forense. Profesora Titular de Medicina Leal y Forense. Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza.

- **La formación en el ámbito de la valoración médica de la incapacidad laboral en el instituto nacional de la seguridad social.** Valero Muñoz, M.<sup>a</sup> del Rosario. Médico Inspector Jefe. Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas Instituto Nacional de la Seguridad Social

**MESA 6: Conclusiones del Congreso.**

José Manuel Vicente Pardo. Jefe Médico Unidad Médica Equipo Valoración Incapacidades Gipuzkoa. INSS. Presidente de APROMESS. Presidente del III Congreso de Inspectores Médicos de la Seguridad Social.

---

# MEDICINA y SEGURIDAD *del trabajo*

---

## III Congreso de Médicos Inspectores de la Administración de la Seguridad Social

Madrid, 19 y 20 de noviembre de 2015

### Ponencias

Mesa 1

## ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO Y DE SITUACIÓN DE LA INCAPACIDAD LABORAL: ESTRATEGIAS Y DATOS NECESARIOS PARA LA ELABORACIÓN DE UN MAPA DE INCAPACIDAD

### MODERA:

#### **María Jesús Terradillos García**

Médico Inspector Jefe Subdirección General. Coordinación Unidades Médicas. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Madrid. España.

### PONENTES:

#### **M.<sup>a</sup> Teresa Quílez Félez**

Subdirectora General de Planificación y Análisis Económico-Financiero de la Seguridad Social. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Madrid. España.

#### **Luis Sánchez Galán**

Subdirector General de Coordinación de Unidades Médicas. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Madrid. España.

#### **Isabel Noguez Zambrano**

Directora del Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.

## **Análisis de situación de la incapacidad. La epidemiología en la gestión de la incapacidad**

### **Analysis of status of disability. Epidemiology in the management of disability**

**M.ª Teresa Quílez Félez**

*Subdirectora General de Planificación y Análisis Económico-Financiero de la Seguridad Social. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Madrid. España.*

---

#### **Resumen**

---

El observatorio de las enfermedades profesionales nace como consecuencia de la implantación de un nuevo cuadro de enfermedades profesionales en el Sistema de la Seguridad Social, según Real Decreto 1299/2006 de 10 de noviembre. El sistema CEPROSS de Comunicación de Enfermedades Profesionales en la Seguridad Social) en el ámbito de la Seguridad Social pone a disposición de la Administración Laboral, la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, y demás administraciones, instituciones, organizaciones y entidades datos que facilitan el cumplimiento de sus fines en materia de salud y seguridad en el trabajo y el análisis de resultados, que es lo que se refleja en esta ponencia.

#### **Conclusiones:**

Dentro de la Estrategia Española de Seguridad Social y Salud en el Trabajo se debe contemplar:

- Mantener un sistema de información adecuado sobre los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales y sus consecuencias.
- Que los profesionales médicos presten una atención especial a la correcta codificación de las enfermedades causadas por el trabajo y del diagnóstico, para posibilitar una base de datos consistente.
- Fomentar el sistema de incentivos a las empresas que contribuyan eficazmente a la prevención de la siniestralidad laboral y por tanto a su disminución.
- Trasladar medios económicos para el desarrollo de actuaciones en materia de prevención de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales, revisando la tarifa de cotización a la Seguridad Social por contingencias profesionales.

**Palabras clave:** *incapacidad laboral, epidemiología.*

---

#### **Abstract**

---

El observatorio de las enfermedades profesionales nace como consecuencia de la implantación de un nuevo cuadro de enfermedades profesionales en el Sistema de la Seguridad Social, según Real Decreto 1299/2006 de 10 de noviembre. El sistema CEPROSS de Comunicación de Enfermedades Profesionales en la Seguridad Social) en el ámbito de la Seguridad Social pone a disposición de la Administración Laboral, la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, y demás administraciones, instituciones, organizaciones y entidades datos que facilitan el cumplimiento de sus fines en materia de salud y seguridad en el trabajo y el análisis de resultados, que es lo que se refleja en esta ponencia.

**Conclusions:**

Within the Spanish Strategy for Social Security and Health at Work should include:

- Maintain an adequate system of information on accidents and occupational diseases and their consequences.
- Medical professionals pay special attention to the correct coding of diseases caused by work and diagnosis to enable a consistent database.
- To promote the system of incentives to companies that effectively contribute to the prevention of occupational accidents and therefore its decline.
- Move financial means for the development of actions on prevention of occupational accidents and occupational diseases, checking the rate of contribution to Social Security for professional contingencies

**Keywords:** *incapacity, epidemiology.*

## INTRODUCCIÓN

El observatorio de las enfermedades profesionales nace como consecuencia de la implantación de un nuevo cuadro de enfermedades profesionales en el Sistema de la Seguridad Social, según establece el Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre. A su vez la Orden TAS/1/2007, de 2 de enero, establece un modelo de parte de enfermedad profesional, dicta normas para su elaboración y transmisión por medios electrónicos y crea el correspondiente fichero de datos personales.

Todo ello ha dado lugar al desarrollo, a partir de enero de 2007, del sistema CEPROSS (Comunicación de Enfermedades Profesionales en la Seguridad Social) en el ámbito de la Seguridad Social. Su objetivo es poner a disposición de la Administración Laboral, la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, y demás administraciones, instituciones, organizaciones y entidades para las que la materia tratada resulte de interés, una serie coherente y ordenada de datos que faciliten el cumplimiento de sus fines en materia de salud y seguridad en el trabajo.

La cobertura de la Seguridad Social de las enfermedades profesionales y las causadas por el trabajo, se realiza:

- a) A través de un reconocimiento automático de la enfermedad profesional. Según el artículo 116 de la LGSS (Ley General de la Seguridad Social) un trabajador tiene derecho a la cobertura por enfermedad profesional si dicha enfermedad ha sido contraída a consecuencia del trabajo en las actividades que se especifican en el cuadro de enfermedades profesionales aprobado por RD 1299/2006 y está provocada por la acción de los elementos o sustancias que se indiquen en dicho cuadro.
- b) Por aplicación del art. 115 de la LGSS que reconoce que las enfermedades no catalogadas en el cuadro de enfermedades profesionales, que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, serán consideradas accidente de trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo causa exclusiva en la ejecución del mismo.

En la actualidad ya se dispone de información estadística completa puesto que el sistema estadístico CEPROSS se ha completado con el sistema PANOTRATSS de comunicación de patologías no traumáticas causadas por el trabajo. Esta base de datos recoge las enfermedades no incluidas en la lista de enfermedades profesionales, que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo. También contiene las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente. El contenido del fichero está declarado en la Orden TIN 1448/2010, de 2 de junio.

La información obtenida del observatorio de enfermedades causadas por el trabajo permite realizar los siguientes análisis:

- Estudio de las enfermedades causadas por el trabajo en un período de tiempo. En la página de la Seguridad Social [www.seg-social.es](http://www.seg-social.es) se publican una serie de tablas estadísticas con las variables más significativas.
- Estudio longitudinal de los procesos de enfermedad profesional. En este caso se puede hacer el seguimiento de la enfermedad de un trabajador a lo largo del tiempo a través de todos sus partes de enfermedad profesional.
- Detección en tiempo real de posibles focos de siniestralidad de enfermedad profesional a través del sistema de alertas.

Por tanto las enfermedades causadas por el trabajo se deben entender, al igual que en el resto de Europa, como las denominadas enfermedades profesionales incluidas en el listado como tales y que van asociadas al desarrollo de una actividad económica y las enfermedades causadas por el trabajo que no están asociadas al desarrollo de una actividad. El número de enfermedades causadas en 2014 fueron 22.949, de las que 17.260 corresponden a enfermedades profesionales y 5.689 a patologías no traumáticas causadas por el trabajo.

## 1. ANÁLISIS DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES (CEPROSS)

### 1.1. Clasificación y codificación de enfermedades profesionales

En el conocimiento de las enfermedades profesionales ha sido fundamental su codificación recogida en el propio Real Decreto.

La clasificación es la siguiente:

CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES			
Grupo (1 dígito)	Agente (1 dígito)	Subagente (2 dígitos)	Actividad (2 dígitos)
Grupo 1: Enfermedades profesionales causadas por agentes químicos	21	49	519
Grupo 2: Enfermedades profesionales causadas por agentes físicos	13	27	62
Grupo 3: Enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos	4	4	52
Grupo 4: Enfermedades profesionales causadas por inhalación	11	28	588
Grupo 5: Enfermedades profesionales de la piel	4	4	77
Grupo 6: Enfermedades profesionales causadas por agentes carcinógenos	17	30	375
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>142</b>	<b>1.673</b>

El código de la enfermedad está formado por 6 dígitos: **1A0804**

- El primer dígito pertenece al Grupo (1 al 6)
- El segundo dígito es una letra y pertenece al Agente (A.B...)
- El tercero y cuarto dígito corresponden al subagente (01,02...11, etc.)
- El quinto y el sexto a la actividad (01,02...11, etc.)

### 1.2. Análisis de resultados

El número de partes comunicados por las mutuas y entidades gestoras a través de CEPROSS en el periodo 2007- 2014 es el siguiente:

Enfermedades profesionales. Partes comunicados en 2007-2014

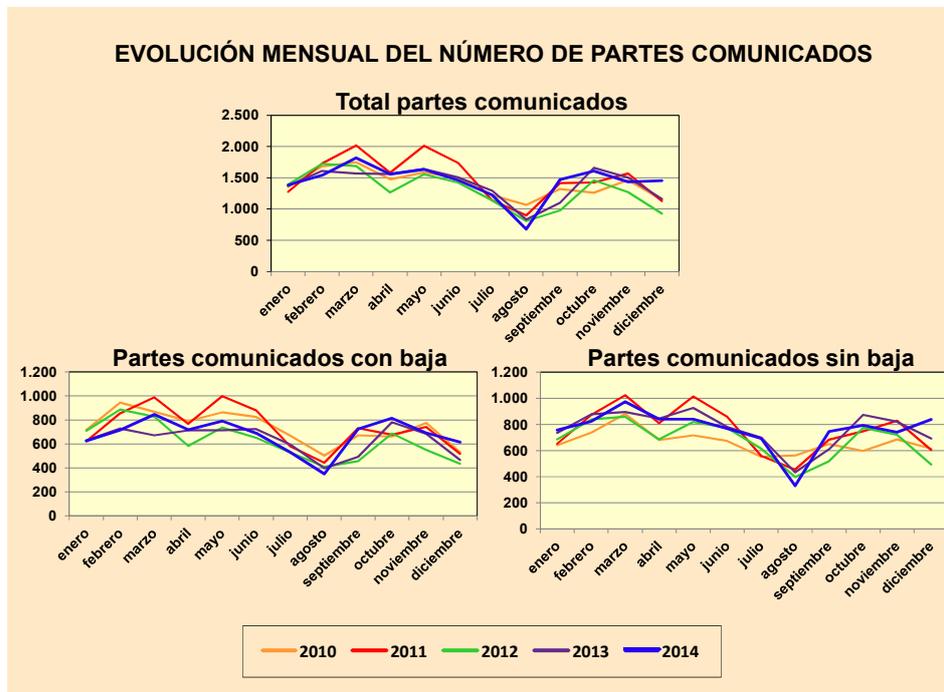
	Con baja	Sin baja	Suma	%Δ
2007	11.425	5.366	16.791	
2008	11.504	6.982	18.486	10,09
2009	9.691	7.073	16.764	-9,32
2010	8.765	8.077	16.842	0,47
2011	8.805	9.117	17.922	6,41
2012	7.466	8.178	15.644	-12,71
2013	7.599	9.197	16.796	7,36
2014	8.112	9.148	17.260	2,76

Fuente: CEPROSS. Observatorio de enfermedades profesionales. Seguridad Social

Respecto a la evolución del número mensual de partes con o sin baja laboral, las series anuales presentan un comportamiento estacional similar. Respecto al número de

partes, en 2014 el incremento del total de partes comunicados es más moderado que el que se produjo en 2013, un 2,76% frente a un 7,36%.

Es de destacar el importante número de partes sin baja laboral. Este dato es significativo porque avala el seguimiento preciso de la enfermedad profesional y es también el origen de posibles reiteraciones posteriores de la misma enfermedad.



Fuente: CEPROSS. Observatorio de enfermedades profesionales. Seguridad Social

La evolución experimentada en el número de partes de enfermedades profesionales comunicados en el periodo 2007-2014, clasificados por grupo de enfermedad se refleja seguidamente:

**Enfermedades profesionales. Partes comunicados (2007-2014)**  
**Por grupos de enfermedad**

	Con baja	Sin baja	Total	% Sobre total Enfermedades
<b>Grupo 1: Agentes químicos</b>				
2007	492	245	737	4,39%
2008	641	324	965	5,22%
2009	483	286	769	4,59%
2010	439	292	731	4,34%
2011	364	338	702	3,92%
2012	315	265	580	3,71%
2013	283	231	514	3,06%
2014	272	213	485	2,81%
<b>Grupo 2: Agentes físicos</b>				
2007	9.534	4.478	14.012	83,45%
2008	9.266	5.683	14.949	80,87%
2009	7.573	5.717	13.290	79,28%
2010	7.111	6.800	13.911	82,60%
2011	7.183	7.616	14.799	82,57%
2012	6.024	6.821	12.845	82,11%
2013	5.985	7.768	13.753	81,88%
2014	6.378	7.753	14.131	81,87%
<b>Grupo 3: Agentes biológicos</b>				
2007	229	63	292	1,73%
2008	282	208	490	2,65%
2009	434	222	656	3,91%
2010	208	169	377	2,24%
2011	319	182	501	2,79%
2012	336	178	514	3,29%
2013	554	268	822	4,89%
2014	666	269	935	5,42%
<b>Grupo 4: Inhalación</b>				
2007	337	184	521	3,10%
2008	489	318	807	4,37%
2009	475	391	866	5,17%
2010	427	398	825	4,90%
2011	419	441	860	4,80%
2012	296	400	696	4,45%
2013	304	402	706	4,20%
2014	335	367	702	4,07%
<b>Grupo 5: Enfermedades de la piel</b>				
2007	822	392	1.214	7,23%
2008	800	441	1.241	6,71%
2009	698	441	1.139	6,79%
2010	566	407	973	5,78%
2011	502	483	985	5,50%
2012	478	480	958	6,12%
2013	439	508	947	5,64%
2014	434	526	960	5,56%
<b>Grupo 6: Agentes carcinógenos</b>				
2007	11	4	15	0,09%
2008	26	8	34	0,18%
2009	28	16	44	0,26%
2010	14	11	25	0,15%
2011	18	57	75	0,42%
2012	17	34	51	0,33%
2013	34	20	54	0,32%
2014	27	20	47	0,27%

Fuente: CEPROSS. Observatorio de enfermedades profesionales. Seguridad Social

Los agentes físicos concentran el mayor número de enfermedades profesionales, el 81,87 del total. En los restantes grupos, destacar el continuo aumento de las enfermedades causadas por agentes biológicos.

La incidencia de los partes con baja laboral por grupos de enfermedad es:

**Enfermedades profesionales. Distribución de partes con baja de E. P.  
Por grupos de enfermedad (%)**

Enfermedad profesional	Hombre	Mujer	Total
2. Causadas por agentes físicos	79,03	78,23	78,63
3. Causadas por agentes biológicos	4,68	11,61	8,21
5. Enfermedades de la piel	5,63	5,08	5,35
4. Causadas por inhalación de sustancias	6,01	2,32	4,13
1. Causadas por agentes químicos	4,12	2,61	3,35
6. Causadas por agentes carcinógenos	0,53	0,15	0,33
<b>Total</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

Fuente: CEPROSS. Observatorio de enfermedades profesionales. Seguridad Social

Tanto en hombres como en mujeres la mayor concentración de enfermedades se produce en el “grupo 2. Agentes físicos”, al que pertenecen el 79,03% de los partes con baja laboral en el caso de hombres y el 78,23% en las mujeres.

Así mismo, conviene reseñar la diferente incidencia que tienen las enfermedades incluidas en los grupos 3 y 4 entre hombres y mujeres, como consecuencia de los distintos sectores de actividad en que trabajan unos y otras. Resulta significativo el importante peso que las enfermedades causadas por agentes biológicos tienen en las mujeres. Dentro de este grupo, que es el segundo con mayor número de enfermedades profesionales, las mujeres representan el 11,61% de los partes y los hombres el 4,68%.

Por ramas de actividad, en cifras absolutas, el mayor número de enfermedades con baja laboral en hombres se da en el sector de la “Fabricación de vehículos de motor, remolques y semirremolques” seguido de la “Fabricación de productos metálicos, excepto maquinaria y equipo”, de la “Industria de la alimentación”, y de la “Construcción especializada”.

En el caso de las mujeres, las actividades donde se comunica el mayor número de enfermedades profesionales son en las “Actividades sanitarias”, el “Comercio al por menor” y la “Industria de la alimentación”.

### 1.3. Análisis de los procesos de enfermedad profesional

Un proceso de enfermedad profesional se define como el conjunto de partes de enfermedad profesional cerrados pertenecientes a un trabajador, y que provienen de la misma enfermedad profesional. Su duración es el número acumulado de días de baja laboral de todos los partes cerrados.

## CEPROSS. COMPOSICIÓN DE LOS PROCESOS DE E.P.

	Nº de orden	Nº de partes del proceso	Duración
Parte inicial	"0"	1	d1
Primera recaída	"1"	2	d2
Segunda recaída	"2"	3	d3
(n-1) recaídas	n-1	n	dn
Proceso		n	$\sum_{i=1}^n d_i$

**Características generales de los procesos cerrados**

En 2014 finalizaron 6.755 procesos. Estos procesos en su conjunto contienen 11.322 partes de Enfermedad Profesional.

## PROCESOS CON BAJA CERRADOS EN 2014

	Nº procesos	%	Duración media (días)	Edad media
Hombre	3.220	47,67	79,70	43,88 años
Mujer	3.535	52,33	85,00	43,91 años
<b>Total</b>	<b>6.755</b>	<b>100,00</b>	<b>82,47</b>	<b>43,90 años</b>

## DISTRIBUCIÓN DE LOS PROCESOS SEGÚN NÚMERO DE PARTES DE E. P.

Nº de partes por proceso	Nº de procesos cerrados	%
1	3.762	55,69
2	2.114	31,30
3	587	8,69
4 o más	292	4,32
<b>Total</b>	<b>6.755</b>	<b>100,00</b>

## Enfermedades profesionales. Características principales de los procesos cerrados

Características	Hombres	Mujeres
Número de procesos cerrados	3.220	3.535
Edad media (años)	43,88	43,91
Duración media del proceso (días)	79,70	85,00
Causas del cierre en %		
• Alta por curación y/o alta laboral	84,41%	84,92%
• Alta con propuesta de cambio de trabajo	0,16%	0,14%
• Alta con propuesta de Incapacidad Permanente	4,44%	1,56%
• Lesiones permanentes no invalidantes	0,47%	0,42%
• Fallecimiento	0,19%	0,00%
• Sin baja laboral en último parte	4,57%	3,56%
• Otras causas	5,78%	9,39%
Actividades económicas más frecuentes	29. Fabricación de vehículos de motor, remolques y semirremolques	86. Actividades sanitarias
	10. Industria de la alimentación	47. Comercio al por menor, excepto de vehículos de motor y motocicletas
	25. Fabricación de productos metálicos, excepto maquinaria y equipo	10. Industria de la alimentación
	43. Actividades de construcción especializada equipo	81. Servicios a edificios y actividades de jardinería
Enfermedades más frecuentes	G.2 Agentes físicos	G.2 Agentes físicos
	G.4. Inhalación de sustancias	G.3 Agentes biológicos

## 1.4. Índice de incidencia de las enfermedades profesionales

El objetivo de los índices es ofrecer una información que permita valorar con mayor exactitud la trascendencia relativa de las enfermedades profesionales. Para ello se han

elaborado los índices de incidencia (número de enfermedades profesionales por cada 100.000 trabajadores) que permite relacionar el número de casos de enfermedades profesionales acaecidos en 2014 con el número de trabajadores que tienen cubierta esta contingencia. A efectos de cálculo se ha utilizado el número de partes comunicados de enfermedades profesionales y la media anual de trabajadores asalariados que tiene cubierta la contingencia y de autónomos que han optado por la cotización de la misma. Esta información se ofrece respecto a las variables: CCAA, la actividad económica (CNAE-2009 con nivel de agrupación de letra) y los grupos de enfermedades profesionales que se establecen en el cuadro de enfermedades profesionales aprobado en el R. D. 1299/2006.

Los partes de enfermedades profesionales comunicados en 2014, una vez han sido eliminados los cerrados en ese año como enfermedad común o accidente de trabajo, representa un índice medio de incidencia del 111,2 casos por cada por 100.000 trabajadores, índice inferior al de años anteriores, excepto al del año 2012.

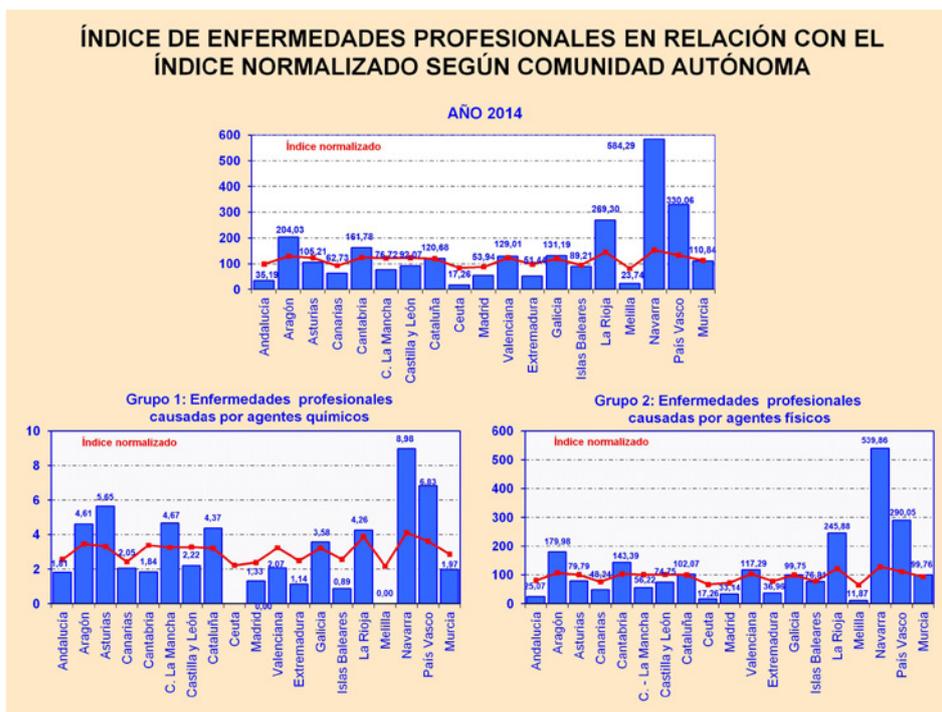
La mayor incidencia de enfermedades profesionales se registra entre los trabajadores de las “Industrias extractivas”. El índice de incidencia registrado en 2014 en esta actividad económica fue de 422,60 casos por cada 100.000 trabajadores seguido de la “Industria manufacturera” (376,43), a continuación aunque a gran distancia de los anteriores se sitúan el “Suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación” (170,85), “Otros servicios” (147,69) y la “Construcción” (142,56). El resto de las actividades económicas no alcanzan la media nacional.

Las Comunidades Autónomas que registraron índices que superan significativamente la media en el grupo B (Industrias extractivas) fueron Galicia, Castilla y León y La Rioja.

En el Grupo C (Industria manufacturera) destaca Navarra y País Vasco.

En el grupo E (Suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación): País Vasco, Navarra y La Rioja.

Respecto a las Comunidades Autónomas, al objeto de disponer de una valoración de la incidencia de las enfermedades profesionales entre los distintos territorios más conforme a su estructura productiva, se ha elaborado un índice normalizado para cada Comunidad Autónoma en función de su número de trabajadores en las distintas actividades económicas.



## 1.5. Sistema de Alertas de las enfermedades profesionales en 2014

El sistema CEPROSS, de comunicación de enfermedades profesionales en Seguridad Social, contiene un SERVICIO DE ALERTAS que ofrece la posibilidad de detectar, en tiempo real, aquellas empresas que superan los límites establecidos.

La Seguridad Social, pone a disposición de la Administración Laboral y de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social este servicio para localizar posibles "focos de riesgo" de enfermedades profesionales, a fin de facilitar una mayor eficiencia en las acciones de prevención.

Para ello, se han establecido unos límites de siniestralidad por Grupo de Enfermedad profesional, cuya finalidad es detectar aquellas empresas en las que existen repeticiones de la misma enfermedad. Además, el sistema permite analizar el resto de variables relacionadas con la enfermedad profesional, referidas tanto a la empresa como a los trabajadores en los que concurre la enfermedad específica que se repite.

En la determinación final de los límites específicos por grupos, se han tenido en cuenta las características que presenta la distribución de las enfermedades profesionales como son el número de trabajadores de la empresa, la actividad desarrollada, etc. Además, el Grupo 6 se considera de manera especial por la especificidad que supone el padecimiento de enfermedades causadas por agentes carcinógenos.

Los límites establecidos tienen intolerancia total en el grupo 6, de manera que en el momento que se detecta un solo parte el sistema avisa. Intolerancia alta en los grupos con enfermedades menos frecuentes, como son los grupos 1, 3, 4 y 5, en los que en cuanto dos trabajadores presentan la misma enfermedad el sistema también alerta. Y finalmente, en el grupo 2, que es el más frecuente, se ha establecido una mayor tolerancia alertando el sistema a partir del cuarto trabajador con la misma enfermedad.

El resultado de la aplicación de este sistema supone que en el momento que una empresa supera alguno de los límites establecidos, en un periodo determinado, la empresa aparece automáticamente en la pantalla del módulo de alertas de la aplicación CEPROSS.

A lo largo del año 2014 las empresas que superaron los límites de siniestralidad fueron 180, dichas empresas representan el 1,96% de las empresas con alguna enfermedad profesional. Su clasificación por grupo de enfermedad en cada CC. AA.

**Enfermedades profesionales. Total de empresas que superan los límites establecidos en 2014**

Comunidades Autónomas	Grupo de Enfermedades Profesionales							Total empresas diferentes
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	Suma	
Andalucía	2	2	5	1		1	11	10
Aragón		1				1	2	2
Asturias		1	1			4	6	6
Baleares (Illes)			4	1			5	5
Canarias		1	1				2	2
Cantabria		3	1				4	4
Castilla-La Mancha	1		1				2	2
Castilla-León			6	2		1	9	8
Cataluña	1	21	12		4	2	40	33
Extremadura			1	1			2	2
Galicia		9	8	1	3		21	17
La Rioja	1						1	1
Madrid		8	40		1	1	50	44
Melilla					1		1	1
Murcia		7	1		1	1	10	7
Navarra		12			4	1	17	9
C. Valenciana	1	5	2			1	9	7
País Vasco	1	8	2	3		6	20	20
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>78</b>	<b>85</b>	<b>9</b>	<b>14</b>	<b>19</b>	<b>212</b>	<b>180</b>

Las actividades económicas en las que persiste a lo largo del tiempo repeticiones de la misma enfermedad profesional, y en consecuencia en las que habría que centrar los esfuerzos de prevención son las siguientes:

**SISTEMA DE ALERTAS**

**ACTIVIDADES QUE CONCENTRAN REPETICIONES DE ENFERMEDADES PROFESIONALES A LO LARGO DE UN PERÍODO DE OBSERVACIÓN DE TRES AÑOS 2012 - 2014**

1011	Procesado y conservación de carne
1039	Otro procesado y conservación de frutas y hortalizas
1071	Fabricación de pan y de productos frescos de panadería y pastelería
2370	Corte, tallado y acabado de la piedra
2410	Fabricación de productos básicos de hierro, acero y ferroaleaciones
2451	Fundición de hierro
2910	Fabricación de vehículos de motor
2932	Fabricación de otros componentes, piezas y accesorios para vehículos de motor
4711	Comercio al por menor en establecimientos no especializados, con predominio en productos alimenticios, bebidas y tabaco
4719	Otro comercio al por menor en establecimientos no especializados
6110	Telecomunicaciones por cable
8220	Actividades de los centros de llamadas
8610	Actividades hospitalarias
8710	Asistencia en establecimientos residenciales con cuidados sanitarios

De igual manera merecen una atención especial las siguientes enfermedades profesionales:

**SISTEMA DE ALERTAS**

**Enfermedades con mayor número de repeticiones en el período: 2012 - 2014**

**Grupo 2**  
**Enfermedades Profesionales causadas por agentes físicos**

AGENTE	CODEP
D.-Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo; enfermedades por fatiga e inflamación de las vainas tendinosas, de tejidos peritendinosos e inserciones musculares y tendinosas	2D0101

**Grupo 3**  
**Enfermedades Profesionales causadas por agentes biológicos**

AGENTE	CODEP
A.-Enfermedades infecciosas causadas por el trabajo de las personas que se ocupan de la prevención, asistencia médica y actividades en las que se ha probado un riesgo de infección.	3A0101

## 2. ANÁLISIS GENERAL DE LAS ENFERMEDADES CAUSADAS O AGRAVADAS POR EL TRABAJO (PANOTRATSS) EN 2014

El artículo 115.2 de la Ley General de la Seguridad Social referente a la consideración de contingencias profesionales, en sus apartados e) y f) hacen mención expresa a las enfermedades, no incluidas en la relación de enfermedades profesionales, que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo. Así mismo, se consideran contingencias profesionales las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente.

Por tanto, el requisito de que sea consecuencia exclusiva del trabajo remite a la valoración del facultativo, no sólo para determinar la enfermedad sino para apreciar que el origen es exclusivamente laboral, para lo que se requiere de un conocimiento suficiente de los procesos de producción. Ello necesariamente hace necesario fomentar la formación especializada en medicina del trabajo, así como un intercambio de conocimientos y valoraciones entre los distintos profesionales implicados en la prevención de riesgos laborales.

En muchos casos, en los que no ha habido un traumatismo previo, resulta difícil diagnosticar el origen exclusivo laboral, dando lugar a diversas interpretaciones. La información que pone de manifiesto PANOTRATSS, puede ser fundamental para proponer y elaborar criterios más precisos para el diagnóstico y calificación adecuada de estas enfermedades.

Así mismo el sistema PANOTRATSS, puede facilitar el estudio específico y la comparación de los diagnósticos considerados que tienen un origen exclusivo laboral con los mismos diagnósticos considerados como enfermedad común, a fin de avanzar en precisión y ayudar a la diferenciación desde el punto de vista legal en la declaración de contingencia.

En 2014 se han detectado 5.689 patologías no traumáticas, 4.208 son enfermedades causadas por el trabajo y 1.481 son enfermedades agravadas por el trabajo.

Las enfermedades del aparato locomotor continúan siendo las más frecuentes, seguidas de las enfermedades de la piel y de los sentidos.

El mayor número de patologías se da en la industria manufacturera, seguida del comercio al por mayor y al por menor.

**Partes comunicados por tipo de patología, categoría y enfermedad**  
**e. Enfermedad causada por el trabajo**

Categoría	Enfermedad	Número
01. Enfermedades infecciosas y parasitarias		
	b, Otras enfermedades víricas	16
	n, otras enfermedades infecciosas y parasitarias	5
	<b>Total</b>	<b>21</b>
04. Enfermedades endocrinas		
	a, Trastorno del metabolismo	164
	n, otras enfermedades endocrinas	4
	<b>Total</b>	<b>168</b>
05. Desórdenes mentales		
	a, Desórdenes afectivos	6
	b, Trastornos fóbicos y neuróticos	18
	n, Otros desórdenes mentales	52
	<b>Total</b>	<b>248</b>
06. Enfermedades del sistema nervioso central y periférico		
	a, Enfermedades agudas del sistema nervioso central	15
	e, Trastornos localizados de los nervios	232
	f, Neuropatías y polineuropatías	1
	<b>Total</b>	<b>369</b>
07. Enfermedades de los sentidos		
	a, Alteraciones de la visión y ceguera	29
	b, Afecciones de la conjuntiva	103
	c, Afecciones de la esclerótica, córnea, iris y cuerpos ciliares	58
	e, Afecciones del interior del ojo y de la retina	5
	h, Alteraciones de la visión y ceguera	2
	i, Enfermedades del oído medio	6
	j, Enfermedades del oído interno	8
	k, Otras enfermedades del oído	2
	n, Otras enfermedades de los sentidos	156
	<b>Total</b>	<b>369</b>
09. Enfermedades del sistema cardiocirculatorio		
	a, Enfermedad cardíaca isquémica	86
	b, Enfermedades de la circulación pulmonar	2
	c, Otras enfermedades cardíacas	5
	d, Enfermedades de la circulación cerebral	16
	e, Enfermedades de las venas y de los vasos linfáticos	7
	f, Otras enfermedades del sistema circulatorio	6
	<b>Total</b>	<b>122</b>
10. Enfermedades del sistema respiratorio		
	a, Enfermedades infecciosas del tracto respiratorio superior	18
	b, Otras enfermedades de las vías respiratorias altas	21
	c, Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	7
	d, Enfermedades pulmonares debidas a sustancias extrañas	68
	<b>Total</b>	<b>114</b>
11. Enfermedades del sistema digestivo		
	a, Enfermedades de la boca y de los dientes	7
	b, Hernias	90
	n, Otras enfermedades del sistema digestivo	5
	<b>Total</b>	<b>102</b>
12. Enfermedades de la piel		
	a, Infecciones de la piel y subcutáneas	49
	e, Urticaria y eritema	41
	f, Enfermedades de la piel y subcutáneas debidas a agentes externos	48
	g, Enfermedades de los órganos accesorios de la piel	11
	h, Otras enfermedades de la piel	205
	<b>Total</b>	<b>354</b>
13. Enfermedades del aparato locomotor		
	c, Enfermedades de la columna vertebral y de la espalda	1.213
	e, Osteopatías y condropatías	16
	n, Otras enfermedades del aparato locomotor	1.093
	<b>Total</b>	<b>2.322</b>
14. Enfermedades del sistema genitourinario		
	a, Enfermedades del aparato genital masculino. Enfermedades renales	2
	<b>Total</b>	<b>2</b>
18. Síntomas y observaciones clínicas o de laboratorio anormales no clasificados en otra parte		
	n, Otros síntomas y observaciones clínicas o de laboratorio anormales no clasificados en otra parte	17
	<b>Total</b>	<b>17</b>
19. Lesiones, heridas, intoxicaciones y otros factores externos		
	c, Lesiones por otras causas externas	70
	n, Otras lesiones, heridas, intoxicaciones y otros factores externos	64
	<b>Total</b>	<b>134</b>
23. Factores que afectan el estado sanitario		
	a, Exámenes en personas potencialmente expuestas a enfermedades infecciosas o parasitarias	159
	<b>Total</b>	<b>159</b>
<b>Total enfermedades causadas por el trabajo</b>		<b>4.208</b>

**Partes comunicados por tipo de patología, categoría y enfermedad**  
**f. Enfermedad o defecto agravado por el trabajo**

Categoría	Enfermedad	Número
03.	Enfermedades de la sangre y del sistema inmunológico	
	a, Coagulopatías y otras enfermedades de la sangre y órganos relacionados	1
	<b>Total</b>	<b>1</b>
04.	Enfermedades endocrinas	
	a, Trastorno del metabolismo	5
	<b>Total</b>	<b>5</b>
05.	Desórdenes mentales	
	a, Desórdenes afectivos	3
	n, Otros desórdenes mentales	15
	<b>Total</b>	<b>18</b>
06.	Enfermedades del sistema nervioso central y periférico	
	a, Enfermedades agudas del sistema nervioso central	1
	e, Trastornos localizados de los nervios	70
	f, Neuropatías y polineuropatías	4
	<b>Total</b>	<b>75</b>
07.	Enfermedades de los sentidos	
	a, Alteraciones de la visión y ceguera	1
	b, Afecciones de la conjuntiva	1
	c, Afecciones de la esclerótica, córnea, iris y cuerpos ciliares	3
	e, Afecciones del interior del ojo y de la retina	4
	i, Enfermedades del oído medio	1
	k, Otras enfermedades del oído	1
	n, Otras enfermedades de los sentidos	3
	<b>Total</b>	<b>14</b>
09.	Enfermedades del sistema cardiocirculatorio	
	a, Enfermedad cardíaca isquémica	47
	c, Otras enfermedades cardíacas	2
	d, Enfermedades de la circulación cerebral	3
	e, Enfermedades de las venas y de los vasos linfáticos	3
	f, Otras enfermedades del sistema circulatorio	1
	<b>Total</b>	<b>56</b>
10.	Enfermedades del sistema respiratorio	
	a, Enfermedades infecciosas del tracto respiratorio superior	2
	b, Otras enfermedades de las vías respiratorias altas	8
	c, Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	7
	d, Enfermedades pulmonares debidas a sustancias extrañas	3
	<b>Total</b>	<b>20</b>
11.	Enfermedades del sistema digestivo	
	b, Hernias	43
	<b>Total</b>	<b>43</b>
12.	Enfermedades de la piel	
	a, Infecciones de la piel y subcutáneas	11
	e, Urticaria y eritema	4
	f, Enfermedades de la piel y subcutáneas debidas a agentes externos	13
	g, Enfermedades de los órganos accesorios de la piel	3
	h, Otras enfermedades de la piel	53
	<b>Total</b>	<b>84</b>
13.	Enfermedades del aparato locomotor	
	c, Enfermedades de la columna vertebral y de la espalda	771
	e, Osteopatías y condropatías	22
	n, Otras enfermedades del aparato locomotor	360
	<b>Total</b>	<b>1.153</b>
18.	Síntomas y observaciones clínicas o de laboratorio anormales no clasificados en otra parte	
	n, Otros síntomas y observaciones clínicas o de laboratorio anormales no clasificados en otra parte	2
	<b>Total</b>	<b>2</b>
19.	Lesiones, heridas, intoxicaciones y otros factores externos	
	c, Lesiones por otras causas externas	1
	n, Otras lesiones, heridas, intoxicaciones y otros factores externos	3
	<b>Total</b>	<b>4</b>
23.	Factores que afectan el estado sanitario	
	a, Exámenes en personas potencialmente expuestas a enfermedades infecciosas o parasitarias	6
	<b>Total</b>	<b>6</b>
	<b>Total enfermedades causadas por el trabajo</b>	<b>1.481</b>

### 3. CONCLUSIONES

Dentro de la Estrategia Española de Seguridad Social y Salud en el Trabajo se debe contemplar:

1. Mantener un sistema de información adecuado sobre los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales y sus consecuencias.
2. Que los profesionales médicos presten una atención especial a la correcta codificación de las enfermedades causadas por el trabajo y del diagnóstico, para posibilitar una base de datos consistente.
3. Fomentar el sistema de incentivos a las empresas que contribuyan eficazmente a la *prevención de la siniestralidad laboral y por tanto a su disminución*.
4. Trasladar medios económicos para el desarrollo de actuaciones en materia de prevención de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales, revisando la tarifa de cotización a la Seguridad Social por contingencias profesionales.
5. La información está disponible en: [http://www.seg-social.es/Internet\\_1/Estadistica/Est/Observatorio\\_de\\_las\\_Enfermedades\\_Profesionales/index.htm](http://www.seg-social.es/Internet_1/Estadistica/Est/Observatorio_de_las_Enfermedades_Profesionales/index.htm), y también pueden dirigir las consultas y aportaciones que consideren a: REG1.ENFERMEDAD-PROF. MTIN@seg-social.es

## Datos epidemiológicos en incapacidad temporal en el Instituto Nacional de la Seguridad Social

### Epidemiological data on sickness benefits at the National Institute of Social Security

Luis Sánchez Galán

*Subdirector General de Coordinación de Unidades Médicas. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Madrid. España.*

**Correspondencia**

uis.sanchez@seg-social.es

---

#### Resumen

---

El Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) es la entidad gestora de la seguridad social española, dotada de personalidad jurídica, que tiene encomendada la gestión y administración de las prestaciones económicas del sistema de la seguridad social. La acción protectora del Sistema de Seguridad Social comprende, entre otras, las prestaciones económicas por incapacidad temporal y por incapacidad laboral permanente. Los indicadores clásicos de la prestación de incapacidad temporal de incidencia, prevalencia y duración media de los procesos se ofrecen en la página web de la seguridad social: [http://www.seg-social.es/Internet\\_1/Estadistica/Est/Otras\\_Prestaciones\\_de\\_la\\_Seguridad\\_Social/Incapacidad\\_Temporal/Incapacidadtemporal2015/index.htm](http://www.seg-social.es/Internet_1/Estadistica/Est/Otras_Prestaciones_de_la_Seguridad_Social/Incapacidad_Temporal/Incapacidadtemporal2015/index.htm). Otros datos epidemiológicos sobre pensiones de incapacidad completan las reseñas que el INSS ha incorporado en la sede electrónica de la seguridad social a través de la aplicación informática denominada ESTADISS, que permite obtener datos de las estadísticas de pensiones del Sistema de Seguridad Social.

**Conclusiones:** Diversos datos de frecuencia en la prestación de incapacidad temporal, permiten analizar los diferentes procesos con mayor incidencia en la incapacidad temporal, pudiéndose afirmar que el lumbago (724.2 CIE 9) es el diagnóstico específico inicial más frecuente en los procesos de incapacidad temporal. Así mismo el grupo diagnóstico más frecuente es el de enfermedades del sistema osteomioarticular y del tejido conectivo. El grupo de diagnósticos de mayor duración media son las neoplasias. Siguiendo la Clasificación Nacional de Ocupaciones y superados los 365 días de duración de incapacidad temporal es el grupo de trabajadores de servicios, restauración, personales, protección y vendedores de comercio, el que acumula mayor número de procesos de incapacidad temporal.

**Palabras clave:** *incapacidad temporal, epidemiología.*

---

#### Abstract

---

The National Institute of Social Security (INSS) is the managing body of the Spanish social security, with legal personality, which is entrusted with the management and administration of the economic benefits of the social security system. The protective action of the Social Security System includes, among others, the economic benefits for temporary disability and permanent disability. The classic indicators of temporary disability benefit incidence, prevalence and mean duration of the procedures are provided on the website of social security: [http://www.seg-social.es/Internet\\_1/Estadistica/Est/Otras\\_Prestaciones\\_de\\_la\\_Seguridad\\_Social/Incapacidad\\_Temporal/Incapacidadtemporal2015/index.htm](http://www.seg-social.es/Internet_1/Estadistica/Est/Otras_Prestaciones_de_la_Seguridad_Social/Incapacidad_Temporal/Incapacidadtemporal2015/index.htm). Epidemiological data on disability pensions complete the reviews that the National Institute of Social Security has built-in electronic headquarters

of social security through a computer application called ESTADISS, which provides data statistics Pension Security

**Conclusions:** Different frequency data in temporary disability benefit, allow us to analyze the different processes with the greatest impact on temporary disability, being able to say that the low back pain (724.2 ICD-9) is the most common in the processes of temporary disability initial specific diagnosis. Likewise, the most common diagnosis group is osteomioarticular system diseases and connective tissue. The group of diagnoses are greater average length neoplasms. Following the National Classification of Occupations and surpassed the 365 -day temporary disability is the group of service workers, restoration, personal, security and sellers trade, which has the greatest number of temporary disability processes.

**Keywords:** *temporary disability, epidemiology.*

## INTRODUCCIÓN

El Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) es la entidad gestora de la seguridad social española, dotada de personalidad jurídica, que tiene encomendada la gestión y administración de las prestaciones económicas del sistema de la seguridad social.

La acción protectora del Sistema de Seguridad Social comprende, entre otras, las prestaciones económicas por incapacidad temporal y por incapacidad laboral permanente.

La prestación por incapacidad temporal hasta que se superan los 365 días de duración puede ser controlada médicamente por médicos asistenciales e inspectores médicos del servicio público de salud, médicos de las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social (MCSS) e inspectores médicos del Instituto Nacional de la Seguridad Social. Posteriormente al día 365 queda el INSS como único gestor de cara al control médico de la prestación, hasta el día 545, fecha en la que si bien sigue siendo el INSS el único gestor, finaliza la mencionada prestación de incapacidad temporal.

Siguiendo el Real Decreto 625/2014 de 18 de julio y la Orden ESS/1187/2015 de 15 de junio, el parte médico de baja aporta a la base de datos del Instituto Nacional de la Seguridad Social elementos tales como códigos de diagnóstico y ocupación, fecha de la baja y aclaración sobre si es recaída de un proceso anterior, la contingencia, la duración estimada de la situación de incapacidad temporal o la fecha de la siguiente revisión.

Al alcanzar los 365 días de duración se reúne el Equipo de Valoración de Incapacidades que conforme a lo establecido realiza un dictamen evaluador para que el Director Provincial del INSS resuelva si el proceso de incapacidad temporal de un trabajador se corresponde con una situación tributaria de alta, prórroga o de inicio de expediente de incapacidad permanente.

Estos dictámenes evaluadores aportan también a la base de datos del INSS datos tales como el código diagnóstico, código nacional de ocupación, contingencia, situación de recaída y otros elementos de carácter personal.

El código de enfermedad se recoge en función de lo establecido en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 9, 9.ª edición) y el código de ocupación en función de lo establecido en el Real Decreto 1591/2010, de 26 de noviembre, que incluye la Clasificación Nacional de Ocupaciones.

Así mismo al INSS llega información desde el propio sistema de seguridad social sobre el código de la clasificación nacional de actividades económicas (CNAE) de España, dispuesta en el Real Decreto 475/2007, de 13 de abril de 2007, que permite la clasificación y agrupación de las unidades productoras según las actividades que se ejercen de cara a la elaboración de estadísticas.

Disponer de estos datos agregados ha sido fundamental para elaborar, a través de herramientas estadísticas, instrumentos de ayuda en el control médico de la incapacidad temporal como es el Manual de Tiempos Óptimos de Incapacidad Temporal, formulándose un tiempo medio ideal requerido para la resolución de un proceso clínico que ha originado una incapacidad para el trabajo habitual en un trabajador de una edad y ocupación determinada, 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.

Los indicadores clásicos de la prestación de incapacidad temporal de incidencia, prevalencia y duración media de los procesos se ofrecen en la página web de la seguridad social: [http://www.seg-social.es/Internet\\_1/Estadistica/Est/Otras\\_Prestaciones\\_de\\_la\\_Seguridad\\_Social/Incapacidad\\_Temporal/Incapacidadtemporal2015/index.htm](http://www.seg-social.es/Internet_1/Estadistica/Est/Otras_Prestaciones_de_la_Seguridad_Social/Incapacidad_Temporal/Incapacidadtemporal2015/index.htm)

**Tabla de indicadores. CC: contingencias comunes. CP: contingencias profesionales. DM: Duración media. \* Excepto autónomos y empleadas de hogar.°/oo Por cada mil trabajadores protegidos**

Año/Índice	Duración media CC* (en días)	Incidencia CC* °/oo	Prevalencia CC °/oo	D.M. CP días	Incidencia CP °/oo	Prevalencia CP °/oo
2011	35,71	23,60	24,47	33,52	3,70	3,39
2012	37,12	19,14	19,10	35,45	3,05	2,79
2013	36,06	18,19	21,25	34,36	3,06	3,06
2014	37,51	18,72	24,27	34,75	3,18	3,3
2015ajl	36,22	21,96	24,74	35,73	3,36	3,44

Otros datos epidemiológicos sobre pensiones de incapacidad completan las reseñas que el Instituto Nacional de la Seguridad Social ha incorporado en la sede electrónica de la seguridad social a través de una aplicación informática denominada ESTADISS, que permite obtener datos de las estadísticas de pensiones del Sistema de Seguridad Social.

Finalmente se destacan diversos datos de frecuencia en la prestación de incapacidad temporal, tales como que el lumbago (724.2 CIE 9) es el diagnóstico específico inicial más frecuente en los procesos de incapacidad temporal. Así mismo el grupo diagnóstico más frecuente es el de enfermedades del sistema osteomioarticular y del tejido conectivo. El grupo de diagnósticos de mayor duración media son las neoplasias. Siguiendo la Clasificación Nacional de Ocupaciones y superados los 365 días de duración de incapacidad temporal es el grupo de trabajadores de servicios, restauración, personales, protección y vendedores de comercio, el que acumula mayor número de procesos de incapacidad temporal.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración. Boletín Oficial del Estado de 21 de julio de 2014.
2. Orden ESS/1187/2015, de 15 de junio, por la que se desarrolla el Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración.
3. Clasificación Internacional de Enfermedades 9 MC. Novena Edición. [http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/CIE9MC\\_2014\\_def\\_accesible.pdf](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/CIE9MC_2014_def_accesible.pdf)
4. Real Decreto 475/2007, de 13 de abril, por el que se aprueba la Clasificación Nacional de
5. Real Decreto 1591/2010, de 26 de noviembre, por el que se aprueba la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. Boletín Oficial del Estado de 17 de diciembre de 2010.
6. Manual de Tiempos Óptimos de Incapacidad Temporal. <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/178382.pdf>

## La vigilancia de la salud pública como instrumento para el control de enfermedades y factores de riesgo y sus aplicaciones a la salud laboral

### Monitoring of public health as a tool for disease control and risk factors and applications to

Isabel Noguero Zambrano

Directora del Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.

#### Correspondencia

inoguero@isciii.es

---

### Resumen

---

Todos los profesionales al servicio de la salud y en concreto de la administración sanitaria tenemos puntos en común y actividades susceptibles de coordinación y mejora. En este encuentro quiero mencionar dos experiencias y saberes: la de la Inspección de servicios sanitarios y también gestores de las consecuencias incapacitantes de las enfermedades. Y la nuestra, los epidemiólogos o gestores de la información sobre las enfermedades y factores de riesgo de la población, al servicio de la autoridad sanitaria y de los ciudadanos. Existen grandes áreas de colaboración entre nuestras funciones que quisiera destacar especialmente, de cara a una mayor coordinación y mejora de nuestro servicio en salud pública.

**Conclusiones:** A través del análisis de los datos y la interpretación de los mismos se concretan los elementos finales para poder elaborar informes y recomendaciones específicas que van a parar a la autoridad sanitaria, en nuestro caso autonómica (si es un problema regional) o nacional si se requiere una intervención a nivel del Estado. Las prioridades y los protocolos de trabajo relacionados con la vigilancia epidemiológica se debaten en las “*Ponencia de Vigilancia Epidemiológica*”, constituidas por los responsables de todas las administraciones del Estado con competencias en materia de Vigilancia, así como por todas las CCAA, y por el CNE. Es el MSSSI quien coordina esta ponencia y quien elabora, junto con el CNE la agenda de temas. Valorando especialmente las enfermedades transmisibles, las de carácter crónico, y las enfermedades mentales, como procesos de mayor impacto sanitario, social y laboral. Así mismo procediendo a través de la vigilancia de la salud pública a la evaluación de políticas e intervenciones de salud

**Palabras clave:** *Vigilancia de la salud, Salud laboral, epidemiología.*

---

### Abstract

---

All professionals serving health and in particular health administration have in common and activities likely to coordination and improvement. At this meeting I want to mention two experiences and knowledge: the Inspection of health services and also managers of the disabling consequences of disease. And ours, epidemiologists and managers information on diseases and risk factors of the population, serving the health authority and citizens. There are large areas of collaboration between features that would emphasize especially, facing greater coordination and improving our public health service.

**Conclusions:** Through data analysis and interpretation of these the final elements are specified to produce reports and specific recommendations goes to the health authority in our regional case (if it is a regional problem) or national if an intervention at the state level is required. Priorities and working protocols related to epidemiological surveillance are discussed in the “*Presentation Epidemiological Surveillance*”, consisting of the

heads of all state administrations with responsibility for monitoring, and for all regions, and the CNE. It is the MSSSI who coordinates this paper and who makes, along with the CNE's agenda topics. Valuing especially communicable diseases, chronic, and mental illness, as processes of greater health, employment and social impact. Also proceeding through the monitoring of public health to the evaluation of health policies and interventions

**Keywords:** *Health surveillance, occupational health, epidemiology*

## INTRODUCCIÓN

Todos los profesionales al servicio de la salud y en concreto de la administración sanitaria tenemos puntos en común y actividades susceptibles de coordinación y mejora. En este encuentro quiero mencionar dos experiencias y saberes: la de la Inspección de servicios sanitarios y también gestores de las consecuencias incapacitantes de las enfermedades. Y la nuestra, los epidemiólogos o gestores de la información sobre las enfermedades y factores de riesgo de la población, al servicio de la autoridad sanitaria y de los ciudadanos.

Existen grandes áreas de colaboración entre nuestras funciones que quisiera destacar especialmente, de cara a una mayor coordinación y mejora de nuestro servicio en salud pública. Mi pertenencia a la escala de inspectores médicos del extinguido INP y mi larga dedicación profesional a la salud pública y a la epidemiología, me sitúa en una posición privilegiada para identificar esas áreas comunes entre funcionarios al servicio de la Administración General del Estado.

Con esta finalidad quisiera empezar con conceptos sobre la Vigilancia de la salud pública, para centrarme en las enfermedades que por su impacto en salud pública y en concreto en salud laboral, requieren de colaboración entre nuestras profesiones e instituciones. También mencionaré la actividad que desarrollamos en evaluación de políticas de salud y finalmente identificaré áreas concretas de colaboración de interés mutuo, esperando que este encuentro ponga en marcha lazos de colaboración con vocación de sostenibilidad.

## EL CNE EN EL ESPECTRO SANITARIO

Para centrar en el espectro sanitario al ISCIII y en concreto al Centro Nacional de Epidemiología (CNE), es preciso mencionar que el ISCIII, como organismo público de investigación<sup>1</sup>, desde 2011, está bajo la dependencia orgánica del Ministerio de Economía y Competitividad (MINECO)<sup>2</sup> y funcional del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI)<sup>3</sup>. Aunque es un Organismo Público de Investigación, concentra una parte importante de actividad ligada a la administración sanitaria, como es la Vigilancia de enfermedades, los laboratorios de referencia nacional, una importante dotación de laboratorios de salud pública, la formación de los profesionales del Sistema Nacional de Salud (la de epidemiólogos en concreto) y de la salud pública, la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y un largo etc.

En 1988 el entonces Ministerio de Sanidad y Consumo traspasó al ISCIII los recursos para afrontar las funciones de Vigilancia Epidemiológica del CNE (RD 10/1988 de 8 de enero), sin embargo fue en 2001 cuando el ISCIII define sus centros y especifica las funciones que ya llevaba desarrollando el CNE años atrás (OM de 27 de diciembre de 2001 sobre Creación de Centros en el Instituto de Salud Carlos III). En concreto, la misión del CNE es “mejorar el nivel de salud de la población mediante la vigilancia de la salud pública, el estudio de la conducta de las enfermedades (transmisibles y no transmisibles), la cuantificación de su impacto y la monitorización de su evolución, así como la investigación de factores que comprometen la salud, y la formación de expertos en epidemiología y salud pública”.

El CNE se integra en el ISCIII y adquiere la doble dependencia (orgánica del MINECO y funcional del MSSSI). Esta nueva ubicación dentro de la Administración General del Estado ha requerido nuevas adaptaciones y ajustes con la finalidad de cumplir adecuadamente con las tareas que tiene encomendadas desde su inicio que se articulan en 3 ejes de actividad<sup>4</sup>:

1. El control de enfermedades, sus factores de riesgo y conductas asociadas.
2. La formación en epidemiología y salud pública.
3. La investigación.

## LA VIGILANCIA DE LA SALUD PÚBLICA

La definición más reciente de Vigilancia de la Salud Pública (VSP) fue publicada en 2012 por la OMS<sup>5</sup> y dice; “*La vigilancia de la salud pública es la práctica sistemática de la recogida, análisis, interpretación, y diseminación de datos de salud para la planificación, puesta en práctica y evaluación de las acciones de salud pública*”. Nuestro propósito es apoyar a la autoridad sanitaria y a los gestores con la mejor evidencia disponible para liderar y afrontar con eficacia los problemas de salud. La vigilancia debe ser diseñada e implementada para proveer información válida para los gestores en el momento oportuno y al menor coste. Su utilidad depende de las acciones a tomar derivadas de la misma.

La acción en salud pública viene determinada por 2 grandes circuitos, el de la información y el de las decisiones o el de la generación de datos y el del uso de los mismos. La primera se centra en definir el problema, seleccionar las prioridades de información necesarias para poder afrontarlo y la recolección de datos (de donde, de quienes y con qué sistemática). El análisis de los datos y la interpretación de los mismos serán los elementos finales para poder elaborar informes y recomendaciones específicas que van a parar a la autoridad sanitaria, en nuestro caso autonómica (si es un problema regional) o nacional si se requiere una intervención a nivel del Estado.

## EL ESQUEMA ORGANIZATIVO DE LA VSP EN ESPAÑA

El esquema organizativo de la VSP en España es muy complejo. Son las CCAA las que tienen todas las competencias en materia de salud pública. Por tanto, la VSP también les corresponde. A nivel nacional, el MSSSI es responsable de la Vigilancia Epidemiológica y el CNE es el gestor de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica<sup>6</sup>. El CNE es responsable de la recepción, mantenimiento, análisis y procesamiento de toda la información generada en las Comunidades Autónomas (CCAA) y las contrapartes de las Instituciones europeas e internacionales en materia de salud y vigilancia de enfermedades (OMS y Centro Europeo para el Control de Enfermedades Infecciosas- ECDC).

Tenemos una extensa regulación y gran experiencia en la Vigilancia de las enfermedades infecciosas, cuyo control y en algunos casos erradicación ha sido una prioridad continua en salud pública. Sin embargo, las enfermedades crónicas y los factores de riesgo, de más difícil abordaje y control carecen de la normativa y protocolización propia de las transmisibles. La Ley General de Salud Pública (Ley 33/2011 de 4 de octubre) establece la necesidad de vigilar las enfermedades infecciosas, crónicas y los factores de riesgo. Sin embargo, el grado de implementación, extensión y consolidación en las CCAA es variable. Sería necesario fomentar políticas de apoyo a la Vigilancia Epidemiológica (VE) de las enfermedades crónicas al más alto nivel, ya que estas enfermedades son las responsables de las principales causas de morbi-mortalidad y de discapacidad en España y en el resto del mundo.

Las prioridades, los protocolos de trabajo y todos los temas relacionados con la vigilancia epidemiológica se debaten en las “*Ponencia de Vigilancia Epidemiológica*”, constituidas por los responsables de todas las administraciones del Estado con competencias en materia de Vigilancia, así como por todas las CCAA, y por el CNE. Es el MSSSI quien coordina esta ponencia y quien elabora, junto con el CNE la agenda de temas. La Ponencia nunca trató temas relacionados con la VE de las enfermedades crónicas, centrándose en las transmisibles y recientemente como excepción en la enfermedad por priones (Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob), consecuencia de la alarma creada con la enfermedad de las vacas locas hace años. Las propuestas generadas por la *Ponencia de Vigilancia* pasa a la “*Comisión de Salud Pública*”, compuesta por los Directores Generales de Salud Pública Autonómicos para su aprobación e inmediata puesta en marcha en el conjunto del Estado. Aunque la calidad y desarrollo de los sistemas de vigilancia ha mejorado con los años, existen diferencias importantes entre CCAA. Por

otro lado, la situación de crisis económica reciente ha mermado las plantillas de los profesionales ligados a la Vigilancia de enfermedades.

En España la declaración de casos se produce a nivel local (ej. Centros de salud), es a este nivel donde se lleva a cabo la investigación epidemiológica en caso de requerirse. Posteriormente los casos viajan al nivel autonómico y máximo responsable territorial en materia de salud pública. Finalmente, y con la periodicidad que se establezca, los casos viajan hasta el CNE para su análisis y elaboración de informes a nivel nacional. Es el CNE quien se responsabiliza de remitir la información española al Centro Europeo para el Control de Enfermedades (ECDC) y a la OMS.

Actualmente tenemos sometidas a VE y declaración obligatoria un total de 60 enfermedades transmisibles. Esta lista se ha duplicado frente a las enfermedades sometidas a vigilancia en 2014<sup>7</sup>. Esta ampliación también se ha implementado a nivel europeo, siendo el ECDC quien procesa la información a este nivel. No existe regulación a nivel estatal para la VE de las enfermedades crónicas y factores de riesgo, a excepción de la Ley General de Salud Pública. No obstante, en el CNE además de la Investigación en epidemiología y salud pública, se llevan a cabo actividades de VE de las enfermedades crónicas a partir de fuentes secundarias (mortalidad, CMBD, etc.), prestando de este modo toda la colaboración posible al MSSSI para el control de las enfermedades.

El tratamiento que más adelante se hace de las enfermedades está en conexión con la meta de acercar la VSP y el control de enfermedades con la salud laboral y con las consecuencias de las mismas en términos de incapacidad en su concepto más amplio o de incapacidad temporal para el trabajo.

## LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Aunque la VE va más allá de las lista de 60 Enfermedades sometidas a Declaración Obligatoria<sup>7</sup>, actualmente el CNE mantiene un sistema de información consolidado y sistematizado, para la VE de estas enfermedades<sup>8</sup>. Las enfermedades pueden agruparse en respiratorias, alimentarias, de transmisión sexual y parenteral, zoonosis y enfermedades vacunables.

Entre las respiratorias; en total 6 enfermedades, la gripe, la tuberculosis y los brotes de legionelosis, son las más frecuentes. No obstante a efectos de salud laboral, la gripe es de las enfermedades que más incapacidad genera por su alto potencial de transmisión.

Las enfermedades de transmisión alimentaria; generalmente cursan por brotes y afectan a un buen número de personas cuando la exposición es alta (comidas, encuentros sociales, etc.), no obstante tienen escaso impacto en términos de discapacidad laboral.

Las Infecciones de transmisión sexual/parenteral (en total 7 sometidas a declaración obligatoria) sí que generan una importante carga de enfermedad, en concreto la derivada de la Infección por VIH/sida, hepatitis C y B. Cuando se diagnostican generan un importante consumo de recursos sanitarios y altas cotas de discapacidad.

Finalmente, las zoonosis, enfermedades transmitidas por vectores y las vacunables infantiles tienen escasa repercusión en la vida laboral y en términos de discapacidad en adultos.

Dentro del ámbito de las infecciosas, quisiera centrarme en algunas enfermedades en concreto que tienen importante impacto en salud pública y generan importantes bolsas de discapacidad y son: la infección por VIH, hepatitis y gripe. La infección por VIH ha evolucionado muy favorablemente gracias a los nuevos tratamientos, aumentando considerablemente la supervivencia y calidad de vida. No obstante, hay evidencias que ponen de manifiesto una evolución más desfavorable frente a coinfecciones, como la hepatitis C. También aumentos de incidencia y discapacidad relacionados con otras causas, comunes con la población general. Consecuencia de la supervivencia, la

prevalencia de personas vivas e infectadas por VIH va en continuo ascenso, por lo que la carga de morbilidad y discapacidad, así como el coste laboral y social va en aumento. Sería interesante establecer líneas de colaboración para valorar el impacto en incapacidad e invalidez de esta patología.

La carga de enfermedad por hepatitis C es aún mayor que la del VIH, estimándose prevalencias mayores, que una vez diagnosticadas, generan consecuencias discapacitantes y costes elevados por los tratamientos.

Finalmente y aunque con menor impacto en el mundo laboral, quisiera mencionar algunas enfermedades susceptibles de investigación y seguimiento conjunto, por sus implicaciones laborales y sociales. Es el caso de la Tuberculosis y de algunas zoonosis, como la brucelosis. Ambas ligadas a la actividad laboral.

## ENFERMEDADES CRÓNICAS

Más de 14 millones de personas entre 30 y 70 años mueren de Enfermedades Crónicas en el mundo y 85% viven en países en desarrollo (WHO, Health Statistics and Information Systems, 2014).

El cáncer es la primera causa de muerte y se mantiene en las proyecciones hasta 2030 (Mathers and Loncar. PLoS Medicine, 2006). En 2012, se produjeron 14.1 millones de casos nuevos/año y 8.2 millones de muertes. En 2030 ascendió a 21.7 millones casos nuevos/año y 13.0 millones de muertes (Globocan, 2012).

En España se diagnostican 215.534 casos nuevos/año y se producen 106.720 muertes. El cáncer es la primera causa de mortalidad, situándose por encima de las cardiovasculares recientemente. También es la primera causa de mortalidad en hombres y la segunda en mujeres. El Cáncer de pulmón es el que más muertes genera en hombres, seguido del colorectal. En mujeres el Ca de mama es el que produce más fallecimientos seguido del colorectal<sup>9</sup>.

La incidencia de cáncer en España se mantiene en torno a 215.000 casos nuevos al año y presenta patrones geográficos que podrían relacionarse con la presencia de factores de riesgo, conductas o hábitos. El CNE viene monitorizando estas tendencias a partir de registros de casos y de mortalidad tratados con un patrón de geolocalización<sup>10</sup>. Con la aplicación de esta metodología, pueden identificarse diferencias importantes en la incidencia de cáncer, así como patrones evolutivos en el tiempo. En hombres el tumor más frecuente es el de próstata, seguido del de pulmón y del colorectal. En mujeres el de mama, seguido del colorectal. (Globocan, 2012).

La investigación y la irrupción de nuevos fármacos hacen que la supervivencia aumente para muchos tumores, tanto en hombres como en mujeres. Esta evolución ha cambiado el panorama de la discapacidad asociada al cáncer, situando a muchos afectados en condiciones de reinserción laboral y social y a otros en condiciones de vulnerabilidad y/o discapacidad, consecuencia de la enfermedad y de sus tratamientos. Tenemos mucha información sobre la magnitud e impacto del cáncer en España, pero no hay estudios que revelen sus consecuencias en términos de incapacidad laboral y discapacidad ligada al cáncer en general o a los diferentes tipos de tumores. Ésta sería un área de colaboración de gran interés para el CNE y estimamos que también para el INSS.

## EVALUACIÓN DE POLÍTICAS E INTERVENCIONES DE SALUD

Otra área de trabajo relacionada con la VSP es la evaluación de intervenciones de salud. Hace tiempo que venimos trabajando en la evaluación del impacto de las leyes 28/2005<sup>11</sup> y 42/2010<sup>12</sup> de medidas sanitarias frente al tabaquismo. La primera ley de prohibición parcial del tabaco en lugares públicos y la segunda de prohibición total.

Hay evidencias que demuestran que la exposición a humo ambiental de tabaco (HAT), incluso a niveles bajos, incrementa un 10-15% el riesgo de cardiopatía isquémica. La evidencia de asociación con la enfermedad cerebrovascular es muy reciente. EPOC y asma muestra evidencia causal sugestiva, aunque todavía no consistente. También se ha observado asociación con complicaciones del embarazo.

Este proyecto, para el que hemos pedido apoyo al INSS, está liderado por el Dr Iñaki Galán del CNE y sus resultados están pendientes de publicación. Su meta es estimar el impacto conjunto de las Leyes 28/2005 y 42/2010 de control del tabaquismo en las admisiones hospitalarias urgentes por enfermedades cardiovasculares y respiratorias en España. La población de estudio son las provincias de 1 millón o más habitantes, y la metodología se basa en el análisis de series segmentadas 2003-2012, del número diario de ingresos urgentes hospitalarios registrados en el CMBD por cardiopatía isquémica, infarto de miocardio, EPOC, enfermedad cerebrovascular y asma.

De forma global, el efecto de la implantación de las dos regulaciones en las admisiones hospitalarias por enfermedades cardiovasculares y respiratorias, no son concluyentes, observando gran variabilidad a nivel provincial y resultados diversos según la patología estudiada.

De forma específica, la implementación de la ley 28/2005 (prohibición parcial) se relaciona con un importante descenso del 15% en las hospitalizaciones por EPOC. La puesta en marcha de la segunda ley (prohibición total) se asocia a un descenso del infarto agudo de miocardio y cardiopatía isquémica, pero sin llegar a ser estadísticamente significativos a un año de la implantación. También se observa un descenso en los ingresos por asma en hombres (segunda ley), con una reducción del 10% de las hospitalizaciones a un año de la implantación que no se mantiene en 2012. La importante variabilidad observada entre provincias, no es explicada por las variables estudiadas.

Ante estos resultados, el grupo se planteó en 2014 una nueva propuesta, con la finalidad de valorar directamente en las personas más expuestas, es decir, los *trabajadores del sector de hostelería*, los efectos de ambas leyes. Este impacto se mediría a través de la incapacidad temporal, general y por enfermedades cardiovasculares y respiratorias, en trabajadores del sector de hostelería. Esta estrategia se basa en evidencias que ponen de manifiesto el impacto en esta población de las medidas antitabaco.

- Numerosos estudios realizados a nivel nacional e internacional han evaluado los beneficios que origina la reducción de la exposición a humo ambiental de tabaco en trabajadores de la hostelería
- Estos beneficios se han basado principalmente en la estimación de sintomatología respiratoria antes y después de la entrada en vigor de la ley a través de cuestionarios, siendo en general, estudios de tamaño muestral y de localización, limitados
- En España, la “*cohorte de la Muestra Continua de Vidas Laborales de la Seguridad Social*” (MCVL) proporciona una oportunidad única para evaluar el impacto de las políticas de espacios libres de humo de tabaco, basado en registros de morbilidad y en una muestra representativa del conjunto de la población trabajadora del sector de hostelería en España.

Se plantea un estudio de cohortes retrospectivo basado en MCLV, con datos disponibles desde 2004. El tamaño muestral es de 1 millón de trabajadores (4% del total de afiliados) y el grupo de estudio será los trabajadores de hostelería que representan el 6% del total de la muestra. El grupo control será los trabajadores de otros sectores económicos distintos al de hostelería

Hemos pedido al INSS que fusione los ficheros de la MCVL y el registro de IT (incapacidad temporal) y que nos facilite los datos totalmente anonimizados. Se evaluará la diferente incidencia de IT general y por enfermedades cardiovasculares y respiratorias en ambos grupos (trabajadores del sector de hostelería y grupo control) durante tres periodos temporales: 1) 2004-2005 (antes de la entrada en vigor de primera ley); 2) 2006-

2010 (ley 28/2005); 3) 2011-2014 (ley 42/2010). El resultado de este estudio será un precedente en España y en Europa del efecto de políticas de salud sobre la incapacidad y la salud de los trabajadores expuestos.

## LAS ENFERMEDADES MENTALES

La depresión unipolar, seguida de la demencia, son las patologías que más discapacidad generan en España, medida en DALYs (Disability Adjusted Life Years - Años de Vida Ajustados por Discapacidad)<sup>13</sup>. Por otro lado, las estimaciones de prevalencia de cualquier trastorno mental a lo largo de la vida, afecta a cerca del 20% de la población. Esta alta prevalencia concuerda con el elevado y creciente consumo de ansiolíticos y antidepresivos en España (AEMPS, 2012). Esta tendencia, justificaría la necesidad de valorar el impacto social, económico y laboral de estos trastornos, que sin duda impactan en las prestaciones por incapacidad en España.

Quisiera finalizar aludiendo a la actividad científica del CNE y a su evolución en el periodo más reciente, a pesar de las dificultades económicas planteadas por la crisis económica.

Para terminar, quisiera agradecer esta invitación así como ofrecer toda nuestra colaboración con las autoridades sanitarias del INSS, en la idea de mejorar el servicio público y la disponibilidad de evidencias en materia de enfermedad, discapacidad y su impacto en el bienestar de los ciudadanos y de los trabajadores.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Decretos de reestructuración 590/2005 de 20 de mayo por el que se modifica el Estatuto del ISCIII, aprobado por RD 375/2001, de 6 de abril.
2. RD 345/2012 de 10 de febrero por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Economía y Competitividad
3. RD200/2012 de 23 de enero, de Modificación de la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
4. OM de 27 de diciembre de 2001 sobre Creación de Centros en el Instituto de Salud Carlos III
5. World Health Organization, "Public health surveillance", 2012. [http://www.who.int/topics/public\\_health\\_surveillance/en/](http://www.who.int/topics/public_health_surveillance/en/).
6. RD 2210/1995 de Creación de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
7. Orden SSI/445/2015, de 9 de marzo, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, relativos a la lista de enfermedades de declaración obligatoria, modalidades de declaración y enfermedades endémicas de ámbito regional.
8. Boletín Epidemiológico Semanal. Del 29/06 al 26/07 de 2015. 2015 Vol. 23 n.º 4 / 42-59. Centro Nacional de Epidemiología. ISCIII
9. Gonzalo López Abente, Olivier Nuñez, Beatriz Pérez Gómez, Nuria Aragonés, Marina Pollán. La Situación del cáncer en España: Informe 2015. CNE
10. Gonzalo López Abente, Nuria Aragonés, Beatriz Pérez Gómez, Marina Pollán, Javier García-Pérez, Rebeca Ramis y Pablo Fernández Navarro. Time Trends in Municipal distribution patterns of cancer mortality in Spain. BMC cancer, 2014
11. LEY 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.
12. Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.
13. C. Murray et al. Global Burden of Disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010.

## III Congreso de Médicos Inspectores de la Administración de la Seguridad Social

Madrid, 19 y 20 de noviembre de 2015

### Ponencias

Mesa 2

## HACIA UN NUEVO MARCO NORMATIVO EN MATERIA DE INCAPACIDAD LABORAL.

### MODERA:

#### **María Dolores Carbajo Sotillos**

Médico Inspector Jefe Subdirección General. Coordinación Unidades Médicas. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Madrid. España.

### PONENTES:

#### **José Manuel Vicente Pardo**

Jefe Médico Unidad Médica Equipo Valoración Incapacidades Gipuzkoa. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Gipuzkoa. España. Presidente de APROMESS Asociación Profesional de Médicos Evaluadores de la Seguridad Social.

#### **César Luis Gómez Garcillán**

Subdirector General Gestión de Prestaciones del Instituto Nacional de la Seguridad Social. Madrid. España.

#### **Ana Álvarez Moreno**

Letrada de la Administración de la Seguridad Social. Servicio Jurídico delegado central en el Instituto Nacional de la Seguridad Social. Madrid. España.

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

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

**José Manuel Vicente Pardo**

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

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

### Correspondencia

josemanucente@gmail.com

---

## Resumen

---

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

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

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

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

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

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

---

## Abstract

---

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

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

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

## 1. ASPECTOS BÁSICOS EN LA VALORACIÓN PROFESIONAL O LABORAL

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

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

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

Valoración Multiaxial, valoración:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Propuesta:

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

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

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



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

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

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

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

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

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

#### *Conocer las características de su trabajo*

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

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

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

#### Propuestas:

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

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

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

## 2. MEJORAS EN MATERIA DE INCAPACIDAD LABORAL

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

#### *Gestión de IT*

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

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

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

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

### ***¿Por qué es un problema la IT?***

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

### ***Elementos que contiene I. T.***

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

### ***Otros elementos impropios que contiene I. T.***

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### ***Propuestas en IT***

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 2.B Mejoras en materia de incapacidad laboral

### *Incapacidad permanente laboral*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 2.C Valoración de la ocupación laboral vs profesión

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

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

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

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

### 3. MEJORAS EN MATERIA DE INCAPACIDAD Y TRABAJO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### ***Propuesta***

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

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

## **CONCLUSIONES**

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

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

Compatibilizar baja médica y alta para trabajos con exigencias distintas.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

## La incapacidad permanente y su impacto en el sistema español de Seguridad Social

### Permanent disability and its impact on the spanish social security system

César Luis Gómez Garcillán

Subdirector General Gestión de Prestaciones del Instituto Nacional de la Seguridad Social. Madrid. España.

#### Correspondencia

cesar-luis.gomez1@seg-social.es

---

#### Resumen

---

Se analizan datos de incapacidad permanente de los últimos años en la seguridad social.

**Conclusiones:** El desglose provincial muestra grandes diferencias a nivel territorial cuyo origen o motivación no se puede determinar actualmente en tanto no se dispone de dos parámetros básicos, el código de diagnóstico de la patología principal determinante de la incapacidad permanente y el código identificativo de la actividad laboral (profesión habitual del interesado) que permitirían realizar un análisis fiable de la situación. Entre los factores que podrían incidir de alguna manera en la mayor o menor incidencia de la incapacidad permanente, podemos analizar dos grandes componentes, la población protegida y su composición a nivel de regímenes y la iniciativa en la incoación de los procedimientos. El grupo de provincias con una incidencia más elevada en incapacidad permanente acusa tasas de paro también más elevadas que el grupo con incidencia menor. La tendencia en el número de procedimientos de IP incoados resulta claramente a la baja con una caída de más del 9% en cinco años. El INSS desestima un porcentaje creciente de los mismos, la razón de ese comportamiento no reside en una valoración restrictiva o más exigente por parte de la gestora, sino porque se instruyen menos procesos de incapacidad permanente y porque va tomando mayor protagonismo en la iniciativa de incoación el procedimiento a instancia de parte, cuyo porcentaje de desestimación es el más elevado.

**Palabras clave:** Incapacidad Permanente. Impacto de la incapacidad en el Sistema de Protección Social. Protección Social. Seguridad Social.

---

#### Abstract

---

Permanent disability data in recent years in social security are analyzed.

**Conclusions:** The provincial breakdown shows large differences at local level whose origin or motivation can not currently be determined as there are two basic parameters, the diagnostic code of the main determinant condition of permanent disability and the identification code of the activity labor (habitual profession concerned) that would enable a reliable analysis of the situation. Among the factors that could have any effect on the greater or lesser incidence of permanent disability, we can analyze two major components, the protected population level and composition of regimes and initiative in the initiation of proceedings. The group of provinces with a higher incidence in permanent disability accused also higher unemployment rates than the group with lower incidence. The trend in the number of procedures instituted IP is clearly down with a drop of more than 9% in five years. The INSS dismisses a growing percentage of them, the reason for such behavior is not in a restrictive or demanding

assessment by the management, but because fewer processes of permanent disability are taught and because it is taking a greater role in the initiative of opening the ex parte procedure, the rejection rate is the highest.

**Keywords:** *Permanent disability. Impact of disability on the social protection system. social protection. Social Security.*

El Sistema español de Seguridad Social gestiona en diciembre de 2014 un total de 9.279.078 pensiones contributivas, cuyo desglose por clase de pensión es el siguiente:

DIC-2014	Número	Importe
Jubilacion	5.614.804	5.661.561.949,39
Invalidez permanente	929.661	853.655.927,62
Viudedad	2.358.878	1.476.082.475,97
Orfandad	337.037	123.804.979,62
En favor de familiares	38.697	19.760.613,08
Total	9.279.077	8.134.865.945,68

Como se puede apreciar, la presencia de la incapacidad permanente apenas representa poco más de un 10% de las pensiones contributivas y también poco más de un 10% del importe de la nómina mensual. Sin embargo su impacto real es mucho mayor.

Efectivamente, con motivo de la armonización de estadísticas integradas de protección social SEEPROS, la Ley 24/1997, de 15 de julio, vino a introducir un nuevo apartado 4 al artículo 143 de la Ley general de la Seguridad Social, conforme al cual,

*“Las pensiones de incapacidad permanente, cuando sus beneficiarios cumplan la edad de sesenta y cinco años, pasarán a denominarse pensiones de jubilación. La nueva denominación no implicará modificación alguna, respecto de las condiciones de la prestación que se viniese percibiendo.”*

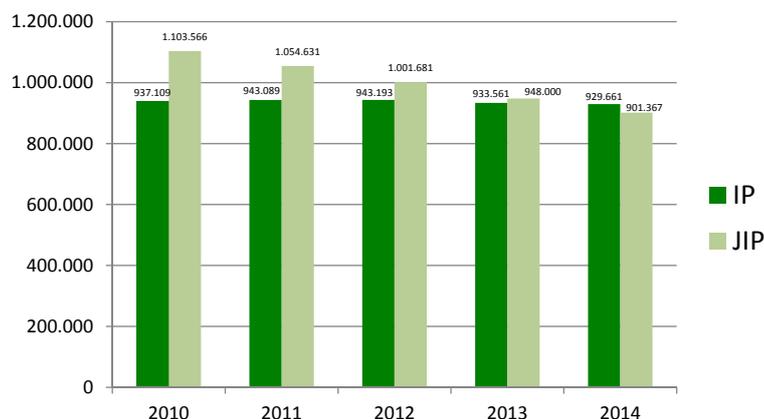
Si descomponemos las pensiones de jubilación por su origen distinguiendo aquellas de jubilación real y aquellas de incapacidad permanente que al cumplir la edad de jubilación cambiaron de denominación, nos encontraremos con que el número de pensiones de incapacidad permanente se eleva realmente a 1.830.959 pensiones, lo que representa un porcentaje cercano al 20%.

La distribución de las pensiones de incapacidad permanente según grado muestra que el 3.5% son pensiones de Gran Invalidez; el 40% incapacidades permanentes absolutas y el 56% restante incapacidades permanentes totales.

En relación a las nuevas altas de pensión de incapacidad permanente, en 2014 se han producido un total de 79.269 mientras que en el conjunto de las pensiones, el número de altas se eleva a 542.443. Sin embargo, en términos de impacto económico para el Sistema de las nuevas pensiones causadas en 2014, la incapacidad permanente absorbe más del 25% debido a que la edad media de acceso a la pensión se sitúa en 51 años y, por consiguiente, el período de permanencia en el disfrute de la pensión es mucho mayor (casi el doble) que en jubilación y caso tres veces más que en las pensiones de viudedad.

La evolución de las pensiones de incapacidad permanente en vigor en los cinco años anteriores a la fecha actual muestra un comportamiento muy estable en lo que se refiere al colectivo menor de 65 años en tanto que las nuevas altas se elevan aproximadamente a 80.000 cada ejercicio y las bajas se distribuyen entre 56.000 pensiones que pasan anualmente a JIP y 25.000 / 30.000 bajas que se producen por fallecimiento. Por el contrario, las jubilaciones derivadas de incapacidad permanente (JIP) presentan una tendencia a la baja muy acentuada toda vez que inicialmente, en 1997 se incorporaron a este grupo un total de 1.259.607 pensiones y anualmente pasan a esta situación en torno a 56.000 pensiones mientras que las bajas por fallecimiento doblan esa cifra (+ 100.000).

## PENSIONES IP Y JIP EN VIGOR

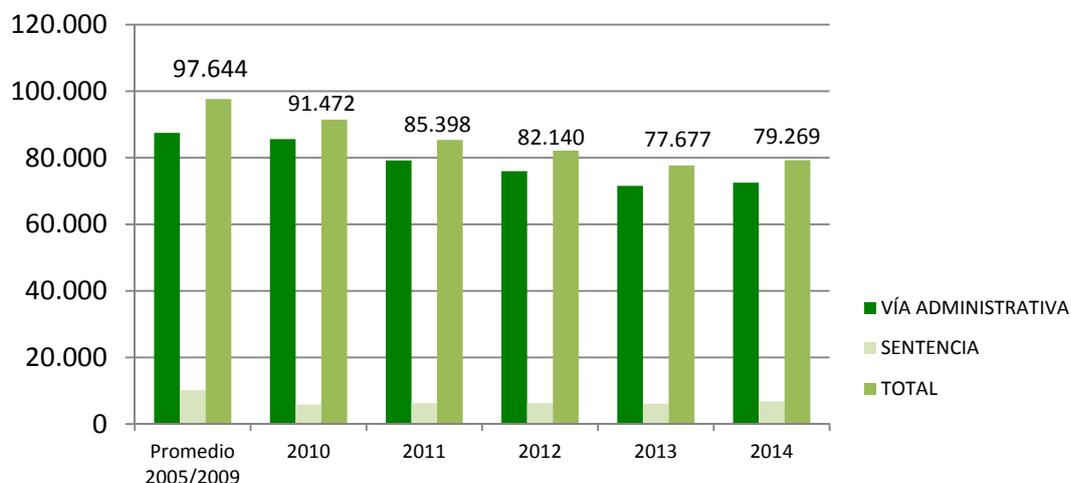


En relación a las nuevas altas de incapacidad permanente que se producen cada ejercicio, como se ha señalado anteriormente, se trata de una cifra muy estable en los últimos ejercicios, en torno a las 80.000.

Con anterioridad, durante el período 2005 – 2009, el número de altas de incapacidad permanente experimentó un repunte importante como consecuencia de la reforma operada por la Ley de Presupuestos Generales del Estado para 2006 sobre el artículo 128 de la Ley General de la Seguridad Social por la que se atribuye al INSS la competencia para el control de la IT a partir del mes 12.º Esta circunstancia dio lugar a una revisión progresiva de las situaciones de IT en prórroga sin esperar al agotamiento de los 18 meses, lo que propició que en 2006 el número de altas de IP se elevara a 100.000; en 2007, 99.000; en 2008, 97.000, hasta finalizar el período transitorio de asunción progresiva de la competencia, estabilizándose ya en 2012 la cifra de 80.000.

También es muy importante destacar que siendo la Incapacidad permanente la rama de la acción protectora que registra el mayor volumen de litigiosidad en los Tribunales (durante el ejercicio 2014 el INSS resolvió 154.130 procedimientos de incapacidad permanente cuyas resoluciones se impugnaron ante la jurisdicción social en 35.745 casos, lo que representa una tasa de litigiosidad del 23,19%), sin embargo el número de altas o rehabilitaciones por sentencia ha sido tan solo de 6.773, lo que supone un 8,5% de las nuevas altas o un 4,4% del total de resoluciones dictadas por el INSS en 2014.

Estos resultados ponen de manifiesto el elevado grado o nivel de fiabilidad de las resoluciones en vía administrativa así como el buen trabajo de los Servicios Jurídicos Delegados cuyo índice de éxito en este ámbito de la litigiosidad se sitúa en el 66%.



Este comportamiento de las nuevas altas de IP en el que se constata una cierta estabilidad en los últimos ejercicios, sin embargo tiene un reflejo dinámico en términos de incidencia (n.º de altas / 1000 afiliados), y ello es así porque manteniéndose estable el dividendo, por el contrario el divisor cae de forma importante, lo que determina ciertas fluctuaciones entre 2012 y 2014. No obstante, si se observa la evolución de 2010 a 2014 la situación es la siguiente:

- Afiliados 2010.- 18.700.636.
- Afiliados 2014.- 17.402.526 (- 6,9%).
- Altas IP 2010.- 91.472.
- Altas IP 2014.- 79.269 (- 13,3%).

Evolución incidencia IP	
<b>Promedio 2005/2009</b>	4,60 IP/1.000 afiliados
<b>2010</b>	4,58 IP/1.000 afiliados
<b>2011</b>	4,33 IP/1.000 afiliados
<b>2012</b>	4,23 IP/1.000 afiliados
<b>2013</b>	4,10 IP/1.000 afiliados
<b>2014</b>	4,17 IP/1.000 afiliados

De estos datos sobre evolución de incidencia cuya caída entre 2010 y 2014 de cifra en un 8,9%, se pueden extraer las siguientes conclusiones:

1. El 36% de la caída de la incapacidad permanente resulta imputable a la reducción de la afiliación.
2. El 64% de la caída de la incapacidad permanente responde al propio comportamiento de la prestación unido al nuevo procedimiento ya consolidado de gestión y control de la Incapacidad Temporal.

## DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL

En el ejercicio 2014, la incidencia a nivel nacional se sitúa en 4,17 altas de IP por cada 1000 afiliados. Sin embargo, su desglose provincial muestra grandes diferencias a nivel territorial cuyo origen o motivación no se puede determinar actualmente en tanto no se dispone de dos parámetros básicos, el código de diagnóstico de la patología principal determinante de la incapacidad permanente y el código identificativo de la actividad laboral (profesión habitual del interesado) que permitirían realizar un análisis fiable de la situación.

El mapa de incidencia a nivel provincial se ha realizado tomando como dato de partida la incidencia media a nivel nacional. A partir de este dato, calculamos la media de aquellas provincias que están por debajo de la media nacional y de las que están por encima. Situamos como incidencia óptima la media de las que se encuentra por debajo de 4,17 cuyo resultado es 3 altas por cada 1000 afiliados y como incidencia desfavorable o desviada la media de las que se encuentra por encima que resulta ser 6 altas por cada 1000 afiliados. Finalmente, aquellas provincias que arrojan una incidencia comprendida entre la óptima y la desfavorable se ubican en el tramo intermedio o normal.

El resultado es:

Incidencia óptima	< 3/1000
Incidencia media nacional	4,17/1000
Incidencia desfavorable	> 6/1000



Si revisamos la incidencia territorial de los ejercicios anteriores podemos comprobar que la situación a 2014 no es algo coyuntural sino que refleja la situación de las provincias que se repite año tras año. Así, respecto de las diez provincias con incidencia óptima, 8 provincias repiten durante cuatro años este resultado. En el otro extremo, entre las provincias con incidencia desfavorable (11), también 8 provincias permanecen en esa situación cuatro años.

Entre los factores que podrían incidir de alguna manera en la mayor o menor incidencia de la incapacidad permanente, podemos analizar dos grandes componentes, la población protegida y su composición a nivel de regímenes y la iniciativa en la incoación de los procedimientos.

### POBLACIÓN PROTEGIDA

Incidencia óptima – Población protegida (%)

Provincia	C/ Ajena	C/ Propia	Tasa de paro
Soria	75,51	23,77	17,01
Alicante	76,64	21,46	24,91
Madrid	84,44	13,08	16,21
Almería	75,13	23,16	35,69
Zamora	66,93	32,11	26,58
Burgos	77,05	20,93	18,76
Gipúzkoa	76,13	23,30	14,05
La Rioja	76,08	22,61	17,21
Navarra	80,57	18,35	14,93
Zaragoza	79,56	18,34	18,88
Illes Balears	77,87	20,38	18,88
Promedio	76,90	21,59	20,28

**Incidencia desfavorable - Población protegida (%)**

Provincia	C/ Ajena	C/ Propia	Tasa de paro
Sevilla	83,15	15,41	31,54
Huesca	71,91	26,65	16,96
Cáceres	75,41	23,14	27,30
Jaén	82,69	16,68	33,34
Ciudad Real	74,39	24,35	33,38
Ourense	72,75	26,39	20,56
León	72,22	25,89	22,68
Cuenca	69,91	29,38	27,20
Cádiz	81,37	17,19	42,32
Lugo	66,86	32,55	16,21
Promedio	75,06	23,76	27,15

Parece desprenderse claramente que el grupo de provincias con una incidencia más elevada en incapacidad permanente acusa tasas de paro también más elevadas que el grupo con incidencia menor. La distribución entre trabajadores cuenta ajena y cuenta propia no difiere entre ambas de forma apreciable.

A nivel de incoación de procedimientos, la distribución porcentual según formas de incoación del procedimiento para la calificación de la incapacidad permanente sería la siguiente:

**Incidencia óptima - Procedimiento IP (%)**

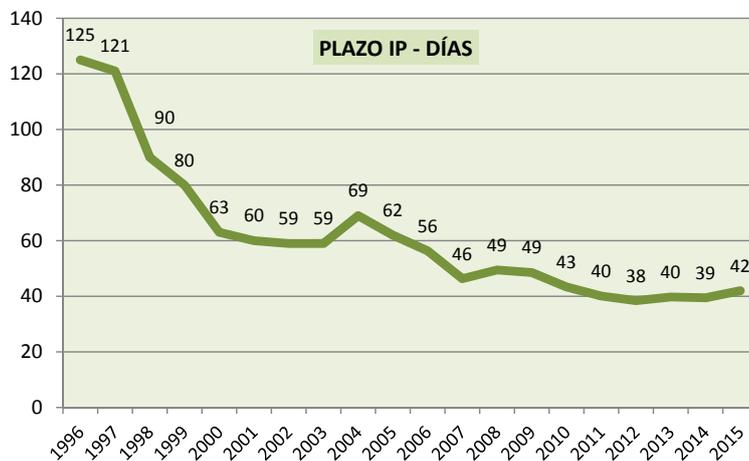
Provincia	Inst. Parte	S. P. S.	INSS
Soria	32	21	45
Alicante	63	3	32
Madrid	35	15	48
Almería	65	3	30
Zamora	63	12	24
Burgos	47	2	48
Gipúzkoa	61	13	24
La Rioja	50	12	36
Navarra	46	5	47
Promedio	51	10	37

**Incidencia desfavorable - Procedimiento IP (%)**

Provincia	C/ Ajena	C/ Propia	Tasa de paro
Sevilla	49	15	35
Huesca	30	14	55
Cáceres	49	8	41
Jaén	54	7	38
Ciudad Real	45	20	33
Ourense	70	7	21
León	44	7	47
Cuenca	38	11	49
Cádiz	57	27	14
Lugo	49	13	35
Promedio	49	13	38

## GESTIÓN

Desde el punto de vista de la gestión, el procedimiento para la calificación de la incapacidad permanente ha experimentado una evolución muy positiva en términos de agilidad, habiéndose consolidado ya en los últimos cinco años un plazo de resolución inferior a 45 días.



Al margen de la agilidad en la tramitación y resolución de los expedientes de incapacidad permanente, interesa destacar la evolución en la declaración estimatoria o desestimatoria y los grados reconocidos.

Expedientes IP	2010	2011	2012	2013	2014
N.º Exp. resueltos	162.975	158.661	154.001	146.326	147.815
Aprobados	58,74%	56,80%	55,83%	54,00%	54,31%
Denegados	41,26%	43,20%	44,17%	46,00%	45,69%

De una primera lectura del cuadro anterior se podría concluir que, pese a que la tendencia en el número de procedimientos incoados resulta claramente a la baja con una caída de más del 9% en cinco años, la entidad gestora, por el contrario, desestima un porcentaje creciente de los mismos, lo que puede inducir a pensar que la entidad gestora ha endurecido sus criterios en la valoración y calificación de las situaciones de incapacidad permanente. Sin embargo, la razón de ese comportamiento no reside en una valoración restrictiva o más exigente por parte de la gestora, pues son 52 órganos colegiados los responsables de la valoración, los cuales actúan con autonomía de criterio en sus propuestas de calificación. El factor fundamental determinante de esos datos viene constituido por dos motivos:

En primer lugar, se instruyen menos procesos de incapacidad permanente porque el nuevo procedimiento de gestión y control de las situaciones de incapacidad temporal actúa como filtro que evita en muchos casos la apertura de los procedimientos de incapacidad permanente por mandato legal al cumplimiento de los 545 días.

En segundo lugar, porque va tomando mayor protagonismo en la iniciativa de incoación el procedimiento a instancia de parte, cuyo porcentaje de desestimación es el más elevado.

Todo ello contribuye decisivamente a que la incapacidad permanente se reconduzca a sus justos términos reduciendo al máximo posible la tramitación de procedimientos de incapacidad en situaciones no merecedoras de calificación alguna.

## Problemas derivados de la indeterminación legal de la profesión habitual. Situaciones de compatibilidad no deseadas y propuestas de revisión

Problems arising from the legal profession habitual indeterminacy. Compatibility unwanted situations and proposed revisions

**Ana Álvarez Moreno**

*Letrada de la Administración de la Seguridad Social*

*Servicio Jurídico delegado central en el Instituto Nacional de la Seguridad Social. Madrid. España*

### Correspondencia

ana-maria.alvarez3@seg-social.es

---

### Resumen

---

La determinación de la profesión habitual se configura como una de las piezas clave del sistema por el que se rige la declaración de invalidez permanente. Lo es porque determina tanto la procedencia de la declaración inicial de la invalidez, de manera fundamental en la incapacidad permanente total, como la compatibilidad de la misma una vez reconocida con el trabajo, con un salario o con una posible prestación futura derivada del mismo. La indeterminación legal de los parámetros que configuran el reconocimiento de una situación de invalidez deriva, en situaciones de compatibilidad difíciles de justificar. Sin duda la más sorprendente es la prácticamente absoluta compatibilidad de la situación de incapacidad permanente absoluta y de gran invalidez con el trabajo, según la doctrina configurada por el Tribunal Supremo. También hay dificultad para revisar el grado de incapacidad reconocido, puesto que la misma ha de ajustarse a los motivos tasados por el legislador.

#### **Conclusiones:**

- Delimitar el concepto de profesión habitual de una forma de manera que se amplíe desde el marco reducido de las funciones al más amplio del grupo profesional o, cuando menos, al que habilita al empresario para efectuar la movilidad funcional.
- Modificar las actuales causas de revisión de la invalidez posibilitando que la mejoría también pueda ser considerada desde la perspectiva profesional, bien por la adaptación y rehabilitación funcional posterior o bien porque las modificaciones de los procesos productivos modifiquen la capacidad profesional inicialmente determinada.
- Determinar en supuestos de nuevo trabajo si es compatible con las limitaciones funcionales objetivadas e impedir así el desempeño de trabajos con requerimientos similares o superiores a los que provocaron el reconocimiento de la situación de IPT.
- Suspender la pensión de IPT en el supuesto de que el beneficiario de la misma simultaneé su percibo con el desempeño de la misma profesión, o funciones, o de otras que exijan los mismos requerimientos que aquella para la que fue declarado inválido.
- Vincular la declaración de IPT a planes de formación para la búsqueda de empleo y rehabilitación ocupacional, asociando el percibo de la prestación por IPT a la búsqueda activa de empleo mediante la obligatoriedad de participar en programas de formación destinados a facilitar la reincorporación a la vida laboral activa.
- Valoración de la incidencia de la edad y la formación en el reconocimiento de las situaciones de incapacidad permanente.

- Profundizar en el análisis del paralelismo o correlación entre las prestaciones de desempleo y de IPT.

**Palabras clave:** *Incapacidad Laboral Permanente. Valoración de la Profesión habitual. Salud laboral. Vida laboral. Empleo e Incapacidad. Protección Social. Seguridad Social.*

## Abstract

Determining the usual profession it is configured as one of the key parts of the system by which the declaration of permanent disability is governed. It is because it determines both the origin of the initial declaration of invalidity, fundamentally in the total permanent disability, such as support of it once awarded the job, with a salary or a possible future benefit arising therefrom. The legal uncertainty of the parameters that make up the recognition of a situation of invalidity stems in difficult situations justify compatibility. Undoubtedly the most striking is the almost complete compatibility of the situation of absolute permanent disability and severe disability to work, according to the doctrine set by the Supreme Court. There is also difficulty revising the recognized degree of disability, since it must comply with the reasons assessed by the legislature.

### Conclusions:

- Define the concept of habitual profession in a way so that it extends from the small part of the broader functions of the professional group or at least, which enables the employer to make functional mobility.
- Modify the current review of the causes of disability enabling the improvement also can be considered from the professional perspective, either by post or adaptation and functional rehabilitation because changes in production processes initially determined modify the professional capacity.
- Determine in cases of new job if it is compatible with the objectified functional limitations and thus prevent the performance of similar or higher work requirements that led to the recognition of the status of IPT.
- Suspend IPT pension in the event that the beneficiary of the juggled her perceive with the performance of the same profession, or functions, or other requiring the same requirements as that for which was declared invalid.
- Linking statement IPT training plans for job search and occupational rehabilitation, associating collect the benefit for IPT to active job search by mandatory to participate in training programs to facilitate the return to life active labor.
- Assessment of the impact of age and training in recognizing situations of permanent disability.
- Deepen the parallelism analysis or correlation between unemployment benefits and IPT.

**Keywords:** *Permanent disability. Rating usual occupation. Occupational Health. Laboral life. Employment and Disability. Social protection. Social Security.*

La determinación de la profesión habitual se configura como una de las piezas clave del sistema por el que se rige la declaración de invalidez permanente. Lo es porque determina tanto la procedencia de la declaración inicial de la invalidez, de manera fundamental en la incapacidad permanente total, como la compatibilidad de la misma una vez reconocida con el trabajo, con un salario o con una posible prestación futura derivada del mismo.

Por otro lado la indeterminación legal de los parámetros que configuran el reconocimiento de una situación de invalidez deriva, en no pocas ocasiones, en situaciones de compatibilidad difíciles de justificar. Sin duda la más sorprendente es la prácticamente absoluta compatibilidad de la situación de incapacidad permanente absoluta y de gran invalidez con el trabajo, según la doctrina configurada por el Tribunal Supremo.

En este panorama tiene también un papel fundamental la dificultad que hay para revisar el grado de incapacidad reconocido, puesto que la misma ha de ajustarse a los motivos tasados por el legislador.

En definitiva, se trata de abordar esta problemática en la búsqueda de posibles soluciones.

Un dato estadístico significativo: a 1 de octubre de 2015 se contabilizan 296.356 pensiones por IPT más 238.399 por IPT cualificada, lo que hace un total de 534.755 pensiones por IPT. Si contabilizamos todas las pensiones de IP arroja un resultado de 933.976 pensiones, con una pensión media total de 924,51 €. Hay que tener en cuenta que este dato no incluye las pensiones de incapacidad permanente que han pasado a contabilizarse como jubilaciones, según lo dispuesto en el artículo 143.4 LGSS, ni las pensiones no contributivas, ni las de Clases Pasivas. Este elevadísimo número de pensiones de incapacidad permanente debería hacernos reflexionar por su magnitud.

Por razones de tiempo me limitaré a la situación de invalidez permanente total (IPT) y la incidencia que tiene la determinación de la profesión habitual tanto para el reconocimiento inicial de esta situación como para su posible compatibilidad con otro trabajo.

Acudiendo directamente al artículo 137 LGSS vemos que “1. La invalidez permanente, cualquiera que sea su causa determinante, se clasificará con arreglo a los siguientes grados: b) Incapacidad permanente total para la profesión habitual...”

“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...”

Esta definición de los grados ha de considerarse plenamente vigente puesto que, aunque la Ley 24/1997, de 15 de julio, dio nueva redacción a los artículos 136 y 137 LGSS con la pretensión de objetivar los criterios para la calificación de la incapacidad permanente mediante una lista de enfermedades y la determinación de los distintos grados de incapacidad, lo cierto es que hasta la fecha no se han desarrollado estas previsiones, por lo que en aplicación de la disposición transitoria quinta bis LGSS sigue vigente el sistema de calificación tradicional.

Respecto de la determinación de la profesión habitual se decía en la Ley 24/1997”2. La calificación de la incapacidad permanente en sus distintos grados se determinará en función del porcentaje de reducción de la capacidad de trabajo que reglamentariamente se establezca. A efectos de la determinación del grado de la incapacidad, se tendrá en cuenta la incidencia de la reducción de la capacidad de trabajo en el desarrollo de la profesión que ejercía el interesado o del grupo profesional, en que aquélla estaba encuadrada, antes de producirse el hecho causante de la incapacidad permanente”.

El vigente artículo 137.2, al cual hemos de acudir, señala que “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, aquélla 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... Por su parte, el artículo 11.2 de la OM de 15-04-69, que regula la prestación de Incapacidad permanente en el Régimen General de la Seguridad Social fija el período de tiempo señalado en los 12 meses anteriores al inicio de la IT de la cual derive la Incapacidad permanente. Con estas reglas puede resultar sencillo determinar la profesión habitual en los casos de accidente, por lo menos de forma nominal, pero se complica en los casos de enfermedad común cuya única referencia es la aludida de los 12 meses; en cualquier caso se trata de una determinación de carácter temporal y no funcional, con la que se pretende justificar la habitualidad.

La habitualidad que exige la definición legal podría resultar justificada en el contexto histórico del nacimiento de la norma, pero es difícil de justificar en un contexto económico y social como el actual de elevada tasa de temporalidad; por otro lado es indiscutible que en la actualidad no resulta excepcional que los que acceden por primera vez al mercado de trabajo no lo hagan en aquellos trabajos para los que han sido formados ni para los que reúnen determinadas aptitudes. Se trabaja en lo que se puede, como se puede y cuando se puede ¿Cómo valorar en estos casos la limitación funcional para la profesión habitual? ¿Para la última, para la que ha desempeñado más veces, más tiempo? La habitualidad se erige en la actualidad en un concepto jurídico dinámico y cambiante a lo largo de la vida profesional del trabajador lo que dificulta aún más la determinación de la situación invalidante.

La incapacidad permanente total para la profesión habitual se caracteriza en nuestro Sistema de Seguridad Social por su marcado carácter profesional, al vincularla a la imposibilidad del trabajador para desarrollar las tareas fundamentales de la profesión concreta que realizaba, recibiendo por ello una prestación de la Seguridad Social que lo compensa. Inicialmente habrán de valorarse las limitaciones y la capacidad funcional del trabajador, así como determinar si son previsiblemente definitivas, y sólo a partir de ahí podrá, y deberá, determinarse la repercusión que esas limitaciones funcionales tienen en el ejercicio de la profesión habitual, la incidencia del menoscabo funcional u orgánico en relación con la profesión.

Para ello resultará imprescindible conocer las funciones y los cometidos de las tareas que realiza el trabajador, a efectos de valorar su capacidad residual, relacionando las limitaciones funcionales y orgánicas objetivadas con las exigencias exigibles en esa profesión. Como han señalado los Tribunales la aptitud para el desempeño de la actividad laboral habitual de un trabajador implica la posibilidad de llevar a cabo todas o las fundamentales tareas de la misma, con profesionalidad y con unas exigencias mínimas de continuidad, dedicación, rendimiento y eficacia, sin que el desempeño de las mismas genere "riesgos adicionales o superpuestos" a los normales de un oficio o comporte el sometimiento a "una continuación de sufrimiento" en el trabajo cotidiano.

A estos efectos resulta imprescindible el informe de antecedentes profesionales recogido en el artículo 9 de la Orden de 18 de enero de 1996, que permita conocer la profesión desempeñada en el momento en que se efectúa la evaluación y la formación y aptitudes del interesado a efectos de determinar su capacidad residual. Para confeccionar éste informe dice la norma que podrán utilizarse, además de las manifestaciones del propio interesado y de las informaciones que constan en los ficheros de la Administración actuante y en el Instituto Nacional de Empleo, las que puedan aportarse por parte de la empresa o empresas donde haya prestado sus servicios el evaluado previo requerimiento de información formulado a tal efecto.

Información interesante también se derivará de los profesiogramas con los que pueda contar la empresa ya que contendrán el conjunto de funciones y tareas propias de la profesión habitual del trabajador y las aptitudes y capacidades que resultan exigibles. El análisis del puesto de trabajo y su correspondiente profesiograma proporcionan una valiosa información sobre las condiciones del puesto y los requerimientos necesarios para desempeñar esas actividades. De igual forma puede obtenerse información útil de los planes de empresa de prevención de riesgos laborales en los que se pueden contener

los análisis de las cargas de trabajo de cada puesto, mediante la evaluación de los riesgos de cada uno de ellos.

Por último, se ha destacado también la utilidad de la Clasificación Nacional de Ocupaciones (RD 1591/2010, de 26 de noviembre) como herramienta que proporciona información relevante. El código nacional de ocupación se conocerá través de los partes médicos de incapacidad temporal (artículo 2.2 RD 625/2014) y constará en las notificaciones de los accidentes de trabajo (Orden TAS/2926/2002), aunque en la mayoría de los casos esta clasificación se refiere a un epígrafe que no deja de ser una actividad económica que proporciona poca información sobre los requerimientos concretos del puesto de trabajo realizado, o se refieren al lugar en el que se realiza la actividad, sin más concreción (sirven de ejemplo los siguientes: vendedores callejeros; recogedores de residuos; zapateros y afines; cristaleros...).

La indeterminación legal de este complejo concepto de profesión habitual ha abocado a la judicialización de numerosos procedimientos y a la creación de un concepto jurisprudencial no exento de vaivenes. Así entre otras destacamos las SSTS 10-octubre-2011 (rcud 4611/2010) y 3-mayo-2012 (rcud 1809/2011), 28-febrero-2005 (rcud 1591/2004), 27-abril-2005 (rcud 998/2004), 23-febrero-2006 (rcud 5135/2004) y 25-marzo-2009 (rcud3402/2007) cuya doctrina puede resumirse en los siguientes puntos:

*“1) El sistema de calificación de la incapacidad aún vigente (DT 5.ª bis LGSS) en relación con el art. 137 de la misma Ley tiene carácter profesional, con las excepciones de las lesiones permanentes no invalidantes y la gran invalidez, y, en este sentido, la remisión del número 3 del art. 137 a un porcentaje de incapacidad no envía a una valoración fisiológica por baremo, sino a una estimación aproximada en términos de una apreciación sensible de la repercusión de las lesiones en la capacidad de ganancia en el marco de la profesión habitual.*

*2) La profesión habitual no se define en función del concreto puesto de trabajo que se desempeñaba, ni en atención a la delimitación formal del grupo profesional, sino en atención al ámbito de funciones a las que se refiere el tipo de trabajo que se realiza o puede realizarse dentro de la movilidad funcional.*

*3) Este criterio profesional no significa que las decisiones en materia de calificación de la incapacidad deban depender de las que, en función del estado del trabajador, puedan haberse adoptado en la relación de empleo: el sistema de calificación es independiente de las incidencias que puedan producirse en esa relación.*

*4) En las normas de distribución competencial sobre esta materia, tanto en la LGSS como el RD 1300/1995 y en la Orden de 18-1-1996, no se establece ninguna vinculación de los órganos de calificación por las incidencias o decisiones que puedan producirse en la relación de empleo.*

*5) A efectos de la calificación de la incapacidad permanente han de tenerse en cuenta todas las funciones que integran objetivamente la profesión.*

Unas veces la referencia se ha hecho al grupo profesional. Tras la reforma operada por la Ley 3/2012, el concepto de categoría profesional ha desaparecido para ser sustituido únicamente por el de grupo profesional, definido en el artículo 22.2 ET como “2. Aquél que agrupe unitariamente las aptitudes profesionales, titulaciones y contenido general de la prestación, y podrá incluir distintas tareas, funciones, especialidades profesionales o responsabilidades asignadas al trabajador”, añadiéndose que “4. Por acuerdo entre el trabajador y el empresario se asignará al trabajador un grupo profesional y se establecerá como contenido de la prestación laboral objeto del contrato de trabajo la realización de todas las funciones correspondientes al grupo profesional asignado o solamente de alguna de ellas. Cuando se acuerde la polivalencia funcional o la realización de funciones propias de más de un grupo, la equiparación se realizará en virtud de las funciones que se desempeñen durante mayor tiempo”.

No obstante, la referencia al grupo profesional a efectos de la declaración de IPT ha sido desterrada en algunas ocasiones por su amplitud, si bien es cierto que la mayoría de

los pronunciamientos se refieren a la redacción anterior del artículo 22 ET que todavía distinguía la categoría profesional del grupo profesional; así, la STS de 28-02-05 decía que “Estimar que el concepto de profesión habitual equivale a grupo profesional, a los efectos de la declaración de incapacidad, conduciría al absurdo de denegar la prestación a quien no quedando capacitado para una tarea propia de profesión que requiere una formación específica, pudiera seguir siendo apto para cumplir las necesidades ergonómicas de una actividad por completo diferente de la suya y para la que no tuviera la formación profesional necesaria. Tesis que hemos de rechazar, sin que ello quiera decir que efectuemos una identificación entre profesión habitual con la aptitud para un preciso y determinado puesto de trabajo”.

Otras veces los Tribunales han asimilado la profesión habitual con las concretas tareas que normalmente presta el trabajador o que puede prestar tras una movilidad funcional ordinaria. Otras la equivalencia se ha hecho con el concreto puesto de trabajo, con la labor específica que efectúa el trabajador en un período de tiempo; concepto éste que también fue desterrado con base en la jurisprudencia que considera que la profesión habitual es algo más extenso que el concreto puesto de trabajo.

En este panorama irrumpe la reforma operada por la Ley 27/2011 introduce un elemento nuevo a valorar “las funciones”. Aunque lo residencia en sede de compatibilidad, artículo 141 LGSS, lo cierto es que determina la propia calificación de la invalidez permanente total. Se dice ahora en el artículo 141.1 LGSS que “1. En caso de incapacidad permanente total para la profesión que ejercía el interesado o del grupo profesional en que aquélla estaba encuadrada, la pensión vitalicia correspondiente será compatible con el salario que pueda percibir el trabajador en la misma empresa o en otra distinta, siempre y cuando las funciones no coincidan con aquellas que dieron lugar a la incapacidad permanente total”. Pese a que con esta modificación se pretendía dar cobertura a situaciones concretas que se dan en el seno de colectivos que tienen establecidas y reguladas funciones denominadas de segunda actividad (colectivos francamente privilegiados respecto al resto de trabajadores ya que cuando son declarados en situación de incapacidad permanente total pueden acceder a un nuevo puesto de trabajo en la misma categoría y prácticamente con las mismas retribuciones que tuvieran derecho a percibir por el anterior, posición ventajosa carente de toda justificación), lo cierto es que la letra del precepto es la que es, sin más matices.

A resultados de esta modificación podría sostenerse que la mera imposibilidad de ejercer las “funciones” concretas que estuviera desempeñando, dentro de las propias de su profesión habitual determinaría la declaración de la Invalidez permanente total, el reconocimiento de una pensión vitalicia y la compatibilidad con el ejercicio de otras “funciones”, que también podrían ser propias de su profesión habitual, acogiéndose así las tesis restrictivas inicialmente asumidas por el Tribunal Central de Trabajo frente a las más expansivas consolidadas por el Tribunal Supremo con anterioridad a esta reforma.

## Situaciones de compatibilidad no deseadas

Qué debe de considerarse profesión habitual es determinante también a efectos de permitir la compatibilidad del percibo de esa pensión con un trabajo. Como ya se apuntó, la importancia de la determinación de lo que ha de considerarse profesión habitual a efectos de la declaración de incapacidad permanente total deriva del hecho de que resulta vinculante para la posterior valoración de la compatibilidad entre esta prestación y una nueva ocupación, posibilidad reconocida en el artículo 141 LGSS.

Con anterioridad a la reforma operada por la Ley 27/2011 señalaba el artículo 141 LGSS que: “1. En caso de incapacidad permanente total para la profesión habitual, la pensión vitalicia correspondiente será compatible con el salario que pueda percibir el trabajador en la misma empresa o en otra distinta, con el alcance y en las condiciones que se determinen reglamentariamente...”, resultando plenamente vigente lo dispuesto en el artículo 24.3 de la Orden de 15 de abril de 1969 “La pensión de invalidez permanente total, será compatible con la percepción de un salario en la misma empresa u otra distinta.

Cuando la invalidez del trabajador afecte a la capacidad exigida, con carácter general para desempeñar el nuevo puesto de trabajo, aquel podrá convenir con el nuevo empresario que el salario asignado a ese puesto de trabajo se reduzca en la proporción que corresponda a su menor capacidad, sin que tal reducción pueda exceder, en ningún caso del 50% del importe de la pensión; el contrato en que así se convenga, deberá formalizarse por escrito y se presentará por triplicado ante la Delegación Provincial de Trabajo para su conocimiento y aprobación...”.

Cuando la Ley 27/2011 introdujo la regla de la compatibilidad con el salario que pueda percibir el trabajador en la misma empresa o en otra distinta, siempre y cuando las funciones no coincidan con aquellas que dieron lugar a la incapacidad permanente total, se altera el concepto del grado de incapacidad permanente total recogido en el propio artículo 137 LGSS ya que aunque no se modifica este precepto (que se sigue refiriendo a la profesión habitual) la modificación del artículo 141 LGSS implica que ahora lo determinante para poder compatibilizar la incapacidad permanente total con el trabajo venga dado por las concretas funciones que dieron lugar al reconocimiento de esa situación.

De esta forma el margen de compatibilidad de la pensión con el trabajo pasa a ser más la regla general que la excepción por cuanto únicamente se hace depender de que no coincida con las concretas funciones que se venían desempeñando y por las cuales fue declarado en ese grado de invalidez, aunque se trate de funciones propias de la profesión habitual del sujeto. Esta ampliación de las situaciones de compatibilidad contrasta con el resto de medidas adoptadas en materia de Seguridad Social desde la Ley 40/2007 inspiradas, en la mayoría de los casos, por la necesidad de racionalizar el gasto social y contrasta también con la tendencia de las reformas en el ámbito laboral, tras la reforma operada en el artículo 22.2 ET por la Ley 3/2012, en el sentido de hacer de la movilidad funcional un mecanismo de adaptación más viable y eficaz (así reza su Preámbulo) mediante la referencia al grupo profesional.

## CONCLUSIONES

Buscar una solución plenamente satisfactoria es imposible. Aunque se configuren nuevos parámetros para determinar la profesión habitual siempre habrá que atender a las particularidades que se derivan de las diferentes formas de organización del trabajo que afectan al nivel de exigencia para su desempeño. Una misma profesión, incluso una concreta función, exige distintos requerimientos en función de los distintos escenarios en los que se lleve a cabo. No obstante se apuntan algunas reflexiones:

- Delimitar el concepto de profesión habitual de una forma acorde a las reformas operadas en el ámbito laboral de manera que se amplíe desde el marco reducido de las funciones al más amplio del grupo profesional o, cuando menos, al que habilita al empresario para efectuar la movilidad funcional.
- Modificar las actuales causas de revisión de la invalidez posibilitando que la mejoría también pueda ser considerada desde la perspectiva profesional, bien por la adaptación y rehabilitación funcional posterior o bien porque las modificaciones de los procesos productivos modifiquen la capacidad profesional inicialmente determinada.
- Relacionado con lo anterior facultar a la EG para la valoración de las exigencias funcionales del nuevo puesto de trabajo. No se trataría ahora de una revisión por mejoría sino de determinar si el nuevo trabajo es compatible con las limitaciones funcionales objetivadas e impedir así el desempeño de trabajos con requerimientos similares o superiores a los que provocaron el reconocimiento de la situación de IPT.
- Realizada la evaluación anterior, facultar a la EG para suspender la pensión de IPT en el supuesto de que el beneficiario de la misma simultanéé su percibo con

el desempeño de la misma profesión, o funciones, o de otras que exijan los mismos requerimientos que aquella para la que fue declarado inválido, en la medida que excedería de los límites permitidos por el artículo 141 LGSS. Se trataría de añadir un supuesto más a las causas de suspensión actualmente previstas.

- Ya en otro orden de cosas, vincular la declaración de IPT a planes de formación para la búsqueda de empleo y rehabilitación ocupacional, asociando el percibo de la prestación por IPT a la búsqueda activa de empleo mediante la obligatoriedad de participar en programas de formación destinados a facilitar la reincorporación a la vida laboral activa.
- Valoración de la incidencia de la edad y la formación en el reconocimiento de las situaciones de incapacidad permanente. La medida iría en el sentido de valorar la posibilidad de limitar en el tiempo el percibo de la pensión reconocida en atención a la edad del beneficiario o a su nivel de formación o de su cualificación profesional, lo que abriría la posibilidad de limitar el carácter vitalicio en función de estos parámetros.
- Profundizar en el análisis del paralelismo o correlación entre las prestaciones de desempleo y de IPT. En numerosas ocasiones lo que realmente representa una determinada situación de IPT es la pérdida de un empleo pero no la incapacidad para desempeñar otro. En estas situaciones si no se determina ningún grado de invalidez el trabajador pasaría a percibir las prestaciones por desempleo, mientras que si se reconoce una invalidez, aunque fuera en el grado de total, pasaría a obtener una pensión de carácter vitalicio. Pese a la situación de crisis resulta improcedente, y lógicamente insostenible, intentar resolver con pensiones vitalicias problemas derivados de la dificultad para encontrar otro empleo.

## III Congreso de Médicos Inspectores de la Administración de la Seguridad Social

Madrid, 19 y 20 de noviembre de 2015

### Ponencias

Mesa 3

## LA ENFERMEDAD PROFESIONAL, HACIA UNA ACTUALIZACIÓN DE SU CONOCIMIENTO, SU PRESENCIA, SU IMPACTO Y SU PREVENCIÓN

### MODERA:

**José Antonio González-Calero Muñoz**

Médico Inspector Jefe Unidad Médica Ciudad Real. España.

### PONENTES:

**Faustino Cavas Martínez**

Catedrático y Director del Departamento de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social de la Universidad de Murcia. Murcia. España.

**José Rafael Lobato Cañón**

Médico Evaluador Jefe, Instituto Nacional de la Seguridad Social, DP-Alicante. España.

**Clara Guillén Subirán**

Jefe de Departamento de Enfermedades Profesionales IBERMUTUAMUR. Madrid. España.

## Aspectos jurídicos de la enfermedad profesional: estado de la cuestión y propuestas de reforma

### Legal Aspects of occupational disease: state of affairs and reform proposals

**Faustino Cavas Martínez**

*Catedrático y Director del Departamento de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social de la Universidad de Murcia. Murcia. España.*

**Correspondencia**

cavas@um.es

---

### Resumen

---

Concepto de enfermedad profesional en el ordenamiento español de Seguridad Social. Caracterización de la actual lista de enfermedades profesionales y propuesta de reforma. Infradeclaración de las enfermedades profesionales. Ineficiencia del actual sistema de calificación y notificación de enfermedades profesionales.

**Conclusiones:**

- Imprescindible revisión del Real Decreto 1299/2006, con el fin de sustituir el actual sistema de lista cerrada por un sistema mixto que contemple, junto al catálogo de enfermedades profesionales, la posibilidad adicional, para las que no figuren en el mismo, de prueba del nexo o etiología profesional de la enfermedad contraída.
- Implementar el cuadro de enfermedades español con la lista de Enfermedades Profesionales que el 25 de marzo de 2010 revisó y aprobó la OIT, entre las que se incluyen los trastornos mentales y del comportamiento.
- Urge que los poderes públicos desarrollen los contenidos que en materia de prevención de riesgos laborales.
- La formación especializada de los facultativos de atención primaria y una mayor información sobre el trabajo del paciente ayudarían a mejorar la calificación de las enfermedades profesionales, evitando que se traten como comunes genuinas patologías profesionales, y posibilitaría la adopción de medidas preventivas, campo éste el de prevención y en particular el de la vigilancia de la salud que deben reforzarse porque está demostrado que la inversión en prevención se traduce en un ahorro y no en un coste.
- Se debe mejorar la interconexión entre los sistemas de información y gestión del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, los Servicios Públicos de Salud, los Institutos de Seguridad y Salud Laboral de las Comunidades Autónomas, las Mutuas y la Seguridad Social.

**Palabras clave:** *Enfermedad profesional. Infradeclaración de enfermedad profesional. Prevención. Salud laboral.*

---

### Abstract

---

Concept of occupational disease in the Spanish Social Security system. Characterization of the current list of occupational diseases and proposed reform. Underreporting of occupational diseases. Inefficiency of the current rating system and notification of occupational diseases.

**Conclusions:**

- Essential revision of Royal Decree 1299/2006, in order to replace the current closed list system for a mixed system that includes, by the catalog of occupational diseases, the additional possibility, for not appearing in it, of nexus test or professional etiology of the disease contracted.
- Implement the Spanish box diseases with the list of occupational diseases that March 25, 2010 reviewed and approved the ILO, including mental and behavioral disorders are included.
- It is urgent that public authorities develop the content on prevention of occupational hazards.
- The specialized physicians primary care training and better information about the patient's work would help improve the qualification of occupational diseases, preventing them from being treated as genuine common occupational diseases, and permit the adoption of preventive measures, field this the prevention and in particular the health surveillance must be strengthened because it is shown that investment in prevention translates into savings rather than a cost.
- Should be improved interconnection between information systems and management of the National Institute for Safety and Health at Work, Public Health Services, the Institutes of Occupational Safety and Health of the Autonomous Communities, Mutuals and Social Security.

**Keywords:** *Occupational disease. Underreporting of occupational disease. Prevention. occupational health.*

## 1. CONCEPTO DE ENFERMEDAD PROFESIONAL EN EL ORDENAMIENTO ESPAÑOL DE SEGURIDAD SOCIAL

A efectos de reparación por la Seguridad Social, el art. 116 de la Ley General de Seguridad Social de 1994 entiende por enfermedad profesional (EP) “la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta Ley, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional”. El mismo concepto se reproduce en el artículo 157 del Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre.

Este concepto de EP difiere del más amplio y elástico concepto de accidente de trabajo, cuya definición legal (art. 115 LGSS) y posterior elaboración jurisprudencial permiten abarcar en su seno supuestos que exceden notoriamente de la noción propia de accidente (resultado lesivo de la acción súbita e imprevista de un agente exterior) para integrar también supuestos de patologías o enfermedades, de evolución lenta e insidiosa, contraídas durante el trabajo pero en actividad o por la acción de sustancias no incluidas en el cuadro.

Por el contrario, en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, bajo el término “daños derivados” o “con ocasión del trabajo” (art. 4.3) se incluyen sin distinción tanto las enfermedades profesionales como las laborales consideradas como accidentes, porque todos esos “daños” se corresponden con el riesgo en el trabajo. Es un enfoque más centrado en el riesgo, desde el punto de vista de la prevención —que no puede olvidar la eventual consecuencia dañosa— y viene a poner de manifiesto la aplicación autónoma de ambas leyes, cada una en su ámbito y con sus propios efectos, lo cual en ocasiones resulta problemático, pues en la práctica existe una vis atractiva tradicional de la norma de Seguridad Social, que reconduce los conceptos al campo del aseguramiento.

Buena parte de las dificultades que entraña la aproximación conceptual a las denominadas enfermedades profesionales —supuesto en el cual la alteración fisiológica y funcional por ella producida se debe a los especiales peligros de determinadas industrias o explotaciones, y cuya producción se espera para los que en ellas trabajan, de un modo fatal, o cuando menos, enormemente probable— y a su distinción respecto del accidente tipo, derivan no sólo de la posible indefinición del concepto, sino de las grandes diferencias que pueden presentar los procesos de deterioro fisiológico o psíquico por los cuales una persona ve menoscabada su capacidad funcional, sin olvidar que la ambigüedad semántica hace a veces difícil establecer una distinción clara desde el punto de vista jurídico (Martínez Barroso: 2008, 5).

Pero debemos tomar conciencia de que nos movemos con categorías jurídico-positivas y eso provoca que los conceptos estrictamente médicos deban de ceder ante lo querido por la ley; de modo que, lo que para la ciencia médica constituye una enfermedad (por contraposición al concepto de accidente), no siempre lo es a los ojos del Derecho; y más cuando hablamos de la EP.

Resulta entonces que para hablar propiamente de una EP han de concurrir, de forma necesaria y cumulativa, tres factores: 1.º un proceso patológico considerado como enfermedad; 2.º que ésta se haya contraído a consecuencia del trabajo ejecutado (por cuenta ajena o por cuenta propia); 3.º que el supuesto venga contemplado como tal en la lista de Enfermedades Profesionales.

Asumiendo estas elementales premisas, ya puede entenderse el paradójico resultado a que llegamos en la práctica, a veces, cuando: 1.º nos encontramos ante una enfermedad; 2.º se ha contraído a consecuencia del trabajo desarrollado; 3.º pero no se encuentra, sin embargo, contemplada como tal en la lista aprobada mediante el Real Decreto 1299/2006, de 10 noviembre. En tales condiciones, no queda más remedio que descartar su consideración legal como verdadera enfermedad profesional; sin embargo, el evidente

origen profesional de la patología conduce a que entre en juego, como red de seguridad, su asimilación al accidente de trabajo. Por tanto, nos encontramos con enfermedades causadas por el trabajo que tienen la consideración legal de enfermedades profesionales, mientras que otras quedan extrañamente asimiladas a accidente de trabajo.

En efecto, el artículo 115.2.e) de la LGSS 1994 [art. 156.2.e) del TRLGSS 2015, en vigor a partir del 2-1-2016] recoge el sentido de la jurisprudencia iniciada en 1903 y considera como accidente de trabajo «las enfermedades, no incluidas en el artículo siguiente, que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo». También se protegen como accidente de trabajo «las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente» [art. 115.2.f) LGSS 1994, art. 156.2.f) TRLGSS 2015] y las enfermedades intercurrentes [art. 115.2.g) LGSS 1994, art. 156.2.g) TRLGSS 2015]. Por último, es enfermedad común la que no es accidente de trabajo (más exactamente debería decir el legislador la que no es enfermedad del trabajo) ni enfermedad profesional (art. 117 LGSS 1994, art. 158.2 TRLGSS 2015).

Por tanto, no es suficiente para calificar a una enfermedad como profesional el hecho de que haya sido contraída en el trabajo, sino que además debe darse la circunstancia de que la actividad laboral esté incluida en un cuadro que se determine reglamentariamente y, asimismo, que la enfermedad esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que para la misma se especifiquen en dicho cuadro.

Ésta es la explicación técnica de que numerosas resoluciones judiciales hayan calificado como accidente de trabajo, entre otras enfermedades psíquicas, el «síndrome de estar quemado», entendiendo por tal un complejo cuadro de estrés propiciado por ciertas actividades profesionales (docentes, sanitarias, directivas, etc.) con elevadas dosis de responsabilidad y contacto directo con los destinatarios del trabajo. En realidad, se está hurtando en tales casos lo que el principio de realidad demanda: que se considere como una verdadera enfermedad profesional la patología que surge a consecuencia del desempeño del trabajo; al impedirlo el sistema de lista, y ser evidente el origen laboral de la misma, entra en juego el expansivo concepto de accidente de trabajo, pero la situación dista mucho de ser satisfactoria. Y no lo es, sobre todo, porque al sustraer estas patologías no incluidas en el catálogo de la calificación como EP y caracterizarlas como accidente de trabajo, al margen de que el contenido de la protección reparadora sea sustancialmente el mismo, el tratamiento que reciben en el aspecto preventivo no es ni de lejos el más adecuado.

Cuando una enfermedad relacionada con el trabajo se califica y notifica como accidente laboral, no se activan los mecanismos preventivos específicamente diseñados para la EP: período de observación necesario para confirmar el diagnóstico; reconocimientos médicos previos y periódicos; traslado del trabajador a otro puesto exento de riesgo (baja en la empresa si el traslado no fuera posible)(Moreno Cáliz: 2008). Tampoco se pone en marcha el procedimiento de comunicación de sospecha de E. P. por parte de los facultativos del Sistema Nacional de Salud y/o de los Servicios de Prevención, ni la transmisión del parte de EP por medio del sistema CEPROSS (Comunicación de Enfermedades Profesionales en la Seguridad Social), a cuya información 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 la Ley 51/1999, de Protección de Datos. El sistema CEPROSS contiene un Servicio de Alertas que ofrece la posibilidad de detectar, en tiempo real, aquellas empresas que superan los límites de siniestralidad establecidos, permitiendo a la Administración Laboral y a la Inspección de Trabajo y Seguridad Social localizar posibles “focos de riesgo” de enfermedades profesionales, a fin de facilitar una mayor eficiencia en las acciones de prevención.

La propuesta de modificar el sistema de calificación de lo que sea considerado como EP vendría a superar estas carencias. En suma, lo que planteamos es la conveniencia de

modificar la LGSS para que deje de considerarse como accidente de trabajo (suele hablarse de «enfermedad del trabajo») lo que es una verdadera EP; a tal fin hay que revisar el actual sistema de lista (Sempere: 2001, 4).

## 2. CARACTERIZACIÓN DE LA ACTUAL LISTA DE ENFERMEDADES PROFESIONALES Y PROPUESTA DE REFORMA

La remisión del art. 116 LGSS 1994 [art. 157 TRLGSS 2015) al «cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de la presente Ley» nos conduce a la «lista de enfermedades profesionales con la relación de las principales actividades capaces de producirlas».

Si bien el listado de 2006 contiene avances importantes respecto al anterior de 1978, fundamentalmente a través de su mejora sistemática y de la incorporación de nuevas sustancias y actividades, de la lista vigente aún puede decirse que posee carácter cerrado (sólo es EP la contemplada de manera expresa) aunque susceptible de actualización; que es reduccionista (por dejar fuera diversas patologías, agentes y actividades), parcial (por ignorar las patologías multicausales, atendiendo a las de origen único) y que se ha quedado desfasada, pues enfermedades novedosas o emergentes y sectores productivos de la «Nueva Economía» quedan ayunos de tratamiento y expulsados de su consideración como EP.

Estando claros los inconvenientes del actual sistema de lista cerrada, también debe de recordarse que la misma posee la virtualidad de proporcionar seguridad jurídica y procesal a los casos en que surge el proceso patológico tipificado, pues en tal supuesto entra en juego una presunción legal favorable a la laboralidad u origen profesional de la enfermedad. La diferencia entre la enfermedad contraída en el trabajo (art. 115.2.e) LGSS) y la profesional consiste fundamentalmente en la prueba del nexo causal lesión-trabajo, que es necesaria en el primer caso para la calificación de laboralidad y no lo es en las enfermedades profesionales listadas (SSTS 20 diciembre 2007 y 4 noviembre 2014, entre muchas). De otra parte, dado el sistema de lista, si se acredita la exposición al riesgo de enfermedad profesional, operará la presunción del nexo causal aunque la enfermedad aparezca cuando ya no se estén realizando dichos trabajos, como suele ser frecuente en la silicosis y en la asbestosis.

Por otro lado, la lista de enfermedades profesionales de 2006, como la de 1978, es rígida pero no inmodificable. Primero, porque del mismo modo que, en su día, la lista del Decreto 792/1961 fuera derogada por el RD 1995/1978, y la lista del RD 1995/1978 fue sustituida por la del RD 1299/2006 (que esencialmente traspone la lista europea de EP de 2003), otro Real Decreto podría alterar, actualizar o derogar la ahora vigente. Segundo, porque en el propio RD 1299/2006 se prevé un mecanismo de actualización en su artículo segundo, a cargo del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (hoy Ministerio de Empleo y Seguridad Social), si bien precisa el informe previo del Ministerio de Sanidad y de la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. No obstante, frente a la rigidez del cuadro anterior, el RD 1299/2006 establece que aquellas enfermedades que vayan incorporándose al Anexo I de la lista europea, serán objeto de inclusión en el Anexo I del cuadro español, sin más requisito que el informe del Ministerio de Sanidad y Consumo (actualmente Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad). Por último, el Anexo II recoge una lista complementaria de enfermedades, cuyo origen profesional se sospecha, y cuya inclusión en el Anexo I podría determinarse en el futuro; pero mientras no se incluyan en el mismo, no pueden dar lugar a las prestaciones contempladas en la Seguridad Social para los supuestos de enfermedades profesionales, sin perjuicio de que puedan encajarse en las denominadas enfermedades del trabajo (López Gandía: 2007, 33-34). Su inclusión en este apartado genera, fundamentalmente, obligaciones preventivas y de estudio por parte de las Administraciones Públicas.

En todo caso, frente al elenco o «cuadro» actual, parece preferible un modelo mixto que supere sus rigideces. La opción por el sistema de lista cerrada (aunque revisable), seguramente, se ha llevado más allá de lo que hubiera sido imprescindible; especialmente por la pasividad de las Autoridades Ministeriales, que durante la vigencia del catálogo de 1978 apenas lo retocaron en un par de ocasiones (en 1981 para adecuar el cuadro de enfermedades profesionales a los Convenios de la OIT, y en 1993, para introducir una nueva enfermedad profesional, la neuropatía intersticial difusa (síndrome Ardystil), y en relación con el catálogo de 2006 el mismo aún no se ha actualizado, desoyendo la invitación que en el propio Reglamento se formula.

Existen mecanismos en el ordenamiento jurídico español para proceder a la actualización del listado, pero su virtualidad práctica queda en manos de su correcta utilización por parte de los órganos administrativos implicados. Si la experiencia es similar a cuanto ocurrió con la norma de 1978, volverán a repetirse los errores del pasado, y poco o nada habrá mejorado el modelo de Seguridad Social. Por otro lado, es llamativo que un concepto tan próximo como el de accidente de trabajo se haya expandido hasta límites insospechados por múltiples vertientes y, sin embargo, el de EP haya permanecido circunscrito a los estrechos confines del listado con tres parámetros (enfermedad, agente productor y actividad desarrollada).

Afortunadamente, la redacción del reglamento ha permitido a los tribunales realizar una interpretación flexibilizadora de la noción de enfermedad profesional, como cuando se habla de «principales actividades» en las que la enfermedad ha de manifestarse; a «sensu contrario» se ha entendido que ello permite hablar también de EP cuando la patología se manifiesta en actividad que no sea de las «principales» sino de las menos frecuentes o prototípicas (p. ej., STS 5 noviembre 2014, calificando como EP el síndrome de túnel carpiano diagnosticado a una limpiadora, profesión no expresamente aludida en el catálogo). En cambio, la lista es taxativa —e inmodificable judicialmente— en la enunciación de las enfermedades o dolencias y en la tipificación de los agentes susceptibles de producirlas.

El planteamiento que se hace, en definitiva, respecto de la lista de enfermedades profesionales y su conveniente elasticidad, lleva a preferir un sistema de doble inclusión (sistema mixto) existente, por lo demás, en la mayoría de los países de nuestro entorno (Alemania, Bélgica, Francia, Italia, Portugal...): a) Mantener el actual catálogo, estableciendo un procedimiento de iniciativa múltiple (pluralidad de sujetos legitimados, no sólo las autoridades ministeriales) en orden a su actualización y puesta al día a medida que se vaya precisando; en estos casos, opera la presunción de que la patología correspondiente es una EP cuando se produce en el sector de actividad contemplado normativamente. b) Añadir un segundo cauce para la consideración de la patología como verdadera EP, mediante la traslación al art. 157 TRLGSS 2015 del actual art. 156.2.e) TRLGSS 2015, de manera que las «enfermedades del trabajo» abandonen su condición de accidente y pasen a ser tratadas como lo que realmente son (enfermedades profesionales); en este supuesto, habría que demostrar la existencia de un nexo causal directo entre la enfermedad no incluida en la lista y la actividad realizada. La fórmula de considerar las enfermedades no incluidas en una lista como accidentes de trabajo no parece que sea el ejemplo a seguir (García de Cortázar: 2008, 174).

La redacción del nuevo art.157 TRLGSS 2015 quedaría así:

*“1. Se entiende por enfermedad profesional la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta Ley, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional.*

*En tales disposiciones se establecerá el procedimiento que haya de observarse para la inclusión en dicho cuadro de nuevas enfermedades profesionales que se estime deben ser incorporadas al mismo. Dicho procedimiento comprenderá, en todo caso, como trámite preceptivo, el informe del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.*

2. Asimismo, tendrán la consideración de enfermedad profesional aquellas enfermedades, no incluidas en el cuadro al que se refiere el apartado anterior, que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva o predominante la ejecución del mismo”.

### 3. INFRADECLARACIÓN DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES. INEFICIENCIA DEL ACTUAL SISTEMA DE CALIFICACIÓN Y NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES PROFESIONALES

La competencia para la calificación de las enfermedades profesionales corresponde a la entidad gestora, sin perjuicio de su tramitación como tales por parte de las entidades colaboradoras que asuman la protección de las contingencias profesionales (art. 3 RD 1299/2006).

No obstante, los facultativos del Sistema Nacional de Salud, cuando con ocasión de sus actuaciones profesionales tuvieran conocimiento de la existencia de una enfermedad de las incluidas en el anexo 1 o bien de las recogidas en el anexo 2, lo comunicarán a los efectos oportunos a la entidad gestora, a los efectos de calificación y, en su caso, a la entidad colaboradora de la Seguridad Social que asuma la protección de las contingencias profesionales. Igual comunicación deberán realizar los facultativos del servicio de prevención. Es obvio que para el eficaz cumplimiento de esta obligación dichos facultativos han de contar con la formación adecuada.

Por otro lado, si hasta el año 2006 los partes de enfermedad profesional eran cumplimentados y tramitados por las empresas, en la nueva regulación es la entidad gestora o colaboradora que asume la protección de las contingencias profesionales la que ha de tramitar el parte correspondiente, si bien la empresa ha de facilitar a tales entidades la información que obre en su poder y le sea requerida para la elaboración del citado parte, sin perjuicio de las exigencias derivadas del art. 23 de la LPRL en materia de elaboración y conservación de documentación relativa a las obligaciones preventivas, a disposición de la autoridad laboral. El modelo de parte y las normas para su elaboración y transmisión, garantizando el principio de seguridad jurídica, han sido regulados por la Orden TAS 1/2007, de 2 enero. El parte se elaborará y transmitirá por medios electrónicos, sin perjuicio de su posible impresión en soporte papel, mediante la aplicación informática CEPROSS. Esta aplicación informática es gestionada por la Dirección General de Ordenación de la Seguridad, “la cual establecerá los mecanismos de colaboración necesarios con otras áreas de las administraciones públicas para el adecuado tratamiento estadístico y epidemiológico de los datos”.

Respecto a la aplicación informática CEPROSS y cómo trata el tema de la protección de datos de carácter personal y más concretamente los relativos a la salud de los trabajadores, se puede decir que en este sistema en el que se crea un fichero de datos personales sólo están autorizados para acceder a los mismos la Administración Laboral, la Administración de la Seguridad Social y la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, respetando lo establecido en el art. 21.1 de la LOPD: “Los datos de carácter personal recogidos o elaborados por las Administraciones públicas para el desempeño de sus atribuciones no serán comunicados a otras Administraciones públicas para el ejercicio de competencias diferentes o de competencias que versen sobre materias distintas, salvo cuando la comunicación hubiere sido prevista por las disposiciones de creación del fichero o por disposición de superior rango que regule su uso, o cuando la comunicación tenga por objeto el tratamiento posterior de los datos con fines históricos, estadísticos o científicos”. El resto de administraciones o instituciones afectadas por razón de la materia pueden disponer de esta información sólo para utilizarla con fines estadísticos.

En el RD 1299/2006 se prevé que la documentación relativa a enfermedades profesionales será recogida y analizada por una unidad administrativa, creada en el seno de la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social, aunque su análisis e

investigación corresponda a los órganos técnicos de los Ministerios de Trabajo y Asuntos Sociales (hoy Ministerio de Empleo y Seguridad Social) y de Sanidad y Consumo (actualmente de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad) y a los organismos competentes de las Comunidades Autónomas, autorizados a colaborar en esta tarea. Asimismo, para completar la información sobre las enfermedades causadas por el trabajo, en el año 2010 se puso en marcha la aplicación informática PANOTRATSS (Comunicación de patologías no traumáticas causadas por el trabajo).

Han pasado más de ocho años desde que el Gobierno puso en marcha el nuevo sistema de declaración de enfermedades profesionales y pese a todo no se ha resuelto el problema de infradeclaración que incide sobre este tipo de patologías (el número de partes de enfermedad profesional comunicados en 2014 fue similar al de 2007), revelándose aquel ineficiente. Por lo demás, resulta llamativa la elevada incidencia de enfermedades profesionales que no cursan baja (el 53% en 2014).

Todavía son numerosas las enfermedades profesionales que se tratan como enfermedades comunes, con el consiguiente perjuicio para los trabajadores (menor protección, asistencia inadecuada), para el sistema público de Seguridad Social y para el Sistema Nacional de Salud (al proporcionar unas prestaciones económicas y sanitarias que debería asumir la mutua). Varios son los factores que estarían condicionando esta realidad: las empresas derivan al trabajador a los servicios públicos de salud para evitar las obligaciones y responsabilidades que habrían de soportar caso de calificarse la patología como profesional (sanciones por infracción de medidas de prevención de riesgos, recargo de prestaciones, abono de sobreprimas, pago de indemnizaciones a los trabajadores y/o sus herederos...), incluso con la aquiescencia del trabajador que acepta ser tratado como enfermo común por temor a perder el empleo; los servicios médicos de las mutuas siguen derivando al Sistema Público de Salud enfermedades cuyo origen es exclusivamente laboral; dificultad para efectuar un diagnóstico certero de la EP por parte de los facultativos de atención primaria, por el origen multicausal de algunas enfermedades, presentación de sintomatología similar a la de la enfermedad común y porque carecen a menudo de la necesaria especialización en medicina del trabajo que les permita detectar una patología profesional; los servicios de prevención no tienen, en ocasiones, bien hechas las evaluaciones que deberían recoger la exposición a todos los riesgos laborales existentes para relacionarlos de forma adecuada con las patologías que surgen en el entorno de trabajo.

Se impone, pues, la necesidad de revisar y mejorar los actuales de procedimientos de calificación, registro y notificación de las enfermedades profesionales, dando entrada a un mayor número de agentes, con el fin de hacer aflorar las enfermedades profesionales ocultas y evita su infradeclaración. En definitiva, se trata de hacer visible lo invisible.

#### 4. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

El estudio de la regulación actual en materia de enfermedades profesionales desde la perspectiva de la Seguridad Social, sus virtudes y deficiencias, y el seguimiento de su aplicación en los nueve años transcurridos desde la aprobación del nuevo catálogo, nos conduce a formular las siguientes propuestas:

- A) Consideramos imprescindible una revisión del Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro, con el fin de sustituir el actual sistema de lista cerrada por un sistema mixto que contemple, junto al catálogo de enfermedades profesionales, la posibilidad adicional, para las que no figuren en el mismo, de prueba del nexo o etiología profesional de la enfermedad contraída. Muchos Estados europeos se han unido a esta vía que permite y garantiza una mayor protección.

- B) Procede implementar el cuadro de enfermedades español con la lista de Enfermedades Profesionales que el pasado 25 de marzo de 2010 revisó y aprobó la OIT, entre las que se incluyen los trastornos mentales y del comportamiento “cuando se haya establecido, científicamente o por métodos adecuados a las condiciones y la práctica nacionales, un vínculo directo entre la exposición a factores de riesgo que resulte de las actividades laborales y el(los) trastorno(s) mentales o del comportamiento contraído(s) por el trabajador”. Si bien el diagnóstico de las enfermedades psíquicas en el ámbito profesional sigue siendo un tema espinoso, ya que es muy complicado averiguar si la enfermedad de tipo psicosocial la ha contraído el trabajador como consecuencia de la ejecución de su trabajo o por otras circunstancias, creemos que debería modificarse el catálogo de enfermedades profesionales para incluir los riesgos psicosociales (depresión, estrés, síndrome del quemado...) vinculados al desarrollo de determinadas actividades (docencia, asistencia sanitaria...) en las que adquieren singular protagonismo las relaciones interpersonales y donde su aparición es estadísticamente más frecuente.
- C) Urge igualmente que los poderes públicos desarrollen los contenidos que en materia de prevención de riesgos laborales se plasman en la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, y en especial el desarrollo de los artículos 32 (Salud laboral), 33 (La actuación sanitaria en el ámbito de la salud laboral) y 34 (Participación en salud laboral) de la antedicha Ley.
- D) La formación especializada de los facultativos de atención primaria y una mayor información sobre el trabajo del paciente ayudarían a mejorar la calificación de las enfermedades profesionales, evitando que se traten como comunes genuinas patologías profesionales, y posibilitaría la adopción de medidas preventivas, campo éste el de prevención y en particular el de la vigilancia de la salud que deben reforzarse porque está demostrado que la inversión en prevención se traduce en un ahorro y no en un coste.
- E) Se debe mejorar la interconexión entre los sistemas de información y gestión del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, los servicios públicos de salud, los gabinetes o institutos de seguridad y salud laboral de las Comunidades autónomas, las mutuas y la Seguridad Social.

## 5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cavas Martínez, F. (Dir.), Las enfermedades profesionales desde la perspectiva de la Seguridad Social, Premio Fipross, Mtin, <http://www.www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/115799.pdf>.
2. García de Cortázar y Nebreda, C., “La Enfermedad Profesional y el Derecho Europeo”, *alcordemgo*, Revista Científico-Técnica de Seguridad y Salud Laborales, núm. 12, octubre 2008, pp. 169-183.
3. Igartúa Miró, M. T., “La nueva lista de enfermedades profesionales y la inamovilidad respecto de las dolencias derivadas de riesgos psicosociales”, *Actualidad Laboral*, núm. 22, 2007.
4. López Gandía, J. y Agudo Díaz, J., *Nueva regulación de las enfermedades profesionales*, 3.ª ed., Albacete, Bomarzo, 2007.
5. Martínez Barroso, M. R., “Delimitación conceptual de la enfermedad profesional. Su distinción respecto de la enfermedad del trabajo”, *alcordemgo*, Revista Científico-Técnica de Seguridad y Salud Laborales, núm. 12, octubre 2008, pp. 12-31.
6. Moreno Cáliz, S., *Las enfermedades profesionales en la dimensión preventiva. Puntos críticos*, Granada, Comares, 2008.
7. Sempere Navarro, A., “La protección de la enfermedad profesional: planteamientos para su modificación”, *Revista Doctrinal Aranzadi Social*, núm. 5, 2001.

## Calificación y valoración de la enfermedad profesional: Análisis de la situación actual y propuestas de mejora

Qualification and evaluation on occupational diseases: Analysis of the current situation and proposals for improvement

José Rafael Lobato Cañón

Médico Evaluador Jefe, INSS, DP-Alicante. España.

**Correspondencia**

jose-rafael.lobato@seg-social.es

---

### Resumen

---

**Introducción:** El trabajo es fuente de desarrollo e integración social de las personas, pero también puede ser origen de alteraciones de la salud, de forma que el trabajador pierda su capacidad de esfuerzo y producción que le aseguraba su subsistencia, e incluso de la de sus familiares dependientes. La cobertura de estas situaciones de necesidad de los trabajadores afectados por patologías contraídas en su trabajo que les impiden asegurar la subsistencia propia y de su familia han sido el origen de los sistemas de Seguridad Social.

**Objetivo:** Dar a conocer el procedimiento para la calificación y valoración de la Enfermedad Profesional.

**Metodología:** Análisis de los conceptos y criterios legales y competenciales, así como el desarrollo de elementos científicos y prácticos de ayuda.

**Discusión:** Los criterios para la calificación y valoración de la Enfermedad Profesional, se basan no solo en la inclusión de la patología en anexo 1 del R. D. 1299/2006, sino también en el establecimiento del diagnóstico clínico y pruebas complementarias, la exposición laboral suficiente previa a la aparición de la patología, la correlación coherente entre la patología y el intervalo de tiempo entre la exposición y el efecto, y, la ausencia de factores extra-laborales que hayan actuado con la suficiente intensidad para constituir la base de un diagnóstico diferencial.

**Palabras clave:** Enfermedad profesional, guía de valoración, calificación, valoración.

---

### Abstract

---

**Introduction:** Work is a source of development and social integration, but it can also be a source of health disorders, so that the worker loses his capacity and production effort that ensured their livelihood, and even their dependents. Social Security systems provide coverage to workers that have work-related diseases that impede them to maintain themselves and their families.

**Objective:** Introduce the procedure for qualification and assessment of occupational disease.

**Methodology:** Analysis of legal and jurisdictional concepts and criteria, as well as the development of scientific and practical support elements.

**Discussion:** The criteria for qualification and assessment of occupational disease, are based not only in the inclusion of disease in Annex 1 RD 1299/2006, but also in establishing the clinical diagnosis and complementary tests, occupational exposure sufficient prior to the onset of the disease, consistent correlation

between disease and the time interval between exposure and effect, and the absence of extra-occupational factors that have acted with enough intensity to form the basis of a differential diagnosis.

**Key words:** *Occupational disease, assessment guide, qualification, evaluation.*

## INTRODUCCIÓN

Cubrir las necesidades básicas y asegurar la subsistencia exige al hombre dedicar su esfuerzo a la obtención de alimentos, bienes y elementos de desarrollo personal. La evolución social, basada en la cooperación y división de tareas ha provocado la especialización de la actividad de cada persona, que pone su esfuerzo bien en provecho propio, o de forma cooperativa con otros al servicio de una empresa o servicio, lo que constituye la estructura laboral actual.

El trabajo es fuente de desarrollo e integración social de las personas, pero también puede ser origen de alteraciones de la salud, de forma que el trabajador pierda su capacidad de esfuerzo y producción que le aseguraba su subsistencia, e incluso de la de sus familiares dependientes y como decía Bernardino Ramazzini en su obra “De morbis artificum diatriba” (1700) “*no pocas veces contraen gravísimas enfermedades y, maldiciendo el oficio al que se habían entregado, acaban por abandonar la compañía de los vivos*”.

La cobertura de estas situaciones de necesidad de los trabajadores afectados por patologías contraídas en su trabajo que les impiden asegurar la subsistencia propia y de su familia han sido el origen de los sistemas de Seguridad Social, que surgen en Europa durante el siglo XIX, y en España se plasman en la Ley de Accidentes de Trabajo de 1900, también conocida como Ley Dato, que es el origen de nuestra Seguridad Social, y cuya Ley rectora, la Ley General de la Seguridad Social acaba de ser actualizada mediante el Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. (BOE, 31/10/2015).

El artículo 157 del referido Real Decreto Legislativo 8/2015, define la enfermedad profesional como la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta ley, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional.

El artículo 156 de la misma Ley General de la Seguridad Social define el accidente de trabajo como toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena, incluyendo precisiones y ampliaciones del concepto a lo largo de cinco puntos extensos, y ampliando dicho concepto en relación con las enfermedades relacionadas con en el trabajo en los puntos:

- 156.2.e) Las enfermedades, no incluidas en el artículo siguiente, que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo.
- 156.2.f) Las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente.
- 156.2.g) Las consecuencias del accidente que resulten modificadas en su naturaleza, duración, gravedad o terminación, por enfermedades intercurrentes, que constituyan complicaciones derivadas del proceso patológico determinado por el accidente mismo o tengan su origen en afecciones adquiridas en el nuevo medio en que se haya situado el paciente para su curación.
- 156.3) Se presumirá, salvo prueba en contrario, que son constitutivas de accidente de trabajo las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y en el lugar del trabajo.

Sin embargo en el artículo 158 a la hora de definir el accidente no laboral y la enfermedad común lo realiza de forma muy concisa de la siguiente forma:

1. Se considerará accidente no laboral el que, conforme a lo establecido en el artículo 156, no tenga el carácter de accidente de trabajo.

2. Se considerará que constituyen enfermedad común las alteraciones de la salud que no tengan la condición de accidentes de trabajo ni de enfermedades profesionales, conforme a lo dispuesto, respectivamente, en los apartados 2.e), f) y g) del artículo 156 y en el artículo 157.

Este tratamiento amplio y detallado del accidente de trabajo y de la enfermedad profesional contrasta con la definición que podríamos considerar “por exclusión” del accidente no laboral y de la enfermedad común, poniendo de manifiesto la orientación hacia la protección de las contingencias profesionales como origen y elemento básico del sistema de Seguridad Social, que además condiciona la consideración y diferente cobertura de las contingencias comunes y profesionales.

Las contingencias comunes que son objeto de protección por el sistema de Seguridad Social precisan un periodo de cotización previo al acceso a la prestación (carencia), estar de alta en el sistema, solo se incluyen prestaciones por incapacidad y no son revisables tras jubilación.

Sin embargo, para el acceso a las prestaciones por contingencias profesionales no se requiere periodo de carencia, el alta en el sistema de Seguridad Social es presunta aunque el empresario haya incumplido sus obligaciones, incluye además prestaciones de indemnización por lesiones permanentes no invalidantes, la calificación de las limitaciones derivadas de enfermedad profesional son reclamables y revisables siempre, aunque se haya superado la edad de jubilación, e incluso por los familiares del trabajador para el acceso a las prestaciones por muerte y supervivencia tras el fallecimiento de este, permiten e incentivan el cambio de puesto de trabajo, si hay incumplimiento de medidas de seguridad e higiene en el trabajo está previsto el recargo de prestaciones que incrementará la cuantía que recibirá el trabajador con cargo a la empresa, incluye como periodos de incapacidad temporal los periodos de observación necesarios para poder concretar el diagnóstico de las enfermedades profesionales, facilitan una mayor prestación de farmacia (sin aportación por parte del trabajador), de tratamientos y económica mediante el cálculo de las prestaciones a partir de una mayor base reguladora.

Este concepto de enfermedad profesional recogido en la Ley General de la Seguridad Social, desde un punto de vista de reparación del daño, de carácter médico-legal que exige una relación reglamentaria entre la patología y la actividad laboral, con un procedimiento de notificación y declaración basado en un listado concreto de patologías en función de la exposición del trabajador a riesgos concretos, y cuya aplicación está matizada por la relación laboral, se complementa con el concepto de daño derivado del trabajo recogido en la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, que es un concepto médico, basado en la relación científica de base epidemiológica y fisiopatológica entre la patología y el trabajo, con un carácter amplio y dinámico, constituyendo un conjunto abierto y de aplicación universal a todos los trabajadores independientemente del tipo de relación laboral.

El listado que constituye el cuadro de enfermedades profesionales, que permite su catalogación como tales dentro del sistema de Seguridad Social es el recogido en el anexo 1 del Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro (BOE 19/12/2006). Está constituido por seis grupos de enfermedades:

1. Grupo 1: Enfermedades profesionales causadas por agentes químicos.
2. Grupo 2: Enfermedades profesionales causadas por agentes físicos.
3. Grupo 3: Enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos.
4. Grupo 4: Enfermedades profesionales causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidas en otros apartados.
5. Grupo 5: Enfermedades profesionales de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados.
6. Grupo 6: Enfermedades profesionales causadas por agentes carcinogénicos.

Se basa en la lista Europea de Enfermedades Profesionales establecida mediante la Recomendación de la Comisión de 19 de septiembre de 2003, de la que se diferencia por la introducción del grupo 6, en el que se recogen enfermedades profesionales causadas por agentes carcinogénicos, y basa la relación laboral de las patologías, no en el ejercicio de una profesión concreta, sino en la exposición al riesgo, siendo las profesiones que se nombran indicativas, pero no exclusivas.

Por tanto las patologías que se incluyen en este cuadro, siempre que exista exposición al riesgo considerado para cada una de ellas, se considerarán *iuris et de iure* como enfermedades profesionales como establece la Sentencia del Tribunal Supremo para unificación de doctrina de 5 de noviembre de 2014.

## CALIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES

El legislador ha atribuido la capacidad de valoración y calificación de las enfermedades profesionales al Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), cuyas competencias se pueden clasificar en cuatro grandes apartados:

- Determinación de contingencia.
- Calificación de Enfermedades Profesionales.
- Comunicación de Enfermedades Profesionales.
- Cambio de puesto de trabajo en Enfermedades Profesionales.

**Determinación de Contingencia:** Es el procedimiento por el que el INSS, mediante dictamen del Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI) califica el origen de la patología que da origen a un proceso de Incapacidad Temporal como común o profesional (accidente de trabajo o enfermedad profesional).

Esta competencia se recoge en el Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio, por el que se desarrolla, en materia de incapacidades laborales del sistema de la Seguridad Social, la Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social, y se desarrolla su aplicación mediante el Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración, que modifica el artículo 3, e incorpora el artículo 6 al Real Decreto 1430/2009, de 11 de septiembre, por el que se desarrolla reglamentariamente la Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social, en relación con la prestación de incapacidad temporal.

En el R. D. 1300/1995 se establece en su artículo 1.1.d) que es competencia del INSS para la determinación de la Mutua o empresa colaboradora responsable de las prestaciones que resulten procedentes en materia de incapacidades laborales, al tiempo que en su artículo 3.1 f) se recoge que será función de los EVI la determinación del carácter común o profesional de la enfermedad que origina la situación de incapacidad temporal o muerte del trabajador.

El procedimiento de determinación de contingencia establecido en el R. D. 1430/2009, modificado por el R. D. 625/2014, puede sistematizarse de la siguiente forma:

Puede ser iniciado a instancias de:

1. Trabajador.
2. De oficio por INSS o Instituto Social de la Marina (ISM).
3. Propuesta de la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social (MCSS).
4. Propuesta de empresa colaboradora.
5. Petición razonada de Inspección Médica Servicio Público de Salud (SPS).
6. Petición razonada de Inspección de Trabajo.

Existirá una fase de trámite en la que se comunicará el procedimiento y se solicitarán alegaciones al resto actores implicados distintos al iniciador del proceso (trabajador, INSS, ISM, MCSS, empresa, SPS) que disponen de cuatro días hábiles para responder, excepto el trabajador que dispone de 10 días hábiles, incluso para ampliación.

La tramitación se continuará con valoración médica y ponencia, que servirá de base para un dictamen del EVI y Resolución Dirección Provincial INSS competente indicando: contingencia, efectos, si es o no recaída de un proceso anterior y cuál en su caso, entidad responsable, y se concluirá con la comunicación a las partes (Trabajador, Empresa, MCSS, SPS).

**Calificación de Enfermedades Profesionales:** La competencia del INSS para calificar una enfermedad como profesional, está recogida en el artículo 3 del R. D. 1299/2006, que establece que la calificación de las enfermedades como profesionales corresponde a la entidad gestora respectiva, sin perjuicio de su tramitación como tales por parte de las entidades colaboradoras que asuman la protección de las contingencias profesionales, de conformidad con las competencias y sistema de recursos recogidos en el RD 1300/1995, la Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social, y normas de desarrollo.

Correspondiendo también a la entidad gestora la determinación del carácter profesional de la enfermedad respecto de los trabajadores que no se encuentren en situación de alta.

**Comunicación de Enfermedades Profesionales:** Ha de comunicarse al INSS las enfermedades que podrían ser consideradas como profesionales detectadas por los facultativos de los SPS, o de los Servicios de Prevención (SP), bien directamente cuando tenga asumida la cobertura, o bien desde las MCSS, a través de los organismos competentes de cada comunidad autónoma.

Esta competencia se recoge en el artículo 5 del R. D. 1299/2006, que establece que Cuando los facultativos del Sistema Nacional de Salud, con ocasión de sus actuaciones profesionales, tuvieran conocimiento de la existencia de una enfermedad de las incluidas en el anexo 1 que podría ser calificada como profesional, o bien de las recogidas en el anexo 2, y cuyo origen profesional se sospecha, lo comunicarán a los oportunos efectos, a través del organismo competente de cada comunidad autónoma y de las ciudades con Estatuto de Autonomía, a la entidad gestora, a los efectos de calificación previstos en el artículo 3 y, en su caso, a la entidad colaboradora de la Seguridad Social que asuma la protección de las contingencias profesionales. Igual comunicación deberán realizar los facultativos del servicio de prevención, en su caso.

**Cambio de puesto de trabajo en Enfermedades Profesionales:** La acreditación de la existencia de una enfermedad profesional, en relación con lo establecido en el artículo 5 del R. D. 1430/2009 sobre deducciones de aportaciones empresariales a la Seguridad Social en caso de traslado de un trabajador con enfermedad profesional a un puesto compatible con su estado, de forma que no dé lugar a prestación derivada de la misma, es competencia del INSS que se ejecutará mediante certificación realizada por el EVI. Correspondiendo la constatación de la compatibilidad del nuevo puesto de trabajo con el estado de salud del trabajador a la Inspección de Trabajo y Seguridad Social.

## PROCEDIMIENTO DE CALIFICACIÓN Y DECLARACIÓN DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES

La declaración de las enfermedades profesionales tiene por objeto su registro y control con fines esencialmente preventivos, ya que si la exposición a un riesgo concreto en una determinada empresa, o bien a unas condiciones de trabajo inadecuadas está generando patologías a los trabajadores expuestos a las mismas, el sistema de Seguridad Social no solo procederá a la reparación del daño causado al trabajador mediante las

prestaciones que correspondan, sino que mediante este sistema de registro, que contiene un sistema de alertas, a través de la autoridad laboral, actuará preventivamente sobre las empresas para evitar la aparición de nuevos casos de enfermedad profesional entre los compañeros de los trabajadores afectados, procediendo también mediante el recargo de prestaciones a corregir los incumplimientos en materia de seguridad e higiene en el trabajo cuando se estime oportuno.

El sistema de declaración y registro de enfermedades profesionales se estructura a través de la aplicación CEPROSS, creada mediante 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. Mediante esta aplicación se registrarán los partes electrónicos de enfermedad profesional, siendo responsables de su cumplimentación las Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social que asuman la protección de las contingencias profesionales, o el INSS como Entidad gestora.

Por tanto el INSS tendrá competencia para calificar una enfermedad como profesional y para declarar la existencia de una enfermedad profesional, a través del sistema CEPROSS, como se establece en el Criterio 40/1991 en su modificación de 17 de octubre de 2014, ejerciendo estas competencias mediante Dictamen de los Equipos de Valoración de Incapacidades como se establece en la modificación de 21 de enero de 2015 del citado criterio.

El ejercicio de la competencia para calificar una enfermedad como profesional por parte del INSS, se ejercerá:

1. En los procedimientos para el reconocimiento de una prestación económica.
2. Al valorara la reducción en la cotización empresarial.
3. Cuando las Mutuas Colaboradoras de la Seguridad Social, no realicen la declaración de enfermedades profesionales, e independientemente de que exista o no baja médica por incapacidad temporal, y/o vinculación a un procedimiento de reconocimiento de una prestación económica, incluyendo de forma expresa las enfermedades comunicadas por los Servicios Públicos de Salud o servicios médicos de empresa tras el diagnóstico de una sospecha de enfermedad profesional, y la Mutua no transmita el correspondiente parte o bien finalice el proceso con otra causa, tal como establece la Resolución de 19 de septiembre de 2007, de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, sobre determinación de la contingencia causante en el ámbito de las prestaciones por incapacidad temporal y por muerte y supervivencia del sistema de la Seguridad Social.

El INSS ejercerá la Competencia para declarar la existencia de una enfermedad profesional, a través del sistema CEPROSS cuando corresponda al INSS la protección de las contingencias profesionales tanto en Incapacidad Temporal como en el caso de trabajadores en activo, como cuando se trate de trabajadores que no se encuentren en situación de alta en ningún régimen del sistema de la Seguridad Social (artículo 3 del Real Decreto 1299/2006).

La responsabilidad de hacer frente a las prestaciones establecidas para la protección de las situaciones derivadas de la enfermedad profesional, corresponderá a la aseguradora de este riesgo en el momento del correspondiente hecho causante o en el de la baja médica inicial (DGOSS, 2009), cuando el causante esté en alta en cualquier régimen de la Seguridad Social o fuese beneficiario del subsidio por incapacidad temporal causado desde aquella situación de alta. En los supuestos en los que el causante de las prestaciones debidas a enfermedad profesional se encontrase en situación asimilada a la de alta por ausencia de relación laboral, la responsabilidad de las prestaciones corresponderá a la entidad gestora o mutua que tuviera la cobertura de las contingencias profesionales en el momento del cese en el último puesto de trabajo en el que existiese riesgo de la enfermedad profesional según (Criterio 4/2014 de 26 de diciembre de 2015).

## DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES

La valoración de una enfermedad como profesional exige poner en correlación conceptos médicos y legales que permitan determinar la existencia de una patología concreta y su relación con los riesgos presentes en el trabajo.

El hecho de que una determinada patología esté recogida en el listado de enfermedades profesionales recogido en el anexo 1 del R. D. 1299/2006, en relación con la exposición a un riesgo, hace que esta sea considerada “iuris et de iure” como profesional, descargando así al trabajador de la carga de la prueba.

Es por tanto fundamental disponer de unos criterios que faciliten la consideración diagnóstica de las patologías, al tiempo que permitan establecer su relación laboral basada en la exposición al riesgo (que determina su inclusión en listado de EP), el nivel de exposición teniendo en cuenta su intensidad y duración, y la relación temporal adecuada determinando, la exposición al riesgo como previa a la enfermedad, y los periodos de latencia e inducción. También será importante considerar aquellos factores extra-laborales que actuando con la suficiente intensidad sean motivo de diagnóstico diferencial.

Desde el INSS se ha elaborado una Guía de Valoración de Enfermedades Profesionales basada en las Notas de Ayuda al diagnóstico de las enfermedades profesionales elaborada por la Comisión Europea en 2009, las directrices para la Decisión Clínica del Instituto de Salud Carlos III, los diferentes documentos elaborados por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo sobre enfermedades profesiones, y en los documentos de consenso sobre enfermedades profesionales elaborados por las Comunidades Autónomas, en especial por la Generalitat Valenciana.

Esta Guía de Valoración tiene en cuenta como principios generales para cada enfermedad profesional:

- a) Diagnóstico: Características clínicas y pruebas complementarias que definen el diagnóstico.
- b) Exposición: Indicios suficientes de exposición laboral previa a la aparición de la patología.
- c) Temporalidad: Correlación coherente entre la patología y el intervalo de tiempo entre la exposición y el efecto.
- d) Factores extra-laborales: Que hayan actuado con la suficiente intensidad para constituir la base de un diagnóstico diferencial.
- e) Enfermedades profesionales: Patología recogida en el anexo 1 del R. D. 1299/2006.

Como criterios diagnósticos se establecen para cada patología los códigos CIE relacionados, el cuadro clínico incluyendo síntomas y signos, la exploración y las pruebas diagnósticas complementarias.

Para determinar la exposición se define el riesgo o condición de trabajo inadecuada, así como indicaciones para su comprobación y sobre el nivel de riesgo estimado basado en valores de referencia ambientales y biológicos, que aunque en su definición no incluyen finalidad diagnóstica de patologías laborales, si pueden indicar la existencia del riesgo si se superan, bien por exposición global al riesgo, o por un control de los riesgos deficiente. Además los indicadores biológicos tendrán en cuenta la influencia de factores individuales, indicando exposición e incluso sobre-exposición al riesgo.

Los criterios de temporalidad se basan en que esta sea previa a la enfermedad, se cumpla un nivel mínimo de exposición tanto en duración como en intensidad, lo que no será aplicable a cancerígenos y sensibilizantes, y se definen:

- Tiempo de latencia, como el máximo tiempo entre la finalización de la exposición y la aparición de la enfermedad.

- Tiempo de inducción, como el mínimo tiempo entre el inicio de la exposición y la aparición de la enfermedad.

La consideración de los factores extra-laborales se hará cuando actúen con la suficiente entidad o intensidad para poder ser considerados como la causa principal de la enfermedad.

La Guía de Valoración, también tendrá en cuenta la especial consideración de los agentes cancerígenos y sensibilizantes, así como una referencia a los trabajadores especialmente sensibles y a las situaciones de riesgo para el embarazo, o para la lactancia natural.

De esta forma se dispone de una ayuda fundamental para poder abordar la valoración y calificación de las enfermedades profesionales abriendo un amplio camino de mejora para el abordaje de estas patologías desde el punto de vista científico y práctico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (BOE, n.º 261 de 31/10/2015).
2. European Commission. Information notices on occupational diseases: a guide to diagnosis Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2009.
3. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. BOE n.º 269 de 10/11/1995
4. Lista Europea de Enfermedades Profesionales. Recomendación de la Comisión de 19-09-2003 (DOCE n.º L238 de 25-09-03 p0028-0034).
5. Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio, por el que se desarrolla, en materia de incapacidades laborales del sistema de la Seguridad Social, la Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social (BOE núm. 198 de 19 de agosto de 1995).
6. Real Decreto 1273/2003 de 10 de octubre regula la cobertura de contingencias profesionales de trabajadores autónomos y por cuenta propia (BOE 22-10-03).
7. Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro (BOE núm. 302 de 19 de diciembre de 2006).
8. Real Decreto 1430/2009, de 11 de septiembre, por el que se desarrolla reglamentariamente la Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social, en relación con la prestación de incapacidad temporal (BOE núm. 235 de 29 de septiembre de 2009).
9. Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración (BOE núm. 176 de 21 de julio).
10. Resolución de 19 de septiembre de 2007, de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, sobre determinación de la contingencia causante en el ámbito de las prestaciones por incapacidad temporal y por muerte y supervivencia del sistema de la Seguridad Social (BOE n.º 226 de 22/09/2007).
11. Sentencia de TS, Sala 4.ª, de lo Social, 5 de Noviembre de 2014. Consultada: <http://supremo.vlex.es/vid/551913714>

## ¿Y si en lugar de hacer mucho, probamos a hacerlo mejor? Un cambio de enfoque en la gestión de las enfermedades profesionales

What if instead of doing much better to do so tested? A change of focus on management of occupational diseases

**Clara Guillén Subirán**

*Jefe de Departamento de Enfermedades Profesionales IBERMUTUAMUR. Madrid. España*

### Correspondencia

ClaraGuillen@ibermutuamur.es

## Resumen

**Conclusiones:** Es necesario, fortalecer su prevención en el marco de los Sistemas Nacionales de la Seguridad y Salud en el trabajo. Para abordar la gestión de las EEPP, hay que adoptar un enfoque más proactivo, donde la prevención de estas patologías sea un elemento esencial y desempeñemos un papel más relevante desde las fases más tempranas del proceso, apoyando los esfuerzos realizados para promover la salud de los trabajadores y prevenir sus enfermedades. Adoptar medidas preventivas resulta indispensable para favorecer una buena salud laboral, una sociedad más sana y un sistema de Seguridad Social más sostenible y eficaz. Anticiparse respondiendo mejor reduciría la incidencia de los daños derivados del trabajo y limitaría sin duda, la necesidad de recurrir a tratamientos médicos o de tramitar pensiones de invalidez. Los trabajadores que se mantienen sanos contribuyen a mantener la competitividad de las empresas. El sistema de Seguridad Social es una responsabilidad compartida y es importante que los trabajadores bajo su protección se comprometan adoptando estilos de vida saludable y aprovechando todas las oportunidades que la sociedad les brinda para mantenerse activos. Es por ello que, además de la promoción de la salud de los trabajadores y de la prevención de los riesgos laborales, un sistema proactivo y preventivo de gestión de las EEPP, implica actuaciones que apoyen si es posible, la reincorporación al trabajo de los trabajadores afectados de estas patologías.

**Palabras clave:** Salud laboral. Prevención. Enfermedad profesional. Vigilancia salud.

## Abstract

**Conclusions:** Necessary, strengthen prevention as part of National Systems for Safety and Health at Work. To address the management of EEPP, adopt a more proactive approach, where the prevention of these diseases is an essential element and perform a more prominent from the earliest stages role in supporting efforts to promote health workers and prevent their diseases. Preventive action is essential to promote good occupational health, a healthier society and a more sustainable and effective social security system. Anticipating responding better reduce the incidence of damage from work and limit undoubtedly the need for processing medical or disability pensions treatments. Workers who remain healthy help maintain the competitiveness of enterprises. The Social Security system is a shared responsibility and it is important that workers under their protection commit adopting healthy lifestyles and taking advantage of all opportunities that society offers them to stay active. That is why, in addition to promoting the health of workers and the prevention of occupational risks, a proactive and preventive system management EEPP involves actions that support if possible, return to work of workers affections of these pathologies.

**Key words:** Occupational disease, assessment guide, qualification, evaluation.

“Si no te gusta dónde estás, muévete. No eres un árbol”

## RESUMEN

Se ha avanzado mucho en la forma de abordar los retos gestores que plantean las enfermedades profesionales (EEPP) si bien es necesario, fortalecer su prevención en el marco de los Sistemas Nacionales de la Seguridad y Salud en el trabajo.

Para abordar la gestión de las EEPP, nuestra propuesta es adoptar un enfoque más proactivo, donde la prevención de estas patologías sea un elemento esencial y desempeñemos un papel más relevante desde las fases más tempranas del proceso, apoyando los esfuerzos realizados para promover la salud de los trabajadores y prevenir sus enfermedades. Adoptar medidas preventivas resulta indispensable para favorecer una buena salud laboral, una sociedad más sana y un sistema de Seguridad Social más sostenible y eficaz. Anticiparse respondiendo mejor reduciría la incidencia de los daños derivados del trabajo y limitaría sin duda, la necesidad de recurrir a tratamientos médicos o de tramitar pensiones de invalidez. Los trabajadores que se mantienen sanos contribuyen a mantener la competitividad de las empresas. El sistema de Seguridad Social es una responsabilidad compartida y es importante que los trabajadores bajo su protección se comprometan adoptando estilos de vida saludable y aprovechando todas las oportunidades que la sociedad les brinda para mantenerse activos. Es por ello que, además de la promoción de la salud de los trabajadores y de la prevención de los riesgos laborales, un sistema proactivo y preventivo de gestión de las EEPP, implica actuaciones que apoyen si es posible, la reincorporación al trabajo de los trabajadores afectados de estas patologías.

La gestión de las EEPP se encuentra en un punto decisivo y su prevención constituye una prioridad. Se ha avanzado mucho en esta materia pero no dejan de surgir nuevos riesgos, ni de aumentar el número de trabajadores expuestos a condiciones de trabajo peligrosas. En este sentido, la *Organización Internacional del Trabajo* (OIT) propugna un paradigma de prevención integral centrado en tres principios: la dificultad que reviste el problema no justifica que se ignore; el reconocimiento, la prevención, el tratamiento de las EEPP, así como la mejora de sus sistemas de registro y de notificación han de ser prioritarios y la mejora de los Programas de Seguridad y Salud Nacionales es fundamental para las personas y para la sociedad en la que viven. Para la *Asociación Internacional de Seguridad Social* (AISS), la prevención de riesgos laborales es esencial, así como la promoción de la salud en el lugar de trabajo y el retorno al mismo.

El objetivo de este artículo es señalar algunos de los aspectos clave del actual modelo preventivo en relación con la gestión de las EEPP, visibilizar cómo las metodologías de prevención de riesgos laborales están más orientadas al diagnóstico (evaluación) que a la acción (intervención), resaltar el papel tan relevante que desempeña la vigilancia de la salud, antes y después del diagnóstico de una enfermedad profesional y mostrar las dificultades en el diagnóstico, en la calificación y en la notificación de estas patologías.

La gestión de la prevención de las EEPP se caracteriza por estar sometida a una legislación extensa, por el elevado número de agentes involucrados en ella y, por ser un escenario en permanente evolución. Es complejo abordar con rigor todos los aspectos relativos a ella y por ello, para realizar esta exposición, hemos combinado distintas perspectivas de análisis al tratarse de un asunto poliédrico, estructurándolo en cuatro ejes sobre los que pivotan diferentes cuestiones que, en nuestra opinión, son susceptibles de mejora: el primer eje es el reconocimiento (vincular el daño con sus causas); el segundo, el del registro y la notificación (visibilizar las EEPP); el tercero incluye las experiencias sobre protección individual del daño y, el cuarto eje, el más importante, la prevención colectiva (Gráfico 1).

Gráfico 1. Perspectivas de análisis para abordar los desafíos de la gestión de la prevención de las enfermedades profesionales



El **primer eje** de análisis es el del **reconocimiento** de una enfermedad profesional, vincular el daño con la exposición. Reconocer es esencial para prevenir. Establecer la relación entre la exposición y el daño no siempre es fácil pero es esencial para demostrar la casualidad de la misma. El diagnóstico de una enfermedad profesional es una posibilidad de actuar en el terreno preventivo, ya que se refuerzan las actuaciones en vigilancia de la salud y sensibiliza para la adopción de medidas preventivas más eficaces.

Los agentes implicados en el reconocimiento de una enfermedad profesional son los médicos de las Mutuas colaboradoras de la Seguridad Social, los facultativos del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), los de los Servicios de Prevención y del Sistema Público de Salud (SPS). Una de las novedades del sistema de declaración de las EEPP, introducida por el Real Decreto 1299/2009, es el papel que se asignó a los facultativos del SPS y de los Servicios de Prevención, estableciendo para ellos la obligación de comunicar aquellas enfermedades en las que sospecharan un origen laboral (Gráfico 2).

Gráfico 2. Agentes implicados en el reconocimiento de las enfermedades profesionales



Para mejorar el reconocimiento y así actuar en prevención, es necesario dotar a los facultativos de herramientas de gestión específicas que aporten criterios diagnósticos y pautas de actuación homogéneas, además de formarles para detectar mejor la relación de una enfermedad con las condiciones de trabajo.

En el ámbito de los Servicios de Prevención, el papel de la vigilancia de la salud es esencial e irrenunciable en la detección precoz de daños a la salud, en el diagnóstico de sospechas de enfermedad profesional, en el estudio de las recurrencias y repeticiones de las EEPP y, en la propuesta de intervenciones preventivas. En la práctica y en general, la

vigilancia de la salud está más orientada a la evaluación que a la acción y éste es, sin duda, un aspecto mejorable.

Para la detección precoz de EEPP y para dar cumplimiento a la obligación que recoge la legislación, algunas comunidades autónomas han desarrollado sistemas de comunicación de sospechas de EEPP centradas en los médicos de los centros de Atención Primaria o especializada y en los facultativos de los Servicios de Prevención. Estas iniciativas requieren importantes esfuerzos de formación, intercambio de información y de coordinación.

Además, para mejorar el reconocimiento de las EEPP y así conseguir una prevención más eficaz, es esencial contar con un proceso de revisión y actualización periódica de la lista de EEPP. En este sentido, acaba de publicarse un Real Decreto por el que se modifica el RD 1299/2006 donde se incluye el cuadro de enfermedades profesionales. El Real Decreto 1150/2015, de 18 de diciembre, incorpora el cáncer de laringe por exposición a amianto como enfermedad profesional.

Para diagnosticar una enfermedad profesional es preciso contar con conocimientos y experiencia específicos. Por ello, es tan importante potenciar el papel de los especialistas en Medicina del Trabajo que, a pesar de su reducido número, son un activo de primer orden en la gestión de esta contingencia. Sería absolutamente necesario que los médicos del trabajo estuvieran presentes en todas las fases de atención a una enfermedad profesional: en la prevención, en la detección y el diagnóstico, en el seguimiento clínico de la enfermedad, en el tratamiento y en la valoración de las secuelas si es que éstas se produjeren. La colaboración de los médicos de trabajo con los médicos de atención primaria, sobre los que se ha descargado parte de la detección de la enfermedad profesional, sería muy provechosa.

El **segundo eje** de análisis es la **notificación**. Para planificar adecuadamente las actividades sanitarias de prevención, asistencia y rehabilitación destinadas a trabajadores con riesgo de padecer una enfermedad profesional, es imprescindible conocer bien toda la información relativa a estas patologías, siendo imprescindible afrontar el reto de conseguir una notificación fiable y motivación para que se notifique. Notificar, registrar las EEPP es fundamental para visibilizarlas. Las enfermedades de la lista constituyen una parte de los daños a la salud; por ello registrar, además de las EEPP, las enfermedades relacionadas con el trabajo (ERT) y otros daños a la salud, es esencial para prevenirlos, ya que constituyen una buena base de información para formular estrategias de prevención.

CEPROSS (Comunicación de EEPP en la Seguridad Social) es una base de datos muy útil, acreditada por EUROSTAT como fuente estadística fiable. Su objetivo es poner a disposición de la administración laboral, de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social y demás administraciones, instituciones, organizaciones y entidades para las que la materia tratada resulte de interés, una serie coherente y ordenada de datos sobre EEPP que faciliten el cumplimiento de sus fines, en materia de seguridad y salud en el trabajo. La información obtenida de CEPROSS, una vez se dispone de los datos de períodos completos, permite realizar los siguientes análisis: estudio de las enfermedades comunicadas en un periodo de tiempo; estudio longitudinal de los procesos de enfermedad profesional (se puede hacer el seguimiento de las enfermedades profesionales de un trabajador a lo largo del tiempo, a través de todos sus partes de enfermedad profesional); detección en tiempo real de posibles focos de siniestralidad de enfermedad profesional a través del sistema de alertas y obtener índices de incidencia, índices estadísticos que permiten expresar en términos relativos la trascendencia de las EEPP y discriminar su incidencia respecto a determinadas variables como la estructura productiva, la actividad económica o el grupo de enfermedad.

El sistema de alertas es una utilidad de CEPROSS para el control de las empresas que superan los límites de alerta establecidos para las EEPP que facilita, sin duda, mayor eficiencia en las acciones de prevención. Se han definido límites de siniestralidad específicos por grupo de enfermedad, según la distribución de las EEPP, el tamaño de la empresa y la especificidad que supone el grupo 6 (agentes cancerígenos). De enero a junio de 2015, 82 empresas superaron en España estos límites (representan 1.31% de las

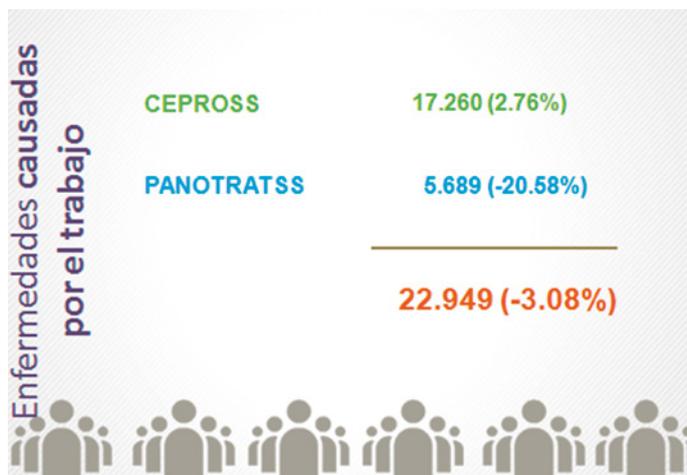
empresas con EEPP en ese periodo), con un total de 105 enfermedades profesionales. Las enfermedades con mayores repeticiones son las tendinopatías por posturas forzadas y movimientos repetitivos; las enfermedades infecciosas en prevención y asistencia médica y patologías producidas por amianto. Los mayores focos se encuentran en actividades económicas como la fabricación de vehículos de motor y las actividades hospitalarias.

Es importante resaltar el esfuerzo que se está haciendo por utilizar la información recogida en este sistema así como incidir en la bondad de la base de datos de CEPROSS que incluye varios niveles de depuración de la información. Podría mejorarse favoreciendo el retorno de la información y haciendo posible una explotación de datos más flexible que ofreciese la posibilidad de combinar las variables a estudiar, ofreciendo estadísticas menos estáticas.

En 2010, se amplió la información de CEPROSS, incluyendo las enfermedades reconocidas en aplicación del artículo 115 de la LGSS. El sistema PANOTRATSS se diseñó con el objetivo de comunicar las patologías no traumáticas causadas por el trabajo, que incluyen las enfermedades no incluidas en la lista que contraiga en trabajadores con motivo del mismo (causa única y exclusiva) y las enfermedades contraídas con anterioridad que se agraven por el trabajo.

Al igual que en el resto de Europa, las enfermedades causadas por el trabajo son las EEPP incluidas en el listado como tales y asociadas al desarrollo de una actividad económica y las enfermedades causadas por el trabajo no asociadas a una actividad. En Europa, Francia y España, son los países con mayor número de enfermedades causadas por el trabajo declaradas (Gráfico 3).

Gráfico 3. Enfermedades causadas por el trabajo



Algunas Comunidades Autónomas (CCAA) han desarrollado sistemas de comunicación de sospechas de EEPP. Destacamos Navarra con su Programa de Vigilancia Epidemiológica en Salud Laboral y su red de médicos centinela. Este sistema tiene un valor predictivo positivo del 72% (casos confirmados como laborales); SISVEL (Sistema de Información Sanitaria y Vigilancia Epidemiológica Laboral) en la Comunidad Valenciana desarrollado por la Dirección General de Salud Pública de la Consellería de Sanitat, a través del Servicio de Salud Laboral y EVASCAP (Equipo de Valoración de Sospecha del Cáncer Profesional), en el Principado de Asturias.

Mencionar también PIVISTEA (Programa Integral de Vigilancia de la Salud de los Trabajadores Expuestos a Amianto), un ejemplo de colaboración entre el sistema Público de Salud, el sistema de Prevención de Riesgos Laborales y el de Seguridad Social que ha trabajado con intensidad en las tareas de coordinación entre instituciones y estructuras muy diferentes competencial y organizativamente y en la formación en salud laboral de muchos profesionales. El programa consiguió mostrar a los facultativos de atención

primaria y especializada, la importancia de las exposiciones laborales en muchos de los procesos que atienden en sus consultas.

El **tercer eje** de análisis incluye las **experiencias sobre la protección individual del daño**. La calificación de una enfermedad profesional supone una toma de decisiones clínicas y de epidemiología clínica aplicada. La titularidad de nuestro sistema de aseguramiento corresponde a la Seguridad Social y desde la perspectiva del trabajador, que su enfermedad sea diagnosticada y calificada como profesional correctamente, es vital, desde el punto de vista clínico y económico.

Hace 20 años, la ley de Prevención de Riesgos Laborales estableció la práctica de la vigilancia de la salud como una herramienta preventiva pero ¿en qué medida esta actividad es, actualmente, adecuada a los principios preventivos?, ¿sigue vigente el concepto indemnizatorio frente al concepto preventivo?, ¿estamos todavía centrados en las prácticas preventivas individuales?. En la práctica, la indemnización de los trabajadores, en pocas ocasiones, se orienta de forma inequívoca a la prevención. Se producen pocos cambios en las condiciones de trabajo para adaptarlas al estado de salud, es escasa la actividad preventiva promovida a partir de los daños que se diagnostican y la práctica demuestra que, si bien existe más actividad en vigilancia de la salud y, por tanto mayor coste en prevención, ésta está más orientada a la evaluación que a la acción.

La ausencia de criterios de aptitud, claros, homogéneos, coordinados, es un aspecto a mejorar dentro de la vigilancia de la salud. Una no aptitud no necesariamente es una opción de incapacidad temporal o de incapacidad permanente (Gráfico 4).

Gráfico 4. Valoración médica de la aptitud



Además, es necesario profundizar y mejorar el seguimiento de trabajadores expuestos a riesgos que provocan enfermedades, especialmente si tienen periodos de latencia largos.

En las experiencias individuales de protección es necesario mencionar la existencia del recargo a pagar por parte de la empresa (puede ser de un 30 a un 50 % de todas las prestaciones derivadas de la enfermedad) si se demuestran malas condiciones de trabajo. Y el despido objetivo por ineptitud sobrevenida. El Art. 52A del Estatuto de los Trabajadores protege el derecho del empresario a romper una relación laboral por ineptitud sobrevenida. El concepto de ineptitud en el marco de la prevención de riesgos laborales tiene como objeto proteger la salud de los trabajadores y, si bien la normativa exige medidas preventivas a adoptar, existe la posibilidad de que se produzca un despido como resultado de un reconocimiento médico en el marco de la vigilancia de la salud.

También recordar la existencia de la bonificación por cambio de puesto de trabajo en el caso de una enfermedad profesional (normalmente recogida en la Ley de Presupuestos Generales del Estado). Se trata de una reducción (soportada por el presupuesto de ingresos de la SS) del 50% de la aportación empresarial en la cotización a la SS por contingencias comunes y que sigue utilizándose poco el Baremo de Lesiones Permanentes No Invalidantes (LPNI), en ESS/66/2013 de 28 de enero.

El **cuarto eje**, el más importante, es el de la **vigilancia colectiva**. La vigilancia epidemiológica consiste en recoger sistemáticamente y analizar información sobre los factores de riesgo (exposición), los efectos para la salud (enfermedades o accidentes); observar la distribución y la tendencia de los fenómenos de interés; identificar los problemas y evaluar o dirigir las intervenciones preventivas. Es una herramienta que convierte a la prevención de riesgos laborales, a la seguridad y la salud de los trabajadores, en un proceso dinámico y de mejora continua. En nuestra opinión, sigue siendo la asignatura pendiente del sistema de protección social español de las EEP. Es necesario dar el salto del concepto reparador al concepto preventivo, pasar de la percepción individual a la orientación colectiva, ya que intervenir sobre una enfermedad en particular, contraída por un trabajador, puede contribuir a prevenir la recurrencia de esa enfermedad en otros trabajadores. OSALAN, Instituto Vasco de seguridad y Salud Laborales presentó en septiembre 2015, su Guía para la implantación de la vigilancia colectiva de los servicios de prevención.

En este contexto, la evaluación de riesgos es esencial para la prevención de las EEP, si bien es conveniente diferenciar claramente entre la investigación, por primera vez, de un riesgo laboral y su gestión, una vez que es conocido que una determinada condición de trabajo es un factor de riesgo para la salud del trabajador. La investigación trata de descubrir en qué circunstancia una o un conjunto de condiciones de trabajo (estructurales, operacionales, organizacionales, etc.) produce, con una determinada probabilidad, un efecto negativo sobre la salud del trabajador, sea éste una enfermedad o una lesión. La gestión pretende, a partir del conocimiento acumulado en el proceso anterior, identificar y medir la magnitud de los factores de riesgo presentes en la empresa una vez se conocen con detalle las condiciones de trabajo en aquellos, así como la frecuencia y la gravedad de los efectos para la salud (Gráfico 5).

Gráfico 5. Proceso de investigación, proceso de gestión



Fuente: Adaptado de Teoría general de la evaluación de riesgos. Castejón E. G. Benavides F, Moncada S. Archivo Prevención Riesgos Laborales. 1998: 2-69-74

Es necesario cambiar el foco, centrar nuestra atención en el daño y también en la exposición en el conjunto de condiciones y situaciones de trabajo que están en la génesis del daño. Conocer la frecuencia y la distribución de la enfermedad y de la exposición; monitorizar las tendencias de ambos; detectar situaciones de alerta en daño y en

exposición; establecer medidas de control a corto plazo y estrategias preventivas de mayor alcance; evaluar nuevas hipótesis; en definitiva, trabajar de forma dinámica y con la perspectiva de la mejora continua, de forma que las actuaciones en las distintas disciplinas preventivas, no sean una acumulación de actores y de intervenciones sino que aporten elementos de información y de retroalimentación entre ellos.

En este sentido, el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo (INSHT) ha publicado recientemente el primer Plan de Acción 2015-2016 incluido en la Estrategia Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Esta incluye entre sus prioridades, la prevención de las enfermedades profesionales con medidas encaminadas a controlar las exposiciones en el lugar de trabajo, potenciar la participación efectiva de los interlocutores sociales, desarrollar sistemas para proporcionar mejores datos y mejorar el enfoque legislativo y la actualización de las políticas sociales y de seguridad y salud en el trabajo, introduciendo mejoras en los sistemas de regulación y control de la aplicación de sectores en prevención de enfermedades profesionales. La estrategia se asienta en el convencimiento de que la prevención y la colaboración son dos valores fundamentales que deben guiar toda acción preventiva. La prevención es el medio más eficaz para reducir las enfermedades profesionales y la colaboración entre poderes públicos, empresarios, y trabajadores favorece e impulsa la mejora efectiva de las condiciones de trabajo (Gráfico 6).

**Gráfico 6. Principios de la Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo**



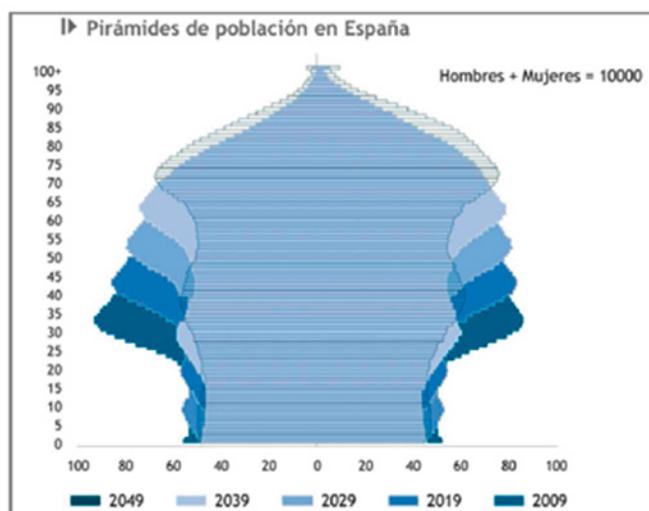
También la reincorporación laboral, facilitar la vuelta al trabajo sigue siendo un reto gestor (Gráfico 7). En este sentido, mencionar la existencia en las Mutuas Colaboradoras de la Seguridad Social, de las Comisiones de prestaciones especiales, dotadas con un % de los excedentes (10%) de cada Mutua y destinadas a favorecer ayudas especiales para los trabajadores.

Gráfico 7. Atención integral al trabajador



El envejecimiento de la población supone un desafío económico y social tanto a nivel nacional como europeo. Las proyecciones demográficas de la población española muestran una inversión de la pirámide de edad que, en 2050, será evidente. La participación en el empleo de mayores de 55 años, en 2010, era de uno de cada 10 trabajadores; en 2030, será de uno de cada 4. El desplome de la fuerza laboral es una realidad diferente que hará conveniente establecer programas que aseguren un envejecimiento saludable en el trabajo (Gráfico 8).

Gráfico 8. Envejecimiento de la población laboral



Por último señalar el reto de fomentar la coordinación de las políticas públicas involucradas en la mejora de las condiciones de seguridad y salud de los trabajadores (política de Seguridad Social, política de salud pública y política preventiva). En este contexto, mencionar el Plan general de actividades preventivas de la Seguridad Social, que incluye programas de actividades preventivas en las empresas que en 2014 declarasen EEP con baja superando los límites de siniestralidad previstos en el sistema de alertas de CEPROSS. La financiación de las actividades preventivas a desarrollar por las mutuas, no puede superar el 0.7% de sus ingresos por cuotas por contingencias profesionales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. La prevención de las enfermedades profesionales. Día Mundial de la Seguridad y Salud en el Trabajo. Organización Internacional del Trabajo (OIT), 2013. Disponible en: [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms\\_209555.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_209555.pdf)
2. Lund F. Protección social laboral de los trabajadores del sector informal. Revista Internacional de Seguridad social 2012, vol. 65, núm 4.
3. Informe anual 2014. Observatorio de enfermedades profesionales (CEPROSS) y de enfermedades causadas o agravadas por el trabajo (PANOTRATSS). <http://www.seg-ocial.es/prdi00/groups/public/documents/binario/145097.pdf>
4. Zimmer s. Ciclo Global sobre los retos planteados por las enfermedades profesionales. Informe técnico. Asociación Internacional de Seguridad Social Disponible en: <http://193.134.194.37/esl/Recursos/Informes-Tecnicos/Ciclo-global-sobre-los-retos-planteados-por-las-enfermedades-profesionales.pdf>
5. Ley 31/1995, de 8 de noviembre. Ley de Prevención de Riesgos Laborales (BOE 10/11/1995).
6. EVASCAP. Resolución de 14 de junio de 2011, de las Consejerías de Salud y Servicios Sanitarios y de Industria y Empleo, por la que se crea y regula el funcionamiento del Equipo de Valoración de Sospecha de Cáncer Profesional (EVASCAP) del Principado de Asturias.
7. SISVEL. Sistema de Información Sanitaria y Vigilancia Epidemiológica Laboral desarrollado por la Dirección General de Salud Pública de la Consellería de Sanitat, a través del Servicio de Salud Laboral.
8. Orden TAS/1/2007, de 2 de enero, por la que se establece el modelo de parte de enfermedad profesional, se dictan normas para su elaboración y transmisión y se crea el correspondiente fichero de datos personales. BOE n.º 4 04/01/2007.
9. Orden TIN/1448/2010, de 2 de junio, por la que se desarrolla el Real Decreto 404/2010, de 31 de marzo, por el que se regula el establecimiento de un sistema de reducción de las cotizaciones por contingencias profesionales a las empresas que hayan contribuido especialmente a la disminución y prevención de la siniestralidad laboral.
10. Castejón EG, Benavides F, Moncada. Teoría general de la evaluación de riesgos. Arch. Prev. Riesgos Laborales. 1998; 2: 69-74. Disponible en: <http://www.scsmt.cat/Upload/TextCompleto/2/9/296.pdf>
11. 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. <https://www.boe.es/boe/dias/2015/12/19/pdfs/BOE-A-2015-13874.pdf>
12. Real Decreto 1150/2015, de 18 de diciembre, por el que se modifica 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 criterios para su notificación y registro. <https://www.boe.es/boe/dias/2015/12/19/pdfs/BOE-A-2015-13874.pdf>
13. Vigilancia epidemiológica en el trabajo. Guía para la implantación de la vigilancia colectiva por parte de los servicios de prevención. OSALAN. Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales, 2015. <http://www.osalan.euskadi.eus/libro/vigilancia-epidemiologica-en-el-trabajo-guia-para-la-implantacion-de-la-vigilancia-colectiva-por-parte-de-los-servicios-de-prevencion/s94-osa9996/es/>
14. PIVISTEA Evaluación del Programa Integral de Vigilancia de la Salud de los Trabajadores Expuestos a Amianto. [http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Instituto/Comision/GruposTrabajo/ficheros/PIVISTEA\\_OCTUBRE%202013.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Instituto/Comision/GruposTrabajo/ficheros/PIVISTEA_OCTUBRE%202013.pdf)

## III Congreso de Médicos Inspectores de la Administración de la Seguridad Social

Madrid, 19 y 20 de noviembre de 2015

### Ponencias

Mesa 4

## VALORACIÓN ESPECÍFICA DEL CÁNCER DE MAMA COMO PATOLOGÍA DE ESPECIAL PREVALENCIA Y DIFÍCIL ABORDAJE

### MODERA:

**Araceli López-Guillén García**

Médico Inspector Unidad Médica de Murcia. Murcia. España.

### PONENTES:

**Manuel Algara López**

Servicio de Oncología Radioterápica del Parc de Salut Mar. Facultat de Ciències de la Salut i de la Vida de la Universitat Pompeu Fabra. Barcelona. España.

**Ana Lluch Hernández**

Jefe de Servicio Hematología y Oncología Médica HC Universitario de Valencia. Catedrática de Medicina de la Facultad de Medicina de Valencia. Valencia. España.

**Carlos Vázquez Albadalejo**

Presidente de la Sociedad Española de Patología Mamaria. España.

## Las diferentes modalidades de la radioterapia: externa, braquiterapia e intraoperatoria. Indicaciones

The different types of radiation therapy: external, brachytherapy and intraoperative. Indications

**Manuel Algara López**

*Servicio de Oncología Radioterápica del Parc de Salut Mar. Facultat de Ciències de la Salut i de la Vida de la Universitat Pompeu Fabra. Barcelona. España.*

**Correspondencia**

malgara@parcdesalutmar.cat

---

### Resumen

---

**Conclusiones:** Se puede afirmar que la radioterapia contribuye a aumentar la supervivencia de las pacientes con cáncer de mama; las mejoras tecnológicas experimentadas en los últimos años han contribuido de forma importante a disminuir la toxicidad; estas mejoras permiten concentrar la radioterapia en menos sesiones, incluso en una única de forma intraoperatoria en un grupo muy seleccionado de pacientes; y que debemos seguir investigado para conocer en que pacientes podemos disminuir nuestros tratamientos, especialmente a nivel ganglionar.

**Palabras clave:** Radioterapia. Cáncer de mama, Indicaciones oncorradiología.

---

### Abstract

---

**Conclusions:** We can say that radiotherapy helps increase the survival of patients with breast cancer; technological improvements experienced in recent years have contributed significantly to decrease toxicity; These improvements allow to concentrate radiation therapy in fewer sessions, even in a single intraoperatively in a very selected group of patients; and we must follow investigated patients to know that we can reduce our treatments, especially ganglionic level.

**Keywords:** Radiation therapy. Breast cancer, Oncoradiology Indications.

El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente y la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer después del cáncer de pulmón. Afecta especialmente a las mujeres entre 45 y 65 años. En España se diagnostican unos 25.000 nuevos casos de cáncer de mama al año y se registran unas 6.000 muertes por este tipo de tumor y la supervivencia media a 5 años es superior al 80%, siendo de los mejores resultados de toda Europa. Ello es debido a la generalización de los programas de cribado poblacional y a las mejoras en el tratamiento, tanto locorregional como sistémico. El manejo de las pacientes depende del estadio de la enfermedad y la gran mayoría recibirá tratamiento quirúrgico, sistémico y con radiaciones. Estos tratamientos se administran de forma secuencial siendo, actualmente, la más común empezar por cirugía, después quimioterapia para finalizar con radioterapia y el tratamiento antiestrogénico.

Se estima que el 80% de las pacientes con cáncer de mama recibirán radioterapia en algún momento de la evolución de su enfermedad, tanto con intención radical como paliativa para control de síntomas. La gran mayoría de pacientes tratadas en los servicios de oncología radioterápica lo hacen como complemento tras la cirugía conservadora. Existe la falsa idea de que los tratamientos locorregionales, como la cirugía y la radioterapia, únicamente intervienen en aumentar el control local, cuando la finalidad principal de cualquier tratamiento oncológico con intención radical es la curación de la enfermedad. Los primeros metaanálisis del grupo de Oxford<sup>1</sup>, demostraron que con la combinación de cirugía y radioterapia se conseguían una supervivencia del 50-58% a 15 años que aumentaba al 53-68% al añadir el tratamiento sistémico.

En los últimos años el gran desarrollo tecnológico ha permitido aumentar la precisión de la radioterapia, hecho que ha contribuido a disminuir la morbilidad y los efectos secundarios<sup>2</sup>. A pesar de ello las pacientes con cáncer de mama utilizan más los servicios sanitarios que la población general<sup>3</sup>, la mayoría de pacientes suspenden su vida laboral unos 6 meses durante el primer año, Sin embargo, a los tres años, si la enfermedad evoluciona bien, no existen diferencias entre las incapacidades laborales entre las mujeres con cáncer de mama comparadas con un grupo control de edad similar<sup>4,6</sup>.

Actualmente se llega a conseguir una supervivencia del 95-97% de supervivencia en estadios precoces. Por ello los retos actuales en el tratamiento oncológico de las mujeres con cáncer de mama son disminuir su agresividad y aumentar su comodidad. En lo que a radioterapia se refiere la investigación se centra en intentar averiguar si se puede obviar la irradiación en algún grupo de pacientes, ver si se pueden disminuir el número de sesiones para disminuir los desplazamientos de las pacientes a los servicios de oncología radioterápica y comprobar que la irradiación de las áreas ganglionares es equivalente a la linfadenectomía con menor morbilidad (linfedema).

Desde hace tiempo se discute si la radioterapia mejora la supervivencia en mujeres por encima de 70-75 años<sup>5,6</sup>. En todas las series se comprueba que la radioterapia mejora el control local, por tanto aumenta la calidad pero en algunas series esto no tiene impacto en la supervivencia, probablemente por la edad avanzada de las pacientes ya que la supervivencia de estas pacientes está más condicionada a la evolución de otras patologías que a la evolución de su neoplasia. Por ello algunos autores concluyen que en pacientes de edad avanzada los objetivos del tratamiento deben ser aumentar la calidad de vida, disminuir las visitas al hospital, el control local, etc.<sup>7</sup>, por lo que se propone no excluir ningún tratamiento en función de la edad de las pacientes sino en función de su estado general y comorbilidades<sup>8</sup>.

En cuanto a la comodidad, el esquema clásico de irradiación sobre el volumen mamario consiste en administrar fracciones de 1,8-2 Gy/día, cinco veces por semana, durante 4-5 semanas, hasta alcanzar una dosis total de 45-50Gy, a este tratamiento se le pueden añadir hasta 2 semanas más si se administra una dosis extra en el lecho tumoral, hecho que ocurre en un 70% de los casos. Como ha sido comentado este esquema obtiene unos excelentes resultados, pero implica el desplazamiento diario de las pacientes a los servicios de oncología radioterápica durante 5-7 semanas. Los avances tecnológicos permiten aumentar la precisión de la radioterapia y con ello se consigue

poder aumentar la dosis diaria, pudiendo administrar una dosis total suficiente en un menor tiempo total de tratamiento y, así, aumentar el confort de las pacientes. Así, existen esquemas de hipofraccionamiento semanal que consisten en administrar una única fracción por semana de 5 a 6,5 Gy, durante unas 5-7 semanas. Con estos tratamientos se maximiza el confort de las pacientes y se facilita el acceso a la radioterapia a las pacientes de edad avanzada<sup>9,10</sup> obteniendo unos buenos resultados de supervivencia y control local con una toxicidad aceptable.

También existen esquemas de hipofraccionamiento diario basados en dos estudios, uno inglés<sup>11</sup> y otro canadiense<sup>12</sup>. Ambos estudios aleatorizan pacientes que habían sido sometidas a cirugía conservadora (pT1-3N0-1M0) a recibir el esquema clásico de radioterapia (50 Gy administradas en 25 fracciones en 5 semanas seguidas de una sobrepresión cuando era necesario) o el esquema fraccionado consistente en 15-16 fracciones de 2,67 Gy, hasta una dosis total de 40-42 Gy. Tras cerca de 10 años de seguimiento, no se observan diferencias en cuanto a las tasas de recidiva local, recaídas a distancia, supervivencia libre de enfermedad o supervivencia global. Tampoco se observaron diferencias en cuanto a morbilidad cardíaca, pulmonar o en cuanto a estética, incluyendo fibrosis, telangectasias y edema mamario. Estos resultados fueron corroborados en un meta-análisis realizado<sup>13</sup> con 7.095 pacientes cuyos resultados corroboraron una equivalencia entre el esquema clásico y el hipofraccionado. Todo ello ha motivado que la American Society for Radiation Oncology recomiende este esquema en pacientes con una edad igual o superior a 50 años<sup>14</sup> al igual que la Sociedad Española de Oncología Radioterápica y que este tratamiento se extienda al resto de pacientes con cáncer de mama, es decir en los casos de irradiación tras mastectomía, irradiación ganglionar y pacientes más jóvenes de 50 años<sup>15</sup>.

Siguiendo con la idea de aumentar la comodidad y por tanto disminuir el tiempo de tratamiento, manteniendo los resultados de eficacia y morbilidad. Para ello se debe aumentar todavía más la dosis por fracción, con el consiguiente riesgo de aumentar la toxicidad, por ello se propone disminuir el volumen de tratamiento, aprovechando que el 85% de las recidivas post-tumorectomía se producen en el lecho tumoral. Así surge el concepto de irradiación parcial de mama (IPM). Esta IPM puede realizarse mediante la utilización de diferentes técnicas radioterápicas<sup>16</sup> como braquiterapia, radioterapia externa y radioterapia intraoperatoria. La braquiterapia intersticial fue la primera técnica utilizada en la IPM. Esta técnica consiste en la introducción de unos catéteres en el lecho tumoral que posteriormente se cargaran temporalmente con fuentes radiactivas y se administrará una dosis total de 34-40 Gy, en dos fracciones diarias de 3,4-4 Gy/sesión, separadas unas de 6 horas, durante 5 días, por tanto en una semana se finaliza el tratamiento, con unos resultados comparables a la irradiación de toda la mama<sup>17</sup>. Este mismo esquema de tratamiento se puede realizar con radioterapia externa, es decir con la misma unidad de tratamiento que se utiliza para irradiar toda la mama, por tanto es una técnica no invasiva y con muy amplia disponibilidad, ya que todos los servicios de oncología radioterápica disponen de unidades para realizarla. Los resultados de algunos estudios sobre IPM mediante radioterapia externa demuestran que permite una irradiación bien ajustada al volumen de tratamiento, con unas tasas de control local similares a las otras técnicas, con una mínima toxicidad y una tolerancia excelente<sup>18</sup>.

Finalmente, también puede utilizarse la radioterapia intraoperatoria (RIO) cuya ventaja es poder administrar toda la dosis de irradiación en una única fracción durante el acto quirúrgico. Esto se consigue con aceleradores miniaturizados o unidades de kilovoltaje que se instalan dentro del quirófano. Desde el punto de vista técnico implica la necesidad adaptar el quirófano para ello. Existen dos grandes estudios que muestran la experiencia con esta técnica. El estudio ELIOT<sup>19</sup>, el que compara la RIO con un acelerador de electrones como tratamiento único con la radioterapia externa de toda la mama en una serie de 1.300 pacientes, demuestra que no existen diferencias en cuanto a supervivencia global entre ambos tratamientos, pero el grupo de RIO presentó una tasa de recidiva local superior. Debe destacarse que un porcentaje no despreciable de pacientes incluidas en este estudio no cumplía todos los criterios actuales de irradiación parcial. El

estudio TARGIT-A<sup>20</sup> incluye 3.400 pacientes aleatorizadas a recibir una dosis única de 20-21 Gy con una unidad de kilovoltaje frente al esquema de tratamiento estándar. En este estudio, las pacientes que no cumplían los criterios de irradiación parcial recibían posteriormente irradiación mamaria, quedando la RIO como sobreimpresión del lecho tumoral. Los resultados demostraron que con una buena selección de las pacientes, la RIO obtiene unos resultados similares a la irradiación estándar. Por ello los autores proponen la denominada aproximación riesgo-adaptada, es decir la se administrará la RIO en el momento de la intervención a la que se le añadirá la irradiación de toda la mama en caso necesario.

El meta-análisis llevado a cabo en 2010<sup>21</sup> a partir de tres estudios aleatorizados, con 1.140 pacientes en total concluye en que no existen diferencias en cuanto a supervivencia, riesgo de metástasis a distancia y que puede existir un mayor riesgo de recidiva local si no se realiza una correcta selección de pacientes. Por ello, a la espera de los resultados de otros estudios con mayor seguimiento, se recomienda restringir la irradiación parcial, sea con la técnica que sea, a pacientes mayores de 60 años, con tumores unicéntricos inferiores a 20 mm, sin afectación ganglionar, sin componente intraductal extenso ni infiltración linfovascular y con receptores hormonales positivos.

El último reto de la irradiación de pacientes con cáncer de mama es la selección de las candidatas a irradiación ganglionar y decidir que áreas ganglionares deben tratarse. Actualmente la recomendación más clara para la irradiación de las áreas ganglionares se establece en las pacientes con 4 o más ganglios axilares afectos tras la linfadenectomía axilar, en estas pacientes se acepta de forma universal que deben irradiarse los ganglios axilares altos (no han sido extirpados) y los ganglios supraclaviculares<sup>22</sup>. La discusión está en el papel de la radioterapia sobre las áreas ganglionares en pacientes que tienen afectación en 1-3. Este mismo año, han sido publicados dos estudios<sup>23,24</sup> que demuestran el beneficio de la irradiación ganglionar en términos de supervivencia libre de enfermedad, sin alcanzar completamente la significación estadística en términos de supervivencia global, probablemente por el corto seguimiento, ya que el beneficio de la irradiación en supervivencia se comprueba a largo plazo, a 15 años. Estos resultados, aunque no son rotundos, hacen que la mayoría de oncólogos radioterápicos decidan irradiar todas las pacientes con afectación ganglionar. Existe otro hecho que hace aumentar la controversia, desde hace un tiempo existe la corriente de evitar las linfadenectomías axilares con la idea de disminuir el riesgo de linfedema de la extremidad superior. En 2011 se publicó el estudio de Giuliano<sup>25</sup>, en el que comparan un grupo de pacientes con 1-2 ganglios afectos sometidas a linfadenectomía con otro sin ningún tipo de tratamiento local sobre axila, sin observar diferencias en cuanto a control local ni a distancia de la enfermedad. Este estudio ha cambiado la práctica clínica y en la gran mayoría de centros se están dejando de practicar linfadenectomías. Sin embargo, en un reanálisis<sup>26</sup> posterior de este estudio, se comprobó que la gran mayoría de las que no se trataron con linfadenectomía recibieron irradiación ganglionar. Por ello, en los casos en que no se realiza linfadenectomía en pacientes con ganglios positivos, la mayoría de centros proponen la irradiación de todos los niveles axilares y la fosa supraclavicular. Este cambio del tratamiento quirúrgico de la axila por radioterapia es lo que también propone el estudio AMAROS<sup>27</sup> que demuestra una total equivalencia entre ambos estudios en cuanto a eficacia con una menor morbilidad (linfedema) en el grupo de pacientes que recibió radioterapia.

A modo de conclusiones se puede afirmar que la radioterapia contribuye a aumentar la supervivencia de las pacientes con cáncer de mama; las mejoras tecnológicas experimentadas en los últimos años han contribuido de forma importante a disminuir la toxicidad; estas mejoras permiten concentrar la radioterapia en menos sesiones, incluso en una única de forma intraoperatoria en un grupo muy seleccionado de pacientes; y que debemos seguir investigado para conocer en que pacientes podemos disminuir nuestros tratamientos, especialmente a nivel ganglionar.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG). Effects of chemotherapy and hormonal therapy for early breast cancer on recurrence and 15-year survival: an overview of the randomised trials. *Lancet*. 2005 May 14-20;365(9472):1687-717.
2. Darby SC, McGale P, Taylor CW, Peto R. Long-term mortality from heart disease and lung cancer after radiotherapy for early breast cancer: prospective cohort study of about 300,000 women in US SEER cancer registries. *Lancet Oncol*. 2005 Aug;6(8):557-65.
3. Peuckmann V, Ekholm O, Sjögren P, Rasmussen NK, Christiansen P, Møller S, Groenvold M. Health care utilisation and characteristics of long-term breast cancer survivors: nationwide survey in Denmark. *Eur J Cancer*. 2009 Mar;45(4):625-33.
4. Drolet M1, Maunsell E, Mondor M, Brisson C, Brisson J, Mâsse B, Deschênes L. Work absence after breast cancer diagnosis: a population-based study. *CMAJ*. 2005 Sep 27;173(7):765-71.
5. Hughes KS, Schnaper LA, Bellon JR, Cirrincione CT, Berry DA, McCormick B, Muss HB, Smith BL, Hudis CA, Winer EP, Wood WC. Lumpectomy plus tamoxifen with or without irradiation in women age 70 years or older with early breast cancer: long-term follow-up of CALGB 9343. *J Clin Oncol*. 2013 Jul 1;31(19):2382-7.
6. Nagar H, Yan W, Christos P, Chao KS, Nori D, Ravi A. Older Patients With Early-stage Breast Cancer: Adjuvant Radiation Therapy and Predictive Factors for Cancer-related Death. *Am J Clin Oncol*. 2014 Oct 20. [Epub ahead of print].
7. Van de Water W, Bastiaannet E, Scholten AN, Kiderlen M, de Craen AJ, Westendorp RG, van de Velde CJ, Liefers GJ. Breast-conserving surgery with or without radiotherapy in older breast patients with early stage breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Ann Surg Oncol*. 2014 Mar;21(3):786-94.
8. Sen S, Wang SY, Soulos PR, Frick KD, Long JB, Roberts KB, Yu JB, Evans SB, Chagpar AB, Gross CP. Examining the cost-effectiveness of radiation therapy among older women with favorable-risk breast cancer. *J Natl Cancer Inst*. 2014 Mar;106(3): dju008. doi: 10.1093/jnci/dju008. Epub 2014 Mar 5.
9. Rostom AY, Pradhan DG, White WF, et al. Once weekly irradiation in breast cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1987; 13: 551-555.
10. Sanz X, Algara M, Foro P, et al. Radioterapia hipofraccionada semanal en pacientes de edad avanzada con cáncer de mama. *Rev Senolíg Patol Mam* 2008; 21 (4): 145-150.
11. Haviland JS, Owen JR, Dewar JA, et al. The UK Standardisation of breast Radiotherapy (START) trials of radiotherapy hypofractionation for treatment of early breast cancer: 10-year follow-up results of two randomised controlled trials. *Lancet Oncol* 2013; 14: 1086.
12. Whelan TJ, Pignol JP, Levine MN, et al. Long-term results of hypofractionated radiation therapy for breast cancer. *N Engl J Med*. 2010 Feb 11;362(6):513-20.
13. James ML, Lehman M, Hider PN, et al. Fraction size in radiation treatment for breast conservation in early breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;: CD003860.
14. Smith BD, Bentzen SM, Correa CR, et al. Fraction for whole breast irradiation: an American Society for Radiation Oncology (ASTRO) evidence-based guideline. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2011; 81: 89.
15. Montero A, Sanz X, Hernanz R, Cabrera D, Arenas M, Bayo E, Moreno F, Algara M. Accelerated hypofractionated breast radiotherapy: FAQs (frequently asked questions) and facts. *Breast*. 2014 Aug;23(4):299-309.
16. Smith BD, Arthur DW, Buchholz TA, Haffty BG, Hahn CA, Hardenbergh PH, Julian TB, Marks LB, Todor DA, Vicini FA, Whelan TJ, White J, Wo JY, Harris JR. Accelerated partial breast irradiation consensus statement from the American Society for Radiation Oncology (ASTRO). *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2009 Jul 15;74(4):987-1001.
17. Strnad V, Ott OJ, Hildebrandt G, Kauer-Dorner D, Knauerhase H, Major T, Lyczek J, Guinot JL, Dunst J, Miguelez CG, Slampa P, Allgäuer M, Lössl K, Polat B, Kovács G, Fishedick AR, Wendt TG, Fietkau R, Hindemith M, Resch A, Kulik A, Arribas L, Niehoff P, Guedea F, Schlamann A, Pötter R, Gall C, Malzer M, Uter W, Polgár C; Groupe Européen de Curiethérapie of European Society for Radiotherapy and Oncology (GEC-ESTRO). 5-year results of accelerated partial breast irradiation using sole interstitial multicatheter brachytherapy versus whole-breast irradiation with boost after breast-conserving surgery for low-risk invasive and in-situ carcinoma of the female breast: a randomised, phase 3, non-inferiority trial. *Lancet*. 2015 Oct 19. pii: S0140-6736(15)00471-7. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00471-7. [Epub ahead of print]
18. Rodríguez N, Sanz X, Dengra J, Foro P, Membrive I, Reig A, Quera J, Fernández-Velilla E, Pera Ó, Lio J, Lozano J, Algara M. Five-year outcomes, cosmesis, and toxicity with 3-dimensional conformal external beam radiation therapy to deliver accelerated partial breast irradiation. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2013 Dec 1;87(5):1051-7.

19. Veronesi U, Orecchia R, Maisonneuve P, et al. Intraoperative radiotherapy versus external radiotherapy for early breast cancer (ELIOT): a randomised controlled equivalence trial. *Lancet Oncol* 2013; 14: 1269.
20. Vaidya JS, Wenz F, Bulsara M, et al. Risk-adapted targeted intraoperative radiotherapy versus whole-breast radiotherapy for breast cancer: 5-year results for local control and overall survival from TARGIT-A randomised trial. *Lancet* 2014; 383:403.
21. Valachis A, Mauri D, Polyzos NP, et al. Partial breast irradiation or whole breast radiotherapy for early breast cancer: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Breast J* 2010; 16: 245.
22. Nielsen HM, Overgaard M, Grau C, et al. Study of failure pattern among high-risk breast cancer patients with or without postmastectomy radiotherapy in addition to adjuvant systemic therapy: Long-term results from the Danish Breast Cancer Cooperative Group DBCG 82b and 82c Randomized Studies. *J Clin Oncol* 2006; 24: 2268-2275.
23. Poortmans PM, Collette S, Kirkove C, Van Limbergen E, Budach V, Struikmans H, Collette L, Fourquet A, Maingon P, Valli M, De Winter K, Marnitz S, Barillot I, Scandolaro L, Vonk E, Rodenhuis C, Marsiglia H, Weidner N, van Tienhoven G, Glanzmann C, Kuten A, Arriagada R, Bartelink H, Van den Bogaert W; EORTC Radiation Oncology and Breast Cancer Groups. Internal Mammary and Medial Supraclavicular Irradiation in Breast Cancer. *N Engl J Med*. 2015 Jul 23;373(4):317-27.
24. Whelan TJ, Olivetto IA, Parulekar WR, Ackerman I, Chua BH, Nabid A, Vallis KA, White JR, Rousseau P, Fortin A, Pierce LJ, Manchul L, Chafe S, Nolan MC, Craighead P, Bowen J, McCreedy DR, Pritchard KI, Gelmon K, Murray Y, Chapman JA, Chen BE, Levine MN; MA.20 Study Investigators. Regional Nodal Irradiation in Early-Stage Breast Cancer. *N Engl J Med*. 2015 Jul 23;373(4):307-16.
25. Giuliano AE, Hunt KK, Ballman KV, Beitsch PD, Whitworth PW, et al. Axillary dissection vs no axillary dissection in women with invasive breast cancer and sentinel node metastasis. A randomized clinical trial. *JAMA* 2011; 305(6): 569-575.
26. Jagsi R, Chadha M, Moni J, Ballman K, Laurie F, Buchholz TA, Giuliano A, Haffty BG. Radiation field design in the ACOSOG Z0011 (Alliance) Trial. *J Clin Oncol* 2014; 32(32):3600-6.
27. Donker M, van Tienhoven G, Straver ME, Meijnen P, van de Velde CJ, Mansel RE, Cataliotti L, Westenberg AH, Klinkenbijl JH, Orzalesi L, Bouma WH, van der Mijle HC, Nieuwenhuijzen GA, Veltkamp SC, Slaets L, Duez NJ, de Graaf PW, van Dalen T, Marinelli A, Rijna H, Snoj M, Bundred NJ, Merkus JW, Belkacemi Y, Petignat P, Schinagl DA, Coens C, Messina CG, Bogaerts J, Rutgers EJ. Radiotherapy or surgery of the axilla after a positive sentinel node in breast cancer (EORTC 10981-22023 AMAROS): a randomised, multicentre, open-label, phase 3 non-inferiority trial. *Lancet Oncol*. 2014 Nov;15(12):1303-10.

## Nuevos retos en el tratamiento y la investigación del cáncer de mama

### New Challenges in the treatment and research of breast cancer

**Ana Lluch Hernández**

*Jefe de Servicio Hematología y Oncología Médica HC Universitario de Valencia. Catedrática de Medicina de la Facultad de Medicina de Valencia. Valencia. España.*

**Correspondencia**

lluch\_ana@gva.es

---

### Resumen

---

La terapia contra el cáncer ha experimentado importantes avances que se han producido con una celeridad inusitada. El arsenal terapéutico se ha intensificado en eficacia contando con los citostáticos o lo que se conoce comúnmente como “quimioterapia”, fármacos de diferentes mecanismos de acción que inducen la apoptosis o muerte celular pero de su escasa especificidad para atacar exclusivamente la célula tumoral, afectando también a células sanas. Recientemente aparecen las nuevas terapias dirigidas contra un objetivo concreto, una proteína o un receptor de membrana ubicada en la célula tumoral,. Las primeras terapias antitumorales introducidas fueron anticuerpos monoclonales de administración intravenosa, sin embargo en los últimos años hemos asistido a un verdadero “boom” con el desarrollo de una nueva familia de terapias dirigidas orales, llamadas inhibidores de tirosinquinasa. Estas novedades en apoyo a la cirugía y la oncorradiología con sus avances espectaculares de los últimos años han contribuido de forma muy importante a una mejora del control de la enfermedad o en la calidad de vida de los pacientes.

**Palabras clave:** *Novedades en el tratamiento. Cáncer de mama.*

---

### Abstract

---

Cancer therapy has undergone major developments that have occurred with unusual speed. The therapeutic arsenal has intensified in effectively having cytostatic or what is commonly known as “chemo” drugs of different mechanisms of action that induce apoptosis or cell death but its poor specificity to attack only the tumor cell, affecting also healthy cells. New therapies directed against a specific target, a protein or a membrane receptor located on the tumor cell recently shown, The first antitumor therapies were introduced intravenously administered monoclonal antibodies, however in recent years have witnessed a real “boom” with the development of a new family of oral targeted therapies, called tyrosine kinase inhibitors. These developments in support of surgery and oncoradiología with its spectacular advances in recent years have contributed very significantly to improved disease control or quality of life of patients.

**Keywords:** *New treatment. Breast cancer.*

La terapia contra el cáncer ha experimentado importantes avances que se han producido con una celeridad inusitada. En los inicios del siglo XXI, el arsenal terapéutico disponible para el paciente enfermo de cáncer ha crecido considerablemente frente a hace tan sólo 20 años.

En este sentido, el arsenal terapéutico disponible hasta hace 15-20 años eran únicamente los citostáticos o lo que se conoce comúnmente como “quimioterapia”. Los citostáticos constituyen un grupo de fármacos de diferentes mecanismos de acción que inducen la apoptosis o muerte celular mediante la interacción con distintos sistemas de la célula, en el ADN, o en el citoesqueleto. La principal desventaja de esta familia de fármacos es su escasa especificidad para atacar exclusivamente la célula tumoral, por lo que su mecanismo de acción necesariamente afecta a células sanas.

Sin embargo recientemente, se han introducido nuevas terapias dirigidas contra un objetivo concreto, una proteína o un receptor de membrana ubicada en la célula tumoral. Las primeras terapias antidiaria introducidas fueron anticuerpos monoclonales de administración intravenosa, sin embargo en los últimos años hemos asistido a un verdadero “boom” con el desarrollo de una nueva familia de terapias dirigidas orales, llamadas inhibidores de tirosinquinasa

Sin embargo, no sólo los nuevos fármacos han supuesto una novedad en el manejo del cáncer, sino que las nuevas técnicas quirúrgicas y radioterápicas, así como la introducción de los programas poblacionales en diagnóstico precoz han supuesto un importante cambio en el manejo de éstos pacientes.

Por un lado, el desarrollo de técnicas quirúrgicas más elaboradas ha contribuido de forma muy importante a una mejora del control de la enfermedad o en la calidad de vida de los pacientes. Así por ejemplo, el establecimiento de cirugías conservadoras en el cáncer de mama ha tenido un impacto fundamental en la calidad de vida de muchas pacientes supervivientes de esta enfermedad que pueden conservar el pecho con resultados estéticos razonables. Por otro lado la resección de metástasis hepáticas en el cáncer de colon, la intervención del tumor primario en cáncer de riñón y de ovario o la resección de metástasis pulmonares y cerebrales han tenido un indudable impacto en la supervivencia de estos tumores en estadios avanzados.

En la misma línea de tratamientos locales, la introducción de nuevas tecnología aplicadas al campo de la radioterapia ha permitido tratamientos locales más intensivos y con mejor tolerancia inmediata y tardía. Así pues, las nuevas técnicas de radiocirugía sobre metástasis cerebrales, la radiofrecuencia sobre lesiones hepáticas o la radioterapia de intensidad modulada son buenos ejemplos de tratamientos novedosos que han modificado los tratamientos de estas enfermedades.

Por otro lado, la introducción de los programas de diagnóstico precoz o de cribado en cáncer de mama, de cuello uterino o en los últimos años de cáncer de colon son responsables de que el espectro de tumores malignos al que nos enfrentamos los clínicos haya cambiado, ya que contribuyen a detectar el cáncer cuando se encuentra en estadios muy iniciales. Así, en estas neoplasias en las que el diagnóstico precoz está implantado, hemos experimentado cómo cada vez hay más tumores de menor tamaño o menos avanzados, lo que nos permite empezar los tratamientos antes y así tratar de forma más exitosa.

Estudios retrospectivos han demostrado que el conjunto de nuevas terapias, cirugías más elaboradas y la introducción de los programas poblacionales de cribado han tenido un importante impacto reduciendo la mortalidad del cáncer desde los años 80. De hecho, se estima entre un 28-65% el descenso en mortalidad atribuido al beneficio de la terapia adyuvante y el diagnóstico precoz en el cáncer de mama <sup>1</sup>.

Sin duda, el pasado del manejo del cáncer ha resultado estar lleno de apasionantes novedades y terapias que han supuesto un verdadero reto para los clínicos que han tenido que permanecer con una mente abierta a los cambios y en un estado de constante aprendizaje. En el futuro debemos aplicar lo que hemos aprendido, e innovar

manteniendo la forma de trabajo que tantos éxitos nos ha reportado en el pasado. En este sentido, se vislumbran en el horizonte nuevos retos aplicables tanto a la investigación como a la clínica.

En primer lugar, como decíamos, el screening o diagnóstico precoz, ha supuesto un cambio en el espectro de tumores incrementando de forma considerable el diagnóstico de cáncer en estadios iniciales<sup>2</sup>. Esto supone una enorme ventaja para el paciente, al que se le ofertan tratamientos dentro de una estrategia curativa. Sin embargo aún hoy surgen muchas preguntas sin respuesta en este campo. La edad de recomendación para iniciar y finalizar la pruebas de screening siguen siendo aún hoy objeto de debate, en este sentido en cáncer de mama se discute sobre el beneficio de iniciar el diagnóstico precoz a los 40 años de edad y no hay tampoco información suficiente sobre si las pacientes ancianas (mayores de 75 años) se beneficiarían igualmente. Este debate sobre el rango de edad o sobre la frecuencia con la que realizar las pruebas de screening es extensible a otros programas en distintos tipos de tumores. Por otro lado, la irrupción de nuevas técnicas de imagen o de laboratorio abre nuevas posibilidades aún inexploradas sobre su posible aplicación dentro de programas de diagnóstico precoz en otros tipos de cáncer.

En cuanto a la cirugía oncológica, este es igualmente un campo en constante evolución como consecuencia de la cada vez mayor especialización y desarrollo técnico. Las innovaciones quirúrgicas tienen siempre un impacto positivo, en ocasiones en términos de calidad de vida como el caso de la cirugía conservadora en mama, en otras ocasiones en términos de reducción de morbilidad o mortalidad operatoria. Estas innovaciones han sido consecuencia en muchos casos de la introducción de nuevas tecnologías en el quirófano. La principal consecuencia en el ámbito clínico, es la creciente necesidad de colaboración entre unidades, servicios o incluso entre distintos hospitales.

Finalmente las nuevas terapias han supuesto un verdadero cambio en el cáncer, sin embargo queda aún mucho camino por recorrer y parece que cuánto más beneficio hemos apreciado en el pasado más nos exigimos para el futuro. Por ello la investigación clínica y el desarrollo de nuevos compuestos es una necesidad acuciante en este contexto. Sin embargo este es un recorrido lleno de obstáculos y dificultades.

En el terreno de la investigación en cáncer, la estrecha colaboración entre clínicos y preclínicos ha supuesto la base de muchos éxitos en el pasado. De hecho, se ha acuñado un nuevo término, conocido como Oncología Translacional, que define la interacción entre la investigación clínica, básica y epidemiológica como medio para reducir la incidencia y mortalidad del cáncer. El desarrollo de terapias dirigidas y la mejoría en el conocimiento de nuevos factores pronósticos moleculares y genéticos se pueden considerar dos ejemplos en los que la interacción entre clínicos y preclínicos ha cosechado mejores resultados.

En definitiva se comienza a vislumbrar un futuro lleno de esperanza para el paciente con cáncer y al mismo tiempo apasionante para el médico y el investigador. De hecho atendiendo a los enormes cambios introducidos en el tratamiento del cáncer que han ocurrido hace relativamente poco tiempo, se espera a relativo corto plazo un importante incremento de las opciones terapéuticas y con ello una evidente ganancia en supervivencia para nuestros pacientes.

## Cirugía del cáncer de mama. Técnicas quirúrgicas de tratamiento y de reconstrucción, momento y tiempos de recuperación

Breast cancer surgery. Treatment surgical techniques and reconstruction, recovery time and time

**Carlos Vázquez Albadalejo**

*Presidente de la Sociedad Española de Patología Mamaria*

### **Correspondencia**

carlosvazquez@doctorvazquez.es

---

### **Resumen**

---

La Cirugía mamaria, y en especial la del cáncer y su prevención, han sufrido importantes modificaciones en los últimos años, consecuencia de los cambios en el conocimiento de la biología de los tumores. El tratamiento locoregional, sigue teniendo una vigencia de primer orden, pero tiende a la individualización según la estadificación tumoral en el momento del diagnóstico. La Cirugía Oncoplástica, permite restituciones de la integridad corporal, estética que anímicamente resultan muy satisfactorias, y la cirugía de reducción de riesgo, en casos de cáncer de mama familiar y/o hereditario, disminuye de forma significativa el riesgo de desarrollarlo. En esta ponencia se abordan las diferentes técnicas de tratamiento y reconstrucción así como el momento en qué están indicadas y los tiempos de recuperación para la mejor valoración de sus circunstancias incapacitantes y la recuperación de la mujer afectada por esta patología.

**Palabras clave:** *Cáncer de Mama. Técnicas quirúrgicas de tratamiento y reconstrucción. Incapacidad laboral por cáncer de mama.*

---

### **Abstract**

---

Breast surgery, and especially cancer and its prevention, have undergone significant changes in recent years, due to changes in the understanding of the biology of tumors. Locoregional treatment, continues to have a first order effect, but tends to individualization according to tumor stage at the time of diagnosis. The Oncoplastic Surgery, allows refunds of bodily integrity, aesthetics are very emotionally satisfying, and risk reduction surgery in cases of hereditary familial breast cancer and / or significantly decreases the risk of developing it. In this paper the different treatment techniques and reconstruction as well as the time they are indicated and recovery times for better assessment of its disabling circumstances and the recovery of women affected by this disease are discussed.

**Keywords:** *Breast Cancer. Surgical treatment techniques and reconstruction. Incapacity for breast cancer*

## INTRODUCCIÓN

El cambio biológico que se produjo en la década de los 90, en cuanto de las teorías sobre la diseminación del cáncer de mama (CM), desde la consideración de que la enfermedad en un principio es exclusivamente local para convertirse posteriormente en regional y luego sistémica, dando paso a la consideración de que desde un primer momento el CM es sistémico, propició un cambio radical en la estrategia terapéutica frente al mismo.

El tratamiento locorregional, cirugía (C) y radioterapia (RT), se modificó y a la vez se puso en valor la terapia llamada adyuvante como la quimioterapia (QT), hormonoterapia (HT) y más recientemente la terapia biológicas antidiaria (TB).

Varios factores propiciaron esta evolución del conocimiento.

**1. La redefinición biológica.** Los modelos de tratamiento local han evolucionado, en el sentido de que ya no se trata de llegar con el bisturí más allá de donde han podido diseminarse las células tumorales, con una extensión escalonada tumor-ganglios linfáticos-vertido a la sangre, y la posterior implantación metastásica a distancia. La estrategia que describió W. S. Halsted a finales del siglo XIX y que se aplicó al modelo de resecciones tumorales conjuntamente con los ganglios linfáticos regionales sea cual fuere la localización, fue la sistémica quirúrgica habitual<sup>1</sup>. La amplitud de las resecciones fue en aumento conforme las técnicas de anestesia y reanimación mejoraron, llegando en este concepto mecanicista de la enfermedad a ser de gran importancia. La presencia de metástasis en pacientes con CM que tenían en el momento de la cirugía ganglios linfáticos sin infiltración tumoral, puso en duda la validez de esta teoría y abrió, junto a otras observaciones, el que la diseminación directa por vía hemática podía ser posible, incluso como mecanismo único de diseminación de los tumores. Esta teoría, defendida en los años 80 por los norteamericanos hermanos Fisher, puso en valor el beneficio de los tratamientos sistémicos básicamente postquirúrgicos como QT y HT<sup>2</sup>.

**2. Una nueva forma de presentación de los tumores.** La confirmación de que la detección precoz del CM, disminuye la mortalidad global por tal causa, no llegó a confirmarse de manera documentada hasta que uno de los primeros estudios en la década de los 60, el norteamericano BCDDP, lo confirmó. La realización de mamografías en mujeres asintomáticas en los segmentos etarios de entre los 50 a los 70 años, demostró una notable disminución de la mortalidad por cáncer de mama<sup>2</sup>. Con posterioridad otros estudios europeos han corroborado la eficacia de diagnóstico precoz, a tal punto que en la actualidad en diversos países y en especial en el nuestro, las campañas de prevención del CM se realizan de forma universal entre los 45-50 años hasta los 65-70 según Comunidades. Mayoritariamente en la actualidad el CM se diagnostica como lesión no palpable (LNP), sobre todo las que provienen de los Programas de Cribado. La frecuencia de carcinomas ductales no in filtrantes, totalmente curables, es del 15% frente al 2% de épocas anteriores. Tumores de hasta 2 cms. son el 70% e igual porcentaje se registra en la frecuencia de ganglios regionales indemnes. Esto ha llevado a que la supervivencia por CM haya mejorado notablemente. Con esta estrategia la supervivencia global tras CM ha pasado de manera global del 65% al 85% en sólo quince años, pero posiblemente no sólo por este motivo sino también por la mejora de los tratamientos, especialmente sistémicos, destacando la eficacia del tamoxifeno en los CM estrogendependientes, que son mayoritarios en los estadios iniciales de la enfermedad<sup>3</sup>.

Existen indicadores que son el objetivo de los Programas de Cribado a la vez que sirven de control de calidad conforme se obtiene resultados de los estudios realizados.

Figura 1

## Indicadores predictores de impacto

Participación (%)	86,76
Adherencia (%)	96,32
Tasa de detección (por 1000 m.e.)	3,95
% de T. Intraductales sobre total de tumores	19,17
% de T. invasivos $\leq$ 10mm sobre total t. Invasivos	37,23
% de T. Intraductales e invasivos $\leq$ 10mm sobre total de tumores	49,21
% Tumores con Ganglios (-) sobre total t. Invasivos	69,06
% Tumores con Ganglios (-) sobre total tumores	74,89

**3. Mejora de la imagen.** El cambio de la mamografía convencional a la digital e incorporación a la misma de la tomosíntesis así como la mejora de los ultrasonidos hasta llegar a sondas de 11 MHz y sobre todo la incorporación de la resonancia magnética con bobinas específicas para mama, han posibilitado la identificación de imágenes sospechosas especialmente en pacientes asintomáticas y el uso de contrastes endovenosos como el gadolinio, colabora valorando el perfil metabólico de las mismas y permite clasificarlas en orden a su posible malignidad<sup>4</sup>.

## ESTRATEGIAS QUIRÚRGICAS ONCOLÓGICAS

Con el uso de esta tecnología se ha reducido extraordinariamente la **Cirugía Diagnóstica** y por tanto el número de biopsias innecesarias. No es razonable que para conocer la naturaleza de una lesión haya que recurrir la intervención quirúrgica, con todo lo que supone el paso por un quirófano: anestesia local/general, hospitalización, morbilidad.... Incluso secuelas que se reflejan en las imágenes, especialmente en las mamografías y que dificultan el seguimiento posterior. Toda esta estrategia ha sido sustituida por las biopsias aspirativas, por punción, radioguiadas y preferentemente usando aguja gruesa. La repercusión laboral de estos procedimientos radiológicos invasivos (core- biopsy) son mínimos y en menos de una semana una paciente puede saber si la lesión que presenta es tributaria o no de una intervención quirúrgica complementaria.

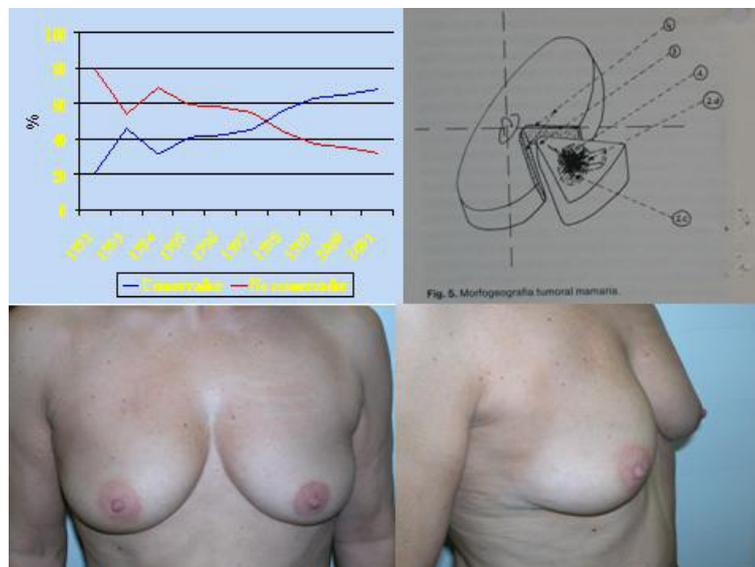
Cuando tras la obtención de una muestra en la que se detecta tejido tumoral la intervención quirúrgica es necesaria y hay que valorar la realización de las técnicas que comprendan el **Tratamiento Conservador (TC) vs Mutilante con Mastectomía Total (MT)**.

Los diagnósticos actuales, especialmente en las mujeres que proceden de Programas de Cribado, presentan tumores pequeños sin una clara afectación axilar. En estos casos la conservación de la mama es obligada. Su eficacia fue demostrada en la década de los 80 tras los ensayos clínicos realizados por U. Veronesi y casi inmediatamente en USA por el B. Fisher. En los mismos estadios tumorales el TC (tumorectomía, vaciamiento axilar y radioterapia), tiene a los diez años la misma supervivencia (83%), que la mastectomía radical con vaciamiento axilar. Este paralelismo en los resultados se han mantenido en publicaciones de ambos grupos treinta años después<sup>5,6</sup>.

Supone la realización de una tumorectomía con márgenes libres de tejido neoplásico y la reconstrucción glandular mediante estrumoplastias (cirugía oncoplástica). Esto

combinado al uso de cualquier incisión cutánea que permita obtener un buen resultado estético final es uno de los objetivos: combinar la cirugía oncológica consiguiendo una buena cosmesis. La tasa de TC en la actualidad ha aumentado en más del doble de la que se realizaba antes de los Programas<sup>7</sup>.

Figura 2



La cirugía debe complementarse con RT sobre el volumen mamario para que no se produzcan recidivas locales cifrada en el 38% sin RT y 25% con RT a los 20 años del tratamiento. Omitir este tratamiento está fuera de los estándares actuales y disminuye la supervivencia.

Esta cirugía puede realizarse en programas de corta estancia, con lo que no llega ni a producirse la pernoctación en el hospital y en una semana se pueden remitir las pacientes a los tratamientos postquirúrgicos (RT y/o sistémicos).

Como la probabilidad de que no haya afectación ganglionar regional es muy alta, en vez de la linfadenectomía habitual, se realiza la biopsia selectiva del ganglio centinela (GC). Para ello hay que estudiar previamente y con ultrasonidos los ganglios axilares, que son los que tienen mayor probabilidad de estar afectados (97%) y realizar igualmente una punción de los mismos. Esto demostrará la afectación y la intensidad de la misma (por células aisladas, micro o macrometástasis) y proceder quirúrgicamente realizando o no el vaciamiento axilar<sup>8</sup>. Esta determinación está actualmente en controversia desde la publicación de recientes ensayos, que omiten el vaciamiento axilar sustituyéndolo o no por la RT<sup>9,10</sup>.

Esta exploración se puede solapar en el tiempo con la punción axilar con lo que en diez días se pueden realizar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos tanto sobre la mama como sobre la axila.

No obstante en pacientes que tienen una mala proporción entre el tamaño tumoral y el volumen mamario, lo que impide realizar el TC, la MT en cualquiera de sus variantes combinada con el GC tiene una clara indicación. Otros factores como la extensión intraductal, la multicentricidad tumoral valoradas con RM, enfermedades del colágeno o el carcinoma inflamatorio frenado son indicación de MT. Por tanto en estos casos el proceso quirúrgico puede suponer una ILT mayor, dependiendo si existe o no retención serosa axilar, que suele ser muy habitual.

## RECONSTRUCCIÓN MAMARIA. CIRUGÍA ONCOPLÁSTICA

La **reconstrucción mamaria** es parte integral en el tratamiento del cáncer de mama con indicación de mastectomía. (RPM). Las pacientes deben recibir una información adecuada que incluya la elección de la técnica y su descripción, los tiempos quirúrgicos necesarios, el momento más adecuado, los posibles resultados estéticos y las complicaciones, así como las eventuales soluciones que se deberán aportar en caso de que éstas aparezcan<sup>11</sup>.

**Cirugía oncoplástica:** Conjunto de soluciones quirúrgicas que permiten la restitución estética de la mama tras una mastectomía o cirugía conservadora, así como la corrección de las secuelas de otros tratamientos. Por tanto este concepto incluye diversas técnicas de mamoplastia, estrumoplastias, reconstrucciones mamarias y la cirugía de la prevención.

La RPM está incluida en el tratamiento de las pacientes con indicación de mastectomía en la mayoría de los documentos, directrices y recomendaciones sobre la terapia del cáncer de mama.

Tipos de reconstrucción: Autólogas, son las que se realizan con tejidos de la propia paciente, heterólogas, son las que precisan de expansores o prótesis y mixtas, combinan ambas técnicas.

Según el momento, puede ser, **Inmediata**, que es la que se realiza en el mismo momento de la intervención de resección oncológica o **diferida** la que se realiza transcurrido un periodo de tiempo variable tras la intervención. Si se ha realizado tratamiento adyuvante, es aconsejable esperar un mínimo de 1 año tras finalizar el tratamiento con radioterapia y un periodo aproximado de unos 6 meses tras la quimioterapia.

El factor limitante más importante a la hora de decidir el momento de la reconstrucción sería la necesidad de aplicar radioterapia (RT) adyuvante. En caso de ser necesaria la misma y haber realizado la reconstrucción con un expansor, no es imprescindible la retirada del mismo para un adecuado tratamiento oncológico. Cuando se vaya a necesitar quimioterapia adyuvante, con radioterapia posterior y se haya colocado un expansor, debería procederse a la sustitución del mismo por una prótesis definitiva antes de iniciar el tratamiento radioterápico.

### Técnicas de RPM mediante expansores tisulares / prótesis

Es la inserción de un implante protésico en la zona de mastectomía, ubicado en el área retropectoral. La elección de expansor tisular o prótesis dependerá de las características de cada paciente. La RPM se podrá realizar en un solo tiempo mediante prótesis-expansora con la finalidad de evitar reintervenciones, aunque la necesidad de cirugía de remodelación hace que frecuentemente deba cambiarse por implantes definitivos.

### Técnicas de RPM mediante colgajos autólogos

#### 1. Transposición del músculo gran dorsal (TGD)

Supone la traslación al tórax de la totalidad o parte del músculo *latissimus dorsi* con una isla de piel y tejido celular subcutáneo de una dimensión adecuada. Precisa habitualmente de la colocación de una prótesis o expansor tisular de forma simultánea o diferida para obtener un volumen adecuado. En ocasiones requiere exploraciones complementarias para asegurar la integridad del pedículo vasculonervioso toracodorsal.

#### 2. Transposición del músculo recto anterior del abdomen (TRAM pediculado)

Permite la traslación de piel, grasa y masa muscular abdominal al tórax, utilizando el pedículo arteriovenoso epigástrico superior que discurre en el espesor de los músculos rectos anteriores del abdomen. Para aumentar su flujo existe la posibilidad técnica de

diferirlo tras la sección del pedículo epigástrico inferior para tratar de aumentar el aporte sanguíneo desde la epigástrica superior. No obstante esta variación técnica está en desuso.

### 3. Técnicas de microcirugía (DIEP / SIEA / TRAM libre)

Son las técnicas que se basan en la transferencia microquirúrgica únicamente de piel y grasa de la zona dadora, generalmente del abdomen, sin precisar de un sacrificio muscular (DIEP / SIEA) o con un sacrificio parcial (TRAM libre) para conseguir una vascularización adecuada. Existen otras zonas dadoras menos utilizadas como la zona glútea (SGAP /IGAP) o la cara interna de los muslos (TUGF).

Esta estrategia reconstructora en el caso de la colocación del expansor o prótesis simultáneamente con la mastectomía, puede alargar en dos meses más la baja laboral que la misma mastectomía origina, ya que el hinchado del expander con suero, con inyecciones periódicas, tarda al menos un mes. Si el expansor se coloca de forma diferida hay que añadir el mismo período de tiempo al que hay que sumar el correspondiente a la colocación del implante definitivo (otro mes más, al menos).

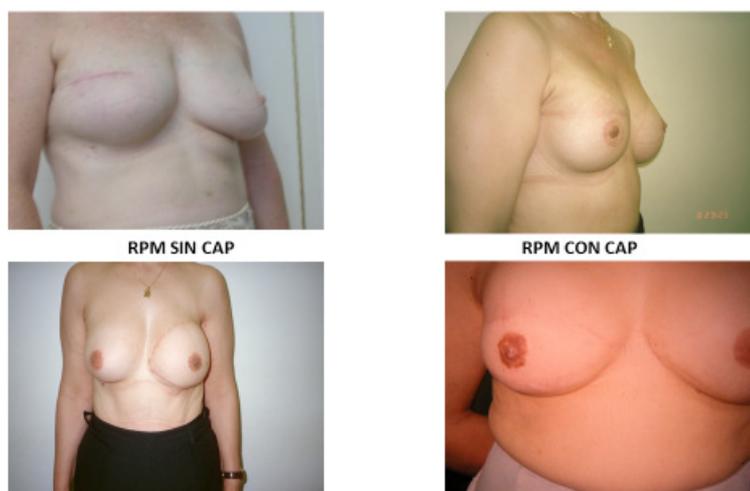
En el caso de plastias músculo-cutáneas, la morbilidad postquirúrgica es mucho mayor y más aún si se utilizan colgajos abdominales, ya que hay complementar la resección de la isla grasa o musculocutánea con el desplazamiento de la piel abdominal (epidermoplastia) hasta el hipogastria con reubicación del ombligo. Por tanto la incapacidad laboral puede ser de 2 a 4 meses.

### Técnicas para la reconstrucción del complejo areola-pezón (CAP)

**Reconstrucción de areola:** Es recomendable diferirla hasta que la mama reconstruida ha alcanzado su forma y posición final y presenta el mayor grado de simetría posible respecto a la mama contralateral (en torno a 6 meses). El objetivo es conseguir una estructura que proyecte de forma similar en volumen y posición al pezón contralateral así como una zona pigmentada de configuración, ubicación y color lo más parecida a la areola contralateral. Existen diversas posibilidades para reconstruir la areola, entre otras: autoinjerto de piel de pliegue inguinoperineal, autoinjerto de areola contralateral, autoinjerto de piel mallado y tatuajes.

**Reconstrucción de pezón:** se puede realizar mediante distintas técnicas, entre otras: autoinjerto de pezón contralateral y colgajos locales (distintas técnicas).

Figura 3. Diferentes técnicas de RPM



Es deseable que esta fase de la RPM pueda desarrollarse en un solo tiempo, efectuándolo bajo anestesia local y en régimen ambulatorio, sin ingreso hospitalario, aunque las zonas donantes crean, especialmente en la ingle, una limitación estimada en dos semanas.

## Integración del tratamiento radioterápico en la RPM

La eficacia de la irradiación no se ve alterada por la prótesis o el expansor. La irradiación de prótesis mamaria empeora discretamente la cosmética, especialmente por la contractura capsular. También puede producirse radiodermitis con pérdida de elasticidad de la piel.

Los estudios con dosimetrías repetidas in vivo no revelan cambios significativos con la dosis prescrita. La irradiación de expansores tisulares debe iniciarse cuando el periodo de expansión ha finalizado, aunque por razones cosméticas es preferible el cambio del expansor a prótesis definitiva, antes de comenzar la irradiación.

Los estudios dosimétricos de expansores revelan un aumento discreto de la dosis alrededor de la parte metálica (radiación dispersa), que no parece contribuir de forma significativa en la alteración de la cosmética.

En los casos en que se haya practicado una irradiación adyuvante es mejor la reconstrucción con tejido autólogo en cualquiera de sus variantes.

## Implicaciones de los tratamientos sistémicos

La reconstrucción mamaria inmediata no retrasa el inicio de la quimioterapia adyuvante en la mayoría de enfermas, ni interfiere con las dosis totales de quimioterapia, número de ciclos, espacio entre los ciclos y uso de antibióticos y factores de crecimiento hematopoyético.

El tratamiento sistémico con hormonoterapia no comporta ninguna contraindicación para la reconstrucción mamaria diferida o inmediata.

La administración de trastuzumab (Herceptin®) de forma concomitante o secuencial a la quimioterapia, ya sea en adyuvancia o neoadyuvancia, no condiciona efectos adversos que contraindiquen una reconstrucción mamaria inmediata.

## CIRUGÍA DE REDUCCIÓN DE RIESGO

Hasta hace pocos años los factores de riesgo más usados eran los relacionados con la vida hormonal y reproductiva de las mujeres, pero desde los años 90, han cambiado notablemente. Ya no se baraja la menarquia precoz como elemento de riesgo sino el cáncer previo en la misma paciente o el derivado de antecedentes heredo-familiares. Estos factores unidos al hecho de haber sufrido una biopsia con resultado histológico de hiperplasias atípicas o neoplasia lobulillar in situ, conforman los factores de riesgo actualmente más valorados. Por tanto ha habido un cambio a considerar el cáncer previo, las formas histológicas pre-neoplásicas y la herencia como los factores de riesgo de mayor importancia.

En base a ello la prevención que se ha diseñado es actualmente quirúrgica, dada la indefinición existente todavía para el uso de fármacos, que aunque sabemos que reducen el riesgo, no está definida la dosis, el momento de su uso y la duración del tratamiento. Por tanto, es la llamada Cirugía de Reducción del Riesgo (CRR), la solución de mayor eficacia en el momento actual.

Dentro de este riesgo es mayor el que presentan las mujeres portadoras de mutación en los genes BRCA1 y 2. La probabilidad de desarrollar un cáncer de mama y/o ovario a lo largo de su vida está entre el 70% y 45% respectivamente. Parece ser que en la población española es algo menor<sup>12</sup>.

Dentro de las técnicas quirúrgicas hay que considerar:

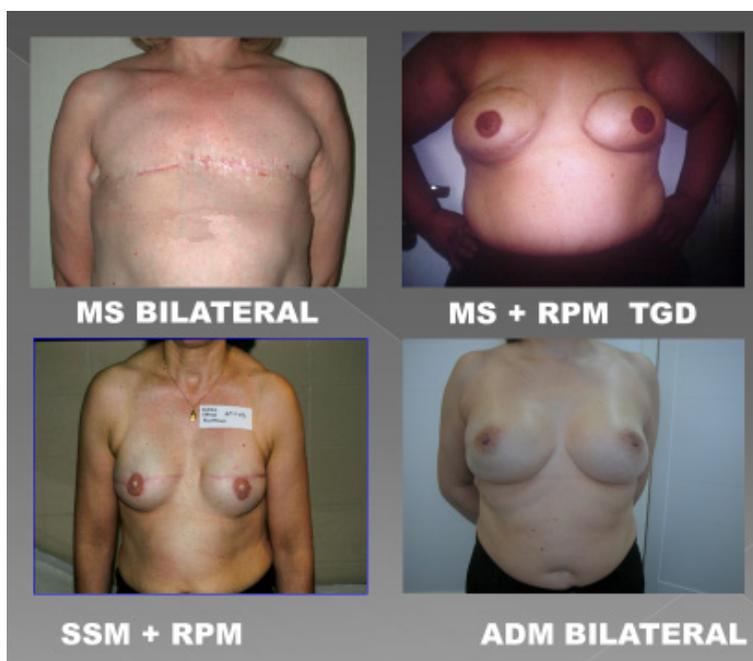
1. Para **el cáncer de ovario** la práctica de una salpingo-oforectomía bilateral, que reduce la probabilidad de desarrollarlo en más del 80%. El momento sería cuando la paciente ha terminado su vida reproductiva, entre los 35 años, y se puede

realizar por vía laparoscópica con baja morbilidad. La baja laboral puede estimarse en 15 días.

2. Para **el cáncer de mama**, la mastectomía bilateral en cualquiera de sus variantes, es la técnica que reduce en más del 95% el riesgo. Entre el 2% y 3% de las mujeres, cuando se realiza la intervención ya tienen enfermedad oculta maligna, por lo que se recomienda practicar estudios anuales con resonancia magnética hasta que se realiza la intervención. Existen multitud de publicaciones que corroboran la utilidad de la cirugía, con estudios realizados en algunas de ellas de más de 500 pacientes.

Técnicamente puede realizarse una mastectomía total con o sin reconstrucción, una mastectomía preservadora de piel con reconstrucción inmediata, o una adenomastectomía (mastectomía subcutánea) (**ADM**) también con reconstrucción inmediata. Con esta última técnica es posible la conservación de la areola y el pezón. Estas reconstrucciones pueden seguir la secuencia de expansor provisional y prótesis definitiva. La edad en la que puede plantearse debe estar sobre los 30 años y merece especial atención el control de la mama en base a la futura maternidad.

Figura. 4. Varias técnicas de CRR



Son técnicas que tienen intencionalidad oncológica y que con frecuencia presentan complicaciones. La paciente debe conocer los riesgos y aceptar ser intervenida con un convencimiento total, puesto que en realidad se trata de eliminar un peligro potencial. En caso de ser intervenidas y en ausencia de complicaciones, el periodo de tiempo de incapacidad laboral transitoria puede estimarse entre 2 y 6 meses.

## RESUMEN

La Cirugía mamaria, y en especial la del cáncer y su prevención, han sufrido importantes modificaciones en los últimos años, consecuencia de los cambios en el conocimiento de la biología de los tumores. El tratamiento locorregional, sigue teniendo una vigencia de primer orden, pero tiende a la individualización según la estadificación tumoral en el momento del diagnóstico. La Cirugía Oncoplástica, permite restituciones de la integridad corporal, estética que anímicamente resultan muy satisfactorias, y la cirugía de reducción de riesgo, en casos de cáncer de mama familiar y/o hereditario, disminuye de forma significativa el riesgo de desarrollarlo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Halsted WS. The results of operations for the cure of cancer of the breast performed at the John's Hopkins Hospital from June 1889 to January 1894. *Ann Surg* 1894; 20: 497-555.
2. Early breast Cancer Trialists' Collaborative group (EBCTCG). Effects of chemotherapy and hormonal therapy for early breast cancer on recurrence and 15-year survival: an overview of the randomized trials. *Lancet* 2005; 365(9472):1687-717.
3. Davies C, Houghao Pan, Godwin J, et al. Long-term effects of continuing adjuvant tamoxifen to 10 years versus stopping at 5 years after diagnosis of estrogen receptor-positive breast cancer: ATLAS, a randomized trial. *Lancet* 2013; 381: 805-16.
4. Camps J, Sentís M, Ricart V et al. Utilidad de la resonancia magnética en la evaluación local del cáncer de mama. Impacto en el cambio de actitud terapéutica en una serie prospectiva de 338 pacientes. *Rev Senología Patol Mam* 2007;20(2):53-66.
5. Veronesi U, Saccozzi R, Del Vecchio M, et al. Comparing radical mastectomy with quadrantectomy, axillar dissection and radiotherapy in patients with small cancers of the breast. *N engl J Med* 1981;305(1):6-11.
6. Fisher B, Redmond C, Poisson R, et al. Eight-year results of a randomized clinical trial comparing total mastectomy and lumpectomy with or without irradiation in the treatment of breast cancer. *N Engl J Med* 1989; 320(13):822-8.
7. Ascunce N, Ederra M, Delfrade J, et al. Impact of intermediate mammography assessment on the likelihood of false positive results in breast cancer screening programmes. *Eur Radiol* 2012; 22(2):331-40.
8. Consenso sobre la biopsia selectiva del ganglio centinela en el cáncer de mama. Revisión 2013 de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria. *Rev Senol Patol Mamar.* 2014;27(1):43-53.
9. Giuliano AE, McCall L, Beitsch P, et al. Locoregional recurrence after sentinel lymph node dissection with or without axillary dissection in patients with sentinel lymph node metastases: the American College of Surgeons Oncology Group Z0011 randomized trial. *Ann Surg.* 2010; 252(3):426-32.
10. Rutgers EJ, Donker M, Straver ME, Meijnen P, Van De Velde CJH, Mansel RE, et al. Radiotherapy or surgery of the axilla after a positive sentinel node in breast cancer patients. Final analysis of the EORTC AMAROS trial (10981/22023) [abstract]. *J Clin Oncol* 2013; 31: LBA 1001.
11. M. J. Giménez Climent, A. Piñero, B. Merck, C. Vázquez y Grupo de Expertos. Reunión de consenso sobre la reconstrucción postmastectomía. *Rev Senología Patol Mam* 2008. 21 (3): 106-112.
12. Kurman RJ, Vang R, Junge J et al. Papillary tubal hyperplasia: the putative precursor of ovarian atypical proliferative (borderline) serous tumors, noninvasive implants, and endosalpingiosis. *Am J Surg Pathol.* 2011 Nov; 35(11):1605-14.
13. Meijers-Heijboer H, van Geel B, van Putten WL et al. Breast cancer after prophylactic bilateral mastectomy in women with a BRCA1 or BRCA2 mutation. *NEJM* 2001;345:159-64.
14. Rebbeck TR, Friebel T, Wagner T, et al. Effect of short-term hormone replacement therapy on breast cancer risk reduction after bilateral prophylactic oophorectomy in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers: the PROSE Study Group. *J Clin Oncol* 2005;23:7804-10.
15. Pesce C, Liederbach E, Wang C et al. Contralateral prophylactic mastectomy provides no survival benefit in young women with estrogen receptor negative breast cancer. *Ann Surg Oncol.* 2014;21(10):3231-9.

## III Congreso de Médicos Inspectores de la Administración de la Seguridad Social

Madrid, 19 y 20 de noviembre de 2015

### Ponencias

Mesa 5

## LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN EN MEDICINA EVALUADORA: ACTUALIZACIÓN, FORMACIÓN CONTINUADA

### MODERA:

#### **Javier Sainz González**

Subjefe Médico Unidad Médica Instituto Nacional de la seguridad Social. Madrid. España.

### PONENTES:

#### **Jerónimo Maqueda Blasco**

Director de la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.  
Presidente de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina del Trabajo. Madrid. España.

#### **M.<sup>a</sup> Teresa Criado del Río**

Especialista en Medicina Legal y Forense. Profesora Titular de Medicina Leal y Forense. Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza. Zaragoza. España.

#### **M.<sup>a</sup> del Rosario Valero Muñoz**

Médico Inspector Jefe. Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas Instituto Nacional de la Seguridad Social. Madrid. España.

## Formación en Medicina del Trabajo: competencia y sostenibilidad

### Training in Occupational Medicine: competency and sustainability

**Jerónimo Maqueda Blasco**

*Director de la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.  
Presidente de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina del Trabajo. Madrid. España.*

**Correspondencia**

jmaqueda@insht.meyss.es

---

## Resumen

---

En esta ponencia, se debate sobre las distintas fases de la formación médica y los entornos de formación más adecuados. La evolución seguida en España en la formación en Medicina del Trabajo así como la actuación de la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo, como institución de referencia, sus programas de formación y las nuevas estrategias basadas en e-learning para superar las barreras del Médico del Trabajo a la formación continua.

**Palabras clave:** *Medicina del Trabajo, especialización, docencia, formación continua, e-learning.*

---

## Abstract

---

In this paper, there is debate on the several stapes of medical training and the most appropriate training environments for each one. The evolution followed in Spain in training in Occupational Medicine and the performance of the National School of Occupational Medicine, as a reference institution, the current training programs and the new strategies based on e-learning developments to overcome barriers for occupational medicine practitioners long live training.

**Key words:** *Occupational Medicine, specialization, teaching, long live training, e-learning.*

## INTRODUCCIÓN: EDUCACIÓN MÉDICA PROFESIÓN Y SOCIEDAD

Los espacios profesionales son fruto de un proceso de evolución de la Sociedad y de la Población que se materializa en la generación de políticas públicas, el desarrollo de estas políticas genera nuevos espacios y por lo tanto nuevas necesidades que crean a su vez espacios profesionales que hay que dotar de competencias para conseguir una eficacia en la satisfacción de las necesidades creadas.

La Medicina no es ajena a este proceso, de tal manera su respuesta a las necesidades de salud de la Sociedad se traduce en la generación de especialidades. En este sentido la respuesta de la Medicina al nacimiento de los sistemas de Seguridad Social y a la instalación de una cultura social del derecho a la salud en el trabajo ha sido la Medicina del Trabajo.

La necesidad que la Sociedad tiene de la Medicina del Trabajo se manifiesta en el pronunciamiento que hacen la OMS y OIT que la reconoce claramente como Especialidad Médica, definiéndola como: “La especialidad médica que, actuando aislada o comunitariamente, estudia los medios preventivos para conseguir el más alto grado de bienestar físico, psíquico y social de los trabajadores, en relación con la capacidad de éstos, con las características y riesgos de su trabajo, el ambiente laboral y la influencia de éste en su entorno, así como promueve los medios para el diagnóstico, tratamiento, adaptación, rehabilitación y calificación de la patología producida o condicionada por el trabajo”.

La Medicina del Trabajo queda situada como área propia del conocimiento médico que requiere un proceso formativo para adquirir competencias (conocimiento + habilidades) específicas y no abordables desde otras especialidades.

## EL CONTEXTO DE LA FORMACIÓN EN MEDICINA DEL TRABAJO

El diseño de la Formación Médica, tiene tres referencias:

- A nivel internacional y como referente no gubernamental se encuentran los criterios y consensos de la **Federación Internacional e Educación Médica (WFME)**.
- En el Marco Europeo encontramos la referencia del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES).
- y por último en nuestro país la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (Ley 44/2003).

La WFME, define tres etapas dentro del itinerario de la formación médica, cada una de ellas con objetivos formativos propios y con un rol diferente en la **adquisición, fortalecimiento y sostenibilidad** de la competencia en medicina.

La adquisición de competencias constituye la misión principal de la **Formación Médica Básica** (formación de grado). De acuerdo a la WFME este primer periodo debe contribuir a modelar un profesional capaz de hacer frente al crecimiento del conocimiento científico y la innovación en tecnología médica e inculcar una aptitud hacia la necesidad de formación durante toda la vida.

El **fortalecimiento y la profundización en áreas específicas del conocimiento médico** constituye una segunda etapa en la formación del médico, abordable, de acuerdo a la WFME, mediante programas de especialización médica y sobre-especialización y programas de formación de expertos dirigidos a la intensificación de la formación en competencias o habilidades que fortalecen el conocimiento especializado, en estos últimos programas es especialmente relevante la convergencia con la Universidad mediante el desarrollo del tercer ciclo a través de programas de Doctorado o Másteres. Las áreas de capacitación específicas desarrolladas por el Real Decreto 639/2014 que regula la troncalidad abren un espacio de oportunidad en profundizar en nuevas áreas de especialización.

La sostenibilidad de las competencias adquiridas en las dos anteriores etapas a través de la formación continua, constituye, de acuerdo a la WFME, la actividad de mayor alcance en el “continuum de la educación médica” y permite lo que la propia WFME denomina **Desarrollo Profesional Continuo**.

La formación médica continua es tan relevante para el ejercicio médico eficiente que se configura como un derecho y una obligación tanto en el ámbito privado como público, derecho recogido en la Ley Ordenación de las Profesiones Sanitarias (Ley 44/2003). En nuestro ámbito la garantía de acceso a este derecho debería ser un criterio para obtener la acreditación de la actividad sanitaria de los servicios de prevención.

La enfermedad relacionada con el trabajo es un suceso de salud objeto de atención por tres sistemas diferentes:

- El Sistema Sanitario, a través de la Ley de Salud Pública y la ya mencionada Ley de Ordenación Profesional.
- El Sistema de Seguridad Social a través de la Ley General de Seguridad Social, tanto en los aspectos relacionados con las contingencias profesionales, como en la calificación de la incapacidad laboral.
- El Sistema de Prevención de Riesgos Laborales, a través de las acciones relacionadas con la actividad sanitaria de los Servicios de Prevención.

Por lo tanto el aprendizaje de la Medicina del Trabajo en sus contenidos clínicos y preventivos tiene que generar competencias para estos tres sistemas.

## ETAPAS EN LA FORMACIÓN EN MEDICINA DEL TRABAJO EN ESPAÑA

La formación en Medicina del Trabajo en nuestro país se inicia a partir de la Ley Dato y en el contexto de la mejora de la atención al accidente de trabajo. En 1928 se imparte en el Instituto de Re-educación de Inválidos del Trabajo el primer curso sobre Medicina de los Accidentes de Trabajo, dirigido por Antonio Oller, la formación en Medicina del Trabajo nace, en nuestro país, en el marco del aseguramiento del daño laboral, sin embargo dos años después y tras la creación de la Cátedra de Higiene del Trabajo Profesional e Industrial en la Escuela Nacional de Sanidad la formación de Medicina del Trabajo cobra una dimensión más integral y una orientación preventiva.

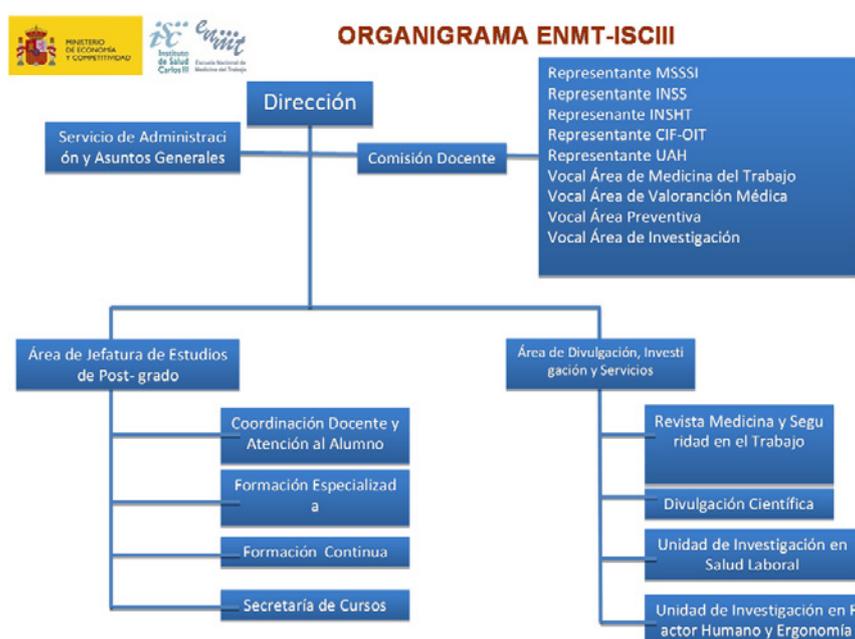
En el desarrollo de los programas de formación de Medicina del Trabajo en nuestro país ha seguido diferentes etapas:

- **1900 a 1936:** Durante el cual surgen las primeras instituciones relacionadas con la atención al trabajador accidentado y su reinserción, aparecen los primeros intentos de academizar la formación en Medicina del Trabajo y surgen aspectos relacionados con la Enfermedad Profesional, Inspección Médica y Valoración Médica de la Incapacidad.
- **1940-1987:** Etapa en la que se crea el Instituto Nacional de Medicina, Higiene y Seguridad en el Trabajo y la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo y se desarrolla un espacio profesional para Medicina de Empresa con capacitación específica.
- **1988-2003:** En este periodo se reconoce la Medicina del Trabajo como especialidad Médica, insertando sus programas en el espacio universitario de postgrado, que impulsa la creación de las Escuelas Profesionales de Medicina del Trabajo, mayoritariamente dependientes de las cátedras de Medicina legal.
- **2004-2013:** Representa la situación actual en la que se ha producido una completa integración de la Medicina del Trabajo en la formación médica especializada tanto en el modelo de relación laboral (estatuto MIR), como en sus estructuras docentes.
- **A partir de 2014:** Se produce un cambio de modelo en la formación médica especializada en el que hay una troncalización de las especialidades médicas, quedando la Medicina del Trabajo integrada dentro del Tronco Médico. Esta troncalidad supondrá una completa revisión más de los programas formativos que de las competencias a adquirir por el especialista en formación.

## LA FORMACIÓN EN MEDICINA DEL TRABAJO DESDE LA ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA DEL TRABAJO

La creación de la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo (ENMT) en 1946, viene a dar respuesta a la necesidad de formar al médico en la atención preventiva y asistencial de los trabajadores, en el marco político del proteccionismo de postguerra, bajo la adscripción al Instituto Nacional de Previsión (INP).

Posteriormente y tras la reforma democrática de la sanidad pasa a integrarse en el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) y cerrado el proceso de transferencia de la red asistencial pública en 2002, se adscribe al Instituto de Salud Carlos III como centro propio al que se añade el Dispensario Central de Enfermedades Profesionales, de hecho ya inexistente en ese momento, que debiera haberse configurado como Unidades Clínicas de Referencia en esta materia.



Tras la sucesión de diversos Directores, en 2006 se aborda un Plan Estratégico que asienta las bases de la actual ENMT. Este Plan se fundamenta en la movilidad del conocimiento a través de las tecnologías de la información y comunicación hacia tres objetivos estratégicos:

- Generar Competencia en Medicina y Enfermería del Trabajo.
- El apoyo al profesional en ejercicio.
- La generación de conocimiento y la asesoría en Salud y Condiciones de Trabajo.

El primer objetivo se aborda a través de la Oferta de Formación y el Programa de Divulgación Científica.

La Oferta de Formación incluye tres programas que responden a las necesidades de las diferentes etapas profesionales.

### 1. Programa de Especialización en Medicina y Enfermería del Trabajo

Con este programa la ENMT da respuesta a los contenidos teóricos prácticos incluidos en los programas oficiales tanto MIR como EIR de trabajo.



situaciones de prevención de riesgos laborales a las que de forma habitual o extraordinaria puede encontrarse en la actividad de un servicio de prevención, definir tareas, identificar el papel de la Unidad Básica de Salud, identificar las tareas a coordinar con el área técnica del servicio y crear una cultura de trabajo multidisciplinar.

- 3.2. La realización de un estudio de revisión sistemática: Actividad dirigida a que el MIR adquiera habilidades en el manejo de resultados de investigación, la identificación de la evidencia científica y su traslación a la práctica clínica y preventiva.
- 3.3. La formulación de un proyecto de investigación: Actividad que de acuerdo al programa oficial de la especialidad, debe superar el MIR, y que se dirige a que adquiera habilidades en el método científico: realizar un análisis del estado actual de conocimiento de un determinado tema, proponer una hipótesis explicativa, formular objetivos alcanzables, proponer una metodología de trabajo y estructurar un plan de trabajo.



En formación de la especialidad de Enfermería del Trabajo, la ENMT en colaboración con las Unidades Docente que tienen prevista su migración a Unidades Docentes Multiprofesionales tiene ya diseñado el itinerario formativo que permitirá cumplir los objetivos docentes EIR tanto teórico-prácticos como de investigación.

## 2. Programa de Intensificación en áreas específicas del conocimiento

Este programa está integrado en la formación de posgrado universitario en el marco del Espacio Europeo de Educación Superior, por lo tanto es un programa que se canaliza mediante proyectos docentes compartidos Universidad- ENMT, respondiendo a la política de títulos propios de las respectivas Universidades con las que se colabora. En este programa se imparten tres títulos: Master en Valoración Médica de la Incapacidad Laboral y Dependencia (título propio con la Univ. de Alcalá de Henares), Diploma de Valoración Médica de la Incapacidad Laboral (título propio con la Univ. Miguel Hernández), Experto Universitario en Enfermedades Profesionales (título propio con la Univ. de Islas Baleares). En la actualidad este programa está orientándose a una internacionalización, habiéndose diseñado una Maestría de Medicina Ocupacional y Ambiental en colaboración con la Univ. Católica Santa María de Arequipa (Perú).

## 3. Programa de sostenibilidad de la competencia

Este programa está integrado por una serie de programas de formación dirigido a la actualización permanente del conocimiento, integrado por lo tanto en la formación médica y enfermera continua y responde a lo establecido en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

Este programa se centra en la atención al profesional en ejercicio y sus principios son:

- Basada en necesidades.
- Accesible.
- Acreditada.
- Fomentar una interacción ambidireccional.
- Proceso continuo de revisión.

Las actividades docentes de este programa están jerarquizadas en función a cuartiles de necesidades percibidas por los profesionales en ejercicio. Esta jerarquización fue posible gracias a una investigación sobre Necesidades Formativas en Medicina y Enfermería del Trabajo realizada por la ENMT en colaboración con la AEEMT, SEMST, FEDEET y AET.

#### 4. Programa de Servicios de Formación en Empresas

Este programa responde a una labor de asesoría y prestación de servicios de formación en Medicina y Enfermería del Trabajo mediante el cual la ENMT, en función de las necesidades de clientes, diseña programas formativos ad hoc, imparte ediciones especiales de cursos propios o bien tutela o certifica programas de formación.

### CALIDAD DOCENTE: LA EVALUACIÓN PRE-POST

La calidad de la acción formativa de la ENMT ha sido una continua preocupación de su equipo directivo y motivo de atención preferente.

Todos los programas que implican la expedición de un título, diploma o certificado de competencia son sometidos a una evaluación previa a su impartición por una entidad externa.



Entre los órganos y mecanismo de control y calidad se encuentran:

1. **La Comisión Docente de la ENMT:** Órgano de carácter asesor al Director General del ISCIII, en el que se integran dos tipos de vocalías:
  - a) Vocalías de representación Institucional de organismos clave en áreas de formación médica y de competencia de Medicina del Trabajo: Dirección General de Ordenación Profesional del MSSSI, INSHT, INSS, Universidad y Centro Internacional de Formación de la Organización Internacional del Trabajo (CIF-OIT).
  - b) Vocalías en áreas de competencia: Medicina del Trabajo, Enfermería del Trabajo, Valoración Médica, Área Técnica y Área de Investigación.

2. **Comisión de Formación Continua de las Profesiones Sanitarias** de la Comunidad de Madrid: Toda la formación continua de la ENMT, se desarrolla en el marco de la ley de ordenación de las profesiones sanitarias y contribuye al desarrollo de la carrera profesional, por lo tanto se somete a la acreditación de la CFC y a su auditoría.
3. **Órganos Universitarios de regulación**, a cuya aprobación se someten los proyectos curriculares que obtendrán títulos de posgrado.

La evaluación POST incluye la evaluación por parte de los alumnos de puntos claves de la actividad: Contenidos, Proceso y Docentes. El grado global de satisfacción de los MIR-1 con su formación en el CUSMET es de 4,2 sobre 5.

## Evaluación de la competencia

Cualquier título emitido por la ENMT ha requerido que al alumno acredite su competencia en relación al programa impartido. La evaluación de la competencia sigue un proceso continuo dirigido a objetivar la adquisición de conocimientos y de habilidades, este proceso incluye:

- Participación activa en el programa y actividades.
- Regularidad en el seguimiento del programa.
- Revisión del resultado de la actividad del alumno por pares.
- Defensa y exposición de temas.
- Prueba objetiva de conocimiento.

## LA EQUIDAD EN LA FORMACIÓN CONTINUA

El profesional en medicina y enfermería del trabajo está en una clara situación de desigualdad en lo que se refiere al acceso a la formación continua. A esta situación de desigualdad contribuyen, entre otras, las siguientes circunstancias:

- Ejercicio fundamentalmente en el sector privado: En general las administraciones sanitarias de las CCAA dispone de estructuras, departamentos docentes y asignaciones presupuestarias para la formación, a la que sólo tiene acceso el profesional que ejerce en el sector público. Es decir, la mayor parte de los profesionales de medicina y enfermería del trabajo quedan fuera de los circuitos de las agencias de formación de las CCAA.
- Actividad que no tiene una dimensión asistencial, es decir, no es prescriptora, lo que limita su interés para posibles financiadores del sector privado, principalmente del sector farmacéutico y de tecnologías sanitarias.
- La Salud Laboral no forma parte de las áreas de conocimiento integradas en la acción académica Universitaria, por lo tanto no se aborda desde programas de doctorado, ni desde las políticas de títulos propios u oficiales de la Universidad.

El efecto de estas características es la disminución de la oferta de formación frente a otras especialidades médicas y enfermeras.

A esta menor oferta se agrega un ejercicio caracterizado por equipos de un reducido número de efectivos en un entorno no sanitario, lo que genera que la formación sanitaria no se encuentre entre las prioridades de la organización y que las dificultades para ausentarse imposibiliten asistir a actividades formativas.

Uno de los objetivos de la ENMT en su actual etapa es el construir una oferta de formación continua accesible y de calidad para el profesional en ejercicio, por otra parte darle un sentido real al término ESCUELA NACIONAL.

La estrategia estaba clara, si el profesional de Medicina o Enfermería no podía llegar a las aulas, habría que llevar las aulas a los centros de trabajo y para ello había que transformar la ENMT del 1946, en una e-ENMT del siglo XXI, acorde con la Sociedad de la Información, Comunicación y Conocimiento, todo ello en tiempos de crisis y austericidio, por lo que la disponibilidad presupuestaria era especialmente limitada

Esta transformación implicó:

- La preparación de un soporte de interface que tecnológicamente soportara la actividad de e-learning o e-aprendizaje.
- El diseño de nuevos procedimientos docentes: estructura de las unidades temáticas, elaboración de materiales, guías para la autoría, sistemas de evaluación y seguimiento, participación y audiencia de alumno.
- Formación y diseño de procedimientos del trabajo y rol del tutor on-line.

En resumen se trató de migrar desde la presencialidad a la virtualidad, de la formación con barreras geográficas a la formación sin distancia.

Como resultado de este esfuerzo las especialidades de Medicina y Enfermería del Trabajo son las únicas que disponen, hoy en día, de un espacio propio de e-learning que garantiza una equidad, accesibilidad a una formación de calidad a lo largo de su vida profesional.

Como conclusión y para finalizar podemos afirmar que las organizaciones con talento sólo pueden construirse a partir del talento de las personas.

## Universidad. Formación en medicina legal y forense en valoración médico legal del daño. Necesidades y futuro

University. Training in legal and forensic medicine in legal medical assessment of damage. And future needs

M.ª Teresa Criado del Río

*Especialista en Medicina Legal y Forense. Profesora Titular de Medicina Leal y Forense. Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza. Zaragoza. España.*

### Correspondencia

M.ª Teresa Criado del Río  
C/ Domingo Miral s/n  
50009 Zaragoza  
mcriado@unizar.es

---

## Resumen

---

La formación en medicina legal y forense, y de ella, en la valoración médico legal del daño a la persona, comúnmente denominada valoración del daño corporal, es compleja si la interrelacionamos con las diferentes formas de su ejercicio profesional en España, teniendo presente los requisitos legales del ejercicio de las profesiones sanitarias incardinados en la Ley 44/2003 de ordenación de profesiones sanitarias. En un intento de clarificar esta problemática nos referiremos en primer lugar a la obtención del título máster universitario en valoración médico legal de daños personales aportando una propuesta de programa docente, para proceder después a esbozar la problemática que plantea la creación y mantenimiento de dichos títulos, asociada a la problemática de su ejercicio profesional por la diversidad y dispersión de profesionales que tienen entre sus funciones la valoración de los daños personales, así como por los diversos requisitos legales para su ejercicio. La solución se encuentra en crear unos criterios comunes de formación y en la unión de los profesionales o diversos sectores encargados de su ejercicio profesional y de los que depende su docencia.

**Palabras clave:** *Formación en valoración del daño corporal; ejercicio profesional en valoración del daño corporal; requisitos legales del ejercicio en valoración del daño corporal.*

---

## Abstract

---

Training in legal and forensic medicine, and it, in the legal medical assessment of damage to the person, commonly called assessment of bodily harm, is complex if interrelate with different forms of their professional practice in Spain, bearing in mind legal requirements for the exercise of health professions Law 44/2003 incardinated in the management of health professions. In an attempt to clarify this issue we will refer first to obtain the degree Master's degree in forensic assessment of personal injury providing a proposal for teaching program to proceed then to outline the problems posed by the creation and maintenance of such securities, problems associated with his practice for diversity and dispersion of professionals whose functions include the assessment of injury, as well as various legal requirements for its exercise. The solution lies in creating common criteria for training and professional union or various sectors responsible for their practice and their teaching depends.

**Keywords:** *Training in assessment of bodily harm; practice in assessment of bodily harm; legal requirements assessment exercise bodily harm.*

Antes comenzar quiero expresar mi más sincero agradecimiento por la invitación a participar en el III Congreso de inspectores médicos de la Seguridad Social, en la mesa redonda, de **“Programas de formación en medicina evaluadora, actualización. Formación continuada”** y en concreto del tema que se me ha encargado sobre **“Universidad. Formación en Medicina Legal y forense en valoración médico-legal del daño. Necesidades y futuro”**.

Tema en el que hay que distinguir, la **formación en Medicina Legal y Forense**, de la **formación en valoración médico legal del daño**. Puesto que la primera es una especialidad médica en fase de extinción y la segunda forma parte de las enseñanzas Universitarias tipo Máster. Los dos tipos de formación han dependido hasta este año, que ya se ha señalado que ha sido la última convocatoria MIR de la especialidad bajo el régimen de escuela, de las **Áreas de Conocimientos de Medicina Legal y Forense Universitarias**.

Nuestro **objetivo** en esta ponencia no es hablar de la especialidad médica, sino de la **formación en valoración médico legal del daño**, que es uno de los contenidos de la especialidad que se desarrolla y profundiza en el Máster, como si se tratara de una “subespecialidad medicina legal” o una posible futura “área de capacitación específica de la medicina legal o forense”.

En España, la **formación en valoración de valoración del daño, que esta interrelacionada con sus formas de ejercicio profesional, es verdaderamente compleja** si la analizamos desde esta perspectiva general. En el momento actual plantea muchos interrogantes y, sobre todo, si debe ser encaminado a valorar el futuro profesional, incierto para muchos profesionales con motivo de los cambios legales que se están produciendo en el sector de tráfico, lo cual nos obliga a diferenciar para clarificar:

- **Máster universitarios en valoración de daños personales** y su actualización de cara a su mejora, que forman parte de la formación continuada del médico, aunque luego esta formación continuada siguiera con otros cursos de formación destinados a la actualización o profundización de los propios contenidos de Máster, además de los destinados a incorporar las novedades médico-legales obligadas por los cambios legislativos, como pueden ser los cambios en la incapacidad laboral y sus nuevos partes de IT a partir del próximo año o el nuevo sistema de valoración de daños personales por responsabilidad civil en los accidentes de tráfico que será vigente a partir de 1 de enero de 2016.
- La panorámica **del ejercicio profesional y los requisitos de formación en valoración de daños personales** vinculados a las especialidades médicas, de medicina legal y forense (en fase de transformación) y de medicina del trabajo, y de otras formas de ejercicio de la medicina como puede ser el cuerpo nacional de médicos de inspectores del INSS o el cuerpo nacional de médicos forenses que en estos momentos se encuentra en una fase de cambio.

**El problema de base que se encuentran detrás de estos dos aspectos, es la gran dispersión**, dados los diferentes tipos de másteres universitarios existentes y, los diferentes tipos de ejercicio profesional y requisitos legales para su ejercicio profesional.

La **solución podría estar** en sentar unos **criterios comunes y homogéneos de los programas de formación de los máster** en valoración de daños personales que proporcionen las capacidades y competencias para valorar los daños personales en cualquier sector del derecho que precise la valoración médico legal del daño a la persona, los cuales podrían ser después completados con otros cursos de formación específica o cursos de formación continuada en las diferentes ramas de la valoración para aquellos que se dedican a unas funciones concretas de la valoración, como son los médicos inspectores del INSS. Bajo esta perspectiva, es como si habláramos de una especialidad médica troncal y de sus posteriores áreas de capacitación específica siguiendo la estructura o el diseño de la formación especializada en ciencias de la salud de la Ley 44/2003 de Ordenación de Profesiones sanitarias. Lo que lleva a preguntarnos *¿Se podría configurar*

*una especialidad de valoración médico legal de daños personales?* En su momento ya se desgajaron otros contenidos de la medicina legal y forense, nos podemos remontar desde la psiquiatría hasta la medicina del trabajo, pero no creemos que sea esta la solución.

En este momento no hablamos de separar sus contenidos, sino de dar una *entidad propia a la valoración del daño a la persona*, puesto que nos encontramos en la actualidad con una situación un tanto anodina respecto al futuro de los másteres universitarios en valoración de daños y en una época de cambio de la formación médica especializada en medicina legal y forense. La Especialidad de Medicina Legal y Forense desapareció del cuadro de especialidades médicas y la última convocatoria bajo régimen de alumnado fue en el 2015, y ya se ha publicado oficialmente la creación de la especialidad en medicina forense en la última reforma de la LOPJ que se exigirá para el ejercicio de la medicina forense (art. 475 b LOPJ, tras su modificación por la LO 7/2015, de 21 de julio), los cuales también deberán tener una formación especializada en valoración del daño corporal (art. 7.6 RD Leg. 8/2004, de 29 de octubre, tras su modificación efectuada por la Ley 35/2015, de 22 de noviembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación).

Uno de los *módulos de la formación de la futura especialidad de medicina forense* que se debe diseñar y, en función del tipo de formación que se programara para este módulo, si se tratará de un máster, a este podrían acceder, además de los médicos que cursaran la especialidad, los médicos que directamente quisieran hacer el máster. De esta manera todos los médicos valoradores adquirirían una formación homogénea y también uno de los problemas que siempre está detrás de la creación de las especialidades, la viabilidad económica, estaría parcialmente resuelta.

No sabemos hasta qué punto esta idea es ilusoria o no, aunque pensamos que el INSS es una de las entidades que unida a la Universidad y/o a los Institutos de Medicina Legal, podría introducirse en su creación.

Sentada esta propuesta que no sabemos hasta qué punto tiene interés para llevarla a práctica, procedemos a referirnos a la **formación en Valoración médico legal del daño**, distribuyendo nuestra exposición en dos apartados:

El primero que hace referencia a la Historia de la formación en Valoración médico legal de daños personales, apoyándonos en nuestra propia experiencia personal, tanto formativa y como docente, que finalizamos con esquema de la propuesta de un plan de estudios del Máster de Valoración Médico-Legal de Daños Personales (VDP), teniendo en cuenta el título de esta mesa redonda.

Y, el segundo en el que esbozar su problemática principal, necesidades y futuro, desde los puntos de vista de la formación de los Máster en VDP, del ejercicio o tipos de ejercicio médico en VDP y de los requisitos legales para el ejercicio de la VDP, a tenor de los contenidos de nuestra conferencia "Universidad. Formación en medicina legal y forense en valoración médico legal del daño. Necesidades y futuro".

Comenzamos con la **historia de la formación** en con mi historia personal de formación, común a muchos médicos valoradores, para continuarla como docente y coordinadora o directora del Máster de Valoración médico legal de daños personales.

Las circunstancias han hecho que hayamos vivido el inicio de la formación en valoración de daños personales y su desarrollo posterior. Formando parte de todas aquellas personas que hicimos un verdadero esfuerzo de autoaprendizaje y fuimos dando cuerpo a su docencia. A pesar de los orígenes tan remotos en la historia de la VDP, esta renació con verdadero ímpetu en España a finales de los 80 y primeros de los 90 a todos los niveles, al igual que en otros países en el s. xx: a nivel científico, práctico con la pericia privada que fue la clave de su desarrollo y, como consecuencia de ello, también a nivel docente, con la creación de los primeros másteres universitarios en Madrid promovidos por el Prof. Borobia, hasta que se llegó a convertir con el paso de los años para algunos expertos en una "subespecialidad" por ser una materia con un cuerpo doctrinal propio, por los requisitos de su formación y por su trascendencia jurídica, social y económica.

¿Pero con qué contábamos los que nos iniciamos en Medicina-Legal a finales de los 80 principios de los 90? Una ausencia de bibliografía española, la experiencia francesa en los diplomas de valoración del daño corporal y una incipiente actividad pericial privada que tuvo su verdadero asentamiento con la Ley 30/1995, de 8 de noviembre de ordenación y supervisión de los seguros privados que exigió por ley el informe médico para llevar a cabo las indemnizaciones económicas derivadas de la responsabilidad civil por tráfico. Es fácil comprender la autoformación en una nueva materia desconocida para muchos y, que por estar en la Universidad, comenzáramos nuestra labor docente. En nuestro caso, caso con la introducción de un tema específico de valoración médico legal del daño a la persona en el del temario de la medicina legal y forense de la licenciatura de Medicina que no se impartía, que después desarrollamos con un curso de doctorado de 10 horas que después se transformó en 30 horas. Habiendo transcurrido unos años desde la instauración de diversos Máster en distintas Universidades Españolas y por nuestra trayectoria profesional finalmente decidimos crear un Máster propio en la Universidad de Zaragoza, que también tuvo su propia evolución, de dos años de duración, siendo tres las ediciones que se impartieron. A pesar de la satisfacción personal y profesional que nos proporcionaron los Máster y los compañeros y amigos que los cursaron, no hemos vuelto a plantearlo por motivos profesionales que luego mostraremos.

El hecho de dejar de impartir los Máster, no ha hecho que abandonáramos este trabajo. Seguimos estudiando y como docentes siempre hemos colaborado en la formación de valoración médico legal del daño a la persona siempre que se nos ha llamado para ello, y hemos seguido trabajando en la materia mejorando la programación del Máster y adaptándolo a la normativa actual. **Las enseñanzas de Máster universitarias pueden ser de dos tipos:** en forma de títulos propios no oficiales o en forma de títulos oficiales (art. 34 de la LOU). Hay destacar que los diferentes títulos Máster universitarios en valoración de daños personales que se han impartido en España, siempre se han hecho en forma de títulos propios, no como títulos oficiales con una trascendencia legal muy diferente. **El objetivo sería que se transformaran en títulos oficiales porque son de carácter oficial de validez nacional.** “Las enseñanzas de Máster tienen como finalidad la adquisición por el estudiante de una formación avanzada, de carácter especializado o multidisciplinar, orientada a la especialización académica o profesional, o bien a promover la iniciación en tareas investigadoras” (art. 10.1 RD 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales). En concreto la Universidad de Zaragoza establece una doble tipología de Máster (Acuerdo de 14 de junio de 2011, del Consejo de Gobierno de la Universidad de Zaragoza, por el que se aprueban los criterios generales y el procedimiento para la reordenación de los títulos de Máster Universitario, art. 3):

- a) Másteres de carácter profesional, definidos como todos aquellos que ofrezcan a los estudiantes una formación ligada específicamente a un perfil o salida profesional bien definida y reconocida legal o socialmente. Entre éstos estarían los másteres que dan acceso a atribuciones profesionales o cuya obtención es necesaria para el desempeño de una profesión.
- b) Másteres académicos, entendidos como aquellos que profundizan en los conocimientos propios de un ámbito académico o de investigación y ofrece a los estudiantes recursos y oportunidades para la especialización, innovación o investigación en dicho ámbito.

Algunos Máster pueden ser diseñados para habilitar para el ejercicio de una profesión regulada en España (art. 15.4 RD 1393/2007, de 29 de octubre), pero su aplicación en medicina y en ciencias de la salud es prácticamente imposible dada la regulación de la formación y requisitos del ejercicio en ciencias de la salud dada por la Ley 44/2003 de Ordenación de Profesiones Sanitarias y sus normas de desarrollo entre ellas el RD 183/2008, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada y, el RD 639/2014, por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las **áreas de capacitación específica**, se establecen las normas aplicables a las pruebas

anuales de acceso a plazas de formación y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud y se crean y modifican determinados títulos de especialista. Así como, por la incompatibilidad entre las enseñanzas Máster con los tipos de formación especializada y de aéreas de capacitación específica porque las disposición adicional décima del Decreto 1393/2007, de 29 de octubre denominado “Títulos de Especialistas en Ciencias de la Salud.” En su apartado 1 dice “Los títulos universitarios a los que se refiere el presente real decreto no podrán inducir a confusión ni coincidir en su denominación y contenidos con los de los especialistas en ciencias de la salud regulados en el capítulo III de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias”. De modo que, **los Máster universitarios acaban formando parte de uno de los conceptos que se tienen en cuenta del deber y derecho de los profesionales sanitarios a la formación continuada.**

Los planes de estudios conducentes a un título de Máster Universitario y, por lo tanto, la **programación de un Máster de VDP**, de acuerdo con el art. 15.2 del RD 1393/2007, de 29 de octubre, modificado por el RD debe tener un contenido entre **60 y 120 créditos**, “que contendrán **toda la formación teórica y práctica que el estudiante deba adquirir:**

- Materias obligatorias, materias optativas, seminarios, prácticas externas, trabajos dirigidos,
- Trabajo de fin de Máster,
- Actividades de evaluación,
- y otras que resulten necesarias según las características propias de cada título.

Además, estas enseñanzas concluirán con la elaboración y defensa pública de un **trabajo de fin de Máster**, que tendrá entre 6 y 30 créditos.

El **crédito ECTS** es “la unidad de medida del haber académico que comprende las enseñanzas teóricas y prácticas con inclusión de otras actividades académicas dirigidas así como las horas de estudio, evaluación y de trabajo que el estudiante deba dedicar para alcanzar los objetivos formativos propios de cada una de las materias del correspondiente plan de estudios, representa la cantidad de trabajo del estudiante para cumplir los objetivos del programas de estudios y que se obtiene por la superación de cada una de las materias que integran los planes de estudios de las diversas enseñanzas conducentes a la obtención de títulos universitarios de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional”. “En la Universidad de Zaragoza un crédito ECTS corresponderá a 25 horas de trabajo del estudiante. “La carga lectiva en aula del estudiante, en los Máster se entiende del 40% del valor del crédito ECTS. Por ejemplo, una asignatura de 10 créditos ECTS, traducidos a 25 horas de trabajo del estudiante, que equivale a un esfuerzo del estudiante de 250 horas, daría lugar a un total de 100 horas lectivas”. Su precio de matrícula en la Universidad de Zaragoza está acordado en ciencias de la salud entre 12 y 120 euros (Acuerdo del Consejo Social de la Universidad de Zaragoza de 21 de marzo de 2013, en cumplimiento del art. 44 del Reglamento d la Oferta de formación permanente d la Universidad de Zaragoza).

## UNA PROPUESTA DE PROGRAMA DE MÁSTER EN VALORACIÓN MÉDICO LEGAL DEL DAÑO A LA PERSONA

En base a la legislación y nuestra experiencia profesional en los Másteres de Valoración médico legal del daño la persona que hemos diseñado e impartido, consideramos que deberíamos comenzar **unificando su denominación y sus contenidos fundamentales, de cara a sentar equivalencias** entre los Másteres, entre contenido de este módulo formativo de la futura especialidad en Medicina Forense o sus Áreas de Capacitación Específica, la valoración de la formación continuada, y también para considerar los conocimientos especializados en valoración del daño corporal cuando la Ley lo exige. Este es el caso de la reciente Ley 35/2015, de 22 de septiembre (art. 7.6 RD

Leg. 8/2004, de 29 de octubre), que exige a los médicos forenses para realizar informes médico periciales de valoración de daños personales causados por responsabilidad civil en accidentes de tráfico tener una formación especializada en valoración del daño corporal.

La **denominación** siempre nos indica el objetivo del Máster y dentro de las diferentes denominaciones de los mismos, nos encontramos con unas que parecen más restrictivas que otras. Sin embargo, observamos que en todos ellos que se imparten bases generales de la valoración de los daños personales en los diferentes ámbitos del derecho y que luego unos se encuentran enfocados al derecho social (“Medicina Evaluadora”, “Valoración Médica de Incapacidades” y otros al derecho civil y seguros privados (“Valoración del daño corporal”, “Valoración Médico Legal del Daño Corporal”, “Valoración médico legal del Daño a la Persona”. Nuestra intención no es ahora pronunciarnos ni hacer una discusión terminológica, sino hacer énfasis en el consenso. Tanto la “Medicina Evaluadora” como la “Valoración Médico legal del Daño a la Persona” poseen una denominación genérica que engloba cualquier contenido de la valoración médico legal de los daños personales.

Más importante que la denominación es, por supuesto, la **uniformidad de sus contenidos** fundamentales. Teniendo en cuenta los criterios legales y los programas de Máster que hemos desarrollado en UNIZAR (Universidad de Zaragoza), hacemos la siguiente propuesta de Plan de estudios de Máster en Valoración Médico Legal de Daños Personales”, con un total de 62,64 ECTS, distribuidos en 2 semestres de dos años consecutivos y con las siguientes actividades formativas, todas ellas obligatorias:

**1.º semestre: 26, 16 ECTS**

- |   |                |
|---|----------------|
| 1.º <b>Módulo teórico:</b> “Doctrina Médico Legal de VDP” | 100 h = 4 ECTS |
| 2.º <b>Módulo práctico:</b> Rotatorio práctico            | 100 h = 4 ECTS |

Estancia y prácticas en diferentes entidades de VDP:

- MATTEPS
- Entidad Aseguradora/consulta privada
- IMSERSO (IASS,...)
- IML
- INSS

- |   |                |
|---|----------------|
| 3.º <b>Módulo investigación:</b> Trabajo tutorizado | 150 h = 6 ECTS |
|---|----------------|

Objetivo: Presentación Trabajo de Fin de Máster al finalizar 2.º semestre

- |  |                 |
|--|-----------------|
| <b>Estudio del estudiante</b> (correspondientes a los ECTS anteriores) | 300 h = 12 ECTS |
| <b>Evaluación:</b> Examen módulo teórico-práctico:                     | 4 h = 0,16 ECTS |

**2.º semestre: 36,48 ECTS**

**Módulos teóricos:**

- |   |                                  |
|---|----------------------------------|
| 1. Doctrina médico legal: Responsabilidad profesional médica y pericial. Patología forense especial | 50 h = 2 ECTS                    |
| 2. Valoración Médico Legal de la Patología Traumática   | 100 h = 4 ECTS                   |
| 3. Legislación de contrato de seguro y técnica de la pericia aseguradora                            | 100h “on line”<br>25h seminarios |
|   | 125 h = 5 ECTS                   |

**Módulo práctico: Informes médico-legales en VDP** 420 h = 16,8 ECTS

- |                            |                   |   |
|----------------------------|-------------------|---|
| 30 periciales tutorizadas: | Resp. Profesional | 6 |
|                            | VDP Civil         | 8 |
|                            | VDP Laboral       | 8 |
|                            | VDP Social (nc)   | 4 |
|                            | VDP seguros       | 4 |

Seminarios de las periciales tutorizadas: 50 h = 2 ECTS

**Estudio del estudiante**

195 h = 6,6 ECTS

(correspondientes a los ECTS teóricos y seminarios)

**Evaluación:** Continuada e informes periciales

Trabajo Fin de Máster

2 h = 0,08 ECTS

A cada informe pericial se le estima un tiempo de 14 horas, para hacer un promedio de aquellos que presentan más dificultad que otro.

El módulo de “legislación de contrato de seguro y técnica de la pericia aseguradora” incluido en su momento por la aparente necesidad legal de su exigencia, en el momento actual no sería diseñado de este modo. De esta materia solo son necesarias unas pocas horas para el médico valorador del daño que añadiríamos al 1.º semestre dentro del contenido de “doctrina médico legal de VDP”, y las restantes pasarían a formar parte del estudio de la patología que con más frecuencia causa problemas al médico valorador analizada desde un punto de vista de los objetivos de la valoración.

De todo el contenido de esta propuesta de programa, que es la que hemos realizado en la Universidad de Zaragoza, los aspectos que nos parecen fundamentales, son la adquisición de los conocimientos doctrinales de valoración médico legal del daño y la realización práctica de informes periciales tutorizados que son discutidos posteriormente en seminarios, porque son los que sientan las bases de la formación teórica y práctica de la valoración médico legal del daño.

Nuestro **objetivo** es que se *adquieran capacidades y competencias de valoración médico legal del daño en los distintos ámbitos del derecho*, al conocer los objetivos y las actuaciones que requiere la función médico pericial o forense de las lesiones en cada uno de ellos, puesto que la valoración médico legal del daño a la persona es “todo el conjunto de conocimientos y actuaciones médico legales necesarios para asesorar al derecho, siempre que se deba evaluar una lesión corporal, su causas y repercusiones, por poder existir una responsabilidad penal y/o civil o por ser motivo de una prestación o ayuda social, administrativo o mercantil. **Se trata de que se adquiera una formación global en VDP para que el médico perito pueda actuar siempre que se requieran sus servicios periciales en los diferentes ámbitos del derecho**, cada uno de ellos con sus objetivos particulares, independientes pero compatibles al mismo tiempo entre sí y que precisan una serie de actuaciones médico legales similares que deben ir acompañadas de un buen sustrato de los conceptos y criterios médico legales que aporta cada ámbito del derecho.

**Todo médico valorador debe tener una formación global** porque: tiene que tener los conocimientos de las diferentes repercusiones de las lesiones en los diferentes **campos del derecho con sus objetivos y significado porque están interrelacionados** entre sí; porque **aunque se dedique a un sector específico de la valoración le van a llegar documentos e informes de los diferentes sectores de la valoración**; y porque trabajar en **un sector específico de la valoración de daños, no significa que no se tengan que realizar actuaciones con repercusiones en otro ámbito del derecho**. No tenemos que ir muy lejos, los médicos inspectores del INSS, porque su actividad fundamental se encuentra en la valoración de las incapacidades laborales por las prestaciones contributivas de la SS, pero tienen otras funciones que implican conocer los significados de otros métodos de valoración y la trascendencia que pueden tener en otros ámbitos del derecho, como son: el baremo de discapacidad (p. ej. para reconocimiento y control del derecho a la asignación económica por hijo a cargo, en su modalidad no contributiva (art. 1.1 RD 2583/1996, de 13 de diciembre); el baremo de la dependencia por su relación con la situación de la gran invalidez; el sistema de valoración de daños y perjuicios personales causados por responsabilidad civil en accidentes de tráfico (en el caso de lesiones permanentes no invalidantes de las víctimas del terrorismo y de bandas armadas; valoración de los daños personales por responsabilidad civil patrimonial que deben realizar los médicos inspectores de INGESA). De esta manera, **el médico que posee el título de máster adquiere los conocimientos y competencias necesarios para poder**

**trabajar en todos los sectores de la valoración, de forma autónoma.** Conocimientos que luego deberá ir actualizando con los cursos de formación continuada correspondientes.

Los **problemas fundamentales que vemos en la actualidad en relación a la formación y ejercicio profesional de la VDP, vinculados con la necesidad y futuro de la VDP**, se encuentran en relación al:

1. Máster de VDP, por las dificultades tiene su creación y mantenimiento de su calidad.
2. Ejercicio profesional de la VDP y su formación: por la diversidad y dispersión tanto de los profesionales que la ejercen como de los que se dedican a su formación.
3. Los requisitos del ejercicio en VDP: llamando la atención que para la función médico pericial existan diversos criterios legales.

## PROBLEMÁTICA DE LOS MÁSTER

1. **Contenidos y tiempo necesario para su impartición:** hoy en día no hay problema. La doctrina médico legal en VDP está muy desarrollada y no hay problema para adecuar a las exigencias de la duración de un máster los contenidos que se precisan en VDP. Es más da cabida al desarrollo específico posterior de determinadas materias. Sin embargo, los inicios de la creación de los títulos Máster fueron difíciles porque no se había creado un cuerpo doctrinal suficiente. Al poco tiempo de desarrollarse la función pericial privada, los que requerían los servicios periciales solicitaban que tuvieran una formación en la materia. El nivel de formación que se solicitaba pasó rápidamente a ser de un nivel de máster, lo que obligó a pensar en programas de formación de un n.º de horas suficientes para que pudieran ser considerados como máster. Había que adaptarse a las horas del máster, cuando el inicio lógico es pensar primero en sus contenidos y actividades a realizar y después en la necesidad de horas que precisa cada uno de ellos.

2. **Número de estudiantes y viabilidad económica:** el número de participantes en el más debe ser reducido para poder proporcionar una docencia de calidad, fundamentalmente a nivel de la docencia práctica en los diferentes sectores de la VDP y para un seguimiento individualizado del progreso de cada estudiante, que conlleva el problema de su viabilidad económica, y más en el ámbito público. El Máster que no es viable económicamente no se puede impartir.

3. **Tipo de enseñanza:** el tipo de enseñanza puede ser presencial, semipresencial y en la modalidad "on line". Todas pueden ser de calidad y cada una de ellas tiene sus ventajas e inconvenientes, para los docentes y para quienes los cursan. Desde nuestro punto de vista el mejor tipo de enseñanza es la presencial que permite una relación personal con cada estudiante y una buena docencia práctica.

4. **Ausencia de unificación de unos criterios de formación de los Máster universitarios:** es fundamental que los diferentes títulos máster tengan unos **criterios comunes**, al menos respecto a sus contenidos obligatorios, para establecer cuáles son los conocimientos imprescindibles que permiten su ejercicio profesional. Siempre hemos pensado que se hubiera podido conseguir fácilmente un consenso, si se hubiera querido, pero cada Universidad prefirió ser independiente. Otra cuestión importante era definir los **requisitos de acceso**. La mayoría siempre ha requerido la titulación de médico, aunque en algunos casos se ha visto que se ha permitido el acceso a alguna otra profesión sanitaria como la fisioterapia.

5. **Escasez de profesorado experto en VDP en las diferentes especialidades médicas:** la programación puede ser correcta, pero puede faltar o ser insuficiente una parte fundamental, la cualificación de los docentes de las diferentes especialidades médicas para impartir la docencia sobre la patología médica adaptada a la VDP. Cada vez hay más especialistas médicos formados en VDP, pero eso no significa que las diferentes

normativas universitarias sobre títulos Máster faciliten su contratación, bien por el n.º de profesores que debe haber de cada universidad o bien por cuestiones económicas.

6. **Trabajo de dirección y coordinación:** según la estructura de cada área de medicina legal y forense universitaria y la normativa de cada universidad, el trabajo de dirección y coordinación a todos los niveles puede recaer en una sola persona. Este fue nuestro caso y el esfuerzo que supone este trabajo, si se quiere hacer bien llegó un momento que superó nuestras posibilidades de llevarlo a cabo.

7. **¿Declive de los Máster Universitarios?:** después de una etapa en la que muchas universidades españolas impartían los Máster de VDP, nos encontramos en un periodo que comenzó hace varios años en que casi ninguna ofrece estos estudios. Persiste Barcelona en modalidad casi "on line". Los motivos que se achacan a ello, al margen de la crisis económica, es la saturación del mercado de médicos formados en VDP. Este no ha sido nuestro caso porque siempre hemos recibido solicitudes para que lo volviéramos a impartir. ¿Qué pasará en un futuro? No lo sabemos, si la causa se encuentra en el binomio oferta y demanda, es probable que ante la nueva oleada de paro médico que se avecina en España y la jubilación de los médicos valoradores que trabajan en su mayoría en el sector privado, reavive la impartición de estos estudios.

8. **¿Por qué no se han creado títulos de máster oficiales?:** pensamos que las razones por las que no se han desarrollado proceden de su propia normativa. Nosotros en concreto no lo transformamos en Máster propio, aunque era nuestro deseo, por estos motivos: su creación implica en principio la obligatoriedad de la continuidad del Máster oficial de la Universidad, debiéndose impartir el primer y segundo curso simultáneamente, duplicándose un trabajo que excede de nuestras posibilidades laborales; la restricción económica de la matrícula (de 12 a 120 Euros por crédito) que resulta insuficiente para poder llevar a cabo la programación práctica y para la contratación de profesorado externo de la universidad, y la ausencia de gratificaciones para el director o coordinador porque únicamente se contabilizan las horas que haya impartido el director a los efectos del cumplimiento de la docencia obligatoria que tenga en su contrato con la universidad.

## PROBLEMÁTICA DEL EJERCICIO PROFESIONAL DE LA VDP Y DE LOS QUE SE DEDICAN A SU FORMACIÓN

Hablar del ejercicio de la VDP en España, significa en realidad, hablar del ejercicio de la medicina legal y forense, el cual plantea una problemática particular en relación a las restantes especialidades médicas, porque parte del hecho de la **separación de su vertiente docente y práctica (pericial)**. La **faceta docente** de la Medicina Legal y Forense se ha desarrollado en la Universidad, para llevar a cabo los estudios universitarios, entre ellos los Máster en VDP, y también la formación de los especialistas en Medicina Legal y Forense bajo el régimen de escuela según los criterios del obsoleto RD 127/1984, de formación médica especializada que se ha mantenido en la actualidad. La nueva especialidad de Medicina Forense, anunciada por la última modificación de la LOPJ desconocemos como se organizará, pero creemos que dependerá de los Institutos de Medicina Legal, a cargo de los médicos forenses y con la colaboración de los profesores universitarios que así lo deseen. La **faceta práctica/pericial** de la medicina legal, se encuentra desempeñada oficialmente por el Cuerpo Nacional de Médicos Forenses y los organismos consultivos de la administración de justicia, dependientes e independientes del poder judicial. Además participan en esta función los especialistas en Medicina Legal y Forense y especialistas en Medicina del Trabajo, cuyo último programa formativo les restringió la valoración del daño corporal al ámbito laboral; los Licenciados y graduados en medicina así como los especialistas clínicos, con y sin formación en medicina legal o en valoración de daños personales que trabajan de forma privada y/o para entidades aseguradoras; y dentro de la administración los médicos inspectores del SNS y del INSS, del IMSERSO, así como los médicos de las unidades de valoración de las Matepss.

**El resultado de este conjunto de profesionales es la dispersión y falta de unión** entre nosotros, cada uno centrado en el sector en el que trabaja. **Cada colectivo profesional camina de forma independiente en su ejercicio profesional y en su formación, cuando el punto que todos tenemos en común es nuestra formación en VDP. La importancia que tendría la posesión de unos criterios comunes de la formación en valoración de daños personales, es obvia, para su unificación** y adquisición de fuerza como cuerpo unido e independiente.

Efectivamente, todos los que ejercemos la función pericial y también los interesados en la formación de VDP, **deberíamos estar unidos, por el beneficio de todos y desde todos los puntos de vista:** de la formación, de la ciencia en VDC, de los profesionales implicados, y de los resultados del trabajo. Cuando además, las funciones de unos y otros están interrelacionadas y, en cualquier momento las disposiciones legales pueden incorporar nuevas funciones a un cuerpo determinado. En este sentido la novedad más reciente ha sido la incorporación a las funciones de los médicos forenses, de la realización de informes periciales a petición de particulares en la vía extrajudicial (LO 7/2015, de 21 de julio, de modificación de la LOPJ). Función que ya ha sido desarrollada por el art. 7 del RD Leg. 8/2004, de 29 de octubre, Texto refundido de Responsabilidad Civil y seguro de circulación de vehículos a motor, tras su modificación por la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, cuyo reglamento está pendiente de su elaboración definitiva y publicación.

## PROBLEMÁTICA DE LOS REQUISITOS LEGALES DEL EJERCICIO EN VDP

Lo anteriormente expuesto está íntimamente relacionado con los requisitos legales para el ejercicio de la medicina legal y forense, y por lo tanto, de la valoración médico legal de los daños personales. Mientras el ejercicio de la medicina, en general, se encuentra sujeto a las disposiciones de la Ley 44/2003 de Ordenación de Profesiones Sanitarias y sus normas de desarrollo, la medicina legal y forense y la valoración del daño corporal, presenta un panorama muy diferente. Podemos diferenciar:

- Aquellos que están en posesión de un **título de una especialidad médica:** los especialistas en Medicina legal y Forense que únicamente pueden realizar la función privada de esta especialidad y los especialistas en Medicina del Trabajo que tienen entre sus opciones laborales la realización de periciales privadas de VDP.
- Los que han realizado una **oposición o un concurso-oposición** una vez obtenido el título de Licenciado o Graduado en Medicina y que trabajan para la administración: como son p. ej., los médicos inspectores de la inspección sanitaria o los médicos del INSS, y los médicos forenses. Los médicos forenses habían sido criticados e incluso había quienes los habían tachado de “intrusos” por no estar en posesión del título de la especialidad, algunos superaron la prueba correspondiente de Mestros. En la actualidad, tras la LO 7/2015, de 21 de julio, de modificación de la LOPJ, se les va a exigir realizar la nueva especialidad de Medicina Forense (que debe ser diseñada) y a continuación la superación del concurso-oposición. Además, el art. 7 del RD Leg. 8/2004, de 29 de octubre, modificado por la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, les exige estar en posesión de conocimientos especializados en valoración del daño corporal, cuya determinación debe ser desarrollada reglamentariamente.
- Los que han obtenido un Título Máster en VDP, bien como complemento de su formación como son especialistas en medicina del trabajo y en medicina legal y forense y, médicos forenses y médicos inspectores; o bien, para dedicarse a la valoración de daños personales, como son los licenciados o los especialistas clínicos, fundamentalmente rehabilitadores, traumatólogos,.. Muchos se han apuntado a los listados de designación judicial de perito de los colegios de médicos. Trabajan de forma privada o para las entidades aseguradoras y muchas mutuas que han exigido para su contratación estar en posesión del título Máster.

- Nos encontramos también **con licenciados y, sobre todo, especialistas clínicos que realizan la función médico pericial, unos con y otros sin formación complementaria** por medio de títulos Máster u otros en ciencias forenses o en VDP. Muchas veces apoyados por los propios colegios profesionales, además de las sentencias que dan primacía a los especialistas materia objeto del dictamen, siguiendo las palabras de la Ley de enjuiciamiento civil, sobre los que no tienen la especialidad clínica. Cuando el médico con la formación adecuada en VDP o medicina legal está capacitado por si solo para realizar la función médico pericial y como es conocedor de su límites sabe perfectamente cuando debe solicitar la colaboración del especialista clínico.

Finalmente, ¿cuál será el futuro? .... Lo desconocemos.

## La formación en el ámbito de la valoración médica de la incapacidad laboral en el Instituto Nacional de la Seguridad Social

Training in the field of medical assessment of incapacity at the National Institute of Social Security

**M.º del Rosario Valero Muñoz**

*Médico Inspector Jefe. Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas Instituto Nacional de la Seguridad Social. Madrid. España.*

**Correspondencia**

maria-rosario.valero@seg-social.es

---

### Resumen

---

**Conclusión:** El mantenimiento de la competencia profesional requiere de una formación continua, plural y de calidad. El servicio prestado desde las Unidades Médicas del Instituto Nacional de la Seguridad Social, no se entiende sin la actualización permanente del conocimiento médico.

**Palabras clave:** *Formación valoración médica de la incapacidad laboral, seguridad social.*

---

### Abstract

---

**Conclusion:** The maintenance of professional competence requires continuous plural and quality training. The service provided from the Medical Services of the National Institute of Social Security, not be understood without the constant updating of medical knowledge.

**Keywords:** *Training medical assessment of incapacit, social security.*

*“Nunca consideres el estudio como una obligación,  
sino como una oportunidad para penetrar en el  
bello y maravilloso mundo del saber”*  
Albert Einstein (1879-1955)

## INTRODUCCIÓN

Se entiende como aprendizaje al proceso de adquisición de conocimientos, habilidades, valores y actitudes, posibilitado mediante el estudio, la enseñanza o la experiencia nuestro desarrollo personal y profesional. Pero aprender no es suficiente si o se entiende el aprendizaje como un proceso continuo de actualización de conocimientos, reajustando y reconstruyendo la información nueva con la que se posee.

El continuo avance de las ciencias de la salud hace necesario que el profesional médico preste especial atención al mantenimiento de su competencia profesional mediante el aprendizaje de nuevos conocimientos y la actualización y consolidación de los existentes.

La formación en el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) se enmarca dentro del Estatuto Básico del Empleado Público, posibilitando la adecuación permanente de los conocimientos y la adquisición y desarrollo de las habilidades necesarias para el desempeño del trabajo. Así las actividades formativas se estructuran en el Plan de Formación de la Entidad, diseñado en estrecha relación con el cumplimiento del plan de actuación y los objetivos previstos en el Plan Estratégico del INSS.

El desarrollo del Plan de Formación se estructura según sus competencias en tres áreas:

1. Área de conocimiento
  - 1.1. Jurídico
  - 1.2. Organizacional
  - 1.3. Tecnologías de la información y comunicación
2. Área de habilidades y actitudes
  - 2.1. De organización
  - 2.2. De comunicación
3. Área de formación específica
  - 3.1. Medicina evaluadora
  - 3.2. Salud laboral
  - 3.3. Promoción, funcionarización, consolidación y procesos selectivos
  - 3.4. Otra formación específica

El desarrollo de la actividad formativa del INSS se estructura territorialmente en tres ámbitos:

1. Centralizado: acciones formativas diseñadas y coordinadas directamente por el Área de Formación
2. En Zonas Básicas: ejecución y gestión en su ámbito de los cursos centralizados y organización de cursos en las Direcciones Provinciales (DP)
3. En los Centros de Gestión: acciones formativas que organizan y realizan los Servicios Centrales y las Direcciones Provinciales para su propio personal

## ACTIVIDADES FORMATIVAS EN LAS UNIDADES MÉDICAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

La formación en las Unidades Médicas del INSS (UM) se incluyen en el Plan de Formación de la Entidad y está dirigida a la formación de sus **médicos inspectores**, formación interna, y a profesionales médicos de otras entidades fomentando las alianzas externas mediante el desarrollo de cursos presenciales y on-line, formación externa. Así mismo la formación continuada se complementa con la elaboración de guías y manuales especializados.

### 1. Formación interna

- 1.1. **Curso de actualización en Medicina Evaluadora:** curso acreditado, organizado por la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas (SGCUM) con una periodicidad anual del año 2000 hasta 2012. En la actualidad se realizan con periodicidad bianual. La asistencia de médicos inspectores asciende a más del 80% de la plantilla a nivel nacional. Tienen una duración de 30 horas lectivas de temáticas específicas de medicina de evaluación de incapacidades laborales desarrolladas por médicos inspectores especialistas en el tema a tratar.
- 1.2. **Actualización en Medicina Asistencial:** cursos organizados por las DP en base a las necesidades detectadas entre los médicos inspectores de la UM y orientados preferentemente a su relación con la valoración de la incapacidad laboral. La periodicidad es determinada por la propia UM y desarrollados por los médicos inspectores de ésta, por médicos de las Mutuas Colaboradoras de la Seguridad Social y médicos especialistas asistenciales.
- 1.3. **Manejo de herramientas informáticas:** utilización del Aplicativo de Trabajo Informático para las Unidades Médicas (ATRIUM). Organizado por la SGCUM y dirigido a personal médico y administrativo de las UM.
- 1.4. **Gestión de Calidad:** formación en la metodología del Programa de Calidad para las Unidades Médicas. Organizado por la SGCUM y dirigido a personal médico y administrativo de las UM.
- 1.5. **Manejo del cliente externo:** formación en el manejo del paciente que acude a la UM para reconocimiento médico. Organizado por la Subdirección General de Recursos Humanos y Materiales
- 1.6. **Otras actividades on-line desarrolladas por los médicos inspectores:** desde la plataforma de intranet del INSS, en el periodo de 2013 a 2015:
  - 1.6.1. Revisión de Prensa Especializada: resumen y comentario del contenido de 801 artículos de prensa médica especializada.
  - 1.6.2. Casos en Tribuna de Valoración: exposición, desarrollo y comentario de 147 casos clínicos de valoración de incapacidades laborales.
  - 1.6.3. Trabajos de Actualización: elaboración y publicación de 243 trabajos de investigación y revisión.

### 2. Formación externa

- 2.1. **Curso on-line de Incapacidad Temporal:** curso acreditado con una duración de 50 horas lectivas. Organizado por la SGCUM con profesorado compuesto por médicos inspectores de las UM de las DP. Dirigido a médicos de Atención Primaria con el objetivo de dotar a los participantes de los conocimientos básicos en materia clínico-laboral de la IT que permitan optimizar la gestión y la adecuación de dicha prestación, favoreciendo la integración de las culturas clínica y de gestión de recursos públicos. Se han celebrado 8 ediciones con una participación de 1.710 médicos asistenciales.

- 2.2. **Curso on-line Enfermedades Profesionales:** curso acreditado, organizado por la SGCUM y la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo (ENMT). Dirigido a médicos de Atención Primaria para el aprendizaje de los conocimientos que faciliten la identificación de una enfermedad profesional en el transcurso de su actividad profesional. Se han celebrado 3 ediciones con una participación de **124 médicos asistenciales**. El profesorado está compuesto por médicos inspectores del INSS, médicos del Instituto de Salud Carlos III, de la ENMT, de la Universidad Miguel Hernández y de la Universidad Pompeu Fabra.
- 2.3. **Actividades formativas presenciales para Atención Primaria y Especializada:** se han celebrado 491 actividades en los años 2013 y 2014. Organizadas por las UM de las DP dirigidas a la formación en el manejo de la incapacidad temporal de médicos de Atención Primaria y Especializada.
- 2.4. **Formación de Médicos Internos Residentes (MIR):** como dispositivo docente de referencia nacional de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria y Medicina del Trabajo en materia de incapacidad laboral, las UM han formado mediante rotaciones en las mismas durante los años 2013 y 2014 a 2.273 MIR de Medicina Familiar y Comunitaria y a 85 MIR de Medicina del Trabajo.
- 2.5. **Colaboración en cursos de especialización de los médicos Inspectores del INSS:**
  - 2.5.1. Curso Superior de Medicina del Trabajo organizado por la ENMT
  - 2.5.2. Master de Valoración de Incapacidad Laboral y Dependencia: dirección académica y profesorado en colaboración con la ENMT y Universidad de Alcalá.
3. **Manuales y publicaciones**
  - 3.1. **Manual de Actuación para Inspectores Médicos del INSS (3.ª edición. 2014):** documento de referencia científica y técnica en la valoración médica del estado funcional del trabajador y la limitación en su capacidad laboral en relación con su patología.
  - 3.2. **Guía de Valoración Profesional (3.ª edición. 2014):** herramienta que proporciona un sistema propio de valoración de los requerimientos profesionales, entendidos éstos como las aptitudes psicofísicas que debe poseer un trabajador para realizar una ocupación determinada. Orienta el reconocimiento médico y la objetivación de las limitaciones orgánicas y funcionales de acuerdo con el perfil ocupacional del trabajador facilitando la toma de decisiones en los expedientes de incapacidad permanente y de incapacidad temporal entre otras utilidades.
  - 3.3. **Manual de tiempos óptimos de Incapacidad Temporal (3.ª edición. 2013):** guía técnica que orienta sobre la toma de decisiones al médico que prescribe de la baja por incapacidad temporal para su seguimiento y control, proporcionando criterios homogéneos sobre su duración.
  - 3.4. **Programa de Calidad para las Unidades Médicas. Manual de Procedimiento (2.ª edición. 2015):** documento que define el procedimiento para el desarrollo de las actividades de mejora descrita en el Programa de Calidad para las UM del INSS, referentes a la gestión médica de la incapacidad temporal, con el fin de obtener el máximo nivel de calidad científico-técnica en la valoración clínico-laboral y de calidad en el servicio prestado al beneficiario de dicha prestación que es controlado en las UM.
  - 3.5. **Manual de actuación para médicos del INSS: Fibromialgia, Síndrome de Fatiga crónica y Sensibilidad química múltiple (1.ª edición. 2012):** guía de referencia para encauzar la valoración de las limitaciones orgánicas y funcionales en relación con la actividad laboral de los trabajadores diagnosticados de estas patologías.

- 3.6. **Orientaciones para la valoración del riesgo laboral durante la lactancia natural** (1.<sup>a</sup> edición. 2009): documento elaborado por la SGCUM y la Asociación Española de Pediatría. Proporciona el conocimiento de los agentes o sustancias susceptibles de encontrarse en las actividades laborales y que pueden contaminar la leche con el fin de valorar el derecho a la prestación de riesgo durante la lactancia.
- 3.7. **Orientaciones para la valoración del riesgo laboral y la incapacidad temporal durante el embarazo** (1.<sup>a</sup> edición. 2008): documento elaborado por la SGCUM y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Documento que identifica los factores y condiciones laborales que pueden ocasionar riesgo para la mujer embarazada o para el desarrollo del feto con el fin del reconocimiento de la prestación de riesgo durante el embarazo.

## CONCLUSIÓN

El mantenimiento de la competencia profesional requiere de una formación continua, plural y de calidad. El servicio prestado desde las Unidades Médicas del Instituto Nacional de la Seguridad Social, no se entiende sin la actualización permanente del conocimiento médico.

## Conclusiones y propuestas III Congreso Inspectores Médicos Seg-Social

**José Manuel Vicente Pardo.**

*Presidente del III Congreso de Inspectores Médicos de la Seguridad Social.*

## MESA 1. DATOS. EPIDEMIOLOGÍA APLICADA AL ESTUDIO DE LA INCAPACIDAD

Los datos nos llevan al conocimiento analítico de la situación en un momento dado y su comparación con otros períodos, permitiendo conocer tendencias, causas y consecuencias. El “dato” en Incapacidad Temporal que ahora disponemos, referido a proceso, duración y ocupación permite no perder eficacia en el control ganando en eficiencia, evitando inoportunas citaciones al trabajador en situación precaria de salud. Sin embargo es preciso seguir avanzando en explotación de datos de las diferentes variables que circundan a la situación de incapacidad del trabajador y en la concreción de los mismos para disponer de una base de datos básicos que ayude a conocer los focos de enfermedad, a determinar mediante esta información las causas y el impacto discapacitante por sus consecuencias tanto en el absentismo en IT como en la Incapacidad Permanente. Conociendo quién, de qué y con qué consecuencias se enferma podremos analizar la verdadera magnitud de la enfermedad y el enfermar del trabajador, su impacto económico, sanitario y social derivado de la pérdida de la capacidad productiva por motivos de salud y el coste que conlleva en prestaciones, atención sanitaria y pérdida económica de las empresas, añadido a la merma en la calidad de vida y riesgo de salud que para el trabajador reportan las situaciones de incapacidad. Así mismo todo ello debe servir de guía para la implantación de políticas de vigilancia de salud laboral, y la adecuación actualizada de políticas sanitarias y sociales de protección, pues no en vano la incapacidad es un indicador de gestión sanitaria, un indicador de resultado sanitario, un indicador de calidad de vida y un indicador socio económico.

El actual sistema de recogida, almacenamiento, explotación y la actual base de datos precisa de sistemas informáticos tipo bigdata que relacionen, analicen y exploten la información que contienen concluyendo en la creación del MAPA DE LA INCAPACIDAD (Temporal y Permanente) EN ESPAÑA. Se precisa avanzar hasta hacer realidad este mapa, que desde Apromess venimos indicando su necesidad urgente, conscientes de su utilidad. Es imprescindible medir para conocer y comparar la evolución que sigue la incapacidad, pero para hacerlo adecuadamente es obligado establecer los parámetros de medida, es decir disponer de datos eficaces a este fin que describan todos los factores determinantes que la causan, y no sólo los aspectos cuantitativos. En el acto de clausura por parte del Secretario de Estado de Seguridad Social asistimos con satisfacción al impulso y reiterada manifestación de confeccionar este MAPA DE LA INCAPACIDAD, que permitirá, por fin, establecer las causas, condicionantes, consecuencias de la misma, y su distribución geográfica. Así como servir de herramienta para optimizar la gestión sanitaria, preventiva y social en el mejor uso y destino de los recursos públicos destinados a la mejora de la salud pública y la máxima protección sanitaria y social de los trabajadores.

## MESA 2. MEDIDAS DE REFORMA DEL MARCO NORMATIVO REFERENTES A LA VALORACIÓN MÉDICA DE LA INCAPACIDAD

En la valoración médica de la incapacidad laboral se suscitan frecuentes controversias en la evaluación o situaciones controvertidas en su resolución que hacen necesario la urgente reforma, y actualización normativa para una adecuación en la toma de decisiones al respecto. En los últimos años hemos asistido a multitud de cambios en la IT en lo que a valoración médica respecta, pero ninguno trascendental en cuanto a la incapacidad permanente. Las propuestas de cambio en esta materia descansan sobre estos principios básicos: actualizar la valoración médica de la incapacidad, ante un escenario laboral nuevo con profundos cambios, sin merma en la máxima protección social y contribuyendo a la sostenibilidad del sistema. Partiendo de que la valoración médica de la incapacidad laboral pivota sobre la valoración “clínico funcional del trabajador” y “la médico laboral del trabajo”, diferenciaremos conclusiones y propuestas respecto de las siguientes cuestiones.

## Incapacidad Temporal (IT, "bajas")

Las reformas normativas efectuadas hasta este momento no han resuelto viejas situaciones confrontadas. Sólo serán posibles fomentando y generando la máxima comunicación, confianza y cooperación entre las entidades que gestionan y controlan la IT. Debe procederse a más y mejor información clínica (acceso historia clínica, tarjetas sanitarias con posibilidad de acceso a historia con consentimiento del paciente) y de decisiones entre las partes. Así mismo establecer protocolos de organización en los controles de la IT con la intención de disminuir aquellos supuestos con solapamiento coincidente de controles al trabajador en baja en diferentes instancias. Es necesario una consensuada y eficaz distribución y actualización de competencias.

Hoy por hoy el médico de atención primaria es el principal actor en el seguimiento y adecuación de las "bajas" (IT) por ello debe concretarse en qué procesos debe centrarse su seguimiento y control directo y facilitar su labor destinando su control a la entidades "estrictamente controladoras".

Entendiendo las bajas lo son dependiendo de la ocupación y el proceso padecido, se propone se ponga a disposición del MAP información sobre el TIPO DE TRABAJO del trabajador en baja, FICHA DE VALORACIÓN de REQUERIMIENTOS, o CAPACIDADES que requiere el TRABAJO. Resumen de las condiciones de trabajo.

RESERVAR al control del MAP las BAJAS CERRADAS entendiendo como tales no sólo de las presumibles con muy cortas duraciones, sino aquellas otras que por el tratamiento, ej. de las fracturas u otras en que se estime durante un tiempo delimitado preestablecido se sepa va a permanecer impedido.

Debe de establecerse así mismo RESERVA del seguimiento por el MAP y el control de la IT en GRAVES procesos de IT de DURACIÓN ESTIMABLE CONOCIDA MUY PROLONGADA; procesos graves como determinados cánceres, u otros procesos cardiacos o neurológicos que se conoce van a continuar su deriva prolongada no siendo necesario mayor control o explicación de su permanencia en baja pues la misma salvo excepciones será muy dilatada.

Por el contrario aquellas BAJAS COMPLICADAS para su resolución en atención primaria de trabajadores hiperfrecuentadores en IT, o las de pacientes querulantes o sospechosas de fraude debieran remitirse desde el MAP a las Inspecciones Médicas bien del SPS o bien del INSS para a su vez ser DERIVADA LA VALORACIÓN al EVI.

En cuanto a adecuación de las situaciones de IT y evitar su prolongación por lista de espera para pruebas o tratamientos debiera de facilitarse el uso de recursos sanitarios de las mutuas.

En los PROCESOS OSTEOMUSCULARES DIFUSOS O PSIQUIÁTRICOS MENORES, enfermedades con diagnósticos que requieren un especial control y que son el conjunto fundamental de los días de baja, para evitar su prolongación de IT indebida, deben de seguirse PAUTAS ATENCIÓN TEMPRANA en colaboración con atención especializada, y trascurridos 45 días o siempre antes de los 6 meses, sin que se logre una tendencia a la mejoría deben de pasar a CONTROL POR LAS ENTIDADES "CONTROLADORAS" Mutuas o Inspección Médica SPS o INSS, y en su caso traslado al EVI para evaluar situación.

Para facilitar la reinserción laboral y la reintegración con adecuación preventiva de tareas, ALTA PARCIAL, que permita la reintegración laboral paulatina con acuerdo entre las partes: el médico que controla o sigue al paciente, el trabajador y su empresa. Incluiría documento con los datos de su estado de salud y recomendaciones sobre qué tareas puede realizar si se reincorpora al trabajo o pautar cambios o reducción de horario o adecuación de tareas hasta que se consiga la recuperación total.

Para EVITAR CONTROVERSIAS NO INCAPACIDAD o sea CAPACIDAD y NO APTO, tras la alta médica, retroalimentación de la información médico laboral para mejorar los aspectos preventivos de la salud laboral. Facilitar información sobre el proceso padecido

y a su vez información para conocer tareas, ocupación, riesgos del puesto de trabajo real (no el teórico) que el trabajador desempeña.

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

## Incapacidad Permanente (IP)

Los BAREMOS Lesiones Permanentes No Invalidantes desde la perspectiva medico evaluadora laboral están desfasados, es preciso ELABORAR NUEVA TABLA DE BAREMOS con señalamiento de nuevos articulados, incluyendo nuevas determinaciones de los mismos.

La INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL (IPP) es una entelequia valoradora, una decisión arbitraria o dispar, carente de método para su cálculo, constituye una INDEMNIZACIÓN por las limitaciones sobrevenidas y no contiene como la IPT o la IPA una incompatibilidad con el trabajo que se venía desempeñando, ni guarda en su concesión el carácter preventivo de no desarrollar un trabajo que pueda comportar una agravación de su estado de salud. Debiera de ABOLIRSE esta figura, pasando las limitaciones que habitualmente la justifican a englobar parte de los baremos en línea con una BAREMACIÓN ACTUALIZADA de los mismos.

**LA INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL (IPT).** El concepto de Incapacidad Permanente Total para la Profesión Habitual, es un anacronismo porque no se corresponde al actual mercado laboral súper especializado, continuamente cambiante, modernizado, automatizado, con nuevos procedimientos industriales cada día, con implicación de las nuevas tecnologías en todos los sectores y en un escenario cambiante del acceso al trabajo por pura necesidad de la precariedad en el empleo. La PROFESIÓN HABITUAL es difícil de conceptuar aun haciéndola para grupos profesionales (trabajos con las mismas capacidades exigidas). El Código Nacional de Ocupación o las categorías profesionales tampoco son válidos para la evaluación médica de la capacidad o incapacidad laboral. Hay contradicción con la realidad compleja en la total compatibilización con otros trabajos o profesiones de similares requerimientos. Por otra parte la crisis económica ha hecho que las situaciones de pluriactividad, pluriempleo o con jornadas parciales o en tramos sean más habituales sobre todo para paliar la precariedad salarial. Cuando no, las situaciones de largo desempleo, con trabajos múltiples previos.

Si es anacrónico el término de IPT para la profesión habitual, la INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL debiera ser una PRESTACIÓN TEMPORAL EN EL TIEMPO que permitiera una situación de protección económica en un tiempo estimado para la búsqueda y formación y capacitación para nuevo trabajo, y sólo en procesos de contingencia profesional o mayores de 55 años permanecer como hasta ahora. Fomentar las medidas fiscales y las de aminorar coste cotizaciones de la empresa, bonificando la RECOLOCACIÓN DE TRABAJADORES en esta situación y su FORMACIÓN CON CARGO A LA EMPRESA.

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

**EQUIPOS DE VALORACIÓN DE INCAPACIDADES (EVI).** El actual sistema de valoración a través de los Equipos de Valoración de Incapacidades como órgano colegiado de valoración, tiene ya un largo recorrido (1995) en el que se vislumbran sus deficiencias

y por ello es preciso MODIFICARLO en su COMPOSICIÓN Y ADECUACIÓN de sus competencias que se han visto incrementadas significativamente con gran complejidad decisoria. Por ello se debe potenciar los aspectos técnicos medico evaluadores, medico laborales y técnico laborales. (Órgano colegiado técnico valorador de la incapacidad laboral). Remodelación de los miembros que debieran formar parte de esta “comisión técnica” valoradora dando entrada a nuevos miembros, médicos de mutua, médicos de unidades de salud laboral, técnicos de prevención, médicos forenses. Necesidad de procedimientos de actuación y propuesta que disminuyan la litigiosidad, con argumentación decisoria que de valor a sus actuaciones.

### **MESA 3. LA ENFERMEDAD PROFESIONAL (EP). LA ENFERMEDAD OCUPACIONAL O LABORAL**

Se precisa una ACTUALIZACIÓN del CONOCIMIENTO de la EP, (GUÍA de síntomas y diagnósticos de la EP), FOMENTAR LA INVESTIGACIÓN, así como conocer mejor su presentación, mejorar el posible infraregistro, valorar su impacto y fomentar las medidas en vigilancia y prevención de la misma, con el objetivo de conseguir la MÁXIMA PROTECCIÓN DE LA SALUD de la población trabajadora y la MINIMIZACIÓN DEL DAÑO DERIVADO DEL TRABAJO. Avanzar en el conocimiento de la relación causa efecto de las enfermedades derivadas del trabajo. REGISTRAR CORRECTAMENTE para ESTABLECER ESTRATEGIAS DE PLANIFICACIÓN EFICACES, con el objetivo de permitir y fomentar la reincorporación o incorporación laboral sin perjuicio de la salud. El no apto en prevención de riesgos es una medida de protección de la salud del trabajador, pero debe contemplarse medidas de mayor compensación en los supuestos de despido por ineptitud sobrevenida, pues la ENFERMEDAD LABORAL no es sino un RECONOCIMIENTO DEL FRACASO PREVENTIVO. Hay que

HOMOGENEIZAR PROCEDIMIENTOS de VALORACIÓN Y CALIFICACIÓN incluyendo REDEFINICIÓN de la ENFERMEDAD PROFESIONAL y la ENFERMEDAD DEL TRABAJO.

Consideramos imprescindible una revisión del Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro, con el fin de SUSTITUIR EL ACTUAL SISTEMA DE LISTA CERRADA POR UN SISTEMA MIXTO que contemple, junto al catálogo de enfermedades profesionales, la posibilidad adicional, para las que no figuren en el mismo, de prueba del nexo o etiología profesional de la enfermedad contraída.

IMPLEMENTAR EL CUADRO DE ENFERMEDADES español con la lista de Enfermedades Profesionales que el pasado 25 de marzo de 2010 revisó y aprobó la OIT. Entre las que se incluyen los trastornos mentales y del comportamiento. Valoración especial del vínculo de los trastornos mentales en referencia a su presentación en determinados colectivos como personal sanitario, de educación o de atención a población marginal, entre otros.

### **MESA 4. CÁNCER DE MAMA**

El cáncer de mama constituye la patología con mayor prevalencia en las bajas largas, aquellas que superan los 10 meses y es la patología principal que causa prórroga de los 12 meses de IT. Una de cada siete mujeres trabajadoras será diagnosticada en algún momento de su vida de cáncer de mama. Uno de cada tres casos se da en edades por debajo de los 45 años. Más que cáncer de mama debiéramos de referirnos a tipos de cáncer de mama, acorde a su clasificación molecular, con su diferente significación pronóstica y terapéutica. Los avances extraordinarios en este tumor nos permiten minimizar el impacto agresivo del tratamiento con máxima eficacia. ES PRECISO

CONOCER LOS AVANCES que en su ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR SE VAN PRODUCIENDO, para CONOCER LAS PAUTAS DE LOS MISMOS, y proceder a una ADECUADA VALORACIÓN MÉDICA de las situaciones de INCAPACIDAD que cada caso comporta.

## MESA 5. FORMACIÓN

Nuestra capacitación profesional, y la especial consideración de las situaciones de incapacidad que a cuantos médicos corresponde en la atención sanitaria prestada tienen como pilar fundamental la formación. Los cambios académicos actuales en materia de medicina legal y medicina del trabajo con llevan un replanteamiento de la FORMACIÓN UNIVERSITARIA y DE POSTGRADO IMPULSANDO LA MISMA, tanto en el ámbito del conocimiento en materia de valoración médica de la capacidad laboral en seguridad social, como en el conocimiento de aspectos de medicina legal y del trabajo que se precisan.