

Cobertura sociolaboral en enfermedades crónicas: invalidez permanente y minusvalía



Jaume Motos y Xavier Calvet

Servei de Malalties Digestives. Hospital de Sabadell. Institut Universitari Parc Taulí. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona. España.

Las enfermedades crónicas causan un notable problema sociolaboral. Las discapacidades –«menoscabos» en términos legales– secundarias a dichos trastornos limitan la capacidad del individuo para desarrollar una vida social y laboral normal, y empeoran su calidad de vida, especialmente cuando se trata de personas jóvenes. El absentismo laboral es causa frecuente de despido, y estos pacientes tienen notables dificultades para encontrar trabajo¹, en especial cuando la discapacidad secundaria a la enfermedad crónica es irreversible.

La comunidad científica ha empezado a tomar conciencia de la importancia de los aspectos sociolaborales de las enfermedades crónicas. En efecto, en los últimos años se han publicado diversos artículos sobre dichos temas²⁻¹⁰ y guías específicas para valorar la discapacidad de pacientes con cardiopatía isquémica o enfermedades respiratorias^{11,12}. Por otro lado, cada vez es más frecuente que los pacientes con enfermedades crónicas soliciten a su médico consejo y/o informes médicos para los tribunales de valoración. Este problema afecta en mayor o menor grado a la mayoría de las especialidades médicas, tanto en asistencia primaria como en la atención especializada. En estas circunstancias, es importante que el clínico esté bien informado sobre las repercusiones legales, sociales y económicas de las discapacidades producidas por las enfermedades crónicas. Únicamente conociendo estos datos será posible orientar y asesorar al paciente sobre los recursos que tiene a su disposición o redactar adecuadamente los informes solicitados. No es infrecuente, sin embargo, que el clínico desconozca total o parcialmente los aspectos éticos, administrativos y legales relacionados con las incapacidades¹³. Este hecho es atribuible tanto a un déficit de formación específica en las facultades de medicina como a la escasa oferta de formación de posgrado sobre dichos temas.

Este artículo va dirigido a cualquier médico que participe en el cuidado de pacientes con enfermedades crónicas y pretende: *a)* divulgar los aspectos legales y éticos básicos de la cobertura sociolaboral y, específicamente, las prestaciones económicas asociadas a las discapacidades por enfermedad crónica; *b)* dar una visión práctica de los mecanismos burocráticos y legales para la solicitud y concesión de inca-

pacidades y minusvalías; *c)* revisar la responsabilidad y el papel del médico en estas situaciones, y *d)* abordar las cuestiones bioéticas que se derivan de las discapacidades.

Discapacidad y sus repercusiones legales. El profesiograma

La enfermedad se asocia a una serie de secuelas anatómicas, funcionales o psíquicas. Las diferencias entre deficiencia, discapacidad o minusvalía según la American Medical Association¹⁴ se muestran en la tabla 1. En la práctica, sin embargo, los términos deficiencia, discapacidad y minusvalía suelen usarse como sinónimos.

Podemos definir como persona discapacitada o disminuida aquella que ha sufrido o sufre una enfermedad que ocasiona secuelas que conllevan una disminución de su capacidad funcional que limita la realización de las actividades de la vida diaria^{10,15}.

El grado de alteración de la capacidad laboral secundaria a una determinada discapacidad no es, sin embargo, el mismo para todos los pacientes, ya que depende de sus circunstancias personales: profesión, nivel social, apoyo familiar y otras. Desde el punto de vista laboral, el grado de incapacidad estará en íntima relación con la actividad de que se trate. De aquí nace el concepto jurídico de «profesiograma» como aquel conjunto de actividades físicas y/o psíquicas que concurren en una determinada profesión u oficio. El reconocimiento de una invalidez y de su grado dependerá de la relación entre la minusvalía que presenta el paciente y las tareas que requiere su profesiograma^{16,17}. Por ejemplo, una persona que ha presentado un infarto agudo de miocardio no sería aconsejable que ejerciera su profesión si es mozo de almacén, pero podría seguir trabajando si es administrativo.

Fundamentos legales de la cobertura sociolaboral

Marco legal

Varios artículos de la Constitución Española¹⁸ establecen las líneas generales de la cobertura social y laboral. Así, ya en su artículo 1 la Constitución Española establece que «Espa-

Artículo financiado por una beca de la Marató de TV3 para el estudio y tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal y por una beca del Instituto de Salud Carlos III (C03/02).

El presente texto no debe considerarse representación o consejo legal. Los errores y omisiones, y las opiniones expresadas son imputables a los autores, excepto aquellas que son expresamente atribuidas a una tercera parte. Las normativas y procedimientos citados en este artículo pueden presentar variaciones en las distintas comunidades autónomas, por lo que se recomienda consultar a un abogado para obtener el consejo y la información específica adecuada a las circunstancias propias de cada paciente.

Correspondencia: Dr. X. Calvet.
Unitat de Malalties Digestives. Hospital de Sabadell.
Institut Universitari Parc Taulí.
Parc Taulí, s/n. 08208 Sabadell. Barcelona. España.
Correo electrónico: xcalvet@cspt.es

Recibido el 10-11-2006; aceptado para su publicación el 21-12-2006.

TABLA 1

Definición de deficiencia, discapacidad y minusvalía según la American Medical Association

Deficiencia (<i>impairment</i>)	Alteración del estado de salud de un individuo que se valora por medios clínicos
Discapacidad (<i>disability</i>)	Diferencia entre lo que un individuo puede hacer y lo que necesita o quiere hacer (valoración en términos no médicos)
Minusvalía (<i>handicap</i>)	Deficiencia que limita sustancialmente una o más actividades de la vida, incluido el trabajo En la práctica, esto significa que el individuo necesita la ayuda de «dispositivos de asistencia» para funcionar normalmente

ña se constituye en un Estado Social y Democrático de Derecho que propugna como valores superiores en su ordenamiento jurídico, entre otros, la justicia y la igualdad». La denominación de Estado «social» y la referencia expresa al «principio de igualdad» colocan a nuestro país en la órbita del grupo de países llamados «Estados sociales del bienestar», donde el Estado garantiza a la comunidad las coberturas sanitarias, económicas y sociales. Esta orientación se concreta en el artículo 43, donde la Constitución recoge el «derecho a la Salud», y en el artículo 41, en el que se establece que la Administración del Estado establecerá un sistema público de cobertura sanitaria y sociolaboral: el régimen de la Seguridad Social. Este régimen será el responsable de que los ciudadanos tengan garantizadas tanto las prestaciones asistenciales como las económicas y sociales en caso de enfermedad.

En cuanto a la distribución de competencias entre Estado y autonomías, en su artículo 149 la Constitución enumera las materias en las que el primero se reserva competencias. En su apartado 17 establece que la legislación básica y el régimen económico de la Seguridad Social son patrimonio del Estado, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las comunidades autónomas.

Los mandatos constitucionales son desarrollados por 2 leyes paralelas. En primer lugar, la Ley General de Sanidad, que hace efectivo el derecho a obtener prestaciones del sistema sanitario a todos los ciudadanos españoles y a los extranjeros residentes en España, con referencia especial a la asistencia médica y a la financiación de fármacos¹⁹. En segundo lugar, la Ley General de la Seguridad Social, que establece los criterios y los mecanismos para la obtención de ayudas por invalidez, jubilación u otras acciones protectoras, y además regula el régimen de pensiones no contributivas²⁰.

De acuerdo con la legislación vigente, los agentes que intervienen en la gestión de las ayudas dependientes del sistema de la Seguridad Social son 3: a) el gobierno central, que, a través del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) y de la Tesorería General de la Seguridad Social, es el encargado de la concesión y pago de las pensiones de incapacidad; b) las comunidades autónomas, que a menudo realizan la valoración de las incapacidades a través de las unidades médicas específicas y tienen, además, competencias para la concesión de las incapacidades no pertenecientes al sistema general de la Seguridad Social o no contributivas (véase más adelante)¹⁸, y c) las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social²¹. Estas entidades son asociaciones que colaboran en la gestión de la Seguridad Social en relación con las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Tipos de cobertura: el sistema de la Seguridad Social

La Ley General de la Seguridad Social²⁰ define y regula tanto la incapacidad temporal como la permanente. La primera ya ha sido tratada en artículos previos¹⁰, por lo que en este artículo nos centraremos en la invalidez permanente, que está regulada mediante 2 sistemas: el contributivo (incapacidad permanente) y el no contributivo (minusvalías).

Sistema contributivo: incapacidad permanente. El Estado garantiza la atención sanitaria a la totalidad de la población, pero no las prestaciones económicas por incapacidad permanente, que se conceden únicamente a los trabajadores que se encuentran en el régimen de la Seguridad Social. Es decir, las personas que pueden acceder a una incapacidad son aquellas que antes de sufrir su enfermedad se encontraban cotizando al sistema de la Seguridad Social.

El artículo 134 de la Ley General de la Seguridad Social establece que «será invalidez permanente la situación del trabajador que tras haber seguido tratamiento y haber sido dado de alta médica, queda con reducciones anatómicas o funcionales graves previsiblemente definitivas, que van a disminuir su capacidad laboral». En esta definición se incluyen las enfermedades o procesos cuya recuperación, aun siendo posible, sería lejana o incierta.

Hay 4 grados de invalidez permanente:

1. Incapacidad permanente parcial para el trabajo habitual.

Es la que ocasiona al trabajador una disminución superior al 33% de su rendimiento normal en su profesión, sin impedirle las tareas fundamentales de ésta. Suele ir asociada a accidentes laborales, y su valoración médica y jurídica es difícil, ya que su definición resulta a menudo bastante etérea. Dado que el trabajador podrá reincorporarse a su puesto de trabajo, no genera una pensión vitalicia, sino que se retribuye con un pago único de 24 mensualidades que pretende compensar las dificultades que va a tener que soportar como consecuencia de la discapacidad que presenta.

2. Incapacidad permanente total para la profesión habitual.

Se refiere a la situación en que la discapacidad que presenta el trabajador le impide realizar las tareas fundamentales en su profesión, pero le permitiría desarrollar una actividad laboral distinta. Se retribuye con un 55% de la base reguladora (cantidad en relación directa con el tiempo y la cantidad de cotizados al sistema). Con este grado de invalidez el trabajador puede realizar otra actividad laboral que sea compatible con la discapacidad que presenta. Si tiene más de 55 años y no ha podido conseguir esa ocupación diferente, se incrementa la pensión hasta un total del 75% de la base reguladora. La concesión de este tipo de invalidez implica la gratuidad de los tratamientos farmacológicos que se prescriben a través de receta médica, de igual manera que en los grados superiores de invalidez.

3. Incapacidad permanente absoluta para todo trabajo.

Es la que inhabilita al trabajador para cualquier profesión u oficio. Se retribuye con el 100% de la base reguladora, cantidad que, además, no se ha de tener en cuenta para el Impuesto sobre la Renta para las Personas Físicas (IRPF). Es incompatible con cualquier actividad laboral.

4. Gran invalidez. Es la situación donde el trabajador, como consecuencia de las pérdidas anatómicas o funcionales sufridas, necesita la asistencia de otra persona para poder realizar las actividades básicas de la vida diaria, como vestirse, desplazarse, realizar la higiene personal o comer. Se retribuye con un 150% de la base reguladora.

La incapacidad permanente es el sistema de pensiones por incapacidad más frecuente y el más importante desde el punto de vista económico. Tal como hemos dicho, la gestión y el pago de las incapacidades permanentes es una responsabilidad de la Administración central, mientras que la determinación de las enfermedades y las lesiones que constituyen dichas incapacidades corresponde a menudo a la Administración sanitaria de cada comunidad autónoma. La causa última de las enfermedades o lesiones que pueden llevar a estas coberturas recibe el nombre de «contingencia» y son 4:

1. Enfermedad común, cuando la enfermedad que presenta el trabajador no es consecuencia del trabajo laboral que realiza ni es secundaria a un accidente.

2. Enfermedad profesional, cuando la enfermedad está originada claramente por la actividad laboral realizada. Existe una lista cerrada de enfermedades profesionales²².

3. *Accidente no laboral*, que es todo aquel accidente que no se produce a consecuencia de la actividad laboral.

4. *Accidente laboral*, que comprende las lesiones corporales que tienen lugar en ocasión o como consecuencia del trabajo laboral realizado, incluyendo los traslados que efectúa el trabajador para desplazarse al lugar de trabajo o para volver de él al domicilio (accidente laboral in itinere).

La base reguladora de la prestación no es la misma para todas las contingencias. El accidente laboral sería la contingencia que tendría la base reguladora más elevada (aproximada al salario del último mes anterior al accidente).

Finalmente, es importante reseñar que los grados de incapacidad no son permanentes. Pueden ser sometidos a revisión de grado si las circunstancias de la enfermedad varían, y dicha revisión puede realizarse a petición del paciente (incremento del grado de minusvalía) o bien ser el INSS el que inicie el proceso de revisión de grado, generalmente por mejoría, cuando lo considere necesario. Las revisiones no pueden efectuarse hasta transcurridos 2 años de la concesión de la incapacidad.

Sistema no contributivo: minusvalías. Este sistema es paralelo y complementario al sistema contributivo, y está regulado por la Ley General de la Seguridad Social^{23,24}. Su objetivo es, mediante la concesión de una pensión vitalicia, proteger a personas con discapacidades que no han cumplido el requisito de haber estado afiliadas y haber cotizado a la Seguridad Social, y que se encuentren en situación de necesidad al carecer de recursos económicos. Se trata de un sistema de raíz solidaria que no requiere la existencia de una relación laboral previa. Pretende que las personas discapacitadas que no tendrían acceso al régimen de la Seguridad Social no queden sin ningún tipo de cobertura.

Los requisitos para conceder la minusvalía son muy rígidos y es necesario un alto grado de deficiencia global de la persona. Para que una minusvalía genere una pensión no contributiva se precisa, por una parte, presentar una enfermedad crónica o discapacidad muy importante (en un grado igual o superior al 65%), junto con el hecho de carecer de ingresos o rentas elevadas. Además, las prestaciones económicas asociadas a la concesión de una minusvalía son siempre de pequeña cuantía.

Mecanismos para la solicitud de incapacidades y minusvalías

Para la concesión de una incapacidad permanente hay 2 fases: la primera consiste en un proceso administrativo, y la segunda es un procedimiento judicial al que el paciente puede acceder si no está de acuerdo con la decisión o resolución administrativa.

Fase administrativa

La competencia administrativa para la concesión de una invalidez permanente es exclusiva del INSS²⁰. El proceso puede iniciarse de oficio o a petición del paciente. El proceso se inicia de oficio, a instancia de la propia Administración, a través de la Dirección Provincial del INSS, existiendo varias posibilidades: *a)* en respuesta a una petición de los servicios de salud, normalmente del médico de familia o de los servicios sociales, y *b)* a propuesta de inspección o de la mutua laboral que lo controla. Por otra parte, también el propio paciente puede solicitarla en una oficina del INSS mediante formulario al efecto. En la práctica, el paciente suele solicitar el concurso de un despacho de abogados o graduados sociales expertos en Seguridad Social¹⁵.

En la solicitud constarán datos de filiación, fecha del cese del trabajo, razones de la petición de la incapacidad permanente, profesión, etc. Para la instrucción del expediente es preciso aportar el historial clínico, sobre todo los últimos informes y pruebas complementarias, manteniendo, por supuesto, la preceptiva confidencialidad^{25,26}.

El equipo de valoración de incapacidades, previa evaluación de las exploraciones e informes aportados, realiza una visita y una exploración física al paciente, tras lo cual emite un dictamen-propuesta al director provincial del INSS, en el que se incluye la presunción o no de incapacidad permanente. El paciente puede aportar a la evaluación todas las alegaciones y documentos médicos que crea oportunos.

La Administración está obligada a resolver el acto administrativo a través de la Dirección Provincial del INSS. El interesado recibe en su domicilio la resolución administrativa, en la que se otorga o deniega la incapacidad permanente (o se establece una posible prórroga de la incapacidad temporal hasta un máximo de 30 meses) y se establece la contingencia y la cuantía de la prestación. La resolución también informa de la posibilidad de recurso administrativo, que se denomina en términos legales «reclamación previa». Este recurso se deniega en la mayoría de ocasiones al haber sido resuelto por el mismo órgano del INSS que emitió la resolución inicial, lo que obliga a recurrir a la vía judicial¹⁵. La decisión de la Administración es ejecutiva, por lo que en caso de denegación de la situación de incapacidad el paciente debe reincorporarse inmediatamente a su trabajo.

Fase judicial

La fase judicial la inicia el paciente a través de un graduado social o un abogado ante los Tribunales de lo Social en el caso de que no esté de acuerdo con la resolución administrativa.

El Orden Jurisdiccional Social es el que entiende, entre otras, las cuestiones que se suscitan entre los trabajadores y la Seguridad Social, y su funcionamiento viene regulado por la Ley de Procedimiento Laboral²⁷. En el mismo acto del juicio, que es oral y de libre asistencia, las partes (el paciente, el INSS junto a la mutua laboral en caso de tratarse de accidente o enfermedad profesional y la representación de la empresa en que realiza su actividad el paciente) presentarán las pruebas. Se trata del expediente administrativo previo con los informes médicos pertinentes y las pruebas periciales. Esta últimas consisten en informes realizados por los peritos médicos, donde se acreditan la enfermedad, las lesiones y las secuelas que ha presentado el paciente. Tras oír a las partes, el juez dicta sentencia, que es también ejecutiva, por lo que, si se concede una incapacidad permanente, el paciente empieza a recibir la prestación de manera inmediata. La decisión del juez puede y suele recurrirse –tanto por parte del paciente como del INSS– en segunda instancia al Tribunal Superior de Justicia de la comunidad autónoma.

Agentes implicados

Los agentes implicados en mayor o menor grado en la concesión de incapacidades permanentes son: *a)* los pacientes; *b)* los facultativos que les atienden; *c)* los equipos de valoración; *d)* los abogados y graduados sociales que orientan jurídicamente a los pacientes; *e)* los peritos médicos, que defenderán tanto las posiciones de la Seguridad Social y mutuas laborales como las de los propios pacientes, y *f)* los jueces del Orden Jurisdiccional Social. Revisaremos a continuación algunos puntos conflictivos referentes a las actividades, responsabilidades, implicaciones deontológicas y bioéticas de las actuaciones de estos agentes, sobre todo cuando existen conflictos de intereses.

Pacientes

El trabajo es un derecho de la persona que cumple una doble función: le permite integrarse en la sociedad y le provee de ingresos económicos. La satisfacción subjetiva –sentirse útil– con el propio trabajo es un aspecto fundamental en la solicitud de invalidez. Así, los trabajadores de profesiones más vocacionales y que producen un mayor grado de satisfacción personal son los que menos incapacidades demandan. Por tanto, el elemento subjetivo cobra sustancial importancia a la hora de solicitar una incapacidad.

En este contexto, la tipología de pacientes que solicitan una incapacidad es muy variada. Hay 2 situaciones frecuentes que plantean problemas éticos y legales:

1. Trabajadores en situación laboral estable, con muchos años de cotización al sistema y que presentan una enfermedad crónica muy evolucionada, que coarta de una forma clara sus posibilidades profesionales. Es frecuente que las solicitudes de estos pacientes lleguen a la vía judicial. El motivo habitual es que los pacientes y/o sus asesores legales consideren insuficiente el grado de incapacidad que la Administración concede de oficio.

2. Trabajadores no cualificados, habitualmente mayores de 55 años, con escaso tiempo de cotización al sistema y con bases reguladoras precarias, pero que han generado la carencia precisa para poder ser sujetos de cobertura.

Este grupo de trabajadores suscita a menudo problemas éticos de difícil solución, ya que, si bien presentan enfermedades crónicas –especialmente artropatías degenerativas–, éstas, en su conjunto, no constituyen una discapacidad real de sus posibilidades profesionales suficiente para justificar la concesión de una pensión. Sin embargo, existe una limitación objetiva para la realización de actividades que precisan un esfuerzo físico importante, y su situación se asocia frecuentemente a problemas sociales concomitantes. Un ejemplo típico son las personas –más a menudo mujeres– adscritas al régimen de empleadas del hogar. En estos casos no es infrecuente la simulación o magnificación de los síntomas por parte del paciente y/o de sus representantes²⁸. Este problema es tan frecuente que incluso se han publicado guías específicas para detectar la simulación en procesos tan prevalentes como la enfermedad espinal²⁹.

Facultativos que atienden a los pacientes

Los facultativos que atienden a los pacientes son los que mejor conocen los problemas de éstos. Su papel en la valoración de la discapacidad es, en la actualidad, injustamente marginal. Esto se debe en parte a la escasa coordinación entre los elementos asistenciales y administrativos, y también a su desconocimiento de cómo pueden hacer llegar su opinión a las instancias administrativas y judiciales. El médico del paciente, de acuerdo con la ley, está obligado a extender un informe²⁶. El informe médico es la herramienta fundamental de comunicación, a la vez que se le otorga el valor legal de prueba documental. Si el médico trabaja en el ámbito de la Administración sanitaria tiene el valor de «documento público». Este hecho subraya la importancia de la exactitud de la información contenida en este informe, ya que está tipificado en el Código Penal el delito de falsedad de documento público, penado con 3 a 6 años de prisión³⁰. Es importante que el informe no se limite a un escueto listado de diagnósticos, sino que incluya una descripción detallada y realista de la enfermedad y las limitaciones de los pacientes. En este sentido, resulta habitualmente muy útil para el juez una descripción pormenorizada de las limitaciones asociadas a la enfermedad del paciente, concretando

sus efectos en la vida diaria. Se debe intentar obviar en lo posible –aunque a menudo esto es difícil– la problemática social asociada y la complacencia con las pretensiones de pacientes y abogados. No es una práctica infrecuente que estos últimos presionen indirectamente a los médicos utilizando a los pacientes como intermediarios («Dígale al doctor que le ponga...») a fin de conseguir un informe más favorable para su cliente.

Inspectores y miembros de equipos de valoración

Su papel es uno de los más difíciles y controvertidos. En efecto, existe una fuerte polémica acerca de su papel en el control de la incapacidad temporal³¹. En el campo de las incapacidades permanentes, deben emitir un juicio después de realizar una visita médica y examinar la documentación que aporta el paciente. La dificultad de efectuar una valoración objetiva en una única visita es evidente y, por tanto, su valoración a menudo no coincide con la opinión del médico habitual del sujeto.

Por otro lado, se ven afectados por un importante conflicto de intereses, ya que, trabajando para la Administración, sufren la presión de defender los intereses económicos de ésta y de no parecer demasiado «blandos» o permisivos. Este hecho comporta el riesgo de que se tienda a la valoración «a la baja» de la enfermedad. Dicha tendencia a la infravaloración es, desafortunadamente, bastante habitual. Así lo prueba el hecho de que las resoluciones administrativas son frecuentemente corregidas al alza en las instancias judiciales. Un efecto secundario grave de este fenómeno es que induce una excesiva judicialización de los procesos de solicitud de incapacidad.

Abogados y graduados sociales

Muchos de ellos forman parte de bufetes y asesorías especializadas en Seguridad Social y tramitación y defensa de incapacidades permanentes. A menudo los mismos letrados realizan una valoración de los informes médicos, las pruebas complementarias e incluso en ocasiones la exploración de las propias secuelas, y se pronuncian sobre la factibilidad de la demanda sobre la base de su experiencia. Es práctica habitual recomendar al paciente que aporte la mayor cantidad de informes posible e incluso determinadas pruebas de especial trascendencia jurídica (revisiones de visión, electromiogramas, densitometrías y pruebas de imagen). No es infrecuente que, como consecuencia, los pacientes inicien un rosario de visitas médicas para solicitar y obtener unas pruebas que generalmente no son necesarias desde el punto de vista sanitario, con la consiguiente repercusión en unos servicios médicos ya de por sí sobrecargados. En este punto surge un nuevo problema ético: ¿quién debe pagar estas pruebas «indicadas» por un abogado y que tienen mayor validez legal que médica?, ¿la Seguridad Social, el propio paciente o el Ministerio de Justicia?

Peritos médicos

Son los llamados en la jerga jurídica «peritos médicos de parte», al ser propuestos por los pacientes. Intervienen en caso de que la reclamación de invalidez llegue a instancias judiciales. Antes del juicio deben visitar al paciente, estudiar su documentación médica, complementar las pruebas sanitarias precisas para objetivar el daño y justificar la relación entre las lesiones y las discapacidades laborales. Tras elaborar un informe pericial que ha de recoger la anamnesis, exploración, pruebas complementarias y diagnósticos, lo tendrá que argumentar ante el juez, respondiendo a las pre-

guntas de los abogados de la Administración. Los peritos están obligados, bajo el perceptivo juramento o promesa, a decir toda la verdad en sus dictámenes^{32,33}. En situaciones de duda o grandes contradicciones entre peritos, los jueces de lo Social tienen la posibilidad de acudir a un perito en principio neutro: el médico forense. Sin embargo, los tribunales otorgan a menudo más valor al dictamen del perito especialista en la enfermedad de autos que al de un simple licenciado –aunque sea especialista en la valoración del daño corporal– o incluso a la opinión de un forense³⁴. Los informes periciales se emiten con total responsabilidad de quien los ratifica con su firma, responsabilidad que llega al terreno penal, donde el cohecho y la pericia injusta a sabiendas a cambio de dádiva incorporan penas de prisión de hasta 4 años e inhabilitación profesional de hasta 9³⁰.

Jueces

Al tratarse de cuestiones técnicas ajenas a la formación jurídica, no tienen, lógicamente, la obligación legal de dominar los aspectos médicos de las enfermedades crónicas que juzgan. Su decisión depende, por tanto, de las opiniones de los peritos médicos. Por consiguiente, los dictámenes periciales son fundamentales para que los jueces puedan pronunciarse con conocimiento de causa sobre temas de los que no tienen nociones específicas. Si bien disponen de forenses que pueden asesorarles sobre el alcance de una enfermedad y las discapacidades que comporta, en el Orden Jurisdiccional Social, a diferencia del Penal, no es habitual la consulta a éstos. A menudo deben basar sus decisiones en la ponderación de la fiabilidad de las pericias médicas y en el sentido común, lo que se denomina en términos judiciales «las reglas de la sana crítica».

Cuestiones bioéticas

Como se ha visto, el facultativo responsable del paciente puede –y debería– ser un agente importante en la coordinación de la concesión de la incapacidad permanente. Ha de guiarse por el principio bioético de beneficencia, que le obliga, como primer y básico deber, a obtener «lo mejor para su paciente»³⁵. Sin embargo, este principio es en ocasiones acotado por el principio de justicia, que en el área que nos ocupa ejercería la Seguridad Social, bajo cuya dirección está la responsabilidad de velar por los recursos sanitarios de la sociedad pretendiendo «lo mejor para un mayor número de personas». Esto genera la necesidad de jerarquizar las prestaciones sociales en función de criterios de justicia y necesidad. Un importante sector de expertos en bioética iría a favor de anteponer el principio de justicia. No obstante, al tratarse de situaciones personales es necesaria la argumentación y debate del «caso concreto», tanto a nivel administrativo como, si llegara el caso, judicial^{36,37}.

Conclusiones

Los aspectos sociales y laborales de las enfermedades crónicas son a menudo poco conocidos por el médico, a pesar de la capital importancia que tienen para el paciente. El conocimiento de la relación entre enfermedad crónica e incapacidad laboral, y de los mecanismos para obtener cobertura social por invalidez, es fundamental para atender de manera global al paciente. La difusión del conocimiento respecto de las minusvalías e incapacidades, sus categorías y los mecanismos de concesión ha de ser útil para potenciar el papel del médico responsable del paciente, que, aunque tal vez no domine los aspectos legales o jurídicos implicados

en la concesión de coberturas económicas por incapacidad, conoce como nadie a sus pacientes. No sería en absoluto desatinado que los médicos responsables de los pacientes expresaran su opinión ante los equipos de valoración de incapacidades. Mientras esto no sea posible, un informe adecuadamente redactado por estos mismos profesionales intentando plasmar el diagnóstico, pronóstico, posibilidades de curación y limitaciones concretas asociadas a la enfermedad del paciente puede ser un elemento de juicio extremadamente útil para los jueces encargados de decidir cada caso concreto.

Agradecimiento

Agradecemos a los Dres. Antònia Montserrat, Miquel Marco y Emili Gené, y a los juristas D. Alberto Nicolás Franco (juez de lo Social), Rogeli Giner (abogado) y Juan Costa (graduado social), la lectura crítica y sus valiosas aportaciones al texto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Marín L, Doménech E, García-Planella E, Bernal I, Mañosa M, Navarro M, et al. Impacto de la enfermedad inflamatoria intestinal sobre la actividad laboral. *Gastroenterol Hepatol*. 2006;29:184.
- Criado del Río MT. Aspectos médico-legales de la historia clínica. *Med Clin (Barc)*. 1999;112:24-8.
- Criado del Río MT. La actuación del médico como perito con la nueva Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil. *Med Clin (Barc)*. 2001;117:697-702.
- García OC, Cózar MV. La intimidad del paciente: novedades legislativas. *Med Clin (Barc)*. 2000;115:426-7.
- García OC, Mérida de la Torre FJ. Problemas medicolegales de la historia clínica. *Med Clin (Barc)*. 1999;113:318-9.
- Júdez J, Nicolás P, Delgado MT, Hernando P, Zarco J, Granollers S. La confidencialidad en la práctica clínica: historia clínica y gestión de la información. *Med Clin (Barc)*. 2002;118:18-37.
- Lorente Acosta JA, Lorente AM, Villanueva CE. El médico y la medicina en el nuevo código penal. *Med Clin (Barc)*. 1998;111:222-5.
- Martin MS. Ética de la prescripción. Conflictos del médico con el paciente, la entidad gestora y la industria farmacéutica. *Med Clin (Barc)*. 2001;116:299-306.
- Parra GO, Martínez Jarreta MB, Castellano AM, Hinojal FR. Sida. Problemas éticos y jurídicos de la relación médico-paciente a la luz del nuevo código penal. *Med Clin (Barc)*. 1998;110:186-90.
- Zarco MJ, Moya BA, Júdez GJ, Pérez DF, Magallón BR. Gestión de las bajas laborales. *Med Clin (Barc)*. 2001;117:500-9.
- Sosa V. Guía práctica de ayuda para valorar incapacidad laboral en la cardiopatía isquémica. En: Sosa Rodríguez V, editor. Estudio de la incapacidad laboral por enfermedades cardiocirculatorias. 2.ª ed. Madrid: Sociedad Española de Cardiología; 2005. p. 197-201. Disponible en: http://seccpyr.org/libro_pdf/cap_15.pdf
- Montemayor T, Ortega F, Cejudo P, Sánchez RH. Valoración de la capacidad laboral e incapacidad/invalidez en las enfermedades respiratorias. *Arch Bronconeumol*. 2004;40:21-6.
- Igea Arisqueta F. La coordinación sociosanitaria: ¿al fin el principio o el principio del final? *Medifam [revista electrónica]* 2003 Abr; vol.13, n.º 4. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682003000400002&lng=es&nrm=iso
- American Medical Association. Guides to the evaluation of permanent impairment. 5th ed. Chicago: American Medical Association; 2005.
- Prieto M. ITER en el procedimiento de calificación de la incapacidad permanente. En: Rojo Cabezudo RM, editor. *Patologías invalidantes y su aplicación práctica*. Madrid: Consejo General del Poder Judicial, Centro de Documentación Judicial; 2004.
- Pérez Pineda B, García Blázquez M. Fundamentos médico-legales de la incapacidad laboral permanente. 4.ª ed. Granada: Editorial Comares; 2000.
- Tribunal Superior de Justicia de Cataluña, Sala de lo Social, Sentencia 6043/2000, de 12 julio de 2000.
- Constitución Española. Disponible en: <http://www.constitucion.es/constitucion/castellano/index.html>
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Disponible en: <http://www.goico.net/legis/sanidad/sanidad.htm>
- Real Decreto Legislativo 1/1994 de 20 de junio de 1994. Ley General de la Seguridad Social. Disponible en: http://www.seg-social.es/inicio?MI-val=cw_usr_view_Folder&LANG=1&ID=2105
- Real Decreto de 18 de abril de 1997, 576/1997, por el que se modifica el reglamento general sobre colaboración en la gestión de las Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social. BOE n.º 0098, de 24 de abril de 1997.

22. Real Decreto 1995/1978. Lista de enfermedades profesionales. BOE n.º 203, de 25 de agosto de 1978.
23. Ley General de la Seguridad Social de 29 de junio de 1994. Disponible en: http://www.seg-social.es/inicio?Mlval=cw_usr_view_Folder&LANG=1&ID=2105
24. Real Decreto 357/1991, que regula las pensiones no contributivas. BOE n.º 69, de 21 de marzo de 1991.
25. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. BOE n.º 298, de 14 de diciembre de 1999.
26. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía de los pacientes y de los derechos de información y documentación clínica. BOE n.º 274, de 15 de noviembre de 2002.
27. Real Decreto Legislativo 2/1995, de 7 de abril, Ley de Procedimiento Laboral. BOE n.º 86, de 11 de abril de 1995.
28. Ferrer JM, Casanovas M. Simulación del daño en accidentes de trabajo. *Avances Traum.* 1999;29/2:73-80.
29. Aso J, Martínez-Quiñones JV, Arregui R. Simulación en patología espinal. Madrid: Grupo 2 Comunicación Médica; 2005.
30. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Artículo 390. BOE n.º 281, de 24 de noviembre de 1995.
31. Moreu F. Control de la incapacidad transitoria: ¿mutuas o Servicio Nacional de Salud? *FMC.* 2002;9:418-20.
32. Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. Libro II. Título I. Capítulo VI: De los medios de prueba y las presunciones. Sección 5.ª del dictamen de peritos. Artículos 335 a 352.
33. Rodríguez Jouventel M. Manual del perito médico. Fundamentos técnicos y jurídicos. Madrid: Díaz de Santos; 2002.
34. El especialista es más apto para peritar que el valorador del daño. *Diario Médico*, 21 de enero de 2004. Disponible en: http://www.diariomedico.com/rec-templating/templates/diario_medico/cmp/viewDocument.jsp
35. Beauchamp TL, Childress JF. *Beneficence. Principles of biomedical ethics.* Oxford: Oxford University Press; 2001. p. 165-224.
36. Rojo Cabezudo RM. *Patologías invalidantes y su aplicación práctica.* Madrid: Consejo General del Poder Judicial, Centro de Documentación Judicial; 2004.
37. Codi de Deontologia. Consell de Col·legis de Metges de Catalunya. Artículos 26 a 28. Disponible en: http://www.comb.es/cat/passeig/deonto/codi_final.pdf