

Competencia y límites

Valoración médica de la incapacidad laboral y su calificación jurídica

Con cierta frecuencia en los Juzgados de lo Social se reincide en la polémica, antigua por otro lado, de sí es el médico, actuante en su caso en calidad de perito, quien ha de establecer la incapacidad laboral del paciente, o únicamente sobre tal incapacidad ha de pronunciarse el juzgador.

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

Muchas veces se utilizan los términos **valoración y calificación** de forma indistinta en su intento de describir y plasmar tales situaciones de incapacidad. Tratando de evitar confusiones, es conveniente proponer un mayor rigor en el uso de dichos términos, con los límites que se indicaran, pues aún entendidos como complementarios, tiene matices distintos, entendiendo que la valoración es función médica, en tanto que la calificación se remite al terreno jurídico.

- Los “Equipos de Valoración de Incapacidades” (EVI), conocidos como “tribunales médicos”, son los encargados de examinar las situaciones de **incapacidad** del trabajador, emitiendo un informe/propuesta, para que el INSS, una vez conocido, estime o desestime el tipo de incapacidad y su prestación.

En el “Dictamen Propuesta” del EVI, en su metódica, en el modelo de escrito habitual, consta: (1) en el primer epígrafe: “determinación del cuadro residual”; (2) segundo epígrafe, “Y las limitaciones orgánicas y funcionales”; y (3) “... analizadas las secuelas descritas y las TAREAS realizadas por el titular, este Equipo de Valoración de Incapacidades propone a la Dirección provincial del INSS la NO/SI calificación del trabajador como incapacitado permanente, por no/si presentar reducciones anatómicas que disminuyen o anulen su capacidad laboral”.

Queda claro que los médicos del EVI, además de determinar las lesiones y secuelas, son quienes han de analizar (conocer) las tareas que realiza el paciente en su trabajo, ahora solicitante de la incapacidad laboral. Es esto, los médicos son los que analizan la relación lesión-tarea, y emiten una propuesta de incapacidad, a modo de cuestión de hecho, obviamente cosa distinta de la calificación jurídica de la incapacidad (cuestión que recae en el órgano administrativo correspondiente, o a los tribunales de la jurisdicción social).

No asimilar lo anterior impide el desarrollo del concepto nuclear de lo que es y supone la incapacidad para el trabajo, al tiempo que cercena la prueba de los hechos de la que pudiera valerse el paciente en su calidad de demandante de una incapacidad permanente. En suma, pone obstáculos a la proyección en la práctica del espíritu del legislador.

• **La apreciación de la incapacidad laboral es una cuestión técnica**, por una parte; por otra, lo es también de naturaleza jurídica, habiéndose de debatir cada una de ellas en su ámbito. De cualquier modo, llegado el momento, el hecho litigioso ha de estar suficientemente descrito y recogido bajo el epígrafe de los hechos probados antes de proceder a la calificación jurídica, de lo contrario tal calificación se haría en precario.

Limitar la actuación pericial al exclusivo diagnóstico en su forma clásica y tradicional de la actividad médica, sin otra proyección, y en definitiva sin entrar en el problema, merma objetividad en el esclarecimiento de los hechos. Reducción que, por otro parte, desconoce el alcance de las competencias de la Medicina del Trabajo, la cual en estos casos, y otros, ha de recabar y nutrirse en las fuentes que se remiten a la fisiología del esfuerzo, la biomecánica, la ergonomía, y otras que interesen a la función, y ahora más en concreto a la relación (o binomio) lesión-tarea.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO 8833 ORDEN SCO/1526/2005, de 5 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la **especialidad de Medicina del Trabajo**. ... 3. Definición de la especialidad y campo de acción: La Medicina del Trabajo ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud 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 formación en la especialidad de Medicina del Trabajo tiene como **objetivos principales** el aprendizaje de los conocimientos, técnicas y habilidades relacionadas con: ... c) La **valoración pericial** de las consecuencias que tiene la patología derivada del entorno laboral para la salud humana, en particular en el caso de las **incapacidades**.

Está claro, se insiste, sigue estando claro y es totalmente válido afirmar, seguir afirmando y defender que la incapacidad laboral que pudiera afectar al trabajador escapa de las atribuciones médicas, al no ser esta su misión. Pero (asimílese bien el alcance de la conjunción adversativa) en tanto y en cuanto se entienda “por no ser función de los peritos hacer **calificaciones jurídicas**”. Sin embargo, antes de llegar a esa calificación, el órgano judicial ha de contar necesariamente con otros elementos, que no puede quedar únicamente en el diagnóstico clínico de tal o cual entidad y al menoscabo funcional de quien lo sufre de una forma genérica.

En consecuencia, esta valoración (médica) opera apreciando el alcance de un determinado menoscabo funcional o/y orgánico, en su repercusión sobre la capacidad laboral del paciente. En este orden, y ahora, valorar, pues, se ha de interpretar como un **criterio médico**, como un juicio médico. Calificar, en cambio, supone una **actuación jurídica** o /y **administrativa** y que por lo tanto se ha desenvolver por otros cauces, con independencia de que esa actuación venga precedida de estimaciones previas (médicas o/ y jurídicas).

La “certificación” de aptitud profesional se le encomienda al médico, a través de sus exámenes, otra tanto cabe pensar en los casos de inaptitud e incapacidad. Es el médico, mediante sus conocimientos profesionales, el que tiene autoridad científica para informar al paciente, y en su caso a terceros, de sus limitaciones físicas dada la patología que presente el paciente en concreto (“usted no puede hacer esto o aquello”) y esto es extensible a todo tipo de actividad (incluidas las de tipo laboral).

- **La capacidad de respuesta del sujeto ante las exigencias del trabajo junto a la existencia de una secuela no puede ser fruto de apreciación intuitiva; ha de basarse en criterios funcionales (vinculados a la fisiología del esfuerzo) atendiendo a la impronta biomecánica que supone el trabajo considerando la carga externa de la tarea como la proyección de esta en el organismo del operario (lo que traduce la carga externa en carga interna) manejando criterios funcionales propios del conocimiento médico (así, carga física, carga biomecánica, exigencias el trabajo en sedestación /bipedestación; requerimientos de la visión, audición para el desempeño profesional, etc.).**

- **Las *Guías de Valoración Profesional* (Ministerio de Seguridad Social. Gobierno de España, 2014) se remiten al impacto que sobre el operario de la actividad en el desempeño de un determinado trabajo.**

Esta publicación, de gran utilidad, cuenta con un índice alfabético de ocupaciones (págs. 1091 en adelante, hasta la 1137) ilustrando sobre las competencias y tareas en cada una de ellas. Esto quiere decir que el médico, para valorar la incapacidad, además del diagnóstico de la patología en concreto, además ha de conocer aspectos ligados al ejercicio de la profesión u oficio propia de cada caso. (El índice de actividades es muy amplio. Así en la última página termina aludiendo a vigilantes de seguridad no habilitados para ir armados; visitantes médicos; viticultores; webmasters; yesistas enlucidores; zapateros; zapateros ortopédicos; zapateros remendones; zoólogos).

La misma publicación, sin duda, es para uso médico. En su instrucción el texto indica: (a) “esta guía pretende servir de ayuda para conocer las funciones y tareas asignadas a cada ocupación, las aptitudes y facultades psicofísicas que debe poseer un trabajador para desarrollar una actividad determinada, los posibles riesgos derivados de la actividad profesional y las circunstancias específicas del ambiente de trabajo que puedan incidir en la capacidad laboral de los trabajadores”; (b) “la **valoración de la capacidad laboral** de un trabajador requiere objetivar las limitaciones orgánicas y/o funcionales que una lesión o enfermedad haya originado en el trabajador, **pero también resulta imprescindible conocer las competencias y tareas realizadas por el trabajador y los requerimientos del puesto de trabajo, para poder determinar si las limitaciones permiten o impiden al trabajador desarrollar la actividad laboral**” (limitaciones que en su momento pudiera dictar la EV, o en su caso el perito médico actuante para la ocasión).

Así, la carga física / biomecánica de un “peón forestal” a nivel dorsolumbar, tal como señalan las *Guías de Valoración Profesional* referidas, es de 4/4, a igual que en el tobillo/pie (4/4) así como las tareas que requieren “manejo de cargas” (4/4). Las competencias y tareas de estos operarios, entre otras, se citan: cavar hoyos para plantar árboles; apilar cargar troncos y madera; limpiar la maleza de bosques; mantener la guardia sobre incendios forestales;

ALONSO OLEA (*) dando muestras de sentido común consideró que “tienen los peritos que hacer sus propias calificaciones, sin limitarse a puras descripciones clínicas”; cuando dice “propias calificaciones”, se entiende naturalmente en el ámbito que les es propio: médico, y, en su caso, en su alcance fisiopatológico, genérico y en particular específico. (*) ALONSO OLEA, M., Derecho del Trabajo, pág. 581 (5ª edición). Servicio de Publicaciones de la Universidad de Madrid. Facultad de Derecho. Madrid, 1978. Sin duda el autor al emplear el término “calificación” se remite al contexto que a lo largo de este trabajo se ha repetido en cuanto a la función del médico, esto es a la Valoración clínica de la capacidad laboral. Puede consultarse del mismo autor Hecho y Derecho en la calificación de las incapacidades, publicado por Revista del Trabajo, Madrid, año XXII, mayo-junio, 1960.

ANEXO. Más ampliamente pueden leer *La incapacidad para el trabajo. Valoración y calificación* www.peritajemedicoforense.com. abril /2007

7.2. La relación entre el daño físico y el oficio como GENUINA TÉCNICA MÉDICA

Cuando ORMAEHACHEA afirmaba en 1934 (*) que “es un grave error creer que la función asesora del facultativo se extiende a **calificar** la incapacidad a efectos legales”, decía bien, pero no por el argumento que el autor invocaba, enlazando con lo anterior, pues añadía: “este juicio se escapa de la técnica médica, ya que dependiendo la incapacidad de la relación entre el daño físico y el oficio, precisa conocer la influencia que aquel tenga en este”, y - siendo lo que viene ahora lo que en especial se ha de repudiar- “como el médico ignora las exigencias del trabajo del obrero, es manifiesto que carece de conocimientos para establecer la relación entre uno y otro factor, de la que es resultante el juicio de incapacidad”. resultante el juicio de incapacidad Esta postura, más hoy día, más de ochenta años después, no sirve. (*) *La incapacidad permanente por accidente de trabajo*. GARCIA ORMAECHEA, R. Publicado por Instituto Nacional de Previsión, Madrid, 1934.

Quizá el antecedente remoto de este desencuentro haya que buscarla en una interpretación extensiva del artículo 27 del **Reglamento de Accidentes de Trabajo** de 1922, que imponía al médico la obligación, entre otras, de librar certificado de curación, “calificando la incapacidad resultante”, al menos así lo explicaba GARCIA ORMAECHEA.

Ante esto pronto reaccionó la jurisprudencia, y como prueba lo son algunas sentencias de entonces: “la declaración de incapacidad compete el juez y no a los facultativos que asisten al juicio” (st. TS 10.03.27); y queda todavía más patente en esta otra resolución judicial: “es cuestión jurídica que se sale de la órbita del informe pericial” (st. TS 03.10.31), a lo que puede añadirse esta otra: “en ningún momento pueden estimarse dictámenes facultativos como constitutivos de una declaración específica de la clase de incapacidad resultante” (st. TS 19.12.32). (Ref.- *La incapacidad permanente*, pág. 8, publicación del Instituto Nacional de Previsión, Madrid, 1934).

De igual forma el **Reglamento de Accidentes de trabajo**, Decreto 22 de junio de 1956 / BOE 15 de julio, refiriéndose a los médicos que asisten a los accidentados, dice textualmente que “están obligados a librar certificaciones” en una serie de supuestos como “cuando el alta sea con incapacidad permanente, la descripción y calificación que, a su juicio, merezca”. Evidentemente aquí el legislador se remite a un criterio eminentemente médico - en el ámbito que le es propio - al decir “calificación que, a su juicio, merezca”, lo que no requiere un especial esfuerzo interpretativo. (Artículo 27, Reglamento para aplicación del texto refundido de la legislación de accidentes de trabajo. Capítulo 1. De los fines y ámbito del seguro. ... los médicos que asistan a los accidentados están obligados a librar certificaciones por cada uno de los siguientes supuestos, con destino a la entidad aseguradora: ... 5. cuando el alta sea con incapacidad permanente, la descripción y calificación que, a su juicio, merezca).

- La influencia que el oficio tenga sobre el daño físico define la **CARGA de TRABAJO**, que ha de ser conocida, entre otros, en los términos de la fisiología y fisiopatología del esfuerzo, y, repárese bien en ello, muy concretamente. Su alcance y descripción, está igualmente claro, corresponden al médico. Como paso previo para hacer tal descripción es absolutamente necesario conocer el oficio o profesión del operario, y no de forma superficial, sino muy sutilmente. Tal marco se remite, igualmente, a la Medicina del Trabajo.

Cierto, también, a pesar de la crítica realizada, posiblemente la postura de ORMAECHEA fuera entonces, si no del todo, bastante acorde con la realidad imperante, dado el escaso desarrollo, preocupación y gran desconocimiento práctico de disciplinas específicas. En el mejor de los casos, la Medicina del Trabajo pasaba por una fase embrionaria, por múltiples motivos, y el médico había de vivir volcado en labores asistenciales propiamente dichas.

Relacionado con este problema, TORNEL CARROS y SANCHEZ BORDONA, 1951, se pronunciaban porque es el médico el que **puede y debe tener en cuenta la profesión del lesionado, pues es el único con suficientes elementos de juicio para determinar la repercusión funcional de una secuela.**

Por entonces en Francia imperaba el criterio de que el *coeficiente profesional* no debía ser tenido en cuenta ni señalado por el médico, siendo las comisiones de la Seguridad Social o el Magistrado los competentes para valorarlo (Valoración de la Incapacidades en los Accidentes de Trabajo, pag. 65. III Congreso Nacional de Cirugía, IV ponencia, 1951. Editorial Paz Montalvo, Madrid, 1951).

No obstante ya el sistema francés de valoración de Incapacidad Permanentes, conectando con el Decreto de 2 de mayo de 1939 (Baremo Oficial, de 8 de junio) invocaba el denominado *coeficiente profesional* o factor multiplicador que operaba en la determinación de la incapacidad en dependencia directa con la actividad habitual, profesión u oficio a la que se venía dedicando el lesionado, variando según las exigencias laborales. **Su apreciación dio lugar a la discusión** de que a quien correspondía su estimación, esto es, si era un problema médico o jurídicoadministrativo.

Frente a esta divergencia C. SIMONIN opinaba que el “porcentaje final de la incapacidad permanente depende las aptitudes y de la calificación profesional, es decir, de las posibilidades de empleo o de provecho de trabajo en general. La valoración del coeficiente profesional es de competencia del médico”, y añadía: “por su composición la Comisión Técnica Regional de Invalides esta particularmente capacitada para fijar este coeficiente” con lo que hace referencia implícita a la participación del médico en tal comisión.

De cualquier modo, no es menos cierto que en este terreno se ha asistido a una enorme evolución, propia del progreso científico, **a lo que la ciencia del derecho tampoco puede permanecer ajena.** Los cambios técnicos en la organización del trabajo, en especial en los últimos 15 años, involucran de forma nada despreciable a los gestos y movimiento ligados a la actividad laboral. Tales cambios han de ser acogidos por una jurisprudencia con vocación evolutiva.

Un capítulo importante, el más importante tanto cuantitativamente como cualitativamente, como afecciones potencialmente incapacitantes, lo constituyen los trastornos musculoesqueléticos ligados al trabajo (TMT) que desde hace años

son fuente de preocupación en diversos países. En Francia, el ANACT (Agencia Nacional para la Mejora de las Condiciones de Trabajo) ha publicado en 2006 una interesante revisión sobre este problema.

En la actualidad, cada vez más, el conocimiento en esta materia se está profundizando, tanto que la “**relación entre el daño físico y el oficio**” lejos de escapar a la técnica médica -tal como entendía ORMAECHEA- constituye hoy día genuina técnica médica, aunque dentro del campo técnico médico especializado que le es propio: la Medicina del Trabajo.

Se ha dicho también que el médico del trabajo en más de una ocasión ha de dejar a un lado los útiles clínicos tradicionales de diagnóstico y exploración y, mudando de indumentaria, enfundándose el “mono”, ha de penetrar en la fábrica o en el taller para entablar un diálogo directo con la realidad laboral, la realidad, guiándolo su espíritu intuitivo, alimentado por sus conocimientos, en una observación detenida y minuciosa, llenando una inquietud científica. De tal modo recabará la información necesaria, forjándose en una experiencia indispensable para fundamentar su juicio. Y este aprendizaje es bien extraño al carácter libresco de otro tipo de enseñanzas (Ergonomía Básica. Ediciones Díaz de Santos, S.A., Madrid, 1994).

● **La relación Lesión-Tarea**, o si se quiere binomio/ecuación Lesión-Tarea, ha de ser concebida dentro de la adecuación ergonómica en su concepción más amplia, esto es, dentro del “estudio del comportamiento del hombre en su trabajo” (GRANDJEAN), o adecuación del hombre trabajo y del trabajo al hombre.

Hay que recordar que NO EXISTE PARALELISMO ENTRE LA INTENSIDAD DE UNA LESIÓN RESPONSABLE DE UNA MERMA FÍSICA Y SU POSIBLE REPERCUSION LABORAL. De aquí se sigue también que: LA INCAPACIDAD PROFESIONAL NO GUARDA RELACION DIRECTA CON LA INCAPACIDAD FISICA. NO TODA INCAPACIDAD FISICA SE REMITE NECESARIAMENTE A UNA INCAPACIDAD PROFESIONAL

A pesar de la enorme importancia que esta materia tiene “realmente es ahora cuando la ergonomía está despertando como ciencia” (SINGLETON, W.T., en Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo y Seguridad Social, Madrid, 1989).

Esto en parte se debe a su carácter relativamente reciente, pues “el término *ergonomía* se utilizó por primera vez en 1950” (O.I.T. - Organización Internacional del Trabajo-), aunque tal afirmación, como se dice, tiene un valor relativo, habiéndose de entender más bien que es en estos últimos años en los que la ergonomía toma especial valor sustantivo en la conciencia social en el mundo del trabajo.

Pero el “hacer ergonómico”, bajo otras denominaciones, pero queriendo significar lo mismo (adecuación del operario al trabajo y del trabajo al operario) ya estaba presente desde muy antiguo. Así HIPOCRATES describe la intoxicación por plomo. Pero es sin duda el médico BERNARDINO DE RAMAZZINI quien en 1701 aporta y escribe la obra fundamental sobre la patología del trabajo, con referencia a los más diversos 55 oficios y ocupaciones, consiguiendo sistematizar la práctica de conocimientos habidos hasta la fecha en esta disciplina.

Ante un estado nosológico susceptible de determinar un estado incapacitante, no sólo se han de contemplar los cambios estructurales y funcionales causados por ciertas alteraciones anatómicas y fisiológicas en el sentido tradicional, tal como el clínico la venía haciendo. Es preciso ir más lejos, tanto como buscar la proyección de esa nosología en el contexto ergonómico propio de cada caso, tanto también en sus índices estáticos como dinámicos, definiendo todos ellos los requerimientos biomecánicos requerimientos biomecánicos biomecánicos de la tarea a estudiar.

Llegado el momento, han de ser manejados en una explicación patomecánica frente al caso problema, sirviendo para comprender el auténtico alcance funcional de las secuelas en el par hombre-máquina, y en definitiva, en el binomio hombre-trabajo, remitiéndose al sistema-proceso de trabajo. Significando el trabajo un equilibrio entre la capacidad de esfuerzo que exige la tarea a desempeñar y las posibilidades de adaptación de su ejecutante, es obvio que cuando esa armonía se ve perturbada por un trastorno orgánico, lesión o secuela, será el médico competente el llamado a emitir el oportuno juicio diagnóstico dentro de esos cauces funcionales específicos.

Hace años distintos expertos insistían en lo mismo, como RENIER (*) cuando dice que “el médico del trabajo es el único competente para evaluar la incapacidad laboral”, dentro del contexto clínico, y al margen, por supuesto, de otras apreciaciones ajenas a su terreno, y que en definitiva, a la vista de los “resultandos” y “considerandos” conforman la calificación (jurídica) de la cuestión. La lesión o secuela, en su proyección laboral, médicamente ha de ser forzosamente analizada e interpretada evaluando la forma en que el binomio Lesión-Tarea acciona e interacciona ante exigencias y requerimientos laborales concretos (*) RENIER, J., *Evaluation d'incapacités et invalidités*, pág. 11. Editions Fonteny Medica Books. Louvaine /Bélgique, 1974).

La respuesta orgánica ha de ser apreciada dentro del sistema-proceso de trabajo. En este contexto es preciso conocer y manejar una serie de factores ergonómicos dentro de un *iter* de etapas sucesivas, sometidos a un proceso interpretativo, a partir de un orden clínico inicial. Bajo estrictos criterios médicos hay que considerar factores como los siguientes: sistema-proceso de trabajo; tarea, actividad; medios de trabajo; espacio y entorno de trabajo. Carga externa (“contrainte”). Carga interna (“astreinte”). Fatiga de trabajo. Tales factores no pueden bajo ningún concepto no ser analizados, ni pasados por alto. La capacidad de respuesta ante el efecto biológico de la carga externa (*contrainte*), lleva a establecer el binomio lesión-tarea, o, más acertadamente, particularizando para el binomio lesión-actividad. (Se distingue entre Tarea y Actividad. Tarea o trabajo prescrito, esto es, la forma de realizar el trabajo según normas de carácter general; actividad, o la forma en la que el operario desempeña el trabajo atendiendo a sus peculiaridades personales). En un orden práctico y funcional, habrá que averiguar el resultado de la incidencia de ambos factores en su actuación conjunta, cosa que lleva a desembocar en el nivel de carga interna (*astreinte*) resultante de tal interacción, tolerable o no tolerable para la salud del paciente como trabajador.

En consecuencia, como cuestión ergonómica para el problema que se viene hablando, se ha de entender el comportamiento en particular del sujeto en la realidad y trascendencia de su lesión (carga interna) frente a la carga externa que impone el trabajo que en concreto venía realizando. Recuérdese también que el carácter “miope” de la ergonomía: “la ergonomía no ve más que de cerca” (De MONTMOLLIN). Las líneas generales de este enfoque ya se han expuesto en otros trabajos en esta web, y, resumidamente, discurren por tres cauces: a. - cuestión clínica: estudio de la función perturbada; b. - cuestión laboral: · en general: identificación del puesto de trabajo: tarea, actividad, unidad operativa básica. · en concreto: rango de la función perturbada, niveles de exigencia (función-trabajo); c. -cuestión ergonómica: niveles de respuesta (lesión-actividad). (Ref.- *Metodología para la valoración de la incapacidad laboral: acercamiento ergonómico*, www.peritajemedicoforense.com, 2003).