

La INCAPACIDAD para el TRABAJO
VALORACION y CALIFICACION

Apuntes, notas y comentarios

M.R. Jouvencel

MR Jouvencel
Licenciado y Doctor en Medicina
Licenciado en Derecho. Abogado

La INCAPACIDAD para el TRABAJO VALORACION y CALIFICACION

Edición electrónica: www.peritajemedicoforense.com.

© Miguel Rodríguez Jouvencel, abril /2007

Reserva de derechos: con fines ilustrativos y bibliográficos se autoriza la reproducción parcial del texto, acompañando cita de su origen y autor.

Edición electrónica: www.peritajemedicoforense.com.

Sumario

- 1.- Valoración y Calificación de la Incapacidad. Concepto y límites
 - 2.- Referentes de la valoración y evaluación médica
 - 3.- Antecedentes
 - 4.- Marco actual de la técnica médica para la valoración la incapacidad para el trabajo.
 - 5.- Un recurso ilusorio: la casación para la unificación de doctrina. La desigualdad de los ciudadanos en un estado de anarquía jurisdiccional, o la “unidad diversificada”
 - 6.- Un principio sujeto a crítica y un equilibrio difícil de mantener: la libre valoración de la prueba por el órgano judicial
 - 7.- La incapacidad para el trabajo en la LGSS como criterio funcional
 - 7.1. Análisis funcional de la lesión como condicionante de una CARGA DE TRABAJO fisiopatológica en un contexto ergonómico: FUNCIÓN MÉDICA.
 - 7.2. La relación entre el daño físico y el oficio como GENUINA TÉCNICA MÉDICA
 - 7.3. El Rango de la función afectada por el daño orgánico en el contexto laboral: INCUMBENCIA MÉDICA
 - 8.- Conclusiones técnicas
- Apéndice.- Metodología para la valoración de la incapacidad laboral: acercamiento ergonómico.**

VALORACION y CALIFICACION de la Incapacidad Laboral

Con cierta frecuencia en los Juzgados de lo Social (en su día Magistraturas de Trabajo) 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.

1. Concepto y límites

La apreciación de la incapacidad para el trabajo gravita sobre distintos aspectos, cuyo conocimiento es indispensable para que finalmente se resuelva por los cauces adecuados la cuestión de fondo en derecho.

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 expresivos 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 mayor rigor en el uso de dichos términos, con los límites que se indicaran, tanto que aún entendidos como complementarios, tiene matices distintos.

Dígase ya que la apreciación de la incapacidad laboral es, por una parte, una cuestión técnica, y por otra, lo es también de **naturaleza jurídica**, habiéndose de debatir cada una de ellas en su ámbito. De cualquier modo, 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 esta se haría en precario.

El camino que ha de llevar a la **calificación** de la incapacidad como problema jurídico a veces puede resultar laborioso. No obstante, su resolución final, ya en vía administrativa, ya en la jurisdiccional, *requiere que se tomen en consideración una serie de premisas* que han posible la construcción del silogismo que se plasma en la resolución judicial.

Son esos elementos anteriores, debidamente estimados los que responden a la idea que ahora se quiere dar al término de valoración: *elementos de valoración de la incapacidad*. La valoración recae en aspectos singulares previos a la calificación. Así el juez, en ese análisis singular, entre otros, valorará la *prueba pericial médica*, en sus distintas piezas. En este contexto, el médico por su parte, como tal, hará, ha de hacer también una valoración, sus valoraciones, las de consecuencias de las lesiones o secuelas

en su proyección laboral. De tal modo, la valoración conoce una vertiente jurídica, y otra médica.

La resolución del órgano administrativo o jurisdiccional sobre un estado de incapacidad para el trabajo precisa un análisis de cada uno de diferentes factores que forman un conjunto. Estas apreciaciones parciales se van a identificar como valoraciones o elementos de valoración, pudiéndose ver integradas posteriormente en un juicio que supone la calificación (jurídica) de tal estado.

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

En consecuencia, esta valoración (médica) opera apreciando el alcance clínico de

determinado menoscabo 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 jurídico-administrativa y que por lo tanto se ha de desarrollar por otros cauces, con independencia de que esa actuación jurídico-administrativa venga precedida de valoraciones previas (médicas y jurídicas).

2.- Referentes de la valoración y evaluación médica

La acción y efecto de valorar remiten a una **evaluación**. Asimilado lo anterior, conviene ahora precisar el significado y alcance del concepto de *evaluación*, desde la perspectiva médica. CZERNIVOW (1), citando diversos autores, propone definir el término evaluación como “un proceso sistemático y científico enfocado para

(1) P. CZERNIVOW, citando a distintos autores: ARMOGATHIE, J.F., HORGARTHI, J., LACRONIQUE, J.F., SHCWART, D., FLAMANT, R., LELLOUCH, J., en XXI *Journées Nationales de Médecine du Travail*, Masson, Paris, 1990.

apreciar la medida en la que una actividad, o una serie de actividades, permiten alcanzar determinados objetivos” (J. HORGARTI).

Según el autor citado en primer lugar, evaluar comporta varios aspectos, entre ellos los siguientes:

1.- *Observación y descripción*, respecto a una actividad o a un conjunto de actividades, lo cual a su vez significa un análisis descriptivo (elemental o complejo).

2.- *Marco de referencia*, en el contexto de la evaluación en concreto, pudiéndose pronunciar sobre:

- un *objetivo específico*
- un consenso profesional
- el *estado actual de los conocimientos*
- una norma profesional
- una reglamentación

3.- *Decisión*, que indica que evaluar implica un *juicio de valor*, midiendo la desviación entre la realidad y el modelo, y pronunciándose sobre el carácter aceptable, o no, de esta desviación.

3. Antecedentes

Una mala comprensión de las fronteras que se quieren indicar al distinguir entre **calificación** y **valoración** explica que en no pocas ocasiones el médico se exprese documentalmente de forma incorrecta, como cuando escribe: “el paciente XXX tiene una *incapacidad permanente* para su el trabajo ...”. Esto, así plasmado, resulta poco acertado, o al menos no es prudente. Parece dar a entender, o lo entiende así algunos, que el facultativo pretende invadir el terreno de la calificación jurídica, cosa que, obviamente, no le incumbe.

La expresión “incapacidad permanente” se vincula a una descripción jurídica. Lo cierto es que esta clase de pronunciamientos en ocasiones provocan incomodidad en el

juzgador, un *noli me tangere*, en especial en aquellos que se sienten muy celosos de lo que entienden que son sus propias competencias, tanto que de alguna manera han sido allanadas.

Con el fin de evitar erróneas interpretaciones, como ya se ha indicado otras veces, parece más adecuado que el médico utilice otra fórmula, como “el paciente XXX, desde la perspectiva médica, dentro de una relación LESION-TAREA, no es apto para el desarrollo de las actividades fundamentales –o propias- de su oficio o profesión”, o, en su caso, “para ningún tipo de trabajo físico o sedentario”. Mas adelante se analizará con más detalle el contexto del binomio Lesión-Tarea.

Quizá el antecedente remoto de esta **práctica viciosa** haya que buscarla en una interpretación extensiva del artículo 27 del reglamento de accidentes de trabajo de 1922 (2), que imponía al médico la obligación, entre otras, de librar certificado de curación, “*calificando* la incapacidad resultante”.

(2) al menos así lo explicaba GARCIA ORMAECHEA, R., *La incapacidad permanente*, pág. 8, publicación del Instituto Nacional de Previsión, Madrid, 1934. Las sentencias que siguen son también del mismo autor.

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).

De igual forma, en el Reglamento de Accidentes de trabajo, Decreto 22 de junio de 1956 (BOE 15 de julio), en su artículo 27, refiriéndose a los médicos que asisten a los accidentados, dice textualmente que “están obligados a librar certificaciones” en una serie de supuestos como en el caso del párrafo 5º del mismo artículo: “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, al decir “*calificación* que, a su

juicio, merezca”, lo que no requiere un especial esfuerzo interpretativo.

De cualquier modo, siguió confusión, surgiendo abundantes pronunciamientos, en su día del Tribunal Central de Trabajo, de la sala 6ª del Tribunal Supremo, y actualmente también en la actualidad en distintas salas de lo social y de los Tribunales superiores de Justicia de las diferentes Comunidades Autónomas, que, en definitiva, vienen a reiterar lo mismo, esto es, que la incapacidad laboral que pudiera afectar al trabajador escapa de las atribuciones médicas, pues no es esta su misión, **por no ser función de los peritos hacer calificaciones jurídicas.** Y esto está claro, y ha de seguir quedando claro en adelante.

4. Marco actual de la técnica médica para la valoración la incapacidad para el trabajo.

De lo dicho, no se entienda que se está abogando por la tesis que pudiera pretender que la actuación médica, por extensión su actividad pericial, en los casos de incapacidad para el trabajo, se centre en

el exclusivo diagnóstico de la entidad nosológica, enfermedad o secuelas que la justifican.

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, por otro parte, que desconoce el alcance de las competencias de la *Medicina del Trabajo*.

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*.

Es preciso avanzar. No se puede repetir, sin más, "... es que la jurisprudencia dice...". Ya aburre este soniquete, que no argumento, además de rancio, trasnochado, cuando sin otra cosa, desconoce el estado evolutivo de la ciencia, no se adecua a la realidad social, a las demandas sociales, formula, por otra parte, inapropiada, tanto más cuanto sirve de parapeto para que los derechos de unos puedan verse atropellados por otros.

Si la jurisprudencia se nutre de los criterios observados en la interpretación reiterada para la aplicación de la Ley, no cabe duda, por otra parte, que tal criterio no puede quedarse anquilosado haciendo caso omiso a las nuevas realidades y demandas sociales. Si "la justicia es una disposición de la voluntad", "la jurisprudencia lo es del entendimiento". Tanto es así que la misma jurisprudencia ha de tener capacidad de entender y comprender no sólo valiéndose

de experiencias anteriores, sino que su pensamiento ha de tener también capacidad de acoger situaciones nuevas. Y tal acoplamiento ha presidir el juicio humano bajo el común denominador de la inteligencia y la evolución, lo que es precisamente *inteligencia*.

La calificación ha de hacer madurar un juicio de convicción en el que ha de sentenciar. Mas requiere, como paso previo, una descripción fáctica de los puntos litigiosos, lo cual a su vez, ha de ser proporcionado - en la parte que le corresponda - por el técnico con preparación para ello.

Ante ciertos pronunciamientos parece que este país, en lo que a la capacidad/incapacidad laboral ahora se refiere, no sabe lo que es la *Medicina del Trabajo* (3) y su proyección ergonómica.

(3) Ciertamente también que tal especialidad se ha visto muy devaluada en los últimos años, con disposiciones como el Decreto 1497/99, de 24.09 (BOE 25.09.99), que regulaba un procedimiento excepcional para optar al título de especialista, frivolidad que se ha de enrostrar ante los responsables de una Política de Estado en materia de Prevención de Riesgos Laborales. La oferta, no obstante, mas bien un "saldo", fue muy bien acogida por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y su gente.

Un país, España, que se dice europeo, no puede marginar cuestiones tan elementales, arrinconando el avance científico en la resolución de problemas tan importantes. Da la impresión igualmente que existe una rutina que desconoce el estudio, anclada en lo pretérito, que dormita, que proyecta todavía su sombra hoy patética, se opone y es insensible al progreso, y es lo que explicaría ciertas resoluciones judiciales.

5.- Un recurso ilusorio: la casación para la unificación de doctrina. Y la desigualdad de los ciudadanos en un Estado de anarquía jurisdiccional: la “unidad diversificada”

Discurriendo por este orden, ciertas interpretaciones en materia de hechos, obligan a pensar:

- “los procesos artrósicos, salvo que afecten a toda la columna vertebral impidiendo su movilidad y de forma dolorosa, no son incapacitantes” (en el caso de una trabajadora agrícola, 1992), según resolución de un Tribunal Superior de Justicia de una de las 17 autonomías que componen el reino de España.

Sigamos con otras “joyas de la corona”, como esta otra de un juzgado en primera instancia (juzgado de lo social, año 2005):

· Hechos probados: XXX (56 años) “presenta un cuadro clínico residual de: artrosis **severa** cervical, dorsal y lumbar, que cursa con escoliosis dorsolumbar, estenosis foraminal desde C4 a C7 bilateral, protusiones discales L3-L4, L4-L5 y hernia discal L5-S1, afectación radicular por denervación a nivel L5 y S1, síndrome lumbociático crónico, gonoartrosis bilateral de ambas rodillas con dolor e impotencia funcional y artrosis severa bilateral”. El fallo estima que el actor no presenta incapacidad permanente total su profesión de MECANICO (mecánico de automóviles). Unicamente le reconoce el beneficio de una incapacidad parcial (esto es, y según la LGSS española, que dicha incapacidad parcial se da cuando se estima que las limitaciones físicas del paciente **no le impiden la realización de las tareas fundamentales de su profesión**).

· “... la pretensión fáctica se admite en el sentido en el sentido de añadir la literalidad

del dictamen especializado de la sanidad pública que alega (folio 14) dado su rigor científico e imparcialidad respecto a los intereses litigiosos que le atribuyen fuerza revisora....” “su patología es de **hernia discal L4-L5 de base amplia**, localización central, que contacta y comprime el saco dural, borra recesos laterales y con **posible** afectación de raíces L5, **artrodesis L4-L5** y posterior intervención para retirada de material, evolución favorable; **espondilolisis L5-S1 con espondilolistesis grado I**, asociado a cambios degenerativos en articulaciones intersomáticas e interapofisarias, **protusión discal global** que no condicionan compromisos de espacio”. “Estas dolencias no se corresponden con la IPT (*incapacidad permanente total*) porque es la única facultad afectada (columna lumbar) y no es trascendente su intensidad, pues según los hechos probados carece de afectación (“posible”) radicular así como, tras la cirugía practicada, observa evolución positiva, de modo que, al menos actualmente, sólo implica **discreta** alteración de la funcionalidad que no le impide la ejecución ordinaria de su actividad laboral **ELECTRICISTA** por cuenta ajena, como exige el artículo 137.1.b. LGSS, aún cuando requiere disponibilidad

física adecuada y continua” (sentencia de un Tribunal Superior de Justicia autonómico, febrero/2006).

Obsérvese, por una parte, como el alto Tribunal estima que el trabajador, en este caso ELECTRICISTA, **“requiere disponibilidad física adecuada y continua”**, pero por otra parte, para justificar su decisión, con relación a la patología descrita y reconocida por el mismo órgano juzgador en su sentencia, dice **“sólo implica discreta alteración de la funcionalidad”**, en el trabajador.

Hay que advertir, por otra parte, que existe la tendencia, en términos de calificación jurídica por parte de algunos tribunales, de etiquetar la severidad de las afectaciones discales del raquis (hernias, protusiones) en atención al grado de afectación radicular, tanto que si esta es de grado “moderado”, el conjunto lesional se configura como moderado. Esto médicamente, al menos, no resulta correcto. La afectación radicular, por si sola, no sirve siempre para valorar la severidad de la lesión, no desnaturalizando su ausencia la severidad del proceso lumbar. Existe otros factores clínicos y exploratorios, y no sólo los que arroja la exploración electromiográfica (que indica el grado de afectación radicular, como signo clínico, que no siempre como síntoma) que han de ser colacionados para formular un juicio clínico correcto, tanto más ante la evidencia de las pruebas de imagen, juicio clínico sobre el cual, a su vez, ha de gravitar la calificación jurídica del proceso en su relación con el trabajo. Ciertamente que la afectación radicular viene a abundar el daño a las lesiones estructurales del raquis, pero en modo alguno partiendo de tal afectación radicular, si en su momento es de carácter “moderado”, o incluso ausente, se puede valorar como moderado el proceso vertebral, lumbar en este caso, en su conjunto. La afectación radicular añade severidad a un proceso lumbar, pero, su ausencia no se la resta ante procesos que por su grado de daño estructural son por si mismos de entidad severa. En cualquier caso la “no evidencia **radiológica** de afectación radicular”, que es la forma correcta en la que ha de informar el lector de las imágenes (el radiólogo especialista, recalcando lo de “radiológica”) no quiere decir ni mucho menos que no exista, ya que la prueba de imagen no puede alcanzar en

general el diagnóstico certero de un daño electrofisiológico, sólo detectable a través de una prueba de función (la electroneuromiografía). De esta forma, como en el cuadro clínico anterior, la existencia de cambios estructurales *tan groseros*, que revelan **“hernia discal L4-L5 de base amplia**, localización central, que contacta y comprime el saco dural, borra recesos laterales” junto con **“artrodesis L4-L5** y posterior intervención para retirada de material, evolución favorable; **espondilolisis L5-S1**”, “asociado a cambios degenerativos en articulaciones intersomáticas e interapofisarias, **protusión discal global**”, aún cuando “no condicionan compromisos de espacio”, son ya por si mismas lesiones médicamente severas, sobre las que hay que estimar igualmente severas consecuencias funcionales, tanto más si se han de proyectar para la ejecución de determinadas actividades, como por ejemplo aquellas que **“requiere disponibilidad física adecuada y continua”**, tanto más también cuando esas lesiones del raquis lumbar cursan sin duda con “dolor, contractura paravertebral y limitación de la movilidad”. Manifestaciones clínicas y sintomáticas más que suficientes para impedir una **“disponibilidad física adecuada y continua”** para la actividad propia del reclamante; y cierto que en el caso de afectación radicular habría que añadir un síndrome ciático; pero con o sin afectación ciática esta claro que el paciente no están en condiciones de ejercer su tarea con la repetida **“disponibilidad física adecuada y continua”**. Cabe preguntarse sin en realidad Tribunal conoce, para emitir su juicio, el alcance y la trascendencia funcional de términos como “hernia discal ...”, “artrodesis...”, “espondilolisis”, “protusión global” o por el contrario, como se indica más adelante hay buscar otras salidas, acercándose al criterio de STEIN, que recoge SILVA, como se apunta: “la libertad de apreciación del juez está en razón inversa a los progresos de la ciencia”, junto a las preocupaciones que formula al final de su vida el maestro CARRARA (ver epígrafe 6).

• Consideren también los lectores, a continuación, la siguiente sentencia, (de otro Tribunal Superior de Justicia español, sala de lo Social, 1997). **“Hechos probados: “el actor presenta *Silicosis de primer grado. Apnea del sueño. Bronquitis Crónica*”.**

“Fundamentos de Derecho: ... de los términos claros y rotundos del invocado artículo... no cabe otra interpretación que la que resulta de su tenor literal, esto es, equipararse al segundo grado de silicosis siempre que la silicosis del primero “coexista” con alguna de las enfermedades siguientes: “bronconeumopatía crónica, cardiopatía orgánica o cuadro de tuberculosis sospechosa de actividad a lesiones residuales de esta etiología”, por tanto si se habla de **“bronconeumopatía crónica”** no cabe asimilar esta enfermedad a la **bronquitis crónica**, y ello por la potísima razón de que se trata –en contra del criterio del recurrente–, como es bien sabido, de dos enfermedades no idénticas, al entrañar, indudablemente más gravedad la bronconeumopatía que la bronquitis, al consistir la primera en enfermedad de los bronquios y **ADEMÁS** enfermedad del pulmón, mientras que la bronquitis supone **sólo** enfermedad de los bronquios, sin afectar al pulmón, lo que justifica el Legislador haya dotado de distinta eficacia a una y otra enfermedad, a efectos invalidantes cuando concurren con la silicosis de primer grado...”

(A efectos aclaratorios, para gobierno del lector, téngase en cuenta que el artículo 45 de la Orden de 15 de abril de 1969, BOE 8 de mayo, 9 de agosto y 4 de noviembre de 1969, establece que el primer grado de silicosis se equiparará al segundo grado de silicosis, entre otros supuestos, mientras coexista con “bronconeumopatía crónica, esté o no acompañada de síndromes asmáticos”).

El “fino” argumento jurídico de la Sala, férrea e implacable interpretación literal del ordenamiento legal invocado, impermeable a cualquier criterio de flexibilidad y funcionalidad, carente de todo sentido clínico, y social, y hasta también de sentido común, ha servido para negarle la prestación de Incapacidad Permanente Total un minero (“vigilante de 2ª interior”, en una explotación de carbón)(*) que, además, ha sentado precedente.

(*) El vigilante en el interior de la mina desempeña un papel primordial en el servicio de seguridad de la explotación minera, para la prevención de accidentes. No obstante, hace ya unos de diez años, con ocasión recurso de suplicación, el Tribunal Superior actuante para el caso resto importancia a tales tareas de seguridad, al confundir dichas tareas de vigilante con las propias de un guarda jurado.

Se puede observar igualmente que la Sala practica una rigurosa disección anatómica del aparato respiratorio, muy útil en términos de autopsia, aunque no en el caso en particular. Y la apnea (*) a veces produce amnesia. Claro que en su descripción tan pegada al Ley, tal estado patológico no se contempla.

(*) Como se sabe, la apnea del sueño es patología ligada al aparato respiratorio determinante de cansancio y una excesiva somnolencia durante el día. Entre sus consecuencias, produce disminución de la capacidad de atención y de la memoria. El índice de riesgo accidentes en estos enfermos es superior al de la población en general, "hasta seis veces más en el caso de los derivados del tráfico", según la *Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica* (2006). Véase también *Trastornos del sueño: la enfermedad invisible*. Diario Médico, 31.01.07.

Lo anterior contrasta con algunas resoluciones muy generosas, ya no en sede judicial, sino en el ámbito administrativo (de donde arranca el origen del problema en la mayoría de los casos), como la emitida por un Equipo provincial de Valoración médica de la Incapacidad (EVI), septiembre/2006, de la que al autor ha tenido conocimiento recientemente. En síntesis, dice el dictamen de la EVI, "del que se presume objetividad" ("que goza de reconocida objetividad", opinión y fórmula reiterada en numerosos juzgados de lo social, que igualmente corrobora la jurisprudencia del país, lo que no deja de ser un prejuicio de carácter general, de dudosa asepsia para ser aplicado como presunción a un caso en particular) "determinación del cuadro clínico residual: rotura del manguito de los rotadores derechos intervenida quirúrgicamente en dos ocasiones, finalizando el tratamiento rehabilitador". "Y las limitaciones orgánicas y funcionales siguientes: *severa limitación de la movilidad del hombro derecho. Hombro doloroso*" (No aparece cuantificado en tal dictamen el grado de limitación). "Y analizadas las secuelas descritas y las tareas realizables por el titular, este Equipo de Valoración de Incapacidad propone a la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social la **calificación** del trabajador referido como incapacitado permanente en el grado de PARCIAL". "El director provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social acepta íntegramente el contenido de este dictamen propuesta, **elevándolo a definitivo** en el día de la fecha". La "profesión del trabajador" es la de "alcalde" (sí, se ha dicho bien, ALCALDE, ahí radica ahora la cuestión). Está claro. La administración posiblemente ha estimado que el Sr. Alcalde ya no puede realizar el saludo con el brazo en alto, con elegancia.

En algunos casos también se llega a presentar un conflicto entre la resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social, que a su vez se apoya en dictamen del EVI, y la resolución previa de otro organismo, como es el caso de la Jefatura Provincial de Tráfico cuando emite un informe negativo que no permite continuar en su actividad a un conductor profesional, al serle retirada la licencia para ejercer como tal. Pero la cuestión se agudiza cuando en el recurso interpuesto por el interesado ante el propio Juzgado de la Social, y hasta en su caso el Tribunal Superior de Justicia en el ámbito autonómico de que se trate, acoge el planteamiento de la Seguridad Social. De esta forma, el trabajador carece de la autorización administrativa para desempeñar su actividad como chofer profesional debido a que no reúne condiciones físicas, retirándole por tales motivos la licencia para ejercer tal actividad; pero por otra parte, el estado físico del interesado a juicio de la Seguridad Social es compatible con el ejercicio de su profesión. En cualquier caso claro que sin licencia administrativa no puede trabajar y por seguridad jurídica hay que acatarla. La cuestión fue zanjada con coherencia por el TSJ vasco, 15.12.98 (EDJ 1998/36456) cuando dice en la siguiente sentencia: ... la actividad de taxista requiere una serie de autorizaciones administrativas, que como condición sine qua non son necesarias para la realización de las tareas propias de conductor de taxi, debiendo por ello someterse a unos controles administrativos (pruebas y autorizaciones) que escapan al conocimiento y resolución de este orden jurisdiccional social y contra las que se debe accionarse en el contencioso-administrativo ... parece evidente que carece de las cualidades y condiciones para seguir prestando su actividad profesional lo que dicho de otra manera debe llevar a revocar la resolución de instancia ante la imposibilidad de dictarla”.

Hay más, más vergüenzas como estas, muchas más, que abonan la desconfianza en la justicia. Los que tiene años de práctica forense saben muy bien que de las antesalas de los juzgados en ocasiones llega un eco, desprovisto de toda

hipocresía, bien poco edificante, a veces desmoralizador, muy distante del protocolo que después de observa en Sala. A pesar de ello hay gente muy contenta. Otros están callados.

Sentencias, todas ellas, de algún, algunos lugares de España. Dice la Carta Magna, "todos los españoles son iguales ante la Ley", vascos y gallegos; catalanes y extremeños, y el resto de las gentes del reino, por eso no se preocupen de otra cosa, ni hagan especulaciones...

...Pero no es así. Por el contrario, el caso es que haciendo análisis comparativo de algunas sentencias (que ya son muchas) que se dictan en materia de incapacidad laboral, a lo que puede añadirse las propias resoluciones administrativas previas a la reclamación judicial, se observa que las "calificaciones jurídicas" en las diferentes autonomías no guardan criterios de uniformidad. Y esto es preocupante.

Entonces habrá que concluir que frente “los buenos y píos deseos de la retórica constitucional” (GARRIDO FALLA) no hay un trato igualitario de “todos los españoles” ante la Ley, viendo como existen comunidades especialmente “castigadas”. De ser así, no resulta fácil conjugar en armonía esa aspiración de algunos, “una...” unidad territorial indivisible, aunque según otros, mas como malabarismo dialéctico que otra cosa, también cabe aludir a la “unidad diversificada”.

Claro, dirán otros, con suficiencia, “para eso está la casación”. Mas la práctica demuestra la poca eficacia de tal vía, pues cuando se abunda en el “rebuscamiento” se marcan a veces exigencias diabólicas para su admisión a trámite, como es la pretendida *individualidad* de la situación incapacitante, colacionada para la ocasión, para poder configurar la “identidad” de las resoluciones a casar, impidiendo en definitiva el acceso a tal recurso en la realidad, lo que explica a su vez, de otra parte, que sean un mecanismo procesal en el ámbito e la impugnación judicial contemplado como “extraordinario”. Y es

que le presta muy bien el adjetivo; a unos más que a otros.

La aludida “identidad”, absoluta identidad, para la calificación jurídica de la incapacidad laboral sirve ahora de estrategia al Tribunal Supremo para no entrar en dicha calificación, pues posiblemente, de hacerlo, se vería desbordado en sus actuaciones. “Economía procesal”.

Pero hagamos un poco de historia, que cada vez se estudia menos. Antiguamente el TCT (Tribunal Central de Trabajo), al que llegaban en la práctica todos los recursos de suplicación, proyectaba una uniformidad de doctrina en todo el Estado, sirviendo como referente, tanto para los profesionales del derecho como para los juzgados de instancia (magistraturas de trabajo, posteriormente denominadas juzgados de lo social). Y tal común denominador contribuía a la seguridad jurídica.

Desaparecido el TCT y creados los Tribunales Superiores de Justicia (de ámbito autonómico, 17 en total) pronto se inició una desigualdad en la calificación de la incapacidad.

Considerando las resoluciones de las distintas jurisdicciones autonómicas, *se llega a una reprochable impresión de incertidumbre, de confusión y anarquía, de extrema diversidad, en la forma de juzgar de las distintas jurisdicciones, incluso en el interior de cada una de ellas aisladamente consideradas.* (El texto en cursiva se redacta recordando la crítica a la jurisprudencia francesa, sobre la situación existente en los años 50, en materia de "daño corporal", según el profesor LIENARD, en un coloquio en Zurich, en 1971, y que ahora, medio siglo después, *tan bien* aprovecha ahora para describir esta realidad en el estado español).

La disparidad de criterios calificadores de la incapacidad de unos tribunales a otros, y desde el conocimiento de las sentencias por la publicidad de las mismas, ha llevado a los profesionales del derecho, a partir de las distintas sentencias de los tribunales superiores de ámbito autonómico a la necesidad de tener que acudir en casación al Tribunal Supremo, para la unificación de

doctrina, desbordando sus posibilidades de resolución, al mismo tiempo que, para la admisión del recurso, llevan exigencia de la "identidad" a sus últimos extremos, lo que así les permite cerrar el acceso a esta vía.

Tanto es así que la posibilidad de defensa el particular, y su tutela judicial efectiva por el Tribunal Supremo, se vuelve para estos casos puramente ilusoria.

En consecuencia, persisten las desigualdades de trato entre los administrados de las diferentes comunidades autónomas para el reconocimiento de las situaciones de incapacidad, perdiéndose, en definitiva, la posibilidad de alcanzar, al menos, un cierta unificación en la calificación de los cuadros patológicos consecuencias invalidandes laboralmente.

Esto impone una honda reflexión, siendo necesario iniciar un trabajo para buscar criterios uniformes de información.

Con respecto a la **incapacidad permanente absoluta**, la doctrina del Tribunal Supremo, viene formulando en unificación de doctrina, cuando entra en casación, no considerar Incapacidad permanente Absoluta aquellos cuadros patológicos que permitiesen la realización de trabajos livianos o sedentarios y que es matizada por el propio Tribunal Supremo razonando que esa posibilidad no sea algo teórico, sino que supongan una posibilidad cierta de que el interesado pueda ser admitido en el mercado de trabajo, pudiendo desarrollar una actividad profesional sin que para ello se llega al extremo de la exigencia de un especial sacrificio por el trabajador o tolerancia del empresario.

Mas el caso es que la referida doctrina ha sido seguida de modo diferente en el Estado, por los distintos Tribunales Superiores de Justicia de ámbito autonómico, llegando incluso alguno de ellos a afirmar en concreto, para denegar esa calificación de incapacidad absoluta, que el reclamante tenía la iposibilidad de expender tickets!, trabajo que, como se sabe, suele estar reservado para grandes

inválidos, o incluso, según el mismo tribunal, fundamentar la negativa de la incapacidad absoluta, en la “existencia de múltiples trabajos para los que no se requiere esfuerzo alguno” (criterio que sin duda aporta una apreciación fisiológica muy novedosa).

Y sí tal calificación de incapacidad absoluta es negada, de forma semejante esos mismos tribunales, en no pocos casos, exigen especiales secuelas para la calificación del reclamante como incapacidad permanente total.

Hay que aclarar, al menos técnicamente, que el inválido absoluto lo es desde el momento en que su capacidad residual de trabajo no le permite dedicarse a ningún tipo de trabajo, pero en **sentido profesional**, es decir cuando haya de someterse a las exigencias de un marco laboral, habiendo de considerar su respuesta al incidir sobre su menguada salud los factores que configuran ese marco, como son horario, ritmo de trabajo, continuidad en el desempeño de la tarea, esfuerzo eficaz compatible con un rendimiento y productividad aceptables en el mercado de trabajo.

Esto enlaza con la capacidad de ganancia, que se remite a la subsistencia del que trabaja (trabajo productivo), esto es, requiere que tal capacidad permita obtener la contraprestación correspondiente, en consonancia con

los parámetros propios de sus mercado laboral, compaginada con una “**actividad remunerada sustancial**”, lo que, según COPELAND, no es otra cosa que “hacer un trabajo físico o mental por que se retribuya al trabajador, o que este pueda aprovecharse de el”.

Ahora bien, tal capacidad de ganancia, en modo alguno se ha de confundir con la residual de trabajo, y eventual y subsiguiente capacidad de ganancia que podrían tener ciertos minusválidos en condiciones de trabajo especialmente creadas para ellos (talleres especiales, empleos en situación protegida), esto es, en situaciones al margen de un mundo laboral competitivo.

No se puede olvidar, y los tribunales, de lo social, deberían de tenerlo en cuenta en sus resoluciones, que la integración en la vida profesional normal cada vez es más compleja porque el mercado laboral exige, también cada vez mejores aptitudes y mayor rendimiento.

6. Un principio sujeto a crítica y un equilibrio difícil de mantener: la libre valoración de la prueba por el órgano judicial

Los estados modernos disponen que **las resoluciones judiciales han de estar motivadas**, con suficiencia, obligación que define la función judicial, de lo contrario se

puede incurrir en la arbitrariedad que proscribe la Constitución Española (art. 9.3º, C.E.) y en peligro la legalidad de la resolución. "Si el pueblo es el titular de la soberanía, el ejercicio del poder judicial (las sentencias) deben legitimarse mediante una justificación racional (motivación) susceptible de ser comprendidas y valoradas críticamente por la ciudadanía; sólo una motivación de esta henchura es la condición para el control democrático sobre la administración de justicia" (IGARTÚA SALAVAERRÍA, 1995).

En el sistema procesal español sigue siendo tradicional el principio de la libre valoración de la prueba por el órgano judicial, conforme a las *reglas de la sana crítica* (art. 348 LEC), mas su alcance y significado resulta difícil de precisar, ya que tales reglas no constan en ningún precepto legal que pudiera ser invocado en el recurso correspondiente.

Pero de cualquier modo tales reglas no pueden atentar contra un raciocinio lógico, y, evidentemente dichas reglas se vulnera,

indica FONT SERRA (*El dictamen de Peritos*, edición 2000) cuando:

- *no consta en la sentencia valoración alguna en torno al dictamen pericia.* S. 17.06.96 (Ac. Civil, 734/1996); S. 08.02.89 (Ac. Civil 518/1989)); S. 01.03.1995 (RAJ 1995/1855).

- *se prescinde del contenido del dictamen, omitiendo datos, alterándolo, deduciendo del mismo conclusiones distintas, valorándolo incoherentemente, etc.* S. 20.05.96 (Ac Civil 639/1996); S. 13.11.1995 (Ac. Civil 112/1996).

- *los razonamientos en torno a los dictámenes atentan contra la lógica y la racionalidad.* S. 11.04.1998 (Ac. Civil 715/1998); S. 09.03.1998 (Ac. Civil 619/1998); S. 02.10.1997 (Ac Civil 715/1998); o sean *arbitrarios, incoherentes y contradictorios.* S. 13.06.1995 (Ac. Civil 1.061/1995); S. 28.04.1993 (Ac. Civil 920/1993); o *lleven al absurdo.* S. 15.06.1988 (Ac. Civil 918/1988); S. 17.02.1986 (Ac. Civil 443/1986); S.

31.03.1997 (Ac. Civil 694/1997); SAP Toledo 20.04.1998 (Ac. Civil 1998/440).

Por otra parte, en opinión de una gran autoridad del derecho “la libertad de apreciación del juez está en razón inversa a los progresos de la ciencia” (SILVA MELERO, citando a STEIN)(4). “Frente a un dictamen pericial que el juez estime erróneo, no puede este último imponer su propia opinión *sic volo sic iubeo*, sino que debe forzosamente argumentarla” (MUÑOZ SABATÉ). Y, agreda el mismo autor “sin embargo todos sabemos que en la praxis forense constituye uno de los deberes más negligidos”.

Además, “en el ámbito de la doctrina científica, el principio de la libre valoración de la prueba, recibe

(4) el mismo SILVA, se hace eco de las preocupaciones del maestro CARRARA, que aún referido al ámbito jurisdiccional penal, han de ser tenidas en cuenta ahora, pues si bien opinaba que “el juzgador debe conservar el derecho de apreciar y valorar las conclusiones del perito,” es verdad que en sus últimos años rectificó su pensamiento, postulando una reforma radical de la pericia.

severos calificativos, identificándolo como una corruptela judicial que atenta contra la tutela judicial efectiva” (5).

El uso recto de la razón junto con la obligación de que las resoluciones judiciales vengan debidamente motivadas, es, asimismo fuente de preocupación social, pudiendo encontrar reflejo de ello en publicaciones no estrictamente jurídicas, pero que en definitiva están poniendo en tela de juicio ciertas actuaciones desde la *sociedad civil*. Y así DE LA CUADRA aborda la cuestión de la “salud mental de los jueces” (6). Sin duda, las decisiones de los jueces tienen en general un enorme trascendencia para las personas, reconociendo a su vez que su tarea muchas veces no es fácil. Precisamente dada la difícil labor de juzgar, el juez precisa un equilibrio mental y emocional por encima de la media. De ahí la importancia de que sean sometidos un *control psicológico periódico*, vigilante con el riesgo de fatiga psíquica que el oficio entraña, y, en su caso, a un descanso para reencontrar tan imprescindible equilibrio.

(5) CORTES DOMINGO, *La Constitución Española y los Principios rectores del proceso civil*, en *Principios constitucionales en el proceso civil*. Cuadernos de Derecho Judicial. Consejo del Poder Judicial, 1992, 22 s.p. (pag. 137 y 155), según referencia de LORENZO DE MEMBIELA, en *La nueva prueba de peritos en la Ley de Procedimiento Laboral*, Dijusa Editorial, Madrid 2000.

(6) DE LA CUADRA, B., *El País*, 11,08,99. Refiere el autor, entre otras muchas apreciaciones, que “una revisión periódica de los jueces y magistrados –desde criterios específicos para la función de enjuiciar- puede detectar la existencia de anomalías”; “nuestros jueces, para serlo, no son ni siquiera sometidos a un mínimo test psicológicos”; “las exigentes pruebas memorísticas que tienen que superar los opositores a judicatura no tienen el contrapunto de alguna indagación sobre la salud mental de esos juristas”.

Un ejemplo quizá del que se pueda extraer alguna enseñanza es el caso de los psicoanalistas, que, en atención a las exigencias de su oficio, se someten a un control por parte de sus compañeros, para que los evalúen. Otras actividades, como la docencia, en algunos países tienen establecido el año sabático, que, entre otras cosas, pretende hacer frente a las consecuencias de la fatiga mental que su actividad propicia.

Colegios de abogados al servicio de la ciudadanía

En cualquier caso, en atención a lo precedente, el criterio valoración del juez ha de seguir los cauces de la lógica y de la deducción racional, por lo que al juez hay exigirle el uso del sentido común. De esta forma la libre apreciación de las pruebas por el juzgador no debe ser confundida con la posibilidad de una estimación arbitraria. Sería deseable que los Colegios Profesionales, que habitualmente no sobresalen por su beligerancia, en este caso Colegios de Abogados, creasen unas comisiones independientes para el estudio de las diferentes formas de entender la administración de la justicia en su ámbito respectivo, más aún dada la configuración territorial del estado español, y sus respectivos repartos de competencias. Un "observatorio" (como se dice ahora) para el control de la actividad judicial, vigilante para un tratamiento igualitario. La existencia en cada colegio de abogados de una comisión para el estudio y análisis crítico de las resoluciones judiciales, enviando informe anual al Consejo General de la Abogacía, quien, a su vez pudiese emitir informe para remitirlo a distintos órganos, como el Consejo General del Poder Judicial, Defensor del Pueblo, e igualmente a donde se estime oportuno en el curso del desarrollo de este proyecto. Un análisis crítico en tal orden sin duda constituiría una plataforma de estudio que haría progresar el Derecho. Y para velar por la defensa y la dignidad de la profesión de los Abogados, y supervivencia. Además, no se olvide que los colegios profesionales (abogados, médicos, entre otros) tiene delegadas funciones administrativas de interés público, y por lo tanto sus actuaciones no pueden quedar reducidas a meros interés de los profesionales de los que figuran en su congregación o cofradía. Se rendiría un gran servicio a la Justicia, y a la "unidad".

7.- La incapacidad para el trabajo en la LGSS como criterio funcional

La incapacidad prevista en la LGSS (Ley General Seguridad Social) es de tipo profesional, por lo que para que se proceda a su reconocimiento “es necesario que la víctima presente lesiones anatómicas y funcionales que reduzcan su capacidad de trabajo, lo que representa que tienen que existir mermas objetivas que se encuentren debidamente demostradas... y que a su vez requiere que estos déficits sean **valorables funcionalmente**” (st. TCT 31.01.84, Ar. 757).

Este **criterio funcional**, circunscrito al ámbito profesional, es una constante en las resoluciones de los tribunales en esta materia, ya en la doctrina del antiguo Tribunal Central de Trabajo, como en la jurisprudencia del Tribunal Supremo, sala 6ª, y en las actuales resoluciones de los Tribunales Superiores de Justicia de las Comunidades Autónomas. Y tal constante, en síntesis, se plantea en los términos de que las alteraciones anatómicas y fisiológicas afectan o no a la capacidad de trabajo del que las sufre, con

independencia de su magnitud y extensión. Y tanto que sería una grave equivocación anteponer la severidad de la entidad nosológica a la capacidad/incapacidad para el trabajo.

Cuando los tribunales han dicho, de forma reiterada, que “los informes médicos se han de tomar en el sentido de la descripción objetiva de una situación de hecho”, por una lado se está indicando que el clínico no se entrometa en la calificación jurídica; mas por otro, la alusión a *la descripción de los hechos*, cabe ser interpretado con un alcance que va más allá del estricto diagnóstico de un estado patológico. Dice ALONSO OLEA (7), dando muestras de sentido común, “tienen los peritos que hacer *sus propias calificaciones*, sin limitarse a puras descripciones clínicas”, cuando dice

(7) 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.

“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.

7.1. Análisis funcional de la lesión como condicionante de una CARGA DE TRABAJO fisiopatológica en un contexto ergonómico: FUNCIÓN MÉDICA.

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

La limitación funcional se remite a las consecuencias fisiopatológicas, que comprenden tanto las de tipo **genérico** (ej. movimientos y gestos motores de la vida ordinaria) como las **específicas**, esto es las que se remiten a la realización de alguna

actividad o tarea en particular: deportiva – profesional o no- de ocio, o **laboral**).

Tal terreno, sin duda, es de competencia médica, no jurídica. Otra cosa es, conocido lo anterior, las calificaciones jurídicas que la ley reserva para tal “situación de hecho” y sus consecuencias legales, entre otras, en su caso, en el ámbito de la jurisdicción laboral. Mas esto después, cumplido un trámite previo e imprescindible, una adecuada “instrucción”. Antes hay que resolver **decisivas cuestiones de hecho**, precisamente para poder fundamentar en derecho.

Y tales **decisivas cuestiones de hecho** han de contemplar el comportamiento del organismo ante una situación, en su capacidad de asimilar/no asimilar determinadas exigencias. significando si ante tales exigencias hay o no acomodación fisiológica o si esta acomodación se vuelve fisiopatológica.

La fisiología y fisiopatología del esfuerzo, en sus diferentes facetas, entre otras la que

interesan a los requerimientos laborales, constituye un marco al que ineludiblemente hay que discutir para conocer el verdadero alcance funcional de la secuela: la repercusión fisiopatológica. No esto es cuestión jurídica. Es médica, con conocimientos en medicina del trabajo y *ergonomía* (*).

(*) Se quiere observar que *ahora* cuando se habla de “ergonomía” no se plantea esta como una disciplina que quiera ubicarse como “especialidad”, sino que el *hacer ergonómico*, dado su carácter precisamente *pluridisciplinar*, ha de ser concebido como una forma de pensar y de actuar que ha de servir de común denominador en diferentes cometidos vinculados al mundo del trabajo. Y esto es así tanto más cuanto la ergonomía ha de intentar acercarse al marco del *equilibrio de los sistemas*, o al menos a una “estabilidad de un *estado estacionario* que aunque no esté en equilibrio la producción de entropía sea mínima” (PRICOGINE). Este conflicto, vinculado ahora al desaprovechamiento energético para la producción de trabajo, con una entropía de orden variable, ha de ser vigilante, a su vez, y que la ergonomía, entre otras metas, trata de evitar que “el operario no libere una cantidad de energía que no pueda recuperar” (HERRERAS y BOTET), aún sabiendo que “la vida es una continua pérdida de energía” (GALO LEOZ 1880-1991). De esta forma el Médico del Trabajo, en su caso, como para la cuestión que ahora sirve para el debate, ha de colacionar principios ergonómicos para fundamentar su juicio, lo que no puede ser de otra manera ya que la formación y ejercicio profesional del médico del trabajo es indisoluble del contexto ergonómico: evaluar la acomodación y adecuación del operario a las exigencias laborales. Otra cosa son los expertos en ergonomía, surgidos al amparo de ciertas titulaciones universitarias en el ámbito de su autonomía (experto universitario en ergonomía y psicología aplicada la prevención) y desde formación previa muy diversa (licenciados en derecho, farmacia, capitanes de barco, etc...) que evidentemente aquí y ahora poco pueden aportar, con independencia de la buena labor que puedan desempeñar en el terreno de la prevención de riesgos y la

organización del trabajo en el marco de la empresa, vigilancia, asesoramiento, etc. Entre otros ejemplos, el impacto fisiopatológico de las posturas de trabajo requieren, antes que nada, un análisis biomecánico, con conocimientos suficientes, entre otros, de anatomía (descriptiva, topográfica, funcional), de los mecanismos de la patogénesis lesional ("patomecánica") sólo al alcance del médico. No vale con decir que el operario "se agacha muchas veces y se cansa pronto". Una cosa es describir lo que hace el operario, otra conocer el alcance y la repercusión fisiopatológica de la actividad laboral. Obviamente, además, las situaciones de incapacidad para el trabajo no quedan detenidas en el marco del aparato locomotor, sino que interesan al resto de la economía humana, como son las patologías que involucran a los órganos internos, en la manera que los signos clínicos de insuficiencia de los mismos (renal, hepático, cardíaco...) puedan de mermar o impedir la actividad laboral ante determinadas exigencias (carga externa), que abocan a la persona a un respuesta fisiopatológica dada una carga interna incompatible con un equilibrio saludable o/y operativo en el contexto del binomio lesión-tarea.

La carga de trabajo que demanda una actividad laboral, no puede ser suficientemente comprendida sólo con la descripción de limitaciones funcionales genéricas y aisladas. La carga de trabajo es variable y esta directamente vinculada al tipo de tarea que se haya de realizar, a la vez que la misma es la determinante para la valoración de la capacidad o incapacidad del sujeto. Y a la vez que hay que precisar que "tarea" y "actividad" no son sinónimos.

La **tarea** es un elemento de referencia, lo que se le presenta al operario como trabajo prescrito, hablándose en ocasiones de “condiciones de trabajo”. Por el contrario, el término **actividad** pretende adentrarse en el nivel individual, y verdadero, describiendo el trabajo real que hace el operario. Y esto ha de comprenderlo también el juzgador, de la misma forma que tal individualidad alimenta la “identidad” que sirve tantas veces, eso sí, para rechazar los recursos en casación...

Se precisa una descripción ergonómica en el análisis de la adecuación fisiológica hombre-trabajo, para conocer los niveles de exigencias de la función-trabajo. Y esto no está al alcance del juez: no tiene, ni muchos menos, conocimientos para ello, y precisa la pericia del experto para fundamentar su fallo.

Cierto es que hay situaciones en las en que la falta de acomodación/adecuación al trabajo, a raíz de una patología, es evidente y notoria, tanto que es una cuestión que se resuelve con sentido común. Así en especial cuando se trata de menoscabos mayores, limitaciones funcionales groseras, por lo que huelga un análisis profundo. En estos casos sobra este discurso; ni trámites previos, lógica que sin embargo no pocas veces está ausente.

No obstante, por el contrario, son las situaciones de obstáculos de menor entidad, de menoscabos menores, en su apreciación genérica, o en alteraciones en los que no se acusa una severidad que llame la atención, los que han de ser fuente de especial preocupación para el médico del trabajo.

Si 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. Y 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).

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”.

Esta postura, más hoy día, ochenta años después, no sirve. La influencia que 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, en términos muy concretos. Su alcance y descripción, está igualmente claro, corresponden al médico. Y 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, de que a pesar de la crítica que ahora se hace, 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 muy concretas. 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.

En relación con este problema, TORNEL CARROS y SANCHEZ BORDONA, 1951, se pronunciaban por que 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. Ya en el sistema francés de valoración de Incapacidad Permanentes, en relación con el Decreto de 2 de mayo de 1939 (Baremo Oficial, J.O., de 8 de junio) se 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 jurídico-administrativo. 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 la 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, son 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 especializado que le es propio: la Medicina del Trabajo.

Se ha dicho también que el médico del trabajo es 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”, 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 un 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 la trabajo y del trabajo al hombre.

A pesar de la enorme importancia que esta materia tiene “realmente es ahora cuando la ergonomía está despertando como ciencia” (SINGLETON, W.T., en *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo y Seguridad Social*, Madrid, 1989). Esto en parte se debe a su carácter relativamente reciente, pues “el término –ergonomía– se utilizó por primera vez en 1950” (O.I.T. – Organización Internacional del Trabajo-). No obstante tal afirmación, como se dice, tiene un valor relativo, habiéndose de entender más bien que es en estos últimos años en los que la ergonomía toma especial valor sustantivo en la conciencia social en el mundo del trabajo. Pero el “hacer ergonómico”, bajos otras denominaciones, pero queriendo significar lo mismo (adecuación del operario al trabajo y del trabajo al operario) ya estaba presente desde muy antiguo. Así ya HIPOCRATES describe la intoxicación por plomo, pero es sin duda el médico BERNARDINO DE RAMAZZINI quien en 1701 escribe la obra fundamental sobre la patología del trabajo, con referencia a los más diversos

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, y 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** de la tarea a estudiar. Y, 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. Ya hace años que distintos expertos insisten en lo mismo, como RENIER (8) 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.

(8) RENIER, J., *Evaluation d'incapacités et invalidités*, pág. 11. Editions Fonteny Medica Books. Louvaine (Belgique), 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 han 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*. 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. Y 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). *Metodología para la valoración de la incapacidad laboral: acercamiento ergonómico*, www.peritajemedicoforense.com. También se han desarrollado en el apéndice de este texto.

7.3. El Rango de la función afectada por el daño orgánico en el contexto laboral: INCUMBENCIA MÉDICA

En el sujeto sano, al margen de cualquier menoscabo orgánico, los requerimientos órgano funcionales para realizar un trabajo se conocen como **niveles de exigencia** en el contexto **función-trabajo**. Tales niveles de exigencia han de configurarse de acuerdo con el rango de la función vinculada al trabajo. Ha esto se llama *Configurar la Función*.

En el sujeto con un daño orgánico o funcional, la interacción **lesión-tarea**, y por extensión **lesión-actividad**, se apreciará en unos **niveles de respuesta**. Sus resultados son los que permitirán establecer el grado de asimilación/adecuación/inadecuación del hombre en el trabajo, de forma que el médico pueda emitir un juicio diagnóstico sobre la cuestión planteada.

Tratándose de evaluar una eventual incapacidad para el trabajo, y todavía más en procesos aislado, patologías en las que

se han alterado funciones muy específicas (ejemplo, limitación para realizar las distintas pinzas o/y presas esféricas, cilíndricas,.... con la mano derecha) se requiere un análisis colacionando, al menos, el estudio de la unidad operativa básica (UOB) de forma selectiva, tanto que habrá que *desgajar del proceso de trabajo la función perturbada*.

Como se viene diciendo, el daño orgánico se remite a una alteración funcional, genérica y *específica*. Y es específica en la interacción biología humana-trabajo. En tal interacción interesa en primer lugar el RANGO que ocupa la función afectada, la que fue objeto del diagnóstico clínico (bien sea, dicho a título de ejemplo, la visión, el sentido del equilibrio, la capacidad manipulativa de la extremidad superior derecha) **en su proyección para ejecutar una determinada tarea, atendiendo a las exigencias normales de tal o cual trabajo, entendida, ahora, en primer término, tal función ajena a un estado patológico, o menoscabo órgano-funcional, lo que se corresponde con los niveles de exigencias, en el contexto función-trabajo**

En este orden por RANGO se entiende *el número de orden que hay que atribuirle a la función cuestionada dentro de una jerarquía de requerimientos orgánicos y funcionales para el desarrollo de la actividad; esto es, la trascendencia de esa función dentro del proceso de trabajo.*

En síntesis, la función perturbada, volviendo a lo dicho, ha de ser analizada en dos momentos: *primero* en cuanto función en sus niveles de exigencia dentro de la función-trabajo, esto es, en condiciones de integridad normal, al margen de cualquier estado patológico; y, *segundo*, conocido lo anterior, el nivel de respuesta individual en la interacción Lesión-Actividad.

El nexo de causalidad entre el trastorno orgánico y el trabajo sólo está al alcance del médico en sus consecuencias fisiopatológicas.

Hay que repetir que resulta obvio que dicho rango funcional no puede ser conocido aludiendo únicamente a la consideración

de la limitación funcional genérica o de forma aislada. Además debe aclararse que **no es lo mismo gesto que movimiento**, en tanto que el movimiento es una parte que integra aquel, pero que por si solo no le define. Limitar la actuación del médico a describir los movimientos genéricos que no puede realizar el portador de una patología a musculoesquelética, en la manera que en ocasiones pretenden algunos jueces, abortado ahí su intervención, resulta más que insuficiente para conocer las consecuencias que son potencialmente incapacitantes de los gestos nocivos en el contexto laboral.

El gesto motor (9) particularizado en el trabajo se analizará en su *incidencia, asimilación, distribución y traslación*, en la manera que las actitudes inadecuadas, o aquellas que demandan un esfuerzo excesivo, son susceptibles de ocasionar un conflicto entre el "*ambiente biomecánico externo* (equipo mecánico correspondiente al lugar de trabajo) y el *ambiente biomecánico interno* (sistema muscular esquelético)" (TICHAUER).

(9) *El gesto motor*, www.peritajemedicoforense.com

Si la interrelación entre los dos anteriores no se lleva a término satisfactoriamente, superando ese conflicto, aparecerá cuando menos una fatiga patológica y, en un plazo más o menos variable, lesiones consecuencia de tales desajustes, bien precipitándose de forma brusca (accidente laboral) o bien fraguándose a lo largo de su curso evolutivo (enfermedades profesionales, *enfermedades del trabajo* – siendo la regulación legal de estas últimas una antigua y enorme deuda pendiente con el mundo del trabajo, que no acaba de ver la luz).

Pero más aún, el gesto motor en el ámbito laboral, en una amplia perspectiva ergonómica, no se puede limitar únicamente a una descripción biomecánica, pues ha de integrarse en un SISTEMA, en el que, además, se ha de colacionar un “componente cognitivo y un componente psíquico” (ANACT, 2006).

Y esto ha de serle aclarado al juez, lo tiene que comprender, y ser permeable a tal

aclaración, cambiando de actitud, cuando dice le dice, al perito, incluso llega a regañarle, que no debe de hacer apreciaciones laborales, únicamente indique los padecimientos y las limitaciones funcionales (genéricas, obviamente), advirtiéndole al perito, en ocasiones, el mismo juez, que no le está permitido ninguna "intromisión" del perito en el ámbito laboral, pues, le recuerda, es cuestión jurídica! y no médica: "límitese el perito a describir las limitaciones funcionales", sin permitirle hacer alusión a su repercusión en el trabajo.

Esta claro que el Juez no tiene conocimientos en el campo de la fisiopatología del esfuerzo, de la medicina laboral, de la ergonomía, y, en consecuencia, con tales planteamientos no tendrá elementos de juicio suficientes para llegar al esclarecimiento de los hechos, con sus repercusiones jurídicas, a veces lamentables. Este contexto, desde luego, no se llena sólo con sagacidad, intuición y "buena voluntad" judicial.

Por ejemplo, la función manipulativa, en su proyección laboral, en gran número de ocasiones no puede ser conocida de forma suficiente por la descripción de movimientos motores aislados (presas, pinzas esféricas, cilíndricas, etc.) en determinadas tareas, dada la *cadencia, el ritmo de trabajo* de la actividad, a la vez que “la fatiga es un proceso en el tiempo”. Y tanto más si es preciso **configurar la función** dentro del *sistema -proceso* de trabajo atendiendo a una serie de parámetros, unos de carácter preliminar o **factores preliminares**: alternancia, importancia, especificidad, duración, frecuencia, *seguridad*; otros de tipo específico, **competencias selectivas**: fuerza, resistencias, velocidad de acción, coordinación e movimientos, habilidad y destreza, *capacidad de reacción ante el peligro*, lo que no puede ser olvidado, más aún ante el “liderazgo” europeo que tiene este país en siniestros laborales. Una marca más, en este caso nada deportiva.

Además, hay que recordar:

- Se dan **situaciones patológicas**, con cierta frecuencia, en las que los hallazgos clínicos en condiciones de reposo, o en observaciones aisladas, no expresan adecuadamente la pérdida o **alteración de la función**, o, más sencillamente, no la expresan;
- Más aún, la perturbación funcional en no pocos casos se va a presentar únicamente bajo el influjo de particulares exigencias, de **situaciones de provocación**, capaces de poner en marcha un desequilibrio a un determinado nivel, órgano - función o sistema- momento en el cual se puede traducir en algo observable para el explorador;
- Obliga esto a remitirse a las **pruebas bajo carga**, y a veces a **estudios en condiciones campo**, por cuanto determinadas patologías o alteraciones pueden permanecer encubiertas y que *sólo se van a mostrar ante determinados requerimientos*, propios del desempeño laboral en concreto, tanto que el estado patológico también

sólo abandona su latencia ante determinados umbrales de excitación.

Por ello la prudencia del médico ante tales posibilidades se ha de ver reforzada, prudencia que igualmente se hace extensible al órgano judicial.

Añádase a esto que la cuestión puede ser todavía más compleja si se piensa que una pequeña merma funcional, aún genéricamente no limitante, puede, sin embargo, incidir en el desempeño de una actividad laboral específica impidiéndola.

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.

Aún existiendo secuelas importantes quizá no se da una incapacidad profesional, al margen de que pueda entenderse como una incapacidad física y, viceversa, menoscabos que con carácter general se han de tomar como de escasa importancia, pueden, sin embargo, decidir sobre una incapacidad profesional. Y es que la incapacidad profesional cobra relevancia en cuanto es apreciable en “la relación hombre trabajo sobre la deficiencia funcional y es compatible con referencia a una sola profesión, a un grupo de profesiones o al conjunto de ellas” (BUSCHER), con clara referencia todo ello a la adecuación ergonómica.

Los ejemplos son muchos. Un pequeño trastorno laberíntico, del equilibrio, hasta insignificante para la vida diaria, inhabilita por completo a un trabajador en altura; un paradigma clásico, citado en diversos manuales, es el de la anquilosis de la articulación interfalángica distal del quinto dedo de la mano izquierda en un violinista, sin relevancia práctica como incapacidad física, pero que inhabilitan al virtuoso para el ejercicio de su actividad

con tal instrumento. Por el contrario, grandes limitaciones físicas, como una paraplejia de extremidades inferiores, constituyen sin duda una importante limitación física, con la posible necesidad de terceras personas para el cumplimiento de necesidades básicas de la vida ordinaria (salir de la cama, vestirse, aseo ...) sin embargo tal limitación física es perfectamente compatible las actividades fundamentales de determinadas tareas profesionales como podría ser la dirección de un gran complejo industrial.

Partiendo de estos razonamientos se comprende que la figura de **la Gran Invalidez no implica necesariamente la incapacidad absoluta para toda clase de trabajo** lo que parece haber sido aplicado por el Tribunal Supremo en el caso de una indemnización parcial para un gran inválido (st. T.S., 6ª, 25.06.06, Ar. 3.739), que aplica por primera vez La Ley de Integración de minusválidos (disposición final 5ª, Ley Integración de Minusválidos, Ley 13/83, por la que "se modifica el art. 135 Ley de la Seguridad Social, por el que se exige que para la declaración de gran invalidez estar afecto de incapacidad permanente absoluta. La gran invalidez no implica necesariamente la incapacidad permanente absoluta para todo tipo de trabajo". Y es que la jurisprudencia ya se había pronunciado diciendo que la "la gran invalidez no se determina *en base* a criterios profesionales, sino en consideraciones extraprofesionales, en función de las necesidades del ordinario vivir, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos" (T.S., 6ª, ss. 19/1; 5/2, 7 y 29/4; 3,5,7,17 y

18/5 y 3/7, 1982, st. 30/3 1984, Rep. La Ley, IV, 964, nº 125, RAJ, 1984, 1.635). De todo esto se concluye que “la Gran Invalidez no es un grado más, sino una figura plenamente autónoma” (AZNAR LÓPEZ).

El desempeño (profesional) exige demostrar regularmente un comportamiento y un ritmo de trabajo capaz de traducirse en una respuesta personal que alcance unos mínimos de eficiencia, esto es un rendimiento.

A medida que *aumenta el grado de especialización* en los distintos sectores productivos, lo que es una realidad cada vez más patente en el mundo del trabajo, los requerimientos funcionales (por extensión fisiológicos, de esfuerzo) imponen una mayor integridad e intervención de las estructuras orgánicas llamadas a interaccionar en el proceso de trabajo. En este orden, fisiológico, se extraen fácilmente dos consecuencias:

1. la ejecución eficiente de la tarea se particulariza en de un sistema, o grupo de

sistemas organo-funcionales, cuya unidad de acción se ha de ejecutar de forma coordinada, con alto grado de perfección, escrupulosidad y rendimiento.

2. tal grado de competencia, y como una derivación más de lo anterior, determinan un aumento de la intensidad y ritmo de trabajo (de la carga interna de trabajo), primero local y luego general, haciendo posible la aparición de una *fatiga de trabajo patológica*, cuyo estudio se remite a la fisiología y fisiopatología del esfuerzo. Ejemplo, patologías de hipersolicitación (síndrome del túnel carpiano en tareas concretas: tareas manipulativas de repetición; fatiga muscular específica de un músculo o grupo muscular, que sólo se aprecia con estudios de campo, *en el puesto de trabajo*, con holter muscular durante varias horas)

De esta forma, en términos de competencia y eficiencia, a medida que aumenta el requerimiento funcional la integridad de la estructura anatómica comprometida en la ejecución del trabajo ha de ser mayor. La trascendencia que hay

que darle a la severidad del daño orgánico tiene un valor relativo, pues se ha de reparar en la *carga externa* que impone la ejecución de la tarea, y, lo más importante, su traducción como *carga interna*.

Así, en caso de un paciente con determinadas secuelas, aún sin revestir gran entidad en su estimación aislada (y en movimientos con limitaciones funcionales genéricas y aisladas), dada la intensidad y el rendimiento que demanda esa tarea determinada, la carga de trabajo impuesta tomará un carácter patológico, surgiendo la incompetencia con la subsiguiente incapacidad profesional, desde el punto de vista médico.

De cualquier modo, lo que opine el órgano judicial, desde su "imperium", es cosa que se sitúa en los términos de *su* calificación jurídica, si bien tal calificación, que deberá estar motivada, tome el sentido que tome, no desvirtúa la realidad de quien la sufre, la padece, y hay que ser receptivo a la misma, incluyendo una justicia para servir a los ciudadanos. Falta sensibilidad social, sobra justicia para la galería (propia y ajena).

También, que se sepa, el criterio judicial no constituye en absoluto un bálsamo que pudiera aliviar el sufrimiento del *enfermo*:

“La expresión de dolor: ... los primeros dolores padecidos por el asalariado conocen un devenir variable... puede consultar a su médico personal, pero este camino no garantiza una aproximación al origen profesional de su dolor. .. Así el reconocimiento de la enfermedad es a menudo el final de un proceso largo solitario y de riesgo para el asalariado” (ANACT, 2006). Añádase algo que debe de tenerse muy en cuenta: “las mutuas valoraron un 35.1% de la IT -incapacidad temporal- erróneamente como contingencia común”, según indica el Instituto Nacional de la Seguridad Social. (*Diario Médico*, 09.02.07). La cifra parece muy prudente. Habrá que hacer algo con esas mutuas, anticuadas y rancias.

8.- Conclusiones técnicas

- En materia de incapacidad laboral, la **relación entre el daño físico y el oficio, lejos de escapar a la técnica médica constituye hoy día genuina técnica médica**, dentro del campo especializado propio: la *Medicina del Trabajo*.
- Carece de realismo, es vicioso, el planteamiento que pretende marginar el análisis de la adecuación ergonómica

ligada a la fisiología y fisiopatología del esfuerzo para resolver en materia de incapacidad laboral, siendo de incumbencia médica:

- la configuración el *rango de la función afectada* por el daño orgánico como requerimiento para la ejecución del trabajo.

- el *análisis funcional* de la secuela como condicionante de la *carga de trabajo* (carga externa/carga interna) en el contexto laboral.

· La **tutela jurídica** *no puede descansar en criterios meramente intuitivos*, afirmación esta que cobra todavía más valor cuando han de colacionarse argumentos técnico, buscando la objetividad.

· La **singularidad del problema**, hay que recalcarlo, bajo ningún concepto, puede llevar al error de ser confundido recurriendo a ejercicios de abstracción, o de improvisación, tentación latina, a veces muy ocurrente, pero tantas chapucera y temeraria.

- Hoy día, dada la evolución de los conocimientos médicos, junto a la realidad del mundo del trabajo, empeñarse en lo contrario, por mas que se pretenda justificar con “doctrina jurídica de larga tradición”, constituye, al menos, un anacronismo.

Apéndice.-

Metodología para la valoración de la incapacidad laboral: acercamiento ergonómico.

0. Introducción

1. Cuestión clínica: estudio de la función perturbada

2. Cuestión laboral:

- en general: identificación del puesto de trabajo: tarea, actividad, unidad operativa básica: el gesto motor.
- en concreto: rango de la función perturbada, niveles de exigencia (función/trabajo).

3. Cuestión ergonómica: niveles de respuesta (lesión/actividad)

4. Conclusiones

5. Caso Práctico

0. Introducción.-

La incapacidad laboral reclama una atención concreta, pues su planteamiento ha de discurrir por unos determinados cauces, que no necesariamente están ligados a conceptos como la deficiencia órgano-funcional, la discapacidad o la minusvalía, en una consideración genérica, puntualizando esto último. La singularidad del problema bajo ninguna justificación puede llevar al error de ser confundido o diluido recurriendo a ejercicios de abstracción.

Los conocimientos vertidos aportan en adelante pretenden aportar conceptos y resortes necesarios, de tipo general, pero la cuestión concreta se ha de amoldar y moldear a la realidad del hombre, lo que sin duda, ya frente al caso problema, obligará a desplegar buena dosis de *imaginación, esfuerzo, observación y espíritu intuitivo*, todo ello bajo el denominador del *sentido común*.

Las líneas generales de este enfoque discurren por tres cauces, que se han de relacionar íntimamente, habiendo de ser llenados por otras tantas cuestiones: clínica, ergonómica y laboral.

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)

1. Cuestión clínica: estudio de la función perturbada

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

Además, hay que recordar que:

- existen situaciones patológicas, con frecuencia, en las que los hallazgos clínicos en observaciones aisladas o en condiciones de reposo no expresan adecuadamente la pérdida o alteración de la función, o, más sencillamente, no la expresan;
- es más, la perturbación funcional en no pocos casos se va a presentar únicamente bajo el influjo de particulares exigencias, de situaciones de provocación, capaces de poner en marcha un desequilibrio a un determinado nivel, órgano -función o sistema- momento en el cual se puede

traducir en algo observable para el explorador;

- obliga esto a remitirse a las pruebas bajo carga, y a los estudios en condiciones campo, por cuanto se dan patologías o alteraciones que bien pueden permanecer encubiertas y que sólo se van a mostrar ante determinados requerimientos, tanto que el estado patológico también sólo abandona su latencia ante determinados umbrales de excitación. Por ello la prudencia del médico ante tal posibilidad se ha de ver reforzada.

2. Cuestión laboral

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

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

Con carácter general habrá que considerar una serie de factores que permitan identificar el

puesto de trabajo, tanto en su aspecto técnico como humano.

Conviene recordar las siguientes definiciones (1)

- *sistema de trabajo*: está constituido por el hombre y los medios de trabajo, actuando en conjunto en el proceso de trabajo, en el espacio y en el entorno, según las condiciones de la tarea a ejecutar;
- *la tarea*: viene fijada por el objetivo del sistema de trabajo;
- *medios de trabajo*: útiles, máquinas, vehículos, instrumentos...
- *proceso de trabajo*: sucesión en el tiempo y en el espacio de la acción conjugada del hombre, de los medios de trabajo, de los materiales, de la energía y de la información en el sistema de trabajo;

(1) Norma belga NBX 10-001, *Principios ergonómicos de la concepción de sistemas de trabajo*. Comisariado General de la Promoción del Trabajo (30.04.81). Véase también *Ergonomía básica*. M.R. Jouvencel, Ediciones Díaz de Santos, S.A., Madrid, 1994.

- *espacio de trabajo*: el asignado a una o varias personas en el sistema de trabajo, para efectuar la tarea;
- *entorno de trabajo*: conjunto de elementos físicos, químicos, biológicos, sociales, culturales que rodean al hombre en relación a su trabajo;
- *carga externa ("contrainte")*: conjunto de condiciones exteriores y de exigencias que en el sistema de trabajo son susceptibles de perturbar las funciones fisiológicas o/y psicológicas del operario.
- *carga interna ("astreinte")*: efecto de la *contrainte* sobre el hombre en función de sus características y aptitudes individuales.
- *fatiga de trabajo*: efectos locales generales, no patológicos, completamente reversibles después de una recuperación adecuada, después de una *astreinte*.

Cuando una estructura del organismo se somete a un trabajo, el efecto de la *contrainte* sobre la *astreinte* ha de variar según las características individuales, tanto que si la carga es externa es

al variables independiente, la carga interna, *astreinte*, es la variable dependiente.

En relación con esto, es de gran interés tener presente las precisiones de los fisiólogos MONOD y LILLE y colbs. (2), en tanto que:

a.- la carga externa se puede describir con gran precisión, en tanto que la carga interna sólo imperfectamente. Incluso hay ciertos signos de la carga interna que quedarán ocultos y no se revelarán más que a largo plazo.

b.- aún en el caso de su descripción, la carga interna no está siempre en relación proporcional con la carga externa. Ciertos signos de la carga interna no tiene especificidad. Ninguna de ellos representa totalmente la carga interna.

c.- la determinación del la carga interna no prejuzga el nivel de aceptación de la misma: un organismo puede estar sobrecargado, apreciándose subjetivamente dicha carga interna de forma muy variable.

(2) MONOD, H., LILLE, F. (con la colaboración de GONTIER, F., MALLION, J.M., y ASCHALER, P) en Informe sobre *L'Evaluation de la charge du travail*, presentado em las XIII Jornadas Nacionales de Medicina del Trabajo (Tours, Francia, 2-5, octubre, 1974). Publicado en *Archives des Maladies Professionnelles de Medicine du Travail et de Sécurité Sociale*, tomo 37.

d.- ciertos signos de la *astreinte* son de difícil acceso y otros de muy difícil interpretación.

En cualquier caso la *tarea* ha de ser la preocupación principal del médico del trabajo. FERRARI FORCADA la definió como “el estudio y la descripción detallada de la exigencias físicas y operacionales involucradas en cada actividad profesional, estableciendo las actitudes que debe asumir, los movimientos que debe realizar, la fuerza aproximada que requiere, la velocidad y precisión de movimientos y, eventualmente, la agudeza de determinados sentidos”.

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

La proyección de estas variables dentro del sistema de trabajo, y en concreto para la ejecución de la *tarea*, *ahora entendida como actividad*, hacen necesario buscar inicialmente una concepción esquemática, como puede ser remitirse a la *Unidad Operativa Básica (UOB)*, que se pretende describir como *el conjunto de*

movimientos, gestos y actos, junto a su alcance psicoorgánico, que, entrelazados entre sí, en las distintas fase y ciclos laborales, en conexión y condicionados por el entorno, espacio y medios de trabajo, sirven para formar una secuencia que bien por si misma (UOB simple o singular) o bien en unión de otras (UOB plural o compleja) - ya por integración de varias simples, ya por adición de varias diferentes entre si) sirve para aproximarse a una noción de la tarea reconducida como actividad.

2.2. En concreto: rango de la función perturbada, niveles de exigencia (función-trabajo).

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

En la interacción biología humana-trabajo interesa en primer lugar el RANGO que ocupa la función afectada, la que fue objeto de la cuestión

clínica (bien sea, dicho a título de ejemplo, la visión, el sentido del equilibrio, la capacidad manipulativa de la extremidad superior derecha) todo ello en su proyección para ejecutar una determinada tarea, atendiendo a las exigencias normales de tal o cual trabajo, entendida, ahora, en primer término, tal función ajena a un estado patológico, o menoscabo organo-funcional.

En este orden por RANGO se quiere dar a entender *el número de orden que hay que atribuirle a la función cuestionada dentro de una jerarquía de requerimientos para el desarrollo de la actividad; esto es, la trascendencia de esa función dentro del proceso de trabajo.*

Obliga esto a un conocimiento previo de la *carga de trabajo* particularizada para aquellos factores en el que el binomio función-trabajo se cuestione. De tal forma, el rango de la función habrá de configurarse para cada supuesto problema (al margen, ahora, se insiste, de cualquier estado patológico), teniendo en cuenta, por un lado la función, y, por otro, los requerimientos laborales que involucran a tal función en el desempeño de la tarea.

A título indicativo, y como lista abierta, para configurar el rango de la función, se propone analizar los factores que ahora se menciona,

unos, primero, con carácter preliminar, *factores preliminares*, otros, después, como *competencias selectivas*.

Factores preliminares (3):

- 1.- Alternancia (A)
- 2.- Importancia (I)
- 3.- Especificidad (E)
- 4.- Duración (D)
- 5.- Frecuencia (F)
- 6.- Seguridad (S)

A su vez, los referidos factores preliminares han de ponerse en relación con unos niveles de exigencias, para lo que se formularan una serie de preguntas con su escala respectiva.

(3) las notas referidas a los códigos de alternancia, importancia, especificidad, duración, frecuencia y seguridad, han sido tomadas del *Método A.E.T. para el análisis ergonómico del puesto de trabajo*, adaptado por el autor para este desarrollo. Puede verse *Método per l'analisi ergonomica dei posti di lavoro (AET)*. Edición italiana, a cargo de A.GRIECO, G. AZZAROLLI, L. CHIECHI, G., FLETRIN y A. LAMA. Editorial Franco Angelli, Milano (Italia), 1987

1.- Alternancia (A)

A este respecto cabe preguntarse si la función estudiada está presente en el trabajo, al menos de alguna manera; en caso negativo ya no procede seguir adelante, pues no plantea la incapacidad laboral. Igualmente se hará en el caso de que la función perturbada pueda ser sustituida sin menoscabo alguno por otra (función alternativa). Ejemplo, en el caso de una lesión en la mano derecha, tratándose de una tarea que se puede realizar indistintamente con la mano derecha o izquierda, se diría que la función es alternativa, por lo tanto en caso de menoscabo de la extremidad derecha, en cualquier caso la incapacidad no se da, precisamente por esa posibilidad de alternancia.

Pero si la función perturbada está presente en el trabajo, no cabiendo su sustitución, *no es alternativa*, se ha de continuar el estudio para el resto de los factores preliminares.

2.- Importancia (I)

Se remite a la incidencia en cuanto a la utilidad que tiene la función para el desarrollo del trabajo, estableciendo su graduación de acuerdo con la siguiente escala:

0. no se aplica
1. no importante (irrelevante, inútil)
2. poco importante (raramente se aplica)
3. importancia moderada
4. importancia notable
5. indispensable

3.- Especificidad (E)

¿Es específica la función para ese trabajo?. Se responde también con la siguiente escala:

0. ninguna especificidad
1. muy baja
2. baja
3. media
4. alta
5. muy alta

4.- Duración (D)

Esa función, ¿se requiere mucho o poco tiempo durante la jornada laboral?

0. no se aplica
1. hasta una décima parte de la jornada laboral (o menos de una hora)
2. hasta un tercio de la jornada laboral (< de tres horas)
3. hasta dos tercios de la jornada laboral (< de 5.30 horas)
4. hasta nueve décimos de la jornada laboral (> de 7 horas)
5. durante toda la jornada laboral

5.- Frecuencia (F)

¿La función perturbada se demanda con mucha o poca frecuencia en la jornada de trabajo?

0. no se aplica
1. frecuencia mínima (una vez cada dos horas)

2. frecuencia limitada (una vez cada hora)
3. frecuencia media (una vez cada media hora)
4. frecuencia alta (una vez cada cuarto de hora)
5. frecuencia muy alta (varias veces en un cuarto de hora)

6.- Seguridad (S)

La función estudiada, ¿en que medida se requiere para la neutralización de los riesgos laborales ?

0. no se aplica
1. muy escasa
2. escasa
3. moderada
4. alta
5. muy alta

Competencias selectivas

Dichas competencias vendrán dadas según el caso particular planteado, de ahí que no se pueda responder con un modelo concebido con antelación, tanto que habrá que atenerse a cada caso particular.

De forma indicativa, podrán ser evaluadas las *competencias selectivas*, a distinguir dentro de la función necesaria para el desarrollo de la actividad, utilizando una escala de 0 a 5, con independencia de que se haya de traer a colación en cada momento las modificaciones que fuera necesario introducir, según se trate de una función articular, neuromuscular, psicosensorial, respiratoria, etc., pudiéndose considerar como:

- *la función en el marco de la globalidad del individuo*, atendiendo a la edad, sexo, aspectos biométricos, aptitud general, grado de instrucción y cultura, etc
- *la función en dependencia de la naturaleza del trabajo y exigencias de la tarea*, y sus competencias, tanto que pueden venir condicionadas por:

- clase de trabajo: esencialmente intelectual, manual, etc.
- grados de actividad mental -función mental- precisando aspectos -competencias selectivas- como niveles de memoria (evocativa, temporoespacial, visual), atención, concentración, control emocional, imaginación, sensibilidad estética, rapidez de lectura, capacidad crítica y de observación, resistencia a la sugestión, etc.
- actividad física: fuerza, energía, velocidad de ejecución, ritmo, resistencia, coordinación, habilidades y destrezas (por ejemplo, habilidades físicas en la forma descrita por FLEISSMAN: estabilidad brazo-mano, destreza en los dedos, velocidad dedo-muñeca, ...)
- técnica de ejecución de la tarea: simple, compleja
- modos de ejecución de la tarea: bipedestación, sedestación, deambulación, formas combinadas.
- postura de trabajo: cómoda, forzada, incómoda (teniendo en cuenta a su vez las exigencias de las extremidades superiores, inferiores, raquis.
- entorno laboral: térmico, acústico, iluminación, altitud, presión, vibraciones, aceleraciones, presencia de tóxicos y contaminantes ambientales

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

Dado el carácter marcadamente profesional de la incapacidad que se está estudiando, es obvio que ha de condicionarse en todo momento al tipo de trabajo que hubiera de realizar el

operario. En realidad la gestión ergonómica del problema que ahora se discute ha de remitirse a la *cuestión laboral*, pues ergonomía y trabajo son algo indisoluble, aunque bajo los términos de unas exigencias de adecuación al sistema-proceso de trabajo, en íntima relación con la tarea, al margen de la existencia de cualquier menoscabo órgano-funcional.

Tanto es así que se pudo acudir a otro planteamiento, de acuerdo con el siguiente esquema:

a. cuestión clínica

b. cuestión ergonómica:

b-1) como adecuación al proceso de trabajo: estudio de la relación función-trabajo

b-2) como inadecuación al proceso de trabajo: análisis del binomio lesión-tarea, ("patoergonomía").

No obstante, la inclinación hacia el orden propuesto inicialmente, se quiere justificar en el especial énfasis con que se ha de aplicar el "hacer ergonómico" en este campo, incidiendo de forma directa en el fondo que preside este desarrollo (la incapacidad para el trabajo), siempre en materia de hechos.

Se pretende ahora analizar la posible inadecuación ante el caso problema, en concreto las repercusiones que el *hecho clínico* pueda acarrear laboralmente, indagando sobre unos niveles de respuesta, conjugando los simultáneamente los parámetros *lesión-actividad*, en su acción e interacción en el proceso de trabajo. Por lo tanto, ha de quedar claro, por eso se vuelve a repetir, que si en la cuestión laboral se trató de conocer la importancia de la función perturbada (al margen de cualquier patología, esto es, en su integridad) para la ejecución del trabajo (análisis de la función trabajo) en este nuevo apartado pretende averiguar el nivel de respuesta del sujeto en el desarrollo de la actividad que se cuestiona, en atención a su lesión y merma funcional, o secuelas que traducen una capacidad residual.

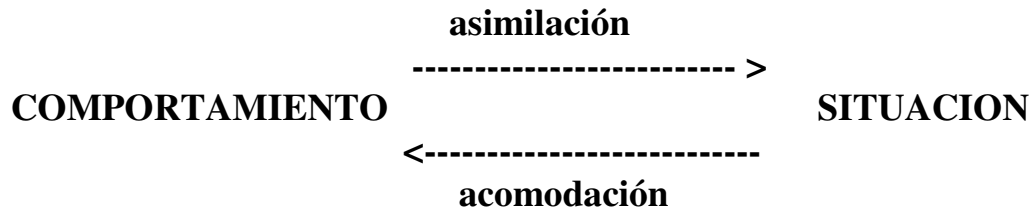
En último término, son los desajustes que pueden surgir de la relación lesión-tarea ("patoergonomía", si se permite la introducción del término), los que han de remitir necesariamente a un disturbio del sistema-proceso de trabajo, cuyo estudio y valoración han de discurrir indefectiblemente por el cauce que responde a este epígrafe.

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

De esta forma, 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, frente a la carga externa que impone el trabajo que en concreto venía realizando (u otros que pudiera realizar).

Esto es, la *capacidad de respuesta ante el efecto biológico de la carga externa*, lo que lleva a establecer el *binomio lesión-tarea*, o, más acertadamente, particularizando para el *binomio lesión-actividad*. 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.

Conviene, dentro de este contexto, recordar el esquema propuesto pro CAZAMIAN (4)



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

(4)CAZAMIAN, P., *Leçons d'Ergonomie Industrielle*, pág 15. Editions Cujas, París, 1974.

Dicha *entropía* aumentará en atención a la carga externa y a la severidad del menoscabo funcional, lo que representa como sigue:

LESION-TAREA

I

Desaprovechamiento energético
para la producción de trabajo

I

Desorden en el sistema-proceso de trabajo

I

ENTROPIA

En resumen, quiere esto decir que la lesión a partir de un orden clínico inicial ha de estar sometida a un *proceso interpretativo*, a un "iter" de etapas sucesivas, con una aplicación en este caso particular, buscando un acercamiento a las repercusiones que el binomio lesión-tarea tiene sobre el sistema de trabajo. En esta línea se propone estudiar:

- la lesión en su *vertiente iconográfica, o significativa*, esto es, la apreciación del daño en cuanto traduce una forma física o material.

- la lesión en su *vertiente iconológica, o significado*, representación mental que se hace el explorador en tanto intuye algo que conecta, especulando, con la repercusión funcional del daño inicialmente observado.

- la lesión como *signo función*, en la manera en que la interpretación de esa daño ya no queda detenida en la etapa anterior (puramente imaginativa), sino que se configura como un proceso global en el que el significante y el significado se han de apreciar, *justificar*, en su confluencia en la práctica, que *ahora se reconduce a las exigencias y respuestas ante requerimientos laborales concretos, dentro de un sistema-proceso de trabajo*.

Llegando a conocer el nivel de respuestas en la interacción lesión-tarea, y sabiendo previamente los niveles de exigencias (función-trabajo, configurados de acuerdo con el rango de la función), tales resultados podrán ser llevados a un diagrama que permitirá establecer el grado de adecuación/inadecuación de una forma gráfica, con valor orientativo con el fin de emitir el médico un juicio diagnóstico sobre la cuestión planteada.

Cuestión ergonómica: niveles de respuesta (lesión-actividad)

Paciente:

Edad:

Actividad laboral:

Secuelas:

FACTORES DE CONFIGURACIÓN

RANGO DE LA FUNCION PERTURBADA
Niveles de exigencia (**): Función-Trabajo

0 1 2 3 4 5

Factores Preliminares

Alternancia (A)

Importancia (I)

Especificidad (E)

Duración (D)

Frecuencia (F)

Seguridad (S)

Competencias selectivas

Fuerza y energía

Velocidad de acción

Resistencia

Coordinación de movimientos

Habilidad y destreza

Capacidad de reacción ante el peligro

Otras, ...

Niveles de Respuesta (*): Lesión-actividad

0 1 2 3 4 5

Valoración médica de la aptitud laboral: APTO / NO APTO

Lugar, fecha y firma

Comentario.-

Junto a lo señalado, adviértase que hay casos en los que la incapacidad laboral viene dada no porque la establecida la relación LESIÓN-TAREA, la ejecución del trabajo, sustantivamente examinada, no pueda ejecutarse, sino porque el legislador ha adoptado un *criterio eminentemente preventivo*, tanto que ante la existencias de determinadas lesiones se debe plantear la inaptitud del operario que las padece, o, si se quiere, su no continuidad por motivos de salud, para ese determinado trabajo. Así, la HIPOACUSIA PROFESIONAL en un chapista del sector del automóvil, no impide materialmente que ese trabajador desempeñe su actividad, incluso de forma muy eficaz. No obstante, son los aludidos criterios de índole prevencionista los que han llevado a que en la norma se contemple la que ese operario, cumplidos determinados criterios audiométricos, sea apartado definitivamente de su puesto de trabajo. Claro que, en materia de Hipoacusia Profesional, otra cosa muy distinta, es el acatamiento de la Ley en la práctica por quienes han de cumplirla y aplicarla, comprobándose resoluciones que constituyen un verdadero escándalo.

4. Conclusiones

Ultimado el análisis precedente, se podrá terminar, a modo de conclusiones, con el siguiente juicio diagnóstico:

- *respuesta satisfactoria*: acomodación, adaptación, capacidad laboral plena.
- *respuesta tolerable*, siempre y cuando sea admisible que en la interacción lesión-tarea se opere bajo algunas *restricciones*, aunque *sin afectar a los aspectos fundamentales de la actividad*.
- *respuesta tolerable*, pero habiendo de introducir *modificaciones mayores* y limitaciones *para el desarrollo de la tarea, afectando ya a aspectos fundamentales de la misma*. (5)
- *respuesta no tolerable ni corregible, provisionalmente*, pero hay perspectivas, desde un razonable criterio médico, de una estimable mejoría, mediante la terapia adecuada (incluyendo medidas rehabilitadoras, educativas, etc.).

(5) esta situación, atendiendo a lo dispuesto en la Legislación Española de la Seguridad Social, en su criterio “gradualista”, se corresponde con una “Incapacidad Permanente Total”; no obstante esta formulación, de naturaleza jurídica, nunca de hacerla el médico, el cual únicamente ha de apreciar la restricción del paciente, siempre desde la perspectiva que les es propia, la de los hechos.

• *respuesta no tolerable ni corregible, con carácter de irreversibilidad y permanencia*, siempre desde una certeza médica razonable: lesiones crónicas, definitivas, permanentes, irreversibles. Inadaptación, incapacidad laboral, dentro de una relación Lesión-Tarea, para la profesión habitual, o grupo de profesiones o trabajos con requerimientos físicos similares, o ya para todo tipo de trabajo. No es posible el rescate laboral del trabajador mediante tratamiento médico alguno (ya conservador, ya quirúrgico).

5.- Caso Práctico

Lesionado en accidente de tráfico, XXX ZZZ, de 39 años, habiendo sufrido fractura de humero en brazo izquierdo, de profesión cantero-escultor. Ha estado en situación de Incapacidad Temporal 18 meses, ultimado el tratamiento rehabilitador, quedando como secuelas PARALISIS DEL NERVIO RADIAL en la extremidad superior izquierda.

Se solicita *Informe Médico-Pericial* el siguiente extremo: en atención a la secuela referida, *parálisis del nervio radial extremidad superior izquierda*, determinar si el lesionado XXX ZZZ tiene en la actualidad *capacidad laboral* para el desarrollo de las *actividades fundamentales*

propias de su oficio al tiempo de sufrir el accidente (cantero-escultor).

Al efecto se proponen examinar las siguientes cuestiones:

- 1.- Cuestión clínica
- 2.- Cuestión laboral
- 3.- Cuestión ergonómica

1. Cuestión clínica: LA LESIÓN (6)

Examinado el lesionado *XXX ZZZ*, de 39 años, se resume el siguiente *juicio diagnóstico*:

Secuelas post-traumáticas, derivada de accidente con ocasión del trabajo (fractura humero izquierdo), que han dejando como secuela Parálisis Nervio Radial izquierdo. Proceso crónico: la lesión ha alcanzado la categoría de secuela: daño estable, definitivo e irreversible.

Recuerdo anatómico: El nervio radial proviene del plexo braquial, discurre en su trayecto por la extremidad superior, teniendo funciones motoras y sensitivas. Desde el punto de vista motor se ocupa de hacer posible el

movimiento de los músculos extensores del antebrazo y de la muñeca. En atención a su trayecto se entiende que entre las causas de la parálisis radial figure la fractura de húmero.

Consecuencias funcionales (gestos de la vida ordinaria):

- imposibilidad de la extensión de la mano (“mano caída”, “mano en cuello de cisne”)
- imposibilidad de estabilización mano-muñeca
- imposibilidad de la extensión y abducción del pulgar
- limitación de la pronosupinación del antebrazo

2.- Cuestión laboral (7)

2.1. La Tarea: en este apartado, al margen de cualquier patología, se ha de considerar la TAREA: cantero, que es lo que conforma el objetivo del sistema de trabajo.

-
- (6) Se remite al examen médico del lesionado, y su repercusión funcional en quien la sufre, esto es, poniendo especial énfasis en las consecuencias fisiopatológicas, con carácter general (como para la realización de los gestos de la vida ordinaria) primando este aspecto frente a meras descripciones anatómicas o alteraciones estructurales.
- (7) Investigación del puesto de trabajo, concretando la repercusión funcional de la secuela en su conexión el trabajo del accidentado (cantero).

El trabajo de cantero-escultor es de carácter espacial, variable, psicofísico, perceptoreaccional. Requiere criterio estético, capacidad de observación, imaginación y memoria espacial de formas geométricas, volúmenes, superficies, perfiles, contrastes. Adecuada discriminación de relieves, diferencias de presión. *Capacidad manual excelente*, fuerza en ambas extremidades superiores, braquial antebraquial, y en especial en manos y muñecas, para agarrar, estabilizar y dirigir las herramientas, con especial capacidad prensora y percutora, coordinación y precisión en medianos y pequeños movimientos (microcinesias), con resistencia a la fatiga .

2.2. Útiles de trabajo: las *Herramientas Fundamentales* que ha de manejar el cantero para el desarrollo de su oficio son:

- martillos manuales, de distintos pesos y medidas.
- martillo neumático: peso aproximado 18 kilos, al que se le acopla un contrapeso, de unos 20 kilos, con el fin de amortiguar (aunque poco) el efecto vibratorio. SU MANEJO REQUIERE AMBAS EXTREMIDADES SUPERIORES.
- cinceles y punteros: su manejo se realiza con la MANO IZQUIERDA, requiriendo perfecta *estabilidad en la muñeca*, así como *integridad de la función pronosupinadora*, con el fin de

permitir la orientación del útil de trabajo en diferentes ángulos. (8)

- llaves fijas, llaves inglesas

2.3. Función segregada: dentro de la Tarea, la misma se esquematiza en la Unidad Operativa Básica (UOB), que a su vez , para este caso-problema, se ha de remitir esencialmente a los requerimientos físicos demandados para las extremidades superiores, tal que permitan el manejo de los útiles de trabajo con eficiencia y seguridad, en conexión con la Tarea asignada a un cantero. Avanzando un poco más en esta línea, dentro de la UOB la función segregada es la función motora de la extremidad superior izquierda, de la muñeca-mano izquierdas.

2.4. Factores de configuración: rango de la función

En el ejercicio de la actividad de cantero, función motora de la extremidad superior izquierda, *canalizada por el nervio radial*, se configura de acuerdo con los siguientes parámetros: factores preliminares y competencias selectivas.

(8) Se adelanta que la función estabilizadora de la mano se logra en extensión (gesto motor del que carece el lesionado).

2.4.1. Factores preliminares

- **Alternancia (A):** la función NO ES ALTERNATIVA. Para el ejercicio del trabajo de cantero se precisan ambas extremidades superiores. No es sustituible la extremidad superior izquierda por la derecha.
- **Importancia (I):** en el ejercicio de la actividad de cantero, función motora de la extremidad superior izquierda, *canalizada por el nervio radial*, resulta indispensable, lo que le confiere una importancia que se fija en un valor de cinco en un escala sobre cinco (5/5).
- **Especificidad (E):** alta (4/5) o muy alta (5/5), como en el caso del manejo de los cinceles y punteros.
- **Duración (D):** 4/5. Se utiliza, estimando un promedio continuado, de unos 9/10 de la jornada laboral.
- **Frecuencia (F):** muy alta (5/5). Se requiere varias veces en un cuarto de hora.
- **Seguridad (S):** 4/5. Se requiere en una proporción alta para la neutralización de los riesgos inherentes al ejercicio de la tarea.

2.4.2. Competencias selectivas

Para la ejecución de la tarea de cantero, la extremidad superior izquierda ha de cumplir unos niveles de competencia dentro de los siguientes parámetros:

- Fuerza y energía, en una proporción media de 4/5, para empuñar, agarrar, dirigir los útiles de trabajo
- Resistencia, 5/5, para desempeñar de forma continuada la actividad, sin incurrir en una situación de fatiga patológica.
- Estabilidad, 5/5. El gesto estabilizador del conjunto mano-muñeca (en extensión) se requiere de forma específica para el manejo de punteros y cinceles, junto con la capacidad pronosupinadora. Igualmente la extremidad ha de ser especialmente competente en la ejecución de las tareas con el martillo neumático.
- Habilidades y destrezas, 4/5, sobre la función estudiada, y para realizar la actividad con soldadura.
- Velocidad de acción: alta. 4/5
- Coordinación de movimientos: 4/5

3.- Cuestión ergonómica

En este apartado se tratará de establecer la relación LESION-TAREA.

Considerando, por una parte, la secuela descrita (1.- cuestión clínica: parálisis radial izquierdo) y sus consecuencias funcionales (descritas para los gestos de la vida ordinaria) y, por otra parte, evaluando las exigencias laborales (2.- cuestión laboral), estableciendo a continuación la relación LESION-TAREA, resulta que el accidentado responde de forma deficiente para las exigencias propuestas como factores preliminares como tampoco tiene capacidad para responder adecuadamente a los requerimientos físicos establecidos como competencias selectivas (fuerza, resistencia, estabilidad mano-muñeca, etc.) de forma prolongada y en la duración y frecuencia que demanda para el ejercicio de su actividad en la jornada laboral , con una *calificación funcional de muy deficiente (ver diagrama adjunto)*.

En particular ha de ser destacado el severo deterioro de la aludida **función estabilizadora**, que en condiciones normales desempeña el conjunto anatómico mano-muñeca, a costa de la integridad de su capacidad flexo-extensora, y en especial –una vez que se agarra la herramienta, ejemplo, Puntero, Cincel-, a costa de fijar en

extensión la muñeca requerida. Y tal estabilización, gesto motor profesional básico para el oficio del lesionado, está totalmente inutilizado en este caso.

CONCLUSION

El lesionado XXX ZZZ, de 39 años, con secuelas de Parálisis del Nervio Radial Izquierdo, cuyo oficio es el de cantero, médicamente, dentro de una relación LESION-TAREA, presenta reducciones anatómico-funcionales que determinan un menoscabo que le incapacitan para el desarrollo de las actividades fundamentales propias del referido oficio, así como para otras actividades con requerimientos físicos similares. Tampoco es rescatable laboralmente mediante tratamiento médico alguno (conservador o quirúrgico), a la vez que sus lesiones han alcanzado la categoría de secuelas (daño estable, definitivo e irreversible).

Lugar, fecha y firma

Cuestión ergonómica: niveles de respuesta (lesión-actividad)

Paciente.- XXX ZZZ

Edad: 39

Actividad laboral: CANTERO-TALLADOR

Secuelas: Parálisis Nervio Radial izquierdo

FACTORES DE CONFIGURACIÓN

		RANGO DE LA FUNCION PERTURBADA					
		Niveles de exigencia (**): Función-Trabajo					
		0	1	2	3	4	5
Factores Preliminares							
Alternancia (A)	NO						
Importancia (I)		*				**	
Especificidad (E)		*				**	
Duración (D)		*				**	
Frecuencia (F)		*					**
Seguridad (S)		*				**	
Competencias selectivas							
Fuerza y energía		*				**	
Velocidad de acción		*				**	
Resistencia		*				**	
Coordinación de movimientos		*				**	
Habilidad y destreza		*				**	
Capacidad de reacción ante el peligro		*				**	
		Niveles de Respuesta (*): Lesión-actividad					
		0	1	2	3	4	5

Valoración médica de la aptitud laboral: **NO APTO**

Lugar, fecha y firma

Observaciones.- el lesionado agotó el periodo de Incapacidad Temporal, y ha estado sometido a tratamiento rehabilitador. Se ha descartado la intervención quirúrgica, al considerar que no existen posibilidades de mejoría.

Comentario.- Este asunto tiene cierta gracia. La entidad aseguradora responsable del pago de la indemnización sometió a la vigilancia de investigadores privados al lesionado, aportando las correspondientes vídeo filmaciones. Los “detectives” se mostraban muy ufanos en la presentación en la Sala ante el Juez del referido vídeo, pues, como era evidente, el lesionado realizaba distintas actividades manipulativas, levantaba pesos, cogía objetos con la mano izquierda, valiéndose perfectamente para ir al supermercado, *abrazar a su hija* con ambas manos,Pero claro, lo que no sabían los “sabuesos” es que el problema del lesionado no era para agarrar, sino que la limitación estribaba en las funciones extensoras de la extremidad superior, en especial la unidad funcional mano-muñeca, en que se requiere una buena función del nervio radial. Y así se le explicó al Juez el día de la vista, que en esta ocasión lo comprendió muy bien, al mismo tiempo que igualmente se le aclaraba que el lesionado tenía perfectamente conservadas las funciones manipulativas para gestos motores de componente flexor, con integridad de la fuerza segmentaria, como para distintos tipos de pinza, aro, presas esféricas, cilíndricas etc.,

Textos de referencia publicados por el autor.-

Salud, educación y violencia, G.J. Knapp, editor Madrid, 1987.

La incapacidad para el trabajo. J. M. Bosch editor, S.A., Barcelona, 1993.

Ergonomía Básica. Ediciones Díaz de Santos, S.A., Madrid, 1994 (reimpresión 2007).

Manual del perito médico (edición 2002). Ediciones Díaz de Santos, S.A., Madrid, 2002.

Metodología para la valoración de la incapacidad laboral: acercamiento ergonómico, www.peritajemedicoforense.com. En esta misma web pueden consultarse otros trabajos de interés en este ámbito.

NOTAS.-