

DEFINICIÓN Y ÁMBITO DE LA MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN. HISTORIA DE LA REHABILITACIÓN MÉDICA. CURRÍCULUM. FORMACIÓN PREGRADUADA Y POSTGRADUADA.

José Mariano Alemán Gómez, Pedro Erdocia Eguía

PALABRAS CLAVE:

Definición. Historia. Especialidad. Docencia. Planes de estudio.

ABREVIATURAS:

OMS: Organización Mundial de la Salud; **MFR:** Medicina Física y Rehabilitación; **UEMS:** Unión Europea de Médicos Especialistas; **CES:** Certificado de estudios especiales; **EEES:** Espacio Europeo de Educación Superior; **SERMEF:** Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física; **APUMFYR:** Asociación de Profesores Universitarios de Rehabilitación y Medicina Física.

DEFINICIÓN

En 1986 la OMS definió la Medicina Física y Rehabilitación como, «el conjunto de medidas sociales, educativas y profesionales destinadas a restituir al paciente minusválido la mayor capacidad e independencia posibles». A partir de que en el año 2000 la OMS introdujera la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Salud y de la Discapacidad (CIF-2000), el funcionamiento y la discapacidad de una persona se conciben como una interacción dinámica entre los estados de salud y los factores contextuales, tanto personales como ambientales, lo que implica la participación activa de la persona a la que concierne su propia rehabilitación y el deber de la sociedad con las personas minusválidas, englobando todas las medidas destinadas a prevenir o a reducir al mínimo inevitable las consecuencias funcionales, físicas, psíquicas, sociales y económicas de las enfermedades y cuantas situaciones originen minusvalía transitoria o indefinida. Por otra parte, la Sección de Medicina Física y Rehabilitación (MFR) de la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS), en su cometido de normalización y homologación internacional versa su doctrina científica y su hacer humanístico en dos contextos, el de la prevención y curación a través de la Medicina Física y el del manejo de la discapacidad en el nivel terciario de atención a la salud, mediante la Rehabilitación. De esta manera, esta especialidad tiene una entidad propia que la hace distinta e independiente de la demás, tipificada legalmente, socialmente reconocida y con un ámbito internacional de aceptación que determina que la especialidad de

Medicina Física y Rehabilitación esté unánimemente reconocida en el ámbito de la Unión Europea.

ÁMBITO

La Medicina Física y Rehabilitación como especialidad médica centra su actuación en el diagnóstico, evaluación, prevención y tratamiento de la discapacidad. Se ocupa de los tratamientos encaminados a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posibles, todo ello coordinando un equipo conformado por diversos profesionales. Es un modelo de atención integral, holística e interdisciplinar.

La Medicina Física es el medio que permite que el profesional médico especializado concrete un diagnóstico preciso de la discapacidad física, y este diagnóstico dará lugar a la prescripción de un tratamiento integral con recomendaciones médicas, medicación precisa y diversas técnicas, tales como hidroterapia, electroterapia, termoterapia, cinesiterapia, vibroterapia, laserterapia, actividad ocupacional, logoterapia, o la indicación de ortesis, prótesis y demás dispositivos y ayudas técnicas, entre otras.

El diagnóstico de la discapacidad, la prescripción terapéutica y la realización de pruebas específicas de capacidad funcional son competencias específicas de la Medicina, las cuales son implementadas por los médicos de familia en la atención primaria y por los especialistas en Medicina Física y Rehabilitación en la atención hospitalaria y extra-hospitalaria.

Si bien es cierto que incapacidad es un término de carácter legal (certificación por un profesional médico de las limitaciones físicas o psíquicas de una persona con discapacidad), por lo que la dinámica de la especialidad de Medicina Física y Rehabilitación confluye en la discapacidad y en la dependencia, con una perspectiva de promoción preventiva y prioritaria de la autonomía personal y limitación de las secuelas y desde el respeto y la atención integral a la diversidad funcional del individuo en sociedad. La Rehabilitación es una especialidad que tiene por papel coordinar y asegurar la puesta en marcha y aplicación de todas las medidas encaminadas a prevenir o a reducir al mínimo inevitable las consecuencias funcionales, físicas, psíquicas, sociales y económicas de la diversidad funcional de origen físico. Ello comporta la puesta en marcha metódica de las acciones necesarias para la realización de estos objetivos desde el comienzo de la afección hasta la reinserción del paciente en su medio ambiente y en la sociedad.

Las actividades rehabilitadoras deben desarrollarse según una relación y un orden determinado, así como en un espíritu de cooperación mutua. Las personas y los medios deben, por tanto, estar coordinados para alcanzar un fin común. Este especialista, que por su condición o papel profesional, tiene que coordinar y asegurar la puesta en funcionamiento y la aplicación del tratamiento de todas las actividades que se emplean para prevenir o reducir al mínimo inevitable las consecuencias funcionales, físicas, psicológicas, sociales y económicas de las personas con diversidad funcional.

A propósito del trabajo en equipo, el médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación es el profesional más indicado para defender la responsabilidad de esa coordinación y dirigir el conjunto del proceso de atención integral de la persona con discapacidad, lo que conlleva una gran responsabilidad sobre la persona que tenga una deficiencia o una discapacidad, con un equipo que reúna todas las competencias necesarias y que esté coordinado de forma equilibrada, a efectos de abordar todas las necesidades que afectan a la persona con discapacidad.

Debido a que el proceso de Rehabilitación se desarrolla a continuación de diferentes evaluaciones de las aptitudes, es el médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación el que aborda la fase de orientación global: reúne los informes, las clasificaciones, el estudio de las consecuencias del estado del paciente, los pone en relación con sus discapacidades eventuales y con sus capacidades funcionales, organiza una discusión en equipo para llegar a conclusiones que conciernen el estado clínico, las situaciones antisociales o de pérdida de identificación social, las capacidades residuales,

las perspectivas y, también, los derechos tanto del paciente como de los informes que necesitan. El análisis de esos problemas puede ser la base de su solución; es decir, la adecuada realización de las diferentes medidas coordinadas desde nuestra especialidad a favor de la atención integral de la persona con diversidad funcional.

La evaluación de las capacidades debe proseguirse en el curso de las fases de la rehabilitación y, también, en el curso de la reinserción, mediante evaluaciones periódicas.

El especialista en Medicina Física y Rehabilitación debe ser el responsable de llevar a cabo los actos médicos, diagnósticos y terapéuticos propios de su especialidad. También es el responsable de calificar y definir el tipo de discapacidad y la intensidad de la misma y, en consecuencia, establecer, dirigir, coordinar y controlar todo el programa rehabilitador correspondiente, modificándolo y adaptándolo de acuerdo con el momento evolutivo.

Se debe desestimar la conveniencia del mismo cuando la situación del paciente no permita abrigar esperanzas razonables de recuperación e integración. Esto es especialmente frecuente en los centros de minusválidos psíquicos y los geriátricos, en los que las demandas de los familiares siempre pasan por tratar a sus parientes con rehabilitación, tanto si está indicado como si no.

Finalmente, es oportuno considerar el momento límite de las posibilidades rehabilitadoras, tanto por haberse alcanzado los objetivos previstos como por haberse estabilizado la situación del paciente. Este punto es especialmente importante, puesto que prescribir rehabilitación cuando ya no está indicado hacerlo va en detrimento de nosotros mismos y de nuestra especialidad.

HISTORIA

LA HISTORIA ANTIGUA

La historia médica antigua hace mención al uso empírico de agentes físicos para mantener y mejorar la salud. En la antigua Grecia, los escritos de Hipócrates (460 AC) daban gran importancia terapéutica a la dieta, los ejercicios corporales, masajes y baños de mar.

En los primeros años después de Cristo, en Roma el escritor médico latino más importante fue Aulio Cornelio Celso, cuyo libro "De re medica" se cree fue escrito el año 25 o 30 después de Cristo. En su libro, la hidroterapia es tratada tan extensamente que se piensa que Celso fue el primero en establecer las indicaciones de la hidroterapia.

De los experimentos hechos en Bolonia por el médico y anatomista Luis Galvani (1737 - 1798) y seguidos por los de Volta (1745-1827) se inicia una nueva disciplina: la electroterapia. Volta demostró que un músculo puede ser llevado a contracciones continuas tetánicas por una estimulación eléctrica continuada.

La gimnasia fue recomendada como medio terapéutico desde los tiempos más antiguos. La obra publicada por Jerónimo Mercuriale en 1569, "De arte y gymnastica", constituye el primer texto completo sobre el tema.

Es así como las diversas técnicas de rehabilitación, utilizada por los médicos antiguos como una herramienta terapéutica, aparece como una precursora de la Medicina Física, la que incorporando el enfoque médico de la evaluación de los enfermos, sumado al manejo de rehabilitación integral, con el desarrollo de la primera mitad del siglo XX llegó a ser una especialidad médica reconocida.

EL INICIO DE LA ESPECIALIDAD

La especialidad de Medicina Física y rehabilitación, como la conocemos actualmente, tiene su origen en Estados Unidos, a comienzos del siglo XX, con la figura del médico Dr. Frank Krusen, graduado en la Jefferson Medical Collage en Filadelfia en 1921. En relación a un cuadro de tuberculosis que contrajo a temprana edad y su tratamiento en un sanatorio, pudo darse cuenta de que los períodos de recaída de la enfermedad en los diferentes pacientes del sanatorio, se relacionaban con el desacondicionamiento físico. Tras su curación decidió que la Medicina Física debía desarrollarse con bases científicas, y ser aceptada como una especialidad médica, en que el tema de la rehabilitación vocacional fuera un elemento esencial.

En 1929 fundó en la Escuela de Medicina de Temple, el primer Departamento Académico de Medicina Física en Estados Unidos y desarrolló un currículo en Medicina Física que fue publicado en el Journal of the Association of American Medical Collage, en 1930.

En 1935, Krusen fue invitado a establecer el Departamento de Terapia Física en la Clínica Mayo y en 1936, se estableció en la Escuela de Postgrado de Medicina de la Clínica Mayo de la Universidad de Minnessotta, la primera residencia de 3 años en Medicina Física. Cuando los Estados Unidos fueron llamados a la II Guerra Mundial en 1941, la rehabilitación de los discapacitados severos llegó a ser un tema de la mayor relevancia. El Dr. Krusen organizó una capacitación de emergencia de 3 meses para médicos militares en la Clínica Mayo, porque no había suficientes médicos rehabilitadores formados para cubrir la demanda.

En 1950, el Consejo de Medicina Física de la Academia Americana de Medicina aprobó el cambio de nombre de la formación de Medicina Física a Medicina Física y rehabilitación.

LA ESPECIALIDAD EN EUROPA

Las dos grandes Guerras Mundiales hacen que el Mundo se encuentre por primera vez con el problema de un gran número de accidentados e incapacitados físicos. Personas que la mayoría de las veces eran jóvenes y con un futuro por vivir. De esta forma, se resalta la necesidad de restituir a esas personas en relación a las capacidades individuales y sociales.

Durante La II Guerra Mundial, la medicina comienza entonces a pensar en la necesidad de establecer un concepto para restaurar al enfermo en su potencial máximo, para así regresar a la sociedad, mejorando con eso sus condiciones en todas las esferas.

En Holanda mucho antes de los registros de guerras, ya existía la Asociación de Fisioterapia y Sociedad de Fisioterapeutas Médicos. Pero el primer Centro de Rehabilitación, fue el Centro de Rehabilitación Militar, creado en la última fase de la Segunda Guerra Mundial, en 1944, con la intención de atender a los heridos de la Guerra. Pocos años más tarde, fue inaugurado el primer Centro Civil de Rehabilitación también en este país, de acuerdo con los modelos americanos de la época. La medicina de rehabilitación en este país está registrada como especialidad médica desde 1955.

En Gran Bretaña, en la década de los 50, surge un servicio pionero, organizado por el gobierno, que se destina a la recuperación de deficientes, trabajadores de industrias, compuesto por 15 centros de Rehabilitación Industrial situados de Norte a Sur del país. En un año cerca de 10 mil personas pasaron por esos centros, pudiendo la mayor parte de ellos retornar al mercado de trabajo.

La década de 1970 a 1980 fue considerada la década de la rehabilitación, según decreto de la Asamblea de las Naciones Unidas.

LA ESPECIALIDAD EN ESPAÑA

Evidentemente las dos guerras mundiales no fueron un revulsivo para la rehabilitación en nuestro país. Ni siquiera la Guerra Civil Española: en la España de la posguerra los presupuestos tenían otras prioridades, era una época donde las enfermedades infecciosas todavía alcanzaban proporciones epidémicas. Ello motivó que la Rehabilitación permaneciera durante años en un plano secundario.

En la España de los años cincuenta, si hubo una enfermedad incapacitante fue la Poliomiéltis. La preocupación por esta enfermedad en España se tradujo en numerosos estudios, la mayoría de ellos desde la Dirección General de Sanidad. En ellos se trataban datos epidemiológicos en su mayoría, destacando que en España, la poliomiéltis se presentaba en edades muy tempranas, siendo más de la mitad de los afectados menores de dos años y el 92% menor de seis, dejando por tanto gran cantidad de niños discapacitados supervivientes con secuelas invalidantes.

Los centros clínicos donde se ejercía la Rehabilitación eran la Clínica del Trabajo, el Centro Médico Nacional de Rehabilitación, el Servicio de Cirugía Ortopédica de San Juan de Dios de Barcelona y la unidad de Rehabilitación del Hospital Municipal Nuestra Señora del Mar de la misma ciudad.

Seguidamente empezaban a funcionar los nuevos macrohospitales conocidos como Ciudades Sanitarias en Madrid, Barcelona, Valencia, Sevilla y Oviedo, con pabellones específicos para la Rehabilitación.

Con el ambiente político favorable, una red asistencial inminente, el desarrollo profesional y científico manifestado a través de una sociedad científica y una publicación periódica, y el inicio del reconocimiento legislativo con un decreto que reconocía la actividad profesional concreta, el 26 de febrero de 1969 se llevó a cabo una recepción del propio Jefe de Estado en audiencia, que se traduciría el 6 de junio de ese mismo año en el reconocimiento oficial de una nueva especialidad médica: la Rehabilitación (recordemos que dicha especialidad médica había sido reconocida por la Organización Mundial de la Salud a nivel internacional en 1968).

LA REHABILITACIÓN EN EL MUNDO

FRANCIA

Como en muchos otros países, la creación de la especialidad médica Medicina Física y Rehabilitación será difícil y requerirá grandes esfuerzos. El doctor Peillon-Dinis propone en 1956 un primer curso específico para médicos. Esta enseñanza será oficializada sólo 10 años después con la creación en 1965 del Certificado de estudios especiales (CES) de rehabilitación y readaptación funcional. Esta especialidad médica denominada en Francia «rehabilitación y readaptación funcional» pasa a ser en 1995 «medicina física y de readaptación» para acercarse a la terminología internacional y perfeccionar su identidad.

EUROPA

En 1954 se crea la Federación europea de MFR, la Federación internacional de medicina física ya existe desde 1950. En 1982, la Academia médica europea de readaptación publica una obra de síntesis «Medicina de rehabilitación y readaptación». El 19 de julio de 1991 nace el colegio europeo de MFR, con la creación en 1993 del «European Board of Physical Medicine and Rehabilitation».

ESTADOS UNIDOS

El esquema de construcción de la especialidad en los Estados Unidos va a comprender la unión de dos raíces principales: la de la medicina física y la de la readaptación médica. La especialidad será reconocida en los Estados Unidos en 1926, año en que Coulter integra la Universidad médica del Northwestern y se convierte en el primer universitario dedicado exclusivamente a la MFR. Krusen establece en 1936 el primer programa de enseñanza en la clínica Mayo a lo largo de 3 años de residencia. La Academia Americana de Medicina Física es fundada en 1938. En 1941 aparece la primera obra de síntesis sobre la rehabilitación titulada «Medicina Física» (Filadelfia, Saunders). El término propuesto en 1946 por el AMA Council of Physical Medicine para designar a los médicos rehabilitadores americanos es «physiatrist» (de ahí la terminología actual de fisiatras en muchos países).

DOCENCIA PREGRADO

Desde el punto de vista de la docencia pregrado, uno de los lugares donde se impartieron antes clases universitarias fue en Valencia, donde Carlos Caballé Lancry se convirtió en el primer profesor oficial de Rehabilitación. Le seguirían Luis Pablo Rodríguez, en Zaragoza Pedro Ansirón Iribarren y en Sevilla, José Pérez Castilla que alcanzaría la Cátedra de Rehabilitación dentro del Departamento de Terapéutica Física en el área de Radiología. Más tarde, le seguirían César Cayuelas en Córdoba e Ignacio Salinas en Granada, ambos con título oficial de Profesor Titular.

En nuestro ámbito, en la Universidad de la Laguna se imparte la asignatura de Rehabilitación médica, como optativa en 2º ó 3er curso de Medicina y en la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria constituye la asignatura de Principios de Rehabilitación y Medicina Física, que se da en 5º curso.

Según el Documento de consideraciones elaborado por la Asociación de Profesores Universitarios de Medicina Física y Rehabilitación (APUME-

FYR) en 2007, ellos proponen las siguientes líneas generales como competencias específicas para el Sub-bloque de Medicina Física y Rehabilitación del Grado de Medicina:

Saber (Conocimientos):

- 1.- Reconocer, Diagnosticar y Orientar el manejo de la Diversidad Funcional (Discapacidad y/o Dependencia).
- 2.- Sólo conocer y comprender: el uso terapéutico de los agentes físicos no ionizantes; la indicación de ayudas técnicas básicas para la marcha y los dispositivos especiales para las actividades de la vida diaria; la indicación de las principales ortesis de tronco y extremidades y los sistemas de sedestación y bipedestación; la indicación y manejo de prótesis en personas amputadas; cómo se redacta una orden de tratamiento de Medicina Física y Rehabilitación.

Saber hacer (Habilidades):

- 1.- Rutinariamente y sin supervisión : Utilizar escalas de valoración funcional básicas; Aplicar dispositivos de marcha básicos; Asesorar en la generalidad a los pacientes, familiares y cuidadores en los siguientes procesos: dolor vertebral de origen mecánico, hombro doloroso de diversas etiologías, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y síndrome de inmovilización prolongada.
- 2.- Practicar bajo supervisión de un tutor docente médico rehabilitador: Ejercitar la prescripción de indicaciones clínicas de técnicas rehabilitadoras básicas utilizadas en la prevención primaria o secundaria de la discapacidad en Atención Primaria de Salud.
- 3.- Presenciar la práctica clínica del médico rehabilitador.

Hacer (Aptitudes):

- 1.- Implementar el Paradigma Social de Salud y conocer el tradicional Paradigma Clásico de Salud.
- 2.- Aplicar el Modelo profesional médico diagnóstico-terapéutico de función y calidad de vida en respuesta a las necesidades derivadas de la diversidad funcional del individuo en sociedad y en un modelo de atención integral e interdisciplinar del ciudadano con discapacidad y dependencia.

escuelas profesionales. Pero realmente, la Rehabilitación, como especialidad oficialmente reconocida se incorporó al nuevo programa de formación (sistema de médicos residentes) en 1981.

Actualmente, la especialidad de Medicina Física y Rehabilitación se encuentra involucrada en el cambio formativo que exige el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), que configura un sistema oficial de estudios (Grado, Máster Universitario y Doctorado) a los 46 países europeos participantes, incluido España.

El EEES se ha ido conformando desde las Declaraciones de La Sorbona (1998) y Bolonia (1999) hasta la Declaración de Budapest/ Viena (2010). Permite la diversidad competitiva de títulos en una misma disciplina, favorece el empleo, la movilidad y el intercambio de estudiantes, profesores y profesionales, promocionando un modelo de aprendizaje a lo largo de la vida (life-long learning) y establece un área europea de investigación.

En España se reguló la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales según el RD 1393/2007 de 29 de Octubre, que transpone y detalla los principios de esta reforma en títulos de Grado y Másteres universitarios, dando comienzo en el curso 2010-2011. En este contexto, se ha planteado un sistema renovado de formación especializada de MIR, basado en la definición de competencias comunes a varias especialidades, agrupándolas en diversas troncalidades durante un tiempo determinado del periodo formativo. En Rehabilitación, aunque en un primer momento se planteó no participar de la troncalidad del sistema MIR renovado, desde la Comisión Nacional de la especialidad, la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física (SERMEF) y la Asociación de Profesores Universitarios de Rehabilitación y Medicina Física (APUMFYR), se cerró un debate colectivo, con la propuesta de la inclusión de la especialidad en la troncalidad médica, a fin de potenciar el rol médico del especialista en Medicina Física y Rehabilitación como elemento diferenciador de otras profesiones afines, entre otros propósitos.

Es importante destacar que el primer libro blanco de la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS) ha sido el de Medicina Física y Rehabilitación, especialidad existente en 21 de 25 países europeos. En España, la orden SCO / 846 / 2008, de 14 de marzo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Física y Rehabilitación, explicita la doctrina vigente que se enseña/aprende en nuestra especialidad.

El objetivo actual docente en el programa formativo MIR de Medicina Física y Rehabilitación es la potenciación de los conocimientos y las experiencias clínicas tanto en la prevención como en la

DOCENCIA POSTGRADUADA

Desde 1960 se reconocen profesionales médicos formados en Rehabilitación a través de las

curación a través de la medicina física y el manejo de la discapacidad en el nivel terciario de atención a la salud mediante la Rehabilitación. Pero las reformas “globalizadoras” europeas obligaran a superar los compartimentos estancos que existen entre la formación universitaria (Grado de Medicina), la realización de las Enseñanzas de Doctorado, la Formación Especializada MIR y el Desarrollo Profesional Continuo. Lo cual apunta a participaciones más intensas entre los hospitales y la Universidad e incluso otras instituciones sociosanitarias.

La formación en MFR tiene como objetivo que el residente alcance los conocimientos, técnicas, habilidades, actitudes y responsabilidades necesarias para que sin perjuicio de la necesaria actualización de conocimientos, otorgue a los ciudadanos una prestación sanitaria especializada en términos de calidad, seguridad y eficiencia. El médico especialista en MFR debe adquirir condiciones de liderazgo que le permitan abordar el carácter intradisciplinar y el diálogo y comunicación interprofesional necesaria en el ejercicio de esta especialidad. El médico especialista en MFR fundamenta sus actividades asistenciales en la investigación científica y en la evidencia probada, procurando una utilización racional y precisa de los recursos diagnósticos y terapéuticos. Este especialista procura aportar la suficiente y adecuada información para que la persona pueda participar razonadamente, según las diversas opciones, en la decisión de su proceso asistencial y sociosanitario. El nivel y competencias profesionales del especialista en MFR se caracterizan por:

- a) Una aproximación holística hacia personas de todas las edades, con lesiones agudas o crónicas o con discapacidad permanente o transitoria. Sus actividades se centran fundamentalmente, en las enfermedades y problemas que afectan a los sistemas musculoesquelético, neurológico, cardíaco y vascular, respiratorio y endocrino, abordando asimismo disfunciones urogenitales, por dolor y cáncer, por quemaduras, trasplantes y amputaciones. A este respecto, el MFR sigue y desarrolla en los correspondientes servicios de rehabilitación un proceso asistencial rehabilitador que consiste en la prevención, tratamiento y evaluación del discapacitado, siendo componentes de este proceso la admisión, historia clínica, evolución, alta e informe clínico.
- b) La Medicina Física promueve la salud y previene, diagnostica, evalúa, prescribe y trata el estado de enfermedad. Establece una prioridad en el logro de objetivos de funcionalidad ergonómicos, ocupacionales y de reintegración. Utiliza los medios farmacológicos, físicos terapéuticos naturales o modificados no

ionizantes, los ocupacionales, los del lenguaje, de la comunicación y cognición y las ayudas técnicas en donde se incluyen las ortoprótesis de uso externo. c) La rehabilitación previene y trata la aparición de disfunciones secundarias a problemas congénitos y adquiridos, agudos y crónicos, en personas de todas las edades y tiene una connotación propia en la evaluación del daño corporal y la valoración y tratamiento de la discapacidad, favoreciendo la integración social del discapacitado en la comunidad. d) Asimismo es competencia propia del médico especialista en MFR, las actividades dirigidas al diagnóstico funcional y de discapacidad, con la prevención, evaluación, prescripción terapéutica, durante el programa asistencial. e) Una vez realizada la prescripción del programa terapéutico por el médico especialista en MFR, el proceso asistencial se desarrolla, sin perjuicio de la autonomía técnica y científica de este especialista, con la colaboración de otros profesionales, con titulación adecuada para la prestación de cuidados terapéuticos. A este respecto los citados cuidados terapéuticos se tipifican en las aplicaciones de medios físicos, de técnicas de tratamiento funcional u ocupacional, de educación de trastornos funcionales, de la fonación, lenguaje o comunicación, de realización y adaptación de ortoprótesis y ayudas técnicas, y otros cuidados sanitarios o sociosanitarios. Finalmente constituye el marco general de actuación del especialista en MFR la responsabilidad ética en el cumplimiento de los deberes de información, confidencialidad y preservación de datos, así como el control de calidad y sus indicadores y la formación continuada ante el avance científico con evidencia probada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Libro Blanco de Medicina Física y Rehabilitación [versión en inglés]. Mediterranean Journal of Physical and Rehabilitation Medicine. 2006.
2. Krusen FH. Historical development in physical medicine and rehabilitation during the last forty years. Arch Phys Med Rehabil . 1969.
3. El MIR de Medicina Física y Rehabilitación, la especialidad y el Espacio Europeo de Educación Superior. Impresiones desde la universidad. Rehabilitación. 2011;45 (2): 90-92.
4. Historia de la Rehabilitación. De la medicina física a la atención de la discapacidad. Climent Barberá JM.. 2a ed. Barcelona: Edikamed; 2009.
5. Orden SCO/846/2008, de 14 de marzo, “por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Física y Rehabilitación”. Boletín Oficial del Estado (Número: 77, 29/03/2008, Disposición nº 5824, Páginas: 17966-17972).

DEFICIENCIA, DISCAPACIDAD Y MINUSVALÍA: DEFINICIÓN DE CONCEPTOS. CIE. CIF. VALORACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD Y MINUSVALÍA. EPIDEMIOLOGÍA DE LA DISCAPACIDAD.

José Francisco Díaz Rodríguez, José Antonio Medina Díaz

PALABRAS CLAVE:

Discapacidad. Limitación en la actividad. CIF. Marco conceptual.

INTRODUCCIÓN

El reconocimiento del grado de Discapacidad es un procedimiento administrativo que facilitará el acceso del ciudadano a ciertos derechos y beneficios, cuando este grado alcance un porcentaje igual o superior al 33%.

Dicho reconocimiento, que se iniciará a instancias del interesado, se fundamenta en normativa estatal y autonómica, en los casos de transferencia de competencias al efecto, y previo examen del interesado por los equipos multiprofesionales competentes.

MARCO LEGAL DE LA DISCAPACIDAD EN ESPAÑA^(1,2)

El Estado español aprobó y ratificó el Preámbulo de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, de diciembre de 2006, que reconoce que *“la Discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras, debidas a la actitud y el entorno, que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás”*.

De igual forma, entiende como personas con discapacidad a *“aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones a los demás”*. Este mismo concepto queda plasmado en el artículo 4 del RD legislativo 1/2013, de 29 de noviembre.

Asimismo, dicho RD reconoce que *“tendrán la consideración de personas con discapacidad,*

aquellas a quienes se les haya reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33%. Se considerará además que presentan una discapacidad en grado igual o superior al 33%, los pensionistas de la seguridad social, que tengan reconocida una pensión por incapacidad permanente en los grados de total, absoluta o gran invalidez, y a los pensionistas de clases pasivas que tengan reconocida una pensión de jubilación o de retiro por incapacidad permanente para el servicio o inutilidad”.

Es interesante en este punto definir los conceptos Discapacidad e Incapacidad, frecuentemente confundidos como sinónimos socialmente, e incluso, por la clase médica.

En el diccionario de la Real Academia Española de la Lengua el término *“Incapacidad”* se define como *“estado transitorio o permanente de una persona que, por accidente o enfermedad, queda mermada en su capacidad laboral”*. Asimismo el término *“Incapacidad laboral”*, el Derecho lo define como *“situación de enfermedad o de padecimiento físico o psíquico que impide a una persona, de forma transitoria o permanente, realizar una actividad profesional y que normalmente da derecho a una prestación de la Seguridad Social”*.

Por lo tanto, el término *“Discapacidad”* resulta de la relación entre las condiciones de salud y el entorno en que la persona desarrolla su vida, y el término *“Incapacidad”* resulta de la relación entre las condiciones de salud y el desempeño de un trabajo determinado.

Respecto del término *“Minusvalía”*, la disposición adicional octava de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la autonomía personal y Atención a las personas en situación de Dependencia establece que las referencias en textos normativos preexistentes, *“minusválidos”* y a personas con *“minusvalía”*, se entenderán realizadas a personas

con “discapacidad”, siendo en estos términos las referencias que se harán desde las administraciones públicas para denominarlos. Siguiendo esta adecuación terminológica, se modifica además el anexo I del RD 1971/1999 de 23 de diciembre, mediante el RD 1856/2009 de 4 de diciembre.

DETERMINACIÓN DEL GRADO DE DISCAPACIDAD^(3,6)

El RD 1971/1999, en su artículo 4, especifica que *“La calificación del grado de discapacidad, responde a criterios técnicos unificados, fijados mediante los baremos descritos en el anexo I del presente Real Decreto, y serán objeto de valoración tanto las discapacidades que presente la persona, como, en su caso, los factores sociales complementarios relativos, entre otros, a su entorno familiar y situación laboral, educativa y cultural, que dificulten su integración social”*. Asimismo, hace referencia a que el Grado de Discapacidad se expresará en porcentaje.

Se tendrán en cuenta además, las modificaciones posteriores a éste, introducidas por el RD 1169/2003 de 12 de septiembre, que modifica el anexo I, Capítulo 6, apartado 10 “Normas para la valoración de la Discapacidad en casos de infección por VIH”, y como se ha comentado anteriormente, el RD 1856/2009 de 4 de diciembre, de adecuación terminológica (minusvalía por discapacidad), el RD 1364/2012 de 27 de diciembre, donde se deroga el anexo III (Baremo para determinar la necesidad de asistencia de otra persona) y se sustituye por el Baremo establecido a lo dispuesto en el artículo 27.2 de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de promoción de la Autonomía personal y atención a las personas en situación de Dependencia.

Para la determinación del grado de discapacidad, cuando el porcentaje obtenido en la valoración de cada una de las limitaciones en la actividad de la persona, derivadas de limitaciones físicas, mentales, intelectuales o sensoriales alcance un mínimo de 25%, se incrementará con la suma de la puntuación obtenida por la aplicación del Baremo de factores sociales complementarios, que reflejan la limitación en la participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones a los demás. De esta suma resulta el porcentaje final del Grado de Discapacidad.

PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DEL RECONOCIMIENTO DEL GRADO DE DISCAPACIDAD

Esta solicitud se podrá instar en cualquier momento por la persona interesada, en persona, por correo o por medios telemáticos ante cualquier

Dirección Territorial del IMSERSO (Ceuta y Melilla), en la sede central del IMSERSO, o bien en los registros establecidos a este efecto, por los órganos gestores de las CCAA a los que hayan sido transferidas su gestión.

La valoración de la situación de Discapacidad y la calificación de su Grado, se efectuará previo examen del interesado. El órgano técnico competente emitirá Dictamen Propuesta, que deberá contener necesariamente el diagnóstico, tipo y grado de discapacidad, y en su caso, la puntuación obtenida de los baremos de valoración de dependencia (RD 1364/2012), así como el resultado de la aplicación del baremo para determinar la existencia de dificultades de movilidad o de deficiencia visual (RD 1056/2014 de 12 de diciembre), para usar transportes públicos colectivos.

Contra las resoluciones definitivas que se dicten sobre reconocimiento de Grado de discapacidad, los interesados podrán interponer reclamación previa a la vía jurisdiccional social, de conformidad con el artículo 71 de la Ley 36/2011 de 10 de octubre, que regula la jurisdicción social.

BENEFICIOS DEL RECONOCIMIENTO DEL GRADO DE DISCAPACIDAD

Los beneficios del reconocimiento del grado de discapacidad, pueden ser de diversa índole:

Empleo:

- adaptación del puesto de trabajo
- adaptación de pruebas selectivas de acceso al empleo público
- jubilación anticipada
- medidas de fomento de empleo para personas con discapacidad
- ampliación del periodo de maternidad en su puesto de discapacidad del hijo

Fiscales:

- deducciones en el IRPF
- impuesto sobre sociedades
- impuesto valor añadido
- impuesto sobre donaciones y sucesiones
- impuesto sobre vehículos

Económicos:

- subvenciones y/o ayudas individuales (tratamientos rehabilitadores, productos de apoyo, adaptaciones del hogar, etc)

- pensión no contributiva por invalidez
- prestaciones económicas y sociales para personas con discapacidad (asistencia sanitaria y prestación farmacéutica y subsidio de movilidad y gastos de transporte)
- prestaciones familiares: asignación económica por hijo o menor con discapacidad acogido a cargo, o mayores, con discapacidad igual o superior a 65%.

Asistenciales:

- tratamientos rehabilitadores y de apoyo
- recursos y apoyos educativos
- ingreso en centros

Otros:

- tarjeta de estacionamiento para personas con movilidad reducida por deficiencias físicas y/o sensoriales (deficiencia visual).
- Acceso a vivienda de protección pública

CONCEPTOS EN DISCAPACIDAD^(4,5)

En la década de los 80, aparece la primera versión en español de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), o manual de las “consecuencias de la enfermedad”, publicado por el Instituto de Servicios Sociales. En su marco conceptual, define los términos:

Deficiencia: como a las anomalías de la estructura corporal y de la apariencia y a la función de un órgano o sistema, cualquiera que sea su causa. Representa los trastornos a nivel de órgano.

Discapacidad: refleja las consecuencias de la deficiencia, desde el punto de vista del rendimiento funcional y de la actividad del individuo. Representa los trastornos a nivel de persona.

Minusvalía: hace referencia a la desventaja que experimenta el individuo como consecuencia de la deficiencia y la discapacidad. Representa una interacción y adaptación al entorno.

El modelo teórico de la CIDDM se establecía de la siguiente forma:

Esquema 1.



Es la CIDDM, por tanto, quien introduce el concepto MINUSVALIA, como una connotación social.

En 1993, la OMS inicia el proceso de revisión de la CIDDM, procediendo a la aprobación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), con unos principios esenciales:

- aplicar el modelo bio-psico-social de la Discapacidad
- introducir el concepto de individualidad para la Discapacidades
- enfatizar los elementos positivos, no estigmatizantes

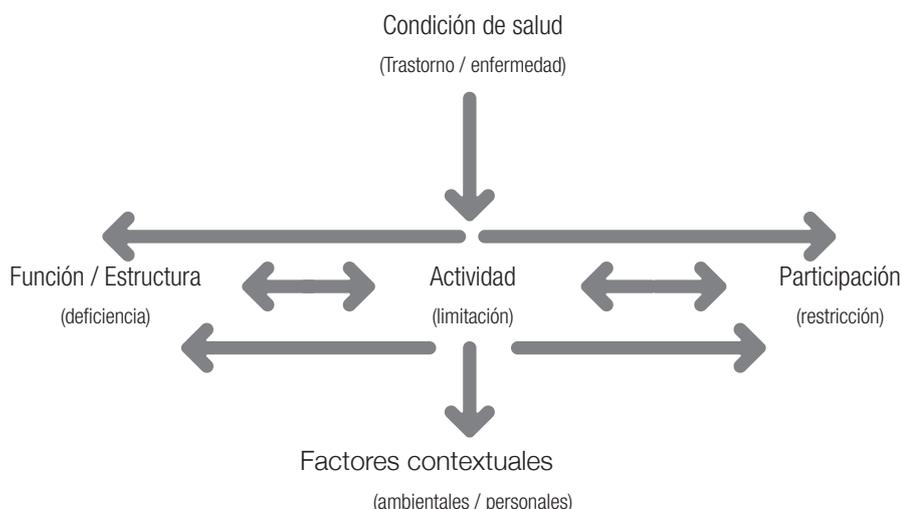
- establecer un lenguaje común de aplicación universal

La incorporación del término SALUD en su título, se justifica por la necesidad de enfatizar el hecho de que la CIF se entiende dentro del marco conceptual de “evaluación de la salud” y de los “estados de la salud”.

Por tanto, la CIF ha pasado de ser una clasificación de las “consecuencias de la enfermedad” (CIDDM), a ser una clasificación de los “componentes de la salud”.

El modelo que propone la CIF, es el siguiente:

Esquema 2.



De su marco conceptual, destacamos los siguientes:

Funciones corporales: son las funciones fisiológicas o psicológicas, de los sistemas corporales.

Estructuras corporales: son las partes anatómicas del cuerpo (órganos, extremidades y sus componentes)

Deficiencia: son problemas en las funciones o estructuras corporales, como es el caso de una desviación significativa o una pérdida.

Actividad: es la capacidad potencial de la persona en la ejecución de una tarea, en un entorno uniforme.

Limitación en la actividad: dificultades que un individuo puede presentar en la realización de actividades.

Participación: es la implicación en una situación vital. Representa la perspectiva social del funcionamiento y describe lo que el individuo hace en su ambiente/entorno real.

Restricción en la participación: son los problemas que un individuo puede experimentar ante situaciones vitales.

Factores contextuales: pueden ser

Ambientales:

- productos y tecnología
- apoyo y relaciones
- actitudes
- servicios, sistemas, políticas
- entorno natural, cambios en el entorno

Personales: son muy variados, y no están definidos.

El término **“condición de salud”** representa un término “baúl” para enfermedades, agudas o crónicas, trastornos, traumatismos, etc. La condición de salud está codificada con el código CIE-10.

El término **“Discapacidad”**, queda como término “baúl” para déficit, limitaciones en la actividad y restricción en la participación. Viene a destacar los aspectos negativos de la interacción entre el individuo, con una condición de salud, y su entorno (donde influyen los factores contextuales ambientales).

EQUIPOS MULTIPROFESIONALES DE VALORACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD⁽⁷⁾

El RD legislativo 1/2013, de 29 de Noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, en su artículo 12 establece que:

“Artículo 12. Equipos multiprofesionales de atención a la discapacidad.

1. *Los equipos multiprofesionales de atención a la discapacidad de cada ámbito sectorial deberán contar con la formación especializada correspondiente y serán competentes, en su ámbito territorial, para prestar una atención interdisciplinaria a cada persona con discapacidad que lo necesite, para garantizar su inclusión y participación plena en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás.*
2. *Los equipos multiprofesionales de calificación y reconocimiento del grado de discapacidad son*

los órganos encargados de valorar y calificar las situaciones de discapacidad, para su reconocimiento oficial por el órgano administrativo competente.

3. Son funciones de los equipos multiprofesionales de calificación y reconocimiento del grado de discapacidad:

a) Emitir un dictamen técnico normalizado sobre las deficiencias, las limitaciones para realizar actividades y las barreras en la participación social, recogiendo las capacidades y habilidades para las que la persona necesita apoyos.

b) La orientación para la habilitación y rehabilitación, con pleno respeto a la autonomía de la persona con discapacidad, proponiendo las necesidades, aptitudes y posibilidades de recuperación, así como el seguimiento y revisión.

c) La valoración y calificación de la situación de discapacidad, determinando el tipo y grado de discapacidad en relación con los beneficios, derechos económicos y servicios previstos en la legislación, sin perjuicio del reconocimiento del derecho que corresponda efectuar al órgano administrativo competente.

d) La valoración y calificación de la situación de discapacidad será revisable en la forma que reglamentariamente se determine. La valoración y calificación definitivas solo se realizará cuando la persona haya alcanzado su máxima rehabilitación o cuando la deficiencia sea presumiblemente definitiva, lo que no impedirá valoraciones previas para obtener determinados beneficios.

4. Las calificaciones y valoraciones de los equipos multiprofesionales de calificación y reconocimiento del grado de discapacidad responderán a criterios técnicos unificados, basados en la evidencia disponible, y tendrán validez ante cualquier organismo público y en todo el territorio del Estado.”

Los equipos multiprofesionales a que se hace referencia, estarán compuestos, por al menos médico, psicólogo y trabajador social. A este equipo multiprofesional, clásicamente denominado “equipo de valoración y orientación” (EVO), le corresponde el reconocimiento y valoración de la discapacidad, siguiendo los criterios técnicos normativos reflejados en el RD 1971/1999 de 23 de diciembre, en su anexo I.

ANEXO I DEL R.D. 1971/1999 DE 23 DE DICIEMBRE ⁽²⁾

El RD 1071/1999 de 23 de diciembre, establece en su Capítulo 1, así como en cada uno de los capítulos específicos, las normas para su aplicación. Estas son de fundamental importancia, al establecer una serie de criterios objetivos que justifican la asignación del porcentaje en relación con la deficiencia (permanente) y el grado de limitación en la actividad.

Estas normas, tanto las generales que permiten iniciar el proceso de valoración, como las de cada capítulo, están especificadas en el RD 1971/1999, y consideramos que son la base del criterio técnico que fundamenta la valoración, en el contexto del concepto DISCAPACIDAD.

NORMAS GENERALES

En este capítulo se van a fijar las normas de carácter general para proceder a la determinación de la discapacidad originada por deficiencias permanentes:

El proceso patológico que ha dado origen a la deficiencia, bien sea congénito o adquirido, ha de haber sido **previamente diagnosticado** por los organismos competentes, han de **haberse aplicado las medidas terapéuticas indicadas** y debe estar **documentado**.

El diagnóstico de la enfermedad **no es un criterio de valoración en sí mismo**. Las pautas de valoración de la discapacidad que se establecen en los capítulos siguientes están basados en la **severidad de las consecuencias de la enfermedad**, cualquiera que ésta sea.

Debe entenderse como **deficiencias permanentes** aquellas alteraciones orgánicas o funcionales no recuperables, es decir, sin posibilidad razonable de restitución o mejoría de la estructura o de la función del órgano afectado.

En las normas de aplicación concretas de cada capítulo se fija el tiempo mínimo que ha de transcurrir entre el diagnóstico e inicio del tratamiento y el acto de la valoración. Este período de espera es imprescindible para que la deficiencia pueda considerarse instaurada y su duración depende del proceso patológico de que se trate.

Las deficiencias permanentes de los distintos órganos, aparatos o sistemas se evalúan, siempre que es posible, mediante **parámetros objetivos** y quedan reflejadas en los capítulos correspondientes. Sin embargo, las pautas de valoración no se fundamentan en el alcance de la deficiencia sino en

su efecto sobre la capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, es decir, en el grado de discapacidad que ha originado la deficiencia.

La deficiencia ocasionada por enfermedades que cursan en brotes debe ser evaluada en los **períodos intercríticos**. Sin embargo, la **frecuencia y duración** de los brotes son factores a tener en cuenta por las interferencias que producen en la realización de las actividades de la vida diaria.

Para la valoración de las consecuencias de este tipo de enfermedades se incluyen criterios de frecuencia y duración de las fases agudas en los capítulos correspondientes.

La evaluación debe responder a criterios homogéneos. Con este objeto se definen las actividades de la vida diaria y los grados de limitación en la actividad a que han de referirse los Equipos de Valoración.

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Se entiende por actividades de la vida diaria aquellas que son comunes a todos los ciudadanos. Entre las múltiples descripciones de AVD existentes, se ha tomado la propuesta por la Asociación Médica Americana en 1994:

1. Actividades de autocuidado (vestirse, comer, evitar riesgos, aseo e higiene personal...)
2. Otras actividades de la vida diaria:
 - 2.1 Comunicación
 - 2.2 Actividad física:
 - 2.2.1 Intrínseca (levantarse, vestirse, reclinarse...)
 - 2.2.2 Funcional (llevar, elevar, empujar...)
 - 2.3 Función sensorial (oír, ver...)
 - 2.4 Funciones manuales (agarrar, sujetar, apretar...)
 - 2.5 Transporte (se refiere a la capacidad para utilizar los medios de transporte)
 - 2.6 Función sexual
 - 2.7 Sueño
 - 2.8 Actividades sociales y de ocio.

GRADOS DE LIMITACIÓN EN LA ACTIVIDAD:

Grado 1: limitación en la actividad nula.

Los síntomas, signos o secuelas, de existir, son mínimos y no justifican una disminución de la

capacidad de la persona para realizar las actividades de la vida diaria (A.V.D).

Grado 2: limitación en la actividad leve.

Los síntomas, signos o secuelas existen y justifican alguna dificultad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, pero son compatibles con la práctica totalidad de las mismas.

Grado 3: limitación en la actividad moderada.

Los síntomas, signos o secuelas causan una disminución importante o imposibilidad de la capacidad de la persona para realizar algunas de las actividades de la vida diaria, siendo independiente en las actividades de autocuidado.

Grado 4: limitación en la actividad grave.

Los síntomas, signos o secuelas causan una disminución importante o imposibilidad de la capacidad de la persona para realizar la mayoría de las A.V.D., pudiendo estar afectada alguna de las actividades de autocuidado.

Grado 5: limitación en la actividad muy grave.

Los síntomas, signos o secuelas imposibilitan la realización de las A.V.D.

DETERMINACIÓN DEL PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD

Tanto los grados de limitación en la actividad, como las actividades de la vida diaria descritos constituyen patrones de referencia para la asignación del porcentaje de discapacidad.

Este porcentaje se determinará de acuerdo con los criterios y clases que se especifican en cada uno de los capítulos.

Con carácter general se establecen cinco categorías o clases, ordenadas de menor a mayor porcentaje, según la importancia de la deficiencia y el grado de discapacidad que origina. Estas cinco clases se definen de la forma siguiente:

CLASE I

Se encuadran en esta clase todas las deficiencias permanentes que han sido diagnosticadas, tratadas adecuadamente, demostradas mediante parámetros objetivos (datos analíticos, radiográficos, etc., que se especifican dentro de cada aparato o sistema), pero que no producen discapacidad. La calificación de esta clase es **0%**.

CLASE II

Incluye las deficiencias permanentes que, cumpliendo los parámetros objetivos que se especifican en cada aparato o sistema, originan una

discapacidad leve. A esta clase corresponde un porcentaje comprendido entre el **1%** y el **24%**.

CLASE III

Incluye las deficiencias permanentes que, cumpliendo los parámetros objetivos que se especifican en cada uno de los sistemas o aparatos, originan una discapacidad moderada. A esta clase corresponde un porcentaje comprendido entre el **25%** y **49%**.

CLASE IV

Incluye las deficiencias permanentes que, cumpliendo los parámetros objetivos que se especifican en cada uno de los aparatos o sistemas, producen una discapacidad grave.

El porcentaje que corresponde a esta clase está comprendido entre el **50%** y **70%**.

CLASE V

Incluye las deficiencias permanentes severas que, cumpliendo los parámetros objetivos que se especifican en cada aparato o sistema, originan una discapacidad muy grave. A esta categoría se le asigna un porcentaje del **75%**.

El capítulo en el que se definen los criterios para la evaluación de la discapacidad debida a Retraso Mental constituye una excepción a esta regla general, debido a que las deficiencias intelectuales, por leves que sean, ocasionan siempre un cierto grado de interferencia con la realización de las AVD.

NORMAS ESPECÍFICAS

Por su interés para la especialidad, se reproducen las normas específicas de los sistemas musculoesquelético y nervioso. Entendemos que una consulta más en profundidad debería realizarse en el propio RD., por su carácter normativo.

Sistema musculoesquelético

Este capítulo se va a dividir en secciones relativas a la extremidad superior, la extremidad inferior y la columna vertebral. En ellas se describen y se recomiendan métodos y técnicas para determinar las deficiencias debidas a amputación, restricción del movimiento, anquilosis, déficit sensoriales o motores, neuropatías periféricas y vasculopatías periféricas. Se incluyen, también, tablas con estimaciones de deficiencias relacionadas con trastornos de las extremidades superior e inferior y de la

columna.

Los criterios de valoración sólo se van a referir a deficiencias permanentes, que se definen como *«aquellas que están detenidas o estabilizadas durante un período de tiempo suficiente para permitir la reparación óptima de los tejidos, y que no es probable que varíen en los próximos meses a pesar del tratamiento médico o quirúrgico»*.

Las normas concretas para la evaluación, recomendadas aquí, deben realizarse de forma exacta y precisa de manera que puedan ser repetidas por otras personas y obtenerse resultados comparables. Asimismo, es necesario un registro adecuado de los datos y hallazgos clínicos y, por supuesto, la valoración siempre debe basarse en hallazgos y signos actuales.

Las tablas de este capítulo se basan en la amplitud de movimiento activo, pero es preciso que sus resultados sean compatibles y concordantes con la presencia o ausencia de signos patológicos u otros datos médicos. Asimismo, puede aportarnos información valiosa la comparación de la amplitud de movimiento activo del paciente con la amplitud de movimiento pasivo.

En general, los porcentajes de deficiencia mostrados en las tablas *tienen en cuenta el dolor* que puede acompañar a las deficiencias del sistema musculoesquelético.

Extremidad superior

En esta sección se aborda la evaluación de las deficiencias del pulgar, los otros dedos de la mano, la muñeca, el codo y el hombro. En cada apartado se incluyen los valores correspondientes a las deficiencias debidas a amputación, pérdida de sensibilidad y limitación de movimiento. Además, se tratan las deficiencias de la extremidad superior debidas a lesiones de los nervios periféricos, el plexo braquial y los nervios raquídeos, problemas vasculares y otros trastornos.

Cuando existen varias deficiencias en una misma región de un miembro, por ejemplo limitación de movimiento, pérdida sensorial y amputación de un dedo, deben combinarse los diferentes porcentajes de deficiencia y posteriormente realizar la conversión a la siguiente unidad mayor; en este caso, la mano.

Extremidad inferior

En esta sección se aborda la evaluación de las deficiencias del pie, el repropí, el tobillo, la pierna, la rodilla y la cadera. En cada apartado se incluyen los valores correspondientes a las deficiencias de-

bidas a amputación, lesión de nervios periféricos, problemas vasculares y otros trastornos.

Para la evaluación de la deficiencia de la extremidad inferior se utilizan métodos diagnósticos y funcionales. Algunas deficiencias pueden evaluarse correctamente mediante la determinación de la amplitud de movimiento, mientras que otras se evalúan mejor utilizando estudios diagnósticos. Sea cual sea el método de evaluación utilizado, sólo debe emplearse uno de ellos para la valoración de una deficiencia concreta.

Si el paciente presenta varias deficiencias en la misma región, como por ejemplo la pierna, o deficiencias en diferentes regiones, como el tobillo y un dedo del pie, deben calcularse por separado los porcentajes de deficiencia de la extremidad inferior correspondientes a cada región.

Columna vertebral

En esta sección se aborda la evaluación de las deficiencias que afectan a la columna cervical, dorsal, lumbar o sacra, que serán expresadas siempre en porcentaje de discapacidad.

Existen dos métodos de evaluación:

Modelo de la lesión, también denominado «modelo de las Estimaciones Basadas en el Diagnóstico» (EBD), que se aplica fundamentalmente en el caso de lesiones traumáticas y que incluye la deficiencia del paciente en uno de los 8 grados EBD específicos para cada región. Es el modelo de primera elección.

Modelo de la amplitud de movimiento, que se utilizará sólo cuando no pueda realizarse la evaluación de la deficiencia mediante el modelo de la lesión y que combina un porcentaje de deficiencia por trastornos específicos de la columna con otro basado en la limitación de movimiento o anquilosis y con un tercero basado en la deficiencia neurológica. Se usará cuando no sea posible usar el anterior.

En cualquier caso deberá utilizarse uno de estos dos métodos, sin pasar en ningún momento de uno a otro.

Sistema nervioso

El capítulo se centra en los déficit o deficiencias que pueden identificarse durante la evaluación neurológica y demostrarse por las técnicas clínicas estándar. Los criterios de discapacidad se definen en virtud de las restricciones o limitaciones que las deficiencias imponen a la capacidad del paciente para llevar a cabo actividades de la vida diaria y no en función de diagnósticos específicos.

La deficiencia neurológica está íntimamente relacionada con los procesos mentales y emocionales. La evaluación de la discapacidad originada por anomalías de estas funciones deberá realizarse de acuerdo con los criterios expuestos en el capítulo relativo a los trastornos mentales.

Normas de carácter general para la valoración de la discapacidad originada por enfermedades neurológicas

Deberá evaluarse la discapacidad cuando el cuadro clínico pueda considerarse estable.

Sólo podrán ser objeto de valoración las alteraciones crónicas que no respondan al tratamiento de la afección neurológica ni al de la enfermedad causante de la misma. No serán valorables aquellas situaciones en las que no se hayan ensayado todas las medidas terapéuticas oportunas.

Si el paciente presenta deficiencias que afectan a varias partes del sistema nervioso, como el cerebro, la médula espinal y los nervios periféricos, deben realizarse evaluaciones independientes de cada una de ellas y combinar los porcentajes de discapacidad resultantes, mediante la Tabla de valores combinados.

Algunas enfermedades van a evolucionar de modo episódico, en crisis transitorias. En estas situaciones, será necesario tener en cuenta el número de episodios y la duración de los mismos, para la asignación del grado de discapacidad.

EPIDEMIOLOGÍA⁽⁸⁾

Los datos utilizados en el estudio se han extraído del histórico de las personas que han solicitado el reconocimiento de la situación de discapacidad así como el resultado de las valoraciones realizadas por los equipos de valoración de discapacidad de las Comunidades Autónomas incluyendo Ceuta y Melilla. La valoración se ha realizado en base al baremo aprobado por el RD 1971/1999.

A fecha 30/12/2015 (según informe de 31/12/2014) la base de datos consta de un histórico de 3.763.788 registros de valoración vigentes de discapacidad efectuados por los EVO. Los resultados de las valoraciones se describen tomando en consideración las variables de sexo, edad y tipos y grado de discapacidad. En relación a la población total(4.6771.341), el total de valoraciones vigentes supone un 8,05%.

Del total de las valoraciones vigentes(3.763.788), 1.889.864 corresponden a hombres y 1.873.924 a mujeres. Señalar el hecho de que aunque a una persona se le haya realizado la valoración, esto no implica necesariamente que tenga la consideración

de persona discapacitada(entendiendo como tal aquella con porcentaje de discapacidad igual o mayor a 33%).

Si se tienen en cuenta las personas valoradas y con la consideración de discapacidad su número

ascendería a 2.813.592 personas, de las cuales 1.403.282 correspondería a hombres y 1.410.310 a mujeres. Teniendo en cuenta la población total supondría un 6,02%.

Se podrían realizar diferentes distribuciones de

los datos correspondientes a las personas con grado de discapacidad reconocido igual o superior a 33%. Así tendríamos:

1.-DISTRIBUCIÓN POR SEXOS SEGÚN TIPOS DE PRIMERA DEFICIENCIA* QUE CONCURRE (*En la discapacidad de una misma persona puede concurrir más de una deficiencia)			
PRIMERA DEFICIENCIA	HOMBRES (%)	MUJERES (%)	TOTAL (%)
Osteoarticular	352666 (25,13%)	444607 (31,53%)	797273 (28,34%)
Neuromuscular	157664 (11,23%)	134994 (9,57%)	292638 (10,40%)
Enfermedad Crónica	276199 (19,68%)	238833 (16,93%)	515032 (18,31%)
Intelectual	147353 (10,50%)	109073 (7,73%)	256426 (9,11%)
Mental	225999 (16,11%)	228501 (16,20%)	454500 (16,15%)
Visual	93247 (6,64%)	108487 (7,69%)	201734 (7,17%)
Auditiva	81223 (5,79%)	82394 (5,84%)	163627 (5,82%)
Expresiva	10830 (0,77%)	3626 (0,26%)	14456 (0,51%)
Mixta	30751 (2,19%)	41337 (2,93%)	72088 (2,56%)
Otras	27360 (1,95%)	18458 (1,31%)	45818 (1,63%)

2.-DISTRIBUCIÓN POR GRUPO DE EDAD Y TIPO DE PRIMERA DEFICIENCIA QUE CONURRE

Grupo de edad	0-17	18-34	35-64	Subtotal <65	65-80	>80	Subtotal ≥65
Osteoarticular	6.725 (5,18%)	25.785 (11,89%)	332818 (26,17%)	365.328 (22,58%)	278.938 (36,12%)	153.007 (36,16%)	431.945 (36,14%)
Neuro-muscular	14.771 (11,38%)	26.456 (12,20%)	143.533 (11,29%)	184.760 (11,42%)	69.483 (9,00%)	38.395 (9,07%)	107.878 (9,02%)
Enf. Crónica	10.097 (7,78%)	18.196 (8,39%)	214.423 (16,86%)	242.716 (15,00%)	180.707 (23,40%)	91.609 (21,65%)	272.316 (22,78%)
Intelectual	46.388 (35,75%)	72.210 (33,31%)	117.556 (9,24%)	236.154 (14,59%)	16.533 (2,14%)	3.739 (0,88%)	20.272 (1,70%)
Mental	33.339 (25,69%)	42.658 (19,68%)	254.560 (20,02%)	330.557 (20,43%)	81.042 (10,49%)	42.901 (10,14%)	123.943 (10,37%)
Visual	4.857 (3,74%)	11.872 (5,48%)	85.032 (6,69%)	101.761 (6,29%)	59.206 (7,67%)	40.767 (9,63%)	99.973 (8,36%)
Auditiva	6.685 (5,15%)	11.246 (5,19%)	76.738 (6,01%)	94.309 (5,83%)	48.933 (6,34%)	20.385 (4,82%)	69.318 (5,80%)
Expresiva	1.144 (0,88%)	1.437 (0,66%)	5.617 (0,44%)	8.198 (0,51%)	4.489 (0,58%)	1.769 (0,42%)	6.258 (0,52%)
Mixta	3.926 (3,03%)	4.325 (1,99%)	21.660 (1,70%)	29.911 (1,85%)	17.615 (2,28%)	24.562 (5,80%)	42.117 (5,53%)
Otras	1.839 (1,42%)	2.611 (1,20%)	20.096 (1,58%)	24.546 (1,52%)	15.262 (1,98%)	6.010 (1,42%)	21.272 (1,78%)

3.-DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIPOS DE PRIMERA DEFICIENCIA

PRIMERA DEFICIENCIA	PORCENTAJE	CIFRA ABSOLUTA
Osteoarticular	28,34%	797273
Enfermedad Crónica	18,31%	515032
Enfermedad Mental	16,15%	454500
Neuromuscular	10,40%	292638
Intelectual	9,11%	256426
Visual	7,17%	201734
Auditiva	5,82%	163627
Mixta	2,56%	72088
Otras	1,63%	45818
Expresiva	0,51%	14456
TOTAL	100,00%	2813592

4.-DISTRIBUCIÓN POR SEXO Y TRAMOS DE GRADO

GRADO	Hombres		Mujeres		Total	
	Porcentual	Absoluto	Porcentual	Absoluto	Porcentual	Absoluto
33-64	60,23%	845200	53,59%	755804	56,90%	1601004
65-74	23,97%	336389	26,93%	379836	25,46%	716225
≥75	15,80%	221693	19,48%	274670	17,64%	496363
TOTAL	100,00%	1403282	100,00%	1410310	100,00%	2813592

5.-DISTRIBUCIÓN POR SEXO Y TRAMOS DE EDAD

Tramo de edad	Hombres		Mujeres		Total	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
0-17	82972	63,94%	46779	36,06%	129771	100,00%
18-34	127552	58,84%	89244	41,16%	216796	100,00%
35-64	688388	54,13%	583285	45,87%	1271673	100,00%
Subtotal <65	898912	55,55%	719328	44,45%	1618240	100,00%
65-79	347731	47,65%	382005	52,35%	729736	100,00%
≥80	156639	33,64%	308977	66,36%	465616	100,00%
Subtotal ≥65	504370	42,19%	690982	57,81%	1195352	100,00%
TOTAL	1403282	49,88%	1410310	50,12%	2813592	100,00%

PROPUESTA DE FUTURO: FUNDAMENTOS DE LOS NUEVOS BAREMOS

En febrero de 2009 se aprueba una proposición no de ley por la comisión del Congreso de los Diputados para las Políticas Integrales de la Discapacidad, donde se “insta al Gobierno a impulsar las medidas necesarias para la aprobación de nuevos baremos, que evalúen la discapacidad de acuerdo con la Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad (CIF).

Con este objetivo, la Comisión Estatal de Coordinación y seguimiento de la valoración del grado de Discapacidad, crea el Grupo de Revisión y Adecuación a la CIF del procedimiento para la valoración de Discapacidad.

En el Pleno de 1 de diciembre de 2011, se aprueba el primer borrador de propuesta técnica, y en el de 27 de junio, se ratifica por unanimidad la Propuesta Técnica de adecuación del Baremo a la CIF, el enfoque metodológico a utilizar y la propuesta de codificación e informatización.

La nueva propuesta de Baremos está fundamentada en las Tablas AMA (asociación médica americana), 6ª Edición (2008), el marco conceptual de la CIF y la codificación de la CIE-10.

Con esta propuesta se incrementa la sensibilidad-fiability, se priorizan los criterios diagnósticos (EBD), se introducen los llamados modificadores de grado objetivos, y se incorpora un capítulo específico para valorar el dolor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Procedimientos administrativos. Calificación del Grado de Discapacidad
2. R.D. 1971/1999 de 23 de Diciembre (B.O.E. de 26 de Enero de 2000)
3. Corrección de errores del R.D. 1971/1999 (B.O.E. de 13 de junio de 2000)
4. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM). Colección Rehabilitación. 1997
5. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). 2001
6. R.D 504/2007 de 20 de Abril, que aprueba el Baremo de Valoración de la situación de Dependencia (BVD) (B.O.E. de 21 de Abril de 2007).
7. R.D. Legislativo 1/2013 de 29 de Noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y su inclusión social. (B.O.E. 289 de 3 de Diciembre de 2013)
8. Base estatal de datos de personas con valoración del grado de discapacidad. Subdirección general de planificación, ordenación y evaluación. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. 2015



INCAPACIDAD LABORAL. VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL. REHABILITACIÓN EN PACIENTES LABORALES. REHABILITACIÓN EN ACCIDENTADOS DE TRÁFICO.

Patricia Márquez Rodríguez, Estela Martín Castillo

PALABRAS CLAVE:

Incapacidad Temporal, Incapacidad Permanente, Enfermedad Profesional, Daño corporal, Baremo accidente de tráfico

1. INTRODUCCIÓN

Como bien sabemos, la rehabilitación es una especialidad médica que concierne al diagnóstico, evaluación, prevención y tratamiento de la incapacidad, encaminada a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible en personas con el riesgo de desarrollar una discapacidad.

El médico rehabilitador es el profesional indicado para realizar una valoración funcional del paciente e intentar conseguir la máxima recuperación funcional posible y en aquellos casos donde se alcanza un límite de recuperación, adaptar su nueva situación a las actividades de la vida diaria, reinsertándolo en la sociedad.

En la actualidad la presencia del médico rehabilitador en el día a día de las valoraciones de las incapacidades, el daño corporal, las patologías derivadas del trabajo y los accidentes de tráfico, hacen este capítulo de vital importancia.

La rehabilitación en pacientes laborales y accidentados de tráfico es un campo que exige además del conocimiento de la rehabilitación, el de las leyes correspondientes. Los médicos que trabajan en ese entorno tienen la tarea complicada de atender a estos pacientes, que además de su patología, pueden albergar un beneficio económico.

2. INCAPACIDAD LABORAL^(1,2)

La Incapacidad laboral se define como el estado transitorio o permanente de una persona que, por accidente o enfermedad, queda mermada en su capacidad laboral. Es decir, se podría entender dicha incapacidad como un desequilibrio entre las capacidades funcionales y los requerimientos de un

puesto de trabajo, siendo éste transitorio (incapacidad laboral temporal) o permanente (incapacidad laboral permanente).

Estableceremos los siguientes términos:

- **Incapacidad Temporal:** situación del trabajador que se encuentra temporalmente impedido para el trabajo y recibe asistencia sanitaria de la Seguridad Social.
- **Incapacidad Permanente:** situación del trabajador que, después de haber sido sometido al tratamiento prescrito, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral. (Ley General de la Seguridad Social en su artículo 134, número 1)
- **Contingencia:** se entiende como las distintas maneras de protección de una baja por IT. tenemos dos tipos:
 - Contingencias Profesionales:
 - Enfermedad Profesional
 - Accidente de Trabajo
 - Contingencias Comunes:
 - Enfermedad Común
 - Accidente no laboral
- **Enfermedad Profesional:** la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades especificadas en el “Cuadro de Enfermedades Profesionales del Real Decreto 1299/2006, del 10 de Noviembre”.
- **Accidente de Trabajo:** toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute.
- **Enfermedad Común:** alteraciones de la salud

que no tengan la consideración de Enfermedad Profesional ni de Accidente de Trabajo.

- **Accidente no laboral:** el que conforme al artículo 115 de la LGSS, no tenga la consideración de Accidente de Trabajo.

3. INCAPACIDAD TEMPORAL (IT)^(3,4)

La Ley General de la Seguridad Social (LGSS) en su artículo 128, enumera las situaciones que pueden ser determinantes de Incapacidad Temporal (IT) y, por tanto, dar derecho a una prestación económica de la seguridad Social.

- La debida a enfermedad común o profesional y a accidente, sea o no de trabajo, mientras el trabajador reciba asistencia sanitaria de la Seguridad Social y esté impedido para el trabajo, con una duración máxima de 12 meses, prorrogables por otros 6, cuando se presuma que

durante ellos pueda el trabajador ser dado de alta médica por curación.

- Los periodos de observación por enfermedad profesional, en los que se prescriba la baja en el trabajo durante los mismos, con una duración máxima de 6 meses prorrogables por otros 6 cuando se estime necesario para el estudio y diagnóstico de la enfermedad.

Tienen derecho al subsidio por incapacidad temporal las personas que se encuentren en tal situación y reúnan las condiciones siguientes:

- a) estar afiliado a la Seguridad Social
- b) estar de alta o en situación asimilada a la Seguridad Social al sobrevenir la contingencia
- c) haber cumplido un período de cotización de 180 días dentro de los 5 años inmediatamente anteriores al hecho causante, fecha de la baja, en caso de enfermedad común. En los otros supuestos, de accidente, sea o no de trabajo, o de enfermedad profesional, no se exige ningún periodo previo de cotización.

Tabla 1: Diferencias en las características del subsidio por incapacidad temporal

Contingencia	Enfermedad Común	Accidente No laboral	Enfermedad Profesional	Accidente de trabajo
Cotización previa	180 días en los últimos 5 años	No requiere	No requiere	No requiere
Inicio de derecho	Desde el 4º día	Desde el 4º día	Desde el 1º día	Desde el 1º día
	Del 4º-20º día: 60% BR	Del 4º-20º día: 60% BR	Desde el 1º día: 75% BR	Desde el 1º día: 75% BR
Prestación	Desde el 21º día: 75% BR	Desde el 21º día: 75% BR		

4. INCAPACIDAD PERMANENTE (IP)

La Ley General de la Seguridad social en su artículo 134, grado 1, define la incapacidad permanente como la situación del trabajador que: “después de haber sido sometido al tratamiento prescrito y haber sido dado de alta médica, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva previsiblemente definitivas o que disminuyan o anulen su capacidad laboral.”

La incapacidad permanente ha de derivarse de la situación de incapacidad temporal salvo que afecte a quienes carezcan de protección de la situación temporal, bien por encontrarse en situación asimilada al alta, en los supuestos de asimilación a trabajadores por cuenta ajena, bien en los casos de acceso desde la situación de no alta. En los casos

de secuelas definitivas se accede directamente a la evaluación de la incapacidad permanente.

Inicio de valoración de la Incapacidad Permanente (IP)

La valoración de la Incapacidad permanente puede ser iniciada por:

1. El interesado: en cualquier momento.
2. Por propuesta del Servicio Público de Salud (Médico del SPS o Inspector) o de la Mutua.
3. De oficio:
 - A propuesta del INSS
 - A propuesta de la Inspección de Trabajo
4. Por agotamiento de plazo transcurridos los 545 días de IT.

5. En asegurados de MUFACE, el órgano de personal que corresponda.

Tras iniciarse el proceso de Incapacidad Permanente, se pueden dar las siguientes situaciones:

1. No se otorga el grado de IP por no objetivarse éste: el EVI (Equipo de Valoración de Incapacidades) considera que no existe dicha incapacidad.
2. No se otorga grado de IP por no agotadas las posibilidades terapéuticas: el asegurado debe continuar tratamiento al considerarse que sus lesiones no son permanentes.
3. Lesiones permanentes no invalidantes: sólo se tienen en cuenta aquellas derivadas de las contingencias profesionales. Se indemnizan estas secuelas en base a un baremo.
4. Se otorgan los grados de IP.

4.1 GRADOS DE INCAPACIDAD PERMANENTE (IP)

I. Grado 1. Incapacidad Permanente Parcial para la profesión habitual: aquella

que ocasiona una disminución en el rendimiento no superior al 33% permitiendo realizar las tareas fundamentales de su profesión. Corresponde a una indemnización a tanto alzado.

II. Grado 2. Incapacidad Permanente Total para la profesión habitual: aquella que incapacita al trabajador para la realización de todas o las fundamentales tareas de dicha profesión, pero puede dedicarse a otra distinta. Se corresponde con una prestación del 55% de la base reguladora.

III. Grado 3. Incapacidad Permanente Absoluta para todo trabajo: aquella que inhabilita al trabajador para toda profesión u oficio. Le corresponde el 100% de la base reguladora.

IV. Grado 4. Gran Invalidez: se considera a aquel trabajador, que por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesita la asistencia de otra persona para realizar la Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD). Se incrementa la prestación del 50% de la pensión del incapacitado absoluto.

Tabla 2. Grados de Incapacidad Permanente

Grados	Concepto	Prestación
Lesiones permanentes no invalidantes	Lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo no incapacitantes con una disminución del rendimiento no superior el 33% que permiten realizar las tareas fundamentales de su profesión, recogidas en baremo	Indemnización una sólo vez según cuantía establecida en baremo. Permiten al trabajador continuar en la empresa
Incapacidad Permanente Parcial	Disminución del rendimiento no superior al 33% permitiendo realizar tareas fundamentales de su profesión	Indemnización a tanto alzado consistente en 24 mensualidades de la Base Reguladora (BR) aplicable
Incapacidad Permanente Total	Inhabilita al trabajador para la realización de las tareas fundamentales de su profesión, pero puede dedicarse a otra distinta	Pensión vitalicia mensual consistente en el 55% de la BR aplicable
Incapacidad Permanente Absoluta	Inhabilita por completo al trabajador para toda profesión u oficio	Pensión vitalicia mensual consistente en el 100% de la BR aplicable
Gran Invalidez	Trabajador que por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales necesita la asistencia de otra persona para realizar las ABVD	Pensión vitalicia del 100% de la BR + 50% para retribuir a un tercero que lo atiende

REVISIÓN DE LA INCAPACIDAD

La Ley general de la Seguridad Social en su artículo 143, apartado 2, establece que el derecho a las prestaciones de IP en sus distintos grados será revisable, en tanto que el incapacitado no haya cumplido la edad mínima de sesenta y cinco años establecida para acceder a la pensión de jubilación.

Las causas por las que se puede producir la revisión de la IP son:

- Agravación con respecto al estado previo
- Mejoría con respecto al estado previo
- Error de diagnóstico
- Realización de trabajos por cuenta ajena o propia.

El plazo para solicitar la revisión de la IP no está fijado genéricamente, sino que se determina en cada resolución inicial o de revisión, por la que se reconozca el derecho a las prestaciones de IP, en cualquiera de sus grados.

En toda resolución que dicte la Entidad Gestora en materia de IP, hará constar necesariamente el plazo a partir del cual se podrá instar la revisión por agravación o mejoría del estado invalidante.

Una excepción a la regla general, son aquellas revisiones fundadas en un error diagnóstico que podrá llevarse a cabo en cualquier momento, mientras que el interesado no haya cumplido la edad de sesenta y cinco años.

Según el real Decreto 1300/1995, artículo 4, apartado dos, establece para instar la revisión del grado de incapacidad reconocido, las pensiones y entidades siguientes:

- La Entidad Gestora.
- La Inspección de Trabajo y Seguridad Social.
- El Servicio de Salud competente para gestionar la asistencia sanitaria.
- El trabajador o su representante legal.
- Las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.
- Los empresarios responsables de las prestaciones y, en su caso, aquellos de forma subsidiaria o solidaria sean también responsables de ellas mismas.

5. CONCEPTO DE ACCIDENTE DE TRABAJO⁽⁴⁾

Se considera Accidente de Trabajo toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena. También se incluyen los accidentes ocurridos en el trayecto de ida y regreso del domicilio al lugar de trabajo, teniendo que ser en el recorrido habitual y que coincida en hora y trayecto razonable.

- **Inclusiones:**
 - Desempeño de cargos electivos de carácter sindical.
 - Actos de salvamento con conexión con el trabajo.
 - In Itinere.
 - Tareas diferentes ordenadas por el empresario o que generen interés a la empresa a la que pertenece.
 - Enfermedades no incluidas como enfermedades profesionales, que se generen por la

realización del trabajo, siempre que se pruebe que tuvo como causa exclusiva la realización de ese trabajo.

- Enfermedades preexistentes que se agraven a consecuencia de la lesión que constituye el accidente.
- Enfermedades intercurrentes (aquellas adquiridas a consecuencia del tratamiento del propio accidente de trabajo).
- **Exclusiones:**
 - Dolor o imprudencia temeraria del trabajar que ha sufrido el accidente.
 - Fuerza mayor extraña al trabajo.
- **Presunción:** se asumirá, salvo que se pruebe lo contrario, que son constitutivas de Accidente de Trabajo las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y el lugar de trabajo.
- **Salvaguardia:** no interfiere en la clasificación de un accidente de trabajo:
 - Imprudencia profesional.
 - Concurrencia de culpabilidad civil o criminal, salvo que no guarde relación con el trabajo.

El accidente de trabajo incluye como trabajadores a los siguientes:

- Trabajadores por cuenta ajena.
- Funcionarios públicos de la administración del Estado y municipal.
- Trabajadores civiles de ASMAR, FAMA, ENAER (regidos por el Código del Trabajo y afiliados a un régimen previsional del Decreto Ley 3500).
- Estudiantes que deben ejecutar trabajos que signifiquen fuentes de ingreso para el plantel donde estudian.
- Trabajadores por cuenta ajena.
- Alumnos en práctica.

6. CONCEPTO DE ENFERMEDAD PROFESIONAL

La Enfermedad Profesional es la contraída a consecuencia del trabajo realizado por cuenta ajena en las actividades que se especifica en el cuadro que se aprueba por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta ley, y que este provocada por la acción de elementos y sustancias que se indican en el cuadro actualizado para cada enfermedad profesional.

El cuadro actual se encuentra en el Real Decreto 1299/2006, del 10 de noviembre; BOE 19 de diciembre de 2006. Las clasifica en 6 grupos:

Grupo 1: enfermedades profesionales causadas por agentes químicos.

Grupo 2: enfermedades profesionales causadas por agentes físicos.

Grupo 3: enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos.

Grupo 4: enfermedades profesionales causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidos en otros apartados.

Grupo 5: enfermedades profesionales de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados.

Grupo 6: enfermedades profesionales causadas por agentes carcinogénicos.

Los factores determinantes de las enfermedades profesionales son los siguientes:

Variabilidad Biológica: no todos los trabajadores expuestos a un mismo riesgo o a una condición patógena similar enferman y los que lo hacen, no es al mismo tiempo ni con la misma intensidad.

Multicausalidad: cualquier enfermedad posee diferentes causas o factores laborales y extralaborales que actúan simultáneamente y que contribuyen a su desenlace.

Inespecificidad Clínica: la mayor parte de enfermedades profesionales no tienen una clínica específica que permita relacionar la sintomatología con un trabajo en concreto.

Condiciones de Exposición: el mismo agente patógeno puede tener efectos nocivos diferentes según las condiciones de exposición y la vía de entrada al organismo.

Una de las novedades que incluye esta última actualización es que la enfermedad profesional debe ser notificada por el médico asistencial del servicio público o de la sociedad de prevención a la entidad gestora o a la mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social, quien además asume la protección de las contingencias profesionales, una vez diagnosticada la existencia de dicha enfermedad. Todo ello contribuye a la agilización y simplificación de los trámites, desvinculando al empresario (que era previamente el encargado de ello) de tareas ajenas a su actividad.

También aporta un sistema de notificación novedoso, llamado “parte electrónico”, cuya comunicación se efectúa a través de internet en el ámbito del Sistema de la Seguridad Social, por medio de la aplicación informática CEPROSS (comunicación

de enfermedades profesionales de la Seguridad Social). Esta aplicación utiliza los datos recogidos en los ficheros de la Seguridad Social incorporándolos directamente al parte, lo que aporta agilidad a la gestión y aumenta la fiabilidad de la información.

Todas las empresas que deban cubrir puestos de trabajo donde exista riesgo de enfermedad profesional están obligadas a practicar, a su cargo, reconocimientos médicos previos a la admisión de los candidatos a ocupar esos puestos, así como a realizar reconocimientos periódicos para cada tipo de enfermedad según establezcan las normas.

En estos reconocimientos también se deben adoptar medidas protectoras especiales en relación con la enfermedad profesional que incluyan traslados de puesto de trabajo. Dicho traslado deberá hacerse dentro de la misma empresa, sin que el cambio afecte a las retribuciones percibidas por el trabajador. Si no existiera posibilidad de traslado, el trabajador será dado de baja en la empresa, previa conformidad de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, e inscrito de manera preferente para ser empleado por la Oficina de empleo.

DIFERENCIAS ENTRE ACCIDENTE DE TRABAJO Y ENFERMEDAD PROFESIONAL

Diferencias de Causalidad: el diagnóstico de Enfermedad profesional se basa en una presunción legal surgida de un listado de actividades y enfermedades, de manera que si la enfermedad está presente en el listado y la persona que la padece desarrolla una actividad con riesgo de adquirirla, existe una presunción de que es profesional. En las Enfermedades del Trabajo sería necesario probarlo.

La Enfermedad Profesional puede precisar de un período de observación, definiendo éste como el tiempo necesario para el estudio y determinación del agente causante cuando fuera necesario.

En cuanto a la incapacidad y supervivencia, en el caso de las Enfermedades profesionales no existe el límite temporal establecido para los Accidentes de Trabajo en 5 años (excepto para casos puntuales como la silicosis).

También presentan diferencias financieras en cuanto a las prestaciones económicas derivadas de Incapacidad Permanente por Enfermedad Profesional, de forma que las Mutuas pueden sustituir las prestaciones derivadas por Enfermedad profesional por el ingreso correspondiente del capital coste de la pensión derivada de la enfermedad profesional.

PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SANITARIAS DERIVADAS DE ACCIDENTE DE TRABAJO Y ENFERMEDAD LABORAL:

- Prestaciones por Incapacidad Temporal (IT).
- Prestaciones por Lesiones Permanentes no Invalidantes (LPNI).
- Prestaciones por Incapacidad Permanente (IP), parcial, total, absoluta, gran invalidez.
- Prestaciones por Muerte y Supervivencia.
- Prestaciones Recuperadora y de Readaptación Profesional.

CONTENIDO DE LA PRESTACIÓN SANITARIA EN ACCIDENTE DE TRABAJO Y ENFERMEDAD LABORAL:

- Asistencia Médica encaminada a la reparación del daño causado.
- Asistencia farmacéutica gratuita.
- Prestaciones complementarias gratuitas.
- Prestaciones ortopédicas gratuitas.
- Transporte sanitario.

MUTUAS DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social son asociaciones de empresarios autorizadas por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, bajo su dirección, sin ánimo de lucro y con la responsabilidad asociada de sus miembros.

El objetivo de su existencia es colaborar en la gestión de la Seguridad Social, sin perjuicio de la realización de otras actividades que les sean legalmente atribuidas.

Su papel de colaboración con la gestión de la Seguridad social se asocia a las siguientes actividades:

- Gestión de contingencias profesionales (Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales), asumiendo tanto prestaciones económicas como sanitarias de forma completa.
- Gestión de la prestación económica y seguimiento de la Incapacidad Temporal derivada por Contingencias Comunes (en enfermedad común y accidentes no laborales).
- Las demás actividades de la Seguridad Social que les sean atribuidas legalmente.

7. ACCIDENTES DE TRÁFICO⁽⁵⁾

En cuanto a los accidentes de circulación ha entrado en vigor el 1 de enero de 2016 la Ley 35/2015 de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, conocido como baremo de indemnizaciones por accidentes de tráfico. Para la valoración de daños en accidentes de circulación ocurridos con anterioridad a la entrada en vigor de esta Ley, se aplicará la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2004 de 29 de octubre. Esta nueva Ley incluye elementos novedosos sobre la protección de las víctimas, daños personales, daños patrimoniales, perjuicios extrapatrimoniales o morales.

De forma general, mejora la protección de las víctimas de accidentes de circulación mediante la resolución rápida de conflictos, garantizando una indemnización suficiente. También incrementa el tratamiento resarcitorio de los perjudicados en accidentes de tráfico estableciendo un sistema de indemnización en continua actualización al estado actual.

En cuanto a la financiación de las prestaciones, esta ley indica que las aseguradoras deben indemnizar a los servicios públicos de salud los gastos derivados de importes médicos futuros con carácter vitalicio, algunos gastos dentro del ámbito de la rehabilitación o recambios de prótesis en los pacientes que los precisaran.

Dentro del ámbito específico de la rehabilitación, se hace referencia en el Art. 114 para describir los aspectos del ámbito hospitalario, en el Art. 115 de prótesis y ortesis, en el Art. 116 para describir los aspectos específicos de la rehabilitación domiciliar y ambulatoria y en el Art. 117 de ayudas técnicas o productos de apoyo para la autonomía personal.

El paciente debe percibir por parte de la aseguradora el importe de las prótesis, ortesis, ayudas técnicas o productos de apoyo para la autonomía personal que precisa el lesionado a lo largo de su vida, con el correspondiente informe de indicación médica. Para ello, en el informe de estabilización de secuelas se debe acreditar la necesidad, periodicidad y cuantía de los gastos en estos materiales. Esta valoración debe tener en cuenta aspectos como el tipo de secuela, la edad del lesionado, la periodicidad de la renovación del material ortopédico en función de su vida útil y el coste de los mismos según las necesidades y circunstancias específicas de cada uno. Este importe se podrá indemnizar de forma capital, teniendo en cuenta el factor actuarial de conversión establecido en la

tabla técnica de coeficientes de capitalización de prótesis y órtesis (TT3 del Art 48).

Igualmente, la aseguradora debe conceder al lesionado el importe de los gastos de rehabilitación futura, tanto en el ámbito domiciliario como ambulatorio, justificado mediante un informe médico que incluya las secuelas después del periodo de estabilización. Al igual que en el caso anterior, el informe médico de estabilización debe incluir datos de necesidad, periodicidad y cuantía de los gastos de rehabilitación futura estimados.

El máximo de indemnización anual se establece en cinco mil ochocientos cincuenta euros anuales, a excepción de estados vegetativos crónicos o tetraplejas igual o por encima de C4, secuelas graves de lenguaje y trastornos graves neuropsicológicos, donde el máximo establecido son nueve mil quinientos euros anuales.

De la misma forma que en el caso anterior, el importe de estos se puede indemnizar de forma capital utilizando un factor actuarial de conversión, establecido en la tabla técnica de coeficientes actuariales de conversión entre rentas y capitales (TT1, Art. 48).

En relación con los daños personales, se establece una mejora de la percepción de las indemnizaciones, que deben hacerse de forma individualizada teniendo en cuenta las nuevas estructuras familiares. Incluye tanto el Perjuicio Patrimonial Básico (gastos derivados de la muerte con una cantidad mínima de 400 euros) como gastos específicos (traslado de cadáver, entierro y funeral).

Se refuerza también la protección en el caso de las lesiones permanentes, indemnizando los daños y perjuicios emergentes en relación con gastos de asistencia futuros. Incluye la adaptación del baremo médico de secuelas al estado actual.

Para las lesiones temporales, esta ley incluye gastos de asistencia sanitaria y otra serie de gastos resarcibles, que incluye aquellos que genera la lesión en el desarrollo de la vida diaria (desplazamiento de familiares para su atención, gastos para mantener a los menores de los que se ocupaba...).

La nueva norma también especifica las medidas de resarcimiento en concepto de gastos. Contempla así el lucro cesante (pérdida de ganancia sufrida por parte de la víctima), valorando tanto los ingresos de la víctima como el trabajo no remunerado, como sería el caso de las tareas de la casa o la pérdida de capacidad de trabajo en estudiantes. También incluye los perjuicios extrapatrimoniales o morales, reestructurando el perjuicio personal básico en las indemnizaciones por causa de muerte y de su relación con los perjuicios particulares. En este sentido, la nueva Ley clasifica a los perjudicados en

los accidentes de tráfico en cinco categorías, todas ellas subsidiarias a sufrir un perjuicio resarcible:

1. Cónyuge
2. Ascendientes
3. Descendientes
4. Hermanos
5. Allegados

Así mismo, la nueva norma ha supuesto un incremento en las indemnizaciones. En cuanto a las indemnizaciones por muerte, se incrementan alrededor de un 50% de media. Las indemnizaciones por secuelas se incrementan alrededor de un 35%, mientras que las derivadas de lesiones, aumentan aproximadamente un 12,8%. El criterio de actualización anual del sistema de indemnizaciones se establece con correlación al índice de revalorización de las pensiones previsto en la Ley de Presupuestos Generales del Estado. En cuanto a la velocidad de resolución de conflictos, se le impone al asegurador la obligación de presentar una conducta diligente en la cuantificación del daño a través de la oferta motivada que debe ofrecer a los perjudicados. En los casos de divergencia con la oferta motivada, ambas partes pueden intentar resolver el conflicto mediante un procedimiento de mediación.

Por último, esta norma describe la aparición de la Comisión de Seguimiento del Sistema de Valoración. Esta comisión será la encargada de valorar su puesta en marcha, las repercusiones jurídicas, económicas y del sistema de actualización. Puede incluir en su constitución asociaciones de víctimas junto con las entidades aseguradoras.

En este sentido, el papel del Médico Rehabilitador va a ser clave, ya que es la especialidad médica a la que concierne el diagnóstico, evaluación, prevención y tratamiento de la discapacidad. Será de gran importancia su valoración funcional en aquellos pacientes que presenten algún tipo de secuela, la prescripción de ortesis, prótesis y/o ayudas técnicas para las actividades básicas.

En relación con la prescripción de ortesis, el Médico Rehabilitador deberá especificar no sólo el tipo más adecuado, sino la periodicidad con la que deberá solicitar una nueva, teniendo en cuenta factores específicos como la edad del paciente o la vida útil del dispositivo. De la misma manera, deberá determinar la periodicidad y duración de la rehabilitación que precisará el paciente a lo largo de toda su vida. De ahí, la importancia del papel del médico rehabilitador en este campo.

8. VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL^(6,7,8)

La valoración del daño corporal afecta a muchos campos de la actividad médica, de ahí su importancia. El elevado número de accidentes de distinta índole (tráfico, laborales, domésticos, iatrogénicos) o patologías naturales que deben ser evaluados ha incrementado el número de valoraciones del daño corporal.

Un término ampliamente conocido en la medicina pericial es el “Nexo de Causalidad”. Trata de la relación de causa-efecto, que existe o ha de existir, entre un determinado y específico hecho y el daño que pudiera resultar u ocasionarse consecuentemente. Para considerar la existencia de una responsabilidad, se requieren la presencia de tres elementos indispensables: el daño, el hecho productor del mismo y un nexo de causalidad que permita atribuir el daño a la conducta del agente productor.

Hay que destacar que el que “el daño” sea patológico o traumatológico, no tiene consecuencias prácticas para el clínico, pues tanto el diagnóstico o tratamiento es prácticamente la misma en ambos casos. No obstante, desde el prisma de la valoración del daño corporal, sí que existe diferencia y que será su carácter jurídico de alta relevancia en la medicina legal o pericial.

En la evaluación del nexo de causalidad tenemos dos elementos fundamentales:

- a) la naturaleza del hecho inicial (traumatismo, patología,..) y la localización del daño, lo cual admite tener en cuenta el específico hecho (traumatismo, patología,...) en el daño resultante y objetivado.
- b) el examen de posibles causas asociadas e independientes, bien sea anterior al hecho inicial, que es lo que se conoce como estado anterior, o bien sea concomitante o incluso posterior al hecho específico.

Hay que tener en cuenta el valor cronológico ya que en ocasiones los daños aparecen tras un período de tiempo, factor pronóstico.

9. CONCEPTO DE DAÑO CORPORAL

El término de daño corporal no resulta sencillo definirlo. Diversos autores como Claude Rousseau lo definen así: “el daño corporal está constituido por el conjunto de las repercusiones de un accidente sobre la salud y la integridad anatomo-fisiológica de la víctima” esto es, por las consecuencias de las heridas o de las lesiones psicológicas. Por otro lado, según una Sentencia del tribunal

Supremo, 28 febrero de 1973 se afirma que “daño es toda acción u omisión que genere una pérdida o disminución de la integridad corporal humana o de la capacidad laboral, o que cause una perturbación de la incolumidad o bienestar corporal sin menoscabo de la salud misma, o produzca cualquier perturbación de la salud en el sentido más laxo que consista en enfermedad física o psíquica”. Por tanto, la valoración del daño corporal se define como “el estudio que se realiza sobre la alteración física, funcional o mental, en un momento determinado (prefijado previamente o no) para que sirva de base a su reparación” analizándose extensa y profundamente.

ETIOLOGÍA DEL DAÑO CORPORAL:

El origen del daño corporal se divide en: natural (consecuencia del curso normal: fisiológico o patológico) y violenta (comprende todas aquellas en las que ha existido la intervención de una causa ajena, violenta o extraña).

Las etiologías violentas se subdividen en: homicidas, suicidas o accidentales. Dentro de las accidentales tenemos: laboral, tráfico, deportivo, doméstico y terapéutico.

PROCESO DE VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL:

Debido a la gran repercusión, tanto económica como social, de la valoración del daño corporal, ha hecho que ésta se desarrolle tanto, que requiere cada vez más profesionales expertos en la materia. De hecho se ha llegado a considerar convertirla en una especialidad médica.

La valoración del daño corporal consta de tres etapas bien diferenciadas.

- La primera corresponde a la asistencia médica. Dentro de este apartado se recogen todos los informes médico (correcta anamnesis y exploración física completa por aparatos) y quirúrgicos de los especialistas que han prestado la asistencia al paciente.
- La segunda etapa, definida como evaluación, debe ser realizada por un médico especialista en la materia. Es decir, debe saber interpretar los informes médicos proporcionados por los otros compañeros, las lesiones coadyuvantes, la repercusión de sus secuelas sobre la vida laboral y social y para las actividades básicas de la vida diaria; aparte, de predecir las necesidades futuras de tratamientos médicos o quirúrgicos. Todo ello, hay que cotejarlo a través de un baremo sobre el cual deben ser apreciadas las secuelas, y donde se calculan posibles indemnizaciones.

- La tercera y última etapa corresponde a la valoración que podríamos denominar jurídico-económica que puede ser efectuada por un médico especialista, jurista o especialista asegurador, para calcular cuantía de la indemnización.

En la actualidad, no existe un baremo común para todos los países miembros de la unión europea y es de vital importancia, ya que la pérdida de órganos y funciones se valora de distinta manera.

Hay que tener en cuenta que la labor del médico evaluador del daño corporal debe comenzar una vez ha concluido la labor del médico asistencial, cuando se están agotando las opciones terapéuticas, estabilizándose el proceso, e integrándose en la sociedad en las mejores condiciones funcionales posibles.

En el campo de la medicina pericial, en la valoración del daño, el objetivo es el conocimiento de la diferencia del estado físico, funcional o mental, existente entre el antes y el después de haber sufrido el accidente o la enfermedad; y todas las situaciones que lo puedan modificar en el tiempo futuro.

METODOLOGÍA DE VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL:

- Observación de la situación exterior: (situación anterior y posterior al episodio)
 - Actividades básicas de la vida diaria
 - Actividad laboral
 - Práctica deportiva
- Observación clínica:
 - Exploración física completa por aparatos
 - Pruebas complementarias (pruebas de imagen, neurofisiológicas, etc)
 - Pruebas biomecánicas, análisis del movimiento, isocinéticas e isocinerciales, todas ellas objetivas y encaminadas a detectar posibles simuladores.
- Baremo: se trata de listas ordenadas por lesiones y / o secuelas a las que se les asigna un valor que expresa la pérdida de función, la restricción biológica; un valor económico, punitivo o indemnizatorio.

de Atención Primaria (2.a edición). Escuela Nacional de Medicina del Trabajo (ENMT). Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Economía y Competitividad Ciencia. Madrid. 2015.

3. Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social. (Boletín Oficial del Estado, número 291, de 5/12/07).
4. Ley General de la Seguridad Social. Art. 115.1, Art. 116, Art. 133 y Art. 128.
5. Ley 35/2015 de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación (BOE-A-2015-10197).
6. Hernández Royo AM. Valoración del Daño Corporal en: Sánchez Blanco, compilador. Manual SERMEF de Rehabilitación y Medicina Física. Madrid: Panamericana; 2006. p. 73-78.
7. Hernández Cueto C. Valoración médica del daño corporal. Guía práctica para la exploración y evaluación de lesionados. Barcelona: Masson; 2001.
8. Borobia Fernández C. Valoración del Daño Corporal: Legislación, metodología y Prueba Pericial Médica. Madrid: Masson; 2006.

BIBLIOGRAFÍA

1. Real Decreto Legislativo 1/1994, del 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad social (Boletín Oficial del Estado, número 154, de 29 de junio).
2. Aguado Benedí MJ, Amo Checa B, Aranda Calavia E, Bitrián Lardies A, Briceño Procopio F, Caballero González C, et al. Guía de Valoración de Incapacidad Laboral para Médicos