

Cátedra Asturias Prevención

Intervención psicosocial para una prevención de riesgos laborales inclusiva

ANTONIO LEÓN GARCÍA-IZQUIERDO (ED.)



GOBIERNO DEL
PRINCIPADO DE ASTURIAS

INSTITUTO ASTURIANO DE
PREVENCIÓN
DE RIESGOS LABORALES



Universidad de Oviedo
Universidá d'Uviéu
University of Oviedo

CÁTEDRA
ASTURIAS
PREVENCIÓN



Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada (by-nc-nd): No se permite un uso comercial de la obra original ni la generación de obras derivadas.



Usted es libre de copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, bajo las condiciones siguientes:



Reconocimiento – Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el licenciadore:

García-Izquierdo, A. L. (Ed.). (2020). *Intervención psicosocial para una prevención de riesgos laborales inclusiva*. Universidad de Oviedo.

La autoría de cualquier artículo o texto utilizado del libro deberá ser reconocida complementariamente.



No comercial – No puede utilizar esta obra para fines comerciales.



Sin obras derivadas – No se puede alterar, transformar o generar una obra derivada a partir de esta obra.

© 2020 Universidad de Oviedo

© Los autores

Editor: Antonio León García-Izquierdo

Corrección de textos: Ángela Palos

Ilustración portada: Rodrigo de Miguel Martínez de Tejada, "Fisura 061220"

Diseño y maquetación: Chema López Centenero (www.chem.design)

Algunos derechos reservados. Esta obra ha sido editada bajo una licencia Reconocimiento-No comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional de Creative Commons.

Se requiere autorización expresa de los titulares de los derechos para cualquier uso no expresamente previsto en dicha licencia. La ausencia de dicha autorización puede ser constitutiva de delito y está sujeta a responsabilidad.

Consulte las condiciones de la licencia en: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode.es>

Servicio de Publicaciones de la Universidad de Oviedo

Edificio de Servicios - Campus de Humanidades

ISNI: 0000 0004 8513 7929

33011 Oviedo - Asturias

985 10 95 03 / 985 10 59 56

servipub@uniovi.es

www.publicaciones.uniovi.es

I.S.B.N.: 978-84-18482-01-4

DL AS 1878-2020

Índice de contenidos

Prólogo

María Jesús Otero Aparicio

Sobre el editor

Agradecimientos

Relación de autores

21

- 1. Un acercamiento a la intervención psicosocial para una prevención de riesgos laborales inclusiva** 27
Antonio León García-Izquierdo y Mónica Zuazua Vega
- 2. Cultivando organizaciones saludables y resilientes: Metodología HERO en la prevención de riesgos psicosociales** 53
Marisa Salanova Soria y Carmen Soler Pagán
- 3. Nuevos paradigmas y marcos de referencia para la gestión de la seguridad: la seguridad-II, las Organizaciones de Alta Fiabilidad y el *mindful organizing*** 77
Francisco Javier Gracia Lerin
- 4. El cambio de las actitudes en los empleados como factor clave en la prevención de riesgos laborales** 107
Miguel Ángel Mañas Rodríguez y Pedro Antonio Díaz Fúnez

5. Género y prevención de riesgos laborales	129
Eva Cifre Gallego, Pilar Domínguez-Castillo y Ana López Ramos	
6. Gestión de la prevención de riesgos psicosociales y discapacidad	157
Marina Romeo Delgado, Montserrat Yepes-Baldó y Jordi Serra	
7. La prevención de los riesgos laborales en trabajadores migrantes: desafíos e intervención	189
Ana M. Castaño y Antonio León García-Izquierdo	
8. Envejecimiento activo en el trabajo y preparación para la jubilación	213
Carlos María Alcover	
9. Pobreza laboral: factores de riesgo e impacto psicosocial	243
José Antonio Llosa, Sara Menéndez-Espina y Esteban Agulló-Tomás	
10. Contingencias de origen profesional: accidente de trabajo y enfermedad profesional	271
Paz Menéndez Sebastián e Iván Antonio Rodríguez Cardo	
11. La valoración de la incapacidad profesional	295
José Manuel Vicente Pardo, Araceli López-Guillén García, Antonio León García-Izquierdo, Andrés Santiago Saéz y Pilar Pinto Pastor	
Respuestas a las preguntas para la reflexión tipo test	335

La valoración de la incapacidad laboral

La valoración de la incapacidad laboral

José Manuel Vicente Pardo

Araceli López-Guillén García

Antonio L. García-Izquierdo

Andrés Santiago Saéz

Pilar Pinto Pastor

Objetivos

En este capítulo se pretende profundizar en el concepto y las distintas dimensiones de la incapacidad laboral mediante:

1. Conocer la gestión: se exponen las bases de la gestión de la incapacidad laboral tanto desde el punto de vista económico de la prestación como desde el sanitario de soporte, así como las competencias específicas de cada entidad en la gestión.
2. Ser una guía para efectuar la valoración: dar a conocer cómo afrontar la disyuntiva capacidad/incapacidad, qué debemos constatar, los elementos que la soportan, la toma de decisiones, cómo abordar el conocimiento de las capacidades del trabajador y las requisitorias del trabajo, las dimensiones de la capacidad, los ejes que la consolidan y el análisis ocupacional.
3. Reflejar qué contenidos debe incluir el informe médico. Exponemos los datos mínimos básicos y cómo llegar a la constatación de hallazgos limitantes, así y cómo proceder a la elaboración del juicio clínico laboral concluyente.

4. Resaltar la importancia de las actitudes y los factores psicosociales: la actitud y los factores psicosociales están en la génesis, desarrollo, prolongación y la determinación del daño incapacitante laboral. A menudo menospreciados, deben observarse para evitar que la incapacidad se inicie, evitar su perpetuación y actuar para procurar un buen retorno laboral, una correcta reintegración o, al menos, adaptación cuando se dan secuelas definitivas.
5. Señalar los aspectos preventivos en la incapacidad: la perspectiva preventiva, su observancia y su análisis son imprescindibles en una buena gestión y en la toma de decisiones. Si hay un aspecto preventivo primordial e ineludible, éste está en las enfermedades del trabajo, aquellas que aun no estando incluidas en el cuadro de enfermedades profesionales están causadas de forma exclusiva por el trabajo y, obligadamente, en las enfermedades profesionales, donde de forma diferenciada y singular, el diagnóstico *per se*, aunque no existan limitaciones funcionales, obliga a una actitud precautoria preventiva que aparte al trabajador del riesgo de exposición al agente causal de la enfermedad.

Abreviaturas:

- IT: Incapacidad temporal, baja.
- IP: Incapacidad permanente.
- LGSS: Ley General de Seguridad Social.
- INSS: Instituto Nacional de la Seguridad Social.
- EVIs: Equipos de valoración incapacidades.
- CCAA: Comunidades autónomas.

Índice

1. Introducción
2. Concepto de incapacidad laboral
 - 2.1. *Incapacidad temporal*
 - 2.2. *Incapacidad permanente*
 - 2.3. *Grados de incapacidad permanente*
3. Gestión de la incapacidad laboral. Gestión económica, sanitaria y entidades competentes
 - 3.1. *Gestión de prestaciones*
 - 3.2. *Competencia de las entidades en materia de control de la incapacidad temporal*
 - 3.3. *Gestión sanitaria (médica) de la incapacidad temporal*
 - 3.4. *Gestión de la incapacidad permanente*
4. Valoración de la capacidad/incapacidad laboral
 - 4.1. *Valoración de la capacidad laboral.*
 - 4.2. *Dimensiones de la actividad laboral. Análisis ocupacional. Ficha ocupacional. Dimensiones de la actividad laboral*
 - 4.3. *Ficha ocupacional*
 - 4.4. *Dimensiones de la capacidad laboral*
 - 4.5. *Valoración multiaxial médico evaluadora de la incapacidad/capacidad laboral*
 - 4.6. *Juicio clínico laboral*
 - 4.7. *Apto y capacidad laboral. No apto y no incapacidad. La controversia no resuelta*
5. El informe de valoración de la capacidad/incapacidad laboral
Datos mínimos básicos
 - 5.1. *Datos mínimos básicos del informe de valoración*
 - 5.2. *Actuar con evidencia probatoria*

- 6. Los factores psicosociales y su importancia en la precipitación de la incapacidad laboral. La actitud. El riesgo moral**
 - 6.1. *Algo más que lo biológico (enfermedad y limitaciones funcionales) en el enfermar***
 - 6.1.1. El ámbito personal biológico
 - 6.1.2. Los factores psicosociales
 - 6.2. *Los nuevos riesgos psicosociales emergentes***
- 7. La actitud y los factores psicosociales**
 - 7.1. *La actitud y su repercusión en la capacidad laboral***
 - 7.2. *El riesgo moral o la actitud intencionada distorsionante***
 - 7.3. *Diferencias riesgo laboral vs riesgo moral***
 - 7.4. *La valoración de la actitud como prevención de la incapacidad laboral***
- 8. Clasificación Internacional del Funcionamiento la Discapacidad y la Salud**
- 9. La prevención de la incapacidad laboral**
 - 9.1. *Prevención primaria***
 - 9.2. *Prevención secundaria***
 - 9.3. *Prevención terciaria***
- 10. Conclusiones**
- 11. Preguntas para la reflexión**
- 12. Referencias bibliográficas**

1. Introducción

La valoración de la incapacidad laboral requiere que se conozcan las distintas esferas que la configuran: normativa que la regula, concepto, tipos, grados, etc. La evaluación de la incapacidad laboral es una materia compleja y es imprescindible que el médico evaluador conozca los distintos elementos que deben valorarse y la metodología necesaria para concluir si un trabajador es subsidiario o no de una incapacidad laboral.

Aun siendo la incapacidad laboral una prestación económica de la Seguridad Social se debe contemplar su gestión, no solo desde la perspectiva económica sino teniendo en cuenta todas sus variables que permitan prevenir la aparición de las situaciones incapacitantes. Por ello, desde el ámbito sanitario y administrativo es necesario un enfoque integral buscando la prevención tanto primaria como secundaria y terciaria: restaurar las pérdidas de salud incapacitantes lo más pronto posible y procurar la reintegración laboral duradera. Esto implica cambiar el paradigma economicista para poner de relieve la perspectiva preventiva que secundariamente conlleva una mejor gestión de los recursos. La mayor protección de la incapacidad laboral en un sistema de «seguridad social» como el nuestro consiste en prevenir su aparición o su prolongación.

En este capítulo se abordaran los conceptos básicos sobre incapacidad laboral, temporal y permanente, así como la gestión de la misma. También se hará una aproximación a la metodología de evaluación en el contexto de la incapacidad laboral: cómo hacer el juicio clínico laboral, la realización del informe de valoración y su consideración preventiva. Por último, se valoraran posibles factores implicados en la aparición de la incapacidad, en su duración, en su recaída y en su permanencia.

2. Concepto de incapacidad laboral

Se entiende por incapacidad laboral la situación del trabajador que, como consecuencia de una enfermedad o un accidente (ya sea de origen laboral o no), está impedido para trabajar de forma temporal o tiene disminuida o anulada la capacidad laboral de forma permanente. Así por tanto en la IT se habla de impedimento para el trabajo, y en IP disminución o anulación de capacidad laboral. En todo caso, la situación de incapacidad, ya sea temporal o permanente, implica una pérdida de la salud laboral. Se está incapacitado por estar enfermo y presentar limitaciones funcionales que afectan al trabajador impidiéndole realizar adecuadamente sus tareas profesionales.

Por tanto, la incapacidad laboral se sustenta sobre la presencia de la enfermedad y es una condición *sine qua non*. Para que la situación de incapacidad sea considerada como tal debe ser objetivada: es necesario que exista un proceso patológico y que éste sea de intensidad suficiente como para producir limitaciones en la capacidad laboral de ese trabajador. Este proceso deberá ser acreditado por un informe médico como enfermedad incapacitante. La capacidad laboral va a estar condicionada por la limitación de la funcionalidad en el ámbito laboral. Es decir, no incapacita el diagnóstico de una determinada enfermedad sino las limitaciones funcionales que ese proceso patológico produce para el puesto desempeñado por ese trabajador. Puede darse, por tanto, una «paradoja valorativa» donde pequeñas lesiones pueden ser muy incapacitantes dependiendo de la profesión, mientras que grandes lesiones pueden no conllevar una incapacidad laboral

pues no afectan a los cometidos de ese puesto de trabajo. De hecho, en la valoración de la incapacidad no hay una relación lineal entre deficiencia e incapacidad laboral. Por ejemplo, un trabajador que precise una silla de ruedas puede estar capacitado para ejercer como juez, mientras que la pérdida del dedo meñique tras un accidente en un violinista puede resultar incapacitante para su trabajo.

Los trabajadores en situación de incapacidad laboral pueden tener derecho a percibir una prestación de la Seguridad Social, que es la compensación económica al trabajador enfermo o accidentado por la pérdida de la capacidad de producción al estar impedido para trabajar por razón de una enfermedad o accidente.

2.1. *Incapacidad temporal*

La IT es la situación transitoria de pérdida de salud sobrevenida, impeditiva para el trabajo, a la espera de que el tratamiento oportuno logre la curación o la mejoría funcional suficiente para retornar la actividad laboral. Durante el periodo de baja se pondrán los medios necesarios con el objetivo de que el trabajador se reincorpore a su puesto laboral lo antes posible. La LGSS de 2015 define en su artículo 169 las situaciones determinantes de IT, como aquellas:

Debidas 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 trescientos sesenta y cinco días, prorrogables por otros ciento ochenta días cuando se presuma que durante ellos puede el trabajador ser dado de alta médica por curación.

Distintos periodos de IT secundarios a un mismo proceso computarán de forma sumativa como un mismo periodo.

En los casos que se requiera una baja laboral para observación por enfermedad profesional, el periodo máximo de baja será de seis meses prorrogable como máximo otros seis, si fuere necesario, para estudiar y diagnosticar la enfermedad. La IT conlleva una prestación económica sustitutoria de la pérdida de salario cuyo objetivo es proteger una situación de enfermedad o lesión por accidente que requiere de tratamiento.

Es preciso recordar que el alta médica laboral no tiene porque coincidir con el alta médica sanitaria. Puede que se haya recuperado la funcionalidad perdida producida por una enfermedad o lesión, pero se siga recibiendo asistencia sanitaria o tratamiento médico. Por ejemplo, es el caso de alguien que padeció un infarto y se recuperó funcionalmente aunque debe seguir con tratamiento anticoagulante o betabloqueante, a veces, de por vida. En la Tabla 1 se recogen las situaciones que, con base al artículo 174 de la LGSS, dan fin a la IT.

2.2. *Incapacidad permanente*

La IP es la situación de limitación funcional significativa y duradera de un proceso que incapacita al trabajador para el desarrollo de la actividad laboral. Si una persona con efectos de una enfermedad o accidente tiene afectadas las capacidades requeridas por su

Tabla 1. Situaciones de finalización de la incapacidad temporal (IT).

Situaciones en las que la incapacidad temporal termina

1. Cuando se produce la curación o mejoría que permite la reincorporación a su trabajo (alta).
2. Por agotamiento del plazo máximo de baja temporal con reincorporación al puesto de trabajo.
3. Si agotado el tiempo máximo de IT se reconoce al trabajador una IP.
4. Reconocimiento de jubilación.
5. Por incomparecencia a un reconocimiento.
6. Por fallecimiento.

trabajo o no hay adaptación del mismo a sus dolencias y limitaciones, estará incapacitado. La LGSS define, en su artículo 193:

La incapacidad permanente contributiva como la situación del trabajador que después de haber estado sometido al tratamiento prescrito, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral.

Por norma general, para acceder a una situación de IP es necesario que el trabajador haya pasado previamente por una estado de IT y haya extinguido en esa situación el tiempo máximo legal.

2.3. Grados de incapacidad permanente

La Ley de la Seguridad Social (2015) recoge, en su artículo 194, cuatro posibles grados de IP:

- La IP parcial para la profesión habitual es aquella que, sin impedir totalmente la realización del trabajo habitual, produce una disminución no inferior al 33 por ciento en su rendimiento normal para dicha profesión. Esta disminución en el rendimiento no imposibilita para la realización de las actividades fundamentales del puesto del trabajador.
- La IP total para la profesión habitual es la que inhabilita al trabajador para la realización de todas las tareas o, al menos, de las fundamentales de su profesión. El grado de total implica que el trabajador, pese a su proceso patológico, sí puede dedicarse a otras profesiones distintas a la suya. Es decir, el trabajador mantendrá suficiente aptitud psicofísica como para poder desempeñar otra actividad laboral más liviana, sedentaria o de requisitorias diferentes o secundarias del oficio mismo o cometidos complementarios de éste en adecuadas condiciones de dedicación y rendimiento.

La profesión habitual no equivale al puesto de trabajo concreto, ni a la concreta categoría profesional, sino a la profesión en sí misma. Debiendo entenderse por profesión habitual, no un determinado puesto de trabajo, sino aquella para la que el trabajador está cualificado para realizar y a la que la empresa le haya destinado o pueda destinarle en la movilidad funcional. Siguiendo a Fernández- Ríos (1995), se puede entender el concepto de profesión como el grupo de empleos con tareas similares relacionadas, que requieren para ser ejercidas cualidades, conocimientos y capacidades cualitativamente semejantes; mientras que un puesto de trabajo, se puede ver como el conjunto de responsabilidades, funciones y tareas desempeñadas por un individuo en un entorno organizacional concreto (García-Izquierdo, Vilela y Moscoso, 2015).

- La IP absoluta para todo trabajo es la que inhabilita por completo al trabajador para toda profesión u oficio. Es decir, la derivada de un conjunto de lesiones o residuales de tal gravedad que anulen en el trabajador su capacidad laboral por completo, incluso para la realización de trabajos de bajos requerimientos físicos y/o intelectuales, como son los trabajos sencillos, livianos o sedentarios.
- Finalmente, la gran invalidez no es un grado superior sino un complemento económico, derivado de la especial situación del trabajador afecto de IP y que, por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesita la asistencia de otra persona para las actividades básicas de la vida diaria, tales como desplazarse, subir y bajar escaleras, comer, asearse, vestirse y continencia.

3. Gestión de la incapacidad laboral

3.1. Gestión de prestaciones

La gestión de la incapacidad laboral tiene una doble vertiente, económica y sanitaria. La gestión económica de la IT y su control en los primeros 365 días de duración, se regula en el Real Decreto 625/2014 y es asumida por el INSS como entidad gestora (aseguradora) y por las Mutuas colaboradoras. La IT está incluida dentro de la acción protectora de la Seguridad Social. Su finalidad es dar protección económica a las situaciones de impedimento de la capacidad de trabajo por deterioro temporal de la salud. Por su parte, la IP es también una prestación económica incluida dentro de la acción protectora de la Seguridad Social que sirve de salvaguarda económica a las situaciones de disminución, pérdida o anulación de la capacidad laboral por deterioro permanente de la salud. A diferencia de la IT, la gestión de las prestaciones económicas de la IP (contributiva) son competencia exclusiva del INSS.

Por tanto, la incapacidad laboral es una prestación económica pero, al mismo tiempo, tiene un componente sanitario ya que sin asistencia médica no hay baja. Lo mismo acontece con la IP al entender que se llega a esa situación habiendo agotado las posibilidades terapéuticas de mejora.

Para tener derecho a acceder a la prestación económica, es necesario cumplir una serie de requisitos (afiliación, carencia, cotizaciones, edad...), pero se exige como primera condición que exista un deterioro de la salud y que de ello se deriven limitaciones funcionales u orgánicas que impidan trabajar o anulen o disminuyan la capacidad para el trabajo.

3.2. Competencia de las entidades en materia de control de la incapacidad temporal

Desde su inicio hasta el cumplimiento del día 365, la competencia en materia de control de la situación de IT corresponde a las siguientes entidades:

- Servicio Público de Salud: capacidad para emitir partes de baja, de confirmación y de alta.
- Inspectores médicos de las CCAA con capacidad para emitir:
 - Partes de baja y alta por curación.
 - Altas con propuesta de IP.
 - Resoluciones de las propuestas de alta de la Mutua.
 - Valoración de las disconformidades del trabajador al alta del INSS a los 365 días.
- Inspectores médicos del INSS:, que tienen facultad para:
 - Resolver las recaídas tras procesos con alta en este periodo o las recaídas agotado el periodo máximo con o sin declaración de IP, presentar altas médicas a todos los efectos y considerar bajas por recaída tras el alta de la inspección médica por el INSS.
 - Resolver las propuestas de alta de Mmutua, las altas por informe a propuesta de la inspección médica de la CCAA, las discrepancias de la Inspección respecto a las altas del INSS a los 365 días, las revisiones de altas por Mutua por contingencias profesionales a demanda del trabajador y la contingencia de procesos de IT.

Desde el cumplimiento del día 365 de una baja laboral, la competencia en materia de control de la situación de IT corresponde en exclusiva al INSS con posibilidad de estimar el alta, la prórroga (máximo de 180 días) o iniciar el expediente de IP puede corresponder a:

- Instituto Social de la Marina (ISM) con posibilidad de:
 - Emitir bajas y altas (asistencia sanitaria no transferida);
 - Presentar altas médicas a todos los efectos y propuestas de alta en los casos de asistencia sanitaria transferida;
 - Iniciar el expediente de IP de trabajadores incluidos en el ámbito de aplicación del Régimen Especial de Trabajadores del Mar.
- Mutuas colaboradoras junto con la Seguridad Social tienen autoridad para:
 - Emitir partes de baja, confirmación y alta por accidente de trabajo y enfermedad profesional.
 - Realizar la gestión sanitaria y económica en estas contingencias profesionales.
 - Colaborar en el control de la IT.
 - Formular propuestas de alta por contingencias comunes (enfermedad o accidente no de trabajo, cuando su cobertura les corresponda) a las inspecciones de las CCAA o al INSS.

El seguimiento de los procesos de baja es realizado por los médicos de atención primaria con responsabilidad y competencia en la extensión del parte de baja, de continuidad y el alta médica. Por otro lado, el control de la IT hace referencia a las tareas que corresponden a los inspectores médicos del INSS, a los inspectores médicos de las CCAA y a las Mutuas. La competencia controladora de las bajas tiene como objetivo constatar la adecuación de un proceso de baja que estimó el médico de atención primaria y valorar su procedencia. En los supuestos en que tras un control de la IT, el INSS extienda el alta médica, solo el propio INSS podrá emitir la baja por el mismo proceso en los siguientes 180 días.

En la IT valoraremos el impedimento para el trabajo, por lo que se evalúa, más que la profesión, el trabajo que se está realizando, algo más cercano a un puesto de trabajo concreto, actividad o tarea. Si nos referimos a una profesión, será la que realiza en el momento de permanecer en esa situación.

3.3. *Gestión sanitaria (médica) de la incapacidad temporal*

La gestión médica (valoración médico evaluadora) de la IT por enfermedad común o no laboral, se realiza en diversos ámbitos: Servicio Público de Salud (SPS), médicos de atención primaria, médicos de Mutuas colaboradoras, inspectores médicos de las CCAA, e inspectores médicos del INSS.

La gestión sanitaria de la incapacidad laboral temporal debe entenderse como la asunción y el ejercicio de responsabilidades sanitarias y sociales. La baja laboral implica el empleo de un recurso público prestacional y los profesionales encargados del seguimiento y control tendrán, por tanto, una responsabilidad en el uso racional y proporcional de los recursos públicos. Esta responsabilidad se ejercerá a partir de sus competencias para la extensión de partes de baja, seguimiento y alta.

Por otro lado, la gestión sanitaria y la atención médica de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales se realiza en exclusiva por las Mutuas colaboradoras. La gestión sanitario médica de la IT incluye los reconocimientos e informes médicos o cuantas actuaciones proceda para su valoración. La gestión médico evaluadora se consolida en la IT, porque toda baja deberá ir precedida de un reconocimiento médico del trabajador que permita la determinación objetiva de la IT para el trabajo habitual. Es preciso elaborar informes que la justifiquen y se establezcan controles médicos de las situaciones de IT tanto para su continuidad como para emitir el parte de alta cuando corresponda.

La visión de la IT desde la gestión de la Seguridad Social es proteger mediante una prestación económica a quien tiene la consideración de estar en situación determinante de IT. La gestión de la IT tiene, por tanto, un objetivo genérico que es la adecuación a la duración de los procesos de IT para evitar su percepción indebida. En lo específico, este objetivo se consigue controlando médicamente el mantenimiento de una situación concreta de IT y los períodos de permanencia en la misma. Según el RD 625/2014 de IT, se establece como dato obligatorio a consignar en el parte de baja la reseña al código nacional de ocupación (CNO) del trabajador. En la actualidad, la CNO-11 (que sustituye a la CNO-94), se encuadra dentro del marco conceptual de la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08), y se recoge en el Real Decreto 1591/2010, de 26 de

noviembre. Los criterios de clasificación que se utilizan son el tipo de trabajo realizado y las competencias. En este contexto, se entiende por competencias la capacidad para desempeñar las tareas inherentes a un empleo determinado, para lo cual se tiene en consideración el nivel y la especialización.

3.4. *Gestión de la incapacidad permanente*

La gestión de la IP corresponde al INSS, y la valoración médico evaluadora se realiza por los inspectores médicos del propio INSS. De hecho, la competencia de las entidades en materia de control de la IP va a recaer en exclusiva en el INSS a través de sus unidades médicas y de los EVIs. Según el artículo 2 del RD 1300/1995, los EVIs son el órgano colegiado valorador de la incapacidad. Están compuestos por:

- Presidente, que será el subdirector provincial de incapacidad del INSS.
- 4 Vocales, permanentes: (1) médico inspector de las unidades médicas del INSS que actuará como ponente del dictamen-propuesta; (2) médico inspector de la comunidad autónoma; (3) inspector de trabajo y seguridad social; (4) secretario funcionario titular de la unidad de trámite de las prestaciones de incapacidad de la correspondiente Dirección Provincial del INSS.

Al igual que ocurría en la IT, la gestión médico evaluadora se consolida en la IP, pues debe venir precedida de un informe médico de síntesis, que sea comprensivo, por todo lo referido o acreditado en el expediente y porque valora los informes médicos referentes al proceso que aporte el trabajador o aquellos que consten en la historia clínica del paciente.

4. Valoración de la capacidad/incapacidad laboral

La consideración de incapacidad médico laboral se fundamenta sobre la existencia de una enfermedad o lesión activa y las limitaciones funcionales que ésta produce de cara a la realización de la actividad profesional del trabajador. No es incapacitante toda alteración de salud, sino que hay que ponerla en relación con las capacidades requeridas por el trabajo específico del sujeto. Por tanto, en la valoración de enfermedad o lesión y su posible resultado incapacitante laboral es preferible referirse más bien a las limitaciones funcionales resultantes y no tanto a las patologías existentes.

La incapacidad viene definida en nuestro ordenamiento jurídico, no así la capacidad laboral, que quedaría definida en negativo, es decir sería capacidad laboral lo que no es incapacidad. Definida la incapacidad en la LGSS podríamos decir *sensu contrario* que la capacidad sería la situación del trabajador que no está ya impedido para el trabajo, por curación o mejoría del proceso que justificó la baja. O bien, por considerar que no presenta reducciones anatómicas o funcionales objetivas y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral, estando habilitado para la realización de todas las tareas o de las fundamentales de su profesión.

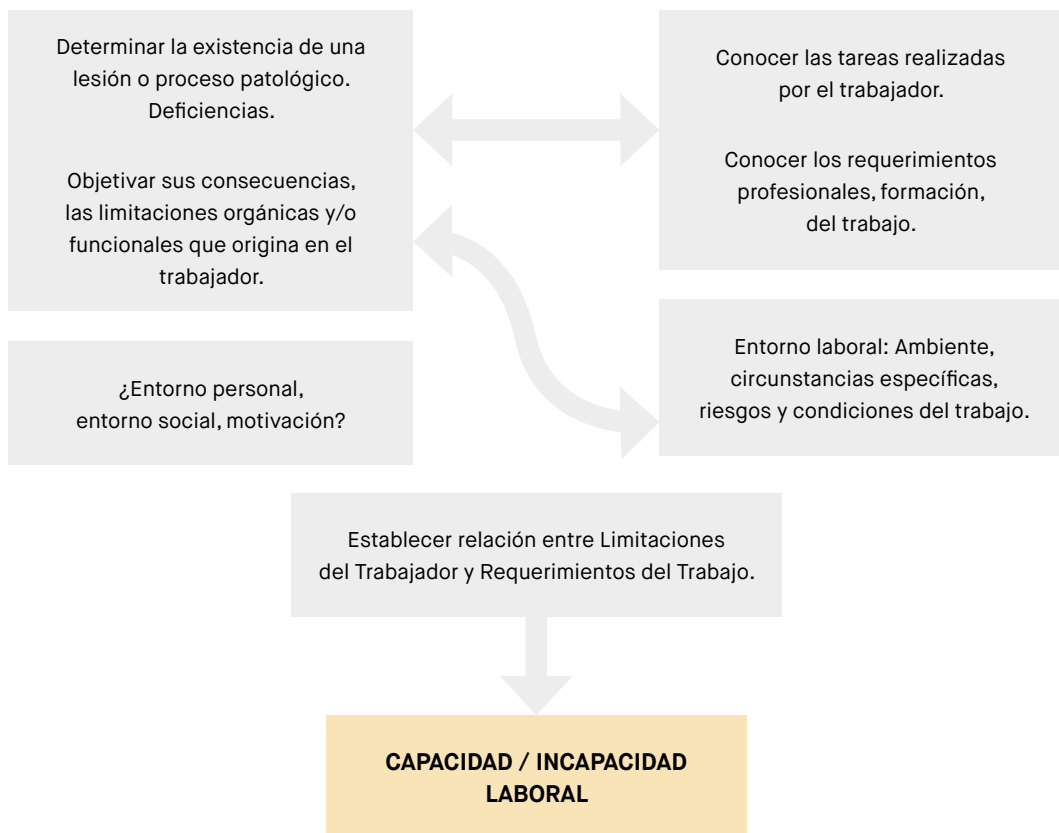
4.1. Valoración de la capacidad laboral

Evaluar la capacidad laboral de un trabajador precisa de un método de valoración del puesto de trabajo, a efectos de dimensionar la capacidad o incapacidad laboral en materia de seguridad social: (1) la existencia de una enfermedad o lesión en la que se han agotado las opciones terapéuticas; (2) las limitaciones orgánicas y/o funcionales que origina en el trabajador, lo que supone determinar, objetivar, cuantificar y cualificar la *funcionalidad laboral* de dicho trabajador; (3) si el trabajador dispone o no de las capacidades exigibles para poder desarrollar la actividad laboral con habitualidad, asiduidad, mínimo de profesionalidad, rendimiento y eficacia; (4) si el trabajo puede o no repercutir en el deterioro de la salud del sujeto; (5) si las limitaciones funcionales del trabajador concitan o no un riesgo para sí o para terceros, en caso de realizar su trabajo; (6) Si dispone o no de posibilidad para acudir al trabajo; (7) La capacidad de ganancia del sujeto, es decir, si de forma efectiva puede obtener, en el mercado laboral, una compensación económica mediante una alternativa ya sea a través de una actividad manual o intelectual adecuada. En las Figuras 1 y 2 se presenta un resumen gráfico de la valoración de la incapacidad laboral.

Figura 1. Esquema de la valoración de la capacidad laboral.

VALORAR LA CAPACIDAD LABORAL	
Valoración funcional de las capacidades del trabajador.	Valoración de los requisitos de la ocupación.
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué proceso patológico o lesión presenta? • ¿Qué lo originó?, ¿Causa accidental o enfermedad?, ¿Tuvo causa laboral o extralaboral? • ¿Cuándo apareció la lesión o el proceso patológico? • ¿Qué evolución ha seguido? • ¿Qué tratamientos ha seguido, precisa, y precisará? • ¿Cuál es su servidumbre terapéutica? • ¿Qué hallazgos exploratorios por aparatos encontramos? • ¿Cuáles son las limitaciones orgánicas o funcionales que presenta? • ¿Tienen o no carácter impeditivo para su trabajo? • ¿A qué funciones afecta? • ¿Qué funcionalidad mantiene? • ¿Tienen o no carácter temporal o permanente? 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿En qué trabaja? • ¿Qué hace? • ¿Desde cuándo? • ¿Cómo lo hace? • ¿Con qué lo hace? • ¿Qué profesión realiza? • ¿Qué ocupaciones incluye? ¿Qué ocupaciones afines? • ¿En qué sector de actividad trabaja? • ¿Cuál es su grupo profesional? • ¿Qué competencias y tareas describen su profesión? • ¿Qué requerimientos profesionales precisa, cargas, esfuerzos, dimensiones psíquicas o físicas? • ¿Qué riesgos y circunstancias especiales tiene derivadas del ambiente, de las herramientas o material de trabajo o la especificidad de sus cometidos? • ¿Qué formación y habilidades precisa?

Figura 2. Esquema de valoración de la capacidad/incapacidad laboral.



4.2. Dimensiones de la actividad laboral. Análisis ocupacional

Por tanto, una vez que se conoce el grado de afectación del trabajador es necesario contextualizarlo con su puesto de trabajo y las funciones que en él realiza. Es decir, no van a ser válidas las valoraciones genéricas, sino que debe hacerse una evaluación *ad hoc* poniendo en relación el estado del trabajador con las tareas de cada ocupación, los requerimientos profesionales y las circunstancias específicas del ambiente laboral.

Es en este punto donde conviene señalar que las diversas metodologías de valoración existentes en nuestro país difieren o singularizan en cuanto a los requerimientos valorados, su clasificación, su nivel de intensidad y exigencia, y su medición. Sin entrar a detallar las existentes y como mera referencia a tres metodologías que valoran los requerimientos laborales es necesario mencionar la *Guía de Valoración Profesional del INSS* (Guía INSS, 2014), la *Ficha de Requerimientos para la Evaluación Capacidad Laboral del Foro IT de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao* (Goira, 2014), y el *Manual de Evaluación de Requerimientos para la Valoración de la Capacidad Laboral*, también conocido como MERCAL (Vicente, 2008). Señalaremos que la Guía de Valoración Profesional del

INSS (*Guía INSS, 2014*) es una metodología genérica estática, es decir, sobre una asignación a una profesión en el momento evaluatorio de la capacidad laboral, y nos referencia los requerimientos establecidos teóricamente para la misma. La Ficha del Foro de IT (Goira, 2014) nos refleja aspectos concretos del puesto de trabajo que está desempeñando el trabajador, es decir, da el perfil de requerimientos que precisa el trabajo concreto que el trabajador desarrolla. Es dinámica, da una información actualizada de las condiciones reales del trabajo y las aptitudes requeridas para esas tareas. Por su parte, el MERCAL (Vicente, 2008) refleja los requerimientos de un trabajo con la particularidad de establecer una preponderancia de los riesgos psicológicos, tan determinantes y presentes hoy en día en la mayoría de los trabajos.

Lo esencial sería precisar qué valoramos y cómo en esta valoración «profesional» o de la «capacidad laboral» u «ocupacional» o del «trabajo». La necesidad de conocer la profesión, el oficio, la ocupación, el trabajo y las diversas tareas y actividades a realizar que lo caracterizan se hace imprescindible, porque trabajos diferentes tienen distintas exigencias. Las lesiones son incapacitantes dependiendo el tipo de trabajo.

4.3. *Ficha ocupacional*

A modo ilustrativo recogemos en la Figura 3 la Ficha de Requerimientos para la Evaluación Capacidad Laboral del Foro de la IT Academia Ciencias Médicas de Bilbao o Ficha ocupacional.

4.4. *Dimensiones de la actividad laboral*

La actividad laboral es un conjunto de conocimientos y terminología muy vasta e intrincada. Revisando los estudios e investigaciones al respecto, podemos acercarnos concepto de análisis del trabajo, que se puede ver como el análisis del flujo de trabajo para poder realizar el análisis, la descripción y la especificación de puestos de trabajo. Esto es detallar ordenadamente los componentes que conforman la actividad laboral, así como inferir las competencias necesarias para su ejecución. Para el análisis de puestos podemos recurrir como referencia al *Dictionary of Occupational Titles* (DOT) del Departamento de Trabajo de Estados Unidos, que se basa en el Análisis Funcional de Puestos de Trabajo propuesto por Fine en 1955 (Ash, 1988), y recoge la valoración de los requerimientos de los puestos de trabajo según se manejen datos (data), relaciones interpersonales (people) u objetos (things), así como también el apremio en tiempo y los riesgos a los que se está expuesto, que recogemos en la Figura 4 (García-Izquierdo, et al., 2015). Asimismo, estas dimensiones contribuyen al análisis ocupacional al que podemos acceder en «O* NET online». Esta valoración ocupacional de los trabajos confiere a las dimensiones psicológicas una gran importancia pues equipara en términos genéricos las dimensiones físicas a las mentales. Podemos ver en la Figura 4 un esquema al respecto.

Figura 3. Ficha ocupacional. Ficha de evaluación FORO IT de requerimientos profesionales.

POSTURAS:	EXPOSICIÓN A RIESGOS LABORALES:
<ul style="list-style-type: none"> A. De pie. B. Sentado. C. Agachado. D. Tumbado. E. Brazos levantados. F. Brazos extendidos. G. Flexión del tronco. H. Flexo-extensión . I. De rodillas. J. Torsión. 	<ul style="list-style-type: none"> A. Físicos. B. Químicos - Frases R. C. Biológicos. D. Ergonómicos. E. Psicosociales. F. De seguridad.
MANEJO DE VEHÍCULOS:	CARGA MENTAL (Baja/Moderada/Intensa):
<ul style="list-style-type: none"> Coche. Moto. Furgoneta. Camión. Tractor. Maquinaria pesada. <i>Dumper.</i> Carretilla elevadora. Embarcación. Otros, especificar. 	<p>Comunicación. Atención al público. Toma de decisiones. Atención / complejidad. Apremio. Percepción. Comprensión oral y escrita. Expresión oral y escrita. Razonamiento. Control emocional. Relaciones psicosociales. Funciones ejecutivas. Capacidad de Juicio e introspección.</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Trabajo con PVD: sí /no. B. Tareas de mando/responsabilidad: sí /no. C. Atención al público: sí / no. D. Otras, especificar. <p>Capacidad visual, auditiva y voz.</p>
CARGA FÍSICA (Baja/Moderada/Intensa):	LUGAR DE TRABAJO:
<ul style="list-style-type: none"> A. Utilización preferente: tren superior/raquis/ tren inferior. B. Movimientos repetitivos: si / no. C. Posturas forzadas: si / no . D. Manipulación manual de cargas: si/no. E. Utilización de equipos de trabajo pesados: si/no. F. Otros, especificar. 	<ul style="list-style-type: none"> A. Calle. B. Nave. C. Oficina. D. Obra. E. Buque. F. Otros, especificar.

Figura 4. Dimensiones de la actividad laboral.

TRABAJO EN CONTACTO	DIMENSIONES	DIMENSIONES	ESFUERZO CAPACIDAD
Datos.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atención. 2. Percepción. 3. Comprensión oral y escrita. 4. Expresión oral y escrita. 5. Razonamiento. 6. Toma de decisiones. 7. Carga mental. 	<ol style="list-style-type: none"> 19. Riesgos. 20. Horario. 	Mentales.
Personas.	<ol style="list-style-type: none"> 8. Control emocional. 9. Relaciones psicosociales. 	<ol style="list-style-type: none"> 19. Riesgos. 20. Horario. 	Emocionales.
Objetos.	<ol style="list-style-type: none"> 10. Manipulación. 11. Capacidad visual. 12. Capacidad auditiva. 13. Marcha. 14. Ambiente de trabajo. 15. Carga física. 16. Manejo manual de cargas. 17. Posturas de trabajo. 18. Movimientos repetitivos 	<ol style="list-style-type: none"> 19. Riesgos. 20. Horario. 	Físicas.

4.5. Valoración multiaxial, médico evaluadora de la incapacidad/capacidad laboral

Una adecuada valoración debe ser integral y multiaxial: diagnóstica, terapéutica, evolutiva, pronóstica, funcional, revisoria, preventiva y laboral.

- Diagnóstica de secuelas: se valora el diagnóstico impeditivo laboral o incapacitante que constituyen las deficiencias. Este diagnóstico desarrollado incluirá tipificación, estadiaje o clasificación o gradación del proceso. Si concurren varios diagnósticos incapacitantes, se deberá ordenarlos de forma consecutiva de mayor a menor trascendencia.
- Terapéutica: tratamientos recibidos, en curso o por recibir y su objetivo. Efectos secundarios, tratamiento crónico, prolongado, de base, cruento, paliativo, o de cuidados.
- Evolutiva: respuesta a los tratamientos y la propia evolución del proceso. Debe evaluarse igualmente el pronóstico del sujeto (favorable, incierto, reversible, desfavorable, irreversible, pronóstico vital).
- Funcional, limitaciones orgánicas o funcionales: será necesario jerarquizar, graduar, definir la intensidad y magnitud de las limitaciones y referenciarlas respecto a las diversas funciones físicas o psíquicas de un individuo. Establecer cuáles son las competencias que mantiene para poder valorar la capacidad funcional restante.
- De revisión: previsible mejoría, mejoría dependiendo de la previsión de mejoría notable, proceso de evolución incierta o si no hay mejoría previsible.
- Preventiva: tareas contraindicadas con su enfermedad. Riesgo para sí o para otros.
- Laboral: funciones y requerimientos recogidos en el análisis ocupacional, de tarea concreta, de profesión, ocupación, u oficio de su grupo profesional.

Por tanto, la valoración de la capacidad laboral es multiaxial y obliga a tener en cuenta todos los ejes referidos, si bien los más trascendentes son el eje funcional y el laboral.

4.6. Juicio clínico laboral

Una vez realizada la valoración de las limitaciones del trabajador y los requerimientos de su puesto de trabajo deben alcanzarse unas conclusiones y un juicio clínico laboral. En el informe emitido conviene establecer la diferencia entre capacidad laboral (aptitud de un individuo para desempeñar un puesto de trabajo) y capacidad de ganancia (posibilidad efectiva, y no solo teórica, de obtener ingresos en el mercado laboral).

En todo caso, la labor evaluadora ante un trabajador que reclama un estudio de capacidad laboral debe limitarse a determinar el déficit funcional que padece y referir las requisitorias de su trabajo, estableciendo el oportuno juicio clínico laboral, donde se referencie el grado funcional de las deficiencias y limitaciones y las capacidades que man-

tiene, dejando la valoración definitiva del grado de invalidez a los estamentos administrativos (EVIs) o a los órganos judiciales correspondientes.

Estimar la aptitud para trabajar o la capacidad laboral, supone asegurarse de que el trabajador está en condiciones de realizar las tareas requeridas por su trabajo con efectividad y sin riesgo para el mismo o para terceras personas, para lo cual precisamos conocer la evaluación de su estado de salud, así como un conocimiento profundo de las demandas y requerimientos detallados del puesto de trabajo.

4.7. *Apto y capacidad laboral. No apto y no incapacidad. La controversia no resuelta*

Desde la perspectiva de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995 y atendiendo al artículo 22 de vigilancia de la salud, entenderíamos como apto al trabajador que puede desempeñar su tarea habitual sin ningún tipo de restricción física ni laboral (capacidad de trabajo efectivo), que tiene capacidad psicofísica para realizar un trabajo sin riesgo para su salud y su seguridad ni riesgo para la de otros. También cabe la posibilidad en los reconocimientos médicos de empresa la consideración del apto con restricciones o el no apto temporal. El no apto temporal cabe en situaciones que, como resultado de la exploración médica, se considere que el trabajador no es apto durante un período de tiempo determinado y acotado, estipulándose que, pasado dicho plazo, sea valorado de nuevo para determinar su adecuación al puesto de trabajo asignado, como sucede *de facto* en las situaciones de IT (baja).

Dicho lo cual, la controversia se suscita cuando relacionamos situaciones de incapacidad, no apto con capacidad o aptitud (Vicente, 2017). Convendría establecer que:

- Aptitud = Capacidad. Lo más normal es que aquel trabajador apto para el trabajo esté, a su vez, capacitado para trabajar.
- Incapacidad = No Apto. El trabajador que tiene anulada su capacidad laboral es considerado, al mismo tiempo, como no apto para los servicios de salud laboral.
- No Apto ≠ Incapacidad. Situación paradójica en la que un trabajador puede considerarse no apto por salud laboral pero, a la vez, el INSS haber determinado que no hay incapacidad laboral.
- Aptitud ≠ Sano. Se da cuando el trabajador es apto pese a padecer una determinada patología, pues se puede tener una enfermedad controlada y, por tanto, ser apto la la realización de su profesión.
- Capacidad ≠ Sano. Al igual que en el supuesto anterior puede tener una enfermedad pero que ésta se encuentre controlada y no resulte incapacitante para un trabajo.
- No Incapacidad = Capacidad. Si tras la valoración del INSS se considera que el trabajador no está incapacitado, en términos de Seguridad Social, ha de entenderse que se encuentra capacitado para su actividad laboral.
- Discapacidad ≠ Incapacidad. Se puede tener una discapacidad o minusvalía y, sin embargo, estar capacitado para trabajar.

De todas estas situaciones, la más conflictiva resulta por la controversia «no incapacidad» y «no apto», que se suscita cuando el empleado vuelve al trabajo después de una situación de IT y tras haber sido dado de alta médica mientras que, a su vez, ese mismo trabajador es declarado como no apto por el servicio de prevención de riesgos laborales. También cabe esta controversia «no apto y no incapacidad» con la IP: en situaciones de retorno laboral tras una situación de IP concedida y revisada por mejoría por el INSS, con posterior declaración de situación de «no apto» del trabajador por el servicio de prevención. Esta situación puede ocurrir también cuando el trabajador reclama la declaración de IP y es denegada pero, simultáneamente y de forma paradójica, es considerado como trabajador «no apto» por el servicio de prevención.

No olvidemos que estar apto para el desempeño de un trabajo no consiste en la mera posibilidad del ejercicio esporádico de una determinada tarea, sino poder llevarla a cabo con profesionalidad cumpliendo unas exigencias mínimas de continuidad, dedicación y rendimiento sin que trabajar menoscabe la salud del trabajador o suponga un riesgo de seguridad para sí o para terceros. Y ello puede exigir adaptar el puesto de trabajo, acondicionar el mismo o indicar el cambio de puesto de trabajo para evitar la recaída del proceso curado o con mejoría que permite trabajar.

La controversia «No incapacidad y no apto» encierra el riesgo de que el «alta médica» o la declaración de «no incapacidad» lo sea para un puesto de trabajo inadecuado. Controversia que puede suceder por falta de comunicación entre las partes «sanitarias» y de «gestión de la IT» implicadas en el proceso y el ámbito preventivo laboral, es decir entre quienes conocen el seguimiento del proceso clínico, los que actúan como gestores de la prestación económica y quienes conocen el trabajo y sus condiciones.

5. El Informe de valoración de la capacidad/incapacidad Laboral

Un informe médico de valoración de la capacidad laboral tiene como misión relacionar las capacidades psicofísicas que tiene un trabajador en un momento preciso (situación actual) con los requisitos que se necesitan para la realización de una profesión concreta (o la actividad laboral en general), por lo que se precisa conocer, determinar, cuantificar, calificar y valorar cuáles son las mermas de las capacidades psicofísicas del individuo y conocer con exactitud los requerimientos específicos de su profesión, los riesgos presentes y circunstancias especiales en el mismo y, finalmente, establecer si puestas en relación estas dos valoraciones, se concluye en una situación de capacidad o incapacidad para el trabajo.

5.1. Datos mínimos básicos del informe de valoración

En la Tabla 2 se recoge la información que debe incluirse en el informe de valoración.

5.2. *Actuar con evidencia probatoria*

Actuar con evidencia probatoria consiste en tomar decisiones fundamentadas, basadas en pruebas objetivas, argumentar con certeza sobre hechos probados, documentados y suficientemente demostrados, apoyados en criterios, métodos o guías de práctica clínica establecidas, tras efectuar las exploraciones y pruebas complementarias idóneas. En las valoraciones médicas, se debe concluir graduando y estadiando la magnitud de la deficiencia y la limitación orgánica o funcional encontrada.

Tabla 2. Datos mínimos básicos del informe de valoración (recopilado de Vicente, 2014).

DATOS MÍNIMOS BÁSICOS DEL INFORME DE VALORACIÓN	
<i>Identificación del evaluador.</i>	Nombre, apellidos, nº de colegiado.
<i>Identificación del paciente.</i>	Nombre, apellidos, edad.
<i>Profesión.</i>	Denominación. Descripción del puesto de trabajo. Tareas que realiza. Actividad de la empresa.
<i>Situación laboral.</i>	Alta, baja, desempleo, pensionista, etc.
<i>Circunstancias del reconocimiento.</i>	El objeto del informe: trabajador en baja, solicitud de incapacidad, etc.
<i>Por qué (para qué) acude el paciente reconocimiento médico.</i>	Es un reconocimiento para determinar contingencia.
<i>Diagnóstico principal.</i>	El causante fundamental de la incapacidad.
<i>Diagnósticos secundarios.</i>	Enfermedades asociadas con carácter incapacitante. No incluir diagnósticos no activos, sin carácter incapacitante en el momento de la evaluación.
<i>Antecedentes.</i>	Aquellos que guarden relación significativa con el proceso a valorar. Enfermedades previas, intervenciones quirúrgicas previas, hábitos tóxicos, accidentes previos, tratamientos seguidos, evolución.
<i>Antecedentes administrativos o jurídicos.</i>	Procesos previos valorados, resoluciones, fallo de sentencias.

<i>Exploración por aparatos.</i>	Debe realizarse exploración oportuna y señalar hallazgos exploratorios de toda dolencia referida por el paciente o reflejada en informes que aporta. Aportar pruebas complementarias funcionales de las que se disponga, actualizadas.
<i>Informes médicos complementarios.</i>	Aquellos que el trabajador aporta o se le han solicitado tras el reconocimiento.
<i>Deficiencias.</i>	Diagnóstico secuelar o cuadro clínico incapacitante, jerarquizar por orden de importancia discapacitante, graduar, estadiar o establecer significación que proceda según dolencia.
<i>Limitaciones orgánicas y/o funcionales.</i>	Señalamiento de lista resumen de todas las limitaciones halladas, por orden de mayor a menor significado limitante, valorar las mismas especificando grados, descripción funcional, cuantificar, cualificar. Es conveniente reflejar aquellas funciones que mantiene, para configurar lo incapacitante y la capacidad funcional restante.
<i>Conclusión juicio clínico laboral.</i>	Análisis efectuado con los criterios de deficiencia mediante la descripción de los hallazgos clínicos y como se relacionan con los criterios especificados. Debe existir congruencia y concordancia entre las limitaciones funcionales objetivadas y la conclusión disfuncional. En cualquier caso, la conclusión debe ser razonada, argumentada, basada en criterios médicos de evaluación del daño corporal, concisa, concreta, clara, concluyente y juiciosa.

La finalidad del informe médico evaluador es que el facultativo se pronuncie sobre los siguientes aspectos:

- Las dolencias padecidas por el interesado.
- Las limitaciones de la capacidad funcional de aquél.
- Conclusiones determinantes relacionando limitaciones y profesión.
- La contingencia si es laboral o no.
- La presunción médica de que el interesado:
 - está capacitado para reiniciar su actividad profesional,
 - está incapacitado para reiniciar la actividad profesional,
 - está en situación evolutiva de espera.
- Continuidad en IT.
- Prórroga de IT si dentro del plazo de los seis meses siguientes puede ser dado de alta por curación.

El evaluador en materia de incapacidad laboral en seguridad social busca llegar a un diagnóstico residual o diagnóstico lesional y un diagnóstico funcional reflejando: deficiencias, limitaciones orgánicas y funcionales y concluyendo en el carácter incapacitante laboral o no del proceso.

Evaluar supone identificar, medir y concluir el daño corporal y su impacto laboral. En definitiva, establecer la alteración de la salud incapacitante. Esta puede ser:

- Alteración de la salud con carácter de intensidad suficiente que impida realizar las funciones esenciales de su profesión.
- Alteración de la salud con efecto real sobre la producción activa que impide obtener rentas por el trabajo.
- Recoger aquellas funciones o capacidades que mantiene.

Pero todo ello debe, como ya se ha comentado, estar argumentado y objetivado, es decir, actuar con «evidencia probatoria» y no con base en las referencias del interesado, o suposiciones.

6. Los factores psicosociales y su importancia en la precipitación de la incapacidad laboral

Tal como recogen Moreno y Báez (2010), uno de los primeros documentos oficiales e internacionales en abordar el tema de los factores psicosociales en el trabajo fue *“Los Factores Psicosociales en el Trabajo: Reconocimiento y Control”* publicado por la Organización Internacional del Trabajo en 1984. Se constata en esta publicación que la problemática es claramente anterior y que se remonta al menos a 1974, fecha en la que consta una llamada de la Asamblea Mundial de la Salud para documentar la importancia y los efectos de los factores psicosociales en el trabajo sobre la salud de los trabajadores. De hecho el inicio del estudio de los factores psicosociales y su relación con el trabajo se puede remontar a finales del siglo XIX. Los primeros trabajos experimentales aplicados ya habían sido realizados al comienzo de la segunda década del siglo XX por psicólogos tan relevantes como Hugo Münsterberg, quien destaca por la aplicación de la psicología para prevenir accidentes y la fatiga física e intelectual (p. ej., conductores de tranvías, pilotos de barco y telefonistas) en trabajos publicados en inglés con el título de *“Psychology and Industrial Efficiency”* en 1913.

Los factores psicosociales son determinantes en la salud de la población y, por tanto, determinantes en la enfermedad y en el enfermar de los trabajadores. Algunos son considerados factores de riesgo que pueden afectar negativamente a la salud y el bienestar del trabajador (Benavides et al. 2002). Estos factores psicosociales de riesgo resultan precipitantes o contribuyentes en el inicio de la incapacidad pero, además, son elementos de mantenimiento de la incapacidad que están ligados a la cronificación de los procesos incapacitantes. Los factores psicosociales están presentes, con frecuencia, en una mala respuesta y adherencia terapéutica, suponen barreras al retorno laboral, y pueden ser causa de presentismo laboral. A la hora de hablar de presentismo laboral, Sanderson y Cocker (2013), lo definen como la reducción de productividad debido a problemas de salud del trabajador. Sin embargo, en la actualidad, el concepto se encuentra ampliado

e incluye aquellas situaciones en las que los empleados acuden a sus puestos de trabajo pero dedican parte de la jornada laboral a tareas que no son productivas o no están relacionadas con la política de la empresa, ya sea por motivos de salud, por falta de motivación, por problemas personales o por otros factores contraproducidos del desempeño.

Por tanto, los factores psicosociales de riesgo para la salud son predictores de un difícil retorno saludable y duradero al trabajo tras una incapacidad. Los factores psicosociales de riesgo no causan la incapacidad, pero contribuyen a ella ya que pueden precipitarla, mantenerla o modificarla, terminando por condicionar la capacidad/incapacidad laboral.

Los factores psicosociales de riesgo modelan la actitud (entre otras variables) y, por ello, serán determinantes en la percepción de sentirse no capacitado: están en el inicio de la baja como detonante impeditivo laboral de situaciones basales previas, en la cronificación del proceso una vez que la incapacidad se ha producido, en la percepción del paciente de persistencia sintomatológica y de escasa respuesta al tratamiento, conllevan una percepción de mala evolución de su proceso de incapacidad, potencian lo disfuncional discapacitante y dificultan el retorno laboral. Si permanecen y se produce el retorno al trabajo, serán causas de bajo desempeño laboral, pudiendo ser determinantes de «ineptitud sobrevenida» (una inhabilidad o carencia de facultades profesionales por deterioro o pérdida de sus recursos de trabajo, percepción, destreza, rapidez que tiene su origen en definitiva los factores psicosociales del trabajador) y de despido.

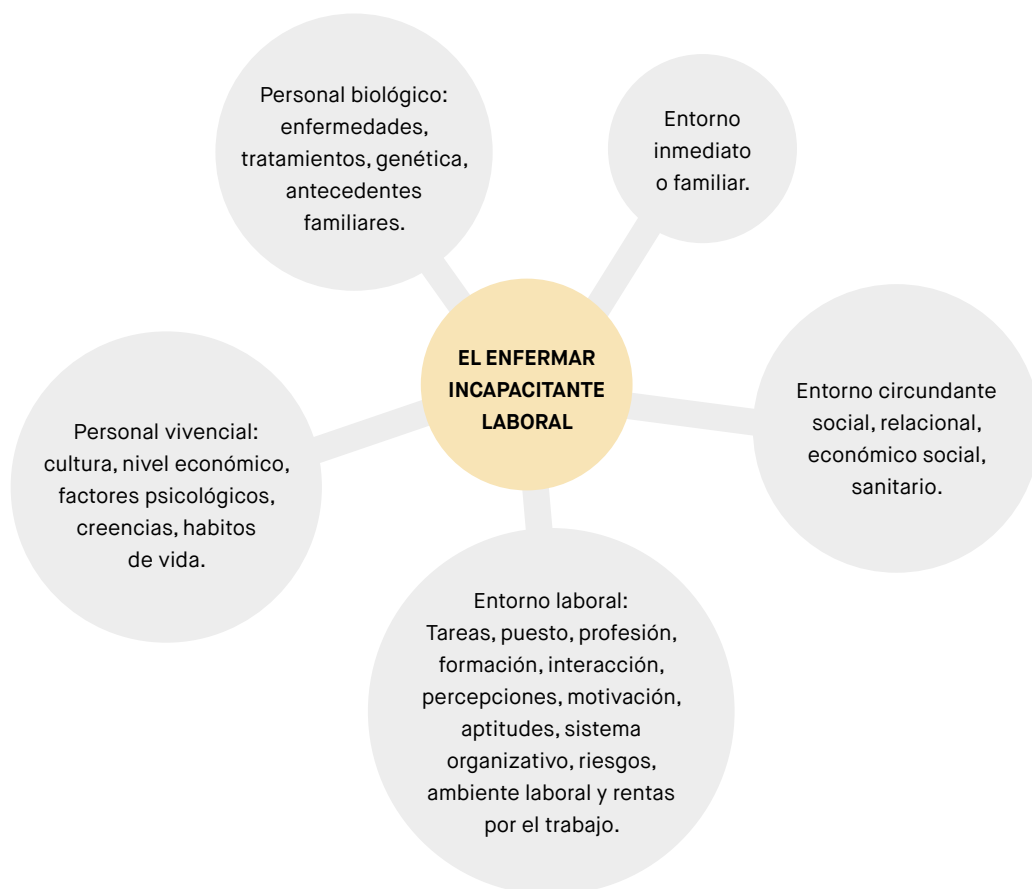
Por todo ello, siendo factores previos a la identificación de la incapacidad, es fundamental la identificación temprana de estos factores psicosociales de riesgo y su prevención para aminorar el absentismo por incapacidad. Para reducir el impacto de los factores psicológicos en la IT es preciso: (a) actuar sobre las respuestas emocionales inadecuadas mediante una atención psicológica precoz; (b) una atención temprana de los procesos osteomusculares y psíquicos; (c) evitar listas de espera para pruebas diagnósticas y para tratamientos; (d) incorporación progresiva al trabajo (altas parciales) tras la incapacidad; (e) facilitar la adaptación laboral ante la reincorporación del trabajador; (f) evitar controversias entre alta médica y no apto con concordancia decisoria; (g) horarios flexibles o reducción horaria que favorezcan la conciliación familiar; (h) prestaciones sociales para la atención a familiares con dependencia o gravemente enfermos y para situaciones de precariedad económica; (i) mayor detección y evitación y protección de los factores psicosociales de riesgo en el trabajo y (j) mejoras en la organización, condiciones y clima laboral, que fomenten la satisfacción y el bienestar laboral.

6.1. *Algo más que lo biológico (enfermedad y limitaciones funcionales) en el enfermar*

La relación entre enfermedad, síntomas, limitaciones funcionales e incapacidad para el trabajo no es una relación lineal, sino condicionada por el determinante biológico, psicosocial, laboral y socioeconómico. Para Vicente y López-Guillén (2018) los factores psicosociales pueden estar en el origen de la baja pues, por definición, son factores de riesgo para la salud o pueden modular la evolución del proceso de IT. Configuran la “actitud” incapacitante, añadida a las aptitudes incapacitantes. La presencia de factores psicosociales (barrera o negativos) son causa o detonante del 75% de los procesos de ansiedad, trastornos adaptativos, procesos ansioso-depresivos y estrés. Asimismo, estos factores están presentes en un 25% de los cuadros lumbares asociados a dolor crónico, en un 35% de los procesos de cáncer de mama, en un 20% de las cardiopatías tipo infarto y en un 20% de los trastornos por dolor poliarticular.

Por lo tanto, en el enfermar están presentes tanto el ámbito personal biológico como los factores psicosociales (Figura 5).

Figura 5. El enfermar y los factores psicosociales.



6.1.1. El ámbito personal biológico

La enfermedad, sus limitaciones funcionales, tratamientos, evolución, la genética y los antecedentes familiares son determinantes para constituir la incapacidad.

6.1.2. Los factores psicosociales de riesgo

Se presentan en diferentes entornos (Vicente y López-Guillén, 2018):

- Entorno personal vivencial: cultural, nivel económico, factores psicológicos, creencias y hábitos de vida.
- Entorno inmediato o familiar: apoyos, cargas, responsabilidades, relación.
- Entorno circundante social: relación, integración, económico, social y sanitario.
- Entorno laboral: tareas, puesto, profesión, formación, interacción, percepciones, motivación, aptitudes, sistema organizativo, riesgos, ambiente laboral y rentas por el trabajo.

Los factores psicosociales deterioran la incapacidad sobrevenida. Se enferma por un determinante biológico (existencia de un diagnóstico, un tratamiento y una evolución), pero los factores psicosociales causan también un impacto en la enfermedad, tanto en su dimensión física y mental como en la calidad de vida, repercutiendo en la expresión clínico-funcional de la enfermedad. Se está incapacitado laboralmente por una enfermedad que precisa de tratamiento y disminuye la capacidad laboral impidiendo trabajar, pero no puede negarse que los factores psicosociales actuarán como facilitadores o como barrera.

Los factores psicosociales actúan en lo referente a las expectativas de curación, en la consideración del paciente de que la enfermedad es más grave de lo que es y en la creencia de que el tratamiento no mejorará sus síntomas. Esto repercutirá directamente en la adherencia terapéutica, disminuyendo las posibilidades de curación o mejoría y trascendiendo a lo motivacional, que finalmente causará una permanencia alargada en la situación de IT, pues ante toda pregunta por si siente o percibe mejoría, la respuesta del paciente será negativa pudiendo suponer más tratamiento o polifarmacia y una respuesta ineficaz. Los factores psicosociales de riesgo actúan en lo referente a las expectativas relativas al trabajo y en percibir que el trabajo es perjudicial, no ayudando al retorno laboral, y repercuten en la toma de decisión del alta médica y el retorno al trabajo, pues el paciente en incapacidad laboral se opondrá a tal consideración y puede llevar a un sobredimensionamiento clínico o a la reagudización de los síntomas psicológicos que, en cualquier caso, complican la toma de decisión.

La presencia de trastornos psicológicos y/o estar sometido a condiciones estresantes en el trabajo, más aún en trabajos con carga mental o responsabilidad o en situaciones de conflicto laboral, no ayudan a facilitar el retorno laboral, y de producirse, conducirán al anteriormente referido presentismo y a la recaída en IT.

Hay que tener en cuenta que el proceso que consta como diagnóstico en el parte de baja será objeto de tratamiento mientras que sobre los factores psicosociales de riesgo no se realiza ninguna intervención y, por tanto, producirán una peor respuesta y frenarán la

disposición o actitud para el regreso al trabajo. Diversas situaciones de conflicto se pueden presentar como factores psicosociales negativos, bien como conflicto familiar (cuidado de familiar gravemente enfermo, separaciones traumáticas, pérdidas familiares, agresiones, desamparo económico familiar, etc.) o como conflictividad laboral (pérdidas de trabajo, mala relación laboral, carencia de ingresos, sucesivas bajas) o conflictividad personal (conductas emocionales, trastornos del ánimo, historia previa de atención psicológica). Por otro lado, los factores psicosociales de riesgo presentes en el trabajo, favorecen el absentismo por IT e influyen en no mejorar la actitud personal para el trabajo ya que si el trabajo es percibido por el trabajador como no saludable y como parte del origen de su proceso, es difícil que su actitud sea la de querer volver a esa actividad laboral. Esta situación es más frecuente cuando el diagnóstico de la baja es por procesos osteomioarticulares o por trastornos de ansiedad o adaptativos (Vicente, 2018a).

Por todo ello debiéramos tener en cuenta el salario emocional, es decir, en qué medida el trabajo compensa para una buena armonización con el resto de los ámbitos vitales.

6.2. *Los nuevos riesgos psicosociales emergentes*

Como apunta Moreno (2011) en el marco laboral preocupan especialmente los llamados riesgos emergentes. Este tipo de riesgos provienen de múltiples campos, como las nuevas tecnologías, los nuevos sistemas de producción, las nuevas materias primas y los nuevos compuestos químicos y biológicos. Queremos resaltar los que están relacionados con el mundo cambiante de las organizaciones, las fluctuaciones económicas rápidas, los nuevos sistemas de trabajo, la nueva sociodemografía del mercado laboral, las nuevas formas de contratación, y en general, las nuevas formulaciones de las relaciones laborales, que precipitan en los denominados *riesgos psicosociales emergentes*. El Estudio de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (OSHA 2007), estableció una lista de 42 riesgos psicosociales emergentes. Gran parte de estos nuevos riesgos psicosociales están causados por un doble fenómeno: la expansión del sector terciario de la producción, sector servicios, y el proceso de la globalización en sus múltiples facetas, una de las cuales es la del mercado de trabajo, estando ambos fenómenos estrechamente asociados.

7. La actitud y los aspectos psicosociales

La actitud y los aspectos psicosociales están en la génesis, desarrollo, prolongación y la determinación del daño incapacitante laboral. La actitud del trabajador y los factores psicosociales deben observarse para evitar que la incapacidad se inicie, evitar su perpetuación y actuar para procurar un buen retorno laboral, una correcta reintegración o al menos adaptación cuando se dan secuelas definitivas. Las aptitudes, la capacitación, la competencia y las habilidades suman, la actitud es un factor potenciador (Vicente y López-Guillén 2018).

7.1. *La actitud y su repercusión en la capacidad laboral*

La actitud es la disposición relacionada con el aspecto emocional y motivacional de un trabajador, que, en determinadas situaciones, hace que aun con un mismo proceso, unas mismas limitaciones, un mismo trabajo, un trabajador acuda a trabajar y otro no, esto es, que un trabajador tenga estímulo para reiniciar la vida laboral, y otro la demore.

Las incapacidades podríamos clasificarlas en tres apartados: a) incapacidades indubitadas derivadas de severas afecciones (como el cáncer, amputaciones, deterioros sistémicos...); b) patologías y sus consecuencias con limitaciones que se tornarán incapacitantes dependiendo el trabajo que se realice; y en último lugar, c) un cajón de sastre donde entrarían las situaciones de fraude, simulación, exageración sintomática, sobredimensionamiento clínico, de mayor dificultad valorativa.

En estos dos últimos apartados, la actitud pesa tanto como la aptitud. Para expresarlo de una forma gráfica, la aptitud y su merma condicionan la capacidad o la incapacidad, pero la actitud es un factor multiplicador de una u otra condición.

7.2. *El riesgo moral o la actitud intencionada distorsionante*

La incapacidad laboral no está exenta sino impregnada de comportamientos oportunistas, procesos de intención y riesgo moral. Entendiendo por riesgo moral el que en los sistemas de aseguramiento está influenciado por la propia conducta del presunto incapacitado y la asimetría en el conocimiento y la información auténtica y exacta. Sobre cómo de verdad se siente y se muestra el incapacitado y cómo de verdad está, pues el presunto incapacitado tiene la información auténtica de cómo se siente, y qué y cómo debe transmitir cómo se siente y cómo está respondiendo al tratamiento y, en definitiva, cómo evoluciona y qué secuelas mantiene. Es decir, la actitud expresada ante el controlador y sus controles. El riesgo moral sería el componente voluntario, el buen obrar del incapacitado depositado en la buena fe del individuo a la hora de hacer uso de la incapacidad. Este componente actitudinal es el que puede dar inicio, prolongar la incapacidad o impedir el retorno, añadiendo un período extra al «período de sanidad» o de «recuperación fisiológica» o de «restablecimiento funcional» o «consolidación lesional». En un mundo cambiante y además en crisis, el componente actitudinal supone consecuencias que también se extienden al ámbito de la valoración de la capacidad laboral/incapacidad y su consideración. El coste global de la IT fluctúa, pero no por un peor o mejor control médico o adecuación de la misma, sino por múltiples factores, algunos ajenos a la salud (la enfermedad) y lo sanitario (atención sanitaria), como la situación de la economía o el territorio donde se vive. Cuando aludimos al abuso de las bajas, no sólo sería por su prolongación inadecuada, sino que también puede darse en procesos de bajas cortas pero reiteradas (hiperfrecuentación). Para Fernández-Suárez et al (2020) como factor de absentismo más frecuente y prolongado, está el de la seguridad en el empleo, pues se evidencia que los trabajadores con contrato temporal manifiestan un porcentaje menor de procesos por enfermedad común que los trabajadores con contrato fijo. Frente al absentismo por incapacidad conviene no olvidar otro fenómeno que se ha comentado antes y que afecta a la capacidad de producción del trabajador que es el presentismo (situación

ligada a la precariedad laboral, es decir trabajadores que debieran estar de baja pero no están por miedo a perder el trabajo).

Algunas de estas circunstancias pueden guardar causa en la actitud intencionada, el riesgo moral que conllevan y el abuso o fraude en la incapacidad. El riesgo moral en la incapacidad por la actitud intencionada de obtener aquello que no procede, puede desencadenar en simulación. El riesgo moral guarda relación con el componente funcional añadido, el componente voluntario de disfunción, el sobredimensionamiento clínico, la aptitud «administrada», la exageración sintomática, la exploración artefactada, el miedo irracional al retorno laboral, la actitud rentista, la actitud demostrativa, el convencimiento de estar en su derecho, la teatralización sintomática, la actuación disfuncional, el síndrome de lección aprendida, la incongruencia en hallazgos exploratorios o mediante maniobras diferidas o de distracción o combinadas normofuncionales.

En definitiva, el riesgo moral es el añadido incapacitante entre el momento en que se debiera haber procedido al alta por recuperación funcional y el momento en que esta se produce, lo que prolonga el absentismo.

Figura 6. El riesgo moral.

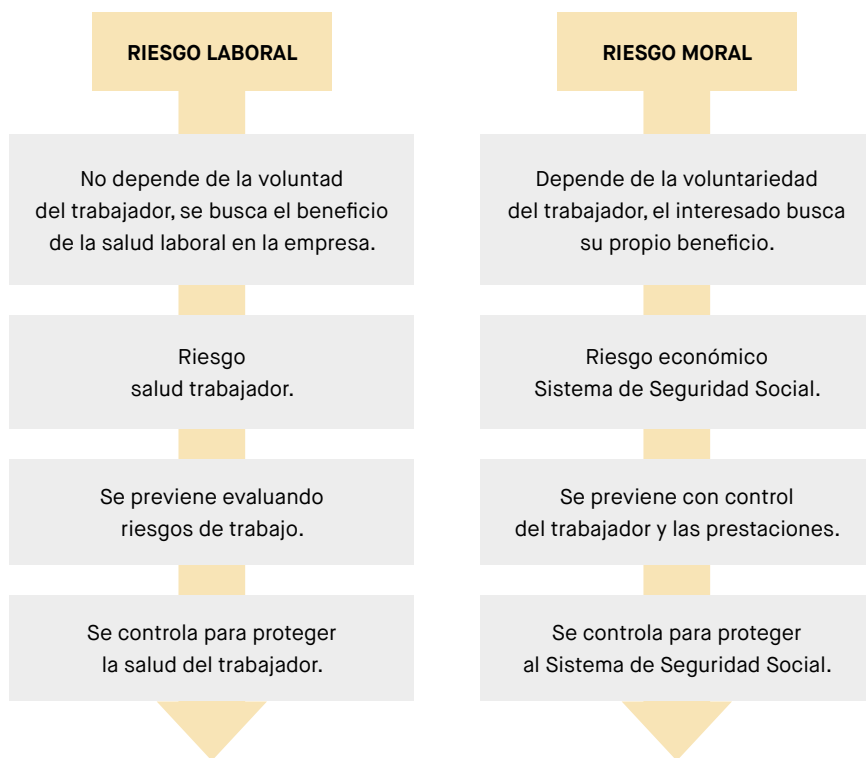


7.3. Diferencias entre riesgo laboral y riesgo moral

Para Vicente (2018b) el riesgo laboral es un concepto preventivo en salud laboral. El riesgo laboral es la posibilidad de que un trabajador sufra una enfermedad laboral o un accidente de trabajo en relación al peligro que esta actividad entraña. La incapacidad laboral es la consolidación del riesgo, guarda relación con la protección y prevención de la salud laboral, pues a mayor prevención menores situaciones de incapacidad se producen. En el origen de algunas bajas está un fracaso en la prevención. Además, debemos entender que se está en incapacidad por estar impedido o incapacitado, bien temporal o bien definitivamente para trabajar, y que en caso de trabajar en esa situación su salud estaría en peligro, y es en estas situaciones donde la prevención secundaria tiene como objetivo remitir en lo posible esta situación incapacitante procurando la más temprana y completa restitución que posibilite un retorno laboral saludable.

El riesgo moral en las situaciones de incapacidad define el alargamiento o mantenimiento de un proceso de incapacidad con carácter voluntario del trabajador con la intención de hacer un uso perverso de la prestación. Vicente (2018b) profundiza en este concepto considerando que es el riesgo que corremos al valorar una situación de incapacidad sobre la confianza en la buena fe del interesado, o en el obrar de buena fe del ciudadano que va a referirnos su verdadera situación de incapacidad sin distorsión, sin tergiversación o sin engaño. El riesgo moral, incide tanto en el alargamiento como en el acceso a la incapacidad de forma inadecuada y tiene enormes repercusiones, directas e indirectas sobre el sistema productivo y una repercusión directa en el gasto de prestaciones por incapacidad. El riesgo moral puede ser causa de un número considerable de situaciones indebidas de incapacidad, con las importantes consecuencias económicas para el sistema de aseguramiento público. Por todo ello conviene apreciarlo y controlarlo.

Figura 7. Diferencias entre riesgo laboral y riesgo moral.



El riesgo moral enlaza con la incapacidad refugio y con el fraude a la Seguridad Social. Para Vicente y López-Guillén (2018) la denominada «incapacidad refugio», consiste en utilizar incapacidad laboral para proteger situaciones de dificultad personal, social, familiar, económica o laboral, pero no para proteger la pérdida de la salud laboral que impide trabajar. Tiende a cubrir, bajo el amparo de diagnósticos inespecíficos y sin menoscabo real de las capacidades funcionales, el cuidado de hijos, cuidado de familiares

enfermos, demandas laborales insatisfechas, frustraciones, o enojo ante acuerdos de empresa o resoluciones contrarias de la administración, problemas o necesidades personales, dificultades o adversidades de la vida, sufrimientos de la vida o del ordinario vivir, desmotivación personal, necesidades económicas, obligaciones personales, sociales o familiares. Son estos, en ocasiones problemas serios, pero sin la necesaria presencia de limitaciones funcionales como consecuencia de la enfermedad que precisen de tratamiento «médico» o de «solución sanitaria».

7.4. *La valoración de la actitud como prevención de la incapacidad laboral*

La valoración de la actitud guarda relación estrecha y directa con lo preventivo cuando se tiene la constatación de que hay factores de riesgo psicosocial en el trabajo, y estos están tanto en el origen de la enfermedad que ha dado lugar a la baja como en su prolongación. Aquí es cuando la IT, su duración y su resolución, debe de contemplar el abordaje de su situación impeditiva médica para el trabajo de forma integral y preventiva, actuando de forma responsable frente a la reincorporación al trabajo cuando se considere el alta médica para un trabajo donde están presentes estos riesgos psicosociales laborales.

Para actuar con prevención en la incapacidad y evitar las recaídas y/o el desamparo del trabajador, debe existir implicación de todos los ámbitos presentes en el abordaje de la incapacidad médica laboral, es decir el ámbito sanitario atencional, el de la gestión de la IT y el laboral; buscando primero la reparación de las capacidades perdidas por la enfermedad con el tratamiento médico eficaz y temprano, la intercomunicación fluida de los ámbitos implicados en la incapacidad para una mejor toma de decisiones y fomentar empresas saludables, sin problemas organizacionales que estén en la génesis causal de la enfermedad. Si pretendemos ámbitos laborales saludables, es preciso mejorar las condiciones de trabajo y el clima laboral, pues no en vano de cada 100 días de baja, 32 son atribuibles a problemas de salud relacionados o empeorados por el trabajo según los datos de la Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo de 2015. Baste por último considerar que un porcentaje elevado de trabajadores en baja prolongada o hiperfrecuentadores refieren no tener motivación hacia el trabajo o considerar a este como perjudicial para su salud (en torno al 28%).

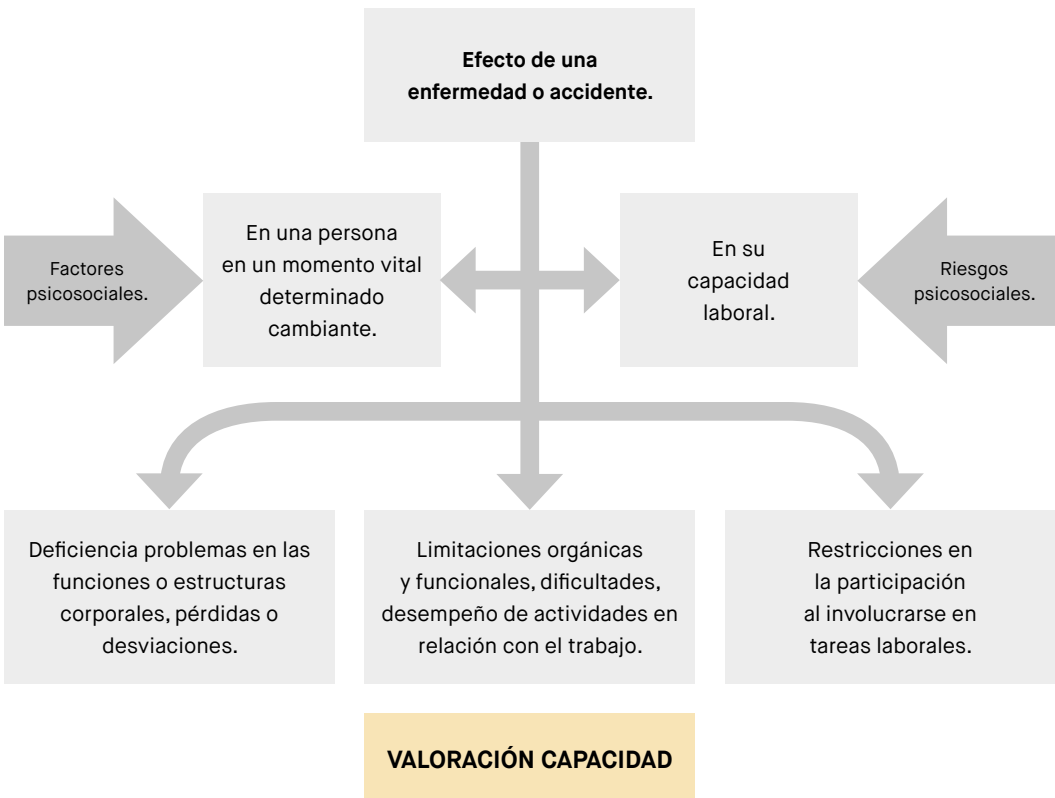
Todo ello nos lleva a no menospreciar la valoración de la actitud del trabajador, a no penalizarla o desconsiderarla y a trabajar en la atención sanitaria del trabajador en incapacidad, los aspectos psicológicos para mejorar los comportamientos inadecuados (erróneas o irracionales) a lo largo del proceso, es decir preparando al trabajador sobre la vuelta al trabajo, una vez superado el período agudo de la incapacidad.

8. Clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud

Para Jiménez et al. (2002) la Clasificación Internacional del Funcionamiento la Discapacidad y la Salud (CIF, 2001) supuso el marco conceptual y paradigma de la clasificación del funcionamiento humano, valorando la discapacidad y la salud desde la transversalidad y la universalidad inclusiva basada en el modelo biopsicosocial y haciéndolo operativo. La CIF conceptúa la clasificación de la discapacidad en la consideración de los factores contextuales ambientales y personales (citados como contexto externo el ambiente físico-social y contexto interno el actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas) actuando con interrelación bien como facilitadores o como barreras de la “funcionalidad”. Desde este punto de vista, la discapacidad se establece no sólo por las disfunciones o limitaciones funcionales o pérdidas anatómicas, sino por cuanto que haya barreras que impidan o condicionen o restrinjan la actividad y la participación de un individuo. Es decir, la discapacidad es una situación y no una condición de la persona.

Es decir, se estará incapacitado no solo por las deficiencias o limitaciones, sino en virtud de los obstáculos o barreras que uno mismo o el entorno laboral o social presenten

Figura 8. Valoración de la capacidad/incapacidad, según el esquema de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF).



y hagan o no posible la participación y el ejercicio laboral; y se estará capacitado cuando, con las deficiencias y limitaciones presentes, haya elementos facilitadores y adaptaciones a la diversidad funcional. Lamentablemente la CIF no fue incorporada a la valoración de la capacidad laboral.

9. Prevención de la incapacidad laboral

La valoración de la incapacidad no puede olvidar la trascendencia de las acciones preventivas. De hecho, la incapacidad supone un cierto fracaso de la prevención. Debe protegerse la salud laboral, la capacidad laboral, para evitar la aparición de la incapacidad tanto temporal como permanente, y evitar lo evitable. La incapacidad es un indicador de salud laboral y de que debe actuarse para la integración laboral saludable y duradera tras la incapacidad y para prevenir su aparición.

La organización de la empresa y el sistema productivo, fomentando la salud, la seguridad y el bienestar de los trabajadores, desde un punto de vista saludable e integral, son el mejor de los escenarios para disponer de elementos facilitadores de la integración completa del trabajador en el ámbito laboral, aun en situaciones de disfunción o diversidad funcional, incluyendo las situaciones de enfermedad.

La incapacidad laboral es algo más que una mera gestión de prestaciones económicas. La incapacidad laboral debe ser utilizada como indicador de salud laboral y, en su análisis de consecuencias, poder servir como elemento de referencia para actuar en prevención y no solo en la prestación económica.

En definitiva, debe procederse a la implantación de auténticas políticas de inclusión laboral de los trabajadores en incapacidad mediante estrategias que favorezcan el retorno al trabajo y aprovechar las capacidades de los trabajadores en situación de vulnerabilidad derivada de la incapacidad, procurando su más rápido restablecimiento y el retorno al trabajo saludable y duradero.

9.1. *Prevención primaria*

Para López-Guillén y Vicente (2018) la prevención primaria consiste en evitar que la incapacidad se produzca. Su ámbito de actuación corresponde, por una parte, a los servicios públicos de salud de las CCAA y los servicios médicos de empresa, y por otra a los servicios de prevención responsables de la vigilancia, promoción y prevención de la salud laboral. La prevención actúa sobre la incidencia y es anterior a la incapacidad. Esto se logra mediante acciones tempranas de promoción y atención de la salud, y la implementación de políticas de prevención de riesgos laborales mejorando las condiciones de trabajo, y efectuando un control de la siniestralidad laboral y del enfermar ocupacional.

La prevención primaria en materia de incapacidad laboral precisa conocer los factores de riesgo de incapacidad para actuar sobre ellos, es decir, conocer las causas en origen de la incapacidad laboral: qué procesos, con qué limitaciones, tras qué tipo de tratamientos, accesibilidad sanitaria, a qué colectivos afecta por edad, sexo, sector de actividad, ocupación, tareas, riesgos laborales, condiciones de trabajo, apoyos en el entorno personal y del trabajo, situación laboral, factores económicos, sociales y poblacionales.

Para una correcta prevención primaria se precisa de una coordinación y comunicación de información entre el ámbito sanitario y el ámbito preventivo laboral, lo que en la práctica no sucede. Pues es cierto que la información médico laboral compartida entre el ámbito sanitario y el prestacional es limitada, y entre estos y el ámbito laboral prácticamente nula. A modo de ejemplo, ni siquiera los aplicativos informáticos de cada institución permiten compartir o visualizar información de los pacientes. No resulta pues sencillo comprobar el resultado o la solicitud de pruebas complementarias, el estado de los evolutivos por especialidades o simplemente los informes de alta emitidos.

9.2. *Prevención secundaria*

La prevención secundaria según López-Guillén y Vicente (2018), consiste en que una vez iniciada la incapacidad, ésta dure lo menos posible y se consiga la más temprana y mejor recuperación de las capacidades perdidas. La prevención secundaria actúa sobre la duración en la incapacidad ya producida, y forma parte de una gestión integral de la incapacidad para procurar la pronta recuperación de quién padece una incapacidad laboral. Y ¿qué sería preciso entonces? Pues una actuación temprana y con excelencia clínica, pero también conocer los factores que alargan la incapacidad, tanto los vinculados a la propia enfermedad, como la gravedad del proceso o la mala respuesta individual a los tratamientos, como los vinculados al conocimiento y abordaje de factores ajenos a este «enfermar», que son múltiples: (a) no acceso a la sanidad en tiempo y forma adecuada debido a las listas de espera para pruebas diagnósticas, evolutivas o terapéuticas; (b) factores psicosociales en el trabajo; (c) las banderas amarillas en la incapacidad (factores ajenos a la enfermedad que predican que se alargará la baja); (d) falta de apoyo en el entorno personal; (e) trabajo exigente para las limitaciones funcionales sobrevenidas; (f) factores económicos; (g) inadecuación de la incapacidad por ser una situación de incapacidad refugio (para cubrir otras necesidades que no las derivadas de una enfermedad); (h) o el componente voluntario en el alargamiento de la incapacidad.

El ámbito de actuación en situación de IT corresponde a los servicios públicos de salud y la responsabilidad de su correcto control a los inspectores médicos del INSS, de las CCAA y las Mutuas colaboradoras, quienes deberían poner en marcha una actuación temprana y el abordaje de los factores ajenos antes mencionados.

9.3. *Prevención terciaria*

Por último para López-Guillén y Vicente (2018) la prevención terciaria de la incapacidad consiste en que, una vez restablecida la capacidad laboral tras el período de incapacidad, esta situación mantenga continuidad en el tiempo, evitando las recaídas, lograr una efectividad en el reingreso al trabajo procurando la adecuada prestación del trabajo y en las mejores condiciones del entorno laboral. La prevención terciaria pretende la reintegración al trabajo y supone mantener al trabajador recuperado de la incapacidad laboral con un retorno saludable y duradero, es decir, sin que el trabajo perjudique su salud o sea causa de recaída y resulte eficiente. Por ello debemos conocer si el retorno es efectivo y disponer de datos de recaída en situación de incapacidad o de abandono del trabajo por causas de salud, así como la posibilidad del presentismo.

Para una correcta reincorporación, partimos de la adecuada decisión para finalizar la incapacidad, es decir, la decisión del alta médica tras la incapacidad (decisión que puede partir del Servicio Público de Salud o desde las inspecciones médicas del INSS o las CCAA) o la declaración de no incapacidad laboral (INSS).

Es preciso reseñar que la consideración del fin de la situación de incapacidad laboral, la mejora y restitución de la capacidad laboral, debe hacerse conociendo el trabajo que se realiza y no mediante referencias inexactas o imprecisas. Por lo tanto se hace ineludible la implantación de la «Ficha ocupacional» ya referida en otro epígrafe anterior, que facilitaría el conocer el trabajo que el trabajador en situación de baja realmente realiza, y por ello no solo tener pleno conocimiento para la extensión de la baja o su confirmación o prórroga, sino para obrar con pleno conocimiento en la extensión del alta médica o en la no declaración de la incapacidad o en los procesos revisorios de la misma.

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales marca la política en materia de prevención de riesgos laborales y el conjunto de actuaciones de los poderes públicos dirigidas a la promoción de la mejora de las condiciones de trabajo para elevar el nivel de protección de la salud y la seguridad de los trabajadores, y el texto refundido de la LGSS de 2015 establece los conceptos de IP e IP, y su protección. Pero más allá de la norma que regula los aspectos de la incapacidad laboral o la prevención, hay un continuo y una consecuencia derivada de las actuaciones que unas entidades u otras realicen, y que el trabajador es uno, tanto en la situación de baja o de incapacidad laboral, como en la vuelta al trabajo tras alta médica o no declaración de incapacidad.

10. Conclusiones

La valoración de la capacidad/incapacidad precisa de un conocimiento de la norma que la regula. De igual modo, constituye en sí misma una «maestría» una *lex artis* específica, para la que se debe adquirir una formación especializada, completa, que nos permita adquirir conocimientos.

Para la valoración de la capacidad/incapacidad laboral precisamos conocer la capacidad laboral del trabajador y la valoración del trabajo para el que se está capacitado o incapacitado y de qué manera. Para la valoración de las capacidades del trabajador debemos conocer cómo efectuar la valoración y cómo realizar el informe para su evaluación. Para la valoración del trabajo precisamos de una información profunda, detallada y exhaustiva de en qué consiste su trabajo, tareas, actividades, condiciones y requisitorias. Será de la relación entre el conocimiento completo del estado de salud del trabajador –con sus características individuales y las capacidades funcionales que le restan o mantiene en un momento dado ante una situación de pérdida temporal o permanente derivada de la pérdida de la salud– y el conocimiento del trabajo, circunstancias especiales, formación, requerimientos, condiciones de trabajo y riesgos presentes lo que nos lleve a un correcto juicio clínico laboral. No olvidemos que el trabajo condiciona el inicio de la baja, su mantenimiento y el alta médica, pues se está en situación de IT mientras persista el impedimento que ocasionó para el trabajo. Y que el trabajo condiciona la IP pues la condición para la incapacidad total para la profesión habitual es estar inhabilitado para la realización de todas o de las fundamentales tareas de dicha profesión, siempre que pueda dedicarse a otra distinta y se esté en situación de IP absoluta para todo trabajo

cuando el trabajador está inhabilitado por completo para toda profesión u oficio.

Finalmente, no olvidar que aun no siendo determinantes por sí solos, la actitud y los factores psicosociales condicionan la incapacidad y es preciso tenerlos en cuenta.

11. Preguntas para la reflexión

1. ¿Qué variables influyen en la incapacidad laboral? ¿Cuáles son las variables de mayor impacto?
2. ¿Ayudaría para la mejor valoración de la incapacidad laboral el disponer de manuales de valoración de la incapacidad laboral públicos?
3. ¿Todas las situaciones de incapacidad laboral temporal, tanto por tipo de procesos, como por evolución y duración, deben seguir bajo seguimiento del médico de atención primaria? ¿Qué procesos precisarían un control ajeno al médico de atención primaria?
4. ¿Ayudaría a la mejor toma de decisiones unos EVIs reformados, integrados de forma exclusiva por técnicos laborales y médicos evaluadores?
5. ¿En qué medida el uso de una ficha de evaluación de requerimientos del trabajo elaborada por los servicios de prevención ayudaría a la mejor valoración de la capacidad/incapacidad laboral?
6. ¿Es necesario y en qué forma una actualización del sistema de prestaciones de incapacidad laboral en materia de seguridad social?
7. ¿Se dispone de información compartida entre el ámbito sanitario, el de los controladores de la incapacidad laboral y el ámbito de la salud laboral? ¿Cómo podría mejorarse?
8. ¿Convendría y qué en forma una renovación tanto de la norma en prevención (Ley de Prevención de Riesgos Laborales de 1995), como del concepto de aptitud laboral y el de la incapacidad laboral?
9. ¿Se contemplan adecuadamente los factores psicosociales y la valoración psicológica de la actitud en la valoración de la incapacidad laboral? ¿Cómo debieran de valorarse los factores psicológicos y la actitud?
10. ¿Hasta qué punto el "riesgo moral" por comportamientos actitudinales distorsionantes incide en la valoración de la capacidad laboral?

12. Referencias bibliográficas

- Ash, R. A., (1988). Job analysis in the world of work. In Gael, S. (Ed), *The job analysis handbook for business, industry, and government*. Nueva York, Estados Unidos de América: John Wiley and Sons.
- Benavides, F., Gimeno, D., Benach, J., Martínez, J. M., Jarque, S. y Berra, A. (2002). Descripción de los factores de riesgo psicosocial en cuatro empresas. *Gaceta Sanitaria*, 16, 222-229.
- Catálogo General de Publicaciones Oficiales (2014). *Guía de Valoración Profesional del Instituto Nacional de Seguridad Social*. Recuperado el 13 de mayo de 2021 de, http://www.seg-social.es/wps/wcm/connect/wss/661ab039-b938-4e50-8639-49925df2e6bf/GUIA_VALORACION_PROFESIONAL_2014_reduc.pdf?MOD=AJPERES&CVID
- Catálogo General de Publicaciones Oficiales (2016). *Guía de valoración de Incapacidad Laboral Temporal para Médicos de Atención Primaria*. Recuperado el 13 de mayo de 2021 de, http://www.isciii.es/isciii.es/contenidos/fd-publicaciones-isciii/fd-documentos/guia_de_valoracion_de_incapacidad_laboral_para_ap.pdf
- Dictionary of Occupational Titles (DOT) del Departamento de Trabajo de Estados Unidos (2011). Recuperado el 28 de junio de 2021 de, https://occupationalinfo.org/appendxb_1.html
- Fernández-Suárez, I., Botey, M. y Torrano, F. (2020). Influencia de las condiciones de contratación en el absentismo laboral. *Anales de psicología / annals of psychology 2020, vol. 36, no 3 (octubre), 503-511*. <https://doi.org/10.6018/analesps.371201>
- García-Izquierdo, A. L., Vilela, L. D., & Moscoso, S. (2015). Work analysis for personnel selection. In I. Nikolaou & J. K. Oostrom (Eds.), *Employee recruitment, selection, and assessment: Contemporary issues for theory and practice* (pp. 9–26). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Goiria Ormazábal, J. (2014). Ficha de valoración ocupacional para trabajadores en Incapacidad Temporal (IT) en el País Vasco: valoración de requerimientos del trabajo en pacientes en IT o al alta. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 60(Supl. 1), 110-123.
- Jiménez, MT., González, P. y Martín, JM. (2002). La clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF) 2001. *Revista Española de Salud Pública*, 76(4), 271-279. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000400002&lng=es&tlng=es
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales. *Boletín Oficial del Estado*, 269, de 10 de noviembre de 1995. <https://www.boe.es/buscar/pdf/1995/BOE-A-1995-24292-consolidado.pdf>
- López-Guillén, A. y Vicente, JM. (2018) Necesidad de políticas de retorno al trabajo tras incapacidad laboral prolongada, en materia de seguridad Social. *Medicina y seguridad del trabajo*, 64 (253), 379-401.
- Moreno, Bernardo. (2011). Factores y riesgos laborales psicosociales: conceptualización, historia y cambios actuales. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57 (Supl. 1), 4-19. <https://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2011000500002>
- OSHA, European Agency for Safety and Health at Work (2007). *European risk observatory report. Expert Forecast on emerging Psychosocial risks related to occupational safety and health*. Recuperado el 28 de junio de 2021 de, osha.europa.eu/en/publications/reports/7807118
- Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración. *Boletín Oficial del Estado*, 176, 57579-57596, de 21 de julio de 2014. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2014/07/18/625>
- Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. *Boletín Oficial del Estado*, 261 de 31 de octubre de 2015. <https://www.boe.es/eli/es/rdlg/2015/10/30/8/con>
- Sanderson, K. y Cocker, F. (2013) Presenteeism: Implications and health risks. *Australian Family Physician*, 42 (4), 172-175. <https://www.racgp.org.au/afp/2013/april/presenteeism/>
- The Occupational Information Network O*NET online. Recuperado el 28 de junio de 2021 de, <https://www.onetonline.org/>
- Vicente, JM. (2008). *Manual de evaluación de requerimientos para la valoración de la capacidad laboral (MERCAL)*. Recuperado en 13 de mayo de 2021, de <https://www.adegi.es/adegi/el-mercal-manual-evaluacion-requerimientos-valoracion-capacidad-laboral/>
- Vicente, JM. (2014). La valoración de la profesión, del trabajo, de la ocupación, y de las tareas en el procedimiento de valoración de la capacidad laboral en materia de seguridad social. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 60 (237), 660-674.

- Vicente, JM. (2017). No apto pero no incapacitado. La controversia del ser o no ser. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 63 (247), 131-158.
- Vicente, JM. (2018a). La gestión de la incapacidad laboral algo más que una cuestión económica. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 64 (251), 131-160.
- Vicente, JM. (2018b) Incapacidad laboral, riesgo moral y riesgo laboral. *Publicado en Prevencionar.com*. Recuperado el 1 de mayo de 2021 de <https://prevencionar.com/2018/05/08/incapacidad-laboral-riesgo-moral-y-riesgo-laboral/>
- Vicente, JM. y López-Guillén, A. (2018). Los factores psicosociales como predictores pronósticos de difícil retorno laboral tras incapacidad. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 64 (250), 50-74.