



EN TORNO AL PACIENTE

Minusvalía, discapacidad e incapacidad. Una revisión desde la legislación española

M.T. Vicente-Herrero^{a,*}, M.J. Terradillos García^b, L.M. Capdevila García^c,
M.V. Ramírez Iñiguez de la Torre^d, E. Aguilar Jiménez^e y A.A. López-González^f

^aMedicina del Trabajo, Correos, Valencia-Castellón, España

^bInstituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), Madrid, España

^cMedicina del Trabajo SPM MAPFRE, Valencia, España

^dMedicina del Trabajo, Correos, Albacete-Cuenca, Coordinación de Medicina del Trabajo en el Servicio de Prevención y Sanidad Industrial, Albacete, España

^eInstituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), Valencia, España

^fMedicina del Trabajo, Servicio de Prevención de GESMA, Palma de Mallorca, España

Recibido el 22 de abril de 2010; aceptado el 2 de junio de 2010

Disponible en Internet el 10 de julio de 2010

PALABRAS CLAVE

Discapacidad;
Incapacidad;
Minusvalía;
Medicina del trabajo

Resumen

Los conceptos de minusvalía, incapacidad y discapacidad forman parte de la terminología habitual del médico de cualquier especialidad, aunque en ocasiones no se diferencian correctamente. Lo mismo ocurre con los procedimientos a seguir para su valoración y baremación y los organismos oficiales competentes para realizar tal función.

Sin embargo, la trascendencia socioeconómica que conllevan hace necesario un conocimiento elemental en esta materia que permita orientar a las personas con patologías crónicas limitantes o con deficiencias físicas o psíquicas y, a su vez, poder encauzar desde su inicio los procedimientos administrativos para su tramitación, en los que el informe médico es una pieza elemental y determinante.

Es necesario conocer la regulación legislativa que ha de ser aplicada para que, tanto en ámbito laboral como en apoyo de los médicos especialistas o médicos de atención primaria, se pueda actuar de forma coordinada optimizando los recursos disponibles y favoreciendo la obtención de resultados.

© 2010 Elsevier España, S.L. y SEMERGEN. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: teovicente@ono.com (M.T. Vicente-Herrero).

KEYWORDS

Disability;
Handicap;
Impairment;
Occupational
medicine

Handicap, disability and impairment. A review from spanish legislation**Abstract**

The terms HANDICAP, DISABILITY and IMPAIRMENT are part of the common lexicology of doctors in any speciality, although sometimes their definitions are not properly differentiated. The same mistake is found around the knowledge of the procedures concerning their evaluation, certification, grading and the official bodies who carry out these functions. However, they have such a socioeconomic importance that basic training is essential in order to guide people suffering from chronic disabling diseases or with mental or physical handicaps into the administrative procedures from the beginning. In these cases the medical report is a determining and essential factor. Knowledge of the legal regulations which must be applied is essential in order to act in a coordinated way, to optimize the available resources, and to promote satisfactory ending results.

© 2010 Elsevier España, S.L. and SEMERGEN. All rights reserved.

Introducción

Los conceptos de minusvalía, discapacidad e incapacidad forman parte de la terminología médica habitual y, en especial, componen un importante capítulo en la labor del día a día del médico del trabajo. Pese a tener en común el que cada una de esas definiciones trata de las limitaciones y deficiencias originadas en las personas por patologías, lesiones o malformaciones, se diferencian claramente por la forma de valoración, las prestaciones asociadas y el ámbito social o laboral en el que se encuadran.

Para poder adentrarse en las implicaciones que conllevan estos procesos basta apuntar unos datos básicos: en el año 2009 se tramitaron en el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) y a cargo de los Equipos de Valoración de Incapacidades (EVI) 166.982 expedientes de valoración de Incapacidad Permanente, se realizó el seguimiento de 593.625 procesos de Incapacidad Temporal y se valoraron en las Consejerías de Asuntos Sociales y por los Equipos de Valoración y Orientación (EVO) un número importante de solicitudes de reconocimiento de minusvalía, sirviendo cuantitativamente como referencia las cifras de la Comunidad Valenciana, estimadas en más de 30.000 procesos tramitados durante el 2009.

Vista pues la trascendencia del tema, se revisarán a continuación los conceptos básicos de cada uno de estos términos:

- Se entiende por deficiencia toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Puede ser temporal o permanente y en principio afecta sólo al órgano.
- Se entiende por discapacidad toda restricción o ausencia (debido a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano. Conciene a habilidades, en forma de actividades y comportamientos que son aceptados en general como elementos esenciales en la vida diaria.

La discapacidad puede surgir como consecuencia directa de la deficiencia o como consecuencia indirecta por la respuesta del propio individuo.

Las discapacidades se clasifican en 9 grupos: de la conducta, de la comunicación, del cuidado personal, de

la locomoción, de la disposición del cuerpo, de la destreza, de situación, de una determinada aptitud y otras restricciones de la actividad.

- Se entiende por minusvalía toda situación desventajosa para un individuo determinado, producto de una deficiencia o una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso en función de la edad, sexo y factores sociales y culturales.

La minusvalía representa la socialización de una deficiencia o discapacidad, reflejando las consecuencias que se derivan de las mismas.

Las podemos clasificar de acuerdo a 6 grandes esferas, denominados «roles de supervivencia», en las que se espera demostrar la competencia de una persona, y que son: de orientación, de movilidad, de independencia física, ocupacional, de integración social, de autosuficiencia económica y otras.

El diagnóstico de una persona con discapacidad deberá realizarse en relación a la deficiencia que la ocasiona junto a las consecuencias de la misma, que además podrán derivar en minusvalía sin relación lineal entre ellas, ya que pueden darse situaciones en las que una deficiencia no cause discapacidad pero sí minusvalía.

En el año 2001 la OMS aprobó la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF)¹ que contempla la discapacidad desde un punto de vista más global, ya que el término «Discapacidad» hace referencia a los aspectos negativos de la interacción entre la salud de un individuo y los factores contextuales (ambientales y personales) y es utilizado como término genérico que incluye deficiencias en las funciones y estructuras corporales, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. En el mismo sentido, «Funcionamiento» se entiende como una interacción dinámica entre la salud y los factores contextuales.

Según la CIF, la enfermedad y la incapacidad son conceptos diferentes que pueden observarse de manera independiente y que no siempre presentan una relación predictora de una con respecto a la otra, ya que tienen distintas características. De este modo, dos personas con la misma enfermedad pueden tener estados funcionales diferentes.

Por otra parte la CIF incorpora el concepto de «Limitaciones en la actividad», entendido como la dificultad para realizar alguna actividad, pudiendo abarcar desde una dificultad leve a una grave, tanto en calidad como en cantidad, comparada con la que se espera realizaría una persona sin esa condición de salud. Esta expresión sustituye al término «Discapacidad» de la versión anterior de 1980, la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM)².

La CIF está basada en la integración del modelo médico y del modelo social sobre incapacidad, por lo que ésta puede estar definida como el resultado de una compleja relación entre la salud de una persona y los factores personales y externos que representan las circunstancias en las que vive esa persona.

Los conceptos *Discapacidad* e *Incapacidad* a lo largo de los años han sido tratados y utilizados como similares; sin embargo, en nuestro ámbito social, laboral y legal existen importantes diferencias. En el diccionario de la Real Academia Española, *Discapacidad* se define como cualidad de discapacitado, entendiendo como tal «Que tiene impedida o entorpecida alguna de las actividades cotidianas consideradas como normales, por alteración de sus funciones intelectuales o físicas». Sin embargo *Incapacidad* se recoge como «Estado transitorio o permanente de una persona que, por accidente o enfermedad, queda mermada en su capacidad laboral», e incluso recoge la definición específica de *Incapacidad laboral* como un término de Derecho: «Situación de enfermedad o de padecimiento físico o psíquico que impide a una persona de manera transitoria o definitiva realizar una actividad profesional y que normalmente da derecho a una prestación de la Seguridad Social».

Por ello se puede concluir que la *Incapacidad* se deriva de la relación entre las condiciones de salud de la persona y el trabajo, mientras que la *Discapacidad* lo hará de la relación entre dichas condiciones de salud y el medio ambiente en el que la persona desarrolla su vida.

El concepto de *Capacidad* como «aptitud o suficiencia para hacer algo» y su contrario *Incapacidad*, entendidos ambos en su concepto más amplio, han de ser singularizados en diversos casos, añadiendo al término capacidad/incapacidad el «para qué» o «frente a qué» si no se quiere caer en la inconcreción.

El concepto de incapacidad debe exponerse de una forma escalonada:

- a) *Incapacidad física o lesional*: consecuencia de un estado nosológico adquirido o congénito con repercusiones más o menos amplias en alguna parte del organismo. No entra a considerar aspectos profesionales ni económicos, solamente se centra en la integridad del sujeto.
- b) *Incapacidad profesional*: a partir de una incapacidad orgánica o trastorno funcional se puede derivar una incapacidad para el trabajo realizado. Singularizando la relación de los factores daño orgánico-funcional y trabajo en cada caso concreto, podemos formular lo siguiente:
 1. No existe paralelismo entre la intensidad de una lesión y su posible repercusión laboral.
 2. No toda incapacidad órgano-funcional deriva necesariamente en una incapacidad profesional.

3. Un pequeño déficit o merma funcional no incapacitante a nivel general puede producir una incapacidad profesional específica, sobre todo en sectores productivos con requerimientos muy especializados y/o específicos.

- c) *Incapacidad de ganancia*: referido a la imposibilidad del ejercicio de una actividad lucrativa o una actividad remunerada a consecuencia de una deficiencia física o mental.

Situación legislativa actual en minusvalía

Los conceptos de minusvalía e incapacidad en nuestro medio se han ido modificando a lo largo de las últimas dos décadas, junto con su relación con otros términos que hacen referencia a alteraciones del estado de salud.

Esta evolución se ha ido plasmando en diversas tablas y clasificaciones en un intento de homogeneizar los conceptos y los criterios de valoración de las repercusiones de las patologías en la funcionalidad de las personas. Las más representativas son las de la American Medical Association (A.M.A), que confeccionó una Guía para la Evaluación de las Deficiencias Permanentes, y las clasificaciones de la OMS anteriormente señaladas –la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalía (CIDDM) de 1980 y la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de 2001, que vino a sustituir a la anterior–.

En nuestro país el marco jurídico-legal respecto a la minusvalía viene fundamentado básicamente en la Constitución de 1978 y en la Ley de Integración Social de los Minusválidos, de 1982³, que establece que se entenderá como minusválido «*toda persona cuyas posibilidades de integración educativa, laboral o social se hallen disminuidas como consecuencia de una deficiencia previsiblemente permanente, de carácter congénito o no, en sus capacidades físicas, psíquicas o sensoriales*». De esta misma Ley surge la necesidad de establecer equipos multiprofesionales con la finalidad de asegurar una atención multidisciplinar, atribuyendo a los mismos funciones relativas a diagnóstico, orientación terapéutica, valoración y calificación y seguimiento de la revisión.

En la actualidad es el Real Decreto (RD) 1971/1999, de 23 de Diciembre, el que regula en España el Procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía⁵, y en base al mismo la determinación del grado de minusvalía se efectuará previo dictámenes de los Equipos de Valoración y Orientación (EVO) dependientes del Instituto de Migraciones y Servicios Sociales o de los órganos correspondientes de las Comunidades Autónomas a quienes hubieran sido transferidas sus funciones. Las situaciones de minusvalía se califican en grados según el alcance de las mismas, y el grado de minusvalía se expresará en porcentaje.

La calificación del grado de minusvalía será independiente de las valoraciones técnicas efectuadas por otros organismos, y la valoración de la discapacidad expresada en porcentaje se realizará mediante la aplicación de los baremos que acompañan a dicho RD en su anexo IA, que establecen normas para la evaluación de las consecuencias de la enfermedad de acuerdo con el modelo propuesto por la CIDDM y se fijan las pautas para la determinación de la

Tabla 1 Clasificación de los grados y clases de la discapacidad

	Grados	Clases
I	Discapacidad nula	La calificación de esta clase es 0%
II	Discapacidad leve	Le corresponde un porcentaje de entre el 1–25%
III	Discapacidad moderada	Le corresponde un porcentaje de entre el 25–49%
IV	Discapacidad grave	Le corresponde un porcentaje de entre el 50–70%
V	Discapacidad muy grave	Se le asigna un porcentaje de entre el 75–100%

RD 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía. Anexo IA. Grados de discapacidad.

discapacidad originada por las deficiencias permanentes de los distintos órganos y sistemas, siendo la severidad de las limitaciones para las actividades el criterio fundamental que se ha utilizado en la elaboración de estos baremos.

El anexo IA se estructura en 16 capítulos. El primer capítulo contiene las normas generales que han de ser aplicables en la evaluación; en los restantes se establecen normas para la calificación de Deficiencias y Discapacidades de cada uno de los aparatos o sistemas corporales.

Los grados de discapacidad se clasifican según consta en la tabla 1. Para la determinación del porcentaje de minusvalía, tanto los grados de discapacidad como las actividades de la vida diaria descritos constituyen patrones de referencia. Con carácter general se establecen 5 categorías, según la importancia de la deficiencia y el grado de discapacidad que origina.

Serán objeto de valoración tanto las discapacidades que presente la persona como, en su caso, los factores sociales complementarios relativos entre otros a su entorno familiar y situación laboral, educativa y cultural que dificulten su integración social.

Para obtener la condición de minusválido es necesario el reconocimiento de un 33% de grado de minusvalía. Este certificado no lleva aparejada la prestación de una pensión y permite trabajar, aunque conlleva diversos beneficios fiscales, laborales y sociales, como son deducciones en los impuestos, reservas de puestos de trabajo y fomento de la contratación de personas minusválidas y otras ayudas establecidas en la legislación vigente en cada momento.

Las particularidades propias de la patología que afecta a cada aparato o sistema hacen necesario singularizar las pautas de evaluación, por lo que en cada sección de estos baremos se establecen también normas y criterios que rigen de forma específica para proceder a la valoración de las deficiencias contenidas en ellas y para la estimación del porcentaje de discapacidad consecuente.

El funcionamiento de un individuo puede variar a lo largo del tiempo, por lo que una valoración adecuada debe tener en cuenta tales variaciones para determinar la gravedad, por lo que será importante obtener evidencia de un periodo de tiempo suficientemente largo antes de la fecha del examen.

Situación legislativa actual en incapacidad laboral

Para valorar la incapacidad laboral debida a las limitaciones producidas por una patología o por sus complicaciones se ha de partir de la base de que el organismo encargado de forma

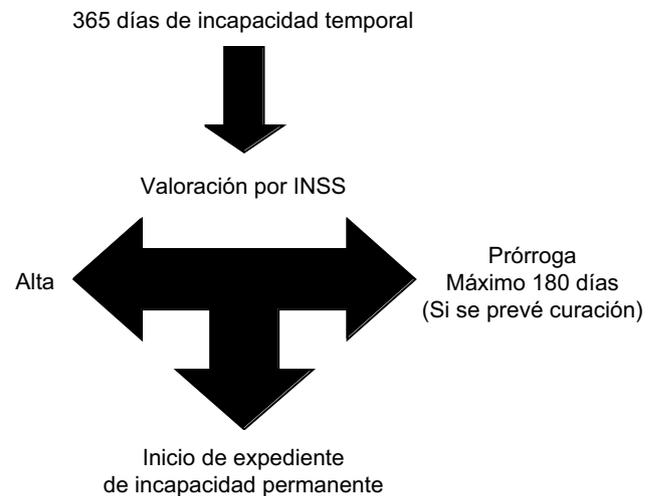


Figura 1 Competencias del INSS en el trámite de IT (artículo 128 de la LGSS).

exclusiva de dicha valoración es el Instituto Nacional de la Seguridad Social –INSS– a través de los Equipos de Valoración de Incapacidades –EVI–.

En nuestro medio se define la *incapacidad laboral* como un desequilibrio entre las capacidades funcionales y los requerimientos del puesto de trabajo, pudiendo ser este desequilibrio temporal o permanente, por lo que para considerar a un individuo como incapacitado es preciso que la discapacidad que presente le impida el desarrollo de su puesto de trabajo.

El marco legislativo vigente que regula la situación de incapacidad laboral es el Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de Junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, recogiendo en sus artículos 128 a 133 lo referente a Incapacidad Temporal (IT) y en los artículos 136 a 149 lo relativo a Incapacidad Permanente (IP).

La Ley 40/2007⁴, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social, modificó el artículo 128, otorgando únicamente al INSS la competencia para reconocer una vez transcurridos 365 días en IT la situación de prórroga de IT (con una duración máxima de 180 días), para determinar la iniciación de un expediente de IP o bien para emitir el Alta médica (fig. 1). De igual modo, el INSS será el único competente para emitir una nueva baja médica en un plazo de 180 días posteriores a la antes citada alta médica por la misma o similar patología.

En cuanto a la IP, se define como tal en su modalidad contributiva a la situación del trabajador que tras estar

Tabla 2 Grados de incapacidad y prestaciones económicas asociadas

Grado de incapacidad	Definición	Prestación económica
Incapacidad Permanente Parcial para la profesión habitual	Es la que, sin alcanzar el grado de total, ocasione al trabajador una disminución de al menos el 33% de su rendimiento normal para dicha profesión, sin impedirle la realización de las tareas fundamentales de la misma.	Cantidad, a tanto alzado, consistente en 24 mensualidades de la Base Reguladora. Se abona en un pago único. Es compatible con el desarrollo de cualquier actividad.
Incapacidad Permanente Total para la profesión habitual	Es la que inhabilita al trabajador para la realización de todas o de las fundamentales tareas de dicha profesión pudiéndose dedicar a otra distinta.	Pensión vitalicia mensual equivalente al 55% de la base reguladora. Dicho porcentaje puede incrementarse en un 20% más para los mayores de 55 años cuando, por su falta de preparación general o especializada y circunstancias sociales y laborales del lugar de residencia, se presume la dificultad de obtener empleo en actividad distinta de la habitual (<i>Incapacidad Permanente Total Cualificada</i>).
Incapacidad Permanente Absoluta para todo trabajo	Es la que inhabilita por completo al trabajador para toda profesión u oficio.	Pensión vitalicia mensual del 100% de la Base Reguladora.
Gran invalidez	Es la situación del trabajador aquejado de Incapacidad Permanente y que además como consecuencia de las pérdidas anatómicas o funcionales necesita la asistencia de otra persona para realizar los actos mas esenciales de la vida diaria, tales como vestirse desplazarse, etc.	Pensión vitalicia, cuyo importe será el de la IP Total o IP Absoluta (según el grado con el que haya sido calificado el trabajador) incrementándose su cuantía con un complemento destinado a que el incapacitado pueda remunerar a la persona que necesite para su atención personal, resultado de sumar el 45% de la base mínima de cotización vigente en el momento del hecho causante y el 30% de la última base de cotización del trabajador.

Texto Refundido de la Seguridad Social (RDL 1/1994, de 20 de junio), art. 137.

sometido al tratamiento prescrito y haber sido dado de alta médicamente, presenta reducciones anatómicas graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyen o anulan su capacidad laboral.

La IP, cualquiera que sea la causa que la determine, se calificará en los grados que vienen detallados en la **tabla 2** con su definición y prestaciones por parte de INSS.

El procedimiento para la valoración de un trabajador a efectos de determinar si procede su calificación de incapacitado permanente puede iniciarse de varios modos:

1. Tras el transcurso del plazo máximo de duración de Incapacidad Temporal (365 días prorrogables por otros 180 cuando se prevea que en esos 180 días se pueda producir el alta médica por curación): el INSS deberá valorar al interesado a efectos de su calificación, si procede, en el grado de incapacidad que corresponda, si bien tal calificación podrá demorarse durante el periodo preciso hasta un máximo de 730 días.
2. De oficio a instancias del INSS: en cualquier momento del proceso de Incapacidad Temporal en que los facultativos del INSS decidan que las lesiones presentadas son constitutivas de incapacidad permanente.
3. A instancias del Servicio Público de Salud.
4. A iniciativa de las Entidades Colaboradoras (Mutuas de Accidentes de Trabajo y de Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social y Empresas Colaboradoras).
5. A petición de la Inspección de Trabajo.
6. A petición del interesado.

Conclusiones

1. Las enfermedades de curso crónico, en su evolución, pueden ser origen de minusvalía y/o de Incapacidad laboral, situaciones que no deben equipararse aunque puedan coexistir, pues se regulan por normativas diferentes y son valoradas por organismos y equipos profesionales distintos.

2. La adecuada información sobre las enfermedades, el correcto diagnóstico y un adecuado y regulado tratamiento permitirán al paciente/trabajador mantener su actividad laboral, sin perjuicio de que pueda precisar períodos de IT en caso de complicaciones agudas, descompensaciones o brotes de su enfermedad.
3. Las complicaciones de las enfermedades crónicas y sus tratamientos pueden requerir períodos prolongados de IT que, en ocasiones, desembocan en IP.
4. Es función primordial de las distintas especialidades médicas la coordinación de sus actuaciones para un mejor manejo, control y asistencia integral al paciente/trabajador afecto de estas patologías crónicas limitantes o incapacitantes.
5. Interesa conocer el circuito administrativo y la legislación vigente en minusvalía, discapacidad e incapacidad y la función de los EVO y EVI para optimizar resultados y facilitar los trámites pertinentes en las personas afectadas por limitaciones sociales o laborales relacionados con estas enfermedades y sus limitaciones.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud «CIF». Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO); 2001.
2. Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. IMSERSO, Madrid, 1980.
3. Ley 13/1982, 7 de Abril, de Integración Social Minusválidos (BOE n.º 103, de 30 de Abril de 1982).
4. Real Decreto (RD) 1971/1999 de 23 de Diciembre, el que regula en España el Procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía.
5. Real decreto 1/1994 de 20 de Junio, por el que se aprueba el Texto refundido de la Ley General de la seguridad Social.