

>> TEMAS DE  
ACTUALIZACIÓN  
EN LA VALORACIÓN  
DEL DAÑO CORPORAL

## TEMAS DE ACTUALIZACIÓN EN LA VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL

### COORDINADORES

José Ignacio Muñoz Barús

Juan Ducet Robert

### EDITA:

Fundación Escola Galega de Administración Sanitaria (FEGAS)

### IMPRIME:

Tórculo Artes Gráficas, S.A.

ISBN: 84-453-3541-3

DL: C-273-03

<b>PREFACIO</b> .....	5
<b>APLICACIÓN MÉDICO-LEGAL DE LOS CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN CLÍNICA DE LOS TRAUMATISMOS CERVICALES LEVES (TCL)</b> Represas, C. ....	9
<b>LA SIMULACIÓN EN PSIQUIATRÍA</b> Calcedo, A. ....	13
<b>EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL</b> Lorda, PS. ....	15
<b>VALORACIÓN MÉDICO-LEGAL DE LA FIBROMIALGIA</b> Gómez-Reino, J. ....	17
<b>ESTUDIO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN RELACION CON LA INCAPACIDAD EN LA POBLACIÓN ACTIVA</b> Gómez, C.; Romero, JL.; Moreno, MA.; Cadarso, C. ....	19
<b>ESTUDIO DE LOS PROCESOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL DEL AÑO 1999 EN EL PERSONAL SANITARIO FACULTATIVO Y NO FACULTATIVO DE DOS HOSPITALES DE GALICIA</b> Ferrán, M.C.; Tojo, E.; Alonso, M.; Cadarso, C. ....	29
<b>ESTUDIO DE LOS PROCESOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL EN PERSONAL SANITARIO DE TRES HOSPITALES DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA GALLEGA</b> Benasach, I.; Cerqueiro, S.; Getino, P.; Lanza, M.; Picher, M.; Otero, XL3 .....	37
<b>ESTUDIO DEL IMPACTO DE LAS MODIFICACIONES NORMATIVAS INTRODUCIDAS EN EL AÑO 1997 SOBRE EL COMPORTAMIENTO DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL EN UN ÁREA SANITARIA DE GALICIA (Años 1996 - 2001)</b> Méndez, C.; Gerpe, C.; Martín, E.; Areoso, I.; López, L.; Arroyo, T. ....	53

---

<b>ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS RECLAMACIONES PATRIMONIALES PRESENTADAS POR DAÑOS DERIVADOS DE LA ASISTENCIA SANITARIA EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA EN LOS AÑOS 2000-2001</b> Hernández, J.; Martínez, J.L.; Vilar, A.; Suárez-Peñaranda, JM. ....	69
<b>ESTUDIO SOBRE EXPEDIENTES DE CAMBIO DE CONTINXENCIA NUNHA DIRECCIÓN PROVINCIAL DO INSS DURANTE O ANO 2001</b> Mosquera, F.; Rudiño, G.; Martín, I.; Martínez-Romero, J.; Peña, E.; Otero, XL .....	105
<b>IMPACTO DE LA ENTRADA EN VIGOR DEL REAL DECRETO 1971/1999 DE MINUSVALIAS EN LA VALORACIÓN DEL SISTEMA CARDIOVASCULAR</b> Crespo, M.; Gayoso, M.; Cerqueiro, S.; Muñoz, JI.; Otero XL. ....	123
<b>LA DEMANDA DE LOS SERVICIOS SANITARIOS ESPECIALIZADOS ANTES Y DESPUÉS DE LA CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ PERMANENTE</b> Alija, P.; Alija, J.; García, C.; Larriba, A.; Rodríguez-Calvo, MS. ....	133
<b>LA INSPECCIÓN MÉDICA DEL SERGAS Y LOS TRAUMATISMOS CERVICALES LEVES</b> Bartolomé, MB.; Gómez MA.; Moreno, MJ.; Pérez, MB.; Muñoz, JI.; Represas, C. ....	143
<b>VALORACIÓN DEL SÍNDROME POSTCONMOCIONAL Y DE LA EPILEPSIA POSTRAUMÁTICA EN PACIENTES CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO SEVERO</b> Miguéns, X.; Crespo C; Pardo, J; Muñoz, JI. ....	153

## PREFACIO

La Medicina Legal ha estado ligada preferentemente a los términos cadáver y criminal y, en consecuencia, casi exclusivamente con los órganos jurisdiccionales penales de la Administración de Justicia llegando a constituirse, por otra parte, como una rama de la Medicina, en una especialidad muy poco conocida y escasamente atendida por los poderes públicos en España, en claro contraste con los países de nuestro entorno. Este desinterés se pone también de manifiesto en los propios planes de estudio de la licenciatura de Medicina, en los que el descriptor y el número de créditos otorgados a esta disciplina son claramente insuficientes, teniendo en cuenta que es el único momento en el que se pueden adquirir conocimientos médico-legales de gran impacto en la vida de los ciudadanos.

La ausencia de especialización en las diversas ramas de la Medicina Legal, como la que se requiere en otras áreas de la Medicina, perjudica al ciudadano cuando se ve inmerso en situaciones en las que la Administración de Justicia debe recurrir a un informe médico.

Con la entrada en vigor de numerosa normativa con implicaciones clínicas médico-legales, entre otras la Ley 30/1995, el RD 1971/1999, el RD 575/1997, la Ley 29/1998 y, en nuestra Comunidad Autónoma, la instrucción del 12 de febrero de 1999, de la Secretaría Xeral do Servicio Galego de Saúde (relacionados con la valoración médica en accidentes de tráfico, bajas laborales, incapacidades, minusvalías, reclamaciones patrimoniales contra la administración sanitaria, etc.), se hace imprescindible la cualificación de profesionales de la Medicina para una correcta peritación en este campo de la Medicina Legal, en definitiva para una correcta Administración de Justicia.

Gracias a la sensibilidad hacia esta parcela de la Medicina Legal mostrada por la Secretaría General de la Consellería de Sanidad, el Instituto de Medicina Legal de la Universidad de Santiago de Compostela en colaboración con la Fundación Pública Escuela Gallega de Administración Sanitaria, ha organizado un Master sobre *La Valoración del daño corporal: La deficiencia, incapacidad y minusvalía* destinado, entre otros, a los Inspectores Médicos adscritos a la Subdirección General de Inspección Sanitaria y los médicos evaluadores del Instituto Nacional de Seguridad Social del Ministerio de Trabajo y Seguridad.

Como colofón de la formación teórico-práctica, los alumnos del citado Master, profesionales dedicados a esta parcela de la Medicina, han llevado a cabo trabajos de investigación relacionados con el contenido del Master y que presentaron en la *"I Jornada de Actualización en la Valoración del Daño Corporal"*. Para la realización de estos trabajos los alumnos han contado con tutores con experiencia para la elaboración y presentación de los resultados obtenidos. En este libro se presentan estos trabajos, que son el resultado del gran esfuerzo que ha supuesto completar más de las 500 horas programadas.

Como directores del Master, queremos agradecer a la Secretaría General de la Consellería de Sanidad, la Subdirección General de Inspección Sanitaria y a la Fundación Pública Escuela Gallega de Administración Sanitaria, a todo el profesorado y en especial a los alumnos, por su esfuerzo y dedicación que supondrá un incremento en la calidad de la atención prestada al ciudadano como último destinatario de nuestro esfuerzo.

Luis Concheiro Carro  
José Ignacio Muñoz Barús  
*Codirectores del Master*

A propuesta de la Subdirección General de Inspección Sanitaria de la Secretaría General de la Consellería de Sanidad y organizado por la Fundación Pública Escuela Gallega de Administración Sanitaria y el Instituto de Medicina Legal de la Universidad de Santiago, se ha desarrollado durante los años 2001-2002, el Master en Valoración del Daño Corporal; destinado, entre otros a los Inspectores Médicos adscritos a esta Subdirección.

La formación es un pilar fundamental para prestar un servicio público de calidad y garantizar el concurso de profesionales adecuadamente capacitados para el desempeño de sus tareas, además de servir como un importante elemento de motivación para los trabajadores públicos.

Sin embargo y como contrapartida exige un importante esfuerzo a profesionales que deben simultanear su trabajo con la asistencia a clase, muchas veces con el sacrificio de su propio tiempo libre. Esta exigencia en el Master ha sido considerable, tanto por su duración, como por su contenido docente y variedad en el desarrollo de actividades que incluía formación teórica junto a formación práctica, con la necesidad de integrarse en la labor de equipos profesionales de múltiple contenido.

Como colofón se les exige a los alumnos desarrollar una labor investigadora con la confección de los trabajos que se incluyen en la presente publicación. Debemos felicitarnos porque el esfuerzo no ha sido estéril, el resultado está a la vista. La calidad de los trabajos demuestra que las enseñanzas recibidas no han sido inútiles y que han servido para los fines que pretendía, contribuyendo al desarrollo profesional y científico de los participantes. La importancia de estos trabajos rebasa el ámbito de la formación y, como valor aña-

dido, supondrá una fuente de información valiosísima para la administración sanitaria en su objetivo primordial de mejora continua del servicio que presta a los ciudadanos.

Solo queda reiterar la felicitación por el éxito alcanzado tanto a organizadores, como a profesores y alumnos, y esperar que la estrecha colaboración que se ha conseguido entre administración - universidad no finalice con el Master y continúe para el enriquecimiento profesional y humano de todos los que participamos en esta empresa.

Juan Ducet Robert

*Coordinador General del Master*

## APLICACIÓN MÉDICO-LEGAL DE LOS CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN CLÍNICA DE LOS TRAUMATISMOS CERVICALES LEVES (TCL).

Carlos Represas Vázquez

*Instituto de Medicina Legal de la Universidad de Santiago de Compostela*

Los traumatismos cervicales en accidentes de circulación constituyen la plaga del tráfico moderno. El TCL es un problema médico, socio-económico y jurídico. La falta de criterios médicos, su imparable crecimiento y la laxitud en los sistemas de indemnización en los casos derivados de un accidente de circulación, (Ley 30/95) alimentan su perpetuación. La Medicina Legal, y en concreto la valoración médica del daño corporal, no es ajena a esta realidad social. Pocos temas causan tanta controversia en la práctica médico-legal como el TCL. Además de la dificultad propia de su diagnóstico, hemos de añadir que es una de las causas fundamentales de simulación en el contexto médico-legal. Algunas cuestiones, como la definición, biomecánica, la latencia en la aparición de los síntomas, son objeto habitual de debate en la práctica médico-legal, cuando se pretende valorar un paciente que ha sufrido un TCL.

### CRITERIO UNIFICADO DE DEFINICIÓN.

Los términos de esguince cervical, contusión cervical, latigazo cervical, contractura cervical, podrían incluirse bajo un término genérico más amplio, **Traumatismo Cervical Leve (TCL)**, que se define como: Lesión traumática cerrada de la columna cervical, sin lesión ósea, discal o neurológica, producida habitualmente por un mecanismo de hiperextensión-flexión, y usualmente como resultado de un accidente de circulación. Se corresponde con los grados I y II de la clasificación de Québec.

### BIOMECÁNICA. LESIONES EN IMPACTOS POR ALCANCE A BAJA VELOCIDAD.

El análisis de la causalidad médico-legal debe tener presente la biomecánica de las lesiones de la columna cervical. Es preciso conocer las velocidades de los vehículos implicados, y las deformaciones estructurales de los mismos, pero sobre todo, el cambio de velocidad instantánea (aceleración) sufrida por el vehículo objeto del estudio, tras el impacto. Debe existir un cambio de velocidad inmediata ( $\Delta v$ ) del vehículo implicado superior a 10 km/h, valores inferiores a 10 km/h se dan es

situaciones de la vida corriente como empezar a correr, empujón, coches de choque, etc. Se definen como impactos a baja velocidad, utilizados habitualmente en los test de reproducción de accidentes, aquellos en donde la velocidad de impacto es entre 8 y 15 km/h, resultando un  $\Delta v$  entre 8 y 10 km/h.

### **LATENCIA EN LA APARICIÓN DE LOS SÍNTOMAS**

Es habitual que no comiencen hasta pasadas unas horas, probablemente debido a la instauración progresiva de la contractura muscular. Casi la mitad de los pacientes acuden al médico en las primeras 12 horas después del accidente. Alrededor del 85% acudirán en los tres primeros días, y excepcionalmente después del cuarto día. No se ha documentado ningún mecanismo que justifique un comienzo sintomático más allá de las 48-72 horas.

### **ARCO DE MOVILIDAD CERVICAL. VALOR MÉDICO-LEGAL**

El interés médico-legal no está dirigido a la graduación exacta del arco móvil. Deberá medirse el recorrido de la columna cervical en todos los planos, observando si se acompaña de dolor, rigidez, resistencia o notable reducción de movilidad. Interesan en la práctica médico-legal tres cuestiones relevantes: Conocer los factores que influyen en la disminución del arco de movilidad cervical. Edad, factores constitucionales, conocer la participación de los diferentes segmentos cervicales en la movilidad y llamar la atención sobre las diferencias observadas, según los autores, en los valores de los arcos de movilidad de la columna.

### **ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS. PRUEBAS DIAGNÓSTICAS.**

No existe una prueba diagnóstica complementaria de carácter objetivo que pueda poner de manifiesto la existencia de daño estructural de la columna cervical en el TCL. El diagnóstico es clínico y depende de la experiencia del médico en el manejo de los TCL.

### **RADIOLOGÍA SIMPLE CERVICAL. RECTIFICACIÓN DE LA LORDOSIS FISIOLÓGICA. RADIOLOGÍA FUNCIONAL CERVICAL**

El hallazgo de rectificación de la lordosis fisiológica no tiene ninguna validez médico-legal. Se trata de una variante fisiológica de la normalidad o una alteración postural. No es diagnóstica. La radiografía funcional, o dinámica, de la columna cervical tiene como objeto valorar la existencia de inestabilidad radiológica vertebral. Sus resultados deben ser interpretados con cautela, y teniendo en cuenta las variantes fisiológicas, la técnica empleada y los estándares de comparación.

## **APLICACIÓN MÉDICO-LEGAL DEL TAC Y RNM**

El TAC y la RNM no tienen ninguna utilidad clínica en el TCL. Únicamente se realiza con criterios médico-legales para establecer la existencia de trastornos degenerativos cervicales. No están indicados, ni clínica ni médico-legalmente.

## **ESTUDIOS NEUROFISIOLÓGICOS. ¿CUÁNDO HACERLOS?**

La EMG, en casos de lesiones radiculares, a partir de la primera semana, aunque con mayor certeza a partir de la tercera semana. Aunque no está indicada en el TCL, puede ser de utilidad para realizar el diagnóstico diferencial con el síndrome de los escalenos.

## **TIEMPO DE ESTABILIZACIÓN**

El TCL no deberá sobrepasar los 180 días. Este es el período máximo admisible para considerarlo cronificado. El TCL grado I se debe reevaluar a las 6 semanas y el grado II a las 12 semanas. La reevaluación significa un estudio completo desde la presentación hasta el momento de la realización del estudio. Se deben descartar otros procesos, como lesiones discales, de las articulaciones interapofisarias o estados de simulación.

## **PRONÓSTICO**

De un 10 a un 30% de los casos se cronifican. La cronificación de síntomas se asocia a factores de riesgo determinados: Preexistencia de trastornos degenerativos, avanzada edad, factores psicológicos, cabeza inclinada o rotada, signos neurológicos iniciales, severidad de los síntomas, antecedentes de dolor cervical o cefalea, no culpabilidad en accidente, obtención de indemnización, sexo femenino, dolor interescapular, rigidez de cuello, estenosis del canal raquídeo, anormalidad de la curvatura cervical, severidad de la colisión, dirección del impacto.

## **PRESENTACIÓN DE LAS SECUELAS**

Rara vez se presenta como secuela única el dolor en la región posterior del cuello. El conjunto de síntomas asociados a un TCL cronificado se conoce como Síndrome Postraumático Cervical (SPC).

## **VALORACIÓN DE LAS SECUELAS**

Si después de llevar a cabo lo señalado con anterioridad, y tras el período de estabilización médico-legal, persisten síntomas propios de un TCL cronificado, valoraremos la posibilidad de establecer la persistencia de secuelas. No se puede admitir la existencia de daños permanentes, secuelas, derivadas de un TCL grado I. Únicamente es posible la persistencia de molestias cervicales, acompañadas de

rigidez, dolor de hombros, cefalea, sensaciones disestésicas y otros en los pacientes del grado II, cuando se presentan factores de riesgo asociados. La puntuación de esta secuela tendrá el límite superior establecido para el concepto secuelar de síndrome postraumático cervical (8 puntos) contemplado en la tabla VI de la Ley 30/95. La puntuación se establecerá en función de la existencia o no de signos físicos (rigidez, puntos gatillo), y la necesidad o no de tratamientos médicos. La inexistencia de signos físicos, sin tratamiento, debería limitarse a 1 ó 2 puntos. La inexistencia de signos físicos, pero mayor cantidad de síntomas y necesidad de tratamientos médicos podría situarse entre 3, 4 ó 5 puntos. La existencia, además, de signos físicos, podría alcanzar una puntuación de 6, 7 u 8 puntos.

### **AGRAVACIÓN DE ARTROSIS PREVIA.**

No existe ningún trabajo serio que permita imputar a un traumatismo cervical, sin lesión ósea o ligamentaria mayor la aparición de una artrosis cervical, o mismo la aparición precoz de la misma o su agravación. En los TCL no es la posibilidad de artrosis futura.

### **DIAGNÓSTICO MÉDICO-LEGAL DE SIMULACIÓN**

La simulación propiamente dicha, o la exageración, de los síntomas de un TCL es relativamente sencilla y ha dado lugar a un incremento notable de la casuística de TCL, sobre todo en el medio urbano. La disociación entre los síntomas y los hallazgos exploratorios es comúnmente el primer indicio de sospecha de simulación. No obstante, otros indicios deben cobrar protagonismo. En primer lugar, es imprescindible conocer con exactitud como ha sucedido el accidente, el tipo de colisión, la velocidad de colisión, el  $\Delta v$ , la posición del lesionado en el vehículo, la situación de alerta ante el choque, etc. En segundo lugar, se debe reconstruir la asistencia médica prestada, el momento de aparición de los síntomas, su intensidad, hallazgos exploratorios iniciales, tratamiento pautado, la servidumbre terapéutica, el seguimiento del caso, etc. Se debe interrogar sobre la posible existencia de un estado anterior. etc. Una vez analizadas estas circunstancias, se puede establecer el nexo de causalidad, y cuando existan dudas se debe hacer partícipe al juez de las mismas. Incluso se debe incluir como sospecha diagnóstica la existencia de simulación.

## LA SIMULACIÓN EN PSIQUIATRÍA

Alfredo Calcedo Ordóñez

*Servicio de Psiquiatría. Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid*

La detección de la simulación en psiquiatría se está convirtiendo en una tarea cada vez más frecuente, tanto en el ámbito clínico como en el pericial. La simulación se caracteriza por una voluntad clara y consciente de engaño, a diferencia de otros trastornos psiquiátricos donde también se está produciendo un engaño, pero éste ocurre de manera inconsciente (trastorno facticio, síndrome de Munchausen). En el ámbito clínico existe simulación como un medio de obtener unas ventajas en los servicios sociosanitarios de las administraciones públicas. En el ámbito pericial, especialmente en litigios por compensación de daños, la simulación surge como medio para obtener una ventaja económica. La detección de la simulación plantea en la práctica clínica problemas importantes en el manejo de la relación terapéutica ya que su detección implica una descalificación del enfermo al que se pretende ayudar bajo el principio de beneficencia. A lo largo de la exposición se discutirán diferentes cuestiones prácticas en la valoración clínica de estos casos, valorando la simulación como un trastorno de adaptación. También se analizarán los diferentes modelos conceptuales de simulación: psicopatogénico, criminogénico y adaptativo. También analizaremos las gradaciones de simulación en tanto ligera, moderada y severa y, finalmente, las pautas de actuación para detectarla, y los síndromes psiquiátricos relacionados con el engaño.



## EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL

Pablo Simón Lorda

*Centro de Salud Valle Inclán de Madrid*

La primera pregunta que debe responderse al abordar este tema es si la valoración del daño corporal es una intervención en el ámbito de la salud de los pacientes, es decir un acto médico. Responderla es decisiva para saber si dicha actividad está afectada por los principios y contenidos de lo que denominamos “consentimiento informado”.

La respuesta es afirmativa, aunque no exenta de dificultades. La principal de ellas está relacionada con el bien interno que da sentido ético a la labor del médico. Dicho bien interno es la preocupación por mejorar la salud de los pacientes. Sin embargo la actividad de valoración del daño corporal no necesariamente ni siempre se ajusta a dicho bien interno. Pueden darse fenómenos de “doble agencia” donde el médico debe atender a varios requerimientos éticos de forma simultánea: los del propio paciente, los de la compañía de seguros, los de la autoridad judicial, los de su propia economía, etc. Y puede suceder que en un determinado momento uno de esos requerimientos eclipse todos los demás, incluido el del bien del paciente.

De hecho una cuestión interesante que puede plantearse es el modelo de relación médico – paciente que se aplica en la actividad médica de valoración del daño corporal. De las diversas propuestas de modelos veremos la de Emanuel&Emanuel, que afirma que existen 4 modelos de relación médico – paciente: paternalista, informativo, interpretativo o deliberativo.

En cualquier caso, dado que la respuesta general es que sí puede considerarse a la valoración del daño corporal una intervención en el ámbito de la salud, ello exige que se ajuste al marco jurídico, deontológico y ético de la teoría del consentimiento informado.

En los próximos meses, en nuestro país el marco jurídico va a quedar configurado fundamentalmente por dos disposiciones legales.

El Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto a las aplicaciones de biología y la medicina, en vigor en España

desde el 1 de enero de 2000. La Ley Básica reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, de 30 de octubre de 2002, pendiente de ser publicada en el BOE y que entrará en vigor 6 meses más tarde.

Mientras no se produzca la entrada en vigor de esta ley, el marco jurídico vigente viene determinado por la Ley General de Sanidad y, en Galicia, por la Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes.

En el marco deontológico, en el Código Deontológico de la OMC, también pueden encontrarse disposiciones que son claramente aplicables al supuesto de la valoración del daño corporal

El marco ético viene determinado por la interacción entre los principios de la bioética (autonomía, beneficencia, no-maleficencia y justicia). El análisis de esta interacción podrá de manifiesto las dificultades intrínsecas de encaje que tiene la valoración del daño corporal en la teoría del consentimiento informado.

Una vez establecido el marco general veremos los contenidos básicos de la teoría del consentimiento informado, fundamentalmente a la luz de la Ley Básica de 30 de octubre. Dichos requisitos se resumen en: voluntariedad, información y capacidad. Analizaremos cada uno de ellos con relación a la valoración del daño corporal

Habrá que prestar atención a las excepciones a la teoría, y especialmente a la denominada excepción judicial. Es importante, por último, anotar las herramientas de aplicación de la teoría del consentimiento informado en el contexto de la valoración del daño corporal, y preguntarse si tiene sentido la utilización de los formularios escritos de consentimiento informado.

## **VALORACIÓN MÉDICO-LEGAL DE LA FIBROMIALGIA**

**Juan Gómez-Reino Carnota**

*Servicio de Reumatología del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela*

La fibromialgia es un síndrome crónico doloroso generalizado que se acompaña de cansancio e hiperalgesia. Los síntomas y su curso son más crónicos que los de cualquier otra enfermedad. Los pacientes con este padecimiento utilizan muchos recursos sanitarios, y cambian frecuentemente de médico. Son difíciles de tratar y rechazan que los factores psicosociales tengan algún impacto en sus síntomas.

En relación con la incapacidad, es el convencimiento de muchos que la sociedad y/o los jueces son los que deben decidir quién puede o no trabajar. El médico debe ser objetivo y reflejar la información clínica y no juzgar sobre la veracidad de lo que está percibiendo.



## ESTUDIO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN RELACION CON LA INCAPACIDAD EN LA POBLACIÓN ACTIVA

Gómez, C.; Romero, JL.; Moreno, MA.; Cadarso, C.<sup>1</sup>

*Servicio Galego de Saúde. <sup>1</sup>Departamento de Estadística e Investigación Operativa. Universidade de Santiago de Compostela.*

### INTRODUCCIÓN

La Esclerosis Múltiple (EM) es una enfermedad crónica del Sistema Nervioso Central (SNC) que afecta a la mielina de médula espinal y cerebro de forma intermitente. Allí donde se destruye la mielina aparecen las placas de tejido endurecido (esclerosis). Como consecuencia de esto, los impulsos nerviosos se interrumpen periódicamente o, en los casos más graves, de forma definitiva. Se trata de una enfermedad incurable, desmielinizante y progresiva [1].

En cuanto a la clínica, la EM no sigue ninguna pauta fija, pero hay algunos síntomas muy frecuentes: Fatiga, hormigueos, trastornos sensitivos y del equilibrio, sordera y trastornos del habla, neuritis óptica y nistagmus, temblor no intencionado, espasticidad, debilidad, paresia y hasta parálisis de los miembros, alteraciones urológicas, problemas de memoria y concentración [1].

Como datos epidemiológicos de interés podemos recordar que, la EM constituye la causa no traumática más frecuente de invalidez en el adulto joven en el mundo occidental. La enfermedad tiene un pico de frecuencia entre los 20-40 años de edad y es casi dos veces más frecuente en las mujeres. La tasa de prevalencia de la EM varía claramente según la latitud geográfica, aumentando en relación directa con la distancia al ecuador en ambos hemisferios. En Europa es más frecuente en el norte (zona de alto riesgo con áreas de >100 casos / 100.000 habitantes) que en el área mediterránea (50-100 casos / 100.000 habitantes). España se había considerado tradicionalmente como una zona de bajo riesgo, pero los últimos estudios han demostrado una tasa de prevalencia de 60 casos / 100.000 habitantes, con una tasa de incidencia de 2, 65-3 / 100.000 habitantes y año; por tanto, se trata de una zona de riesgo moderado [2].

Uno de los primeros aspectos que puede verse condicionado por la EM es la actividad laboral, pues esta enfermedad afecta a personas que se están preparando para el trabajo o que tiene ya una actividad laboral más o menos consolidada. Para las personas ya introducidas en el mundo laboral, la aparición de la enfer-

medad y la evolución de la intensidad de los síntomas crean problemas de mantenimiento del puesto de trabajo. No obstante, se puede, y se debe, en la medida de lo posible, seguir desarrollando una actividad laboral, aunque a veces deberá considerarse la realización de funciones más compatibles con su estado físico, la reducción del horario laboral, etc., es decir puestos compatibles con su estado. Considerando que el papel desarrollado por la actividad es esencial para el mantenimiento del equilibrio psicofísico de la persona, el cese del trabajo y la incapacidad laboral deberían ser la última alternativa.

A la hora de determinar qué tipo de trabajos se verán influidos por el padecimiento de la enfermedad, o viceversa, se debe contemplar la ya nombrada variabilidad de la EM, por lo que es difícil facilitar una respuesta general aplicable a todos los pacientes. A cada persona le afecta de forma diferente y puede experimentar una serie de síntomas con grados variables de intensidad o frecuencia. La severidad de los síntomas y la posibilidad de alcanzar cierto grado de discapacidad a largo plazo no debe menospreciar el hecho de que la persona con EM pueda vivir muchos años productivos.

Generalmente, la persona que sufra una forma benigna de la enfermedad o cuyos síntomas sean mínimos o no visibles, probablemente pueda continuar con su empleo habitual.

Concretamente el síntoma fatiga, es reconocido en la actualidad como uno de los más frecuentes en la EM: la padecen entre el 75 y 95% de los pacientes. Su impacto sobre la calidad de vida es alto. Aproximadamente en un 20% de los pacientes es uno de los principales factores de incapacidad. Su intensidad provoca limitaciones en la vida laboral y social. El origen de este síntoma en la enfermedad es desconocido. Se ha pensado que la sensación de fatiga puede estar relacionada con la imposibilidad de mantener un rendimiento motor durante un tiempo, al aumentar el esfuerzo requerido para efectuar una misma labor a causa de los déficits físicos o psicológicos de los enfermos [3]. Evidentemente, las profesiones que se verán más influidas por la persistencia del síntoma fatiga serán aquellas que exijan: esfuerzos físicos moderados / intensos, períodos de bipedestación prolongados y períodos de deambulación prolongados.

Otro grupo de síntomas que acarrea problemas en numerosas profesiones son las alteraciones cognitivas. Este tipo de alteraciones afectarán sobre todo a profesiones con requerimientos intelectuales y/o que acarreen tareas de responsabilidad. Mención especial merecen las dificultades en la conducción. En los pacientes de EM que presentan alteraciones cognitivas (se ha estimado que suponen de un 43% a 65% del total de pacientes) se ha comprobado que presentan tiempos de reacción al conducir más largos y un riesgo de accidentes incrementado [4].

En nuestro país se han realizado diversos estudios de seguimiento de series de pacientes en los que se ha evaluado la repercusión de la EM en la vida laboral de los pacientes. Concretamente, en un grupo de 60 enfermos ambulatorios con bajo índice de incapacidad (al inicio del estudio), seguidos durante 13 años, se encontró que un 58,3% de los pacientes profesionalmente activos habían tenido que abandonar su trabajo a lo largo de los 13 años de seguimiento [5].

La inquietud por averiguar las jornadas de trabajo perdidas por una enfermedad no es un hecho reciente, aislado, ni innovador; sin embargo parece interesante conocerlo en los pacientes con esclerosis múltiple por tratarse de una enfermedad que afecta de lleno al adulto joven en la plenitud de su vida laboral. Se pretende conocer no sólo las jornadas de trabajo perdidas, sino también el número de pacientes que al final del periodo analizado alcanzaron la invalidez.

El objetivo general de este trabajo es la realización de un estudio sobre la repercusión de la esclerosis múltiple en la vida laboral de los pacientes, tanto en lo referente a los periodos de Incapacidad Temporal (I.T.), como de la consecución de una Incapacidad Permanente (I.P.) en tres áreas de Inspección Sanitaria: A, B y C. Para ello se analizan diversos aspectos:

- Establecer la media de jornadas de trabajo perdidas debidas a esta enfermedad durante el periodo estudiado, así como el número de bajas por persona durante el tiempo de estudio.
- Determinar la frecuencia con que los pacientes afectados de EM obtuvieron la incapacidad permanente y la edad a la que existe mayor repercusión de la misma.
- Determinar la prevalencia de la EM en las personas activas de cada una de las áreas.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **MATERIAL**

Hemos realizado un estudio retrospectivo en trabajadores que desarrollan su actividad laboral en cualquiera de los regímenes (general, autónomos, agrario, mar y empleadas de hogar) con diagnóstico de esclerosis múltiple (EM) en las Áreas de Inspección A, B y C, estableciendo como ámbito temporal el periodo comprendido entre el 1 de enero de 1999 y el 31 de diciembre de 2001.

Todos los pacientes incluidos en este estudio han causado baja laboral y/o obtenido la invalidez entre las citadas fechas. La información obtenida ha sido extraída de la Historia Clínico-Laboral de cada asegurado obrante en las distintas áreas de Inspección.

## MÉTODOS

### *Descripción del programa para obtención de datos y de las variables.*

El Programa Informático de Incapacidad Temporal del Sergas, utilizado para la obtención de datos, comenzó a implantarse en la Inspección Sanitaria a partir de 1995 de forma progresiva.

Se accede a la recogida de datos mediante la introducción del diagnóstico/procedimiento o de su correspondiente código, registrado según la 9ª Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 9ª). A partir de aquí se obtiene un listado individual de pacientes con procesos de Incapacidad Temporal (I.T.) para la patología objeto de estudio (E.M.) y dentro del ámbito temporal establecido (01.01.99 - 31.12.01).

Conseguidos los resultados, y ya en la ficha de cada paciente concreto, se encuentran almacenados diversos registros:

- Apellidos y nombre
- Fecha de nacimiento
- Domicilio, teléfono
- Nº de afiliación, NIF, nº TIS
- Régimen, Profesión, Empresa
- Código/diagnóstico principal
- Fecha de baja, Fecha de alta
- Duración
- Motivo del alta

### *Método estadístico.*

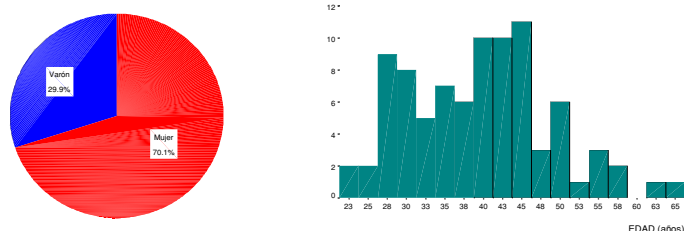
En primer lugar, se ha establecido un apartado descriptivo, donde se ha realizado un análisis de distribución de frecuencias en el caso de las variables cualitativas o categóricas; y un estudio sobre las medidas de posición central (media y mediana) y dispersión (desviación típica, rango, mínimo-máximo) en el tratamiento de las variables cuantitativas.

La comparación de variables cuantitativas independientes, se ha efectuado por medio del test no paramétrico de Kruskal-Wallis, no asumiendo normalidad en las distribuciones de dichas variables. La asociación entre dos variables categóricas se ha contrastado con el estadístico Chi Cuadrado de Pearson, en el que se ha tenido en cuenta la corrección por continuidad de Yates. En el caso particular de una tabla de contingencia 2x2 se ha utilizado, en su lugar, el test exacto de Fisher cuando alguna de las casillas de la tabla presentaba una frecuencia esperada menor de 5.

En todos los test estadísticos se ha considerado como significativo un valor de  $p < 0,05$ . El análisis y tratamiento estadístico de los datos obtenidos se ha realizado con el paquete estadístico SPSS (Inc., Chicago, Illinois USA) versión 11.0 con licencia para el Departamento de Estadística e Investigación Operativa de la Universidad de Santiago de Compostela.

## RESULTADOS

- Nuestra muestra se obtiene a partir del personal activo perteneciente a tres áreas de Inspección. En el trienio estudiado el área A contaba con una media de 169.817 activos, el área B con 62.112 y el área C con 84.783. Entre los trabajadores activos se han seleccionado aquellos que causaron baja laboral y/o obtuvieron la invalidez durante el periodo estudiado, resultando un total de 87 individuos, de edades comprendidas entre 18 y 65 años, de los cuales 61 son mujeres y 26 varones; estos datos evidencian un claro predominio de las primeras con un 70, 1% frente a 29, 9% de hombres. **(figura 1)** En lo que respecta a la incidencia de bajas por sexo no se encontraron diferencias significativas en las tres áreas observadas.

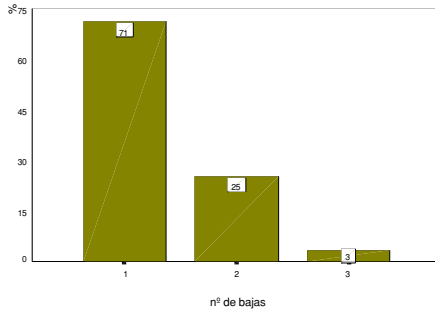


**Figura 1.** Distribución por sexo y edad de la muestra general

- Existe una gran diferencia de frecuencias de esta patología en los distintos regímenes, alcanzando valores muy elevados en los asegurados incluidos en el régimen general, con 64 individuos y un número inferior a 25 en el resto de trabajadores, lo cual representa un 73, 6% en dicho régimen frente a valores por debajo del 17% en el conjunto de los demás regímenes.

En lo referente a la distribución por regímenes no se observan diferencias significativas en las tres áreas de Inspección.

- En relación con el número de bajas por individuo, se puede advertir que del total de trabajadores de la muestra, un 71, 3% tuvieron un solo proceso de Incapacidad Temporal, un 25, 3% dos procesos y tan solo un 3, 4% tres periodos, no pudiendo comprobarse diferencias significativas entre las áreas A, B y C. Ninguno de los asegurados superó tres procesos en el trienio valorado. **(figura 2)**



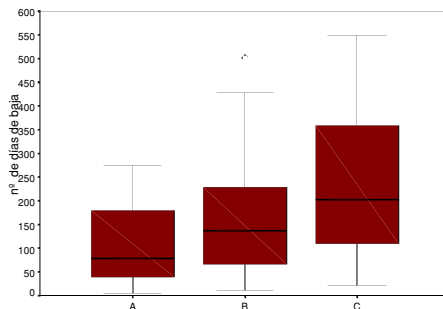
**Figura 2.** Distribución de la población activa con EM por número de bajas

- Considerando la duración de los distintos procesos de Incapacidad Temporal que afectaron a los trabajadores de la muestra, se advierte que en un 41, 2% la duración osciló entre 1 mes y 6 meses, hallando tan solo un 4, 4% con una duración superior a 12 meses. **(Tabla 1).**
- La distribución de los datos referidos a la duración de las bajas para cada una de las áreas muestra gran variabilidad, encontrándose diferencias significativas entre las mismas ( $p < 0, 05$ ). En el área A el 86, 5% de los procesos tuvieron una duración menor de 6 meses; en contraposición a estos resultados se sitúan los obtenidos en las áreas B y C, donde el 70, 6% de las bajas, en la primera, y el 66, 6%, en la segunda, alcanzaron una duración de 1 mes a 12 meses.
- Los datos obtenidos para los procesos de IT de extensión superior a 12 meses, también muestran gran diversidad entre las tres áreas, así en A se corresponden con un 1, 7%, en B con un 5, 9% y en C con un 9, 5%.

		AREA			
		A	B	C	Total
<=1 mes	Recuento	24	8	5	37
	%	40.7%	23.5%	23.8%	32.5%
1 mes-6 meses	Recuento	27	13	7	47
	%	45.8%	38.2%	33.3%	41.2%
6 meses-12 meses	Recuento	7	11	7	25
	%	11.9%	32.4%	33.3%	21.9%
>12 meses	Recuento	1	2	2	5
	%	1.7%	5.9%	9.5%	4.4%
Total	Recuento	59	34	21	114
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

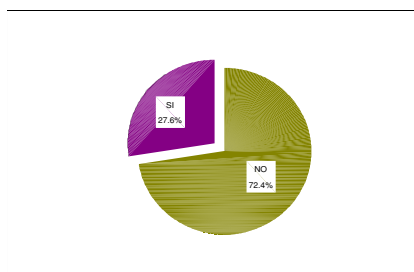
**Tabla 1.** Distribución de la duración de las bajas en meses por área de Inspección

- El número de días de baja del colectivo estudiado oscila entre 5 y 548 días, con un tiempo medio de duración de los procesos de Incapacidad Temporal de  $158 \pm 139$ , 52 días, situándose la mediana en 115 días. En el área A la duración mediana de los procesos fue la menor, situándose en 78, 5 días, frente a los 202 días alcanzados en el área C y los 137 en B. (**figura 3**) Comparando las tres áreas de Inspección se encontraron diferencias significativas ( $p < 0, 05$ ) en el número de días de permanencia en IT de los trabajadores afectados de esclerosis múltiple.



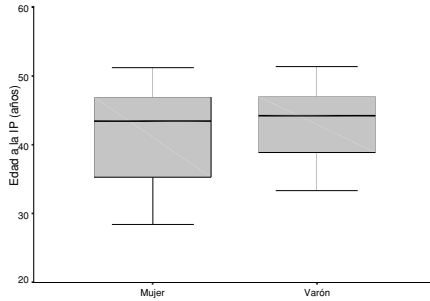
**Figura 3.** Duración de la baja en días por área

- En relación con la obtención de la Incapacidad Permanente de los asegurados de la muestra, indicar que un 27, 6% alcanzó esta condición a lo largo del periodo, fluctuando la edad de IP entre 28 y 51 años, con una edad media de  $42 \pm 6$ , 94 años (**figura 4**). No se observan diferencias significativas entre las tres áreas tanto en las declaraciones de Invalidez como en la edad a la que le fue reconocida la misma.



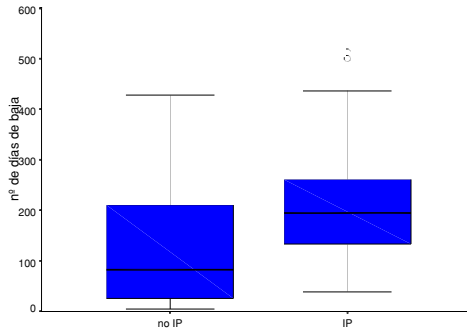
**Figura 4.** Distribución de la muestra por declaración de Incapacidad Permanente

- En la **figura 5** se muestra la repercusión por sexos de la Incapacidad Permanente; se evidencia un predominio en el sexo femenino con un 66, 6% de declaraciones de IP frente a un 33, 3% en los varones, siendo la edad media para las mujeres que alcanzaron la Invalidez de  $41 \pm 7$ , 5 años y para los segundos de  $43 \pm 5$ , 8 años.



**Figura 5.** Distribución de la Incapacidad Permanente por sexo y edad.

- La duración mediana de la baja de los individuos a los que le fue reconocida la IP fue de 195 días, siendo significativamente mayor ( $p < 0,01$ ) que la duración mediana de aquellos que, al finalizar el periodo estudiado, no presentaban una incapacidad permanente (mediana 82 días) (**figura 6**).



**Figura 6.** Importancia de la duración de las bajas en el reconocimiento de la IP

- En lo que respecta a la tasa de prevalencia sobre el censo medio de activos en las zonas estudiadas, indicar que en el área A se ha demostrado una tasa de prevalencia de 42 casos / 169.817 trabajadores activos, en el área B se ha observado una tasa de prevalencia de 30 casos / 62.112 activos, siendo en C la tasa de prevalencia de 15 casos / 84.783 trabajadores activos.

## DISCUSIÓN

- El perfil de trabajador activo con esclerosis múltiple es comparable al que se describe en los diversos estudios de seguimiento de pacientes con este diagnóstico, así:

en el estudio efectuado correspondiente a la población activa, se comprueba que la mujer se ve más afectada que el varón, lo cual concuerda con la descrito en la literatura [2].

la aparición de IT y la posterior declaración de IP, se sitúa en torno a la 3ª y 4ª décadas de la vida, como edad media, lo que viene a coincidir con el pico de mayor frecuencia de la enfermedad [2].

- En cuanto al comportamiento de la Incapacidad Temporal por EM en los distintos regímenes, señalar que se observan diferencias porcentuales substanciales, existiendo un importante predominio de individuos del régimen general. Esto se explicaría no por el tipo de actividad desarrollado, sino por la preponderancia de los trabajadores de este régimen en relación con el total de trabajadores activos en todas las áreas.
- El área A fue la que presentó una duración media de los procesos de baja menor; en contraposición el área C mostró una duración media notoriamente superior, estando el área B en una posición intermedia. La comparación entre las tres áreas de Inspección arroja diferencias significativas en el número de días de permanencia en IT de los trabajadores afectados de esclerosis múltiple.
- La justificación de la mayor incidencia de Incapacidad Permanente asociada al sexo femenino, estaría directamente relacionada con la mayor frecuencia de la Esclerosis Múltiple en las mujeres, no existiendo diferencias en las tres áreas.
- La media de edad de los trabajadores que alcanzan la Incapacidad Permanente es superior en el área C que en las A y B, en estas últimas la edad de declaración de la IP se sitúa en torno a los cuarenta y un años, mientras que en la primera se aproxima a los cuarenta y siete años.
- Como cabría esperar, la duración de la Incapacidad Temporal resultó ser un factor significativamente asociado al reconocimiento de una incapacidad permanente.
- Las tasa de prevalencia calculada sobre el total de la población activa afiliada a la Seguridad Social en las áreas estudiadas fue de 27, 4 por 100.000 trabajadores. Esta tasa tan baja respecto a la obtenida en la población general española [2] está justificada por la no inclusión en este estudio de otros colectivos tales como: afiliados a otras mutualidades, desempleados, estudiantes, pensionistas,

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Jáuregui A., García K. Estudio psicomédico y sociolaboral sobre personas con esclerosis múltiple. 2001. Asociación de Esclerosis Múltiple de Bizkaia.
2. Mallada J. Epidemiology of multiple sclerosis in Spain. Prevalence and incidence data. *Revista de Neurología* 1999; 29 (9): 892.
3. Jonsson A, Dock J, Ravnborg MH. Quality of life as a measure of rehabilitation outcome in patients with multiple sclerosis. *Acta Neurological Scandinavian* 1996; 93: 229-235.
4. Stone K. Driving abilities inhibited in some people with MS. *Neurology* 2001; 24: 65.
5. De Andrés C, Guillem A. Approach to quality of life changes in patients with multiple sclerosis. *Revista de Neurología* 2000; 30(12): 1229-1234.

# ESTUDIO DE LOS PROCESOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL DEL AÑO 1999 EN EL PERSONAL SANITARIO FACULTATIVO Y NO FACULTATIVO DE DOS HOSPITALES DE GALICIA

Ferrán, MC.; Tojo, E.; Alonso, M.; Cadarso, C.<sup>1</sup>

*Servicio Galego de Saúde. <sup>1</sup>Departamento de Estadística e Investigación Operativa. Universidade de Santiago de Compostela.*

## INTRODUCCIÓN

La Incapacidad Temporal (I.T.) es una protección que creó el Sistema de Seguridad Social para dar cobertura al trabajador en situaciones de enfermedad que le imposibiliten para obtener ingresos por su trabajo. La duración máxima de esta prestación es de 12 meses, prorrogables por 6 más. Abarca tanto la cobertura de contingencias comunes, como los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

*El objetivo de este trabajo es la realización de un estudio de los procesos de Incapacidad temporal en el personal sanitario facultativo y no facultativo de dos centros hospitalarios de una misma provincia: (A) y (B). Los datos recogidos abarcan todas las bajas de inicio dentro del año 1999.*

Nos interesa estudiar el número de bajas, la reiteración de las mismas en dicho período, la frecuencia por categorías profesionales, sexo, edad.. etc. También realizamos un comparativo entre los dos hospitales, así como entre dicho personal y la población en general.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### MATERIAL

La recogida de datos se hizo de todas las bajas que se iniciaron en el año 1999 con un seguimiento mínimo de 12 meses, por lo que algún proceso puede finalizar a lo largo de los años 2000 ó 2001. En este estudio, se utiliza como fuente de información el Programa de Incapacidad Temporal del Sergas, aportándonos información sobre: datos sociodemográficos (edad, sexo, lugar de residencia, ..), motivo de la baja, duración del proceso, reiteración de nuevos procesos, ...etc. Además las Gerencias de ambos hospitales nos facilitaron una relación del personal laboral del año 1999, clasificado por categorías profesionales.

La codificación de las patologías registradas siguen la 9<sup>a</sup> Clasificación Internacional de Enfermedades. Agrupamos las patologías en ocho grupos: enfer-

medades infecciosas, psiquiatría, respiratorio, digestivo, osteoarticular, intervenciones quirúrgicas, lesiones y envenenamientos (incluye traumatismos y lesiones osteomusculares, envenenamientos por drogas, sustancias medicamentosas y biológicas) y otras causas (neoplasias, endocrino, sangre, sistema nervioso, piel, genito-urinario, obstetricia y ginecología, etc.)

El Programa de Incapacidad Temporal también proporciona la Tasa Global de Absentismo (TGA), que es el indicador más utilizado para valorar la incapacidad temporal. Su valor, en un período, es el siguiente:

$$TGA = \frac{\text{n}^\circ \text{ de días I.T.}}{\text{n}^\circ \text{ de trabajadores} \times \text{n}^\circ \text{ días reales}}$$

### TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

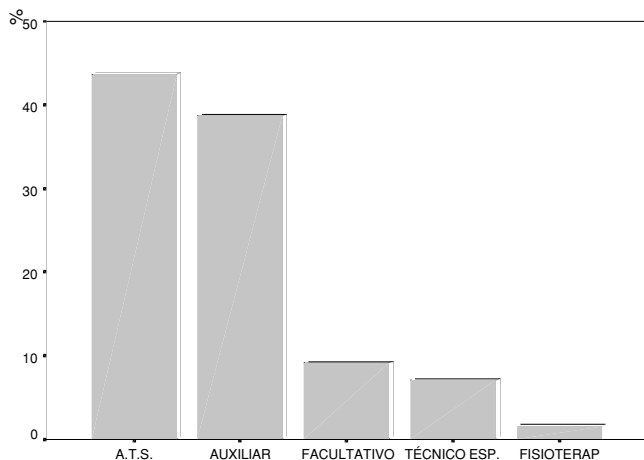
En primer lugar, se ha establecido un apartado descriptivo, donde se ha realizado un análisis de distribución de frecuencias en el caso de variables cualitativas o categóricas; en el tratamiento de variables cuantitativas se ha efectuado un estudio de medidas de centralización (media y mediana) y dispersión (desviación típica, mínimo-máximo y rango). La comparación de variables cuantitativas por grupos independientes, se ha realizado mediante el test no paramétrico de Kruskal-Wallis, no asumiendo normalidad en las distribuciones de dichas variables. La asociación entre dos variables categóricas se ha contrastado con el estadístico  $\chi^2$  de Pearson (en el que se ha tenido en cuenta la corrección por continuidad de Yates). En el caso particular de una tabla de contingencia 2x2 se ha utilizado, en su lugar, el test exacto de Fisher cuando alguna de las casillas de la tabla presentaba una frecuencia esperada menor de 5. En todos los tests estadísticos se ha considerado como significativo un valor de  $p < 0.05$ .

El análisis y tratamiento estadístico de los datos se ha llevado a cabo con el paquete estadístico SPSS (Inc., Chicago, Illinois USA) versión 11.0, con licencia para el Departamento de Estadística e Investigación Operativa de la Universidad de Santiago de Compostela.

### RESULTADOS

La muestra se obtiene del personal laboral facultativo y sanitario no facultativo de dos centros hospitalarios de la provincia X del año 1999. En ese año, el Hospital (A) contaba con un total de 1199 trabajadores y el Hospital (B) con un total de 464 trabajadores. Entre el personal de cada Hospital, se han seleccionado trabajadores con algún proceso de I.T. en el año 1999 siendo su número 586, de los cuales el 85% pertenece al Hospital (A) y el 15% al Hospital (B). El 90% del total de la

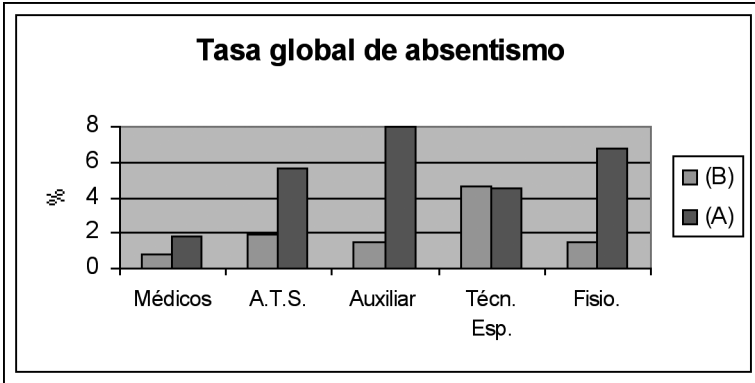
muestra son mujeres. La edad promedio es de  $41 \pm 8$  años, la mediana está en 45.87 años, siendo el paciente más joven de 23 años y el de más edad de 69 años. En la muestra global, la distribución de categorías profesionales fue la siguiente (ver Figura 1): el 43% son ATS, el 38% auxiliares de enfermería, 9% son facultativos, el 7% técnicos especialistas y el 1.5% restante, fisioterapeutas.



**Figura 1.** Distribución de las categorías profesionales

Realizamos una comparación de la Tasa Global de Absentismo (T.G.A) de la población general de las dos áreas con sus respectivos centros hospitalarios, encontrándose un altísimo índice de absentismo en el hospital (A) (TGA 5.45%) con respecto a la población general de su área (TGA 2.22%) y en cambio, en el área de hospital (B) es menor el absentismo del personal sanitario (TGA 1.89%) con respecto a la población general (TGA 3.62%) ( $p < 0.05$ )

También se observaron diferencias significativas cuando se comparaba la TGA entre las distintas categorías profesionales de ambos hospitales ( $p < 0.05$ ). Así, tal y como puede observarse en la Figura 2, en la que se ve la gran diferencia de absentismo, dentro de la misma categoría profesional, del personal de Hospital (A) con respecto al del (B) (excepto los técnicos especialistas que presentan tasas similares en ambos hospitales).



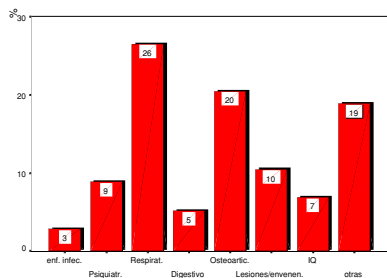
**Figura 2.** TGA por categorías profesionales en cada hospital

No se han detectado diferencias significativas en cuanto a la duración de las bajas por categorías profesionales situándose su duración media entre los valores 48 a 65 días. Existe una diferencia en la media de la edad del personal con procesos de I.T. en cada Hospital ( $p < 0.01$ ), siendo de 42 años en el Hospital (A) y de 36 años, en el (B).

Observamos también diferencia significativa en la duración de los procesos de baja laboral si realizamos una distribución por sexo ( $p < 0.01$ ), siendo la duración media de  $39.41 \pm 86.68$  días en el varón y de  $44.91 \pm 77.51$  días en la mujer. En cambio, las patologías más frecuentes que causan baja laboral son las mismas en los dos sexos, y fueron por este orden: respiratorio, osteoarticular y otras causas.

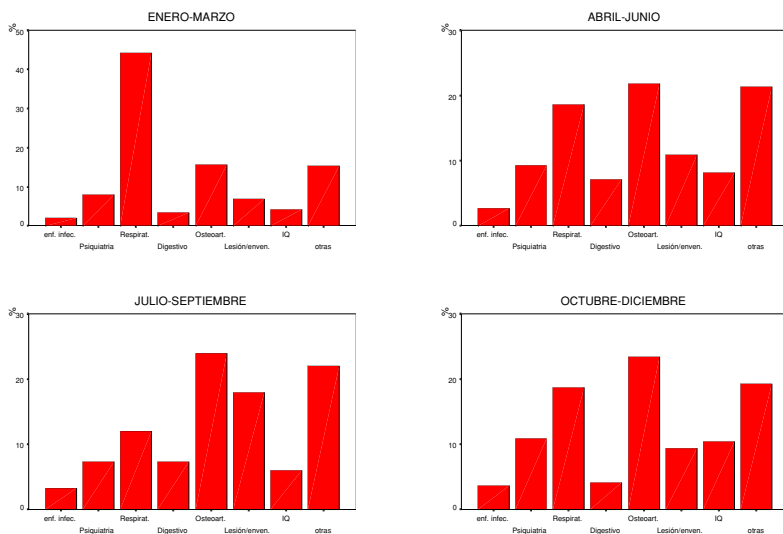
Por categoría profesional, existen diferencias en el orden de frecuencia de estos tres motivos clínicos más frecuentes de baja ( $p < 0.05$ ), en concreto en el personal de enfermería, auxiliares de enfermería y técnicos especialistas. Es llamativo en caso de los fisioterapeutas, ya que la causa más frecuente y que sobresale por encima de las demás en un 50% son los problemas osteoarticulares y en los facultativos los motivos encuadrados en otras causas, en un 34.4%.

La distribución en porcentajes por motivos clínicos que causaron incapacidad temporal se refleja en la Figura 3, siendo dicha distribución coincidente en los dos hospitales estudiados. Según puede observarse en dicha figura, las causas más frecuentes de I.T. fueron patologías de tipo respiratorio (26%) y osteoarticular (20%).



**Figura 3.** Distribución de las causas de I.T.

Hemos realizado un estudio de la distribución en trimestres de las causas de baja de los procesos de I.T., para ver si existe alguna modificación de las causas de baja por motivos estacionales. Como cabría esperar (ver Figura 4), se han encontrado diferencias significativas en la distribución temporal ( $p < 0.05$ ) ya que en el primer trimestre, correspondiendo con el invierno, sobresalen con respecto al resto de las patologías los procesos respiratorios. En el segundo trimestre, correspondiendo con primavera, empiezan a disminuir los procesos respiratorios, ocupando el primer puesto en frecuencia la patología osteoarticular. En el tercer trimestre, correspondiendo al verano, siguen aumentando los procesos osteoarticulares, a la vez que descienden los respiratorios. En el cuarto trimestre, correspondiendo con el otoño, vuelven a aumentar los procesos respiratorios, disminuyendo la patología osteoarticular.



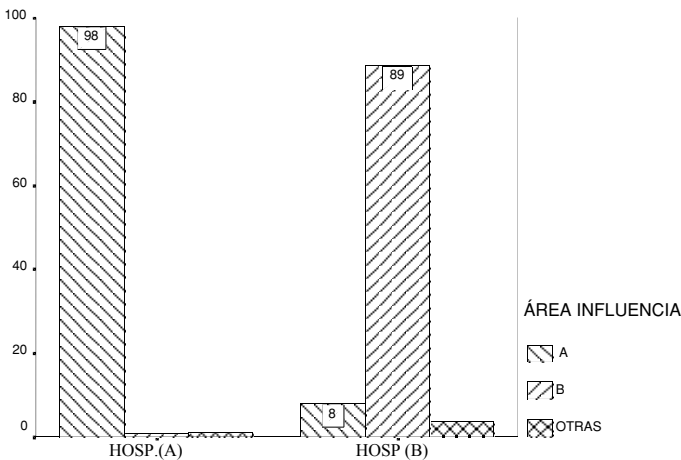
**Figura 4.** Distribución temporal de los procesos de I.T. por causas de baja

Se hace también un estudio del porcentaje de procesos de incapacidad temporal previos desde el año 1996 al año 1999 en estos trabajadores. En este trabajo, se ha considerado la siguiente clasificación del número de procesos previos:: 0. ningún proceso previo, 1. un proceso, 2. dos procesos, 3. tres procesos y 4. 4 procesos o más. La Tabla 1 recoge los resultados obtenidos en cada uno de los Hospitales, encontrándose diferencias significativas ( $p < 0.01$ ) en la distribución de antecedentes de I.T., siendo el hospital (B) el que presenta un porcentaje mayor de casos con menor número de procesos previos.

**Tabla 1.** *Procesos previos de I.T. desde el año 1996 en cada Hospital*

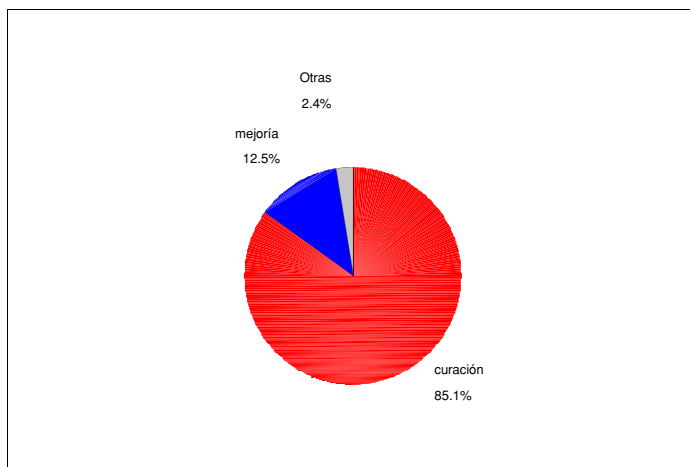
		Procesos previos de I.T. (1996-1998)					Total
		0	1	2	3	>=4	
HOSPITAL	A	116	132	99	76	75	498
	%	23.3%	26.5%	19.9%	15.3%	15.1%	100.0%
	B	32	21	19	11	5	88
	%	36.4%	23.9%	21.6%	12.5%	5.7%	100.0%
Total		148	153	118	87	80	586
	%	25.3%	26.1%	20.1%	14.8%	13.7%	100.0%

También realizamos un estudio comparativo entre los dos hospitales, de la distribución de las bajas en relación al lugar de residencia del personal que trabaja en cada hospital (ver Figura 5). En el Hospital (B), donde sabemos que la tasa de absentismo es menor que la del Hospital (A), aparece una más alta frecuencia de procesos de I.T. en aquellos trabajadores que viven fuera del área del (B) (área del (A) o en otras áreas).



**Figura 5.** *Distribución de las bajas por área de influencia, en cada Hospital*

La Figura 6 muestra la distribución de los motivos por los que se da el alta. Como se puede observar en dicha figura, la gran mayoría de las altas se dan por curación (85.1%) y mejoría (12.5%). El resto de las altas presentan porcentajes inferiores al 1.5% y los motivos son por agotamiento de los dieciocho meses de baja, propuesta de invalidez, alta por Inspección Médica y fallecimiento.



**Figura 6.** Causas de alta

## DISCUSIÓN

La Tasa Global de Absentismo en el personal sanitario facultativo y no facultativo del Hospital (A) del año 1999, es más alta que la de la población general en dicho período y que la del Hospital (B). La diferencia reflejada entre los dos hospitales puede ser debido al tipo de hospital, características propias del personal (grado de satisfacción, condiciones laborales, ...), de la organización y planificación del trabajo, ...etc

En consonancia con otros trabajos (1), se comprueba un mayor absentismo laboral en enfermería y auxiliares de enfermería, probablemente relacionado con la turnicidad, nocturnidad y el grado de responsabilidad, ya que todo ello es capaz de originar alteraciones que se manifestarán por trastornos digestivos, cardiovasculares, psíquicos...etc.

El personal del Hospital (A) es de mayor edad que el del Hospital (B), por lo que los procesos de baja laboral son en los primeros sobre los cuarenta años y en los segundos sobre los treinta.

Los procesos de las bajas laborales son de períodos de ausencia pequeños, encontrándose diferencia por sexo (39 días en los hombres y 45 días en las mujeres).

Las causas más frecuentes de incapacidad laboral son, por este orden: procesos respiratorios, patología osteoarticular y otros procesos. Coincidiendo estos resultados con el de otros trabajos (2).

Por categorías profesionales no se encuentran variaciones importantes de este orden en enfermería, auxiliares de enfermería y técnicos especialistas. En fisioterapeutas el 50% de los procesos son por patología osteoarticular. En facultativos el porcentaje más alto lo ocupa las patologías encuadradas en otras causas como son neoplasia, problemas genito-uritarios, obstétricos, ..

Se observa una modificación estacional de dichas frecuencias de distribución según época del año:

- En el primer trimestre, correspondiendo con el invierno, sobresalen con respecto al resto de las patologías los procesos respiratorios.
- En el segundo trimestre, correspondiendo con primavera, empiezan a disminuir los procesos respiratorios, ocupando el primer puesto en frecuencia la patología osteoarticular.
- En el tercer trimestre, correspondiendo al verano, siguen aumentando los procesos osteoarticulares, a la vez que descienden los respiratorios.
- En el cuarto trimestre, correspondiendo con el otoño, vuelven a aumentar los procesos respiratorios, disminuyendo la patología osteoarticular.

También realizamos un estudio comparativo entre los dos hospitales, observando la frecuencia de distribución de las bajas con relación al lugar de residencia del personal que trabaja en cada hospital. En el Hospital (B), donde sabemos que la tasa de absentismo es menor que la del Hospital (A), aparece una más alta frecuencia de I.T. en aquellos trabajadores que viven fuera del área. Una explicación lógica, es la proximidad de otros Servicios Sanitarios, existiendo mucho personal de otras comunidades y de otras áreas que toman posesión de la plaza en este centro.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Calera Rubio A, Segura Segura, A. Incapacidad Temporal y riesgos específicos en enfermería hospitalaria. Ponencia presentada en IV Jornadas de Enfermería Quirúrgica de la Comunidad Valenciana.
2. Royo-Borbonada MA. La duración de la incapacidad laboral y sus factores asociados. Gaceta Sanitaria 1999;13: 177-184.

# ESTUDIO DE LOS PROCESOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL EN PERSONAL SANITARIO DE TRES HOSPITALES DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA GALLEGA

Benasach, I.<sup>1</sup>; Cerqueiro, S.<sup>1</sup>; Getino, P.<sup>2</sup>; Lanza, M.<sup>1</sup>; Picher, M.<sup>2</sup>; Otero, XL<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio Galego de Saúde. <sup>2</sup>Subdirección General de Inspección Sanitaria.

<sup>3</sup>Departamento de Estadística e Investigación Operativa. Universidade de Santiago de Compostela

## OBJETIVOS

Con este estudio se pretende conocer la incidencia y la duración de los procesos de Incapacidad Temporal (IT) en tres de los grandes hospitales de la red pública de la Comunidad Autónoma, Complejo Hospitalario 1 (C.H.1), Complejo Hospitalario 2 (C.H.2), y Complejo Hospitalario 3 (C.H.3), relacionando los tres hospitales entre sí, en cuanto a la incapacidad temporal de sus trabajadores sanitarios se refiere.

De esta forma esperamos que con los resultados se pueda llegar a emitir una serie de conclusiones que puedan esclarecer el hecho de que la incapacidad temporal haya incrementado de forma considerable dentro de los centros sanitarios de la red pública, en los últimos años.

## INTRODUCCIÓN

### CONCEPTO DE INCAPACIDAD TEMPORAL (IT):

Situación en la que se encuentran los trabajadores incapacitados temporalmente para trabajar debido a enfermedad común o profesional y accidente, sea o no de trabajo, mientras reciban asistencia sanitaria de la Seguridad Social, así como los períodos de observación por enfermedad profesional en los que se prescriba la baja en el trabajo durante los mismos.

### CAUSAS:

- Enfermedad común o profesional.
- Accidente sea o no de trabajo.
- Período de observación de enfermedades profesionales, cuando sea necesaria la baja médica.

**REQUISITOS:**

- Estar afiliado y en alta en la Seguridad Social o en situación asimilada al alta
- Tener cubierto un período de cotización de:
  - Por enfermedad común: 180 días en los cinco años anteriores al hecho causante. (Si es a tiempo parcial se computarán calculando su equivalencia en días teóricos)
  - Por accidente, sea o no de trabajo, y enfermedad profesional, no se requiere período previo de cotización.

**DURACIÓN:**

- Máxima de 12 meses, prorrogables por otros 6 cuando se presuma que durante ellos el trabajador pueda ser dado de alta médica por curación. Para la determinación del período máximo se computan los períodos de recaídas y de observación de un mismo proceso patológico, aunque se hubieren producido períodos de actividad laboral, siempre que éstos sean inferiores a 6 meses.
- Los períodos de observación por enfermedad profesional tienen una duración máxima de 6 meses prorrogables por otros 6.
- Una vez transcurrido el plazo máximo de 18 meses la inspección del Servicio Gallego de Salud formula la correspondiente alta médica por curación o alta médica por agotamiento de la incapacidad temporal. En este último caso se examina necesariamente, en el plazo máximo de tres meses, el estado del incapacitado a efectos de su calificación en el grado que corresponda.
- Si por la situación clínica del asegurado así es aconsejable, se puede demorar la citada calificación por el tiempo preciso, no pudiendo rebasar en ningún caso los treinta meses siguientes a la fecha en que se haya iniciado la incapacidad temporal.

**MATERIAL Y MÉTODOS****MATERIAL**

Para la realización de este trabajo se revisan 733 procesos de incapacidad temporal correspondientes a una muestra obtenida de los casos de bajas laborales entre el personal sanitario de los tres hospitales estudiados: Complejo Hospitalario 1 (C.H.1), Complejo Hospitalario 2 (C.H.2) y Complejo Hospitalario 3 (C.H.3), iniciados en los siete primeros días de cada mes durante el año 2000.

Los datos recogidos en cada uno de los procesos de incapacidad temporal son: DNI, sexo (H-hombre, M-mujer), año de nacimiento, categoría profesional (1-Facultativo, 2-ATS/DUE/fisioterapeuta/matrona, 3-Técnico especialista, 4-Auxiliar de clínica), fecha de baja, fecha de alta, días de IT, diagnóstico, motivo de alta (Curación, FA-fallecimiento, IM-Inspección Médica, PI-propuesta de invalidez, AP-agotamiento del plazo, ME-mejoría, NC-no comparecencia, AI-alta INSS).

## MÉTODOS

Se analiza la incidencia de incapacidad temporal entre tres hospitales de la Comunidad Autónoma, sobre el total de trabajadores sanitarios, estudiando comparativamente la incidencia de bajas entre las diferentes categorías profesionales de cada hospital y entre los tres centros, la duración de las mismas, periodicidad semanal y mensual, número de jornadas perdidas, distribución por edad, sexo y diagnósticos más frecuentes.

Para el análisis de variables categóricas utilizamos tablas de contingencia y la prueba chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) para comparación de proporciones.

En el caso de variables continuas (ej.: duración), representamos la media y la desviación típica. Las comparaciones se realizan con la prueba t-Student.

## RESULTADOS

### EDAD

El grupo de mayor edad corresponde a los facultativos, siendo los del C.H.2 los de media más elevada, y la categoría más joven es la de técnicos especialistas, correspondiendo los de menor edad al citado complejo hospitalario. Entre ambos se sitúa la categoría de ATS/DUE siendo la más joven la del C.H.1 y la de más edad la del C.H.3.

### MOTIVO DEL ALTA

Si realizamos el estudio del motivo de alta observamos que en todas las categorías, y en todos los centros, el motivo de alta más frecuente es la curación (82%).

### DIAGNÓSTICO

El registro del diagnóstico sólo aparece en 523 bajas de los 733 casos estudiados y su distribución es la siguiente:

<b>RESUMEN DE LOS CÓDIGOS CIE-9</b>	<b>Nº CASOS</b>
<i>Enfermedades osteoarticulares (D-715 a D-729)</i> .....	117
<i>Enfermedades respiratorias (D-460 a D-518)</i> .....	110

Traumatismos (D-807 a D-959) .....	74
Enfermedades psiquiátricas (D-300 a D-311).....	62
Enfermedades aparato digestivo (D-520 a D-577) .....	32
Intervenciones quirúrgicas (P).....	31
Complicaciones del embarazo (D-632 a D-646).....	21
Enfermedades del sistema nervioso (D-346 a D-386).....	18
Enfermedades infecciosas (D-003 a D-105).....	13
Enfermedades cardiovasculares (D-401 a D-455).....	11
Neoplasias (D-172 a D-235) .....	8
Enfermedades genitourinarias (D-588 a D-620) .....	8
Enfermedades de la piel (D-681 a D-708).....	8
Enfermedades endocrinas (D-244 a D-274).....	5
Anemia (D-280 a D-298) .....	5
Otros:	
- D-780 a D-790: síntomas mal definidos.....	16
- D-987 a D-998: complicaciones de otras enfermedades.....	23
- D-819 a V-70: otras causas de enfermedad.....	11

Como se puede observar los diagnósticos más frecuentemente encontrados corresponden al grupo de las enfermedades osteoarticulares con 117 casos (22%), seguidas por el grupo de las enfermedades respiratorias con 110 casos (21%) y los traumatismos con 74 casos (14%).

## PERIODICIDAD

En los siguientes gráficos podemos observar el comportamiento de las bajas semanal y mensualmente en cada uno de los centros sanitarios:

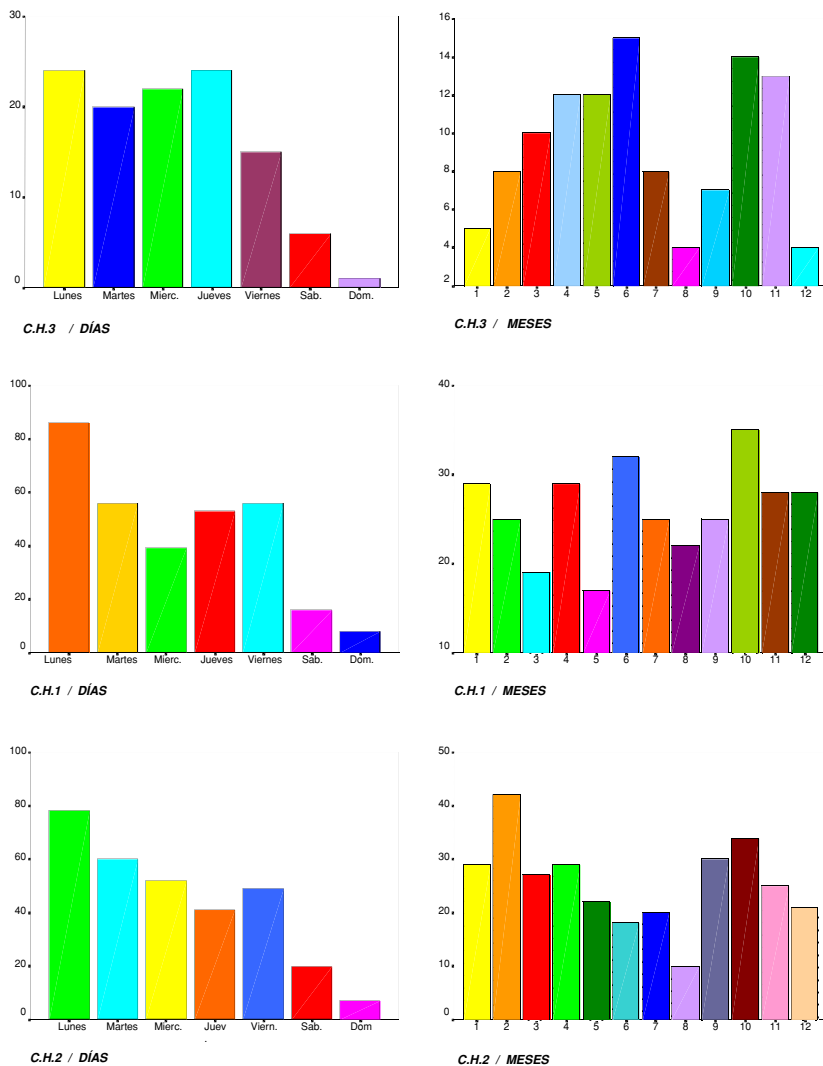


Figura 1. Frecuencias de bajas por días de semana y meses del año, en cada hospital

En el C.H.3 la mayor periodicidad semanal corresponde a los lunes y jueves, y la mensual a junio. En el C.H.1 la semanal a los lunes y la mensual a octubre. En el C.H.2 la semanal corresponde a los lunes y la mensual a febrero. Como vemos hay una coincidencia en el elevado nº de bajas el primer día de la semana.

### **PORCENTAJE DE BAJAS RESPECTO A LA PLANTILLA**

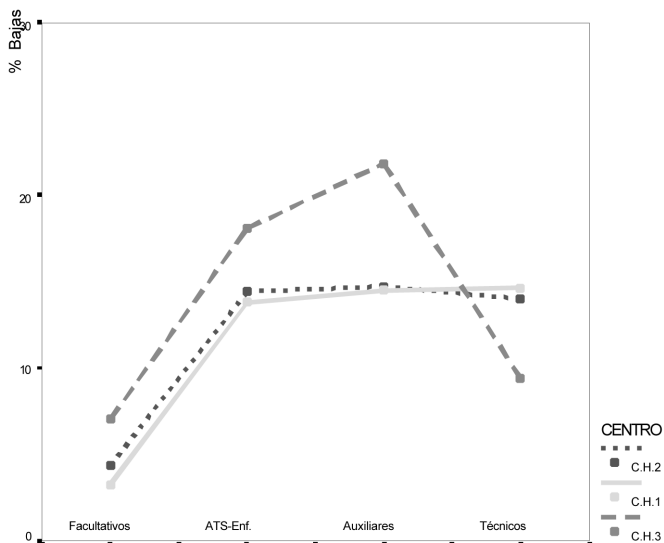
La plantilla de personal en el momento del estudio es:

	<i>Facultativos</i>	<i>ATS/DUE</i>	<i>Auxiliares</i>	<i>Técnicos</i>	<i>Total</i>
<b>C.H.3</b>	214	293	183	32	722
<b>C.H.1</b>	591	1.109	849	130	2.679
<b>C.H.2</b>	738	1.034	760	100	2.632

Las bajas registradas (y el correspondiente porcentaje) durante las 12 semanas de observación de la muestra son las siguientes:

	<i>Facultativos</i>	<i>ATS/DUE</i>	<i>Auxiliares</i>	<i>Técnicos</i>	<i>Total</i>
<b>C.H.3</b>	15 7,0%	53 18,0%	40 21'8%	3 9'3%	111 15'4%
<b>C.H.1</b>	19 3'2%	153 13'8%	123 14'5%	19 14'6%	314 11'7%
<b>C.H.2</b>	32 4'3%	149 14'4%	112 14'7%	14 14,0%	307 11'6%

Como se puede observar, el mayor porcentaje de bajas en los tres centros sanitarios corresponde al personal auxiliar, siguiéndole en frecuencia la enfermería, técnicos y en último lugar los facultativos.



**Figura 2.** Porcentaje de bajas

Comparativamente el centro con mayor número de procesos de baja sobre el total de plantilla de personal es el C.H.3 (en rojo), siendo la categoría profesional con mayor tasa de absentismo la auxiliar.

### COMPARACIÓN DE PROPORCIONES DE BAJAS LABORALES

Calculamos las proporciones globales de bajas en los tres centros hospitalarios, y realizamos las comparaciones entre las mismas.

Tengamos siempre en cuenta que la muestra contiene el número de bajas registradas en el personal sanitario durante los 7 primeros días de cada mes, lo que en 12 meses representan 84 días estudiados. Para establecer la proporción de bajas estimadas en todo el año (365 días), hay que extrapolar los resultados multiplicando por el factor 4.345 ( $365 / 84$ ).

	Nº Bajas en 84 días	Plantilla	% Bajas en 84 días	% Bajas en todo el año
C.H.3	111	722	15'4%	66'8%
C.H.1	314	2.679	11'7%	50'7%
C.H.2	307	2.632	11'6%	50'6%

El estudio comparativo (prueba  $\chi^2$ ) de las proporciones de bajas entre centros, proporciona los siguientes niveles de significación:

	C.H.3	C.H.1	C.H.2
C.H.3		$p = 0'008$	
C.H.1			$p = 0'95$
C.H.2	$p = 0'007$		

El C.H.3 presenta una proporción de bajas significativamente superior al C.H.1 y al C.H.2, no existiendo diferencia significativa entre estos dos últimos.

### COMPARACIÓN POR CATEGORÍAS PROFESIONAIS.

El estudio comparativo de proporciones de cada centro, se realiza ahora dentro de cada una de las categorías profesionales descritas.

#### 1.- Facultativos:

	C.H.3	C.H.1	C.H.2
C.H.3		$P = 0'0018$	
C.H.1			$P = 0'290$
C.H.2	$P = 0'112$		

El C.H.3 tiene una proporción de bajas significativamente superior al C.H.1 El resto de las comparaciones no son significativas.

#### 2.- ATS/DUE:

	C.H.3	C.H.1	C.H.2
C.H.3		$P = 0'064$	
C.H.1			$P = 0'68$
C.H.2	$P = 0'121$		

No detectamos ninguna diferencia significativa, si bien hay indicios de que pudiese existir entre el C.H.3 y el C.H.1.

### 3.- Auxiliares:

	<b>C.H.3</b>	<b>C.H.1</b>	<b>C.H.2</b>
<b>C.H.3</b>		<b>P = 0'013</b>	
<b>C.H.1</b>			<b>P = 0'887</b>
<b>C.H.2</b>	<b>P = 0'019</b>		

El C.H.3 presenta una proporción significativamente superior al C.H.1 y al C.H.2, no existiendo diferencias significativas entre estos dos últimos.

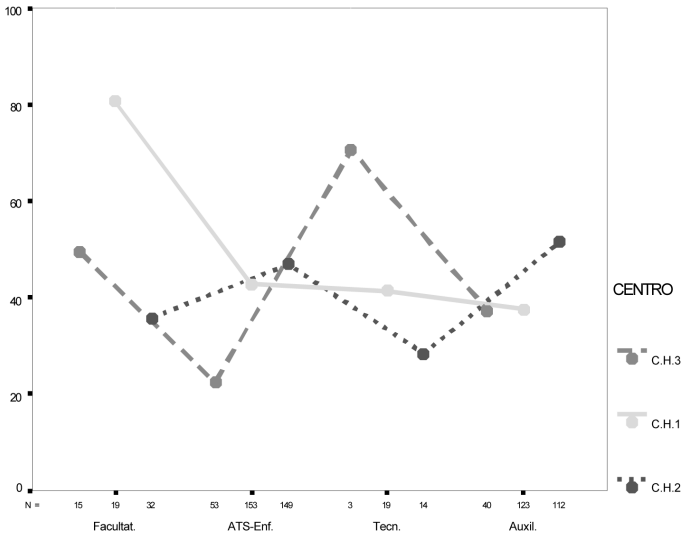
### DURACIÓN DE LAS BAJAS

En la tabla siguiente se presenta la media y la desviación típica de la duración de las bajas (en días), por categorías y por centros:

De la lectura de la misma se observa que el centro con mayor duración de las bajas entre el personal facultativo es el C.H.1, que la duración de los procesos de IT en el personal de enfermería y auxiliares es mayor en el C.H.2 y que al C.H.3 le corresponde la mayor duración de procesos en el personal técnico.

<b>Categoría</b>	<b>Centro</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación típica</b>	<b>Nº de trabajadores</b>
Facultativos	C.H.3	49, 53	55, 28	15
	C.H.1	80, 53	120, 00	19
	C.H.2	35, 69	53, 01	32
ATS/DUE	C.H.3	22, 32	21, 63	53
	C.H.1	42, 66	74, 91	153
	C.H.2	46, 87	63, 43	149
Técnicos	C.H.3	70, 67	95, 93	3
	C.H.1	41, 32	79, 69	19
	C.H.2	28, 36	33, 79	14
Auxiliares	C.H.3	37, 20	37, 21	40
	C.H.1	37, 54	64, 61	123
	C.H.2	51, 49	76, 80	112
Total	C.H.3	32, 67	37, 49	111
	C.H.1	42, 87	75, 12	314
	C.H.2	46, 54	66, 74	307
	Total	42, 86	67, 19	732

Finalmente el C.H.2 presenta una duración media de 46, 5 días y una mayor duración global de los procesos de baja existentes en el período estudiado.



**Figura 3.** Representación de la media de los valores de la variable días de duración de la baja por categorías y centros

**ESTIMACIÓN DEL NÚMERO DE JORNADAS PERDIDAS**

A partir de las bajas registradas durante las 12 semanas (84 días) de observación calculamos el numero de jornadas perdidas por IT en cada uno de los estamentos profesionales y en cada uno de los centros hospitalarios. Bajo el supuesto de que la aparición de bajas por IT es uniforme y similar a la observada en las restantes semanas del año, hacemos una estimación por extrapolación del número de jornadas perdidas en todo el año.

El cálculo se basa en las fórmulas:

Nº días perdidos observando 84 días = Duración media x Nº bajas observadas

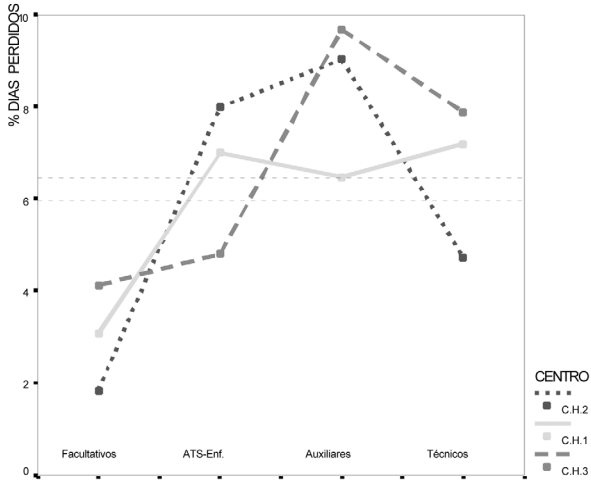
Nº días perdidos en 1 año = (Nº días perdidos observando 84 días / 84) x 365

$$\% \text{ días perdidos} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de días perdidos en 84 observado}}{\text{n}^\circ \text{ de trabajadores} \times 84}$$

<i>Categoría</i>	<i>Centro</i>	<i>Nº días perdidos</i>	<i>Nº trabajadores x 84 días</i>	<i>% días perdidos</i>
Facultativos	C.H.3	743	17.976	4'13%
	C.H.1	1.530	49.644	3'08%
	C.H.2	1.142	61.992	1'84%
ATS/DUE	C.H.3	1.183	24.612	4'80%
	C.H.1	6.527	93.156	7'0%
	C.H.2	6.983	86.856	8'0%
Técnicos	C.H.3	212	2.688	7'88%
	C.H.1	785	10.920	7'19%
	C.H.2	397	8.400	4'73%
Auxiliares	C.H.3	1.488	15.372	9'68%
	C.H.1	4.618	71.316	6'47%
	C.H.2	5.767	63.840	9'03%
Total	C.H.3	3.626	60.648	5'97%
	C.H.1	13.460	225.036	5'98%
	C.H.2	14.289	221.088	6'46%

Una vez realizados los cálculos del porcentaje de días perdidos, se observa que en el C.H.3 el mayor porcentaje corresponde al personal auxiliar, siendo además el más alto de los tres centros. En el C.H.1 el mayor porcentaje corresponde a los técnicos especialistas y en el C.H.2 a los auxiliares.

Por centros, el % de días perdidos durante todo el año en el C.H.2 (6.46%) es significativamente superior ( $p < 0.001$ ) al de los otros centros, C.H.1 (5.98%) y C.H.3 (5.97%), siendo prácticamente igual el porcentaje en éstos dos últimos.



**Figura 4.** Estimación de los porcentajes de días perdidos en un año

## DISCUSIÓN

A la vista de los resultados obtenidos y partiendo de la premisa de que el perfil de las categorías profesionales es el mismo en los tres hospitales analizados, cabría hacer una pequeña reflexión sobre los factores externos que pudieran influir en la consecución de los mismos y que explicasen la diferencia de comportamiento observada.

Que el Complejo Hospitalario 2 sea el centro con mayor porcentaje de jornadas laborales perdidas, en definitiva, con mayor tasa de absentismo laboral, y teniendo en cuenta el año en el que se ha realizado el estudio, podría obedecer al traslado de uno de los centros del citado complejo (que contaba con el mayor número de recursos humanos) a unas nuevas instalaciones, lo que supone un gran cambio, no sólo desde el punto de vista estructural, sino también funcional, pues llevó implícito una redistribución de los recursos humanos existentes en las distintas áreas del centro, en concreto, del personal de enfermería y auxiliar.

La categoría profesional con mayor proporción de bajas laborales es en los tres centros la auxiliar, lo que podría entenderse en razón de dos cuestiones entre otras. Una de ellas es la jornada laboral a turnos, y la otra la penosidad de la misma, pues de las categorías evaluadas es la que realiza un mayor trabajo físico, con una menor o ninguna proyección profesional. Todo ello llevaría también a explicar que los motivos de baja más frecuente encontrado entre los diagnósticos sean los procesos osteoarticulares, si bien puede ser discutible con el hecho de que las guardias

suponen al colectivo de médicos una penosidad (en cuanto a esfuerzo físico) muy importante y no parece como originador de IT. Sería necesario realizar un estudio por entidades patológicas y comprobar el tiempo que necesitan los diversos grupos para su curación ya que si necesitan más tiempo debe existir otros condicionantes.

Las razones que podrían explicar que el colectivo médico es, en general, el que presenta una menor proporción de procesos de IT, son de difícil abordaje y pueden depender de múltiples variables. Dichas variables comprenden los diferentes servicios implicados, las distintas actividades desarrolladas, penosidad de las mismas, inmediatez en la toma de decisiones, etc. que pueden ser específicas de aquellas especialidades con más implicación quirúrgica. Otras variables a tener en cuenta deberían incluir aspectos tales como la edad, presión asistencial, económicos, etc. Sería necesario pues realizar un estudio más profundo sobre estas hipótesis dividiendo el colectivo en varios subgrupos: médicos agrupados por servicios hospitalarios, los que realizan jornadas especiales y los que no, tramos de edad, etc. Planteado lo anterior habría que tener en cuenta si la IT afecta por igual a todas las especialidades o se ven más afectadas las que suponen una carga física más grande, cómo varía la IT por grupos de edad, si el estar en situación de IT disminuye o no el número habitual de jornadas especiales totales, etc.

Por otro lado podemos reflexionar sobre la periodicidad semanal de las bajas coincidente en el primer día de la semana que puede obedecer al comienzo de la actividad laboral tras el descanso del fin de semana, y a que, tal y como está establecido en la normativa vigente, el parte de baja tiene que ser expedido por el facultativo de cabecera del Servicio Gallego de Salud adscritos a los correspondientes centros de atención primaria cuyo horario de funcionamiento se limita a los días laborables.

## CONCLUSIONES

La distribución por meses del año es bastante similar en el C.H.1 y en el C.H.2, en cambio en el C.H.3 la distribución es más desigual.

El tipo de personal que más bajas laborales genera es el auxiliar, que en el C.H.3 llega a ser del 21, 8%. El personal con menor incidencia de absentismo es el facultativo, aunque no ocurre lo mismo en el C.H.3 dónde es significativamente mayor.

Globalmente la incidencia total de bajas laborales es significativamente mayor en el C.H.3, sin embargo la duración de los procesos es significativamente más alta en el C.H.2, siendo por tanto este hospital el que pierde más jornadas laborales entre su personal sanitario.

Aún siendo el grupo de mayor edad el de los facultativos, es la categoría en la que se contabiliza el menor número de procesos de IT.

La distribución por meses del año es bastante similar en el C.H.1 y en el C.H.2, en cambio en el C.H.3 la distribución es más desigual. La mayor periodicidad semanal corresponde al primer día de la semana.

Entre los diagnósticos encontrados el mayor porcentaje corresponde a las enfermedades osteoarticulares seguido de las enfermedades respiratorias.

Las razones médicas no pueden explicar las diferencias encontradas en el estudio

## BIBLIOGRAFÍA

- Orden de 25 de noviembre de 1966 del Ministerio de Trabajo por la que se regula la colaboración de empresas en el régimen general (BOE nº 296, de 7 de diciembre de 1966).
- Decreto 3158/1966, de 23 de diciembre, por el que se aprueba el reglamento general de prestaciones económicas de la Seguridad Social (BOE nº 312, de 30 de diciembre de 1966).
- Orden de 13 de octubre de 1967 del Ministerio de Trabajo por la que se regula la prestación por incapacidad laboral transitoria (BOE nº 264, de 4 de noviembre de 1967).
- Decreto 1646/1972, de 23 de junio, por el que se desarrolla la Ley 24/1972, de 21 de junio, en materia de prestaciones del régimen general de la Seguridad Social (BOE nº 154, de 28 de junio de 1972).
- Real Decreto 53/1980, de 11 de enero, por el que se modifica el artículo segundo del reglamento general que determina la cuantía de las prestaciones económicas del régimen general de la Seguridad Social por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (BOE nº 14, de 16 de enero de 1980).
- Orden de 27 de enero de 1982 del Ministerio de Trabajo e Seguridad Social sobre cotización para contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de trabajadores preceptores del seguro de desempleo ocupados por Corporaciones Locales o Organismos de la Administración del Estado (BOE nº 38, de 13 de febrero de 1982).
- Orden de 27 de enero de 1982 del Ministerio de Trabajo e Seguridad Social sobre alcance de situación asimilada a la de alta de los trabajadores al servicio de empresas españolas trasladadas al extranjero (BOE nº 40, de 16 de febrero de 1982).
- 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 (BOE nº 154, de 29 de junio de 1994).

- Ley 42/1994, de 30 de diciembre, sobre medidas fiscales, administrativas y de orden social (BOE nº 313, de 31 de diciembre de 1994).
- Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre, por el que se aprueba el reglamento sobre colaboración en la gestión de la Seguridad Social de las Mutuas de Accidente de Trabajo e Enfermedades Profesionales (BOE nº 296, de 12 de diciembre de 1995).
- Orden de 18 de enero de 1996 del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social sobre aplicación y desarrollo del Real Decreto 130/1995, de 21 de julio, sobre incapacidades laborales del sistema de la Seguridad Social (BOE nº 25, de 26 de enero de 1996).
- Ley 13/1996, de 30 de diciembre, sobre medidas fiscales, administrativas y de orden social (BOE nº 315, de 31 de diciembre de 1996).
- Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de la prestación económica por incapacidad temporal (BOE nº 98, de 24 de abril de 1997).
- Real Decreto 576/1997, de 18 de abril, por el que se modifica el Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre, por el que se aprueba el reglamento sobre colaboración en la gestión de la Seguridad Social de las Mutuas de Accidente de Trabajo e Enfermedades Profesionales (BOE nº 98, de 24 de abril de 1997).
- Orden de 19 de junio de 1997 del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales por la que se desarrolla el Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de la prestación económica por incapacidad temporal (BOE nº 150, de 24 de junio de 1997).
- Ley 66/1997, de 30 de diciembre, sobre medidas fiscales, administrativas y de orden social (BOE nº 313, de 31 de diciembre de 1997).
- Real Decreto 488/1998, de 27 de marzo, por el que se desarrolla el artículo 11 del Estatuto de los Trabajadores, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, en materia de contratos formativos (BOE nº 85, de 9 de abril de 1998).
- Orden de 20 de abril de 1998 del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales por la que se modifica la Orden de 25 de noviembre de 1966 del Ministerio de Trabajo por la que se regula la colaboración de empresas en el régimen general (BOE nº 110, de 8 de mayo de 1998).
- Real Decreto 1117/1998, de 5 de junio, por el que se modifica el Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de la prestación económica por incapacidad temporal (BOE nº 145, de 18 de junio de 1998).

- Orden de 18 de septiembre de 1998 del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, por la que se modifica la Orden de 19 de junio de 1997 por la que se desarrolla el Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de la prestación económica por incapacidad temporal (BOE nº 230, de 25 de septiembre de 1998).
- Real Decreto Legislativo 15/1998, de 27 de noviembre, de medidas urgentes para la mejora del mercado de trabajo, en relación con el trabajo a tiempo parcial y el fomento de su estabilidad (BOE de 28 de noviembre de 1998).
- Real Decreto 144/1999, de 29 de enero, por el que se desarrolla en materia de acción protectora de la Seguridad Social, el Real Decreto Ley 15/1998, de 27 de noviembre, de medidas urgentes para la mejora del mercado de trabajo, en relación con el trabajo a tiempo parcial y fomento de su estabilidad BOE nº 40, de 16 de febrero de 1999).
- Real Decreto 6/2000, de 23 de junio, sobre medidas urgentes de intensificación de la competencia en mercados de bienes y servicios (BOE de 24 de junio de 2000).
- Ley 25/2001, de 27 de diciembre, sobre medidas fiscales, administrativas y de orden social (BOE nº 313, de 31 de diciembre de 2001).

# ESTUDIO DEL IMPACTO DE LAS MODIFICACIONES NORMATIVAS INTRODUCIDAS EN EL AÑO 1997 SOBRE EL COMPORTAMIENTO DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL EN UN ÁREA SANITARIA DE GALICIA (Años 1996 - 2001)

Méndez, C.<sup>1</sup>, Gerpe, C.<sup>2</sup>, Martín, E.<sup>2</sup>, Areoso, I.<sup>2</sup>, López, L.<sup>3</sup>, Arroyo, T.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio Mancomunado Medicina-Ergonomía Dragados O.P, S.A. <sup>2</sup>Servicio Galego de Saúde. <sup>3</sup>Unión Museba Ibesvico, Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social nº 271

## INTRODUCCIÓN

La Incapacidad Temporal (I.T) es la situación en la que se encuentra el trabajador que, por razón de enfermedad o accidente, recibe asistencia sanitaria de la Seguridad Social y está imposibilitado temporalmente para trabajar.

Con la instauración de los sistemas de Seguridad Social, la incapacidad temporal es, quizás, el tema en el que con más claridad se pone de manifiesto la trascendencia de las decisiones médicas, que va mucho más allá de lo puramente clínico, ya que tienen una eficacia directa sobre relaciones típicamente jurídicas y económicas.

Estas implicaciones se extienden en dos direcciones más allá de la de recuperar la salud:

La primera, es que da lugar al nacimiento de un derecho a percibir una prestación económica de la Seguridad Social, sustitutiva del salario dejado de percibir.

La segunda, es que la baja laboral es justificativa y legitimadora de la ausencia al trabajo, lo que produce un quebranto económico para el trabajador y para la organización empresarial donde presta sus servicios, cuya capacidad productiva se ve alterada como consecuencia de la baja del trabajador y de los costes por sustitución.

En la Seguridad Social española, la ausencia al trabajo se justifica administrativamente a través del parte médico de incapacidad temporal. Se trata de un documento oficial extendido por el médico que tenga asignado el trabajador: el primer día de ausencia al trabajo (parte de baja); a intervalos regulares durante su ausencia (partes de confirmación) y el día anterior al de la incorporación al trabajo (parte de alta).

Las contingencias que motivan la incapacidad temporal pueden ser de dos tipos: comunes - *la enfermedad común y el accidente no laboral* - y profesionales - *el accidente laboral y la enfermedad profesional*.

Los beneficiarios pueden ser:

- Trabajadores por cuenta ajena en las distintas ramas de la actividad económica o asimilados a ellos, sean eventuales, de temporada o fijos.
- Trabajadores por cuenta propia o autónomos
- Trabajadores del régimen especial agrario.
- Otros regímenes especiales: mar, empleados del hogar, ferroviarios, etc.

Las prestaciones a que da lugar son de dos tipos: sanitarias y económicas. Las prestaciones económicas consisten en la percepción de un subsidio equivalente a un tanto por ciento de una base reguladora.

La duración máxima del derecho a este subsidio es de 12 meses, prorrogables por otros seis, cuando se presume que durante ellos el trabajador va a ser dado de alta médica por curación.

El reconocimiento del derecho a las prestaciones económicas corresponde al Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), a una Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales o a las empresas autorizadas a colaborar voluntariamente en la gestión del sistema de la Seguridad Social.

## INFORMACIÓN PREVIA

### REGULACIÓN LEGAL

La norma básica en esta materia en nuestro país 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. En concreto, dedica a la Incapacidad Temporal los artículos 128 al 133.

La **Ley 42/94 de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social** (Ley de acompañamiento de los Presupuestos Generales del Estado para el año 1995), introdujo importantes modificaciones en la acción protectora de la Seguridad Social, que afectaron de forma sustancial a la incapacidad temporal, en lo que se refiere a la colaboración de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, otorgándoles la posibilidad de gestionar las prestaciones económicas por Incapacidad Temporal derivada de contingencias comunes, para todos los trabajadores del régimen general, del régimen especial de trabajadores autónomos y del régimen especial agrario.

Como consecuencia de las previsiones contenidas en la mencionada ley, se publicaron los **Reales Decretos 575/1997 y 576/1997, de 18 de Abril.**

El **Real Decreto 575/1997** y la **Orden de 19 de Junio de 1997**, que lo desarrolla, introducen cambios en la certificación y tramitación de la situación de incapacidad, así como en el control y seguimiento de la misma

Posteriormente, la **Ley 66/1997, de 30 de Diciembre, de Medidas Fiscales, administrativas y del orden social**, atribuyó al INSS determinadas competencias en relación con las altas médicas, cuyo desarrollo normativo tuvo lugar con la publicación del **Real Decreto 1117/1998, de 5 de Junio** y la **Orden de 18 de Septiembre de 1998.**

Las innovaciones más relevantes de este conjunto normativo, se concretan fundamentalmente en el seguimiento y control de la prestación económica de las situaciones de IT y en las altas médicas.

Sobre el primero de los aspectos, se determina que las entidades gestoras o las mutuas, en su caso, ejercerán el control y seguimiento de la prestación económica de IT y, para ello, se faculta a sus servicios médicos a:

- Acceder a los informes y diagnósticos de los trabajadores en baja laboral.
- Requerirlos para ser reconocidos médicamente. La negativa infundada a someterse a tales reconocimientos, dará lugar a una propuesta de alta.
- Instar la actuación de la Inspección Médica, en los mismos términos que se reconoce a las empresas.

En materia de altas médicas, el parte de alta podrá ser expedido, además de por el facultativo del Servicio público de Salud, por los médicos adscritos al INSS, previo reconocimiento del asegurado y en un modelo específico creado al efecto. Uno de los ejemplares será remitido a la Inspección Médica, que en el plazo de los tres días hábiles siguientes deberá manifestar expresamente su disconformidad al INSS con la intención de alta. En el caso de no pronunciarse, en el plazo mencionado, el alta se hará efectiva en los 5 días hábiles siguientes.

El Real Decreto 575/1997, regula también el procedimiento a seguir para las propuestas de alta que pueden formular, tanto la entidad gestora, como las mutuas. El INSS o las mutuas, cuando consideren que un trabajador puede no estar impedido para el trabajo, podrán formular, a través de sus respectivos servicios médicos, propuestas motivadas de alta médica. Estas propuestas se harán llegar, a través de las Unidades de Inspección Médica, a los facultativos de los Servicios Públicos de Salud, quienes deberán pronunciarse en el plazo de 10 días, bien confirmando la baja o admitiendo la propuesta de alta, en cuyo caso expedirán el parte correspondiente.

También el **Acuerdo de Financiación Sanitaria para el cuatrienio 1997/2001**, suscrito en el seno del Consejo de Política Fiscal y Financiera, establece reglas para las actuaciones de control del gasto en las prestaciones por IT., para la constitución de un fondo para la mejora de la gestión y la lucha contra el fraude en la IT.

## TRABAJOS PREVIOS

Existen numerosos trabajos publicados sobre la incapacidad temporal en nuestro país, que ponen de manifiesto que el gasto de la IT, ha variado a lo largo de los años y según el Servicio Regional de Salud que lo gestiona.

En el trabajo presentado por Royo-Bordonada<sup>1</sup> en 1999, sobre 600 procesos obtenidos por muestreo aleatorio de 12570 registrados en el año 1995 en el Área de Inspección de Alcalá de Henares, destacan los siguientes resultados:

- El 89% de los beneficiarios pertenecían al Régimen General de la Seguridad Social.
- La duración media fue de 44, 5 días y la mediana de 11 días.
- El 72, 9% de los procesos duraron menos de 1 mes.

El trabajo realizado por Domínguez Trujillo C et al<sup>2</sup>, sobre los procesos de IT en los profesionales de los centros asistenciales del Servicio Canario de Salud en la provincia de Las Palmas desde enero 1994 al 30 de septiembre de 1998, evidencia los siguientes resultados:

- La duración media fue de 34, 1 días. Los proceso de duración de la IT en mujeres tienen una mayor duración que en los hombres.
- En relación con la estabilidad contractual de los profesionales, se observa un mayor número de procesos de IT en aquellos con contratos mas estables.
- Como conclusión relevante, destaca que el año 1997, tras la implantación de medidas para contener el absentismo laboral, constituye un punto de inflexión tanto en el número de procesos registrados como en la duración de los mismos.

Las implicaciones laborales, sociales y económicas de la I.T, han planteado la necesidad de establecer medidas para reducir su incidencia y paliar sus consecuencias<sup>3</sup> En materia de regulación de la gestión de la incapacidad laboral temporal, se han producido en nuestro país una serie de modificaciones legislativas, propiciadas por el Ministerio de Trabajo, con el fin de controlar el gasto, en su opinión excesivo, de las bajas laborales.

Según se desprende de los estudios realizados por Borrell Carrió et al <sup>3</sup>, el gasto en IT en nuestro país es superior a lo que se considera "aceptable", debido entre otras razones:

- La diferente gestión según la entidad responsable
- Las características del régimen al que se pertenece,
- La diversidad de duración en las IT según el proceso clínico causante.

Entre la bibliografía revisada, posterior a la introducción de las nuevas formulas de gestión de la IT, no hemos encontrado trabajos recientes que estudien el impacto de las medidas legales introducidas sobre los indicadores que habitualmente se manejan.

Un informe elaborado por el INSALUD, sobre la evolución de la incapacidad temporal desde 1997, desveló que ente los mayores inconvenientes para mejora la gestión de la contingencia se encuentra que los médico no tiene los conceptos claros y carecen de medios materiales y diagnósticos para gestionar los proceso <sup>5, 6</sup>.

Por ello el Servicio Andaluz de Salud<sup>4</sup> inicio en el 2001, de forma piloto en tres Áreas de Atención Primaria, la puesta en marcha de un sistema informático que permite conocer la evolución en tiempo real de la contingencia. Dicha medida intenta ajustar la duración de la IT a la idónea, eliminando demoras innecesarias.

## JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO

La incapacidad temporal es un fenómeno permanente, de variable intensidad, en función de una serie de factores que lo motivan, tales como los cambios producidos en la morbimortalidad, la elevada siniestralidad laboral o la importancia cada vez mayor de factores socioeconómicos como el desempleo involuntario. En los países occidentales, la prevalencia del absentismo laboral por enfermedad se sitúa entre el 3 y el 5%.

La importancia socioeconómica de esta prestación en nuestro país es enorme, con un crecimiento alarmante en los últimos 10 años. Para darnos una idea, mientras que en el año 1988 se destinaron 243.448 millones de pesetas en subsidios de Ilt e invalidez provisional, en el año 1996 superó los 500.000 millones. En el año 1997, sin embargo, descendió unos 75.000 millones, para mantener este descenso hasta el año 2000, en que aparece un nuevo repunte, marcado sobretudo por un aumento en la incidencia.

El presupuesto asignado a la incapacidad temporal en el proyecto de la Ley de Presupuestos Generales del Estado para el 2003, asciende a 4.279 millones de euros ( 712 mil millones de pesetas).

Numerosos trabajos realizados en el ámbito del Insalud apuntan a que el descenso en el coste por afiliado y mes se ha producido a expensas de la disminución de la duración media de los procesos, que paulatinamente han aumentado en frecuencia de nuevas bajas ( incidencia).

Dado que los estudios encontrados manejan como indicador el coste/afiliado/mes, el presente estudio pretende realizar un análisis de la evolución de los indicadores manejados clásicamente en las inspecciones sanitarias: la incidencia, la prevalencia y la duración media y observar la incidencia de las medidas legales en la evolución de la it, así como efectuar las comparaciones pertinentes entre el año 1996, previo a la introducción de las innovaciones legales y el año 2001.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Comprobar la efectividad de las medidas legales introducidas por los Reales Decretos 575/1997 y 576/1997, por los que se otorgan a las entidades gestoras y colaboradoras determinadas competencias en el control de la incapacidad temporal

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1º. Conocer la frecuencia y distribución de los procesos de IT en los años 1996 a 2001.
- 2º Realizar la comparación estadística entre los indicadores de resultado de los años 1996 y 2001.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **- UNIVERSO DE TRABAJO**

La población objeto de estudio la constituyeron todos los afiliados a la Seguridad Social con derecho a la prestación económica por IT en un área sanitaria en los años 1996 a 2001.

### **SELECCIÓN DE LOS AÑOS A ESTUDIO**

Se eligió el año 1996 por ser el año inmediatamente anterior a la aplicación de las medidas legales mencionadas.

Se eligieron los años 1997 a 2001 con el fin de observar la evolución de los indicadores tras la implantación de las mismas.

## **-TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS**

### *VARIABLES*

- Régimen de la Seguridad Social
  - Régimen general
  - Régimen especial de trabajadores autónomos
  - Régimen especial agrario
  - Régimen especial de los trabajadores del mar
  - Otros

### *FUENTES DE DATOS*

La población de trabajadores activos, se obtuvo de los listados que semestralmente facilita laTGSS

El resto de las variables, se obtuvieron de la base de datos informática existente en la una unidad de salud laboral del SERGAS y de los cuadros de mandos de la mencionada dirección provincial.

### *ACTIVIDADES*

- Para cumplimentar el objetivo nº1 se calcularon las tasas de incidencia, prevalencia y duración media de los procesos de IT en los años 1996, 1997, 1998, 1999, 2000 y 2001.
- Para cumplimentar el objetivo nº2 se realizaron los correspondientes ajustes de tasas por el método directo, para los años 1996 y 2001.

## **CONTROL SEMÁNTICO**

- Asegurados activos con derecho a I.T.:

Aquellos que reúnen los requisitos exigidos por la Ley General de la Seguridad Social de 1994: estar afiliado y en alta en el momento de causar baja laboral para la contingencia correspondiente, así como reunir el período de cotización exigido(180 días cotizados en los últimos cinco años.)

- Baja/Alta laboral:

Partes cumplimentados según los modelos oficiales regulados por la ley.

- Tasa de incidencia anual:

Número de bajas nuevas producidas a lo largo del año, dividido entre la población activa X 100

- Tasa de prevalencia o porcentaje de bajas

Nº de bajas totales del año ( nuevas y arrastradas de otros años), dividido entre el nº de asegurados con derecho a IT X 100.

- Duración media

Nº de días de baja de las altas producidas en el año, dividido entre el nº de altas.

## RESULTADOS

El número de asegurados activos era de 177.906 en el año 1996, 193.297 en el año 1997, 191.428 en el año 1998, 173.731 en el año 1999, 167.551 en el año 2000 y de 167.861 en el año 2001.

Con pequeñas diferencias entre un año y otro, la distribución por regímenes era la siguiente en el año 2001: correspondía al régimen general el 77, 9% de la población total de asegurados; al régimen especial de trabajadores autónomos, el 13, 96%; al régimen especial agrario, el 3, 36%, al régimen especial del mar el 3, 13% y al régimen especial de empleados/as del hogar, el 1, 64%.

La incidencia de procesos de IT para el conjunto de los regímenes fue del 13% en el año 1996, del 14, 4% en el año 1997; del 14, 4% en el año 1998; del 24, 78 % en el año 1999; del 24, 99% en el año 2000 y del 25, 57% en el año 2001.

La prevalencia o porcentaje de bajas era del 3, 67% en el año 1996; del 3, 52% en el año 1997; del 3, 43% en el año 1998; del 3, 64 % en el año 1999; del 3, 84% en el año 2000 y del 4, 73% en el año 2001.

La duración media de las altas fue de: 63, 28 días en el año 1996, 64, 94 días en el año 1997; 67, 05 días en el año 1998; 54, 74 días en el año 1999; 54, 94 días en el año 2000 y de 54, 23 días en el año 2001.

Por regímenes, la incidencia anual en el año 2001 fue de 29% para el régimen general; del 10, 18% para el régimen especial de trabajadores autónomos; del 26, 62% para el Régimen especial agrario; del 15, 44% para el régimen especial de los trabajadores del mar y del 9, 9% para el régimen especial de empleados/as del hogar.

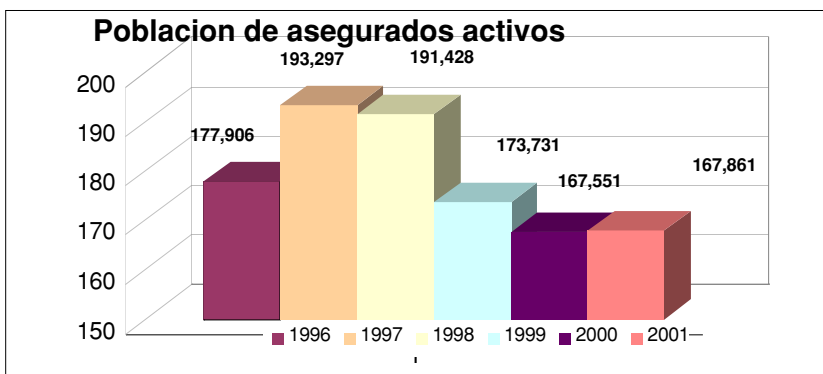
La prevalencia de bajas en el año 2001 para el régimen general fue del 4, 57%; para el régimen especial de trabajadores autónomos; del 3, 9%; para el Régimen especial agrario; del 11, 5%; para el régimen especial de los trabajadores del mar del 5, 2 % y del 4, 3%. para el régimen especial de empleados/as del hogar

La duración media de los procesos en el año 2001 fue de 43, 47 días para el régimen general; de 109, 2 días para el régimen especial de trabajadores autónomos;

de 152 días para el régimen especial agrario; de 113 días para el régimen especial de los trabajadores del mar y de 144 días para el para el régimen especial de empleados/as del hogar.

## GRÁFICOS

*Figura 1*



*Figura 2*

### Distribución por Regímenes año 2001

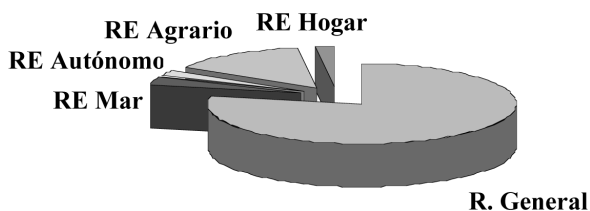


Figura 3

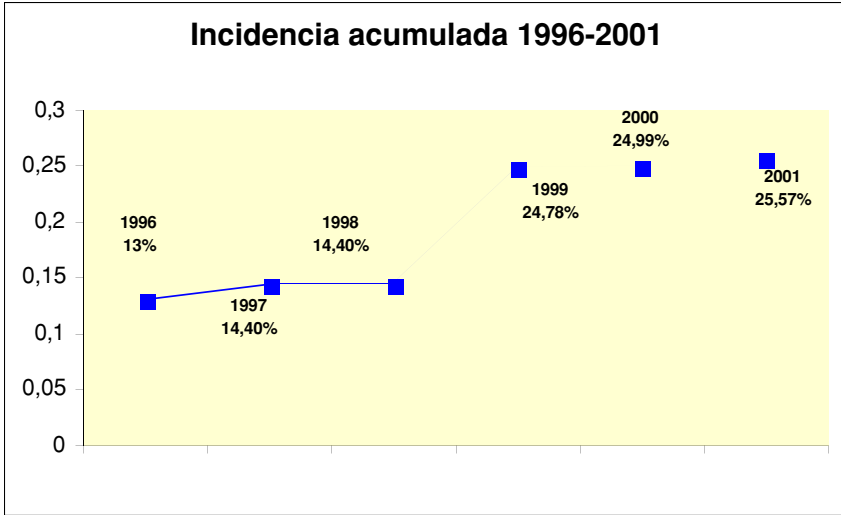


Figura 4

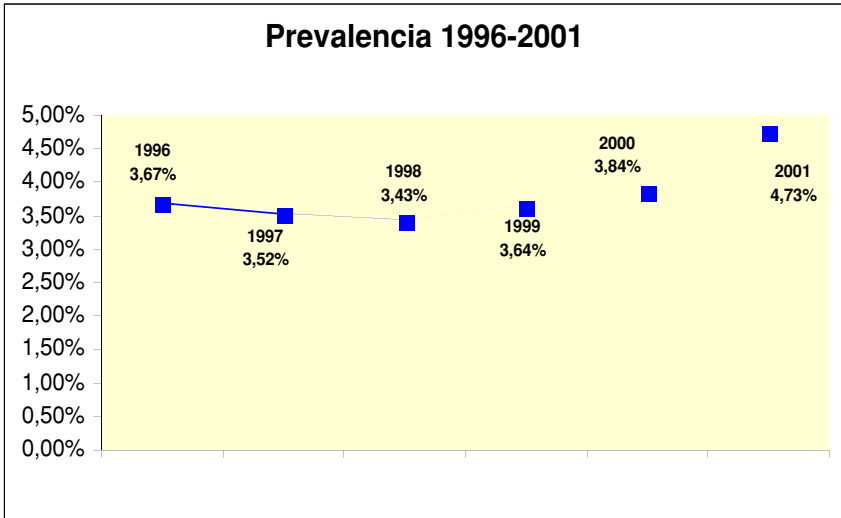


Figura 5

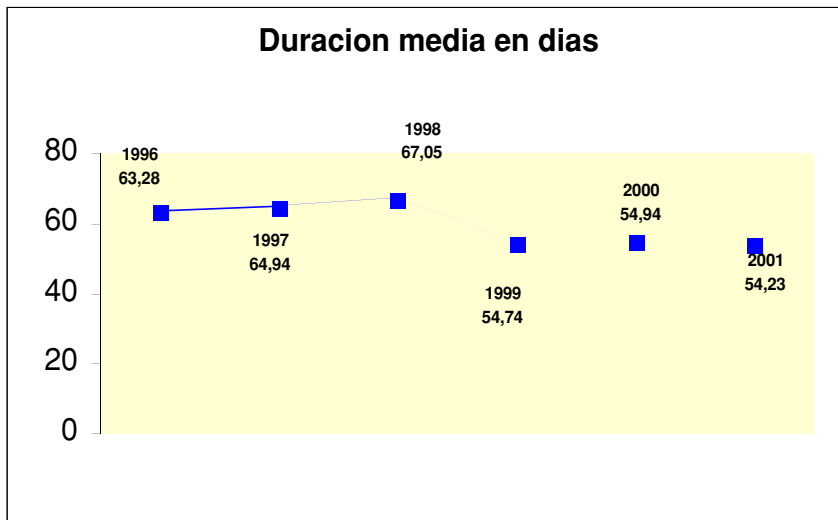


Figura 6

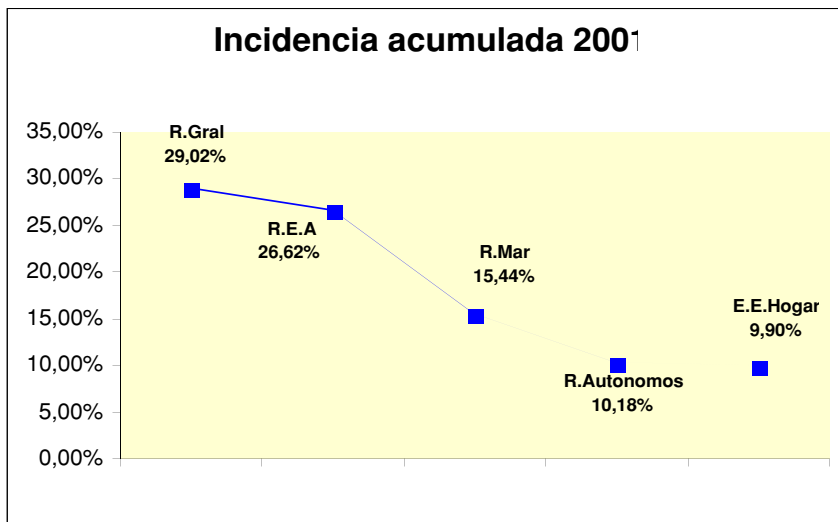


Figura 7

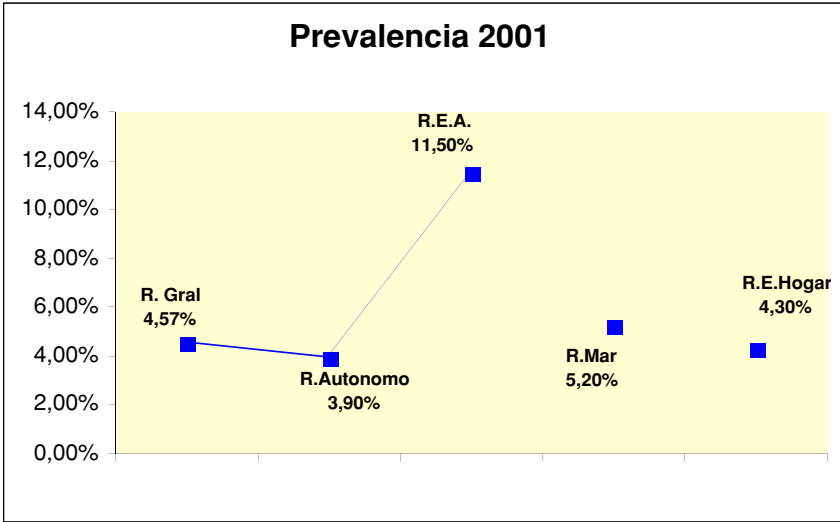
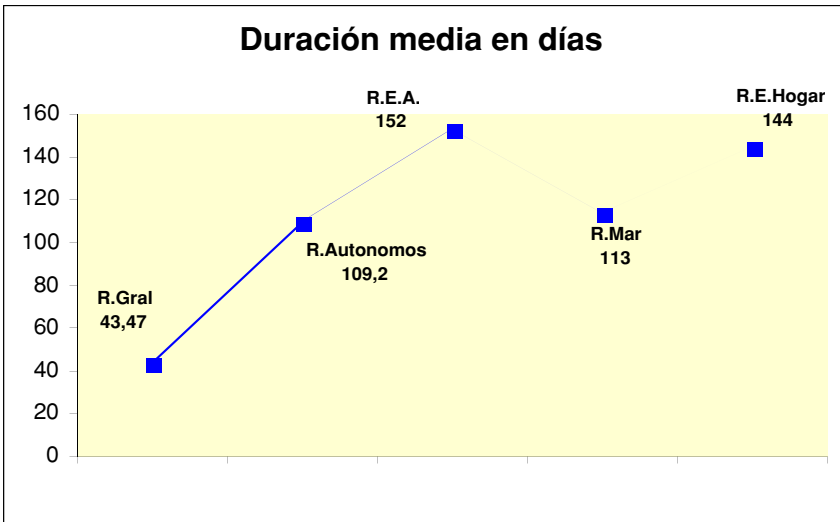


Figura 8



## CUADRO RESUMEN EVOLUCIÓN AÑOS 1996 A 2001

	Año 1996	Año 1997	Año 1998	Año 1999	Año 2000	Año 2001
Asegurados activos	177.906	193.297	191.428	173.731	167.551	167.861
Incidencia	13%	14, 40%	14, 40%	24, 78%	24, 99%	25, 57%
Prevalencia	3, 67%	3, 52%	3, 43%	3, 64%	3, 84%	4, 73%
Duración Media de las bajas	63, 28	64, 94	67, 05	54, 74	54, 94	54, 23

## CUADRO RESUMEN AÑO 2001 POR RÉGIMENES

	Régimen General	R.E.Trabaj. Autónomos	R. Especial Agrario	R. Especial T. Del Mar	Empleadas Hogar	Global
Asegurados activos	77, 90%	13, 96%	3, 36%	3, 13%	1, 64%	100%
Incidencia	29, 02%	10, 18%	26, 62%	15, 44%	9, 90%	25, 57%
Prevalencia	4, 57%	3, 90%	11, 50%	5, 20%	4, 30%	4, 73%
Duración Media de la baja	43, 47	109, 20	152	113	144	54, 23

## DISCUSIÓN

Del presente estudio se desprende que la tasa de incidencia ha ido aumentando paulatinamente desde el año 1996, hasta prácticamente duplicarse en el año 2001 respecto a 1996 ( figura 3 )

También la prevalencia ha aumentado a lo largo del período de estudio, hasta suponer un incremento del 1, 2% en el año 2001 respecto a 1996 ( figura 4 )

Sin embargo, se observa una discreta reducción de la duración media de la baja, pasando de 63, 28 días en el año 1996 hasta los 54, 23 días en el 2001 ( figura 5 ). Hemos encontrado datos similares en el trabajo de Domínguez Trujillo et al<sup>2</sup> y en el INSALUD

Por regímenes, nuestros resultados coinciden con los trabajos de Royo-Bordonada <sup>1</sup> y de Borrel Carrió et al<sup>3</sup>. El régimen especial agrario el que presenta las mayores

tasas de incidencia, de prevalencia y de duración media de las bajas. Este último indicador oscila entre los 43, 47 días de baja para el régimen general y los 152 días para el régimen especial agrario ( figuras 6, 7 y 8 )

## CONCLUSIONES

1. Se ha observado un notable incremento en la tasa de incidencia desde la implantación de las medidas normativas introducidas en el año 1997, hasta llegar a duplicarse en el año 2001 respecto al año 1996
2. También se ha incrementado sustancialmente la tasa de prevalencia
3. Se ha producido una discreta reducción de la duración media de las bajas
4. El régimen que ostenta los indicadores más elevados es el régimen especial agrario

## BIBLIOGRAFÍA

- 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 (artículos 128 al 133.)
- La Ley 42/94 de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social
- Real Decreto 1300/ 1995, de 21 de Julio se crean los Equipos de Valoración de Incapacidades
- Real Decreto 1993/1995, de 7 de Diciembre, se aprueba el Reglamento sobre colaboración de las Mutuas de AT y EP
- Ley 13/1996, de 30 de Diciembre, de Medidas Fiscales, administrativas y del orden social,
- Ley 66/1997, de 30 de Diciembre, de Medidas Fiscales, administrativas y del orden social,
- Reales Decretos 575/1997 y 576/1997 de 18 de Abril, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de la prestación económica de la SS
- Orden de 19 de Junio de 1997, por la que se desarrolla el anterior y establece nuevos modelos de partes de baja, confirmación y alta laborales.
- Por Real Decreto 1117/1998, de 5 de Junio, se modifica el Real Decreto 575/1997, en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 66/ 1997, por el que se atribuyen al INSS determinadas competencias en relación con las altas médicas.
- Orden de 18 de Septiembre de 1998, se procede al desarrollo del RD 1117/98

- Royo Bordonado M.A. "La duración de la incapacidad laboral y sus factores asociados". *Gaceta Sanitaria*, 1999; n° 13, (3): 177-184
- Dominguez Trujillo C. Dávila Quintana D. "La incapacidad temporal por contingencias comunes en profesionales de los centros asistenciales del Servicio Canario de la Salud en la provincia de Las Palmas". *Economía y Salud*. Enero 2002.
- Borrel Carrió F, Caldas Blanco R, Violán Fors C, García Fernández J, Pérez Domínguez F, Ruiz Tellez A, Quijano Terán F. "Modificaciones legislativas de la gestión de incapacidad temporal en Atención Primaria". *Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*, Documento n° 12.
- "La gestión "on line" permitirá al SAS ajustar la duración de la IT", *ECOS* junio 1995.
- Violán Fors, C. Rodríguez Balo A. ¿Qué hacer ante un paciente que rechaza el alta médica? *FMC* 1995; n° 2:545-547.
- Prados Castillejo, Ja/ Quesada Jimenez F. "Manejo de un paciente en baja laboral injustificada: el arte de negociar". *FMC* 1995;n° 2:537-544
- Borrel Carrió, F. "Incapacidad temporal Encrucijada ética, clínica y de gestión, *Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*, Abril 1999, capítulos 1 -2.
- Evolución Mensual de los indicadores de Incapacidad Temporal Navarra 2000 a 2002.
- Catalá Polo R. "2001: Un nuevo acuerdo de financiación sanitaria". *Revista de Administración Sanitaria*. Volumen V, Abril/junio 2001, n° 18: 221-229.
- Nuñez D, Otero C, Sanz C, Amador J, Fernandez, Paz J, "Estudio de la incapacidad laboral transitoria durante un año en el área IV de Asturias". *Atención Primaria* 1995; n° 15:561-565
- Resolución 28 de octubre de 1998 de la Dirección General de Coordinación con las Haciendas Territoriales. Ordena publicación del Acuerdo 1/1997, de 27 de noviembre, por el que se aprueba el Sistema de Financiación de los Servicios de Sanidad en el periodo 1998-2001.
- Ley 24/2001, de 27 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social que realiza modificaciones legislativas que afectan a la prestaciones económicas de la Seguridad social.



## **ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS RECLAMACIONES PATRIMONIALES PRESENTADAS POR DAÑOS DERIVADOS DE LA ASISTENCIA SANITARIA EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA EN LOS AÑOS 2000-2001**

Hernández, J.<sup>1</sup>; Martínez, JL.<sup>2</sup>; Vilar, A.<sup>2</sup>; Suárez-Peñaranda, JM.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>*Servicio Galego de Saúde* <sup>2</sup>*Subdirección Xeral de Inspección Sanitaria. Consellería de Sanidade.*

<sup>3</sup>*Instituto de Medicina Legal. Universidade de Santiago de Compostela*

### **INTRODUCCIÓN**

El Art. 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, modificada por la Ley 4/1999 de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, establece que los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal y anormal de los servicios públicos. En desarrollo de esta norma legal el RD 429/1993, de 26 de marzo, establece el Reglamento de los procedimientos de las administraciones públicas en materia de responsabilidad patrimonial a seguir. En nuestra Comunidad Autónoma la instrucción del 12 de febrero de 1999, de la Secretaría Xeral del Servicio Gallego de Salud (SERGAS), regula el procedimiento administrativo de exigencia de responsabilidad patrimonial de la Administración por daños derivados de la asistencia sanitaria, estableciendo que será un Inspector Médico o Farmacéutico el que instruirá el procedimiento.

Por su parte la Ley 29/1998, de 13 de julio, de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, en su artículo 2, letra e, determina que, las cuestiones de responsabilidad patrimonial se deberán residenciar ante el orden jurisdiccional contencioso-administrativo, cualquiera que sea la naturaleza de la actividad o el tipo de relación de que derive, no pudiendo ser demandadas ante el orden jurisdiccional civil o social, a diferencia de lo que ocurría anteriormente en la que el interesado podía recurrir a través de las citadas vías civil y social. Esto unido a la necesidad de reclamación administrativa previa para acceder a la vía jurisdiccional hace que los datos obtenidos de las Reclamaciones Patrimoniales por daños derivados de la asistencia sanitaria sean una fuente de información óptima para conocer la percepción de los usuarios en cuanto a la asistencia que reciben, al menos, en lo que se refiere a los daños principales y, por tanto, indicador de la calidad de la atención sanitaria prestada por el SERGAS.

Consciente de la importancia de este hecho, la Subdirección General de Inspección Sanitaria, dependiente de la Secretaría Xeral de la Consellería de Sanidad, diseñó una base de datos informática para disponer de información de las reclamaciones patrimoniales que se presentaban en nuestra Comunidad Autónoma. Tiene como objetivo fundamental la automatización y simplificación de los procesos asociados a un expediente de exigencia de responsabilidad patrimonial de la Administración por daños derivados de la asistencia sanitaria. En este sentido, el programa informático implantado y coordinado con las cuatro Direcciones Provinciales del SERGAS, permite tener un conocimiento de las reclamaciones patrimoniales y de sus características desde el mismo momento en que tiene lugar el registro de la solicitud. Durante el proceso de registro de las reclamaciones patrimoniales se crea una ficha informática en la que se incluyen los datos mínimos que deben figurar en la correspondiente solicitud. Estos datos una vez analizados y tratados van a constituir una herramienta fundamental en el desarrollo del presente trabajo. Los datos indispensables que contempla el registro informático son los relativos a: damnificado, reclamante, representante legal, centro asistencial, servicio, actividad, estamento, diagnóstico (CIE 9 MC), procedimiento (CIE 9 MC), evaluación económica, etc.

Nuestro trabajo pretende explotar los datos disponibles y diseñar un esquema que sirva para la explotación de los mismos en un futuro. Por ello partimos de los años de los que disponemos de información completa, es decir años 2000 y 2001.

## OBJETIVO

Analizar las Reclamaciones Patrimoniales por daños derivados de la asistencia sanitaria en la Comunidad Autónoma de Galicia durante los años 2000 y 2001, de acuerdo a las siguientes variables:

1. Año
2. Provincia
3. Habitantes
4. Servicio de asistencia
5. Centro Sanitario
6. Actos médicos (consultas, estancias hospitalarias, urgencias)
7. Diagnóstico codificado de acuerdo a la CIE 9
8. Procedimiento diagnóstico y/o terapéutico codificado de acuerdo a la CIE 9
9. Edad del damnificado
10. Sexo del damnificado
11. Indemnización económica solicitada
12. Carácter del daño: fallecimiento / no fallecimiento
13. Causa del daño, según el reclamante: error médico, deficiencia de la administración, otros.

## MATERIAL Y MÉTODOS

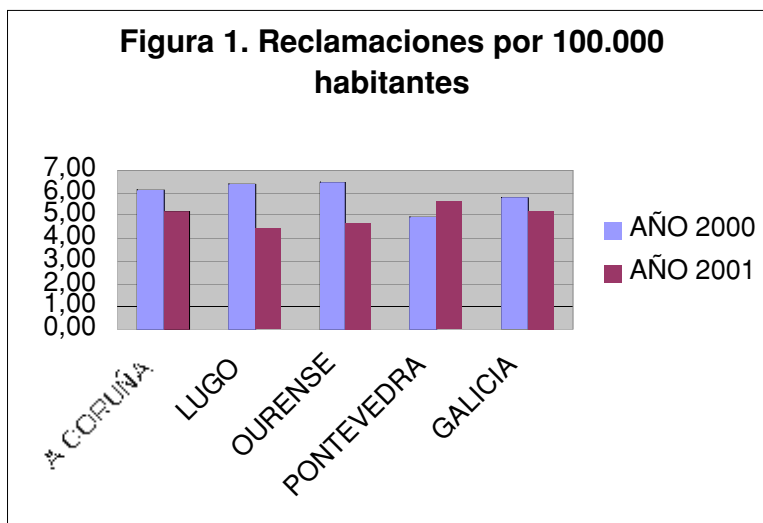
Nuestro trabajo ha tenido carácter retropectivo y se ha basado en la revisión de los expedientes sobre reclamaciones patrimoniales a los que hemos podido tener acceso a través de la explotación de la base de datos de reclamaciones patrimoniales de la Subdirección General de Inspección Sanitaria y de otras bases de datos de la Consellería. De ellas se han obtenido los datos necesarios para satisfacer los objetivos que nos habíamos planteado.

También se ha realizado una revisión de bibliografía médica sobre daños y errores médicos, a efectos de realizar comparaciones con las limitaciones metodológicas derivadas del procedimiento empleado.

## RESULTADOS

### 1. AÑO, PROVINCIA, HABITANTES

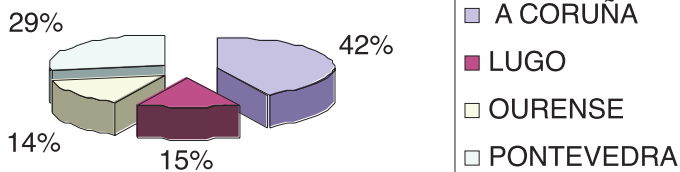
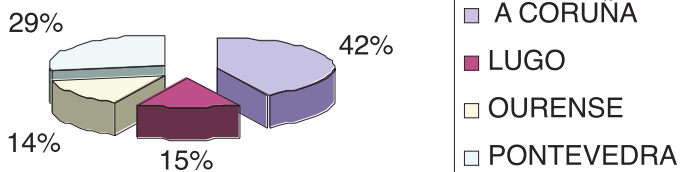
En el año 2000 se registraron en la Comunidad Autónoma de Galicia un total de 157 reclamaciones patrimoniales por daños derivados de la asistencia sanitaria, en el año 2001 se produjeron 140. Se genera, por tanto, un decremento del 11% en relación con las reclamaciones del año anterior (Figura 1). La única excepción es la provincia de Pontevedra, en la que el número de reclamaciones ha aumentado un 9%.



La tabla 1 y las figuras 2 y 3 muestran las reclamaciones por provincia, totales y por cada 100.000 habitantes, en los años estudiados. Los datos de población se referencian al Censo de Población del año 2001, facilitado por el Instituto Nacional de Estadística:

**Tabla I.** Total de reclamaciones por provincia y habitante

	AÑO 2000		AÑO 2001		DIFERENCIA
	Total	por 100.000 habitantes	Total	por 100.000 habitantes	
A CORUÑA	67	6.11	57	5.20	-8.50%
LUGO	23	6.43	16	4.47	-7%
OURENSE	22	6.50	16	4.73	-7%
PONTEVEDRA	45	4.98	51	5.64	9%
GAUCIA	157	5.82	140	5.19	-9%

**Figura 2. nº reclamaciones año 2000****Figura 2. nº reclamaciones año 2000**

## 2. SERVICIOS DE ASISTENCIA

Se analizan a continuación los servicios asistenciales en los que se produce el daño que es causa de la reclamación. Los datos se desglosan por años, tanto para el conjunto de la Comunidad Autónoma como para cada una de las provincias (Tablas II a XIII). Dado que en algunas reclamaciones resulta afectado más de un servicio y como aproximación a la complejidad del conjunto de ellas, en las tablas II y VIII se muestra el número de servicios afectados por reclamación en cada uno de los años a estudio. En el resto de las tablas se muestran los datos en porcentaje de participación de cada uno de los servicios afectados sobre el conjunto de las reclamaciones. Por último, en la figura 4 se recoge la variación anual experimentada en el número de reclamaciones presentadas a los servicios implicados con más frecuencia.

**Tabla II.** Número de servicios afectados por cada reclamación en el año 2000

	5 servicios	4 servicios	3 servicios	2 servicios	1 servicio
<b>A CORUÑA</b>	1	2	6	18	40
<b>LUGO</b>	2	0	2	7	12
<b>OURENSE</b>	0	0	0	3	19
<b>PONTEVEDRA</b>	0	0	0	9	36
<b>GALICIA</b>	3	2	8	37	107

**Tabla III.** Porcentaje participación servicios afectados. Provincia A Coruña Año 2000

C. XERAL E DIXESTIVA	28%	MEDICINA INTENSIVA	3%
OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA,	24%	NEONATOLOXIA	3%
TRAUMATOLOXIA	22%	OTORRINOLARINGOLOX.	3%
URGENCIAS	21%	PSIQUIATRIA	3%
MEDICINA INTERNA	10%	ANESTESIA E REANIMACION	1%
C.SAUDE	9%	ANXIOLOXIA E C. VASC.	1%
OFTALMOLOXIA	9%	BANCO DE SANGUE	1%
C. PLASTICA E REPARAD.	7%	CARDIOLOXIA,	1%
CIRURXIA CARDIACA	7%	CENTROS ALLEOS	1%
DIXESTIVO	6%	NEFROLOXIA	1%
ONCOLOXIA MEDICA	6%	NEUMOLOXIA	1%
UROLOXIA,	6%	OTROS SERVIVIOS	1%
MEDICINA NUCLEAR	4%	QUIROFANOS	1%
NEUROLOXIA	4%	RADIODIAGNOSTICO,	1%
CIRURXIA TORACICA	3%	RADIOTERAPIA	1%

**Tabla IV.** *Porcentaje participación servicios afectados. Provincia Lugo Año 2000*

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	22%
C. XERAL E DIXESTIVA	17%
CENTRO SAUDE	17%
URGENCIAS	17%
TRAUMATOLOXIA,	13%
MEDICINA INTENSIVA	9%
NEUROLOXIA	9%
REHABILITACION	9%
UROLOXIA,	9%
ANXIOLOXIA E C. VASC.	4%
CARDIOLOXIA	4%
CENTROS ALLEOS	4%
DIXESTIVO,	4%
ENDOCRINOLOXIA,	4%
HEMATOLOXIA CLINICA,	4%
NEUMOLOXIA	4%
NEUROCIRURXIA,	4%
ODONTOLOXIA	4%
PEDIATRIA,	4%
RADIODIAGNOSTICO,	4%
RADIOTERAPIA,	4%
UNID. COID. PALIATIVOS	4%
XERENCIA,	4%

**Tabla V.** *Porcentaje participación servicios afectados. Provincia Ourense Año 2000*

TRAUMATOLOXIA,	23%
HEMATOLOXIA-LABORATORIO	14%
URGENCIAS	14%
C. XERAL E DIXESTIVA	9%
CENTRO DE SAUDE	9%
QUIROFANOS	9%
OFTALMOLOXIA	9%
XINECOLOXIA	9%

CARDIOLOXIA	5%
ENDOCRINOLOXIA	5%
NEUROCIRURXIA	5%
UROLOXIA,	5%

**Tabla VI.** *Porcentaje participación servicios afectados. Provincia Pontevedra Año 2000*

URGENCIAS	27%
TRAUMATOLOXIA	18%
C. XERAL E DIXESTIVA,	11%
OFTALMOLOXIA	9%
OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	9%
PEDIATRIA	7%
HEMATOLOXIA CLINICA	7%
UROLOXIA	2%
RADIODIAGNOSTICO,	2%
QUIROFANOS	2%
ONCOLOXIA MEDICA	2%
NEUROCIRURXIA	2%
NEUMOLOXIA,	2%
NEONATOLOXIA	2%
NEFROLOXIA	2%
MICROBIOLOXIA	2%
MEDICINA INTERNA	2%
DERMATOLOXIA,	2%
CIRURXIA TORACICA	2%
CENTROS CONCERTADOS	2%
CENTRO SAUDE	2%
ANATOMIA PATOLOXICA,	2%

**Tabla VII.** Porcentaje participación servicios afectados. GALICIA Año 2000

URGENCIAS	21%	NEUROCIRURXIA	2%
TRAUMATOLOXIA,	20%	RADIODIAGNOSTICO,	2%
C. XERAL E DIXESTIVA	19%	MEDICINA NUCLEAR	2%
OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	17%	ANXIOLOXIA E C. VASC.	1%
CENTRO DE SAUDE	8%	CIRURXIA TORACICA	1%
OFTALMOLOXIA	8%	ENDOCRINOLOXIA	1%
MEDICINA INTERNA	5%	NEFROLOXIA	1%
UROLOXIA,	5%	OTORRINOLARINGOLOX.	1%
HEMATOLOXIA-LABORATORIO	4%	PSIQUIATRIA	1%
C. PLASTICA E REPARAD.	3%	RADIOTERAPIA,	1%
CIRURXIA CARDIACA	3%	REHABILITACION	1%
DIXESTIVO,	3%	ANESTESIA E REANIMACION	1%
NEUROLOXIA	3%	ANATOMIA PATOLOXICA,	1%
ONCOLOXIA MEDICA	3%	BANCO DE SANGUE	1%
MEDICINA INTENSIVA	3%	CIRURXIA TORACICA	1%
PEDIATRIA	3%	DERMATOLOXIA,	1%
QUIROFANOS	3%	MICROBIOLOXIA	1%
CARDIOLOXIA	2%	ODONTOLOXIA	1%
CENTROS CONCERTADOS	2%	OTROS SERVICIOS	1%
NEONATOLOXIA	2%	UNID. COID. PALIATIVOS	1%
NEUMOLOXIA,	2%	XERENCIA,	1%

**Tabla VIII.** Número de servicios afectados por cada reclamación en el año 2001

	5 servicios	4 servicios	3 servicios	2 servicios	1 servicio
<b>A CORUÑA</b>	3	2	9	19	24
<b>LUGO</b>	0	2	2	5	7
<b>OURENSE</b>	0	0	0	4	12
<b>PONTEVEDRA</b>	0	0	0	4	47
<b>GALICIA</b>	3	4	11	32	90

**Tabla IX.** Porcentaje participación servicios afectados. A Coruña Año 2001

URGENCIAS,	30%	NEUROLOXIA	4%
TRAUMATOLOXIA	26%	ONCOLOXIA MEDICA	4%
CENTRO SAUDE	18%	PEDIATRIA,	4%
XINECOLOXIA,	18%	RADIODIAGNOSTICO,	4%
C. XERAL E DIXESTIVA	16%	REHABILITACION	4%
MEDICINA INTENSIVA,	9%	ANESTESIA E REANIMACION,	2%
MEDICINA INTERNA	7%	ANXIOLOXIA E C. VASC.,	2%
OFTALMOLOXIA,	7%	BANCO DE SANGUE,	2%
UROLOXIA	7%	C. PLASTICA E REPARAD.,	2%
NEUROCIRURXIA	5%	CIRURXIA CARDIACA	2%
OTORRINOLARINGOLOX.	5%	ADMINISTRACIÓN SAÚDE PÚBLICA,	2%
AMBULANCIA,	4%	NEFROLOXIA,	2%
CARDIOLOXIA,	4%	NEUMOLOXIA,	2%
CIRURX. MAXILOFACIAL,	4%	NEUROFISIOLOXIA CLINICA	2%
DIXESTIVO,	4%	ONCOLOXIA RADIOTER.,	2%

**Tabla X.** Porcentaje participación servicios afectados. Lugo Año 2001

URGENCIAS,	38%
CENTRO SAUDE	19%
MEDICINA INTERNA,	19%
C. XERAL E DIXESTIVA,	13%
NEUROCIRURXIA	13%
NEUROLOXIA,	13%
OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	13%
TRAUMATOLOXIA	13%
ANXIOLOXIA E C. VASC.,	6%
C. PLASTICA E REPARAD.	6%
DIXESTIVO,	6%
HEMATOLOXIA CLINICA	6%
NEUMOLOXIA	6%
OTROS SERVICIOS,	6%
RADIODIAGNOSTICO,	6%
REHABILITACION,	6%
UROLOXIA	6%

**Tabla XI.** *Porcentaje participación servicios afectados. Ourense Año 2001*

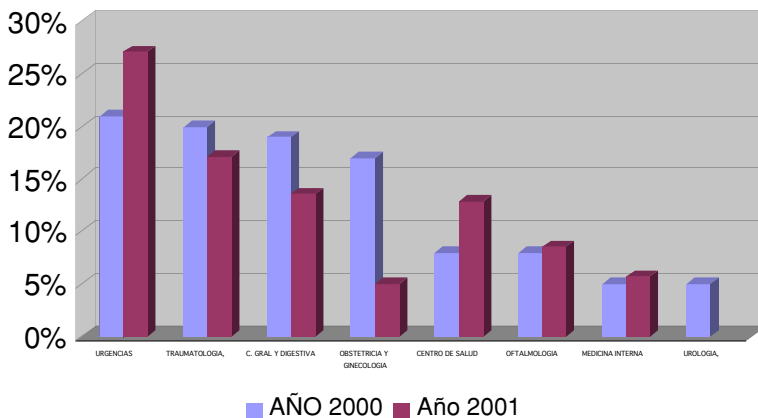
URGENCIAS,	31%
CENTRO SAUDE	13%
OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	13%
OFTALMOLOXIA	13%
TRAUMATOLOXIA	13%
ADMISION	6%
C. XERAL E DIXESTIVA	6%
CARDIOLOXIA	6%
MEDICINA INTERNA	6%
NEUROLOXIA	6%
OTORRINOLARINGOLOX.	6%
QUIROFANOS	6%

**Tabla XII.** *Porcentaje participación servicios afectados. Pontevedra Año 2001*

URGENCIAS	20%
C. XERAL E DIXESTIVA	14%
OFTALMOLOXIA	12%
TRAUMATOLOXIA	10%
CARDIOLOXIA,	6%
CENTRO SAUDE	6%
CIRURXIA CARDIACA	6%
DIXESTIVO	6%
OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	6%
HEMATOLOXIA CLINICA	4%
NEUMOLOXIA	4%
UROLOXIA	4%
AMBULANCIA	2%
CENTROS CONCERTADOS	2%
OTROS SERVICIOS	2%
MEDICINA INTENSIVA	2%
ONCOLOXIA MEDICA	2%
ONCOLOXIA RADIOTER.	2%

**Tabla XIII.** Porcentaje participación servicios afectados. GALICIA Año 2001

URGENCIAS	27%	HEMATOLOXIA-LABORATORIO	2%
TRAUMATOLOGIA,	17%	ONCOLOGIA MEDICA	2%
C. XERAL E DIXESTIVA	14%	RADIODIAGNOSTICO,	2%
CENTRO DE SAUDE	13%	REHABILITACION	2%
OFTALMOLOGIA	9%	ANXIOLOGIA E C. VASC.	1%
MEDICINA INTERNA	6%	C. PLASTICA E REPARAD.	1%
OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	5%	ONCOLOGIA RADIOTER.,	1%
CARDIOLOGIA	4%	OTROS SERVICIOS	1%
DIXESTIVO,	4%	PEDIATRIA	1%
MEDICINA INTENSIVA	4%	UROLOGIA,	1%
NEUROCIRURXIA	4%	ADMINISTRACIÓN SAÚDE PÚBLICA,	1%
NEUROLOGIA	4%	ADMISION	1%
CIRURXIA CARDIACA	3%	ANESTESIA E REANIMACION	1%
NEUMOLOGIA,	3%	BANCO DE SANGUE	1%
OTORRINOLARINGOLOX.	3%	NEFROLOGIA	1%
AMBULANCIA,	2%	NEUROFISIOLOGIA CLINICA	1%
CENTROS CONCERTADOS	2%	QUIROFANOS	1%

**Figura 4. EVOLUCIÓN PARTICIPACIÓN PRINCIPALES SERVICIOS AFECTADOS**

### 3. CENTRO SANITARIO

Se analizan a continuación los centros sanitarios en los que se produce el daño, causa de la reclamación. De nuevo, los datos se desglosan por provincias y por años, además de mostrar el global para el conjunto de la Comunidad Autónoma (Tablas XIV a XXV).

Como en el caso anterior, en algunas reclamaciones resulta afectado más de un centro sanitario. Por ello en las tablas XIV y XX se muestra el número de centros afectados por reclamación en cada año, como aproximación a la complejidad del conjunto de ellas. En el resto de las tablas se ofrecen los datos en porcentaje de participación de cada uno de los centros afectados sobre el conjunto de las reclamaciones. En la figura 5 s muestra la evolución en el número de reclamaciones en los diferentes centros asistenciales.

La tabla XVI y la figura 6 recogen el número de reclamaciones por cama hospitalaria en los principales centros afectados, a fin de poder realizar una comparación en relación con el tamaño del centro. Las camas corresponden al número de camas instaladas publicadas en el "Catálogo de Hospitales" del año 2000 de la Consellería de Sanidade

*Tabla XIV. Número de centros afectados por provincias y reclamación en el año 2000*

	<b>3 centros</b>	<b>2 centros</b>	<b>1 centro</b>
<b>A Coruña</b>	4	19	44
<b>Lugo</b>	2	4	17
<b>Ourense</b>	0	3	19
<b>Pontevedra</b>	1	10	34

**Tabla XV.** *Porcentaje participación centros afectados. A Coruña Año 2000*

COMPLEXO HOSPITALARIO-A	42%
COMPLEXO HOSPITALARIO-B	30%
COMPLEXO HOSPITALARIO-C	21%
HOSPITAL-1	9%
HOSPITAL-2	6%
XERENCIA DE A.P. 1	4%
COMPLEXO HOSPITALARIO-D	3%
HOSPITAL-3	3%
HOSPITAL-4	3%
HOSPITAL-5	3%
HOSPITAL-6	3%
XERENCIA DE A.P. 2	3%
HOSPITAL-7	1%
HOSPITAL-8	1%
HOSPITAL-9	1%
HOSPITAL-10	1%
HOSPITAL-11	1%
HOSPITAL-12	1%
HOSPITAL-13	1%

**Tabla XVI.** *Porcentaje participación centros afectados. Lugo Año 2000*

COMPLEXO HOSPITALARIO-E	78%
XERENCIA DE A.P. 3	13%
COMPLEXO HOSPITALARIO-B	9%
HOSPITAL-14	4%
COMPLEXO HOSPITALARIO-C	4%
XERENCIA 4	4%
HOSPITAL-15	4%
HOSPITAL-16	4%
HOSPITAL-17	4%
HOSPITAL-18	4%
HOSPITAL-19	4%

**Tabla XVII.** *Porcentaje participación centros afectados. Ourense Año 2000*

COMPLEXO HOSPITALARIO-F	64%
COMPLEXO HOSPITALARIO-G	18%
XERENCIA DE A.P.-6	14%
HOSPITAL-20	9%
HOSPITAL-21	5%
HOSPITAL-22	5%

**Tabla XVIII.** *Porcentaje participación centros afectados. Pontevedra Año 2000*

COMPLEXO HOSPITALARIO-D	44%
HOSPITAL-23	24%
HOSPITAL-22	22%
HOSPITAL-5	9%
COMPLEXO HOSPITALARIO-B	7%
HOSPITAL-24	4%
HOSPITAL-25	2%
HOSPITAL-26	2%
HOSPITAL-27	2%
HOSPITAL-28	2%
HOSPITAL-15	2%
HOSPITAL-29	2%
XERENCIA A.P.-7	2%

**Tabla XIX.** *Porcentaje participación centros afectados. GALICIA Año 2000*

COMPLEXO HOSPITALARIO-A	18%
COMPLEXO HOSPITALARIO-B	16%
COMPLEXO HOSPITALARIO-D	14%
COMPLEXO HOSPITALARIO-E	11%
COMPLEXO HOSPITALARIO-C	10%
COMPLEXO HOSPITALARIO-F	9%
HOSPITAL-22	7%
HOSPITAL-23	7%
HOSPITAL-1	4%
HOSPITAL-5	4%

---

HOSPITAL-2	3%
COMPLEXO HOSPITALARIO-G	3%
XERENCIA DE A.P.-1	2%
XERENCIA DE A.P.-3	2%
XERENCIA DE A.P.-6	2%
HOSPITAL-3	1%
HOSPITAL-15	1%
HOSPITAL-20	1%
HOSPITAL-4	1%
HOSPITAL-24	1%
HOSPITAL-6	1%
XERENCIA DE A.P.-2	1%
HOSPITAL-7	1%
HOSPITAL-8	1%
HOSPITAL-25	1%
HOSPITAL-26	1%
HOSPITAL-14	1%
HOSPITAL-27	1%
HOSPITAL-21	1%
XERENCIA-4	1%
HOSPITAL-9	1%
HOSPITAL-28	1%
HOSPITAL-10	1%
HOSPITAL-16	1%
HOSPITAL-11	1%
HOSPITAL-12	1%
HOSPITAL-17	1%
HOSPITAL-18	1%
HOSPITAL-29	1%
HOSPITAL-19	1%
HOSPITAL-13	1%
XERENCIA DE A.P.-7	1%

---

**Tabla XX.** Número de centros afectados por provincias y reclamación en el año 2001

	4 centros	3 centros	2 centros	1 centro
<b>A Coruña</b>	1	3	14	39
<b>Lugo</b>	0	2	4	10
<b>Ourense</b>	0	0	4	12
<b>Pontevedra</b>	0	3	8	40

**Tabla XXI.** Porcentaje participación centros afectados. A Coruña Año 2001

COMPLEXO HOSPITALARIO-A	46%
COMPLEXO HOSPITALARIO-B	37%
COMPLEXO HOSPITALARIO-C	11%
XERENCIA DE A.P.-1	11%
XERENCIA DE A.P.-2	7%
XERENCIA-4	5%
HOSPITAL-3	5%
HOSPITAL-1	4%
HOSPITAL-13	4%
HOSPITAL-8	2%
HOSPITAL-2	2%
XERENCIA-8	2%
HOSPITAL-9	2%
HOSPITAL-23	2%
HOSPITAL-11	2%
HOSPITAL-6	2%

**Tabla XXII.** Porcentaje participación centros afectados. Lugo Año 2001

COMPLEXO HOSPITALARIO-E	75%
HOSPITAL-15	19%
HOSPITAL-18	19%
COMPLEXO HOSPITALARIO-B	13%
XERENCIA DE A.P.-3	13%
HOSPITAL-30	6%
COMPLEXO HOSPITALARIO-A	6%

**Tabla XXIII.** *Porcentaje participación centros afectados. Ourense Año 2001*

COMPLEXO HOSPITALARIO-F	63%
COMPLEXO HOSPITALARIO-G	19%
XERENCIA DE A.P.-6	19%
COMPLEXO HOSPITALARIO-H	13%
HOSPITAL-31	13%

**Tabla XXIV.** *Porcentaje participación centros afectados. Pontevedra Año 2001*

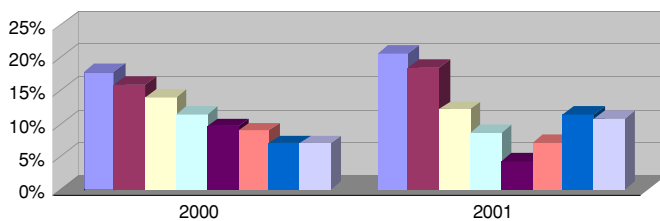
COMPLEXO HOSPITALARIO-D	33%
HOSPITAL-22	31%
HOSPITAL-23	27%
HOSPITAL-5	12%
XERENCIA DE A.P.-9	10%
COMPLEXO HOSPITALARIO-B	6%
COMPLEXO HOSPITALARIO-A	4%
XERENCIA-4	2%
XERENCIA DE A.P.-7	2%

**Tabla XXV.** *Porcentaje participación centros afectados. GALICIA Año 2001*

COMPLEXO HOSPITALARIO-A	21%
COMPLEXO HOSPITALARIO-B	19%
COMPLEXO HOSPITALARIO-D	12%
HOSPITAL-22	11%
HOSPITAL-23	11%
COMPLEXO HOSPITALARIO-E	9%
COMPLEXO HOSPITALARIO-F	7%
COMPLEXO HOSPITALARIO-C	4%
HOSPITAL-5	4%
XERENCIA DE A.P.-1	4%
XERENCIA DE A.P.-9	4%
XERENCIA-4	3%
XERENCIA DE A.P.-2	3%
COMPLEXO HOSPITALARIO-G	2%
HOSPITAL-3	2%

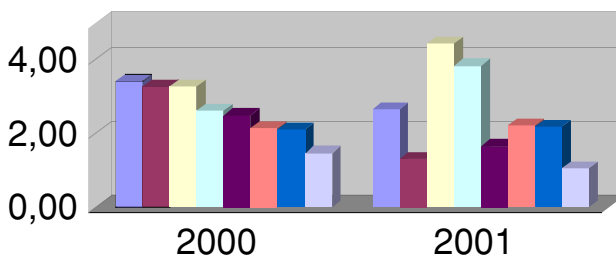
HOSPITAL-15	2%
HOSPITAL-18	2%
XERENCIA DE A.P.-6	2%
COMPLEXO HOSPITALARIO-H	1%
HOSPITAL-31	1%
HOSPITAL-1	1%
HOSPITAL-13	1%
XERENCIA DE A.P.-3	1%
HOSPITAL-8	1%
HOSPITAL-2	1%
XERENCIA-8	1%
HOSPITAL-9	1%
HOSPITAL-11	1%
HOSPITAL-30	1%
HOSPITAL-6	1%
XERENCIA DE A.P.-7	1%

FIGURA 5. EVOLUCIÓN EN PORCENTAJE DE LOS PRINCIPALES CENTROS AFECTADOS



**TABLA XXVI.** Evolución en reclamaciones por 100 camas de los principales centros afectados

	2000	2001
COMPLEXO HOSPITALARIO-D	3, 43	2, 65
COMPLEXO HOSPITALARIO-C	3, 28	1, 31
HOSPITAL-23	3, 27	4, 46
HOSPITAL-22	2, 64	3, 85
COMPLEXO HOSPITALARIO-E	2, 50	1, 66
COMPLEXO HOSPITALARIO-A	2, 15	2, 23
COMPLEXO HOSPITALARIO-B	2, 11	2, 20
COMPLEXO HOSPITALARIO-G	1, 48	1, 06

**FIGURA 6. EVOLUCIÓN EN RECLAMACIONES POR 100 CAMAS DE LOS PRINCIPALES CENTROS AFECTADOS**

#### 4. ACTIVIDAD SANITARIA

Se analizan las reclamaciones de acuerdo con el tipo de actividad médica donde se generan, según las siguientes variables: Hospitalización con Internamiento, Actividad Quirúrgica, Actividad en PACs e Servicios de Urgencias, Actividad en Centros de Salud, Ambulatorios y Consultorios; Hospital de día y otros. Se muestran los datos por provincias / años y para el conjunto de la comunidad, recogidos en las tablas XXVII a XXXVIII.

Como en los casos anteriores, la producción el daño puede implicar la realización de más de una actividad, por ello en las tablas XXVII y XXXIII se muestra, anualmente, el número de actividades implicadas por cada reclamación, como aproximación a la complejidad del conjunto de ellas. En el resto de las tablas se muestran los datos en porcentaje de participación de cada una de las actividades sobre el conjunto de las reclamaciones. En la figura 7 se refleja la variación anual en los procesos implicados más habitualmente en las reclamaciones.

**Tabla XXVII.** *Tipos de actividad por provincia y por reclamación el año 2000*

	4 actividades	3 actividades	2 actividades	1 actividad
A Coruña	2	5	13	47
Lugo	0	0	6	17
Ourense	0	0	1	21
Pontevedra	0	0	6	39

**Tabla XXVIII.** *Porcentaje realización distintas actividades. A Coruña Año 2000*

Hospitalización con Internamento	52%
Actividad Cirúrgica	43%
Actividad en PACs e Servicios de Urgencias	18%
Consultas Externas	16%
Actividad en Centros de Saude, Ambulatorios e Consultorios	9%
Otros...	3%
Hospital de día	1%

**Tabla XXIX.** *Porcentaje realización distintas actividades. Lugo Año 2000*

Hospitalización con Internamento	74%
Actividad en PACs e Servicios de Urgencias	22%
Consultas Externas	13%
Actividad en Centros de Saude, Ambulatorios e Consultorios,	9%
Otros...,	9%

**Tabla XXX.** Porcentaje realización distintas actividades. Ourense Año 2000

Actividad Cirurxica	50%
Outros...	18%
Consultas Externas,	14%
Actividad en PACs e Servicios de Urgencias	9%
Hospitalización con Internamento	9%
Actividad en Centros de Saude, Ambulatorios e Consultorios,	5%

**Tabla XXXI.** Porcentaje realización distintas actividades. Pontevedra Año 2000

Hospitalización con Internamento	53%
Actividad Cirurxica	20%
Actividad en PACs e Servicios de Urgencias	16%
Hospital de día	11%
Consultas Externas	9%
Actividad en Centros de Saude, Ambulatorios e Consultorios	2%
Outros...	2%

**Tabla XXXII.** Porcentaje realización distintas actividades. GALICIA Año 2000

Hospitalización con Internamento	50%
Actividad Cirurxica	31%
Actividad en PACs e Servicios de Urgencias	17%
Consultas Externas	13%
Actividad en Centros de Saude, Ambulatorios e Consultorios	6%
Outros...	6%
Hospital de día	4%

**Tabla XXXIII.** Tipos de actividad por provincia y por reclamación el año 2001

	5 actividades	4 actividades	3 actividades	2 actividades	1 actividad
<b>A Coruña</b>	2	0	6	20	29
<b>Lugo</b>	0	0	2	4	10
<b>Ourense</b>	0	0	0	0	16
<b>Pontevedra</b>	0	0	0	2	49

**Tabla XXXIV.** *Porcentaje realización distintas actividades. A Coruña Año 2001*

Hospitalización con Internamento	54%
Actividad Cirúrxica	35%
Actividad en PACs e Servicios de Urxencias	33%
Consultas Externas,	25%
Actividad en Centros de Saude, Ambulatorios e Consultorios,	12%
Outros..., .	9%
Hospital de día,	2%

**Tabla XXXV.** *Porcentaje realización distintas actividades. Lugo Año 2001*

Hospitalización con Internamento	88%
Actividad en PACs e Servicios de Urxencias	38%
Actividad en Centros de Saude, Ambulatorios e Consultorios,	13%
Consultas Externas,	6%
Outros...,	6%

**Tabla XXXVI.** *Porcentaje realización distintas actividades. Ourense Año 2001*

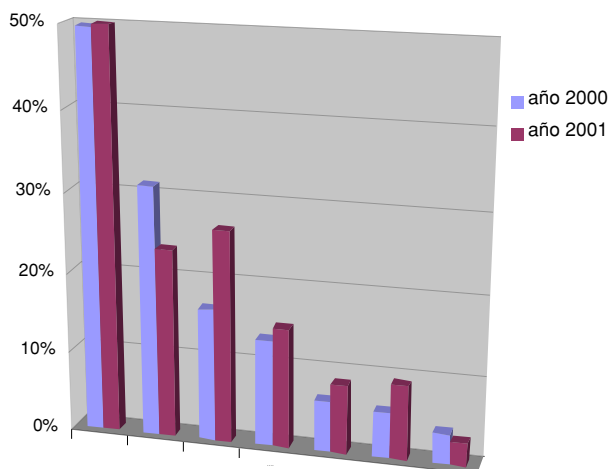
Actividad Cirúrxica	31%
Hospitalización con Internamento	31%
Outros...,	13%
Actividad en PACs e Servicios de Urxencias,	13%
Actividad en Centros de Saude, Ambulatorios e Consultorios	6%
Consultas Externas	6%

**Tabla XXXVII.** *Porcentaje realización distintas actividades. Pontevedra Año 2001*

Hospitalización con Internamento	39%
Actividad en PACs e Servicios de Urxencias	20%
Actividad Cirúrxica,	16%
Consultas Externas	10%
Outros...,	10%
Hospital de día,	6%
Actividad en Centros de Saude, Ambulatorios e Consultorios	4%

**Tabla XXXVIII.** *Porcentaje realización distintas actividades. GALICIA Año 2001*

Hospitalización con Internamento	50%
Actividad en PACs e Servicios de Urgencias	26%
Actividad Cirujica	24%
Consultas Externas	15%
Outros...,	9%
Actividad en Centros de Sude, Ambulatorios e Consultorios	9%
Hospital de dia,	3%

**FIGURA 7: EVOLUCIÓN TIPOS DE ACTIVIDAD**

## 5. DIAGNÓSTICO

Se analizan los diagnósticos codificados de acuerdo a la CIE 9 MC. Cada reclamación puede ser codificada por más de un diagnóstico. En la tabla XXXIX se reseñan la media de diagnósticos codificados por reclamación. Dado que en la base de datos no existe una prelación en el orden de los distintos diagnósticos, no es posible conocer cuál es el diagnóstico principal de cada reclamación. Por este motivo parece más útil realizar el análisis de acuerdo al porcentaje de participación de los diagnósticos agrupados en los capítulos de la clasificación. Se muestran los datos por provincia y años y para el conjunto de la comunidad. La figura 8 muestra la variación anual para los diagnósticos más habituales.

**Tabla XXXIX.** Media de diagnósticos por proceso

	A Coruña	Lugo	Ourense	Pontevedra	GALICIA
<b>Año 2000</b>	1.76	1.91	1.14	1.16	1.52
<b>Año 2001</b>	2.82	1.63	1.25	1.04	1.86

**Tabla XL.** Distribución de diagnósticos por capítulos CIE 9. GALICIA AÑO 2000

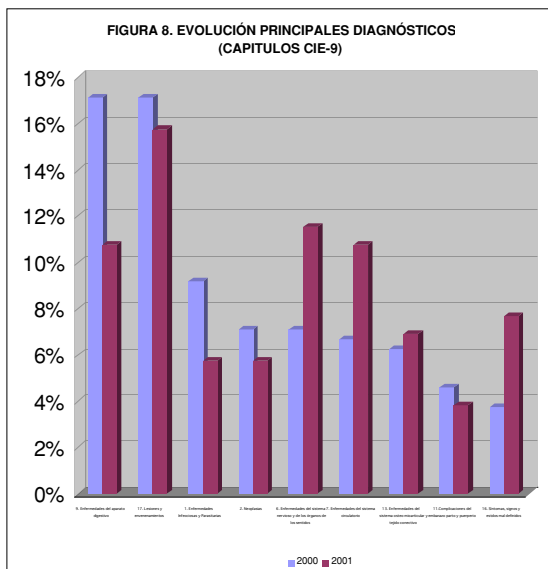
	A Coruña	Lugo	Ourense	Pontevedra	GALICIA
<b>1. Enfermedades Infecciosas y Parasitarias</b>	8%	9%	20%	8%	9%
<b>2. Neoplasias</b>	7%	5%	12%	8%	7%
<b>3. Enfermedades endocrinas, nutritivas y metabólicas y trastornos de la inmunidad</b>	2%	5%	4%	0%	2%
<b>4. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos</b>	1%	0%	0%	0%	0%
<b>5. Trastornos mentales</b>	3%	5%	0%	0%	2%
<b>6. Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos</b>	7%	2%	12%	10%	7%
<b>7. Enfermedades del sistema circulatorio</b>	8%	7%	0%	6%	7%
<b>8. Enfermedades del aparato respiratorio</b>	3%	5%	0%	4%	3%
<b>9. Enfermedades del aparato digestivo</b>	19%	18%	12%	13%	17%

	A Coruña	Lugo	Ourense	Pontevedra	GALICIA
10. Enfermedades del aparato genitourinario	4%	0%	4%	2%	3%
11. Complicaciones del embarazo parto y puerperio	3%	7%	4%	6%	5%
12. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	2%	0%	0%	2%	1%
13. Enfermedades del sistema osteo mioarticular y tejido conectivo	3%	9%	12%	8%	6%
14. Anomalías congénitas	0%	2%	0%	2%	1%
15. Ciertas enfermedades con origen en el periodo perinatal	3%	5%	0%	0%	3%
16. Síntomas, signos y estados mal definidos	5%	7%	0%	0%	4%
17. Lesiones y envenenamientos	19%	7%	16%	23%	17%
Código V	2%	2%	0%	6%	3%
Código E	2%	7%	4%	4%	3%

*Tabla XLI. Distribución de diagnósticos por capítulos CIE 9. GALICIA AÑO 2001*

	A Coruña	Lugo	Ourense	Pontevedra	GALICIA
1. Enfermedades Infecciosas y Parasitarias	6%	8%	0%	6%	6%
2. Neoplasias	3%	8%	10%	11%	6%
3. Enfermedades endocrinas, nutritivas y metabólicas y trastornos de la inmunidad	1%	0%	5%	2%	1%
4. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0%	0%	0%	0%	0%
5. Trastornos mentales	1%	4%	0%	0%	1%
6. Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	11%	4%	15%	17%	12%
7. Enfermedades del sistema circulatorio	7%	19%	20%	15%	11%
8. Enfermedades del aparato respiratorio	6%	12%	0%	8%	6%

<b>9. Enfermedades del aparato digestivo</b>	13%	4%	10%	8%	11%
<b>10. Enfermedades del aparato genitourinario</b>	2%	4%	15%	8%	5%
<b>11. Complicaciones del embarazo parto y puerperio</b>	5%	4%	0%	2%	4%
<b>12. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo</b>	1%	0%	0%	0%	0%
<b>13. Enfermedades del sistema osteo mioarticular y tejido conectivo</b>	6%	12%	10%	6%	7%
<b>14. Anomalías congénitas</b>	2%	4%	0%	2%	2%
<b>15. Ciertas enfermedades con origen en el periodo perinatal</b>	1%	0%	0%	0%	0%
<b>16. Síntomas, signos y estados mal definidos</b>	12%	4%	0%	0%	8%
<b>17. Lesiones y envenenamientos</b>	18%	8%	15%	13%	16%
<b>Código V</b>	4%	4%	0%	4%	4%
<b>Código E</b>	1%	4%	0%	0%	1%



## 6. PROCEDIMIENTOS

Se analizan los procedimientos codificados de acuerdo a la CIE 9 MC. Cada reclamación puede ser codificada por más de un procedimiento, en cuyo caso se ha procedido a seleccionar el procedimiento principal de cada reclamación de acuerdo a su mayor entidad y se ha desechado el resto. Así mismo se han despreciado los procedimientos diagnósticos no quirúrgicos, por considerarlos de poco interés para nuestro estudio. En consecuencia, se eliminan todos los códigos a partir del 87. El análisis se ha realizado de acuerdo al porcentaje de participación de los procedimientos quirúrgicos agrupados en los capítulos de la clasificación. En las tablas XLIII a XLIV se muestran los datos por provincia y años y para el conjunto de la comunidad. En la tabla XLIII se reseña el porcentaje de reclamaciones en las que se ha codificado un proceso quirúrgico terapéutico, según lo expresado.

La figura 9 recoge la evolución anual de los procedimientos más habituales.

**Tabla XLIII.** Porcentaje de procedimientos quirúrgicos terapéuticos sobre el total procesos

	A Coruña	Lugo	Ourense	Pontevedra	GALICIA
Año 2000	60%	48%	59%	73%	62%
Año 2001	60%	50%	50%	35%	49%

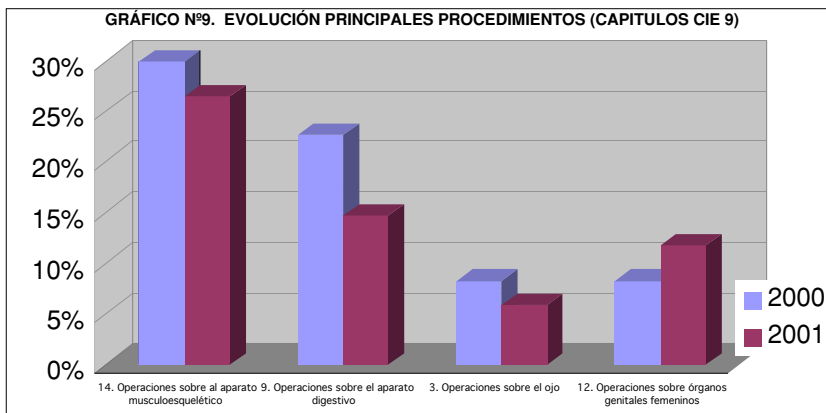
**Tabla LXII.** Distribución de procedimientos por capítulos CIE 9. GALICIA AÑO 2000

	A Coruña	Lugo	Ourense	Pontevedra	GALICIA
1. Operaciones sobre el sistema nervioso	3%	9%	15%	6%	6%
2. Operaciones sobre el sistema endocrino	5%	0%	8%	0%	3%
3. Operaciones sobre el ojo	8%	0%	15%	9%	8%
4. Operaciones sobre el oído	0%	0%	0%	0%	0%
5. Operaciones sobre la nariz, boca y faringe	3%	0%	0%	0%	1%
6. Operaciones sobre el aparato respiratorio	3%	0%	0%	3%	2%
7. Operaciones sobre el aparato cardiovascular	3%	9%	0%	0%	2%
8. Operaciones sobre el sistema hemático y linfático	0%	0%	0%	0%	0%
9. Operaciones sobre el aparato digestivo	15%	55%	15%	24%	23%
10. Operaciones sobre el aparato urinario	0%	0%	0%	3%	1%

11. Operaciones sobre órganos genitales masculinos	3%	0%	8%	3%	3%
12. Operaciones sobre órganos genitales femeninos	13%	0%	8%	6%	8%
13. Procedimientos obstétricos	10%	0%	0%	9%	7%
14. Operaciones sobre el aparato musculoesquelético	30%	18%	31%	33%	30%
15. Operaciones sobre el aparato tegumentario	8%	9%	0%	3%	5%

**Tabla XIV.** Distribución de procedimientos por capítulos CIE 9. GALICIA AÑO 2001

	A Coruña	Lugo	Ourense	Pontevedra	GALICIA
1. Operaciones sobre el sistema nervioso	3%	13%	13%	0%	4%
2. Operaciones sobre el sistema endocrino	0%	0%	0%	0%	0%
3. Operaciones sobre el ojo	6%	0%	13%	6%	6%
4. Operaciones sobre el oído	3%	0%	0%	0%	1%
5. Operaciones sobre la nariz, boca y faringe	0%	0%	13%	6%	3%
6. Operaciones sobre el aparato respiratorio	3%	0%	0%	0%	1%
7. Operaciones sobre el aparato cardiovascular	12%	0%	0%	11%	9%
8. Operaciones sobre el sistema hemático y linfático	3%	0%	0%	0%	1%
9. Operaciones sobre el aparato digestivo	15%	13%	13%	17%	15%
10. Operaciones sobre el aparato urinario	3%	0%	0%	0%	1%
11. Operaciones sobre órganos genitales masculinos	6%	13%	0%	11%	7%
12. Operaciones sobre órganos genitales femeninos	6%	25%	25%	11%	12%
13. Procedimientos obstétricos	6%	0%	0%	0%	3%
14. Operaciones sobre el aparato musculoesquelético	26%	38%	25%	22%	26%
15. Operaciones sobre el aparato tegumentario	9%	0%	0%	17%	9%



## 7. EDAD Y SEXO

Se analizan las reclamaciones de acuerdo con la edad y sexo de los damnificados, en la tabla según la edad media y en los gráficos de acuerdo a la distribución en grupos de edad (Tablas XLV y XLVI y figura 10 y 11).

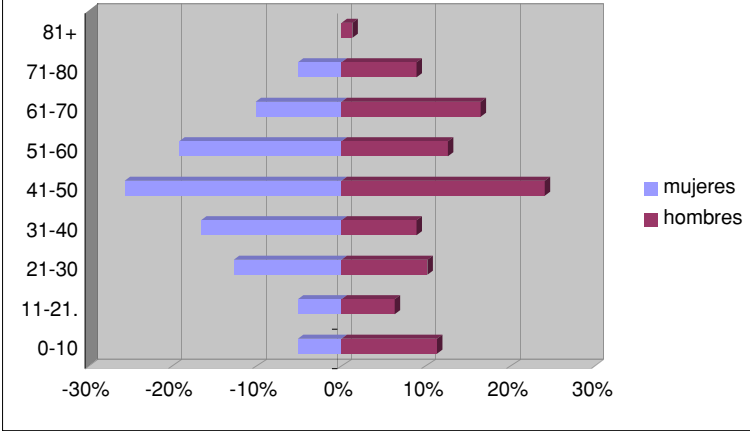
**Tabla XLV.** Distribución edad /sexo año 2000

	HOMBRES	MUJERES	Media de edad hombres	Media de edad mujeres	Media de edad Total
<b>A Coruña</b>	45%	55%	35.37	48.35	42.54
<b>Lugo</b>	48%	52%	39.91	49.00	44.65
<b>Ourense</b>	59%	41%	50.62	35.44	44.41
<b>Pontevedra</b>	56%	44%	37.92	51.00	43.73
<b>GALICIA</b>	50%	50%	43.65	43.26	43.45

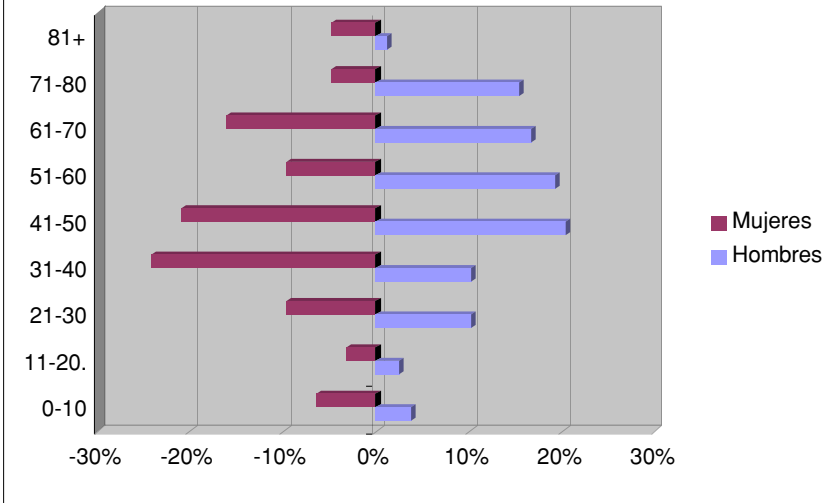
**Tabla XLVI.** Distribución edad /sexo año 2001

	HOMBRES	MUJERES	Media de edad hombres	Media de edad mujeres	Media de edad Total
<b>A Coruña</b>	54%	46%	46.16	40.54	43.60
<b>Lugo</b>	44%	56%	64.29	49.89	56.19
<b>Ourense</b>	69%	31%	49.00	37.00	45.25
<b>Pontevedra</b>	57%	43%	52.59	50.05	51.49
<b>GALICIA</b>	56%	44%	50.58	44.98	48.10

**FIGURA 10. DISTRIBUCIÓN EDAD/SEXO GALICIA 2000**



**FIGURA 11. DISTRIBUCIÓN EDAD/SEXO GALICIA 2001**

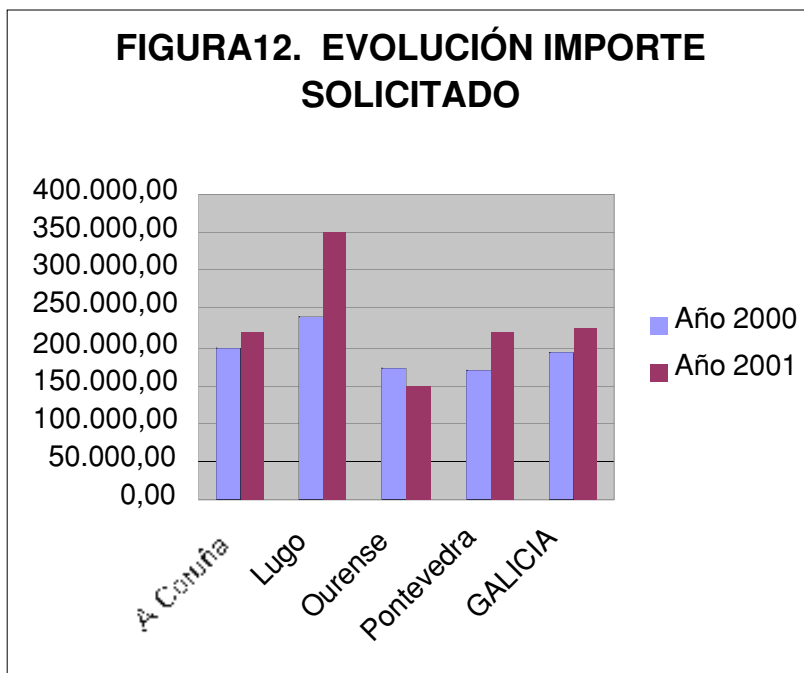


## 8. INDEMNIZACIÓN ECONÓMICA SOLICITADA

Se analizan las reclamaciones de acuerdo con la media de indemnización solicitada por reclamante como valoración del presunto daño causado (Tabla XLVII y figura 12).

**Tabla XLVII.** Cuantía media indemnización solicitada (en euros)

	Año 2000	Año 2001
<b>A Coruña</b>	197.702.09	217.921.18
<b>Lugo</b>	239.515.79	349.781.22
<b>Ourense</b>	172.700.36	147.499.23
<b>Pontevedra</b>	169.291.06	219.131.01
<b>GALICIA</b>	192.820.78	225.386.33



## 9. CARÁCTER DEL DAÑO

Se singularizan las reclamaciones en las que se produjo el fallecimiento del reclamante como consecuencia del daño producido (Tabla XLVIII).

**Tabla XLVIII.** Porcentaje de fallecimientos entre los reclamantes

	Año 2000	Año 2001
A Coruña	16%	25%
Lugo	35%	38%
Ourense	23%	38%
Pontevedra	22%	20%
GALICIA	22%	26%

## 10. CAUSA DEL DAÑO

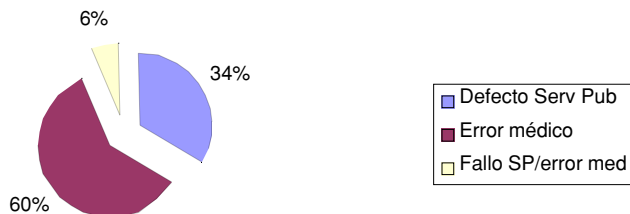
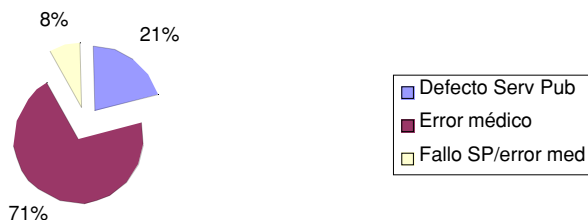
Según lo manifestado por el reclamante, se analiza la causa del daño de acuerdo a tres posibles variables: defectos del servicio público, error médico y la combinación de ambos (Tablas XLIX y L y figura 13).

**Tabla XLIX.** Distribución porcentual causa del daño. Año 2000

	Defecto Serv Pub	Error médico	Fallo SP/error med
A Coruña	45%	45%	10%
Lugo	30%	70%	0%
Ourense	32%	68%	0%
Pontevedra	20%	73%	7%
GALICIA	34%	60%	6%

**Tabla L.** Distribución porcentual causa del daño. Año 2001

	Defecto Serv Pub	Error médico	Fallo SP/error med
A Coruña	16%	75%	9%
Lugo	38%	56%	6%
Ourense	25%	69%	6%
Pontevedra	22%	71%	8%
GALICIA	21%	71%	8%

**FIGURA13. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL CAUSA DEL DAÑO. GALICIA AÑO 2000****FIGURA14. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL CAUSA DEL DAÑO. GALICIA AÑO 2001**

## DISCUSIÓN

El análisis efectuado es de gran utilidad para conocer las distintas variables que inciden en las reclamaciones, así como apreciar cuáles son las de mayor importancia a fin de permitir establecer sistemas más precisos de control del riesgo y monitorizar las posibles variaciones que se generen, lo que permitirá detectar posibles problemas en relación con la calidad de la asistencia que se presta.

La utilidad del sistema de información que se analiza viene limitado por la forma en que se recogen los datos. Se han detectado importante variaciones en el número de datos registrados entre las distintas provincias y años, que no parecen deberse exclusivamente a la variabilidad de las reclamaciones. En consecuencia se hace necesario establecer criterios homogéneos en la recogida de la información, priori-

zar en cada variable el dato/s que tenga mayor relevancia, modificando en consecuencia la base de datos, y establecer controles de calidad en la recogida de la información, para garantizar la eficacia y utilidad del sistema.

## CONCLUSIONES

1. El número anual de reclamaciones en el periodo estudiado se mantiene estable, produciéndose un decremento del 11% en el año 2001 respecto al año anterior. Así mismo, el número de reclamaciones por 100.000 habitantes también se mantiene bastante constante sin diferencias significativas entre las distintas provincias, en un ratio comprendido entre un 4, 47 en Lugo en el año 2001 y en 6, 50 en el año 2000 en Ourense, con media de 5, 82 en el 2000 y 5, 19 en el 2001.
2. Por servicios, son los servicios de Urgencias y los quirúrgicos (traumatología, cirugía general y digestiva, obstetricia y ginecología; y, en menor medida, oftalmología y urología) los que más incidencia de reclamaciones presentan en las distintas provincias en los dos años estudiados. Les siguen en frecuencia los servicios radicados en centros de salud y el servicio de medicina interna.
3. En lo que se refiere a centros sanitarios, son los grandes hospitales públicos los que mayor porcentaje de reclamaciones presentan, con una distribución interanual bastante semejante y en relación con la dimensión del centro. Si el dato se corrige con una dimensión que permita ajustar al tamaño del centro, como es la cama hospitalaria, se observa la mayor siniestrabilidad de determinados centros y las variaciones que se generan en los dos años estudiados.
4. La actividad sanitaria en la que se generan mayor número de reclamaciones es la hospitalización con internamiento, de la que participan la mitad de las reclamaciones y que se mantiene constante en los dos años estudiados. Le siguen la actividad quirúrgica y en PACs y servicios de Urgencias que muestra una mayor variabilidad interanual y que comprende, aproximadamente, una cuarta parte de las reclamaciones.
5. Por diagnósticos, el capítulo de lesiones y envenenamientos (fundamentalmente por la contribución de los diagnósticos de fracturas) es el que muestra una mayor homogeneidad interanual y, en conjunto, el más frecuente. El resto de capítulos tiene un comportamiento más variable y destacan, sobrepasando el 8% de participación, en uno o los dos años estudiados, los siguientes capítulos: enfermedades del aparato digestivo, enfermedades infecciosas y parasitarias, enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos y las enfermedades del sistema circulatorio.
6. En cuanto a procedimientos, destacan las operaciones sobre el aparato musculoesquelético y sobre el aparato digestivo y, en menor medida, las operaciones

- sobre el ojo y sobre los órganos genitales femeninos; todas con una evolución interanual bastante homogénea.
7. La participación por sexos es bastante similar en los años estudiados, el grupo de edad más damnificado en ambos sexos es el comprendido entre los 41 y 50 años, con media de 43.45 en el año 2000 y 48.10 en el 2.001.
  8. La indemnización económica solicitada se incrementa en todas las provincias en los dos años estudiados (excepto en Ourense), en un porcentaje medio del 17% y con cuantías medias solicitadas de 192.820, 78 euros en el 2000 y 225.386, 33 euros en el 2001.
  9. Aproximadamente un cuarto de los damnificados en la reclamación fallecen (22% en el 2000 y 26% en el 2001)
  10. El error médico se muestra mayoritariamente como causa del daño, según lo manifestado por el reclamante, con un 60% en el 2000 y un 71% en el 2001.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- 1.- Ley 30/1992 modificada por la Ley 4/1999 de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y de Procedimiento Administrativo Común.
  - 2.- Real Decreto 429/1993 e 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial.
  - 3.- Instrucción del 12 de febrero de 1999 de la Secretaría General del Servicio Gallego de Salud sobre el Procedimiento de exigencia de Responsabilidad Patrimonial de la Administración por daños derivados de la Asistencia Sanitaria.
  - 4.- Responsabilidad Patrimonial de las Administraciones Públicas 1999. Domingo Bello Janeiro.
- Responsabilidad Médica y Responsabilidad de la Administración. Fernando Pantaleón Prieto. Ed. Civitas.



## ESTUDIO SOBRE EXPEDIENTES DE CAMBIO DE CONTINXENCIA NUNHA DIRECCIÓN PROVINCIAL DO INSS DURANTE O ANO 2001

Mosquera, F.<sup>1</sup>; Rudiño, G.<sup>2</sup>; Martín, I.<sup>2</sup>; Martínez-Romero, J.<sup>2</sup>; Peña, E.<sup>1</sup>; Otero, XL.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Instituto Nacional de la Seguridad Social. <sup>2</sup>Servicio Galego de Saúde.

<sup>3</sup>Departamento de Estadística e Investigación Operativa. Universidade de Santiago de Compostela

### INTRODUCCIÓN

O noso sistema de Seguridade Social inclúe dentro do seu ámbito de protección non só as denominadas continxencias ou riscos comúns senón tamén as chamadas continxencias ou riscos profesionais.

Este estudio pretende verificar se a determinación de continxencia nos procesos de incapacidade temporal é correcta, polo que se estudian as solicitudes de valoración da mesma presentadas en vía administrativa durante o ano 2001 nunha provincia galega, así como as reclamacións na vía administrativa presentadas contra a resolución de determinación de continxencia emitidas polo INSS.

O Tribunal Supremo, en sentencias moi antigas, delimitou de maneira moi clara o concepto de accidente de traballo, ó interpreta-la lesión en sentido amplo, incluíndo non só o suceso repentino, senón tamén as enfermidades adquiridas durante o exercicio dunha actividade profesional e como consecuencia do mesmo (TS 17-6-1903).

A transcendencia entre continxencias comúns e profesionais radica principalmente, no distinto tratamento das prestacións derivadas de riscos profesionais, que se concreta, por exemplo, na percepción de prestacións superiores, ó incluírse as horas extraordinarias na base de cotización; na posibilidade de que se imponha ó empresario un recargo de prestacións por falta de seguridade e hixiene, ou na non esixencia do período de carencia. Así mesmo, é importante salienta-lo feito de que é o empresario quen asume a totalidade da cotización á seguridade social.

Antes de pasar ó tratamento estatístico dos datos obtidos dos referidos expedientes, expoñeremos someramente algúns aspectos sobre as continxencias profesionais reflectidas no RD 1/1994 de 20 de xuño e as normas de procedemento do INSS.

O RD Lexislativo 1/1994 de 20 de xuño polo que se aproba o texto refundido da LGSS define as distintas continxencias do seguinte xeito:

**Art. 115.** *Concepto de accidente de traballo*

1. Enténdese por accidente de traballo toda lesión corporal que o traballador sufra con ocasión ou por consecuencia do traballo que execute por conta allea.
2. Terán a consideración de accidente de traballo:
  - a) Os que sufra o traballador ó ir ou ó volver do lugar de traballo.
  - b) Os que sufra o traballador con ocasión ou como consecuencia do desempeño de cargos electivos de carácter sindical, así coma os ocorridos ó ir ou ó volver do lugar en que se exerciten as funcións propias de ditos cargos.
  - c) Os ocorridos con ocasión ou por consecuencia das tarefas que, aínda sendo distintas ás da súa categoría profesional, execute o traballador en cumprimento das ordes do empresario ou espontaneamente en interese do bo funcionamento da empresa.
  - d) Os sucedidos en actos de salvamento e noutros de natureza análoga, cando uns e outros teñan conexión co traballo.
  - e) As enfermidades, non incluídas no artigo seguinte, que contraia o traballador con motivo da realización do seu traballo, sempre que se probe que a enfermidade tivo por causa exclusiva a execución do mesmo.
  - f) As enfermidades ou defectos, padecidos con anterioridade polo traballador, que se agraven como consecuencia da lesión constitutiva do accidente.
  - g) As consecuencias do accidente que resulten modificadas na súa natureza, duración, gravidade ou terminación, por enfermidades intercorrentes, que constitúan complicacións derivadas do proceso patolóxico determinado polo accidente mesmo ou teñan a súa orixe en afeccións adquiridas no novo medio no que estea situado o doente para a súa curación.
3. Presumirase, salvo proba en contrario, que son constitutivas de accidente de traballo as lesións que sufra o traballador durante o tempo e no lugar de traballo.
4. Non obstante o establecido nos apartados anteriores, non terán a consideración de accidente de traballo:
  - a) Os que sexan debidos a forza maior estraña ó traballo, entendendo por tal a que sexa de tal natureza que non garde ningunha relación co traballo que se executaba ó ocorre-lo accidente.

En ningún caso considerárase forza maior estraña ó traballo a insolación, o raio e outros fenómenos análogos da natureza.

- b) Os que sexan debidos a dolo ou a imprudencia temeraria do traballador accidentado.

5. Non impedirán a cualificación dun accidente como de traballo:

- a) A imprudencia profesional que é consecuencia do exercicio habitual dun traballo e derívase da confianza que este inspira.
- b) A concorrencia de culpabilidade civil ou criminal do empresario, dun compañeiro de traballo do accidentado ou dun terceiro, salvo que non garde relación algunha co traballo.

**Art. 116.** *Concepto de enfermidade profesional*

Entenderase por enfermidade profesional a contraída a consecuencia do traballo executado por conta allea nas actividades que se especificuen no cadro que sexa aprobado polas disposicións de aplicación e desenrolo desta Lei, e que estea provocada pola acción dos elementos ou sustancias que en dito cadro se indiquen para cada enfermidade profesional.

En tales disposicións establecerase o procedemento que se teña que observar para a inclusión en dito cadro de novas enfermidades profesionais que se estime deban ser incorporadas ó mesmo. Dito procedemento comprenderá, en todo caso, como trámite preceptivo, o informe do Ministerio de Sanidade e Consumo.

**Art. 117.** *Concepto dos accidentes non laborais e das enfermidades comúns.*

1. Considerarase accidente non laboral o que, consonte ó establecido no artigo 115, non teña o carácter de accidente laboral.
2. Considerarase que constitúen enfermidade común as alteracións da saúde que non teñan a condición de accidentes de traballo nin de enfermidades profesionais, consonte ó disposto, respectivamente, nos apartados 2 e), f) e g) do artigo 115 e no artigo 116.

**Art. 118.** *Concepto das restantes continxencias.*

1. O concepto legal das restantes continxencias será o que resulte das condicións esixidas para o recoñecemento do dereito ás prestacións outorgadas en consideración a cada unha delas.

**Art. 119.** *Riscos catastróficos*

En ningún caso serán obxecto de protección polo Réxime Xeral dos riscos declarados catastróficos ó amparo da súa lexislación especial.

## **PROCEDEMENTO DO INSTITUTO NACIONAL DA SEGURIDADE SOCIAL PARA A DETERMINACIÓN DO CARÁCTER COMÚN OU PROFESIONAL DOS PROCESOS DE INCAPACIDADE TEMPORAL**

A competencia para a determinación do carácter común ou profesional dun proceso de incapacidade temporal correspondeu historicamente á xurisdicción social. É dicir, o interesado que, non estando conforme coa continxencia da incapacidade, quería reclamar o cambio desta debía interpoñer unha demanda ante o Xulgado do Social.

A situación cambiou coa publicación do Real Decreto do 21 de xullo polo que se desenvolve en materia de incapacidades laborais do sistema da Seguridade Social a lei 42/1994 de 30 de decembro. Mediante este Real Decreto lévase a cabo unha atribución de competencias ó Instituto Nacional da Seguridade Social neste sentido. Así o apartado d) do artigo 1.1 establece que, será competencia do Instituto Nacional da Seguridade Social a determinación, no seu caso, da Mutua de AT e EP ou empresa colaboradora responsable das prestacións que resulten procedentes na materia de incapacidades laborais.

Igualmente, o seu artigo 3.1 f) establece como función do Equipo de Valoración de Incapacidades a emisión do dictame sobre o carácter común ou profesional da enfermidade que orixine a situación de IT, cando lle sexa solicitado.

Co fin de establecer un procedemento a seguir ante a diversidade de situacións que se producen, así como para determinar en cada caso os efectos da prestación económica, o abono dos gastos sanitarios, devolución de cantidades ou abono de diferencias.

## **INSTRUCCIÓNS**

### **INICIACIÓN DO PROCEDIMENTO**

Tal e como sinala o artigo 4º do Real Decreto 1300/1995 de 21 de xullo polo que se desenvolve, en materia de incapacidades laborais do Sistema da Seguridade Social, a Lei 42/1994 de 30 de setembro de medidas fiscais administrativas e de orde social, o procedemento iniciarase:

1. De oficio, por propia iniciativa da entidade xestora, ou como consecuencia de petición razoada da Inspección de Traballo e Seguridade Social ou do Servizo de Saúde competente para xestionar-la asistencia da Seguridade Social.
2. A instancia do traballador ou o seu representante legal.
3. A instancia das Mutuas de AT e EP da Seguridade Social ou das empresas colaboradoras, naqueles asuntos que lles afecten directamente.

Estas solicitudes deberán de ir acompañadas de toda a documentación necesaria para determina-la continxencia, que será a seguinte:

- Por continxencias comúns:
  - Parte de baixa por continxencias comúns, mod. P.9.
- Por continxencias profesionais:
  - Parte de baixa, mod. P. 9/11.
  - Parte de accidente cumprimentado pola empresa.
- En tódolos casos, ademais aportaranse:
  - Os informes e probas médicas de que se dispoña e que poidan axudar a determina-la continxencia, así como os partes de baixa e alta dun proceso anterior, cando se estime que o segundo proceso, con independencia da súa consideración ou non como recaída ten a súa orixe nun anterior.

### **INSTRUCCIÓN DO PROCEDEMENTO**

Nesta fase a dirección provincial poderá realizar cantas actuacións considere necesarias para a determinación, coñecemento e comprobación dos datos en virtude dos cales debe dicta-la resolución oportuna.

Deberán constar no expediente os seguintes informes:

- Da Inspección Médica dos Servicios Sanitarios.
- Da Inspección de Trabajo e Seguridade Social, salvo que da documentación obrante no expediente se deduza claramente a orixe da incapacidade.

Polo tanto, se estes informes non figuran entre a documentación do expediente deberán solicitarse nesta fase.

Instruído o procedemento, poñerase de manifesto ós interesados para que no prazo de dez días poidan formular alegacións e presenta-los documentos que consideren oportunos.

Unha vez en poder da dirección provincial toda a documentación necesaria, solicitarase ó Equipo de Avaliación de Incapacidades a emisión do correspondente dictame -proposta sobre o carácter común ou profesional da continxencia determinante do proceso.

## RESOLUCIÓN DO PROCEDEMENTO

Os directores provinciais do Instituto Nacional da Seguridade Social deberán dicar resolución expresa en tódolos procedementos iniciados para a determinación da continxencia orixe da incapacidade temporal. Esta resolución na que a data de efectos será a do feito causante da incapacidade orixe da baixa, será notificada ó beneficiario da prestación segundo o modelo que se adxunta como Anexo I. Igualmente ó resto das partes implicadas comunicaráselles o resultado con comezo dos efectos e actuacións a seguir, adxuntándolle-la resolución enviada ó interesado.

A resolución, que se dictará no prazo que sinala no artigo 14 da Orde de 18 de xaneiro de 1996, será inmediatamente executiva, tal e como sinala o artigo 94 da Lei 30/92 de Réxime Xurídico das Administracións Públicas e do Procedemento Administrativo Común.

Cando a resolución non se dicte no prazo establecido, a solicitude poderá entenderse desestimada a efectos de exercita-las accións do artigo 71 do texto refundido da Lei de Procedemento Laboral.

## EFFECTOS DA RESOLUCIÓN

*Supostos que deben plantexarse:*

1. Suposto no que se solicita que se determine a continxencia profesional estando o interesado de baixa por continxencias comúns e percibindo o correspondente subsidio.

As actuacións a realizar, por cada unha das partes afectadas, se a resolución determina o carácter profesional da continxencia, serán as seguintes:

### 1.1 O INSS cubre tanto as continxencias comúns como as profesionais

- INSALUD ou Servicio Público de Saúde competente:

Se a resolución determina o carácter profesional da continxencia, o proceso debe converterse en profesional, polo que se solicitará ós Servicios Públicos de Saúde que modifique os partes médicos, tanto de baixa como de confirmación.

- Empresa

A empresa deberá cumprimentar o parte de accidente que lle corresponda para a súa remisión á Dirección Provincial de Traballo e Asuntos Sociais.

Se o pago estase efectuando de forma delegada, a empresa efectuará as mesmas actuacións que as indicadas polo INSS cando efectúa o pago directo. Abonará a diferenza, no seu caso, e iniciará o pago delegado por AT anotando estas contías na columna de AT/EP do TC1-TC2.

### 1.2 Cobertura das continxencias profesionais cunha Mutua de AT e EP e as comúns co INSS

Se como consecuencia desta resolución o proceso varía o seu carácter, os partes médicos que o xustifican deberán de se-los correspondentes á continxencia declarada. Pola súa parte a empresa debe cumprimenta-lo parte do accidente.

En canto ó pago da prestación, se o mesmo se estivera abonando en pago directo polo INSS, deixarase de abonar na data en que se dicte a resolución, e se se está abonando en pago declarado controlárase que non se siga efectuando ningún desconto nos boletíns de cotización por esta continxencia, e a empresa comezará a efectua-los descontos por continxencias profesionais con cargo á Mutua nos boletíns de cotización correspondentes unha vez recalculada a base reguladora e a porcentaxe da prestación. Asemade, farase o cálculo do que debe de percibir o traballador por esta nova continxencia, da que se deducirá o percibido por continxencias comúns, procedendo a abonar nun único pago a diferenza no seu caso.

Por último, comunicárase á Dirección Provincial da Tesourería Xeral da Seguridade Social as cantidades abonadas para a súa compensación á Mutua de AT e EP responsable da prestación.

### 1.3 Cobertura das continxencias profesionais e continxencias comúns cunha Mutua de AT e EP

Neste suposto, o mesmo que nos anteriores, ó cambia-lo carácter da continxencia o proceso debe reconverterse en profesional polo que a Mutua de AT e EP debe expedi-lo parte por continxencias profesionais coa data de efectos que conste na resolución da Dirección Provincial do INSS. Se se trata dun proceso que a Mutua deu por finalizado e que continuou como continxencia común ó non esta-lo traballador recuperado, a Mutua de AT e EP deberá anula-lo parte de alta anterior, cos mesmos efectos que os sinalados no punto 1.1. en canto ó recálculo da base reguladora, porcentaxes e abono de diferencias nun pago único, no seu caso.

### 1.4 Cobertura das continxencias profesionais cunha Mutua de AT e EP ou empresa colaboradora polo artigo 77.1.a) e en continxencias comúns colaboración das empresas recollida non artigo 77.1.d) da LGSS

No caso da colaboración recollida no artigo 77. a.d) da Lei Xeral da Seguridade Social, a asistencia sanitaria corre a cargo do INSALUD ou Servicio Público da Saúde competente polo tanto as actuacións a seguir serán as mesmas que as indicadas no punto 1.1.

### 1.5 Empresa colaboradora voluntaria para continxencias profesionais comúns

Este é o suposto que a empresa é autoaseguradora de continxencias profesionais e de comúns, polo que paga ó seu cargo a prestación económica e presta a asistencia sanitaria cos seus propios medios.

Declarada a continxencia profesional, o procedemento será o mesmo que o establecido no punto 1.3. coa única salvedade de que neste suposto a asistencia sanitaria é tamén a cargo da empresa colaboradora, polo que non habería actuación algunha do órgano sanitario público.

2. Suposto en que se solicita que a determinación da continxencia dun proceso, sen esta-lo interesado de baixa médica nin consecuentemente percibindo o correspondente subsidio

- 2.1. Cando se solicite a determinación da continxencia dun proceso anterior de incapacidade temporal que xa está pechado, o INSS será competente para determinar o carácter común ou profesional da continxencia.

Nestes casos haberá que ter en conta que o dereito ó recoñecemento da prestación prescribe ós cinco anos, contados desde o día seguinte a aquel no que se producira o feito causante –baixa médica-. Sen prexuízo de que os efectos de tal recoñecemento se produzan a partir dos tres meses anteriores á data na que se presente a correspondente solicitude, segundo o disposto no artigo 43 da LGSS.

- 2.2 No suposto hipotético de que ante unha situación de feito que afecte á saúde do traballador se solicite a determinación da continxencia sen terse expedido aínda o parte de baixa, o INSS carece de competencias para determina-la existencia dun proceso de incapacidade temporal porque serán os órganos sanitarios os que terán que decidir se o traballador está ou non incapacitado temporalmente para traballar. O INSS só pode actuar a posteriori para determinar o carácter común ou profesional da continxencia, unha vez que se teña presentado o parte de baixa correspondente xa que logo ata ese momento non ten coñecemento da existencia do proceso nin do carácter da continxencia que o determina.

Non obstante, se o interesado presenta unha solicitude sen que conste a existencia dun proceso de incapacidade temporal, entenderase que estamos ante unha solicitude incompleta e dedicarse o prazo de 10 días para aporta-la documentación requirida, arquivándose en caso de non presentarse. Se neste prazo se presentara a documentación, as actuacións a seguir serán as sinaladas nestas instrucións, dependendo en canto ós efectos da resolución, do suposto do que se trate.

3. Suposto no que se solicita a determinación do carácter común dun proceso de incapacidade temporal que se iniciou por continxencias profesionais

Aínda que na meirande parte dos casos a petición sobre declaración de continxencia irá orientada á determinación do carácter profesional, podería ocorrerlo suposto contrario, é dicir, que un proceso orixinariamente profesional sexa declarado común, ben a instancia dunha entidade colaboradora ou ben dun particular. Nestes casos as actuacións a seguir serán as indicadas con anterioridade para os mesmos supostos aínda que os efectos da resolución deberanse axustar ó suposto concreto.

### **RECLAMACIÓN PREVIA OU DEMANDA PERANTE O XULGADO DO SOCIAL**

A resolución do director provincial será inmediatamente executiva, tal e como sinala o art. 94 da Lei de Réxime Xurídico das Administracións Públicas e do Procedemento Administrativo Común. Polo tanto, a interposición dunha reclamación previa contra a resolución e, no seu caso, a posterior demanda perante o Xulgado do Social, non impedirá a execución da resolución inicial.

Contra esta resolución poderase interpoñer reclamación previa no prazo de trinta días seguintes á data en que se teña notificado a resolución.

Cando na reclamación previa se discrepe de aspectos que sexan competencia do EVI, con independencia das actuacións que se leven a cabo para comprobala alegacións do reclamante, o escrito de reclamación pasará a coñecemento e informe do referido equipo.

### **ACTUACIÓNS NAS DIRECCIÓNS PROVINCIAIS ONDE NON SE CONSTITUÍRAN AÍNDA OS EQUIPOS DE AVALIACIÓN DE INCAPACIDADES**

A competencia para determina-la entidade ou empresa responsable das prestacións en materia de incapacidade laboral ven establecida no artigo 1 do Real Decreto 1300/95 de 21 de xullo polo que se desenvolve, en materia de incapacidades laborais do sistema da Seguridade Social, a Lei 42/1994 de 30 de decembro de medidas fiscais administrativas e de orde social. A competencia sinalada faise recaer na Dirección Provincial do INSS polo que entendemos que aquelas direccións provinciais nas que aínda non se constituíran os Equipos de Avaliación de Incapacidades eles tamén de aplicación estas Instrucións, aínda que cando se faga referencia ó EVI deberá entenderse que a referencia faise á Comisión de Avaliación de Incapacidades (CEI).

### **MATERIAL E MÉTODOS**

A determinación de continxencias iníciase previa solicitude do interesado (parte), Mutua Patronal, SERGAS u outros (Inspección de Traballo, etc )

A Subdirección Xeral de Subsidios do Instituto Nacional da Seguridade Social solicita as partes interesadas (incluíndo á empresa) que presente cantas alegacións esti-

men necesarias no prazo de 10 días hábiles, informándolle que transcorrido dito prazo sen presentalas, continuarase co trámite do expediente, considerando tan só a documentación obrante no expediente. O escrito dirixido ó Servicio Público de Saude contén unha solicitude de “informe sobre a baixa e causas que a orixinaron”

Unha vez recibida toda a documentación e informes, estes remítense ó Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI), o cal cita ó asegurado para realizar e valorar as circunstancias que motivaron as continxencias mediante un informe médico de síntese, no cal sempre consta: sexo, idade, profesión, diagnóstico principal inicial que motivou a incapacidade temporal, baixas previas por causa similar, etc. Unha vez analizada a historia laboral e as circunstancias que motivaron a incapacidade temporal, emítase un diagnóstico final que pode coincidir ou non co diagnóstico inicial.

O informe médico de síntese envíase á Comisión de Evaluación de Incapacidades, a cal en sesión adopta unha resolución sobre o carácter da continxencia, determinando se é o caso, o responsable da mesma.

A resolución comunícaselle ás partes indicándolles que poderán interpor reclamación previa á vía xurisdiccional ante a Dirección Provincial do INSS, no prazo de 30 días contados a partir da data da súa recepción.

A reclamación previa e a súa estimación ou non, inclúese no expediente administrativo.

Acerca dó informe de pesquisa que emite a Inspección de Traballo, este realízase sistematicamente nos casos no que o accidente ou enfermidade profesional sexa catalogado como grave, moi grave ou mortal ou naqueles casos leves a criterio do Xefe da Inspección de Traballo; tamén realízase nos casos de que exista proposta de recargo da prestación económica e nos que o solicita a entidade xestora INSS. É de suliñar que estes informes non conteñen consideracións sobre as causas que orixinaron a baixa laboral, por ser esta unha cuestión puramente médica.

Por todo o anteriormente exposto a metodoloxía empregada na execución deste traballo foi a seguinte:

- Revisar tódolos expedientes de cambio de continxencia do ano 2001 tramitados nunha Dirección Provincial da Seguridade Social; dado que estes datos non estan tratados informaticamente foi preciso acceder os arquivos e localizalos manualmente.
- Vertido nunha ficha dos datos máis relevantes que se recollen nos expedientes como idade, sexo, profesión, diagnóstico inicial, diagnóstico final, baixas previas por causa similar, continxencia inicial, continxencia solicitada, continxencia declarada, existencia ou non de reclamación previa e resolución da mesma, así coma informe da Inspección de Traballo de existir este.

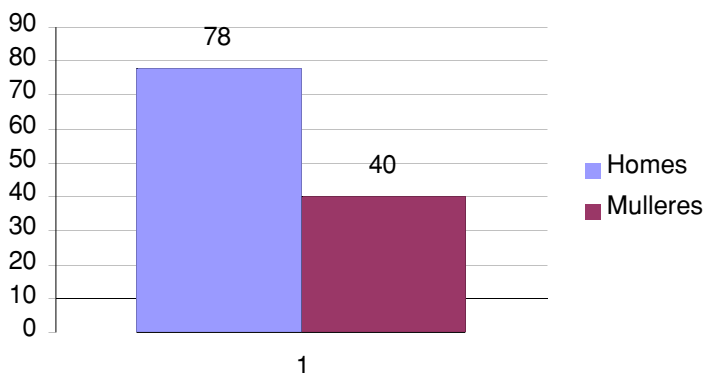
- Codificación dos datos recollidos e creación dunha base de datos para o seu posterior tratamento estatístico.

Do tratamento estatístico dos 118 casos de solicitude de cambio de continxencia presentados no INNS durante o ano 2001 pódense extraer os seguintes

## RESULTADOS

### SEXO

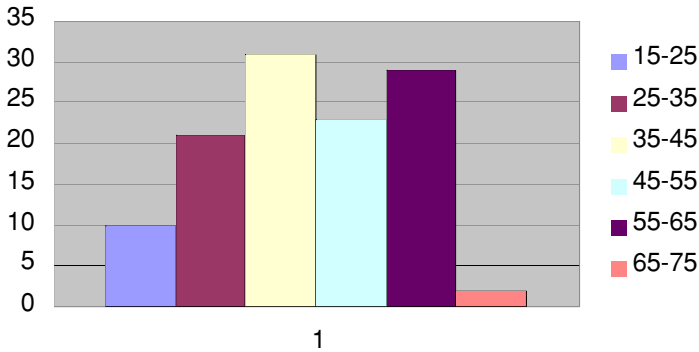
A porcentaxe de reclamacións presentada por varóns e maior cás presentadas por mulleres.



		Frecuencia	Porcentaxe
Válidos	Mulleres	40	33,9%
	Homes	78	66,1%
	Total	118	100%

### IDADE

A media da idade dos traballadores valorados para determinación de continxencia é de 43,3 anos, sendo os intervalos de 35 a 45 e de 55 a 65 anos nos que se concentran máis reclamacións.

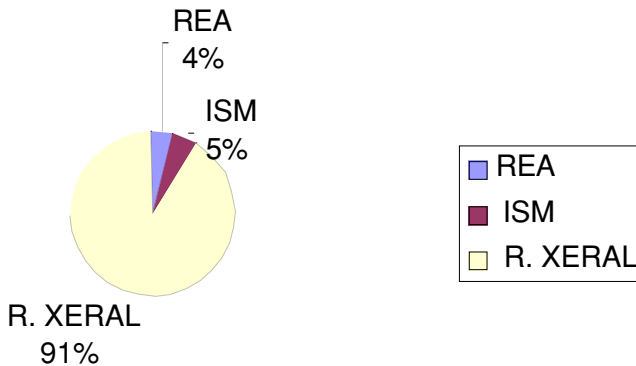


Desviación típica= 12, 95. Media= 43, 3. N= 116

Aplicando a proba T ás dúas poboacións pódese concluir que non existe diferenza significativa ( $p= 0, 35$ ).

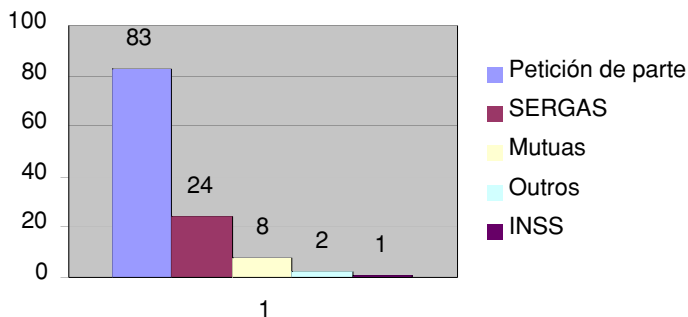
**RÉXIME DA SEGURIDADE SOCIAL**

○ 90.7 % das reclamación afectan a traballadores incluídos no Réxime Xeral da Seguridade Social, fronte ó 4, 2% incluídos no Réxime Especial Agrario.



### INICIO DO EXPEDIENTE

Os expedientes son iniciados por solicitude do propio interesado no 70, 3%, polo SERGAS no 20, 3 %, polas Mutuas no 6, 8%, polo INSS no 0.8% e por outros no 1, 7% dos casos.

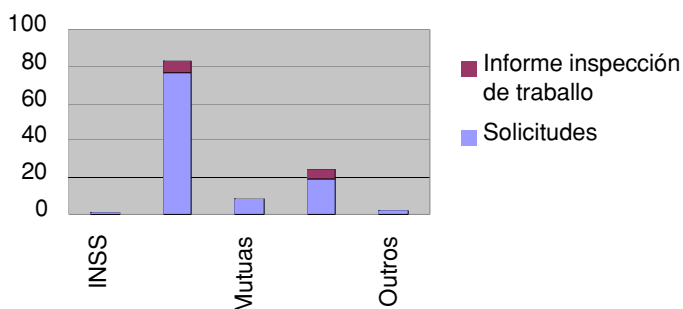


### INFORME DA INSPECCIÓN DE TRABALLO

Foi aportado informe da Inspección de Traballo no 9, 3% da totalidade dos expedientes de solicitude de valoración de continxencia analizados.

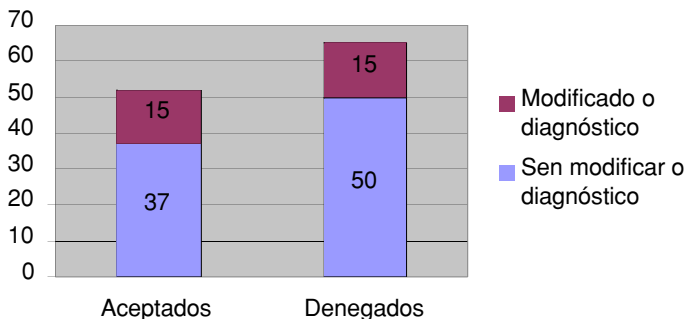
Segundo a persoa física ou xurídica iniciadora do expediente corresponden as seguintes porcentaxes:

- 20, 8% iniciación por persoa interesada
- 7, 2% iniciación polo SERGAS



### MODIFICACIÓN DO DIAGNÓSTICO INICIAL POLO INSS

Unha vez avaliadas as patoloxías, a CEI modificou 30 diagnósticos, representando o 25,6% das solicitudes.



### CONTINXENCIAS INICIAIS DOS PROCESOS DE INCAPACIDADE LABORAL NOS QUE SE SOLICITOU VALORACIÓN DE CONTINXENCIA:

- 99 expedientes foron tramitados inicialmente como enfermidade común
- 13 expedientes foron tramitados inicialmente como accidente non laboral
- 5 expedientes foron tramitados inicialmente como accidente laboral

### SOLICITUDES DE VALORACIÓN DE CONTINXENCIA SEGUNDO A CONTINXENCIA INICIAL DOS PROCESOS:

a.- Os tramitados inicialmente como enfermidade común solicitaban:

- 78, 8% (78 expedientes) que lles fora recoñecido o seu proceso como accidente laboral
- 20, 2% (20 expedientes) que lles fora recoñecido o seu expediente como enfermidade profesional
- 1.0% (1 expediente) que lle fora recoñecido o seu proceso como accidente non laboral

b.- Os tramitados inicialmente como accidente non laboral solicitaban:

- 100% (13 expedientes) que lles fora recoñecido o seu proceso como accidente laboral

c.- Os tramitados inicialmente como accidente laboral solicitaban:

- 80% (4 expedientes) que lles fora recoñecido o seu proceso como enfermidade común
- 20, 0% (1 expediente) que lle fora recoñecido o proceso como accidente non laboral

**CONTINXENCIA SOLICITADA SEGUNDO O INICIADOR DO PROCEDEMENTO:**

- Nos 82 expedientes iniciados a petición de parte solicitábanse as seguintes continxencias:
  1. 1 expediente solicitaba o recoñecemento da continxencia de accidente non laboral
  2. 12 expedientes solicitaban o recoñecemento da continxencia de enfermidade profesional
  3. 69 expedientes solicitaban o recoñecemento da continxencia de accidente laboral
- Nos 24 expedientes iniciados a petición do SERGAS solicitábanse as seguintes continxencias:
  1. 1 expediente solicitaba o recoñecemento da continxencia de enfermidade profesional
  2. 6 expedientes solicitaban o recoñecemento da continxencia de enfermidade común
  3. 7 expedientes solicitaban o recoñecemento da continxencia de accidente non laboral
  4. 10 expedientes solicitaban o recoñecemento da continxencia de accidente laboral
- Nos 8 expedientes iniciados a petición dos Mutuas de Accidentes de traballo e Enfermidades Profesionais da Seguridade Social solicitábanse as seguintes continxencias:
  1. 1 expediente solicitaba o recoñecemento da continxencia de enfermidade profesional
  2. 2 expedientes solicitaban o recoñecemento da continxencia de accidente non laboral
  3. 5 expedientes solicitaban o recoñecemento da continxencia de enfermidade común.
- Nos 2 expedientes iniciados a petición doutros solicitábanse as seguintes continxencias:
  1. 2 expedientes solicitaban o recoñecemento da continxencia de enfermidade profesional
- No expediente iniciado a petición do INSS solicitábase a seguinte continxencia:
  1. 1 expediente solicitaba o recoñecemento da continxencia de accidente non laboral

## **SOLICITUDES DE VALORACIÓN DE CONTINXENCIA ESTIMADAS**

○ 44% das solicitudes presentadas foron resoltas estimando as pretensións do solicitante

### **SOLICITUDES ESTIMADAS SEGUNDO A CONTINXENCIA SOLICITADA**

- Solicitud de valoración de continxencia instando o recoñecemento do proceso como enfermidade profesional: 30, 0%
- Solicitud de valoración de continxencia instando o recoñecemento do proceso como accidente laboral: 47, 3%
- Solicitud de valoración de continxencia instando o recoñecemento do proceso como accidente non laboral: 50, 0%
- Solicitud de valoración de continxencia instando o recoñecemento do proceso como enfermidade común: 50, 0%

### **SOLICITUDES ESTIMADAS SEGUNDO O INICIADOR DO PROCEDEMENTO:**

- INSS 100 %
- Petición parte 47, 0%
- SERGAS 37, 5%
- Mutuas 37, 5%
- Outros 50, 0%

### **SOLICITUDES ESTIMADAS SEGUNDO A INCLUSIÓN DO INFORME DA INSPECCIÓN DE TRABAJO:**

- No 80% dos expedientes con informe da Inspección de Trabajo houbo concordancia entre a solicitude e a resolución
- No 40% dos expedientes sen informe da Inspección de Trabajo houbo concordancia entre a solicitude e a resolución

### **RECLAMACIÓN ADMINISTRATIVAS PRESENTADAS CONTRA A RESOLUCIÓN:**

- Foron presentadas 39 reclamacións contra a resolución administrativa
- ○ 39, 4% foron presentadas contra resolucións administrativas nas que había concordancia entre a continxencia da solicitude e a continxencia da resolución
- ○ 10, 2% das reclamacións foron estimadas en via administrativa

## **DISCUSIÓN**

○ feito da existencia de tan só de 118 solicitudes de cambio de continxencia pode-se atribuir a un correcto funcionamento do colectivo de médicos prescriptores de incapacidade laboral ó descoñecemento dos mecanismos dispostos para a sua valoración por parte dos administrados.

A determinación de contingencia polos médicos prescritesores dos procesos de incapacidade temporal parece correcta tendo en conta o número de solicitudes presentadas ante o INSS, para a valoración da mesma.

A diferenza existente nos expedientes con informe da Inspección de Traballo ( $p=0.015$ ) na porcentaxe de estimacións; pódese atribuír este feito a ampla información que recaba *in situ* este organismo sobre os accidentes laborais e enfermidades profesionais de carácter grave ou mortal

## CONCLUSIÓNS

- I.- Dos 78.364 procesos de incapacidade temporal tramitados no ano 2001 na provincia estudada, tan só se solicitou valoración de cambio contingencia en 118 casos
- II.- Das 118 solicitudes, 52 foron resoltas favorablemente
- III.- Os cambios no diagnóstico inicial do proceso non modifica a porcentaxe de resolucións favorables
- IV.- Nos expedientes con informe da Inspección de Traballo, existe diferenza estatística significativa ( $p=0.015$ ) na porcentaxe de estimacións
- V.- Non se deron reclamacións polos traballadores afiliados ó Réxime de Empregadas do Fogar.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Normas de procedemento do INSS.
2. RD Lexislativo 1/1994 de 20 de xuño polo que se aproba o texto refundido da LGSS



# IMPACTO DE LA ENTRADA EN VIGOR DEL REAL DECRETO 1971/1999 DE MINUSVALÍAS EN LA VALORACIÓN DEL SISTEMA CARDIOVASCULAR

Crespo, M.<sup>1</sup>; Gayoso, M.<sup>2</sup>; Cerqueiro, S.<sup>1</sup>; Muñoz, JI.<sup>3</sup>; Otero XL.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Asuntos Sociais. Xunta de Galicia. <sup>2</sup>Fundación Pública Hospital do Salnes.

<sup>3</sup>Instituto de Medicina Legal. Universidade de Santiago de Compostela.

<sup>4</sup>Departamento de Estadística e Investigación Operativa. Universidade de Santiago de Compostela.

## INTRODUCCIÓN

La valoración de la discapacidad, expresado en porcentaje, se realiza mediante la aplicación de baremos.

En ellos se establecen normas para la evaluación de las consecuencias de la enfermedad, de acuerdo con el modelo propuesto por la clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías de la O.M.S., publicada en 1980 (CIDDM).

Diferencias terminológicas propuestas experimentalmente por la O.M.S:

*Deficiencia:* "Es toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Pueden ser temporales o permanentes, entre las que se incluye la existencia o aparición de una anomalía, defecto o pérdida producida en un miembro, órgano, tejido u otra estructura del cuerpo, incluidos los sistemas propios de la función mental. La deficiencia representa la exteriorización de un estado patológico y, en principio, refleja perturbaciones a nivel de órgano".

*Discapacidad:* "Es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma y dentro del margen que se considera normal para un ser humano (satisfacer demandas personales, sociales, laborales). La discapacidad representa la objetivación de una deficiencia".

*Minusvalía:* "Dentro del ámbito de la salud, es una situación de desventaja que presenta un individuo determinado como consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad que limita o impide el desempeño del rol que por su edad, sexo y/o factores sociales y culturales le correspondería. La minusvalía representa, la socialización de una deficiencia o discapacidad, y en cuanto a tal refleja consecuencias culturales, sociales, económicas y ambientales que para el individuo se derivan de la presencia de la deficiencia y la discapacidad".

Se puede tener deficiencia sin tener una discapacidad, y se puede tener una discapacidad sin tener una minusvalía.

### **CALIFICACIÓN DE MINUSVALÍA: GRADOS**

Para la determinación del grado de minusvalía nos basábamos en el Real Decreto 383/1984 y circulares internas del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social como eran: criterios de valoración de la insuficiencia renal crónica, valoración de presuntos minusválidos de enanismo y acondroplasia, criterios de valoración de la sordomudez, valoración de ostomizados, valoración de hemofílicos, valoración de pacientes con trasplante de órganos sólidos, valoración de enfermos de cáncer, valoración de pacientes infectados por V.I.H., y circulares internas de la Consellería de Traballo e Servizos Sociais de la Xunta de Galicia como eran: valoración de artrosis, valoración de epilepsia, valoración de hepatopatías y valoración de escoliosis. Actualmente se produjeron cambios con la entrada en vigor del Real Decreto 1971/1999 de 23 de diciembre, aunque que persiste la utilización de los Anexos de valoración de menoscabo permanente y de factores sociales complementarios.

La calificación del grado de minusvalía responde a criterios técnicos unificados fijados mediante los baremos descritos en el Anexo I del RD 1971/1999 del 23 de diciembre, y serán objeto de valoración tanto las discapacidades que presenta la persona, como en su caso, los factores sociales complementarios. El porcentaje mínimo de valoración de la discapacidad sobre el que se podrá aplicar el baremo de factores sociales complementarios no podrá ser inferior al 25%. La valoración la realizan los equipos multiprofesionales E.V.O. No hay límite de edad para ser reconocido minusválido. Se considera legalmente minusválido a partir del grado 33%. La valoración médica se combina con la psicológica utilizando las tablas de valoración combinadas y al valor obtenido se le suma el resultado de la valoración social, obteniendo así un resultado global que equivale al grado de minusvalía otorgado. La valoración de aquellas situaciones específicas de minusvalía que establecen los artículos 148 y 186 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, así como el artículo 25 del RD 383/1984 del 1 de febrero por el que se establece y regula el sistema especial de prestaciones sociales y económicas para minusválidos para ser beneficiarios del subsidio de movilidad y compensación de gastos de transporte, se realizará de acuerdo con lo que establece a continuación:

- La determinación de órgano técnico competente de la necesidad del concurso de tercera persona mediante la aplicación del baremo que figura en el Anexo II de este Real Decreto. Se considerará la necesidad de asistencia de tercera persona siempre que se obtenga en el baremo un mínimo de 15 puntos.
- La relación exigida entre el grado de minusvalía y la determinación de la existencia de dificultades de movilidad para utilizar transportes colectivos, se fijará por la aplicación del baremo que figura como Anexo III de este Real

Decreto. Se considerará la existencia de tal dificultad siempre que el presunto beneficiario se encuentre incluido en alguna de las situaciones descritas en los apartados A), B) o C) del baremo, o aún no estándolo, cuando obtenga un mínimo de 7 puntos por encontrarse en alguna de las situaciones recogidas en los restantes apartados del citado baremo.

En el momento de plantearnos este trabajo decidimos:

- Escoger el capítulo 5, sistema cardiovascular, cuya valoración esta muy estandarizada y reglada.
- Conocer y comparar los cambios que se han producido con la entrada en vigor del RD. 1971/1999 de 23 de diciembre en la valoración de la discapacidad del sistema cardiovascular, con respecto al anterior RD. 383/1984.
- Establecer como período de tiempo del estudio el último año del extinguido Real Decreto 383/1984 de 1 de febrero y el primer año de vigencia del actual Real Decreto 1971/1999 de 23 de diciembre que entró en vigor el 14 de marzo de 2000.

## **MATERIAL Y METODOS**

Los datos utilizados en la elaboración del estudio han sido obtenidos de los expedientes archivados en una Delegación de Asuntos Sociales, sección de certificación y valoración de minusvalías. Se recogió información referente a dos muestras de población similares en cuanto a edad, sexo, zona de residencia y patología cardiovascular. Han sido utilizados un total de 210 expedientes, recogidos aleatoriamente de la estadística anual correspondiente a los años 1999 y 2000, basada en las juntas quincenales.

Se recogió información de una muestra "A" de 101 pacientes valorados en el año 1999 por el Real Decreto 383/1984 de 1 de febrero en cuanto a discapacidad del sistema cardiovascular.

Asimismo se recogió información de otra muestra "B" de 109 pacientes valorados en el año 2000 bajo los criterios Real Decreto 1971/1999 de 23 de diciembre en cuanto a discapacidad del sistema cardiovascular.

Se diseñó un formulario de recogida de datos en la que se registraban las variables siguientes:

- Edad
- Sexo
- Zona de residencia
- Baremo utilizado

- Tipo de patología con el porcentaje otorgado. Siendo las patologías:
  - I. Cardiopatía isquémica
  - II. Cardiopatía valvular
  - III. Cardiopatía congénita
  - IV. Miocardiopatía
  - V. H.T.A.
  - VI. Patología vascular periférica
  - VII. Arritmias
  - VIII. Insuficiencia cardiaca

Se excluyeron del estudio aquellos pacientes que habían sido sometidos a trasplante cardíaco porque sólo entro en el estudio un caso de gran complejidad con pluripatología.

Por último, con los datos recogidos, comparamos los cambios sufridos en el porcentaje de discapacidad otorgado para la patología del sistema cardiovascular con la entrada en vigor del Real Decreto 1971/1999 del 23 de diciembre.

Para medir dichas variaciones se sometieron los datos a un análisis estadístico de comparación de medias con la prueba t-student.

## RESULTADOS

### ANÁLISIS DE LAS VARIABLES EDAD, SEXO Y ZONA DE RESIDENCIA

#### Características de la muestra "A":

- Sexo: 38 mujeres y 63 varones
- Edad: entre 15 y 95 años
- Zona de residencia: 71 de zona urbano y 30 de zona rural

#### Características de la muestra "B":

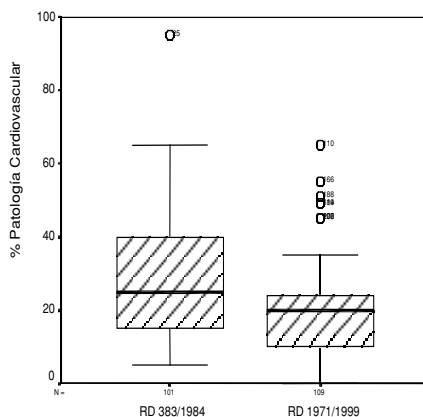
- Sexo: 34 mujeres y 75 varones
- Edad: entre 2 y 87 años
- Zona de residencia: 79 de zona urbana y 30 de zona rural

No se observaron diferencias significativas entre ambas muestras de población.

### COMPARACIÓN GLOBAL

Considerando conjuntamente todas las patologías cardiovasculares, en la muestra A se observa un porcentaje medio de minusvalía de 27.1 15.7, mientras que en la muestra B este porcentaje medio es menor: 19.4 12.4. El descenso medio de

porcentaje de minusvalía otorgado es de 7.66 (I.C. 95%: 3.8 – 11.5) y resulta claramente significativo ( $p < 0.001$ ).



**Figura 1.** Porcentaje de minusvalía otorgado por patología cardiovascular con cada Real Decreto

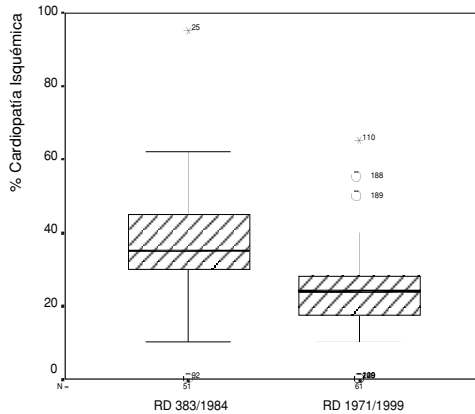
#### ANÁLISIS POR CADA PATOLOGÍA:

##### 1) En cuanto a la presencia o no de cardiopatía isquémica y el porcentaje de discapacidad otorgado.

En la muestra "A", 51 pacientes presentan cardiopatía isquémica, un 50'5%.

En la muestra "B", 61 pacientes presentan cardiopatía isquémica, un 56%

Al comparar los porcentajes otorgados por un baremo u otro se observa que " El porcentaje medio de minusvalía otorgado en la muestra A (37.24+13.62) resultó significativamente superior ( $p < 0.001$ ) al de la muestra B (23.15+12.29)"



**Figura 2.** Porcentaje de minusvalía otorgado por cardiopatía isquémica con cada Real Decreto

## 2) En cuanto a la presencia o no de cardiopatía valvular y el porcentaje de discapacidad otorgado.

En la muestra "A", 15 pacientes presentan cardiopatía valvular, un 14'9%.

En la muestra "B", 17 pacientes presentan cardiopatía valvular, un 15'6%

Al comparar los porcentajes otorgados por un baremo u otro se observa que "Los porcentajes medios de minusvalía otorgados en ambas muestras (A:  $33.07 \pm 16.53$ ; B:  $25.88 \pm 13.94$ ) no son significativamente diferentes ( $p=0.192$ )"

## 3) En cuanto a la presencia o no de miocardiopatía y el porcentaje de discapacidad otorgado.

En la muestra "A", 13 pacientes presentan miocardiopatía, un 12'9%.

En la muestra "B", 17 pacientes presentan miocardiopatía, un 15'6%

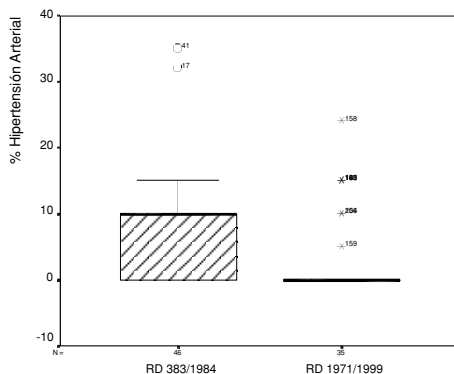
Al comparar los porcentajes otorgados por un baremo u otro se observa que " Los porcentajes medios de minusvalía otorgados en ambas muestras A ( $33, 23 \pm 13.23$ ) B ( $25, 71 \pm 14, 95$ ) no son significativamente diferentes ( $p < 0.163$ )"

## 4) En cuanto a la presencia o no de HTA y el porcentaje de discapacidad otorgado.

En la muestra "A", 46 pacientes presentan HTA, un 45'5%.

En la muestra "B", 35 pacientes presentan HTA, un 32'1%

Al comparar los porcentajes otorgados por un baremo u otro se observa que " El porcentaje medio de minusvalía otorgado en la muestra A ( $7, 87 \pm 7, 49$ ) resultó significativamente superior ( $p < 0.003$ ) al de la muestra B ( $3, 11 \pm 6, 33$ )"



**Figura 3.** Porcentaje de minusvalía otorgada por H.T.A. con cada Real Decreto

**5) En cuanto a la presencia o no de patología vascular periférica y el porcentaje de discapacidad otorgado.**

En la muestra "A", 10 pacientes presentan patología vascular periférica, un 9'9%.

En la muestra "B", 8 pacientes presentan patología vascular periférica, un 7'3%

Al comparar los porcentajes otorgados por un baremo u otro se observa que " Los porcentajes medios de minusvalía otorgados en ambas muestras A ( $13, 5 \pm 7, 09$ ) B ( $11, 75 \pm 8, 63$ ) no son significativamente diferentes ( $p < 0, 643$ )"

**6) En cuanto a la presencia o no de arritmias y el porcentaje de discapacidad otorgado.**

En la muestra "A", 6 pacientes presentan arritmias, un 5'9%.

En la muestra "B", 3 pacientes presentan arritmias, un 2'8%

Al comparar los porcentajes otorgados por un baremo u otro se observa que " Los porcentajes medios de minusvalía otorgados en ambas muestras A ( $16 \pm 14, 78$ ) B ( $13, 33 \pm 7, 64$ ) no son significativamente diferentes ( $p < 0, 782$ )"

**7) En cuanto a la presencia o no de insuficiencia cardiaca y el porcentaje de discapacidad otorgado.**

En la muestra "A", 4 pacientes presentan insuficiencia cardiaca, un 4%.

En la muestra "B", 2 pacientes presentan insuficiencia cardiaca, un 1'8%

Al comparar los porcentajes otorgados por un baremo u otro se observa que " Los porcentajes medios de minusvalía otorgados en ambas muestras A ( $28, 25 \pm 14, 68$ ) B ( $22, 5 \pm 31, 82$ ) no son comparables debido a los pocos datos analizados.

## DISCUSIÓN

Se ha reducido considerablemente la puntuación de minusvalía otorgada a los pacientes con patología cardiovascular desde la entrada en vigor del RD. 1971/1999 de 23 de diciembre en especial entre los pacientes que presentan cardiopatía isquémica o HTA.

Los resultados del estudio demuestran que al analizar los casos con cardiopatía isquémica (37,  $24 \pm 13$ , 62) / (23,  $15 \pm 12$ , 29) y HTA (7,  $87 \pm 7$ , 49) / (3,  $11 \pm 6$ , 33) la puntuación otorgada por el nuevo baremo es muy inferior a la otorgada con anterioridad.

Las posibles causas podrían ser:

- El porcentaje de discapacidad otorgable con el R.D. 383/1984 iba del 0% al 95%, mientras que desde la entrada en vigor del R.D. 1971/1999 ese porcentaje ha disminuido (enfermedades del corazón del 0% al 75%, HTA del 0% al 24%, enfermedad vascular periférica del 0% al 70%).
- Actualmente se establece un período de espera tras el diagnóstico o tratamiento antes de evaluar al paciente, con lo que en el momento de reconocimiento la patología está estabilizada.
- En este momento en algunas patologías se utilizan pruebas funcionales específicas (cardiopatía isquémica), en otras siguen utilizándose pruebas y criterios muy similares (patología vascular periférica).
- Hay que tener en cuenta que el avance tecnológico y los nuevos tratamientos han supuesto una gran mejoría para muchos de estos pacientes.
- Podría ocurrir asimismo que alguna de las muestras utilizadas tenga un tamaño insuficiente.

A modo de ejemplo orientativo hemos analizado cinco casos utilizando los criterios de ambos baremos.

### CASO 1

Paciente de 46 años, varón, procedencia urbana, cardiopatía isquémica. Prueba de esfuerzo: tolera 8 del protocolo de Bruce, sin presentar angina ni cambios en el electrocardiograma. Presenta arritmia de esfuerzo. Correcta respuesta tensional.

Valoración del grado de minusvalía:

- RD 383/1984: 40%
- RD 1971/1999: 10%

**CASO 2**

Paciente de 46 años, mujer, procedencia rural, insuficiencia mitral. Fue intervenida con sustitución valvular, presenta síntomas con los esfuerzos. Clase funcional 2 de la N.Y.H.A.

Valoración del grado de minusvalía:

- RD 383/1984: 40%
- RD 1971/1999: 15%

**CASO 3**

Paciente de 51 años, varón, procedencia urbana, cardiopatía isquémica. Presenta infarto inferior. Triple By-Pass en marzo de 1998, estable desde entonces. Ahora presenta angor de reposo. Prueba de esfuerzo completa 10 mets sin presentar angina ni cambios en el electrocardiograma.

Valoración del grado de minusvalía:

- RD 383/1984: 35%
- RD 1971/1999: 15%

**CASO 4**

Paciente de 63 años, varón, procedencia urbana, HTA. Cifras de tensión arterial diastólica en dos tomas superiores a 95 mm Hg, historia de accidentes vasculares cerebrales transitorios antiguos.

Valoración del grado de minusvalía:

- RD 383/1984: 35%
- RD 1971/1999: 20%

**CASO 5**

Paciente de 35 años, mujer, procedencia urbana, arritmias. Aparecen síntomas con los esfuerzos o tensión emocional, está a tratamiento.

Valoración del grado de minusvalía:

- RD 383/1984: 25%
- RD 1971/1999: 10%

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Real Decreto 383/1984 de 1 de Febrero.
2. Real Decreto 1971/1999 de 23 de Diciembre.
3. Tablas A.M.A.
4. Ley General de la Seguridad Social.
5. Anexos de valoración de menoscabo permanente y de factores sociales complementarios.
6. Circulares internas del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social.
7. Circulares internas de la Consellería de Traballo e Servizos Sociais da Xunta de Galicia.
8. "Patología Cardiovascular: Protocolos básicos de conocimiento y manejo", Dra. Marta Olm Font
9. C.I.E. 10

## LA DEMANDA DE LOS SERVICIOS SANITARIOS ESPECIALIZADOS ANTES Y DESPUÉS DE LA CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ PERMANENTE

Alija, P.; Alija, J.; García, C.; Larriba, A.; Rodríguez-Calvo, MS.<sup>1</sup>

*Servicio Galego de Saúde. <sup>1</sup>Instituto de Medicina Legal. Universidade de Santiago de Compostela.*

### INTRODUCCIÓN

Es un viejo dicho y una vieja sospecha entre los profesionales de la valoración del menoscabo permanente que una gran parte de las personas que se encuentran en torno a la situación de la Invalidez Permanente exagera sus dolencias con el ánimo de hacerse acreedores de la misma y que, por ello, producen un gran consumo de recursos sanitarios de forma poco o nada justificada. Dicho uso reiterado de los recursos crea, de la misma forma, unos antecedentes clínicos que siempre adquieren un determinado peso en el método de valoración empírica vigente en nuestra Seguridad Social.

Podemos entender la simulación como abuso voluntario consciente o inconsciente de los recursos asistenciales para generar un historial de informes y patologías o, en otro sentido no excluyente del anterior, el consumo de recursos sanitarios como resultado de patologías inexistentes o de la exageración de su gravedad. Y así puede valorarse o interrelacionarse más fácilmente al considerar el caso en patologías de carácter crónico, que por su propia naturaleza generarían dolencias y similares necesidades asistenciales a lo largo del tiempo, siendo en general estas dolencias o necesidades mayores a medida que avanza la enfermedad.

La consideración del menoscabo permanente en el concepto dado por la Ley General de Seguridad Social para la Invalidez Permanente en cualquiera de sus grados "...irreversibilidad o presunción razonable de irreversibilidad..." y el carácter crónico de la patología artrósica de columna vertebral nos aproximan y facilita la medición de la posible variabilidad de la demanda sanitaria por causa económico-ganancial y no sanitaria. Se demarcan los dos factores determinantes: patología susceptible de una demanda asistencial mantenida por su carácter crónico y la calificación de la invalidez como posible factor modificador no sanitario de dicha demanda.

El objetivo del trabajo es analizar la demanda de los servicios sanitarios y su posible variabilidad por motivos no directamente relacionados con la situación clínica sino con modificaciones en el estatus social de carácter ganancial y concretamente con la calificación de invalidez permanente en grado superior al de parcial utilizando para ello la patología degenerativa de la columna vertebral.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se seleccionó como periodo mas idóneo y universo del estudio el de los informes propuestas de calificación comprendidos entre Enero-Diciembre del 2000 y al objeto de constatar una base de datos con documentación fiable (Hª Clínica de pacientes) se excluyó la demanda asistencial de Atención Primaria al no encontrarla significativa por falta de especificidad (imposibilidad de constatar si la demanda se debe específicamente al proceso que generó la propuesta de calificación), ciñéndose el estudio a la Atención Especializada.

El periodo de demanda asistencial estudiado se refirió a los 18 meses previos y los 18 posteriores a la fecha de la calificación por ser el plazo establecido para la duración máxima de la situación de Incapacidad Temporal y su prorrogación y considerarse fiable y suficiente para la comparación diferencial del antes y después motivo del estudio.

Del análisis inicial de la documentación base del trabajo (informes propuestas y datos mecanizados en los Hospitales sobre demanda sanitaria) se elaboró una tabla de recogida de datos con los siguientes items: del informe-propuesta: *edad, sexo, régimen de afiliación a la S. Social, fecha de la propuesta, causa primera o secundaria* (codificadamente se recoge si la patología artrósica de columna vertebral era causa principal de la invalidez o causa secundaria y acompañante), asimismo se codifica el nivel de afectación como: *columna cervical, dorsal o lumbar* y la afección como *con o sin existencia de radiculopatía, fracturas y otras patologías*. Para los registros de Admisión de los Hospitales de referencia del área de los trabajadores se recogieron los siguientes items: nº de: *consultas, asistencia en urgencias, técnicas diagnósticas especiales (TAC, RNM, ecografía, gammagrafía etc.), hospitalizaciones y consultas*, diferenciándose para cada uno de éstos las efectuadas 18 meses antes y después de la fecha en que había sido propuesta la calificación. Se consideraron para el estudio las demandas sobre los servicios de *urgencias, traumatología, neurocirugía, neurología, reumatología, rehabilitación y unidad del dolor*.

Dicha hoja se cumplimentó para cada uno de los trabajadores, excluyéndose en una segunda fase los pocos casos en que no constaba ninguna demanda asistencial previa a la propuesta, por estimar que existían factores determinantes excluyentes como asistencia en otras instancias ajenas al Servicio Público de Salud. Igualmente se excluyeron del estudio los Items diagnósticos de *fracturas y otras patologías de columna vertebral* que por su escasísima incidencia solo suponían una complicación seria del estudio.

Los datos recogidos fueron analizados realizando cruces comparativos mediante hoja de calculo considerando todas las variables personales y de carácter clínico incluidas en el estudio, con la excepción de la diferenciación de nivel de afectación de la columna vertebral en los casos de existencia de radiculopatía.

El análisis se efectuó en datos numéricos brutos y la comparación mediante el uso del indicador "porcentaje de incremento" considerado éste como la *diferencia entre la demanda posterior y la previa expresada en % de la previa*.

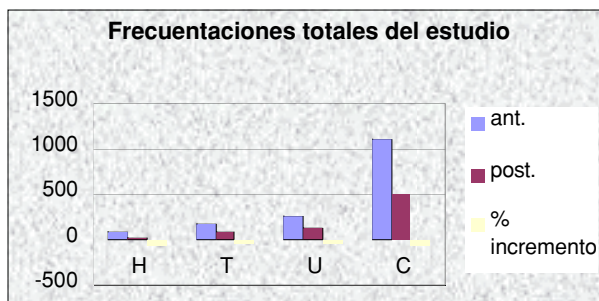
## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

De la totalidad de los casos estudiados, la demanda global descendió un 54,6% tras la calificación de grado, siendo las disminuciones de las modalidades asistenciales similares y contenidas entre el -49,4 de técnicas especiales y el -66,3 de hospitalización. Interpretable fácilmente como una disminución de la demanda que se hace mas importante en la hospitalización que en las técnicas diagnósticas y que concuerda y se sigue del decremento superior al 55% en las consultas y atención de urgencias. Tabla y gráfico 1.

En la separación por grupos patológicos en función de aquellos que desarrollaron clínica radicular o no, se observó un nivel de demanda negativo en torno a los generales -50%- si bien cabe señalar que la hospitalización disminuyó un 62,5% para las no radiculopatías y la ostensible de 80% para las radiculopatías. La disminución se hace menor para las urgencias- 44% -en las mecánicas y en técnicas especiales en las radiculopáticas, que descienden solo un 26,5%. Tablas y gráficos 2-3.

**Tabla 1**

	ant.	post.	% incremento
Hosp	95	32	-66,3
T.esp.	178	90	-49,4
Urg.	268	128	-52,2
Cons.	1115	502	-55,0

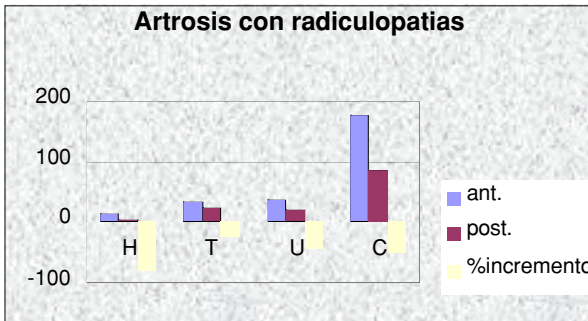


**Tabla 2**

	ant.	post.	% incremento
Hosp.	48	18	-62, 5
T.esp.	74	33	-55, 4
Urg.	116	65	-44, 0
Cons.	568	287	-49, 5

**Tabla 3**

	ant.	post.	%incremento
Hosp.	15	3	-80, 0
T.esp.	34	25	-26, 5
Urg.	37	20	-45, 9
Cons.	177	85	-52, 0



La localización de la patología artrósica mecánica o pura fué analizada descartando la dorsal por su casi nula incidencia aislada, siendo la demanda de consultas en las artrosis cervicales después de la calificación uno de los parámetros mas mantenidos de este estudio, solo disminuyó el 13, 6%, frente al 62, 1% de las artrosis lumbares o el -55% de la media del estudio. Las demandas en los casos de artrosis pura lumbar se mantienen dentro de las medias de todos los casos. Tablas 4 y 5.

**Tabla 4.** Demanda artrosis cervical sin radiculopatía

	ant.	post.	%incremento
Hosp.	7	4	-42, 9
T.esp.	11	7	-36, 4
Urg.	16	8	-50, 0
Cons.	66	57	-13, 6

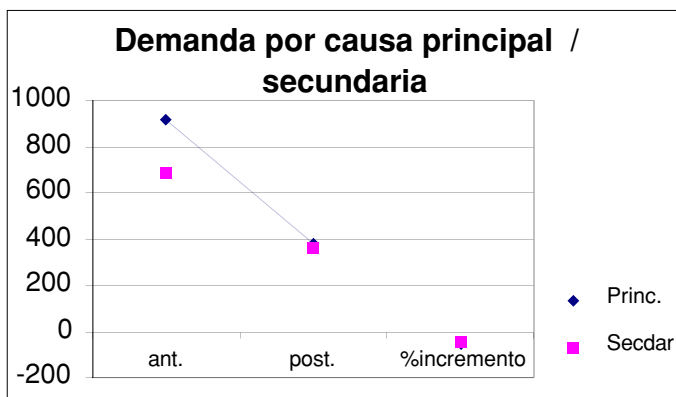
**Tabla 5.** Demanda artrosis lumbar sin radiculopatía

	ant.	post.	%incremento
Hosp.	12	3	-75, 0
T.esp.	11	4	-63, 6
Urg.	41	16	-61, 0
Cons.	182	69	-62, 1

Respecto al comportamiento de las demandas cuando la patología tuvo *entidad suficiente para motivar por sí misma la propuesta de l. Permanente*, éstas no son claramente diferentes de cuando la patología era acompañante de otra principal y más incapacitante, disminuye el 58, 4% en las principales y menos en las secundarias, 47, 9%, lo que hace pensar de forma claramente contradictoria que clínicamente las patologías que no resultaron en sí mismo incapacitantes mantienen una mayor demanda que las que si lo fueron. Tabla y gráfico 6.

**Tabla-6**

	ant.	post.	%incremento
Princ.	913	380	-58, 4
Secdar.	689	359	-47, 9



En el análisis de posibles variaciones de demandas asistenciales por el factor *régimen de S.S. de pertenencia*, la mayor variabilidad en decremento tras la calificación, se aprecia en el Régimen Especial Agrario (-63, 4%) –secularmente considerado como el mas proclive al absentismo rentista- y en el régimen general (-55, 2%), mientras que las empleadas de hogar solo reflejan un -32%. Tabla y gráfico 7.

Para el análisis de la *variable edad* se establecieron 5 grupos (menor de 30 años, de 30 a 40 años, de 40 a 50, de 50 a 60 y mayores de 60 años), siendo las variaciones de demanda asistencial antes y después de la calificación muy similares para los distintos grupos de edad, no apreciándose variaciones destacables entre ellos ni de los distintos grupos respecto a la media del total del estudio. Las disminuciones oscilaron entre el 48% de los 30-40 años y el 59% del grupo de mayor edad. Tabla y gráfico 8.

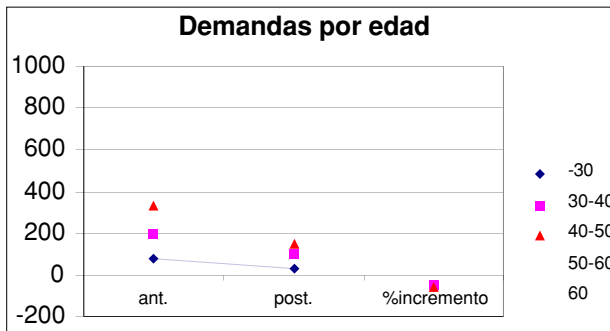
Se apreció una diferencia de un 12% en la caída de *demandas según el sexo*, siendo mas significativa la que se produce en el sexo femenino con un -60, 1% frente al -48, 8 % que se produce en el masculino. Tabla y gráfico 9.

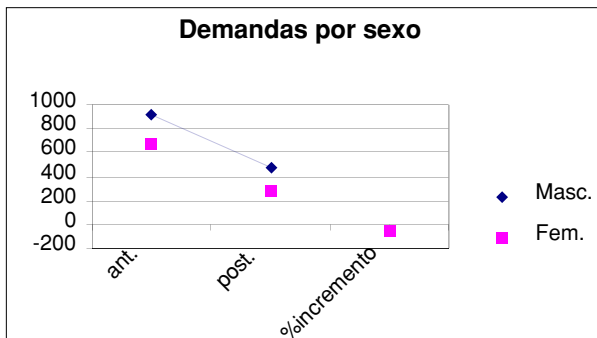
**Tabla 7**

	ant.	post.	%incremento
R.Gral	1115	499	-55, 2
R.E.A.	194	71	-63, 4
E.de H.	53	36	-32, 1
Autonomo	227	128	-43, 6

**Tabla 8**

	ant.	post.	%incremento
-30	77	31	-59, 7
30-40	200	104	-48, 0
40-50	331	149	-55, 0
50-60	775	346	-55, 4
60	295	121	-59, 0

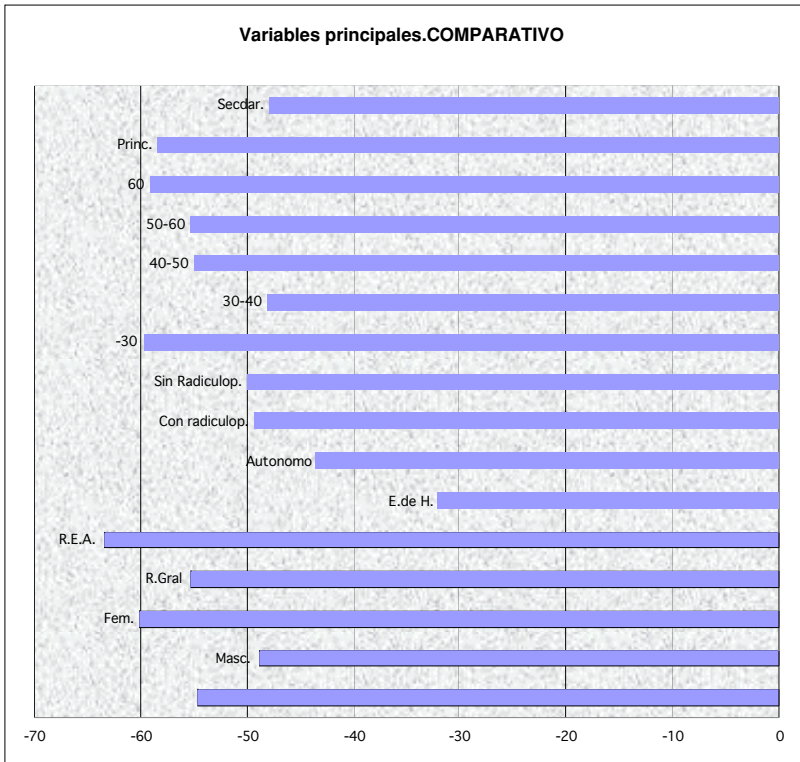


**Tabla 9**

	<b>ant.</b>	<b>post.</b>	<b>%incremento</b>
<b>Masc.</b>	918	470	-48,8
<b>Fem.</b>	674	269	-60,1

**Tabla 10**

Totales	<b>-54,6</b>
Masc.	<b>-48,8</b>
Fem.	<b>-60,1</b>
R.Gral	<b>-55,2</b>
R.E.A.	<b>-63,4</b>
E.de H.	<b>-32,1</b>
Autonomo	<b>-43,6</b>
Con radiculop.	<b>-49,4</b>
Sin Radiculop.	<b>-50,0</b>
-30	<b>-59,7</b>
30-40	<b>-48,0</b>
40-50	<b>-55,0</b>
50-60	<b>-55,4</b>
60	<b>-59,0</b>
Princ.	<b>-58,4</b>
Secdar.	<b>-47,9</b>



## CONCLUSIONES

Se concluye que la demanda de servicios médicos especializados por parte de los pacientes cuya patología degenerativa de columna vertebral ha motivado situaciones de Incapacidad Temporal de la que han pasado a ser calificados como Inválidos Permanentes disminuye en más del 50 %, situándose dicha disminución en torno a esas cifras en todas las modalidades asistenciales y especialmente en hospitalización, consultas y urgencias, lo que es discordante con el carácter crónico y permanente de la patología que presentan y de la historia natural de la misma.

Las diferentes variables personales o clínicas producen alteraciones poco significativas del comportamiento general de disminución de la necesidad de asistencia tras la calificación de invalidez, apareciendo como más claras en la disminución de demanda aquellas que subjetivamente siempre se consideraron más absentistas o susceptibles de simulación por ganancia, a saber: Reg. Especial Agrario, sexo femenino, y los tramos de edad de menos de 30 y más de 60 años. Los factores clínicos que motivan la incapacidad parecen ser poco importantes a la hora de generar la demanda pues se observa una gran caída de ésta tras la calificación con independencia de cual sea la característica patológica contemplada. Tabla y gráfico 10.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social.-RD Legislativo 1/94
2. Curso monográfico de patología de la columna cervical. Fdez.Domínguez.L. 2001
3. Lecciones de patología quirúrgica: extremidades, columna vertebral. Gonzalez Gonzalez, M.
4. Absentismo laboral: métodos de evaluación, control y reducción. Molinera Mateos, J. 2002.
5. La gestión del absentismo laboral. Ribaya Mallada. 1996
6. Problemática en la valoración de los dolores raquídeos como riesgo genérico de la Incapacidad Temporal. Lupión Cruz E.
7. La atención médica a la enfermedad crónica: Reflexiones sobre procedimientos metodológicos de un estudio cualitativo. Francisco J. Mercado. 2002.



## LA INSPECCIÓN MÉDICA DEL SERGAS Y LOS TRAUMATISMOS CERVICALES LEVES

Bartolomé, MB.; Gómez MA.; Moreno, MJ.; Pérez, MB.; Muñoz, JI'. Represas, C.<sup>1</sup>

*Servicio Galego de Saúde. <sup>1</sup>Instituto de Medicina Legal. Universidade de Santiago de Compostela.*

La elevada incidencia de los Traumatismos Cervicales (TC) en la práctica médica diaria, incluidos los derivados de accidentes de circulación, su repercusión en la gestión de la Incapacidad Temporal (IT) y el difícil manejo de estos pacientes, hacen necesario un protocolo que sirva como herramienta de trabajo a los profesionales implicados, incluyendo la Atención Primaria, Atención Especializada e Inspección Médica. Previamente se hace necesario un análisis específico de esta patología desde la perspectiva laboral de la valoración del daño corporal.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Han sido estudiados 785 casos de TC de una provincia gallega, (código genérico de codificación diagnóstica 847.0, CIE-9-CM) que han causado IT en el período comprendido entre el 01/01/1999 y el 31/12/1999 y se han comparado con los 123 casos que causaron IT en el período comprendido entre el 01/01/1995 y el 31/12/1995. Se han recogido estos casos de los archivos informáticos de la Unidad de Salud Laboral (USL) dependiente de la Inspección Médica del SERGAS de dicha provincia.

De la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) de la misma provincia se han obtenido los datos económicos.

Se han utilizado los resultados del Anuario estadístico de la Dirección General de Tráfico de los años 1995 y 1999 para obtener el número de heridos en accidente de tráfico en dicha provincia.

Para el análisis estadístico se han considerado las siguientes variables:

- Régimen de afiliación: General, autónomo. Fueron desechados debido a su baja frecuencia los del régimen agrario cuenta propia, agraria cuenta ajena, especial del mar, empleada de hogar y minería y carbón.
- Contingencia: Accidente no laboral y accidente de trabajo.

- Tiempo de duración de la IT: en días.
- Motivo del alta: Curación, mejoría, propuesta de incapacidad permanente y desconocido.
- Motivo administrativo de alta: Inspección Médica, agotamiento del plazo, incomparecencia y médico de Atención Primaria.

Para el análisis estadístico se ha utilizado el programa informático SPSS 10.1 para Windows. Para el análisis utilizamos tablas de contingencia, la prueba chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) y la prueba t-Student, según conviniese.

Para la elaboración del protocolo se ha empleado el sistema de clasificación de los TC propuesto por la Québec Task Force (QTF). Se clasifican los TC en cuatro grados (Tabla 1), siendo los grados I y II los más habituales. Los grados III y IV se corresponderían con otros códigos diagnósticos.

**Tabla 1.** (Clasificación de Québec de los TC)

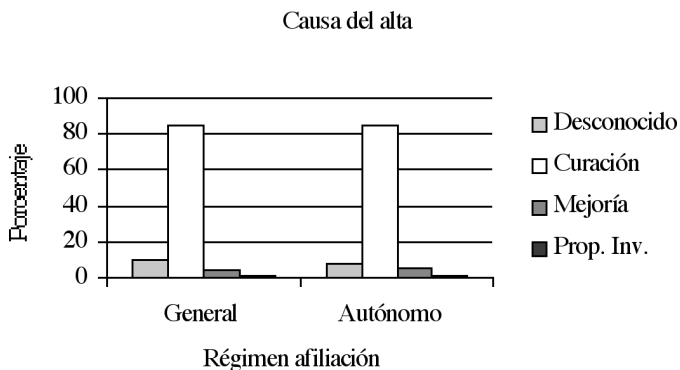
<b>Grado</b>	<b>Presentación clínica</b>
I	Síntomas de cervicalgia, rigidez o contractura. No signos clínicos
II	Síntomas anteriores y signos músculo-esqueléticos (disminución de la movilidad y puntos trigger)
III	Síntomas y signos anteriores y signos neurológicos radiculares
IV	Síntomas y fractura o luxación

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Existen diferencias significativas al comparar los tiempos de curación del año 1999 y 1995. El tiempo medio de curación ha sido de 83.35 días (desviación típica 90.58) en el año 1999 y 109.04 (107.28) en el año 1995 ( $p < 0.05$ ).

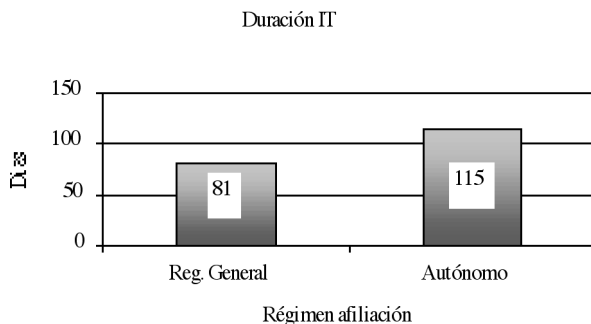
En relación con los datos del año 1999:

- El alta médica ha sido extendida por el médico de Atención Primaria en la mayoría de los casos (93.7%), mientras que únicamente en un 4.5% de los casos ha sido Inspección Médica. Se aprecia un elevado porcentaje de casos cuyo motivo de alta médica es la curación (85.2%), mientras que únicamente un 1.2% han sido propuestos para Incapacidad Permanente (Prop. Inv.). (Figura 1).



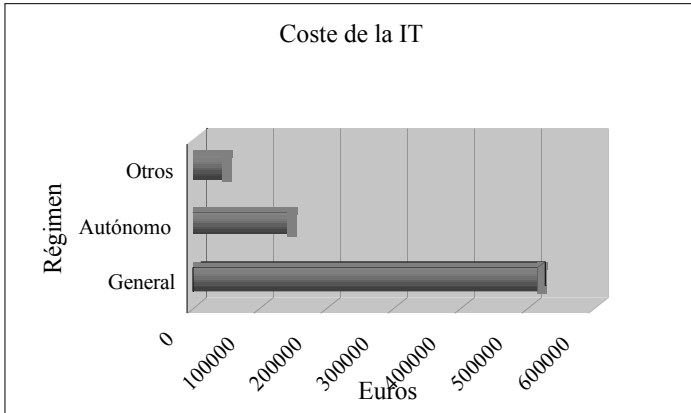
**Figura 1**

- El análisis estadístico muestra diferencias significativas en el tiempo de duración de la IT atendiendo al régimen de afiliación, siendo superior en el régimen de autónomos (115 días) que en el régimen general (81 días) ( $p < 0.05$ ). (Figura 2).



**Figura 2**

El coste económico de la IT para los casos analizados se ha calculado en base al total generado por la IT y se cifra en torno a los 700.000 euros (115.000.000 Ptas.) durante el año 1999. (Figura 3).



**Figura 3**

Se ha observado una desviación importante, en la duración media de los procesos de IT por TC, en relación con la prevista en la "Guía de la Gestión Clínica de la IT" (Xunta de Galicia, 1999), que fija en 30 días la duración estándar de la IT para el concepto "*latigazo cervical simple (847.0)*", claramente inferior a los 100 días que representa la duración de la IT media.

Según el Anuario estadístico de la Dirección General de Tráfico en la provincia a estudio se produjeron 2.749 heridos en accidentes de circulación en el año 1995 y 3.573 en el año 1999, un incremento ligeramente superior al 25%, mientras que el número total de TC con IT pasó de 123 en 1995 a 785 en 1999, lo que supuso un incremento superior al 600%. Asumiendo que la mayor parte de las IT por TC proceden de los accidentes de tráfico (si bien el origen de los TC no ha sido objeto de este trabajo es un dato que se deberá comprobar en otros estudios) debe existir un factor no médico que justifique este aumento exponencial, muy probablemente la Ley 30/1995, que posibilita la indemnización meramente sintomática fácilmente simulable, de la patología postraumática cervical.

A la vista de los resultados del análisis de la muestra y el aumento de la incidencia de esta patología en nuestro medio, derivada fundamentalmente de los accidentes de circulación, se considera necesaria una revisión de los estándares oficiales prefijados, así como la implantación de un protocolo específico para la gestión de la IT. Esto es necesario para ajustar los tiempos de curación a los protocolos clínicos actuales y evitar que las situaciones derivadas de la expectativa indemnizatoria prolonguen injustificadamente el período de IT. Este protocolo se coordinaría desde las USL de la Inspección Médica con las siguientes recomendaciones:

1. Una vez recibido el parte de baja médica en la USL codificado con el epígrafe genérico de "esguince cervical" 847.0 (CIE-9-CM), se solicitará un informe específico (Anexo I) al facultativo de Atención Primaria que permita la clasificación diagnóstica (Clasificación de Québec).
2. Cuando se reciba en la USL el informe específico, el Inspector Médico fijará la revisión del proceso y citación correspondiente si fuera necesario, en relación al grado y duración efectiva del proceso. Se actuará si fuera preciso sobre las posibles causas de desviación (listas de espera, tratamientos prolongados sin causa aparente u otras demoras no justificadas).
3. Se facilitará a los profesionales implicados un documento básico orientativo sobre el manejo clínico de los TC según las indicaciones de la QTF (Anexo II). Sería de interés el adiestramiento de los médicos de Atención Primaria en el manejo de esta patología (talleres, cursos monográficos, etc).
4. Se recomendará en el grado QTF I de los TC que no se interrumpa la actividad laboral, independientemente de la prestación de asistencia sanitaria. En el grado QTF II se recomienda la incorporación laboral tan pronto como sea posible. Se considera el tiempo máximo de estabilización en 180 días.

## BIBLIOGRAFÍA

1. C. Fournier. *Pathologie Séquellaire du rachis cervical*. J. B. Baillière, Paris 1991
2. C. Represas, J.M. Suárez, J.I. Muñoz, R. Rico, L. Concheiro, *Accidentes de tráfico en Galicia: el esguince cervical*. En: Temas de Medicina Legal. DN Vieira, A Rebelo y F Corte-Real coords. Coimbra 1998
3. C. Represas, L. Concheiro, D.N.Vieira, J.I. Muñoz, *Les traumatismes cervicaux dans les accidents de circulation*. Temas de Medicina Legal II.. Ed. Centro de Estudos de Pós-Graduação em Medicina Legal, Coimbra-Portugal ISBN 972-98591-1-6. 2002. Pág 536-540
4. C. Represas, L. Concheiro, JS. Guijarro, JI. Muñoz, *El esguince cervical y la Ley 30/95*. 6º Congreso Nacional del Daño Corporal. Bilbao. Julio 2000
5. F.H. Walz et al. *Biomechanical assessment of soft tissue cervical spine disorders and expert opinion in low speed collisions*. Accident; analysis and prevention. 32 (2); 2000
6. G.J. Murrey, *The Forensic evaluation of brain injury*. CRC Press, New York 2000
7. H. Margeat, *La réparation des traumatismes de la colonne cervicale*. J. de Médecine Légale et Droit Médical 1987; T 30 (3):181-191

8. JI. Muñoz, C. Represas, JM. Suárez-Peñaranda, B. Castro, M. Hermida, MS. Rodríguez Calvo, J. Suárez, L. Concheiro. *Simulation in Whiplash injury assessment*. Journal de Medicine Legale droit medical victimologie dommage corporel. 45(4-5):248 (2002)
9. J.M.S. Pearce, *Whiplash injury: a reappraisal*. J. of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry 1989; 52:1329-1331
10. Ley 30/1995 de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados
11. Netter, *Monografías, tomo 8.3. Sistema musculoesquelético. Traumatología, evaluación y tratamiento*. Masson-Salvat Medicina, Barcelona 1995
12. P. Ollier, *Apports médico-légaux de la radiologie standard dans les traumatismes cervicaux sans atteinte neurologique*, Revue Française du dommage corporel, 1999;25(1):21-37
13. R. Gunzburg, M. Szpalsky, *Whiplash Injuries. Current concepts in prevention, diagnosis, and Treatment of the cervical whiplash syndrome*. Lippincott-Raven, Philadelphia 1998
14. W. Rosenbluth, L. Hicks, *Evaluating low-speed rear-end impact severity and resultant occupant stress parameters*. J-Forensic-Sci, 1994, 39(6): 1393-424
15. W.D. Gravelles, J.H. Kelley, *Injuries following rear-end automobile collisions*. Charles C Thomas, Illinois 1.969
16. W.H. Castro, S.J. Meyer, M.E. Becke, C.G. Nentwig, B.I. Ercan, S. Thomann, U. Wessels, A.E. Du-Chesne, *No stress—no whiplash? Prevalence of “whiplash” symptoms following exposure to a placebo rear-end collision*, Int J Legal Med, 2001; 114(6): 316-22
17. W.O. Spitzer, M.L.Skovron, L. Hicks, *Scientific monograph of the Quebec Task Force on whiplash associated disorders: Redefining “whiplash” and its management*, Spine, 1995;20:15-735

**INFORME MÉDICO ESGUINCE CERVICAL**

CIE-9-CM: 847.0

**ANEXO I****DATOS PERSONALES**

NOMBRE .....

FECHA DE NACIMIENTO ..... /...../..... DNI.....

Nº AFILIACIÓN..... FECHA DE LA BAJA..... /...../.....

PROFESIÓN..... ACCIDENTE: TRABAJO  TRÁFICO 

ENTIDAD QUE PRESTA LA ASISTENCIA SANITARIA. ....

**EXPLORACIÓN**

• FECHA DE PRIMERA CONSULTA..... /...../.....

• MOVILIDAD: NORMAL  / DISMINUIDA • CONTRACTURA:  SÍ /  NO

• PUNTOS TRIGGER:

ECM:  POSITIVO /  NEGATIVOESCALENO:  POSITIVO /  NEGATIVOTRAPECIO:  POSITIVO /  NEGATIVO OTROS:.....

• EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA:

NORMAL: / ALTERADA:

• ESTUDIOS RADIOLÓGICOS:

RX SIMPLE(inicial): NORMAL  / ALTERADA RX FUNCIONAL(a partir 2ª semana) INESTABILIDAD:  SÍ /  NO

OTROS(especificar prueba y resultado). ....

**TRATAMIENTO**• INMOVILIZACIÓN CON COLLARÍN:  SÍ /  NO DURACIÓN: .....

• TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

• TRATAMIENTO REHABILITADOR:  SÍ /  NO DURACIÓN: .....**CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA**GRADO I  GRADO II  GRADO III  GRADO IV **DATOS FACULTATIVOS**

NOMBRE FACULTATIVO:.....

Nº COLEGIADO

FECHA:...../...../.....

FIRMA FACULTATIVO:

## TRAUMATISMOS CERVICALES LEVES

### ANEXO II

Ante un paciente diagnosticado de TC leve, esguince cervical, contractura cervical, latigazo cervical sin complicaciones neurológicas, el facultativo debe mantener una actitud tranquilizadora informándole del carácter leve y autolimitado del proceso, procurando la incorporación laboral en el menor plazo de tiempo posible.

Los traumatismos cervicales más habituales se corresponden con los grados I y II de la clasificación de Québec.

Grado I: Síntomas de cervicalgia, rigidez o contractura. No signos clínicos.

Grado II: Síntomas anteriores y signos músculo-esqueléticos ( disminución de la movilidad y puntos trigger ).

Grado III: Síntomas y signos anteriores y signos neurológicos radiculares.

Grado IV: Síntomas y fractura o luxación.

### \* Anamnesis

Averiguar la existencia de dolor cervical ( momento de inicio, características del dolor ), antecedentes de interés ( cervicalgia, cefalea, otros episodios de traumatismos ) y síntomas asociados.

### \* Exploración clínica

Debe ir dirigida hacia la verificación de: limitaciones en la movilidad, puntos trigger, contracturas, y se complementa con un examen neurológico de las raíces cervicales.

- Arco de movilidad: valoración del recorrido en todos los planos. Tener en cuenta las limitaciones de movilidad por factores constitucionales, preexistentes o anomalías posturales.
- Puntos Trigger.
- Palpación de contracturas.
- Exploración neurológica básica de niveles C5, C6, C7, C8 ( motor, sensitivo y ROT ).

### \* Estudios Complementarios

- Radiología Simple: prueba complementaria de mayor importancia en el momento inicial.  
Estudio de cambios degenerativos.  
Descartar lesiones óseas.  
Estudiar alteraciones de la curva fisiológica, teniendo en cuenta que la pérdida de la lordosis fisiológica no tiene valor por sí misma, ni es diagnóstica.

- Radiología Funcional: imprescindible para valorar la existencia de inestabilidad. Recomendable a partir de la 2ª semana.
- TAC, RMN y estudios neurofisiológicos: no tienen cabida en el estudio rutinario del paciente con radiología simple normal y sin déficit neurológico asociado.

#### \* **Tratamiento**

- Collarín cervical: tener en cuenta que su uso prolongado es causa habitual de retraso en la curación. Se recomienda su utilización:
  - Grado I: no utilizar.
  - Grado II: máximo 72 horas.
- Reposo
  - Grado I: vida normal, sin restricción laboral.
  - Grado II: 7 días a 3 semanas.
- Farmacológico
  - Grado I: sin medicación.
  - Grado II: AINES y analgésicos comunes. Ansiolíticos si persiste el dolor.
- Rehabilitación
  - Grado II: Inicio inmediato.



# VALORACIÓN DEL SÍNDROME POSTCONMOCIONAL Y DE LA EPILEPSIA POSTRAUMÁTICA EN PACIENTES CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO SEVERO.

Miguéns, X.<sup>1</sup>; Crespo, C<sup>1</sup>; Pardo, J.<sup>2</sup>; Muñoz, JI.<sup>3</sup>

*<sup>1</sup>Servicio de Rehabilitación. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. <sup>3</sup>Instituto de Medicina Legal. Universidade de Santiago de Compostela*

## INTRODUCCIÓN

El concepto de traumatismo craneoencefálico (TCE) ofrecido por la Brain Injury Association<sup>1</sup> amplía el clásico de Vigouroux de 1982<sup>2</sup> y define como TCE aquella agresión, no congénita ni degenerativa, causada por una fuerza externa que produce una disminución o alteración del nivel de conciencia, y ocasiona un daño en las habilidades cognitivas o la funcionalidad física del paciente. Puede también ocasionar trastornos del comportamiento o alteraciones emocionales. Todas estas alteraciones pueden ser temporales o permanentes y causan una discapacidad parcial o total o mala adaptación socio-laboral<sup>1</sup>.

La principal causa de daño cerebral postraumático es atribuida a los accidentes de tráfico, responsables del 45%-47% según autores<sup>3,4</sup> y del 70% de los TCE con resultado de coma<sup>5</sup>.

La importancia médico-legal de los traumatismos cráneo-encefálicos (TCE) radica no solo en su gran frecuencia (con una incidencia en torno a los 200-300 casos/100.000 habitantes-año de los que aproximadamente el 20% requieren hospitalización prolongada<sup>4,6</sup>) sino también en la gran morbilidad y discapacidad que originan. Constituye la primera causa de muerte en la población menor de 40-45 años<sup>4,7</sup> y en cuanto a la "tasa de nuevas incapacidades" que genera ronda los 45/100.000 habitantes-año<sup>3</sup>. Como consecuencia directa de estas cifras otros números subrayan su importancia, las cuantías indemnizatorias. En lo relativo a las indemnizaciones derivadas del daño cerebral postraumático ocasionado por accidentes de circulación (principal causa de TCE) existe un baremo legal de referencia para el peritaje de estos pacientes: la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (LOSSP) más comúnmente denominada Ley 30/1995<sup>8</sup>.

Además de las secuelas neuromotrices, las secuelas cognitivas, difícilmente evaluables de forma totalmente objetiva, son a menudo más incapacitantes para el normal desarrollo socio-laboral que el menoscabo puramente físico. En este estudio pre-

tendemos conocer el alcance de una secuela cognitiva concreta, de frecuente aparición y que es conocida bajo el nombre de síndrome postconmocional (SPC) o post-traumático.

El concepto clásico de éste recogía la presencia de forma crónica de la sintomatología siguiente: cefalea como síntoma más constante, mareos o sensaciones vertiginoides, alteraciones emocionales y otros tales como nerviosismo, dificultad de concentración, fatiga, intolerancia al alcohol<sup>9</sup>. La Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 hace una breve reseña a este síndrome (F07.2) señalando como pauta diagnóstica la presencia de al menos 3 de estos síntomas; únicamente difiere en las características de los mareos que no deben ser vertiginoides<sup>10</sup>. A la vista de esta sintomatología resulta relativamente sencillo que la mayoría de los pacientes que han sufrido un TCE moderado-severo, sean diagnosticados de dicho padecimiento. Sin embargo en el texto revisado del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV-TR<sup>11</sup> se señalan una serie de categorías que si bien no han sido incluidas en el DSM IV-TR como ejes, sí son propuestas para su revisión y aceptación en futuras actualizaciones del Grupo de Trabajo encargado de elaborar dicho Manual. En espera de un mayor consenso al respecto indican como guía una serie de criterios diagnósticos para el desarrollo de futuras investigaciones que posibiliten el perfeccionamiento de estos criterios con el fin de su inclusión como categoría en próximos Manuales<sup>11</sup>

Entre dichas propuestas se incluye el trastorno postconmocional (ver anexo I). La principal característica definitoria de dicho trastorno es la aparición, tras un traumatismo craneoencefálico de la suficiente gravedad (Criterio A), de deterioro cognoscitivo (Criterio B) acompañado de síntomas neurocomportamentales específicos (Criterio C) con afectación significativa de la actividad socio-laboral-escolar (Criterio E). Se sugiere como criterios de suficiente gravedad de un TCE la presencia de 2 de los siguientes:

- 1.- Pérdida de conciencia superior a 5 min.
- 2.- Amnesia postraumática (APT) mayor de 12 h tras el TCE.
- 3.- Aparición de convulsiones de novo o agravación de un trastorno comicial preexistente en los primeros seis meses tras el TCE.

Es conveniente señalar que el diagnóstico de epilepsia postraumática (EPT) requiere la presencia de dos o más crisis simples o complejas convulsivas a consecuencia del daño producido por el trauma y fuera del período inmediato al traumatismo o bien el agravamiento consecutivo al traumatismo de una epilepsia previamente diagnosticada<sup>12, 13</sup>. La aparición de crisis convulsivas puede acontecer de forma precoz (en la primera semana postraumatismo), denominándose entonces crisis tempranas, o bien después de los primeros 7 días pasando a llamarse crisis tardías<sup>12</sup>. La incidencia de epilepsia postraumática se estima en aproximadamente el 5% de

todos los TCE no debidos a lesiones por heridas de arma de fuego y parece ser mayor en lesiones focales<sup>7</sup>. Existen una serie de lesiones que incrementan el riesgo de padecer EPT como fracturas con hundimiento, hematoma agudo intracraneal y crisis tempranas<sup>14</sup>.

Ambas secuelas adquieren gran relevancia dada la carencia de trabajos que constaten uniformidad y unidad de criterios diagnósticos, por lo que suponen una válvula de escape legal tanto de la discapacidad como de la indemnización.

El objetivo del presente trabajo es doble: primero, comparar la frecuencia de aparición del trastorno postconmocional siguiendo criterios clásicos y los señalados por el DSM IV- TR para comprobar la repercusión que conlleva el empleo de uno u otro método en el peritaje médico-legal de acuerdo con la LOSSP. Conocer la frecuencia epilepsia postraumática en una muestra de TCE severos y su baremo según la Ley 30/1995.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Han sido estudiados de forma retrospectiva todos los TCE severos ingresados en una Unidad de Neurorehabilitación del SERGAS durante el año 1999. Seleccionamos este año para valoración a largo plazo de las secuelas, teniendo en cuenta que la estabilización del daño cerebral ocurre aproximadamente a los 6 meses, prolongándose la recuperación hasta los 8-12 meses momento en el que se puede establecer el pronóstico definitivo de una manera más precisa<sup>7</sup>. Por otro lado, el riesgo de desarrollo de EPT es mayor en los 2 primeros años tras la lesión<sup>12</sup>. Hemos registrado datos epidemiológicos así como las características de la lesión encefálica (focal, difusa o ambas). Ha sido tomada como criterio de gravedad del TCE la presencia al ingreso de una puntuación igual o inferior a 8 puntos en la Escala de Coma de Glasgow -GCS-<sup>15</sup> (ver tabla 1 en el Anexo II). En todos los casos se ha valorado la presencia de amnesia postraumática de acuerdo con el Test de Galveston de Orientación y Amnesia (GOAT) considerándose ésta presente cuando la puntuación obtenida era inferior a 75<sup>4</sup> (ver tabla 2 en el Anexo II). El diagnóstico de trastorno postconmocional se ha realizado de acuerdo con los criterios clásicos y las recomendaciones del DSM IV-TR (ver Anexo I). Para la valoración del déficit de atención y memoria fue aplicado el mini-mental Test de Folstein<sup>17</sup> (ver tabla 3 en el Anexo II). Se entendió por deterioro socio-laboral la imposibilidad de mantener su vida socio-académico-laboral de forma similar a la que mantenía previamente al accidente. La valoración de su situación actual se realizó en consultas externas a lo largo de este año de acuerdo con el baremo contenido en la Ley 30/1995.

Para un tratamiento adecuado todos los registros fueron incluidos en una base de datos para su posterior análisis y estudio.

## RESULTADOS

Durante el periodo estudiado ingresaron en este Servicio un total de 13 TCE- severos. La distribución por sexos mostró un claro predominio por el sexo masculino con una ratio hombre-mujer: 2, 25-1 (ver Figura 1). La edad media resultó ser de 33 años con una desviación típica de 10, y los valores máximo y mínimo respectivamente 18 y 78. No han sido incluidos dos pacientes, uno por traslado a otra comunidad y otro por fallecimiento.



Figura 1. Distribución según sexo

Desde el punto de vista neurológico, a su ingreso el 69, 2% presentaba un valor en la GCS catalogado como muy severo y todos los pacientes cumplieron criterios de APT durante un mínimo de 3 días.

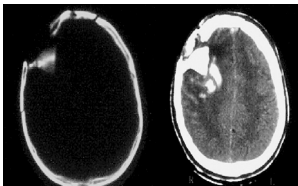


Imagen 1. TCE abierto hematoma intraparenquimatosos

Han sido registrados 2 TCE abiertos con lesiones focales subyacentes (ver imagen 1), dos pacientes con lesión axonal difusa –DAI- y un paciente con una lesión de tipo mixta (DAI+lesión focal). El resto de los pacientes presentaban lesiones intraparenquimatosas focales (ver figura 2).

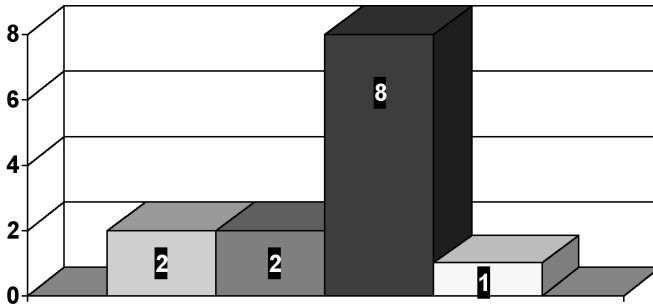


Figura 2. Tipos de lesiones y su frecuencia

Todos los pacientes recibieron a su ingreso profilaxis anti-comicial con fenitoína, posteriormente éste fue sustituido por carbamacepina o valproico en los casos en los que fue necesario. Tan solo fue diagnosticado de epilepsia postraumática 1 paciente y otro más presentó crisis comicial postraumática temprana sin que por el momento haya repetido. El resto de los pacientes se mantienen asintomáticos sin tratamiento anti-comicial profiláctico en el momento actual.

Cuatro pacientes cumplían criterios diagnósticos del DSM IV-TR para el diagnóstico de Síndrome Postconmocional. Por el contrario, de aplicar el baremo contenido en la Ley 30/1995 en el que la valoración se corresponde con el concepto clásico de SPC al que se asigna un valor entre los 5 y 15 puntos a juicio del perito, tan solo un paciente podría ser diagnosticado de este mismo síndrome de acuerdo con la clínica descrita clásicamente. Además este paciente no cumplía criterios del DSM-IV-TR.

En la valoración de EPT, el baremo de la Ley 30/1995 diferencia el número y el tipo de crisis, si éstas se producen con o sin tratamiento y si interfieren con el normal desarrollo de la vida diaria.

De acuerdo con este baremo sólo uno de los pacientes recibiría puntuación, y el paciente con EPT sería valorado con 24-25 puntos por su epilepsia a lo que habría que sumar, de acuerdo con la fórmula de Baltazar<sup>9</sup>, la puntuación derivada de su SPC si lo hubiere. Con respecto a las secuelas estudiadas, nuestros pacientes serían valorados según la Ley 30/1995 de la siguiente manera:

- 1.- Un paciente con SPC: 5-15 puntos.
- 2.- Un paciente con EPT: 24-25 puntos.
- 3.- Un paciente con crisis aislada con tratamiento 19-20 puntos.

Al excluir los 4 pacientes con SPC según el DSM IV-TR, ningún paciente padecería más de una secuela.

## DISCUSIÓN

Resulta llamativa la discordancia existente en el diagnóstico de síndrome postconmocional entre el baremo contenido en la Ley 30/1995 y los criterios clínicos del DSM IV-TR. De nuevo se aprecia una disociación clínico-pericial. Más aún teniendo en cuenta que, a priori, parecen más objetivos los criterios del DSM IV-TR. Esta diferencia estriba en el criterio C del DSM IV-TR en el que se equiparan los síntomas reseñados requiriéndose al menos 3 para el diagnóstico. De los cuatro pacientes ninguno padecía cefalea, síntoma guía en el concepto clásico de SPC. Por otro lado el paciente con clínica clásica no cumple criterios suficientes del DSM IV-TR. Esto se debe a que los criterios guía presentados en esta Manual requieren necesariamente para el diagnóstico la alteración documentada en la memoria-atención así como

el deterioro socio-laboral. De valorarse el SPC de acuerdo con el DSM IV-TR, 4 pacientes serían baremados y uno de estos presentaría además EPT.

En cuanto a la presencia de esta última, en la Ley parece escasa la diferencia entre un sujeto que padece una crisis aislada y aquel con una o dos crisis anuales, situación esta última que denota un peor control y una situación de integración socio-laboral deficitaria.

Se hace necesario establecer un baremo menos alejado de los criterios clínicos y que valore las secuelas en la línea de las Tablas AMA-1994 o el RD 1971/1999 de Minusvalías (casi un reflejo de aquél) en los que se valora la repercusión que una situación, en este caso postraumática, tiene sobre la capacidad funcional del individuo.

## CONCLUSIONES

1. Los criterios para valorar el SPC según la Ley 30/1995 están alejados de la práctica clínica.
2. Los criterios del DSM IV-TR para el SPC resultan excesivamente sensibles para la valoración global del menoscabo causado por éste. Por otro lado tienen en consideración la interferencia con las actividades de la vida diaria así como presenta unos criterios más objetivos a través del examen mediante test validados
3. Se hace necesario elaborar un baremo para la valoración del SPC que utilice criterios habituales en la práctica clínica y refleje las repercusiones funcionales de un hecho postraumático, similar al RD 1971/1999 de Minusvalías
4. La presencia de una crisis convulsiva aislada en relación con un TCE, es poco frecuente, y no debe ser considerada como secuela aquellas que ocurren de forma temprana o previamente a la estabilización del cuadro neurológico.
5. La presencia de EPT es todavía más infrecuente y requiere, al menos, dos crisis tras el periodo de estabilización.
6. El baremo establece puntuaciones excesivamente similares entre dos categorías consecutivas para la valoración de crisis aisladas-EPT, máxime si consideramos que una crisis aislada no debe ser tratada con anticomiciales de forma permanente, pues no es epilepsia postraumática.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Brain Injury Association, Inc. Website <http://www.biausa.org>.
- 2.- Vigouroux R P, Traumatismes cranio-encephaliques. Encyclopedie Médico Chirurgicale, Neurologie, 17585 A10, A15, A20. Éditions Techniques, 1982, Paris. Citado en Herrero Mateo L M, Exploración y evaluación del lesionado en

- Neurología en Hernández Cueto C. Valoración Médica del Daño Corporal Ed. Masson. 1996, Barcelona, pp:155-182.
- 3.- Aso Escario J, Conceptos fundamentales en Neurotraumatología, en: Traumatismos Craneales. Aspectos médico-legales y secuelas. Ed. Masson 1999, Barcelona, pp:3-15.
  - 4.- Murillo F, Gilli M, Muñoz M A, Epidemiología del traumatismo craneoencefálico. En: Net A, Marruecos –Sant L, Traumatismo craneoencefálico grave. Ed. Springer-Verlag Ibérica. Barcelona 1996 pp:1-9.
  - 5.- Nathan COPE D, Rehabilitación de la lesión encefálica traumática. En: Kottke FJ, Lehmann JF, Krusen Medicina Física y Rehabilitación. 4<sup>º</sup> Ed. Panamericana. Madrid. 1993; pp: 1259-1293.
  - 6.- Clifton G L, Advances in the Management of Severe Head Injury. En: Bach y Rita P, Traumatic Brain Injury. Ed Demos. New York 1989, pp:3-11.
  - 7.- Cadoux-Hudson T A D, Kerr R S C. Traumatismos craneoencefálicos en: Pynsent P B, Fairbank J C, Carr A J, Medición de resultados en traumatología. Ed. Masson S.A. 1997 Barcelona, pp: 29-44.
  - 8.- Ley 30/1995, de 8 de Noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados. BOE nº 268, de 9 de noviembre de 1995.
  - 9.- Herrero Mateo L M, Exploración y valoración básicas del lesionado en neurología. En: Hernández Cueto C, Valoración del daño corporal. Guía práctica para la exploración y evaluación de lesionados. Ed Masson Barclona 1996, pp:155-182.
  - 10.- Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Ed Meditor. Madrid. 1992; pp: 93-94.
  - 11.- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-Texto Revisado. Ed. Masson 3<sup>º</sup> Ed. Barcelona, pp. 846-848.
  - 12.- Aso Escario J, Epilepsia postrumática, en: Traumatismos Craneales. Aspectos médico-legales y secuelas. Ed. Masson 1999, Barcelona, pp: 153-159.
  - 13.- Bontke C F, Medical complications related to trumatic brain injury, en: Horn L J, Cope D N, Physical Medicine and Rehabilitation State of the Art Review, vol 3, Nº 1, Febrero 1989. Philadelphia, Hanley & Belfus, pp:13-26.
  - 14.- Willmore J, Post-traumatic seizures. En: Orrin Devinsky, Epilepsy I: Diagnosis and treatment, Neurologic clinics Nov. 1993 vol 11 (4): 823-834.
  - 15.- Teasdale G, Jennett B, Assement of coma and impaired consciousness. Acta Neurochir (Viena) 1976: 34-45.

- 16.- Murrey G J, Overview of Trumatic Brain Injury: Issues in the Forensic Assessment en: Murrey G J, The Forensic Evaluation of Traumatic Brain Injury. A handbook for clinicians and attorneys. Ed. CRC Press LLC, Florida, pp: 1-22.
- 17.- Folstein y cols. Mini-Mental State: a practical meted for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiat Res 1975; 12: 189-198.

**ANEXO I:****■ Criterios de investigación para el trastorno posconmocional**

- A. Una historia de traumatismo craneoencefálico que causó una conmoción cerebral importante.

**Nota:** Las manifestaciones clínicas de la conmoción cerebral incluyen pérdida de conciencia, amnesia postraumática y, menos frecuentemente, inicio de crisis comiciales postraumáticas. El método específico para definir este criterio debe ser establecido en futuros trabajos de investigación.

- B. Pruebas objetivas que evidencien deterioro de la capacidad para fijar la atención (concentración, cambio en la focalización de la atención, tareas cognoscitivas simultáneas) o de la memoria (aprendizaje o evocación de la información) a partir de los tests neuropsicológicos o técnicas de evaluación cognoscitiva cuantificada.
- C. Hay tres (o más) de los siguientes síntomas después del traumatismo que duran al menos 3 meses:
- (1) fatigabilidad fácil
  - (2) trastornos del sueño
  - (3) dolores de cabeza
  - (4) vértigo o inestabilidad
  - (5) comportamiento irritable o agresivo con o sin provocación
  - (6) ansiedad, depresión o labilidad emocional
  - (7) cambios de la personalidad (p. ej., comportamiento social o sexual inapropiados)
  - (8) apatía o falta de espontaneidad
- D. Los síntomas de los criterios B y C tienen su inicio después del traumatismo craneoencefálico o bien representan un empeoramiento significativo de síntomas preexistentes.
- E. Todas estas alteraciones provocan un deterioro significativo de la actividad social o laboral y representan una disminución significativa del nivel previo de actividad. En los niños de edad escolar este deterioro puede traducirse en un empeoramiento significativo del rendimiento escolar o académico a partir de la fecha del traumatismo.
- F. Estos síntomas no cumplen los criterios diagnósticos de la demencia debida a traumatismo craneoencefálico y no se explican mejor por la presencia de cualquier otro trastorno mental (p. ej., trastorno amnésico debido a traumatismo craneoencefálico, cambio de la personalidad debido a traumatismo craneoencefálico).

## ANEXO II

<b>Escala de Coma de Glasgow</b>		<b>Puntos</b>
<b>Abertura de los ojos</b>	• Espontánea	4
	• Tras estímulo verbal	3
	• Tras estímulo doloroso	2
	• Ausente	1
<b>Reacción verbal</b>	• Orientado	5
	• Conversación confusa	4
	• Palabras inapropiadas	3
	• Incomprensible	2
	• Ausente	1
<b>Respuesta motora</b>	• Obedece órdenes	6
	• Localiza dolor	5
	• Flexión al dolor	4
	• Flexión anormal	3
	• Extensión al dolor	2
	• Ausente	1
Número máximo de puntos		15
Número mínimo de puntos		3

**TEST DE GALVESTON DE ORIENTACIÓN Y AMNESIA****Puntos en caso de error**

1.- ¿Cuál es su nombre?	2
¿Cuál es la fecha de su nacimiento?	4
¿Dónde vive? (ciudad)	4
2.- ¿Dónde está usted ahora?	
Ciudad	5
Edificio	5
3.- ¿En qué fecha ingresó en este hospital?	5
¿Cómo llegó aquí?	5
4.- ¿Cuál es el primer hecho que puede recordar después de la lesión?	5
¿Puede describir con detalle el primer hecho después de la lesión?	5

- 
- 5.- ¿Puede describir el último hecho que recuerde antes del accidente? 5
- ¿Puede describir con detalle el primer hecho antes del accidente? 5
- 6.- ¿Qué hora es?  
(1 pto por cada media hora que se desvíe de la hora exacta- máximo 5)
- 7.- ¿Qué día de la semana es?  
(1 pto por cada día que se desvíe del correcto)
- 8.- ¿Qué día del mes es?  
(1 pto por cada día que se desvíe hasta un máximo de 5)
- 9.- ¿Qué mes es?  
(5 pts por cada mes hasta un máximo de 15)
- 10.- ¿Qué año es?  
(10 pts por cada año hasta un máximo de 30)

## Test para la demencia «Mini Mental State Examination» (MMSE)

Nombre:  
Edad:  
Fecha:  
Puntuación:

**Orientación** (1 punto por cada respuesta correcta, total 10)

**A. Orientación en el tiempo**

- ¿Qué día de la semana es?
- ¿Qué día del mes es?
- ¿En qué mes estamos?
- ¿En qué año estamos?
- ¿En qué estación del año estamos?

**B. Orientación en el espacio**

- ¿En qué país estamos?
- ¿En qué provincia estamos?
- ¿En qué ciudad estamos?
- ¿Cómo se llama este hospital?
- ¿En qué planta nos encontramos?

**Aprendizaje** (1 punto por acierto, total 3)

En no más de cinco intentos, hacer que el paciente aprenda tres palabras y las repita, por ejemplo: flor, puerta, cigarro. Pasar a la siguiente prueba y después de ésta pedir al paciente que repita las tres palabras. Anotar el número de intentos necesarios para grabárselas.

**Atención y cálculo** (1 punto por acierto, total 5)

Pedir al paciente que reste secuencialmente de 7 en 7, a partir de 100, cinco veces consecutivas (100, 93, 86, 79, 72, 65). En caso de equivocación darle otra oportunidad; si corrige bien considerar la respuesta como buena.

**Aprendizaje** (recuerdo diferido) (1 punto por acierto, total 3)

Repetir los tres nombres aprendidos antes.

**Lenguaje**

Mostrar dos objetos al paciente y pedirle que los nombre. Ejemplo: lápiz, reloj (1 punto por palabra correcta, total 2).

Hacerle repetir la frase: ni sí, ni no, ni peros (1 punto).

Hacerle ejecutar «Tome este papel con la mano derecha, dóblelo en dos y déjelo en el suelo» (1 punto por cada una de las acciones ejecutadas correctamente, total 3).

Hacerle leer y ejecutar la frase «Cierre los ojos» (ver muestra) (si obedece correctamente 1 punto).

Hacerle copiar el dibujo de dos pentágonos entrelazados (ver muestra) (si los ángulos e intersecciones son correctos, 1 punto).

Hacerle escribir una frase lógica con sujeto y predicado (si es correcta 1 punto) (no aplicable en caso de analfabetismo).

Total máximo: 30 puntos

### CIERRE LOS OJOS

