



artículos

Revisión médico-laboral de los criterios de concesión legal de la incapacidad permanente por los trastornos del sueño

FUENTE: INTERPSIQUIS. 2001; (2)

Manuel Carpio González

Jefe del Servicio de Salud Laboral
de Autobuses de Córdoba S.A. (AUCORSA)
E-mail: carpio@ctv.es

PALABRAS CLAVE: Apneas del sueño, Hipersomnias, Accidentes laborales, Jurisdicción en hipersomnias

[otros artículos] [15/2/2001]

Valorar y medir el menoscabo producido por los trastornos del sueño, ha sido y es una aspiración de la medicina del trabajo. Con ello se podría conocer aún más sobre el absentismo laboral, pero sobre todo, sería un instrumento preciosísimo para determinar el grado de invalidez de que es tributario un trabajador con alteraciones del sueño.

Material y métodos

Hemos estudiado los recursos elevados entre 1996 y 1999 a los tribunales superiores de la administración de justicia española central o autonómica en los que se reclama algún grado de incapacidad permanente por cualquier tipo de alteración de la arquitectura del sueño.

Resultados

Los recursos estudiados han sido 22 y su presentación ha sido mayoritaria en Andalucía

Tabla 1

TRIBUNAL	Nº DE RECURSOS	PORCENTAJE
T. Supremo	2	9,09
Andalucía	7	31,81
Asturias	1	4,54
Cantabria	2	9,09
Cast-Mancha	2	9,09
Cataluña	3	13,63
Galicia	1	4,54
P.Vasco	3	13,63
Valencia	1	4,54
	22	

Aunque se reclamaba en todos algún tipo de incapacidad producida por una alteración de la arquitectura normal del sueño, las patologías primarias alegadas eran de 3 tipos únicamente (Tabla 2).

- Apnea obstructiva del sueño (SAOS).
- Trastorno reactivo, descrito como trastorno adaptativo.
- Hidragirismo.

Tabla 2

SAOS	TRAST. ADAPTATIVO	Hg.
63,63	31,81	4,54

El actor de las reclamaciones fue bien el enfermo (solicitando que se le reconociese una incapacidad denegada en instancia), o el INSS o Mútua (solicitando que la denegación o revisión de la incapacidad concedida en instancia). (Tabla 3).

Tabla 3

RECLAMACIÓN	
INSS	ENFERMO
22,72%	77,27%

La calificación de las incapacidades concedidas a los reclamantes por estos tribunales superiores fueron las que se reflejan en la tabla 4.

Tabla 4

TIPO DE INCAPACIDAD	%
I.L.P. Total	36,36
I.L.P. Absoluta	4,54
Ninguna	18,18

Ninguna de las reclamaciones de enfermos con SAOS, menciona los hallazgos polisomnográficos: nº de eventos, tipo de apnea, etc..., ni tan siquiera si se realizaron. Las apneas se describen acompañadas de otras patologías tales como EPOC, disnea de distinta intensidad, HTA, obesidad y patología osteoarticular raquídea y sobre todo cardiopatía isquémica. En un solo caso se describe su asociación con trastornos de la memoria e incipiente depresión endógena y en otro, el único en que el SAOS se reclama como sólo causa de incapacidad. Si se menciona que produce una repercusión sobre la arquitectura del sueño e hipersomnolencia diurna marcada que se agravaba cuando el trabajo era a turnos.

En 5 de las reclamaciones se menciona la existencia de tratamiento con CPAP pero sólo en 4 de éstas se describen los resultados espirométricos tras el tratamiento.

Tampoco ninguna de las reclamaciones de origen no respiratorio contempla un diagnóstico psiquiátrico preciso. En 3 de ellos, se menciona la existencia de sintomatología osteoarticular, semejante a la clínica fibromiálgica. En una reclamación se describe con cierta riqueza de detalle un cuadro secuelar que correspondería a un síndrome de Estrés postraumático (TEPT), aunque no se menciona el hecho causal que lo provocó.

Excepción de todo ello, debe hacerse con una de las sentencias en la que se menciona como origen del trastorno del sueño, la existencia de "Burn-out", describiéndolo a continuación como "trastorno adaptativo crónico experimentado en el contexto laboral".

Los argumentos médico-laborales que argumentan estas sentencias hablan de:

...imposibilidad de realizar con dedicación y dentro de los mínimos de rendimiento socialmente exigibles sus tareas...

...acusado ánimo vital para ejercitar adecuadamente las profesiones.

Discusión

La LGSS a la Incapacidad permanente total como aquel grado de incapacidad que impide al trabajador la realización de todas o de las fundamentales tareas de su profesión habitual, siempre que pueda dedicarse a otra

distinta. Y a la incapacidad permanente absoluta como aquel grado de incapacidad que inhabilita al trabajador para la realización de cualquier profesión u oficio con una mínima eficacia y efectividad, sin que pueda dedicarse a otra distinta.

Las tablas AMA, oficiales en España para valorar las deficiencias permanentes, establecen como criterios de evaluación del menoscabo psíquico los siguientes:

1-Comprensión y memoria:

Habilidad de recordar procedimientos relacionados con el trabajo.

2- Concentración sostenida y persistencia:

Habilidad para llevar a cabo instrucciones cortas y simples y llevar una rutina ordinaria sin supervisión especial.

3- Interacción social:

Habilidad para interactuar con el público en general.

4- Adaptación:

Habilidad para responder a cambios en el lugar de trabajo.

Ninguna de éstas capacidades son mencionadas para valorar y/o baremar la incapacidad en los recursos estudiados y es por ello que no se describe nunca el porcentaje de menoscabo que indique u oriente sobre el tipo de incapacidad existente tras la comparación con el tipo de trabajo que el actor desempeña.

El autor desconoce el número de sentencias en primera instancia que luego llegan a los tribunales superiores, por lo que aún siendo pocos los casos estudiados no es posible determinar el valor relativo de la muestra, ni tampoco la frecuencia relativa de las reclamaciones en cada tribunal, aunque es de destacar la abrumadora mayoría de las reclamaciones existentes en Andalucía (31,81%) y algo menos en Cataluña (13,63%).

Es el trabajador el que reclama (77,27%) al no ver reconocida la gravedad de sus dolencias y no ser reconocida por la administración la incapacidad o bien, haber sido ignorado por la administración de justicia en primera instancia. Todo ello da idea de alto grado de denegaciones de incapacidad que se producen en esa primera instancia.

Es el SAOS la patología más frecuente (63,63%) entre las que discapacitan laboralmente por la alteración que producen en el sueño del trabajador, pero en las sentencias no se hace referencia a como han medido el SAOS y si es ésta la única patología discapacitante, o si por el contrario la discapacidad la producen la suma de las que presenta el paciente y el SAOS ejerce únicamente de factor coadyuvante.

Las reclamaciones no-SAOS (31,81%) tienen todas como común denominador un trastorno de ansiedad aunque éste no es calificado por ninguna de las clasificaciones existentes CIE-10 ó DSM-IV; Aunque sí es cierto que es la ansiedad la que mediante una merma en el rendimiento laboral, ejerce de factor etiológico de la incapacidad.

Igual mención merece el tipo de incapacidad a que da lugar la patología del sueño. Es la incapacidad permanente absoluta la más frecuente (36,36%), por lo que es de esperar que el enfermo ya no vuelva a realizar ninguna actividad remunerada.

Conclusiones

Las sentencias de los recursos de incapacidad permanente por trastornos del sueño en los tribunales superiores, son mayoritariamente por el SAOS, pero éstas no recogen para su valoración los criterios médicos diagnósticos ni ningún otro tipo de criterio baremador; Aunque es la incapacidad permanente absoluta el grado de incapacidad más concedido.

Bibliografía

Fondo de investigación y Base de datos de AUCORSA (Autobuses de Córdoba)

