

Las discapacidades físicas causadas por el asma bronquial: breve apunte de algunas consecuencias que en el ámbito de la seguridad social y de los servicios sociales se pueden derivar de la misma

A. Rico^a, D. Bernal^b, F. Mosquera^c

^aMiembro del Comité para el Estudio del Asma Bronquial de la Sociedad Española de Alergia e Inmunología Clínica. Unidad de Alergia. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña. ^bLicenciado en Derecho. Especialista en Derecho Laboral. ^cJefe de la Unidad de Valoración Médica de Incapacidades del INSS en A Coruña.

Con frecuencia el paciente asmático requiere, además de nuestra ayuda diagnóstica y terapéutica, acto puramente clínico que permite constatar la alteración de la función respiratoria, asesoramiento sobre la posibilidad de solicitar una incapacidad o una invalidez (acto puramente administrativo), ya se trate de un asma profesional o no, en el ámbito de la Seguridad Social, y/o una minusvalía, con el grado que le corresponda, en el área de los Servicios Sociales.

En este artículo se formula una definición de los términos empleados en la legislación española (incapacidad laboral o invalidez), se exponen las variables médicas y no médicas necesarias para llegar a las calificaciones de incapacidad temporal, los plazos para alcanzar la incapacidad permanente y sus diferentes grados de calificación (parcial, total, absoluta y gran invalidez en el ámbito de la seguridad social, tanto si se trata de un asma profesional o un asma como enfermedad común), así como los criterios para la asignación de los porcentajes de discapacidad a título orientativo y de acuerdo con los criterios americanos de deterioro respiratorio.

Por otra parte, se exponen las normas para el diagnóstico de asma profesional a efectos de la Seguridad Social, según consta en la legislación española, y se exponen los beneficios a los que puedan tener derecho, según la definición del menoscabo respiratorio en el ámbito de los servicios sociales, y se realiza una somera comparación con los sistemas de valoración que rigen en otros países europeos.

CONCEPTOS Y DEFINICIONES

El término de incapacidad laboral o invalidez es un concepto administrativo que refleja el efecto que la afección respiratoria ejerce sobre la vida del paciente y que puede estar condicionada por variables médicas y no médicas como son edad, sexo, educación, medio ambiente, factores económicos y sociales y el efecto del tipo de esfuerzo que requiere la actividad laboral, que puede resultar en una calificación administrativa diferente en dos personas con el mismo deterioro clínico.

En el ámbito de la Seguridad Social. El asma puede considerarse como enfermedad común o como enfermedad profesional, según sea producida o no por la actividad laboral.

Puede llevar al trabajador a una situación en la que esté imposibilitado temporalmente para trabajar (incapacidad temporal). Esta situación por enfermedad se prolonga hasta 12 meses, prorrogables por otros 6. En caso de enfermedad profesional serían 6 meses prorrogables por otros 6. Agotado el período máximo de duración, el Instituto Nacional de la Seguridad Social examinará necesariamente, en el plazo máximo de 3 meses, el estado del incapacitado, a efectos de su calificación, en el grado que corresponda como inválido permanente. En casos excepcionales podrá demorarse la calificación, que no podrá en ningún caso rebasar los 30 meses siguientes a la fecha de iniciación de la incapacidad temporal.

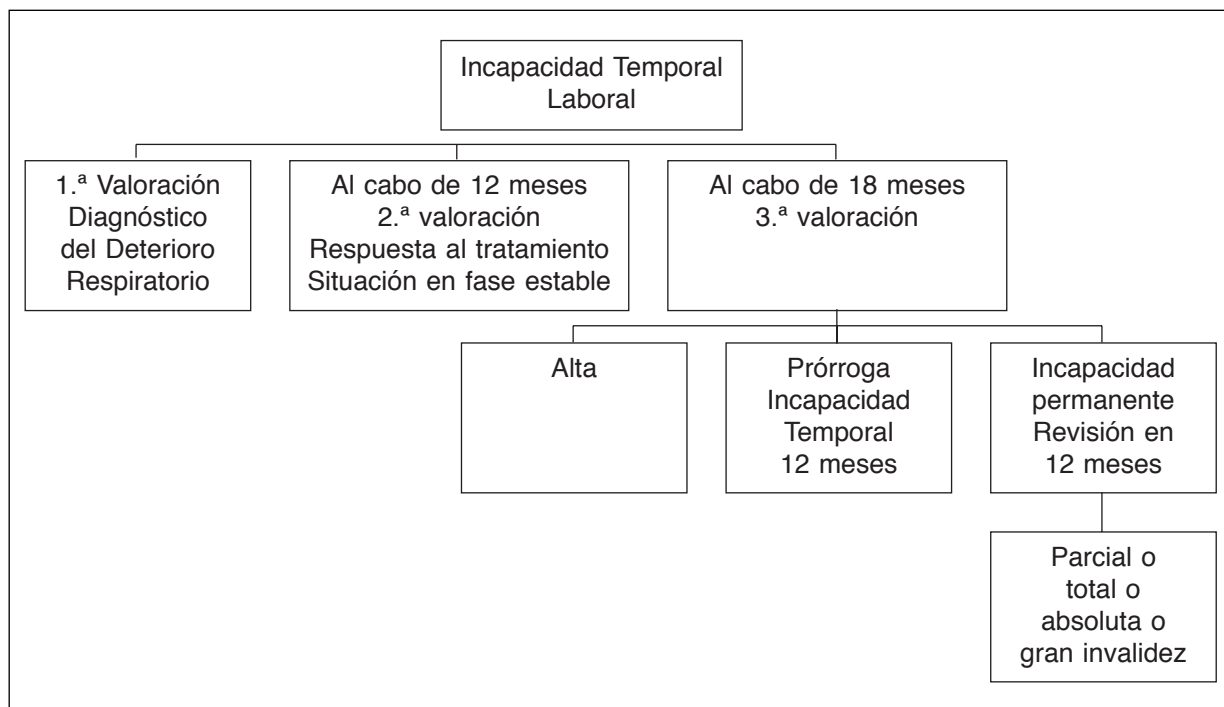


Fig. 1. Plazos de valoración de la incapacidad.

Invalidez permanente es la situación del trabajador que presenta reducciones funcionales graves susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas que disminuyan o anulen su capacidad laboral.

Si se hace una correspondencia clínica, estos casos corresponden en la clasificación del asma según gravedad con el asma moderada o grave persistente, y en su valoración se tendrá muy en cuenta el tipo de profesión.

Grados de invalidez permanente.

1. Incapacidad permanente parcial para la profesión habitual (profesión habitual en nuestra legislación hace referencia a la ejercida los últimos 12 meses anteriores al inicio de la incapacidad laboral transitoria de la que se derive la invalidez). Ocasiona al trabajador una disminución no inferior al 35% en su rendimiento normal para su profesión, sin impedirle la realización de las tareas fundamentales de la misma

2. Incapacidad permanente total para la profesión habitual. Inhabilita al trabajador para realizar todas o las más fundamentales tareas de su profesión, siempre que pueda dedicarse a otra distinta.

Corresponde a unos valores de la capacidad vital forzada (FVC), del volumen espiratorio forzado en un segundo (FEV₁), y del volumen espiratorio forzado en un segundo expresado como porcentaje de la capacidad vital forzada (FEV₁/FVC%) inferiores al 50% del valor predicho como normal, tomando como referencia los valores normales de pruebas de ventilación para varones y mujeres de una edad y estatura dadas (publicadas en el Boletín Oficial del Estado del 16 de marzo de 1984, número 65,7418-22) mientras el paciente está estable y administrándose el tratamiento óptimo.

3. Incapacidad permanente absoluta para todo trabajo. Inhabilita al trabajador para toda profesión u oficio (cuando el paciente presenta disnea de reposo o con leves esfuerzos). Se trataría de un asma grave persistente.

4. Gran Invalidez. Se refiere al trabajador afecto de incapacidad permanente y que, por pérdidas funcionales, necesite la asistencia de otra persona para los actos más esenciales para la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos, (Fig. 1).

Tabla I. Clases de menoscabo respiratorio

	Clase 1	Clase 2	Clase 3	Clase 4
Menoscabo	No valorable	10-20%	25-35%	50-70%
FVC, FEV ₁ , FEV ₁ /FVC%	≥85%	70-85%	55-70%	<55%
Disnea	Coherente con la actividad	Al subir cuestras y escaleras	Con actividades diarias	Andar en llano. En reposo
Radiología de tórax	Normal	Normal	Normal o alterada	Alterada
Saturación de O ₂	No pertinente	No pertinente	≥88% en reposo, tras ejercicio	<88%

Normas de aplicación. Orden 13/10/67, por la que se establece normas para la aplicación y desarrollo de la Incapacidad Laboral Transitoria en el Régimen General de la Seguridad Social. Orden 21/4/72, Decreto 1646/72 de 23/6, Orden de 22/1/73, Orden de 21/3/74, Real Decreto 53/80 de 11/1, Orden 30/11/87, R.D. L 1/94 de 20/6, Ley 42/94 de 30/12, R.D. 1300/95 de 21/7, Orden de 18/1/96, entre otras.

Orden 15/4/69, Dto. 1646/72 de 23/6, Dto. 394/74 de 31/1, Resolución 14/2/74 de la D.G. de la SS, R.D. 2609/82 de 24/9, R.D. 1071/84 de 23/5, R.D. 1799/85 de 2/10, R.D. L 1/94 de 20/6, Ley 42/94 de 30/12, R.D.1300/95 de 21/7, O. de 18/1/96, entre otras.

Orden de 5/4/1974, Orden de 11/88, Orden de 9/3/90, Orden de 18/1/96, entre otras.

En el área de servicios sociales. Se protege a determinadas personas que carecen de recursos económicos suficientes para su subsistencia, aun cuando no tengan cotizaciones a la seguridad social, o éstas sean insuficientes para tener derecho a prestaciones de nivel contributivo.

La pensión por invalidez se devenga a partir de una minusvalía igual o superior al 65% y determina ventajas en el ámbito de los servicios sociales y fiscales. Estas dos últimas, incluso, pueden disfrutarse a partir del 33% de minusvalía declarada.

Normas de aplicación. Ley 26/90 de 20/12, R.D. 357/91 de 15/3, R.D.L. 1/94 de 20/6, Ley 42/94 de 30/12, entre otras.

Tabla II. Volumen espiratorio logrado en el primer segundo (FEV₁) tras broncodilatación

Puntuación	FEV ₁ ^a
0	> límite inferior de lo normal
1	< 70
2	60-69
3	50-59
4	<50

^aExpresado como tanto por ciento respecto a los valores de referencia para individuos de similar edad y sexo.

Asma profesional. Como se apuntó previamente, el asma puede ser calificada como enfermedad común o enfermedad profesional. En términos relativos a la Seguridad Social será asma profesional la que dependa de una sensibilización anormal de las vías respiratorias provocada por sustancias o grupos de sustancias en relación con el trabajo que no provoquen reacción patológica alguna en los sujetos normales; asimismo, es necesario que se trate de crisis paroxísticas de disnea entrecortadas por intervalos de calma absoluta con respiración normal y prueba de metacolina positiva.

Normas para el diagnóstico de asma profesional a efectos de la Seguridad Social. 1) Que el trabajador no haya sufrido crisis asmáticas paroxísticas previas a la realización del trabajo supuestamente responsable. 2) que la primera crisis surja durante el trabajo y 3) que la ausencia del trabajo en un tiempo no inferior a 30 días haga cesar las crisis asmáticas o reducir su frecuencia. Tiene que depender de una sensibilización adquirida a una sustancia o grupo de sustancias halladas en el ambiente de trabajo ya de naturaleza química, animal o vegetal.

Normas para la calificación de la capacidad. Cuando un trabajador esté afectado por un asma profesional, se ordenará su traslado a puestos de trabajo libres de la sustancia o sustancias sensibilizantes o se le declarará en situación de incapacidad temporal.

Si no dieran resultado las acciones terapéuticas y aún fuera de la exposición al riesgo continuara presentando crisis de asma, pasará a la situación de invalidez permanente en los plazos y en el grado correspondiente según se expuso al principio de este trabajo.

Tabla III. Reversibilidad del volumen espiratorio logrado en el primer segundo (FEV₁) o grado de hiperreactividad bronquial inespecífica

Puntuación	Cambio del FEV ₁ ^a (tanto por ciento)	PC20 mg/ml o equivalente
0	<10%	>8
1	10-19%	8->0,5
2	20-29%	0,5->0,125
3	Δ30%	≤0,125
4	-	-

Estos grados y estos plazos son también aplicables para el asma como enfermedad común.

Pero es necesario definir el menoscabo respiratorio, para que se produzcan estos derechos.

Según la Guía de Valoración del Menoscabo Permanente, editada por el Instituto Nacional de Medicina y Seguridad en el Trabajo, menoscabo respiratorio es la situación anatomofuncional de dicho aparato que dificulta, limita o impide el desempeño de las actividades que son propias del individuo o que pueden serlo en un futuro como consecuencia de procesos agudos, crónicos o residuales.

El diagnóstico del menoscabo respiratorio implicará:

1) *Diagnóstico del deterioro funcional en el momento de la valoración.* Vendrá condicionado por los síntomas incapacitantes referidos por el

Tabla IV. Medicación mínima diaria (el médico responsable debe demostrar la necesidad de medicación mínima)

Puntuación	Medicación
0	Sin medicación
1	BD no diario, y/o CGDS no diario
2	BD y/o CGDS diario y/o dosis de corticoide inhalado baja (<800 µg de beclometasona o equivalente)
3	BD a demanda y corticoide inhalado a altas dosis (>800 µg) o curso ocasional de corticoides sistémicos (1 -3/año)
4	BD a demanda y dosis elevadas de corticoides inhalados(>1000 µg) y sistémico diario

BD= broncodilatador; CGDS= cromoglicato disódico.

Tabla V. Resumen de las clases de puntuación del deterioro

Clase de deterioro	Puntuación total
0	0
I	1-3
II	4-6
III	7-9
IV	10-11
V	Asma no controlada a pesar del tratamiento máximo FEV1<50% (≥20 mg de prednisona/d)

La puntuación total del deterioro se calcula como la suma de las puntuaciones obtenidas por los pacientes a partir de las tablas II, III y IV.

paciente y objetivados a través de exploraciones complementarias y aplicación del baremo que se detallará.

2) *Diagnóstico evolutivo del deterioro funcional.* Implicará un conocimiento de la etiología, respuesta a los tratamientos y evolución hasta la fecha de la valoración, que permita establecer un pronóstico.

3) *Diagnóstico de la repercusión ocupacional.* Condicionado por el grado funcional, limitaciones dependientes del microclima laboral (temperatura, humedad, irritantes y alérgenos, entre otros), limitaciones derivadas de las propias acciones asistenciales (incompatibilidades temporoespaciales entre ocupaciones de las personas y acciones terapéuticas, contraindicaciones ocupacionales de medicamentos) y limitaciones ligadas a la propia personalidad (respuesta emocional del paciente a su enfermedad).

Es importante tener en cuenta que el menoscabo del aparato respiratorio no es siempre estático. Puede haber un proceso de cambio, de manera que es necesario volver a evaluar el menoscabo del paciente a intervalos apropiados al caso.

Tabla VI. Sistemas de compensación de diferentes países europeos⁹

País	Sistema de compensación
España	MIXTO
Francia	Sistema de listas
Alemania	MIXTO
Bélgica	Sistema de listas
Italia	Sistema de listas
Irlanda	Sistema de listas
U.K.	Sistema de listas
Holanda	No se contempla oficialmente

Como norma general sólo se consideran objeto de valoración aquellas enfermedades respiratorias crónicas consideradas no recuperables en cuanto a la función, después de realizado el tratamiento adecuado.

Los criterios para la asignación del porcentaje de discapacidad que corresponden a cada caso, a título orientativo y de acuerdo con los criterios americanos de deterioro respiratorio se exponen en la Tabla I.

DISCUSIÓN

Actualmente el asma es una de las enfermedades crónicas más frecuentes. Según las estadísticas de la última década, en países como Reino Unido, EE.UU., y Canadá es también la enfermedad ocupacional más frecuente, por encima de las neumoconiosis, aspecto éste de gran importancia puesto que, además, al contrario que esta última, la población afectada es generalmente más joven, y se sabe, por otra parte, que el asma ocupacional puede causar secuelas funcionales permanentes^{7, 8}.

Países como Canadá han adaptado ya su legislación, con normas adecuadas para una mejor y más rápida valoración del asma bronquial ocupacional y que hacen referencia a programas de readaptación laboral que aumenten la calidad de vida y disminuyan los costes sociales.

Las tablas de valoración del deterioro del aparato respiratorio de la Legislación Española están basadas en las normas dictadas por la American Thoracic Society (ATS) en los años 1982 y 1986. En 1993, la ATS propuso, de acuerdo con un comité de expertos, una nueva escala de valoración del deterioro basado en parámetros clínicos, más acordes con el concepto y tratamiento actual del asma bronquial, que incluye, como parámetros a valorar, no sólo el deterioro relacionado con la disminución de la función pulmonar, sino también otros, como el grado de hiperreactividad bronquial y el tipo y cantidad de medicación requerida para controlar los síntomas, con lo que se consigue un mejor reflejo de la gravedad del asma; propone la necesidad de realizar nuevas evaluaciones en caso de cambios evolutivos de la situación clínica y funcional y no hace mención a los métodos de identificación de la etiología del asma.

Aunque en la práctica todos estos parámetros se tienen en cuenta, no están específicamente plasmados en la legislación española con un baremo con-

creto de valoración objetiva, tal como se especifica en la última normativa de la ATS⁶ (tablas II a V).

A partir de 1980, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) incluye las enfermedades alérgicas profesionales dentro de la lista de enfermedades ocupacionales y recomienda a sus estados miembros el uso de un sistema mixto de valoración, o sea, la valoración a partir de una lista ya elaborada de enfermedades profesionales como ocurre en España¹, conjuntamente con la posibilidad del diagnóstico de enfermedad ocupacional aunque no esté incluida en la lista prefijada, una vez demostrado su origen profesional. La normativa en otros países de Europa es variable (tabla VI)⁹.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Enfermedades profesionales: normativas para su aplicación, normas médicas. Instituto Nacional de la Salud. Subdirección General de Medicina Laboral. Madrid Ministerio de Sanidad y Consumo. Publicación 1389.
2. Guía de Valoración del Menoscabo Permanente. Aparato respiratorio. Madrid. Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo, 1991.
3. Armentia A, Hinojosa M, Prieto JL, Vives R, Olaguibel JM, de Barrio M, et al. Aspectos legales del asma ocupacional. *Rev Esp Alergol Inmunol Clin* 1994; 9: 77-82.
4. Evaluation of impairment/disability secondary to respiratory disease. A Statement of the American Thoracic Society. *Am Rev Respir Dis* 1982; 126: 945-51.
5. Evaluation of impairment/disability secondary to respiratory disease. A Statement of the American Thoracic Society. *Am Rev Respir Dis* 1986; 133: 1205-9.
6. Evaluation of impairment/disability secondary to respiratory disease. A Statement of the American Thoracic Society. *Am Rev Respir Dis* 1993; 147: 1056-61.
7. Malo JL, Dewite JD, Cartier A, et al.: Le système québécois d'indemnisation pour asthme professionnel. *Rev Mal Respir* 1993; 10: 313-23.
8. Dewite JD, Chan-Yeung M, Malo JL. Medicolegal and compensation aspects of occupational asthma. *Eur Respir J* 1994; 7: 969-80.
9. Gervais P, Rosenberg N. Aspects médico-légaux internationaux de l'asthme professionnel. *Rev Mal Respir* 1988; 5: 491-5.

M^a de los Ángeles Rico Díaz
Costa Rica 5, portal B, 1^o
15004 A Coruña
E-mail: mricod@meditex.es