

El médico como gestor de prestaciones de la Seguridad Social

Sr. Director: Hemos leído con interés el trabajo «¿Qué factores influyen en la concesión de una incapacidad permanente?» publicado en su revista¹, y nos preocupa la aparente presencia en el texto de un error de concepto que creemos importante matizar. Se trata de un estudio descriptivo en el que se analiza la influencia de distintos factores sobre la concesión [*sic*] de la incapacidad permanente (IP). La IP es una prestación económica de nuestro sistema de Seguridad Social (SS) destinada, en su modalidad contributiva (creemos que a esta modalidad se refieren los autores, aunque no se especifica), a proteger la situación del trabajador que, «después de haber estado sometido al tratamiento prescrito y de haber sido dado de alta médicamente, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral»: así la define la Ley General de la SS². Por tanto, la IP es un derecho del trabajador, establecido por Ley. No es algo que pueda concederse: lo que los agentes implicados en la gestión de la IP hacen es, simplemente, constatar el hecho objetivo de que un trabajador cumple los requisitos que la Ley exige para ser acreedor de esa prestación. Por tanto, los factores que determinan el acceso a la prestación serán, necesariamente, los que determina la Ley. En caso contrario, el paciente podría recabar para sí la tutela judicial, pues los poderes públicos no pueden actuar con arbitrariedad³. Actualmente, el reconocimiento del derecho corresponde al Director Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social, asesorado por los Equipos de Valoración de Incapacidades, cuyas unidades médicas trabajan buscando siempre la equidad, con criterios derivados de la evidencia científica disponible. Analizando el trabajo desde esta premisa, se encuentran en él algunos aspectos que

interesa destacar. En primer lugar, al estar el acceso a la prestación regulado por normativa de Derecho interno estatal, no cabe extrapolar al mismo conclusiones obtenidas en otros países, a no ser que su regulación legal sea idéntica. Por otra parte, la única asociación encontrada en este trabajo con una variable diferente de las puramente biológicas y clínicas es, en efecto, una asociación espúrea: los pacientes en situación de incapacidad temporal (IT) están sujetos a revisiones médicas periódicas por parte de los diversos agentes que intervienen en el control de esta prestación; cuando alguno de ellos detecta que la situación clínica del paciente puede ser calificada como IP, pone en marcha el proceso para que tal situación sea valorada, lo antes posible, por el órgano encargado de la evaluación, calificada y revisión de la IP. Estos pacientes tienen, pues, características muy diferentes a las de los que han completado el plazo máximo de IT, los cuales, sujetos también a controles médicos periódicos, no han sido considerados, en ningún momento de tal período, incapacitados de forma permanente. La valoración antes o después de completado el plazo de IT no es, por tanto, una variable independiente, sino dependiente de la situación clínica. Finalmente, los autores no tienen en cuenta los dos únicos factores independientes de la situación clínica del paciente que nuestra legislación recoge: la profesión habitual, de importancia absolutamente decisiva en algunos grados de la IP (aunque parece no haberse discriminado entre los distintos grados de IP, considerando como equiparables situaciones realmente muy diferentes entre sí) y la exigencia de un período previo de cotización para la contingencia de enfermedad común. Por tanto, la elección de las variables estudiadas (omitiendo las que la Ley establece como imperativas y proponiendo otras que, en principio, deberían ser irrelevantes) podría producir al lector la impresión de que se atribuye al evaluador la capacidad de decidir discrecionalmente en virtud de criterios no explícitos (cuya misma indefinición supondría la justificación del estudio). Impresión que se vería reforzada por el uso reiterado de la palabra *conceder* al referirse al reconocimiento del derecho. *Concesión* es un término que debemos desterrar de nuestro vocabulario al aludir a las prestaciones de la SS: si noso-

tros seguimos hablando como si el acceso a una prestación de la SS dependiera de la voluntad del médico (o, en su caso, del órgano colegiado) encargado de su reconocimiento, jamás aceptarán nuestros pacientes otra idea diferente.

**José Luis de la Fuente Madero,
Teresa Fuentes López,
Pilar González Gomila
y Santiago Cabuchola Moreno**
Unidad Médica del Equipo de Valoración de Incapacidades. INSS. Málaga. España.

1. Molina-Bermejo MS, Ciria-de Pablo C, Tirado-Erazquin AM, Benito-Ortiz L. ¿Qué factores influyen en la concesión de una incapacidad permanente? Aten Primaria. 2006;37:239-40.
2. 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.
3. Constitución Española de 1978. Art. 9.3.

Réplica

Sr. Director: Estimados compañeros: sobre el término «concesión» se puede discutir largo tiempo. ¿Los jueces condenan o son los inculpados los que lo hacen? ¿Los médicos curan o los pacientes sanan? Es decir, ¿la variabilidad humana influye en la aplicación de las leyes y protocolos considerados como idóneos o correctos? Es aceptable (incluso deseable) el matiz que De la Fuente et al imprimen a este proceso (por cierto, el término «denegación», ¿también debería ser proscrito?).

En nuestro estudio (descriptivo) hemos tratado de ser muy cuidadosos a la hora de extrapolar nada (en todo caso comparar), incluidas las conclusiones obtenidas en otros países (únicamente se señala la escasa cantidad de este tipo de estudios en nuestro medio, manifestando las diferencias sociodemográficas de los pocos estudios encontrados con el nuestro). Estamos también de acuerdo sobre la pertinencia de estudiar las dos variables que

Palabras clave: Incapacidad temporal. Incapacidad permanente. Baja laboral. Gestión.

Palabras clave: Concesión de incapacidad permanente. Prestación económica. Profesión habitual.

los autores proponen (de hecho, sí se inició el registro de los datos sobre «profesión habitual», pero dada la gran variabilidad y la dificultad en su clasificación, se desestimó su análisis tras realizar un primer estudio piloto).

Nuestro estudio es descriptivo, con las limitaciones que, por tanto, tiene. No pretende más que describir cómo están las cosas, generar dudas y controversias y plantear hipótesis para posteriores estudios. En contra de lo que De la Fuente et al critican, a la hora de elegir las variables del estudio decidimos escoger las «que deben ser irrelevantes». Nosotros no consideramos irrelevante que el sexo esté asociado con ¿lograr? una IP. En nuestro estudio, el ser mujer se asocia con que le ¿denieguen? la IP. En las mujeres es 3 veces más frecuente el fallo negativo. Y esto ocurre de forma independiente del resto de variables (primera gran hipótesis que debe ser confirmada).

Parece de perogrullo suponer que los pacientes que no agotan el plazo ¿consiguen? más frecuentemente IP que los que sí agotan plazo. Pero, como todas las cosas, hay que demostrarlas. E incluso interpretarlas (aun a riesgo de equivocarnos): la importancia que nosotros le damos es que esta asociación, en nuestro estudio, es estadísticamente independiente (análisis estratificado, multivariable) de la enfermedad que originó la solicitud de IP. Es decir, viene a ser como un sistema de gradación de gravedad de la IT que conlleva asociado un aumento de ¿reconocimiento? de IP (segunda gran hipótesis).

Queremos agradecer a De la Fuente et al el interés que se han tomado por nuestro artículo y especialmente el que nos hayan dado la posibilidad de reincidir en estos aspectos. Entendemos la importancia que De la Fuente et al dan al término «conceder». Y compartimos con ellos la preocupación por el buen uso de la lengua y la creencia de que todos formamos parte de ese sistema gestor que debe garantizar un acceso equánime a esta prestación de la Seguridad Social. En nuestro estudio, variables «irrelevantes» parecen desestimar esa ecuanimidad. Invitamos a De la Fuente et al, y al resto de lectores, a comprobar si estas asociaciones (hipótesis) son ciertas. Nuestro espíritu es muy crítico, especialmente con nosotros mismos. Esperamos y deseamos

que próximos estudios concluyan que las asociaciones que hemos expuesto son sólo casuales, resultado de factores de confusión que no hemos logrado controlar.

Luis Benito Ortiz, M.S. Molina Bermejo, Cristina Círia de Pablo y Ana M. Tirado Errazquin

Centro de Salud San Fernando II. San Fernando de Henares. Madrid. España.

Trastornos de la conducta alimentaria, medios de información y rol del profesional de la salud

Sr. Director: Nos dirigimos a usted por la presente con el propósito de reflexionar acerca de una nueva ola mediática que parece asolar nuestro país en relación con los denominados trastornos de la conducta alimentaria (TCA). A pesar de que el interés que despierta este tipo de enfermedades es común en la mayoría de los países occidentales, durante las últimas semanas, en el nuestro, los TCA han sido nuevamente objeto de debate informativo. Lamentablemente, una vez más se muestra una imagen «glamorizada»¹ de este tipo de trastornos, unido a la total falta de criterio usada para opinar acerca de ellos, así como una total confusión sobre su origen, tratamiento y alcance. Incuestionablemente, parece que hay un estado de confusión en los medios de comunicación más populares sobre estos procesos donde, en ocasiones, las opiniones airadas sobre la terrible situación que tienen que afrontar los individuos que padecen un TCA coexisten con descaro con las más insólitas estrategias para lograr la silueta de moda. Sin embargo, esta confusión no parece que sea «made in Spain», sino que trasciende fronteras. A título de ejemplo, la edición del mes de abril de la revista ELLE en su edición de Reino Unido, donde una figura respetada en el mundo de

la moda como la de Karl Lagerfeld ofrece trucos para perder peso, como el siguiente: «cuando la ansiedad o la frustración que le produce la dieta hipocalórica haga su aparición, puede llevarse la comida a la boca, y escúpala directamente, le ayudará a sentir el placer de la comida, pero limita su ingesta de calorías»; «creo que la moda es la motivación más sana a la hora de iniciar una dieta, tanto para varones como para mujeres»². Evidentemente, que proposiciones como las anteriores sean publicadas no hace sino contribuir en cierto modo al conjunto de consejos paradójicos y discordantes que llegan a la población general. Asimismo, un artículo reciente publicado en *The Daily Telegraph* el mes pasado resumía la siguiente idea: «las dietas imposibles que inundan las revistas resultarían absurdas si no fuera por el hecho de que son tomadas seriamente por las lectoras más jóvenes»³. Personalmente, creemos que este tipo de ideas son diseminadas masivamente y asumidas por una parte importante de la población que lee determinadas publicaciones, o ve determinados programas que proponen los medios de información, que en ocasiones merecerían el calificativo de medios de desinformación. Aunque reprochables, parece que el control de la difusión de determinados conceptos no es revisable o contrastable con profesionales de la salud que asesoren este tipo de informaciones. Tres interrogantes surgen de la necesidad que tiene el ciudadano de obtener información adecuada, fiable y robusta que no comprometa su salud. ¿Cuál es el rol del experto en este tipo de debate planteado? ¿Es realmente posible llegar a la población con directrices claras que guíen alternativas saludables, mitiguen conceptos erróneos y limiten la propagación de nociones incorrectas y potencialmente dañinas para el ciudadano? Y finalmente, ¿es realmente factible plantear campañas de sensibilización con tono serio, profesional y responsable que informen adecuadamente de los TCA, como la semana de concienciación sobre los trastornos de la conducta alimentaria o «Eating Disorders Awareness Week» en el panorama anglosajón, o simplemente el fomento de la difusión de información adecuada y respetuosa de manos de los expertos como se ha dispuesto con otro tipo de condiciones? Es una responsabilidad del profesional de la salud to-

Palabras clave: Trastornos de la conducta alimentaria. Medios de información. Rol. Profesional de la salud.

mar parte activa en la promoción y la prevención de la salud^{1,4} así como promover conductas saludables, antes de que determinadas conductas se tornen patológicas^{5,6}.

Sandra Tricas Sauras

Departamento de Enfermería Comunitaria y Enfermería Materno-Infantil. Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Navarra. Pamplona. Navarra. España.

1. Treasure J, Schmidt U, Van Furth E. Handbook of eating disorders. 2nd ed. Londres:Wiley; 2003.
 2. Best I. The Karl Lagerfeld Diet. Elle magazine UK edition; 2006; April: 111-2.
 3. Marber I. It must have been something I ate. The Daily Telegraph; 20th March 2006. p. 25.
 4. Powers PS, Santana CA. Eating disorders: a guide for the primary care physician. Primary Care Clin Office Pract. 2002;29:81-98.
 5. Wilhelm KA, Clarke SD. Eating disorders from a primary care perspective. Med J Australia. 1998;1689:458-63.
 6. Becker AE, Franko DL, Nussbaum K, Herzog DB. Secondary prevention for eating disorders: the impact of education, screening, and referral in a college-based screening program. Int J Eating Dis. 2004;36:157-62.
-

Cursos

Universidad de Valladolid
Facultad de Medicina
7.ª Edición Especialista Universitario en Homeopatía

Inicio: 17 de noviembre de 2006.

Finalización: 15 de junio de 2008.

Preinscripción: hasta el 20 de octubre de 2006.

Información:

Fundación General de la Universidad de Valladolid.

Plaza de Santa Cruz, n.º 5.
47002 Valladolid.

Correo electrónico:

información@funge.uva.es