
La incapacidad laboral en pacientes con trastornos psíquicos
Legal disability in patients with mental disorders

M. Terrer¹, J. Molins², L.J. Fernández³

RESUMEN

En este artículo, se pretende realizar un acercamiento a la situación jurídica actual de los procesos de incapacidad laboral (en la modalidad contributiva y no contributiva) en los pacientes con trastornos psíquicos, con la enorme riqueza de matices que conlleva. Se añaden con intención ilustrativa, algunas de las sentencias del tribunal superior de justicia que nos acercan a la situación actual sobre la jurisprudencia en materia de invalidez permanente contributiva.

Palabras clave: Incapacidad laboral. Trastorno mental. Psiquiatría legal.

ANALES Sis San Navarra 1999; 22 (1): 71-79.

1. Magistrada de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco (Bilbao).
2. Magistrado de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Aragón (Zaragoza).
3. Psiquiatra. Centro de Salud Mental de Tudela (Navarra).

Aceptado para su publicación el 4 de diciembre de 1998.

ABSTRACT

This article offers an approach to the present juridical situation of the processes of occupational incapacity - in the contributive and non-contributive types - for patients with psychological disorders, taking into account the wide range of nuances that this implies. Finally, some verdicts of the Spanish Superior Court of Justice are added, in order to illustrate the present situation about the jurisprudence referring to permanent contributive incapacity.

Key words. Legal disability. Occupational disability. Mental disease. Legal Psychiatry.

Correspondencia

Dr. Luis Jesús Fernández Rodríguez
Centro de Salud Mental
C/ Gayarre, 17
31500 Tudela (Navarra)
Tfno. 948 848187
E-mail: ljferod@correo.cop.es

INTRODUCCIÓN

Los procesos de incapacidad laboral son un factor que incrementa la dificultad que el propio proceso clínico tiene en sí. El interés o motivación por parte del paciente hacia la incapacidad, modula claramente la expresión clínica y en muchos casos enmaraña signos y síntomas (generalmente hipertrofiándolos): el intento por parte del paciente de la consecución de una remuneración y estatus laboral que le satisfaga, modula sustancialmente el devenir clínico y, en algunos casos, la orientación terapéutica, llegando a provocar el establecimiento de una lucha "titánica" entre el profesional, que pretende que su paciente vuelva a trabajar lo antes posible, y el paciente, que lucha por su derecho de permanecer de baja o de conseguir una incapacidad¹.

Para no luchar con desventaja, el profesional necesitará estar seguro del diagnóstico y de cómo éste interfiere en la vida laboral de su paciente a la hora de tomar decisiones al respecto. Para ello se suele basar en la realización de pruebas (TAC, analítica, exploraciones diversas....) que proporcionen parámetros fiables y objetivos en los que basar su juicio. Sin embargo, en algunos trastornos estas pruebas no existen o son claramente insuficientes.

Esto sucede especialmente en la mayoría de los trastornos psiquiátricos, en los que la exploración es básicamente psicopatológica y aunque con diferentes orientaciones -cognitiva-conductual, analítica, etc-, está fundamentada en la entrevista clínica -por lo que depende en gran medida de lo que el paciente exprese, lo cual dependerá de su voluntad- y son escasísimas las pruebas diagnósticas².

Esta dificultad en la valoración "objetiva" por parte de los clínicos no facilita el trabajo de los especialistas en medicina laboral ni el de los profesionales del derecho, sino que claramente añade dificultades. Para emitir los dictámenes, los profesionales de la medicina laboral se fundamentan en el informe psiquiátrico en la mayoría de los casos; los del derecho lo resuelven, además, gracias al apoyo que la jurisprudencia les proporciona².

Del mismo modo, el conocimiento de los aspectos legales, en muchos casos no bien conocidos, podrá ayudar al clínico en su tarea. Esta es la razón que nos mueve a realizar un somero acercamiento a ciertos aspectos de los procesos de incapacidad laboral de los pacientes con trastornos psíquicos, tanto en la modalidad contributiva como la no contributiva, por medio de una aproximación a la regulación legal actual, atendiendo a las normas aplicables e interpretación que de las mismas se ha efectuado por la jurisprudencia, al examen de distintos pronunciamientos recaídos en el supuesto de trastornos psíquicos o mentales y a la bibliografía fundamental al respecto³⁹. Creemos y esperamos que este resumen pueda orientar al clínico en su práctica diaria.

LA INVALIDEZ PERMANENTE

Modalidad contributiva

Se define en el art. 134 del 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 (precepto al que se ha dado nueva redacción por el artículo 34 de la Ley 42/1994, de 30 de Diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social, que no obstante mantiene la definición anterior del concepto de incapacidad permanente) como "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. No obstará a tal calificación la posibilidad de recuperación de la capacidad laboral del inválido, si dicha posibilidad se estima médicamente como incierta o a largo plazo". El alta médica no resulta necesaria, según el mismo precepto, para la valoración de la invalidez permanente, en los casos en que concurren secuelas definitivas.

Hay que tener en cuenta que, habitualmente, la invalidez permanente está precedida por un tiempo más o menos largo -el de curación- de incapacidad temporal;

pero los plazos de ésta no tienen por qué ser agotados, pues la invalidez permanente debe declararse –cualquiera que sea el tiempo transcurrido desde que se ha iniciado la incapacidad temporal– en el momento en que puedan considerarse consumidas las posibilidades de curación o mejoría. Si se agotan aquellos plazos, hay que declarar la invalidez permanente aunque el afectado no se haya curado.

Conforme a los artículos 137 y siguientes del mismo texto legal, y atendiendo a las matizaciones que la jurisprudencia ha ido efectuando, han de destacarse los diferentes grados de invalidez, caracterizados por las notas que a continuación se exponen.

INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL PARA LA PROFESIÓN HABITUAL

Será la que, sin alcanzar el grado de total, ocasione al trabajador una disminución no inferior al 33% en su rendimiento normal para dicha profesión, sin impedirle realizar las tareas fundamentales de la misma.

La precisión en cuanto al porcentaje de disminución del rendimiento se toma por la jurisprudencia como índice aproximado, sin exigir prueba determinante de la severidad de la lesión, como indicación de que no es ésta, sino la merma, quebranto o disminución de la capacidad de trabajo lo que se indemniza. Para que haya incapacidad el rendimiento ha de experimentar una disminución sensible o lo suficientemente acusada grave y manifiesta, siendo incapacitante la lesión que, sin impedir al accidentado los quehaceres de su oficio implique un menor rendimiento cuantitativo o cualitativo, o mayor penosidad o peligrosidad; la que hace el trabajo habitual más penoso o peligroso, o producir menos o peor. La jurisprudencia dice que, aun sin merma del rendimiento, se ha de reconocer una incapacidad parcial si, para mantener aquél, el accidentado tiene que emplear un esfuerzo físico superior, lo cual entraña que su trabajo le resultará más penoso o más peligroso, conjugando el rendimiento normal con el esfuerzo normal para obtenerlo; en cambio, no hay incapacidad si, aun dificultado, las lesio-

nes no afectan al rendimiento en otros muchos puestos de trabajo correspondientes a la misma categoría.

INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL PARA LA PROFESIÓN HABITUAL

Es aquella que inhabilita al trabajador para la realización de todas o de las fundamentales tareas de dicha profesión, siempre que pueda dedicarse a otra distinta, “más liviana o sedentaria”, según fórmulas hoy usuales de la jurisprudencia, o desempeñar “tareas menos importantes o secundarias” del oficio mismo, o cometidos “secundarios o complementarios” de éste.

La incapacidad es total si las tareas básicas del oficio habitual no se pueden seguir realizando con un mínimo de profesionalidad y eficacia, o si hacerlas genera, como consecuencia de las lesiones residuales, riesgos adicionales y superpuestos a los normales con el oficio o el sometimiento del afectado, a causa del dolor, a una continua situación de sufrimiento en su trabajo cotidiano.

INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL CUALIFICADA

Es la total a que acabamos de referirnos, cuando se da la circunstancia adicional de que el afectado, “por su edad, falta de preparación general o especializada y circunstancias sociales y laborales del lugar de residencia”, se presuma que difícilmente va a obtener un empleo nuevo. La Resolución de 22 de Mayo de 1986 dispone que el incapacitado total cualificado lo es “una vez cumplidos los 55 años... cualquiera que fuese su edad en la fecha del hecho causante” siempre que éste sea posterior a 1 de Julio de 1972 (fecha de entrada en vigor de la Ley 24/1972, de 21 de Junio, en materia de prestaciones del Régimen General de la Seguridad Social, desarrollado por el Decreto 1646/1972, de 23 de Junio).

INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA PARA TODO TRABAJO

Es la que inhabilita por completo al trabajador para toda profesión u oficio. Esa ausencia de habilidad ha de entenderse como pérdida de la aptitud psico-física

necesaria para poder desarrollar una profesión en condiciones de rentabilidad empresarial (no a costa de su magnanimidad), y, por tanto, con la necesaria continuidad, dedicación, eficacia y profesionalidad exigible a un trabajador fuera de todo heroísmo o espíritu de superación excepcional por su parte. Se reconoce en los casos en que exista seguridad de que no podrá la víctima obtener otro empleo. Si las lesiones sólo consienten el trabajo en quehaceres determinados y livianos, y esto sólo en un afán de superación y de sobreponerse al dolor más allá de lo razonable, que no es el heroísmo, ni un trabajo con riesgo evidente para su vida, incluso propiciando el óbito, sino la conducta del trabajador diligente y normal; si el trabajador no puede soportar el esfuerzo que supone la disciplina de cualquier trabajo, sin que ello implique poner en grave riesgo su vida, o no puede desarrollar un quehacer asalariado con un mínimo de profesionalidad, rendimiento y eficacia; en supuestos tales la incapacidad es absoluta. La jurisprudencia hoy es muy restrictiva en cuanto al reconocimiento de incapacidades absolutas.

GRAN INVALIDEZ

Se entiende por tal la situación de trabajador afecto de incapacidad permanente que, por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesite la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos.

El "acto esencial para la vida" se describe por sentencia del Tribunal Supremo de 26 de Junio de 1978, resumen de jurisprudencia anterior, como el preciso para "la satisfacción de una necesidad primaria e ineludible para poder fisiológicamente subsistir o para ejecutar aquellos actos indispensables en la guarda de la dignidad, higiene y decoro". La necesidad del auxilio de otra persona para "los actos esenciales de la vida", como dice el texto legal, es el factor determinante de la gran invalidez. Es la

dependencia del inválido al protector o cuidador lo que caracteriza la gran invalidez.

Las incapacidades permanentes, pese a su calificación como tales, y sus grados, son revisables por agravación o mejoría, o por error de diagnóstico.

LA JURISPRUDENCIA EN MATERIA DE INCAPACIDAD PERMANENTE CONTRIBUTIVA

Como ya se ha adelantado, estimamos puede resultar de utilidad a efectos orientativos, consignar una reseña de distintos pronunciamientos del tribunal supremo en materia de invalidez permanente en la modalidad contributiva, en supuestos de trastornos psíquicos, si bien no pueden generalizarse criterios ya que en esta materia ha de estarse al supuesto concreto que se enjuicia, habiéndose reiterado por los Tribunales que las circunstancias en cada caso han de ser apreciadas individualizadamente atendiendo a las circunstancias en cada ocasión concurrentes.

En primer término señalaremos que el Alto Tribunal ha DENEGADO en algunos supuestos CUALQUIER GRADO DE INVALIDEZ PERMANENTE*.

- *Así, en sentencia de 20 de Enero de 1987 (RJ/1987/92) considera no se aprecian reducciones anatómicas o funcionales graves que anulen o disminuyan la actividad laboral del trabajador, en un caso en el que éste, además de otras afecciones (arritmia, cardioesclerosis, ligera hipoacusia y otros antecedentes), "es depresivo, habiendo tenido tres ingresos (1975, 1977 y 1980), en centro psiquiátrico por alcoholismo crónico y personalidad neurótica, habiendo realizado varias tentativas de suicidio"*
- *En sentencia de 12 de Marzo de 1990 (RJ/1990/2063), en un caso en que el trabajador padece "Enolismo crónico sin descompensación hepática", además de otras afecciones (normoglicemia actual sin complicaciones metadiabéticas, actual espondiloartrosis moderada), se considera que sus afecciones no le inca-*

* Las referencias numéricas de las resoluciones judiciales indicadas en cada caso consignan el número de Registro de Jurisprudencia (RJ) de Aranzadi correspondiente a la sentencia que se cita.

pacitan ni para toda clase de trabajo, ni para los propios de su profesión habitual del ramo de la metalurgia.

En sentencia de 21 de Noviembre de 1990 (RJ/1990/8596) se deniega la invalidez permanente a un trabajador que padece "alcoholismo crónico en fase de abstinencia completa desde hace ocho años" (así como limitaciones en visión de ojo derecho, hipoacusia y cervicartrosis con discartrosis C5-C6), por considerarse no presenta padecimientos que impidan el desarrollo de sus tareas profesionales habituales.

En otras ocasiones, se ha rechazado la concesión de invalidez absoluta, pero sí que se ha considerado la concurrencia de una INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL.

En sentencia del Tribunal Supremo de 19 de Junio de 1986 (RJ/1986/3691), se deniega la invalidez absoluta en un supuesto en que concurren secuelas derivadas de un accidente de circulación con un cuadro clínico depresivo ansioso manifestado en fecha posterior, que se estima no constituyen obstáculo insalvable para el ejercicio de toda profesión u oficio, sino que por el contrario la situación se enmarca un campo de posibilidades laborales, criterio que es acorde con la Doctrina mantenida en otros supuestos de sentencias anteriores que expresamente se mencionan, en los que también se rechazó la declaración de invalidez absoluta, y que son: La de 26 de Enero de 1982 (RJ/1982/285), en un caso de neurosis depresiva con espondiloartrosis; de 25 de Junio de 1984 (RJ/1984/3362), en un cuadro depresivo ansioso posterior a toxicomanía; de 28 de Junio de 1984 (RJ/1984/3965), ante una psiconeurosis; y de 6 de Julio de 1984 (RJ/1984/4129), por un síndrome depresivo ansioso.

En sentencia de 5 de Febrero de 1987 (RJ/1987/789), en un caso de crisis de encefalopatía alcohólica y síndrome demencial residual, se considera que estas afecciones, "sin indicación alguna de las frecuencias de tales crisis y de que no pueda ser puesto en cura su alcoholismo, no son suficientes para concluir que impidan toda tarea", haciéndose

referencia al fallo de la Sala recaído en sentencia de 21 de Junio de 1985 (RJ/1985/3444), en igual sentido, en un caso de enolismo crónico con afectación pancreática y polineurítica que le produce desorientación, falta de memoria y alucinaciones auditivas derivadas de una afectación encefalopática.

La sentencia de 24 de Febrero de 1987 (RJ/1987/1119) califica de invalidez total un supuesto en que el trabajador es alcohólico crónico con episodios de delirium tremens (padeciendo además hernia de hiato y úlcera gastroduodenal, gastritis erosiva y, en extremidades superiores, enf. de Dupuytren, presentando derrame pleural antiguo), al estimarse que "ni las dolencias gástricas o hepáticas ni el alcoholismo con episodios de delirium tremens, cuya frecuencia o regularidad no se precisa, ni el Dupuytren, imposibilitan para realizar trabajos livianos o sedentarios que no requieran intensidad manual".

Asimismo el Tribunal Supremo, en sentencia de 9 de Marzo de 1989 (RJ/1989/1817), considera que un supuesto de trabajador que desde 1985 tiene episodios de depresión habiendo recibido medicación, además de secuelas artríticas que afectan a las manos, se halla afecto de incapacidad total para su trabajo de jefe administrativo, mas tales secuelas no van a impedirle toda suerte de trabajo, "pues podrá realizar aquellos livianos y relajados que no requieran especial tensión psíquica". Esta sentencia hace referencia a otros casos precedentes en los que se había excluido la incapacidad absoluta ante los cuadros siguientes: Crisis epilépticas muy frecuentes, neurosis depresiva severa con somatización e importante componente histérico, espondiloartrosis generalizada (St. 28 de Enero de 1986, RJ/1986/294); neurosis depresiva con distimias de irritabilidad, manías obsesivas, pasando a estados depresivos, artrosis generalizada (St. 22 de Octubre de 1985, RJ/1985/5192); y, en el mismo sentido, las de 1 de Octubre de 1986 (RJ/1986/5363), 2 de Noviembre de 1987 (RJ/1987/7787) y otras.

La sentencia de 4 de Abril de 1989 (RJ/2948), contempla un supuesto de trabajador que padece fondo depresivo endógeno y neurosis de renta, además de espondiloartrosis vertebral generalizada leve y cifosis dorsal. El T.S., recordando que lo decisivo para la determinación de una invalidez permanente y del grado correspondiente no es la mera descripción objetiva de las secuelas, sino el déficit orgánico o funcional que provocan y, en definitiva, su incidencia en la capacidad laboral del trabajador, concluye reconociendo una incapacidad total, por entender que las patologías del recurrente le impiden realizar las fundamentales tareas de su oficio de montador electricista, que exige subir a postes metálicos y de madera, manipular cables de alta tensión, y descender a instalaciones eléctricas subterráneas, lo que no podrá realizar con las debidas garantías de seguridad.

La INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA ha sido reconocida por el Alto Tribunal en variados supuestos de enfermedades de naturaleza psíquica, a los que nos referiremos a continuación.

La sentencia de 16 de Febrero de 1987 (RJ/1987/869) se refiere a un trabajador que padece "una neurosis histérico-fóbica desde hace ocho años, con tendencias hipocondríacas, crónica y cada vez más profunda con gran impulsividad y labilidad, con una motivación negativa para el trabajo; escoliosis dorsal baja de convexidad derecha". Se entiende que tal invalidez ha de reputarse extensiva para cualquier profesión u oficio y por tanto debe quedar calificada de absoluta.

La sentencia de 23 de Junio de 1987 (RJ/1987/4617) señala que "si la oligofrenia supone un conjunto de trastornos mentales debidos a una primitiva insuficiencia o déficit del desarrollo psíquico, reconociendo entre sus causas dependientes de modificaciones somáticas, los traumatismos o circunstancias convulsionantes o nutritivas, no cabe duda, que la que afecta al actor en el estado en que se halla de deterioro de sus facultades intelectivas, es constitutiva de la incapaci-

dad permanente absoluta... en cuanto le inhabilita totalmente para el ejercicio de toda profesión u oficio, al venir a ser un verdadero enfermo mental, sin posibilidad de ejercicio de cualquier actividad remunerada".

En la sentencia de 20 de Julio de 1987 (RJ/1987/5683), el trabajador padecía "Adinamia. Esquizofrenia catatónica. Actitud negativista y autista frente al exterior". Señala el Tribunal Supremo que "la esquizofrenia -y la catatónica es la más destructiva- no es psicopatía sino psicosis o enfermedad caracterizada por la irrupción de un trastorno mental no transitorio, por motivos endógenos o exógenos, que al prender en un sujeto que hasta entonces podía ser sano o casi sano, trastorna profundamente hasta las raíces de la personalidad, acarreando un defecto masivo que alcanza, por lo común, a las estructuras nerviosas y a menudo al organismo entero, por lo que bajo dicha enfermedad no cabe se desempeñe con un mínimo de eficacia quehacer alguno del mundo laboral, ante la disociación específica de las funciones psíquicas y pérdida de contacto con la realidad, como consecuencia de la imposibilidad de reaccionar normalmente ante problemas vitales que el organismo no ha podido resolver satisfactoriamente; al ser sus síntomas principales ... los de proceso defectuoso de pensamiento; actos extravagantes; y tendencia del paciente a vivir en su mundo interior, con incapacidad para relacionarse con exterior, pudiendo existir otros accesorios, como alucinaciones, delirios, estupor, incoherencias, actitud negativa y actos impulsivos, todo ello referente de manera esencial y directa en la aptitud y disposición del que la sufre en su actividad laboral, no sólo en la esfera de su profesión, sino también en el ejercicio de cualquiera otra clase de trabajo remunerado, al no ser capaz de regir ni siquiera su vida de manera normal, sentido en que se pronuncian las sentencias de esta Sala de 13 de Octubre de 1976 (RJ/1976/4460), 4 de Marzo de 1982 (RJ/1982/1350) y 10 de Abril de 1984 (RJ/1984/2073), entre otras". De todo ello deduce la proceden-

cia de la declaración del trabajador en situación de invalidez absoluta.

La sentencia de 6 de Octubre de 1987 (RJ/1987/6843) contempla el supuesto de un trabajador con el siguiente cuadro médico: "etilismo crónico con polineuropatía crónica, cervicoartrosis, artrosis escapulo-humeral izquierda; la evolución de esta enfermedad es progresiva y el alcoholismo le causa ideas delirantes que se repiten periódicamente", además de lesiones artrósicas. El Tribunal considera que el grado de intensidad de su neuropatía crónica, que le hace incapaz de asumir responsabilidad alguna, incluido el propio tratamiento, asociado a las lesiones artrósicas, le incapacitan por completo la verificación con un mínimo de eficacia cualquier quehacer retribuido del mundo laboral, estimándose procedente la declaración de invalidez absoluta.

El supuesto contemplado en sentencia del Tribunal Supremo de 23 de Febrero de 1988 (RJ/1988/761) es el de un trabajador que padece "neurosis de angustia con intento de suicidio, depresión reactiva crónica y alcoholismo crónico. Cervicoartrosis con cervicobraquialgia derecha". Se le había reconocido por resolución administrativa la incapacidad total para su profesión habitual de mecánico. El Alto Tribunal señala que "... no cabe descubrir en cuál otra podría ocuparse con un mínimo de garantías de estabilidad y dedicación, dada la índole de sus padecimientos cuya gravedad resulta de su propio enunciado al comprender la cronicidad de la depresión reactiva -endógena- ...".

En sentencia de 14 de Marzo de 1988 (RJ/1988/1928) el Tribunal se refiere a un caso de trabajador que "padece una esquizofrenia paranoide con alucinaciones delirantes de temática persecutoria. Enfermedad crónica que cursa brotes, teniendo periodos de compensación psíquica que por la larga duración va dejando un ligero empobrecimiento de la personalidad". Indica el Alto Tribunal que "...la esquizofrenia paranoide es una enfermedad que determina a quien la padece una irresponsabilidad en sus

actos; por lo que la actora se encuentra incapacitada para realizar cualquier trabajo, aunque sea sedentario".

Finalmente han de mencionarse algunos pronunciamientos en los que el Tribunal Supremo ha apreciado la declaración de GRAN INVALIDEZ.

En sentencia de 12 de Julio de 1988 (RJ/1988/5810) se examina un supuesto en el que el trabajador presenta un cuadro psíquico determinante de trastornos de conducta, agresividad, deterioro intelectual progresivo, lagunas de memoria y desorientación en el tiempo y el espacio, al que se une una virtual ceguera. Tales menoscabos entiende el Tribunal "... hacen que el mismo se vea privado de autonomía vital, precisando de ayuda ajena para la realización de los actos más elementales en la vida"; deficiencias las expuestas que generan gran invalidez.

Y en sentencia de 10 de Abril de 1989 (RJ/1989/2955) se examina un caso de trabajador que "sobre el año 1972 sufrió el primer brote de una dolencia esquizofrénica, que mejoró con el tratamiento ... y en Marzo de 1983 se desencadena un nuevo brote de la nombrada enfermedad" que llega a producir el cuadro que se describe en la sentencia recurrida. Señala el Tribunal que "... la enfermedad que padece el trabajador le ha llevado, en su evolución a una situación que obliga a sus familiares no sólo a retenerlo en casa sino a asistirle en cuestiones relativas a higiene y alimentación...", considerando el caso enjuiciado susceptible de ser calificado como gran invalidez.

MODALIDAD NO CONTRIBUTIVA

Podrán ser en ésta constitutivas de invalidez las deficiencias, previsiblemente permanentes de carácter físico o psíquico, congénitas o no, que anulen o modifiquen la capacidad física, psíquica o sensorial de quienes las padecen, siempre que el grado de minusvalía o enfermedad crónica sea igual o superior al 65 por 100 -o al 75 por 100 si necesita el concurso de una tercera persona, en términos similares a la gran invalidez contributiva- determinado con-

forme a unos baremos que se contienen en los anexos I y III de la Orden Ministerial de 8 de Marzo de 1984.

Se valoran las deficiencias provocadoras de discapacidad complementadas con los factores sociales que rodean al minusválido, tales como edad, entorno familiar, situación laboral y profesional, nivel educativo y cultural... La combinación de estos factores, expresada en porcentajes, quiere representar el menoscabo global de la persona plasmado en unas tablas que constituyen referencia útil para los profesionales que las utilizan.

LA INCAPACIDAD TEMPORAL

Para terminar nuestro artículo, conviene hacer una breve referencia al concepto de la incapacidad temporal¹⁰⁻¹³, contemplado en los artículos 128 a 133 de la Ley General de la Seguridad Social, conforme a la redacción dada por el artículo 32 de la Ley 42/1994, de 30 de Diciembre, y disposiciones concordantes.

Puede definirse tal contingencia como el estado de necesidad en el que se encuentra el trabajador, que le impide prestar servicios temporalmente, conllevando la pérdida de los ingresos económicos y la necesidad de recibir asistencia sanitaria para recobrar la salud perdida.

De esta definición se derivan dos elementos básicos:

- a) la imposibilidad de realizar la actividad laboral
- b) la temporalidad de la situación

Del primer elemento se deriva que la incapacidad temporal constituya una causa de suspensión del contrato de trabajo. La temporalidad se refleja en la duración limitada, a diferencia de la invalidez permanente.

Cuando surge esta contingencia se prevén dos clases de prestaciones, cuales son la prestación técnica de asistencia sanitaria, que conllevará medidas sanitarias y farmacéuticas para recuperar la salud, y la prestación económica consistente en el subsidio que corresponda. Para que el trabajador quede protegido ante esta contingencia deberá cumplir los requisitos esta-

blecidos en el art. 130 de la citada Ley General de la Seguridad Social.

CONCLUSIONES

Con la anterior exposición hemos tratado de lograr una primera aproximación a la normativa que viene a tutelar, regular y proteger las situaciones de incapacidad contempladas, y a algunos criterios jurisprudenciales y doctrinales mantenidos en su interpretación y aplicación. No obstante, la casuística en la materia es sumamente amplia, y habrá de atenderse a las peculiaridades y circunstancias concretas de los distintos supuestos que se planteen para encajar en los diferentes niveles graduales de incapacidad laboral las situaciones particulares que se examinen. En todo caso, las valoraciones médicas en la materia resultan decisivas, ya que las resoluciones judiciales que se adopten estarán habitualmente basadas en los informes médicos sobre los aspectos psicopatológicos del individuo, y para la emisión de dictámenes por el forense se requerirá en muchas ocasiones como apoyo la historia clínica del enfermo, cuya remisión será solicitada por el Juzgador en el procedimiento que se tramite, lo que muestra es inestimable la ayuda del facultativo de atención primaria y especialistas que han asistido al enfermo, pues nos hallamos en un campo en el que el campo jurídico y el médico se hallan estrechamente interrelacionados.

BIBLIOGRAFÍA

1. AAVV. Jornadas Técnicas sobre invalidez permanente, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, INS, Madrid, 1984.
2. CABRERA FORNEIRO E, GARCÍA GIL JC. La enfermedad mental ante la ley. Madrid, 1994.
3. ÁLVAREZ DE LA ROSA M. Incapacidad temporal e invalidez permanente en el proceso laboral. Tribuna Social, nº 61, 1996.
4. BANDERA GALLEGUO JC. El procedimiento administrativo de declaración de invalidez en el Real Decreto 1300/1995 de 21 de Julio. Relaciones Laborales, nº 21, 1995.
5. GARCÍA GIL F. Las incapacidades laborales en la jurisprudencia. Pamplona. Aranzadi, 1984.
6. GÁRATE CASTRO J. Algunas coordenadas de la proyectada reforma de la protección de jubi-

LA INCAPACIDAD LABORAL EN PACIENTES CON TRASTORNOS PSÍQUICOS

- lación e incapacidad permanente. Tribuna Social, nº 78, 1996.
7. GARCÍA NINET I. La invalidez anterior a la afiliación y/o alta: efectos. Tribuna Social, nº 10, 1991.
8. GOERLICH PESET JM. La protección de la incapacidad. Algunos puntos críticos de la doctrina jurisprudencial unificada. Actualidad Laboral, nº 31, 1996.
9. RÍOS SALMERÓN B, ROMÁN VACA E. El procedimiento administrativo de calificación y revisión de la Invalidez permanente. Valencia. Tirant lo Blanch, 1996.
10. AAVV. La incapacidad temporal. Tribuna Social, nº 44, 1994.
11. AAVV. Ojeda Avilés (Coord.), La incapacidad temporal. Madrid 1996, Tecnos. VI Congreso de la Asociación Nacional del Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social.
12. ESCUDERO RODRÍGUEZ R. La reforma del régimen de la ILT y otras medidas del RDL 5/1992, de medidas presupuestarias urgentes Relaciones Laborales, nº 19, 1992.
13. PÉREZ ALONSO MA. La incapacidad temporal. Valencia. Tirant lo Blanch, 1995.