

SITUACIÓ LEGAL LABORAL EN ELS SÍNDROMES DE SENSIBILITZACIÓ CENTRAL

Autora: Diana Salvador Rodríguez

Tutora: Raquel Poquet Català

Barcelona 2016

RESUM:

En aquest treball s'analitza la situació legal en l'àmbit laboral i de seguretat social de les persones afectades per Síndromes de Sensibilització Central, dins els quals s'engloben malalties amb un origen fisiopatològic comú. S'analitzen la incapacitat temporal, la incapacitat permanent en les seves quatre modalitats, el reconeixement de discapacitat, les prestacions en la seva versió contributiva i no contributiva, i la protecció com a treballadors especialment sensibles a determinats riscos.

Paraules clau: Síndromes de Sensibilització Central. Fibromiàlgia. Síndrome de fatiga crònica. Encefalomièlitis miàlgica. Hipersensibilitat. Intolerància ambiental idiopàtica. Síndrome de hipersensibilitats químiques. Síndrome de sensibilitat química múltiple. Electrohipersensibilitat. Sensibilitat electromagnètica. Incapacitat temporal. Incapacitat permanent. Prevenció de riscos laborals. Discapacitat.

ÍNDIX

1.INTRODUCCIÓ	5
1.1.Objectius	5
1.2. Els síndromes de sensibilització central (SSC). Concepte i malalties incloses.	5
1.2.1. Fibromiàlgia (FM)	6
1.2.2. Síndrome de fatiga crònica o encefalomièlitis miàlgica (SFC)	6
1.2.3. Hipersensibilitat; intolerància ambiental idiopàtica; síndrome de hipersensibilitats químiques o síndrome de sensibilitat química múltiple (SSQM)	6
1.2.4. Electrohipersensibilitat o sensibilitat electromagnètica (EHS)	7
2. DRETS DEL LES PERSONES AMB CAPACITAT LIMITADA PER MOTIU DE LA SEVA MALALTIA I REQUISITS NECESSARIS PER OPTAR A ELLS	8
2.1. Incapacitat temporal (IT)	8
2.1.1. Concepte. Beneficiaris i requisits.	8
2.1.2. Mecanismes de reclamació contra l'alta mèdica en funció del moment temporal en el qual s'ha emès l'alta, de l'organisme i de la contingència que la motiva:	9
2.1.2.1. Procediment de disconformitat contra l'alta mèdica emesa per l'INSS o, si escau, de l'Institut Social de la Marina (ISM)	9
2.1.2.2. Procediment de revisió de les altes mèdiques emeses per les mútues d'accidents de treball i malalties professionals de la Seguretat Social i per les empreses col·laboradores	9
2.1.2.3. Reclamació prèvia a la demanda en matèria de prestacions de Seguretat Social	10
2.1.2.4. Demanda directa	10
2.1.2.5. Reclamació prèvia per impugnar la denegació de declaració de incapacitat permanent	10
2.2. Incapacitat permanent (IP)	11
2.2.1. Concepte i graus	11
2.2.2. Dret a la declaració de incapacitat permanent	12
	3

2.2.3. Reclamació administrativa i judicial davant la resolució desfavorable o favorable sobre la incapacitat permanent	13
2.2.4. Dificultats a l'hora d'aconseguir la qualificació d'incapacitat permanent en els SSC	13
2.2.5. Concessió d'incapacitat permanent als malalts de SSC pel TS	15
2.3. La protecció de treballadors especialment sensibles a determinats riscos.	16
2.4. Discapacitat	17
2.4.1. Concepte	17
2.4.2. Reconeixement	18
2.4.3. Graus	20
2.4.4. Classes	21
2.4.5. Reconeixement de la discapacitat dels afectats de SSC per la jurisprudència del TSJ	21
2.4.6. Quins avantatges suposa dins l'àmbit laboral el reconeixement de discapacitat?	23
2.4.7. Pensió no contributiva per invalidesa	24
3. CONCLUSIONS	24
4. BIBLIOGRAFIA	26

1. Introducció

1.1. Objectius

L'increment en el número de diagnòstics de fibromiàlgia, de síndrome de fatiga crònica, de síndrome de sensibilitat química múltiple, i de la més recent electrohipersensibilitat —agrupats en els Síndromes de sensibilització central— i el desconeixement per part dels afectats o del seu entorn de la normativa legal que en l'àmbit laboral i de seguretat social els hi afecta, així com els drets dels quals, com a pacients, gaudeixen, o que poden obtenir a través d'una sèrie de vies d'acció, i a l'hora, la complexitat i dificultat del procés en el qual han d'endinsar-se les persones que pateixen aquestes malalties, ja sigui per via administrativa com per via judicial, planteja la necessitat de fer una anàlisi de la situació legal laboral dels afectats i de les mancances que existeixen actualment en el nostre sistema de reconeixement d'incapacitats i de concessió de prestacions, sobre la base d'un sistema normatiu que genera una indubtable desprotecció a aquest col·lectiu; i de la jurisprudència que, no només reconeix els efectes invalidants o incapacitants d'aquestes malalties i els hi concedeix prestacions per incapacitat permanent, sinó que també estableix com ha de realitzar-se la qualificació d'aquestes malalties dins dels graus que estableix la llei a l'hora de reconèixer un percentatge de discapacitat.

1.2. Els síndromes de sensibilització central (SSC). Concepte i malalties incloses

Sota la denominació de síndromes de sensibilització central (SSC) s'agrupen, segons alguns autors, un conjunt de més de cinquanta malalties que podrien tenir un origen fisiopatològic comú¹.

Quatre de les malalties incloses en els síndromes de sensibilització central², i que probablement són les més paradigmàtiques, i en conseqüència, entorn a les quals versarà aquest treball, són la fibromiàlgia (FM), el síndrome de fatiga crònica (SFC), el síndrome de sensibilitat química múltiple (SQM)³, i la electrohipersensibilitat (EHS)⁴.

Aquests síndromes presenten alguns símptomes comuns. Així, per exemple, el doctor Muhammad B. Yunus⁵ del Col·legi de Medicina de la Universitat de Illinois (Estats Units) les defineix com a “diferents i “diferenciades” però amb “quatre punts en comú”: anormal sensibilització del sistema nerviós central, hipòxia cel·lular, disfunció mitocondrial i excés d'òxid nítric⁶. També és freqüent que persones que tenen una d'aquestes malalties puguin acabar tenint-ne una altra en més o menys grau d'afectació. De fet, el doctor Joaquín Fernández-Solá, coordinador de la Unitat de Fatiga Crònica de l'Hospital Clínic de Barcelona ha afirmat que de la observació d'un grau de superposició molt alt entre la FM i el SFC es postula que aquestes dues malalties poden ser manifestacions de la mateixa malaltia i no dues malalties diferents⁷.

¹ DIRECCIÓ GENERAL D'ORDENACIÓ I REGULACIÓ SANITÀRIES, GENERALITAT DE CATALUNYA, Fibromiàlgia, Síndrome de fatiga crònica, Síndrome de sensibilitat química múltiple. Barcelona: Direcció General d'Ordenació i Regulació, 1 de juliol de 2015. pàg. 4.

² ESCUDERO PEINADOR, M. *Sensibilización Central. Nexo común de Fibromiálgia, Fatiga Crónica, Sensibilidad Química Múltiple y Electrohipersensibilidad*. en *Revista Enfermería CyL*, Vol. 3-Nº 2, 2011. pàg. 35.

³ DIRECCIÓ GENERAL D'ORDENACIÓ I REGULACIÓ SANITÀRIES, GENERALITAT DE CATALUNYA, Fibromiàlgia, Síndrome de fatiga crònica, Síndrome de sensibilitat química múltiple. *op. cit.* p. 4.

⁴ El Tribunal Superior de Justícia de Madrid, en sentència de 6 de juliol de 2016 rec. núm. 327/2016) va concedir a un enginyer de telecomunicacions que diu patir electrosensibilitat la incapacitat permanent total per a la seva professió i el dret a percebre una pensió equivalent al 55% de la seva base reguladora.

⁵ YUNUS M.B., *Fibromiálgia Froniters*, vol.9, nº 3, 2001.

⁶ ALMODÓVAR M.A., *Fibromiálgia y síndrome de fatiga crónica*. Ediciones Nowtilus, S.L., 2011. pàg. 26.

⁷ *Ídem*.

1.2.1. Fibromiàlgia (FM)

La fibromiàlgia és una malaltia que es caracteritza, entre d'altres, pel dolor, la fatiga i els trastorns del son, i que pot arribar a afectar de manera significativa la salut i la qualitat de vida de les persones que la pateixen. Les persones afectades per aquest síndrome tenen serioses dificultats per realitzar aquells treballs en què s'exigeixin, bé esforços físics continus, realització de moviments repetitius de l'aparell múscul esquelètic, manteniment de postures prolongades, submissió a factors ambientals perjudicials, i tasques que requereixin d'especial concentració, així com aquells en què es donin situacions d'estrès⁸.

La falta de formació o sensibilització i les pròpies característiques de la patologia, en què no existeix, a dia d'avui, un marcador biològic específic i el diagnòstic de la qual és fonamentalment clínic, i que comporta una certa dificultat per establir un diagnòstic de certesa, provoquen un alt grau de desconeixement, tant en la població general com en els professionals sanitaris⁹.

És la causa més comuna de dolor crònic generalitzat musculoesquelètic —en l'àmbit científic es diu que el dolor s'ha cronificat quan no es correlaciona amb l'estímul que originàriament el va desencadenar¹⁰—. A Espanya, la prevalença se situa al voltant del 2,4% de la població adulta major de 20 anys. És molt més freqüent en la dona que en l'home, de 6 a 8 vegades més. Acostuma a presentar-se entre els 35 i els 55 anys però pot fer-ho en qualsevol etapa de la vida, fins i tot s'ha descrit en nens i adolescents¹¹.

1.2.2. Síndrome de fatiga crònica o encefalomièlitis miàlgica (SFC)

El síndrome de fatiga crònica és una malaltia complexa i crònica que es caracteritza per una fatiga intensa de més de sis mesos de durada, de nova aparició, sense causa coneguda, que no disminueix amb el descans i que pot empitjorar amb l'activitat física i mental, acompanyada sovint per altres símptomes relacionats. Es caracteritza per causar una fatiga greu; son no reparador; intolerància a la llum, al so i als canvis de temperatura; dolor muscular i en les articulacions; faringitis crònica; trastorns cognitius, pèrdua substancial de concentració i memòria; desorientació espacial; intolerància a l'estrès emocional i a l'activitat física, entre altres manifestacions¹².

1.2.3. Hipersensibilitat; intolerància ambiental idiopàtica, síndrome de hipersensibilitats químiques o síndrome de sensibilitat química múltiple (SSQM)

El síndrome de sensibilitat química múltiple és una malaltia crònica d'etiologia i patogènia desconegudes¹³. Es caracteritza per l'aparició de diferents símptomes després de l'exposició a

⁸ OJEDA GIL J.A., DÍEZ M.R., "Consideraciones acerca del síndrome fibromiálgico y su repercusión sobre la incapacidad laboral", en Revista Jurisdicción Social, núm. 1, 2002.

⁹ Direcció General d'Ordenació i regulació Sanitàries, *op. cit.*, p. 4.

¹⁰ OJEDA GIL, J. A., *Valoración Médica de la Incapacidad o Discapacidad de la Fibromialgia y Fatiga Crónica*. Ponencia presentada en Madrid, el 06.06.08, en el Congreso Nacional de Fibromialgia y Fatiga Crónica. pàg. 4.

¹¹ BRANCO J.C.; BANNWARTH B.; FAILDE I.; ABELLO CARBONELL J.; BLOTMAN F.; SPAETH M.; et al. Prevalence of fibromyalgia: a survey in five European countries. *Semin Arthritis Rheum*. Jun; 39 (6), 2010. pàg.5

¹² Direcció General d'Ordenació i regulació Sanitàries, *op. cit.*, p. 4.

¹³ Direcció General d'Ordenació i regulació Sanitàries, *op. cit.*, p. 4.

nivells reduïts de substàncies químiques artificials, tot i que encara no existeix una definició àmpliament acceptada¹⁴. Aquest trastorn pot afectar individus que han patit un sol episodi o episodis repetits d'un accident químic, com una intoxicació amb un dissolvent o un pesticida. Posteriorment, molts tipus de contaminants mediambientals presents en l'aire, els aliments o l'aigua poden provocar una gran varietat de símptomes a dosis inferiors a les que causen reaccions tòxiques en altres persones. Encara que potser no hi hagi una alteració quantificable en òrgans específics, les molèsties donen lloc a disfunció i discapacitat.

Gran part de les persones afectades manifesten tenir mal de cap, debilitat, problemes de memòria, falta d'energia, congestió nasal, mal o compressió a la gola i molèsties en les articulacions —dels sistemes nerviós central, neuromuscular, respiratori, i esquelètic, respectivament—, mentre que un percentatge més reduït refereixen altres símptomes d'altres sistemes orgànics, com són dolor abdominal, nàusees, trastorns visuals, opressió pectoral, entre d'altres¹⁵.

Resulta interessant, a mode d'aclariment, que la intolerància ambiental idiopàtica es defineix¹⁶ com un trastorn adquirit amb símptomes recurrents múltiples, relacionat amb múltiples factors ambientals tolerats per la major part de les persones i que no s'explica per cap trastorn metge o psiquiàtric. La seva amplitud és més gran que la del síndrome de sensibilitat química múltiple —i que la de malaltia ambiental (EA), inclús —, denominacions a què hauria de substituir, encara que amb les seves variants encara se segueixen emprant¹⁷.

Mentre que la FM i SFC, són considerades com malalties comuns —no derivades del treball—, alguns casos de SSQM han estat considerats accident de treball, en haver quedat provat que van debutar arran de la intoxicació per determinats productes químics, presents en l'ambient laboral dels afectats¹⁸.

1.2.4. Electrohipersensibilitat o Sensibilitat Electromagnètica (EHS)

Es tracta d'una malaltia no plenament reconeguda¹⁹. No obstant, el Ministeri de Sanitat —espanyol— ho ha qualificat en la seva versió de la classificació internacional de malalties CIM-9-MC²⁰ dins el grup d'al·lèrgies no específiques (codi 995.3); al·lèrgia que provoca en qui la pateix pèrdua de tolerància induïda per, a manera de focus més recurrents, la contaminació radioelèctrica, telèfons sense fil, antenes de telefonia mòbil, WIFI, que obliga a qui el pateix a reduir al màxim la seva exposició en els entorns domèstic i laboral i evitar llocs amb contaminació electromagnètica²¹.

¹⁴ OIT, Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, Organización Internacional del Trabajo. Vol. I, 13 Condiciones del entorno, pág. 13.6.

¹⁵ OBIOLS QUINTO, J., NTP 557 Intolerancia ambiental idiopática (IAI): sensibilidad química múltiple (AQM) y fenómenos asociados. [ed.] Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. 2000. pág. 3.

¹⁶ SPARKS, P.J.,. "Idiopathic environmental intolerances", en Overview. 2000. págs. 497-510. págs. 497-510.

¹⁷ Quinto, J. Obiols. *op. cit.*, p.3.

¹⁸ STSJ Madrid, de 22 de febrer de 2012 rec. núm. 5702/2011.

¹⁹ DE LA ROSA, R. *La enfermedad silenciada*. Ediciones i. 2014. pág. 21.

²⁰ MINISTERIO DE SANIDAD, Clasificación Internacional de Enfermedades 10.^a Revisión, Modificación Clínica.

[en línea], disponible a <http://eciemaps.mspsi.es/ecieMaps/browser/index_10_mc.html>. [Consulta: 8 d'octubre 2016].

²¹ STSJ Madrid, de 6 de juliol de 2016. rec. núm. 327/2016.

2. Drets de les persones amb capacitat limitada per motiu de la seva malaltia i requisits necessaris per optar a ells

El reconeixement de les limitacions que ocasionen aquestes malalties pot generar una sèrie de drets, així com beneficis i percepcions econòmiques de caràcter contributiu i no contributiu, que poden afavorir la situació de la persona que la pateix, que ha vist limitada la seva capacitat per al desenvolupament de les seves activitats. Exposarem a continuació quines són aquestes opcions i analitzarem quins són els principals problemes o dificultats que presenta aquest reconeixement en el cas del afectats pels SSC.

2.1. Incapacitat temporal (IT)

2.1.1. Concepte. Beneficiaris i requisits

La prestació per incapacitat temporal (IT) és un subsidi diari que cobreix la pèrdua de rendes mentre el treballador es troba impossibilitat temporalment per a treballar i rep assistència sanitària de la Seguretat Social²².

Quan la limitació per al desenvolupament de l'activitat no és definitiva, el Reial Decret Legislatiu 8/2015 (en endavant LGSS)²³, reconeix al treballador el dret d'acollir-se a un període d'incapacitat temporal (IT), sent situacions determinants de la mateixa, les malalties, comunes o professionals, i els accidents, siguin o no de treball, mentre el treballador estigui impedit per al treball i rebi assistència sanitària de la Seguretat Social, i els períodes d'observació per malaltia professional en els quals es prescriu la baixa en el treball durant els mateixos²⁴. En aquest sentit, per tal de definir l'accident no laboral i la malaltia comuna enfront a les contingències professionals resulta suficient eliminar la connexió causal amb el treball²⁵.

Com hem comentat abans, la FM i la SFC, estan considerades com malaltia comuna²⁶, mentre que el SSQM en ocasions ha estat reconegut com a malaltia professional —concepte que trobem en l'art. 116 LGSS²⁷—. En qualsevol cas, totes elles entren dins dels supòsits que preveu la Llei i generen el dret a acollir-se a aquest període —de baixa mèdica—, que com veurem, és la opció que menys dificultats origina en comparació amb la resta d'opcions.

Poden ser beneficiaris els treballadors afiliats i en alta, o en situació assimilada a l'alta²⁸ en el règim general de la Seguretat Social, mentre es rebi assistència sanitària de la Seguretat Social i s'estigui impedit per al treball²⁹. Es requereix haver cotitzat almenys 180 dies dels 5 anys anteriors a la data de la baixa, en tractar-se de malaltia comuna³⁰.

En els casos excepcionals que, com hem comentat, el SSQM es considera derivat d'accident laboral no s'exigirà aquest període de cotització³¹.

²² [seg-social.es](http://www.seg-social.es), [en línia], disponible a <http://www.seg-social.es/Internet_1/Masinformacion/Tramites_yGestiones/PrestaciondelIncapac44667/index.htm>. [Consulta: 7 d'octubre 2016].

²³ Reial Decret Legislatiu 8/2015, de 30 d'octubre, que aprova el text refós de la Llei General de la Seguretat Social.

²⁴ Art. 169 LGSS.

²⁵ BOROBIA FERNÁNDEZ C., *Valoración médica y jurídica de la incapacidad laboral*. LA LEY, 2007. Pág. 59

²⁶ Entre d'altres, STSJ Astúries, de 15 de novembre de 2016 rec. núm. 2091/2016; STSJ Castella-Lleó, de 10 de novembre de 2016 rec. núm. 1476/2016; STSJ Aragó, de 9 de novembre de 2016 rec. núm. 661/2016.

²⁷ BENAVIDES VICO A., *Análisis práctico de las prestaciones de la Seguridad Social*. Lex Nova. 2008. pág. 40.

²⁸ Art. 172, 169 i 165.1.

²⁹ Arts. 172, 169.1.a i 165.1.

³⁰ Art. 172.a LGSS.

³¹ Art. 172.b LGSS.

Finalment, en el cas dels treballadors contractats a temps parcial, per acreditar el període de cotització s'apliquen les regles establertes a l'art. 247 LGSS.

La durada màxima de la situació és de 365 dies³², prorrogables per altres 180 dies quan es presumeix que durant aquests el treballador pot ser donat d'alta mèdica per curació. Considerant-se que existeix recaiguda —en el mateix procés— quan es produeix una nova baixa mèdica per la mateixa o similar patologia dins els 180 dies naturals següents a la data d'efectes de l'alta mèdica anterior.

El dret al subsidi s'extingeix pel transcurs del termini màxim de 545 dies naturals des de la baixa mèdica; per alta mèdica per curació o millora que permeti al treballador realitzar el seu treball habitual; per ser, el treballador, donat d'alta amb o sense declaració d'incapacitat permanent; pel reconeixement de la pensió de jubilació; per la incompareixença injustificada a qualsevol de les convocatòries per als exàmens i reconeixements establerts pels metges adscrits a l'Institut Nacional de la Seguretat Social (INSS) o de la mútua col·laboradora amb la Seguretat Social; o per defunció.

2.1.2. Mecanismes de reclamació contra l'alta mèdica en funció del moment temporal en el qual s'ha emès l'alta, de l'organisme i de la contingència que la motiva:

2.1.2.1. Procediment de disconformitat contra l'alta mèdica emesa per l'INSS o, si escau, de l'Institut Social de la Marina (ISM)

El Reial Decret 140/2009³³, regula el procediment de disconformitat del beneficiari amb l'alta mèdica emesa per les Entitats Gestores de la Seguretat Social, a l'empara de l'art. 128.a) LGSS³⁴. Així, l'interessat pot manifestar la seva disconformitat en el termini màxim de 4 dies naturals següents a la notificació de la resolució. Aquesta disconformitat s'ha de fer en el model aprovat a aquest efecte per la corresponent entitat gestora, que estarà a disposició dels interessats a les corresponents pàgines web d'aquestes entitats

És una opció possible quan l'alta mèdica s'emet als 12 mesos de durada de la situació de IT i per tant, pels òrgans competents de les entitats gestores de la Seguretat Social (l'INSS).

2.1.2.2. Procediment de revisió de les altes mèdiques emeses per les mútues d'accidents de treball i malalties professionals de la Seguretat Social i per les empreses col·laboradores

Amb anterioritat a l'esgotament del termini de 12 mesos de durada d'aquesta situació, l'interessat pot iniciar davant l'entitat gestora competent, el procediment administratiu especial de revisió de l'alta —la norma, però, disciplina de mode confús i més complicat el procediment administratiu de revisió de les altes mèdiques expedides en els processos d'incapacitat temporal³⁵—. L'interessat pot instar la revisió de l'alta mèdica en el termini de 10 dies naturals següents al de la notificació (Disp. Final 3^a RD 625/2014)³⁶, mitjançant sol·licitud davant l'entitat

³² L'Ordre ESS / 1187/2015, de 15 de juny, per la qual es desenvolupa el Reial Decret 625/2014, de 18 de juliol, regula determinats aspectes de la gestió i control dels processos per incapacitat temporal en els primers 365 dies de durada.

³³ Art. 3 Reial Decret 1430/2009, de 11 de setembre, pel qual es desenvolupa reglamentàriament la Llei 40/2007, de 4 de desembre, de mesures en matèria de Seguretat Social, en relació amb la prestació d'incapacitat temporal.

³⁴ FOLGUERA CRESPO J.A., SALINAS MOLINA F., SEGOVIANO ASTABURUAGA M.L., Y OTROS, *Comentarios a la Ley Reguladora de la Jurisdicción Social*, 2011. Lex Nova. pág. 533.

³⁵ *Ídem*.

³⁶ RD 625/2014 de 18 de juliol, pel qual es regulen determinats aspectes de la gestió i control dels processos per incapacitat temporal en els primers 365 dies de la seva durada.

gestora competent, en la qual manifestarà els motius de la seva disconformitat amb l'alta. La sol·licitud està disponible a la pàgina web de les corresponents entitats gestores, i a la mateixa s'haurà d'acompanyar necessàriament l'historial mèdic previ relacionat amb el procés d'incapacitat temporal de què es tracti o, si escau, còpia de la sol·licitud de l'esmentat historial a l'entitat col·laboradora³⁷.

2.1.2.3. Reclamació prèvia a la demanda en matèria de prestacions de Seguretat Social

És requisit necessari per a formular demanda en matèria de prestacions de Seguretat Social, la interposició de reclamació prèvia³⁸ davant l'entitat gestora de les mateixes³⁹. Per tant, a Catalunya procedeix quan l'alta l'ha emès el metge de família o l'Institut Català d'Avaluacions Mèdiques (ICAM).

Amb anterioritat a l'esgotament del termini de 12 mesos de durada de la situació de IT, i quan ha transcorregut el termini —fins als 545 dies— procedeix interposar reclamació prèvia dins del termini de 11 dies des de la notificació de la resolució⁴⁰.

El termini per a la contestació de la reclamació és de 7 dies⁴¹, entenent-se desestimada un cop transcorregut l'esmentat termini.

La demanda s'ha de formular en el termini de 20 dies⁴², —que quan no sigui exigible reclamació prèvia es computarà des de l'adquisició de plens efectes de l'alta mèdica o des de la notificació de l'alta definitiva acordada per l'entitat gestora—, davant el Jutjat del Social del domicili del demandant o del lloc d'emissió de la resolució⁴³.

2.1.2.4. Demanda directa

Procedeix quan l'alta mèdica s'emeta als 12 mesos de durada de la situació de IT, i això perquè la competència correspon en aquests casos als òrgans competents de les entitats gestores de la Seguretat Social (l'INSS) i l'art. 71.1 LRJS, exceptua de la reclamació prèvia els procediments d'impugnació de les resolucions administratives expressades en què s'acorda l'alta mèdica que són emeses per aquests òrgans a l'esgotar-se el termini de durada de 365 de la prestació de IT.

2.1.2.5. Reclamació prèvia per impugnar la denegació de declaració d'incapacitat permanent

Com ja hem comentat anteriorment, amb el transcurs dels 545 dies naturals des de la baixa mèdica, el dret al subsidi s'extingeix, i porta acompanyada la denegació de la declaració d'incapacitat permanent (IP). Arribats a aquest punt, per tant, la opció més aconsellable per reclamar per a la persona afectada per la malaltia, és la impugnació d'aquesta denegació.

³⁷ Art. 4.1 i 2 RD 1430/2009, de 11 de setembre.

³⁸ Art. 71.1 Llei 36/2011, de 10 d'octubre, reguladora de la jurisdicció social.

³⁹ INSS, i a Catalunya, l'Institut Català d'Avaluacions Mèdiques (ICAM) o Institut Català de Salut (ICS).

⁴⁰ Art. 71.2 par.2 LRJS.

⁴¹ ILUSTRE COLEGIO DE ABOGADOS DE MADRID, *Cuestiones procesales en la jurisdicción social*. 2015. pág. 9

⁴² *Ídem*.

⁴³ Art. 10 LRJS.

2.2. Incapacitat permanent (IP)

2.2.1. Concepte i graus

La incapacitat permanent⁴⁴ (IP) en la seva modalitat contributiva és la situació del treballador que, després d'haver estat sotmès al tractament prescrit i d'haver estat donat d'alta mèdicament, presenta reduccions anatòmiques o funcionals greus, susceptibles de determinació objectiva i previsiblement definitives, que disminueixin o anul·lin seva capacitat laboral⁴⁵. Implica, doncs, la consideració de que no resulta possible la recuperació del pacient que, a causa de la malaltia i les limitacions que aquesta li ocasiona, no pot tornar a desenvolupar la seva activitat laboral.

Pot derivar d'accident, laboral o no laboral, malaltia professional —alguns casos de SFC— o malaltia comuna —FM i SFC—.

La incapacitat permanent, qualsevol que sigui la causa determinant, es classifica d'acord amb uns graus⁴⁶:

1) Incapacitat permanent parcial per a la professió habitual⁴⁷: és la que, sense arribar al grau de total, ocasiona al treballador una disminució no inferior al 33% en el seu rendiment normal per a la professió, sense impedir-li la realització de les tasques fonamentals de la mateixa.

Si al treballador se li reconeix la IP parcial, aquest percebrà un únic pagament, corresponent a 24 mensualitats de la base reguladora —quantitat que variarà en cada cas, depenent dels anys cotitzats i de les característiques del procés que ha donat lloc a la incapacitat —⁴⁸.

2) Incapacitat permanent total per a la professió habitual: és la que inhabilita al treballador per a la realització de totes o de les fonamentals tasques d'aquesta professió, sempre que pugui dedicar-se a una altra de diferent.

La quantitat mensual a percebre, com a pensió vitalícia, correspon al 55% de la base reguladora —més el 20% en cas de tenir 55 anys o més i no tenir possibilitat d'un altre treball —, en 14 pagues anuals⁴⁹.

3) Incapacitat permanent absoluta per a tot treball: és la que inhabilita completament al treballador per a tota professió o ofici.

Es percep, com a pensió vitalícia (art. 196.3 LGSS) el 100% de la base reguladora; en 14 pagues anuals⁵⁰.

⁴⁴ BENAVIDES VICO A., *Análisis práctico de las prestaciones de la Seguridad Social*. op.cit. p. 253.

⁴⁵ Art. 193.1 LGSS.

⁴⁶ Disp. transitòria vintè sisena.1 LGSS.

⁴⁷ S'entén per professió habitual, en cas d'accident, sigui o no de treball, l'exercida normalment pel treballador en el moment de patir-lo. en cas de malaltia comuna o professional, aquella a la qual el treballador dedicava la seva activitat fonamental durant el període de temps, anterior a la iniciació de la incapacitat, que es determini (Disp. transitòria vintè sisena.1 LGSS).

⁴⁸ Art. 9 Decret 1646/1972, de 23 de juny, per a l'aplicació de la Llei 24/1972, de 21 de juny, en matèria de prestacions del règim general de la Seguretat Social.

⁴⁹ Art. 196.2 LGSS.

⁵⁰ Art. 17 Ordre de 15 d'abril de 1969 per la qual s'estableixen normes per a l'aplicació i desenvolupament de les prestacions per invalidesa en el Règim General de la Seguretat Social.

4) Gran invalidesa: és la situació del treballador afectat d'incapacitat permanent i que, per conseqüència de pèrdues anatòmiques o funcionals, necessiti l'assistència d'una altra persona per realitzar els actes més essencials de la vida, com ara vestir-se, desplaçar-se, menjar o anàlegs.

Es té dret al 150% de la base reguladora —és a dir, el 100% de la incapacitat Permanent Absoluta més el 50% per la gran invalidesa—. En principi aquest 50% d'increment va destinat a abonar l'assistència que li presta una persona a l'invàlid⁵¹.

2.2.2. Dret a la declaració d'incapacitat permanent

Per optar a una incapacitat permanent, en el cas de la FM i el SFC —i de qualsevol altra malaltia comuna— és necessari tenir menys de 65 anys —encara que es pot excedir aquesta edat en el cas de no reunir encara els requisits exigits per accedir a la pensió de jubilació—; estar afiliats i en alta a la Seguretat Social o en situació assimilada a l'alta —excepte en el cas de la incapacitat permanent absoluta, a la qual es pot optar a determinades situacions, sense complir aquest requisit —; a més —excepte en els casos que el SSQM es considera derivada de accident de treball— s'ha de tenir cobert un període mínim de cotització amb anterioritat a la sol·licitud, sense el qual no es tindrà dret a la prestació. Aquest període mínim dependrà de l'edat. Si la persona té menys de 31 anys d'edat, la tercera part del temps transcorregut entre la data en què va complir els 16 anys i la del fet causant de la pensió —la malaltia—. A partir dels 31 anys no podrà ser inferior a 5 anys i, almenys una cinquena part del mateix haurà de pertànyer als últims 10 anys de cotització⁵².

En el cas de la IP parcial, el període mínim de cotització exigible és de 1800 dies, que han d'estar compresos també en els 10 anys immediatament anteriors a la data en què s'hagi extingit la incapacitat temporal de la qual es derivi la incapacitat permanent.

El procediment pot ser iniciat principalment a petició del propi interessat, per la mútua d'accidents de treball i malalties professionals, o per l'INSS. I la declaració de la situació d'IP l'efectuen les direccions provincials de l'INSS a través dels equips de valoració d'incapacitats (EVI⁵³), en totes les fases del procediment.

Es pot accedir a la prestació, des de la situació d'incapacitat temporal per esgotament del termini de 12 mesos amb dues pròrrogues de 6 mesos com a màxim; per alta amb proposta d'incapacitat, i també sense estar en prèviament situació de incapacitat temporal, si la malaltia ocasiona una pèrdua irreversible de la nostra capacitat laboral.

2.2.3. Reclamació administrativa i judicial davant la resolució desfavorable o favorable sobre la incapacitat permanent

Quan l'INSS emet resolució per la qual es denega la sol·licitud o la concedeix però s'està en desacord amb la mateixa, per exemple, amb el grau d'incapacitat, la base reguladora, o altra condició, caldrà que interposem, davant l'INSS i en el termini de 30 dies des de la notificació de

⁵¹ Art. 18 Ordre de 15 d'abril de 1969.

⁵² Art. 195 LGSS.

⁵³ A Catalunya l'Institut Català d'Avaluació Mèdiques (ICAM) fa les funcions dels EVI.

la resolució, reclamació prèvia a la demanda judicial que, de ser denegada per l'INSS —fet que generalment succeeix —, constituirà el final de la via administrativa. Posteriorment iniciarà la via judicial amb una demanda al Jutjat del Social, a la qual caldrà adjuntar la original de la reclamació prèvia, que terminarà amb una vista oral.

És molt important que la reclamació prèvia contingui de manera exhaustiva totes les patologies del treballador; doncs, allò que no estigui al·legat en la reclamació prèvia no podrà ser al·legat posteriorment, ni en la demanda ni en el judici.

Arribats a aquest punt, el jutge precisarà de proves en què recolzar-se a l'hora de dictar sentència. I, en el cas concret dels SSC, ens trobem amb la dificultat que, en ser el diagnòstic purament clínic, és a dir, que no existeixen proves mèdiques que determinen l'existència de la malaltia, ni tampoc la seva gravetat, serà necessari aportar dels corresponents informes mèdics. Concretament, l'informe dels especialistes: un reumatòleg en el cas de la FM i un internista en el SFC i el SSQM. Caldrà aportar els informes de les corresponents unitats del dolor, en el cas d'haver hagut de recórrer a elles.

És absolutament fonamental una relació entre el lletrat i els metges intervinents per fonamentar el petitum de la demanda. També és fonamental per a la preparació de les proves que s'aportaran en judici.

La pericial caldrà que sigui honesta i clara, elaborada per part d'un bon clínic que sigui a l'hora un bon perit⁵⁴ —expert en la matèria i escollit exclusivament per a la pericial—, que actuï amb precisió, que actuï amb bona voluntat i amb professionalitat, i elabori un bon dictamen mèdic laboral que analitzi les dolències des de la perspectiva funcional i en un llenguatge comprensible, dirigit a un professional del dret i no de la medicina, evitant, un mer informe mèdic, amb molts tecnicismes. Així, el peritatge ideal haurà de ser d'objectiu, concís, clar, coherent, complet i no corporatiu⁵⁵.

Pot resultar aconsellable l'elaboració d'una descripció del lloc de treball per tècnics en prevenció de riscos, la declaració de testimonis, o inclús, la presència del beneficiari —encara que normalment no intervé—, ja que de vegades es dona especial importància al propi reconeixement judicial que pot contribuir de forma a la convicció del jutge respecte a la situació incapacitant i la seva transcendència.

2.2.4. Dificultats a l'hora d'aconseguir la qualificació d'incapacitat permanent en els SSC

Les persones afectades pels SSC troben una sèrie de dificultats a l'hora que les sigui concedida la situació d'IP i en conseqüència, gaudir del dret a la prestació econòmica per aquesta causa.

Un dels principals inconvenients neix de la mateixa definició d'incapacitat que conté l'art. 193.1 LGSS, en virtut del qual, la incapacitat permanent contributiva és la situació del treballador que, després d'haver estat sotmès al tractament prescrit, presenta reduccions anatòmiques o funcionals greus, susceptibles de determinació objectiva i previsiblement definitives, que disminueixin o anul·len la seva capacitat laboral.

⁵⁴ LÓPEZ-TAMÉS IGLESIAS, R. La valoración incapacitante de la fibromialgia y del síndrome de fatiga crónica en el ámbito administrativo y en el judicial. El derecho.com. 5 abril 2012, [en línia], disponible a <http://www.elderecho.com/laboral/valoracion-incapacitante-fibromialgia-administrativo-judicial_11_397180007.html>.
[Consulta: 8 octubre 2016].

⁵⁵ OJEDA GIL, J. A., Valoración Médica de la Incapacidad o Discapacidad de la Fibromialgia y Fatiga Crónica. *op. cit.*, p.3.

Els SSC s'han vingut considerant de difícil objectivació donat el seu caràcter simptomàtic, la pura subjectivitat del dolor i la impossibilitat d'identificar-les a través de proves de laboratori o radiològiques. I aquesta circumstància ha comportat un cert recel per part de les institucions, tant administratives com judicials, qualificant als afectats com a simuladors, procurant-se — i utilitzant com a justificació— una protecció davant possibles reclamacions fraudulentament. Però l'existència de nous mètodes científics, ha suposat la desmesura i injustificació d'aquests prejudicis.

El Tribunal Superior de Justícia de Catalunya⁵⁶, ha reconegut que tant la bateria neurocognitiva o neuropsicològica de Waiss III, les proves ergonòmiques, el test de reserva aeròbic, i les proves d'avaluació de reserva funcional són suficients per acreditar limitacions laborals que impliquin una incapacitat permanent absoluta.

D'altra banda, per a la comunitat científica, la biomecànica —que a Catalunya utilitza l'ICAM— no és la prova idònia per mesurar els SSC, la qual cosa ha estat ratificat pels Tribunals Superiors de Justícia. Concretament el Tribunal Superior de Justícia de Catalunya⁵⁷ ha admès que aquesta prova es “revela insuficient per contradir la objectivada constatació” de la malaltia i “la seva reiterada gravetat i conseqüent funcional repercussió”.

Un altre dels grans problemes que es troben els afectats a l'hora d'aconseguir la prestació —sobretot en la via administrativa— és que el barem que s'utilitza per valorar la discapacitat, i que està regulat en el Reial Decret 1971/1999⁵⁸, com després veurem en tractar el tema de la discapacitat i la interpretació de l'aplicació de la norma que realitzen els Tribunals.

En relació al barem de les prestacions no contributives. Malgrat que el RD 1971/1999, al seu Annex I, disposa que se segueix la Classificació Internacional de Malalties⁵⁹ i tant la FM, com el SFC i el SSQM es troben dins d'ella, l'annex I.A no inclou aquestes patologies; obligant a valorar-les com si els seus símptomes constituïssin dolències autònomes i sí previstes⁶⁰. La utilització de la taula de valors combinats, inclús quan s'apliquen els factors socials complementaris, en la majoria dels casos tampoc permet superar el 45% o 50% de minusvalidesa, que resulta insuficient per aconseguir una incapacitat no contributiva, doncs per a tal efecte s'exigeix el 65%⁶¹. Aquesta circumstància suposa un factor important de discriminació per als malalts que pateixen SSC.

Però existeixen escales per a la gradació. El Col·legi Oficial de Metges de Barcelona⁶² atès que en les diferents escales emprades en la gradació de la malaltia valors donen diversos, va elaborar una escala d'afectació funcional, que va del grau I —afectació lleu— al grau IV —afectació molt greu— segons la progressió en intensitat de la malaltia:

⁵⁶ SSTSJ Catalunya, de 15 de maig de 2013, rec. núm. 2469/2013; de 20 juny de 2016 rec. núm. 1603/2016; i de 23 de març de 2015 rec. núm. 7270/2014.

⁵⁷ STSJ Catalunya, de 22 d'octubre de 2015 núm. rec. 4068/2015.

⁵⁸ Reial Decret 1971/1999, de 23 de desembre de procediment per al reconeixement, declaració i qualificació del grau de discapacitat.

⁵⁹ Des de l'1 gener 2016 ho ve sent la CIM-10-MC (denominada oficialment CIE-10-ES). Però la seva implantació està sent progressiva. Per tant, durant un període de transició indeterminat coexistiran les dues CIM-MC a Espanya, el que significa que mentre que en algunes zones i centres sanitaris es mantindrà durant un temps encara la CIM-9-MC, en altres llocs ja està operativa la CIM -10-ES. Així a la CIE-9-MC (la FM es classifica amb el codi 729.1; SFC el codi 780.71; i SQM codi 995.3); mentre que en la CIM-10-ES (la FM codi M79.7; SFC codi G93.3 i SQM codi T78.40). *Ministeri de Sanitat*, [en línia], disponible a <http://eciemaps.mspsi.es/ecieMaps/browser/index_10_mc.html>. [Consulta: 8 octubre 2016].

⁶⁰ LÓPEZ-TAMÉS IGLESIAS, R. *La valoración incapacitante de la fibromialgia y del síndrome de fatiga crónica en el ámbito administrativo y en el judicial. op. cit.*

⁶¹ Art. 363.1.c) LGSS

⁶² COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA, “Fibromiàlgia i síndrome de fatiga crònica”. Quaderns de la Bona Praxi, num. 24, 2007. pàg.17.

- GRAU I: Fatiga ocasional o oscil·lant, sense limitació significativa (<50 %) en l'activitat laboral i Activitats de Vida Diària (AVD)
- GRAU II: Fatiga persistent, oscil·lant, però sense millora, amb marcada repercussió (>50 %) en l'activitat laboral i també en AVD
- GRAU III: Fatiga important que no permet ni ocasionalment realitzar cap activitat laboral i que limita en més d'un 80% les AVD
- GRAU IV: Fatiga extrema que precisa de l'ajut d'altres persones per a les activitats personals bàsiques i que impossibilita l'autonomia en les AVD

Però aquests obstacles no són els únics amb els quals es troben els afectats per SSC i els seus representant legals a l'hora d'aconseguir una prestació econòmica per cobrir les necessitats en la convivència amb la malaltia. No tenir una professió habitual definida i no pertànyer a una categoria professional determinada, i la lentitud del procés, ja no només quan s'arriba a la via judicial i posteriorment a la via judicial, si no per la complexitat i les dilacions fins que la persona obté el diagnòstic d'aquestes malalties.

2.2.5. Concessió d'incapacitat permanent als malalts de SSC pel Tribunal Superior de Justícia

Un percentatge molt elevat de les incapacitats denegades en via administrativa s'impugnen en via judicial, i en la major part dels casos, s'han de recórrer davant els Tribunals Superiors de Justícia⁶³.

El Tribunal Superior de Justícia Catalunya⁶⁴, va reconèixer l'etiologia laboral del SSQM que patia una treballadora, auxiliar administrativa de professió, i que existia relació de causalitat entre els vapors originats per la sortida de líquid revelador d'una màquina de revelat de RX durant treballs de desconexió per part dels tècnics, i la malaltia que patia, reconeixent a la vegada que, sent provocada inicialment per una exposició inicial a una substància química, generalment en concentracions altes en una primera fase, i una segona fase posterior, quan l'olor en concentracions baixes d'aquesta substància provoca un atac afectant diferents òrgans que posa de manifest l'amplitud de la seva afectació a la capacitat laboral i que, la treballadora es trobava "incapacitada (...) per a la realització de les funcions pròpies de la seva professió habitual de (auxiliar) administrativa, valorant els aspectes propis d'aquesta professió que requereix una càrrega sensorial moderada alta, incompatible amb la simptomatologia de la seva patologia".

En un altre cas⁶⁵, considerant suficientment fundades les valoracions de la malaltia que patia el treballador —fatiga crònica grau III / IV i fibromiàlgia grau III— realitzades per l'Hospital Clínic de Barcelona "per la seva alta qualificació" per sobre del criteri de la Magistrada d'instància i afirmant que no podia "desenvolupar el nucli essencial de qualsevol professió i la seva conseqüència d'obtenir un resultat econòmic apreciable", i va reconèixer a l'actor en situació

⁶³ Inclús es pot recórrer més enllà del TSJ, davant el Tribunal Suprem en un recurs d'unificació de doctrina.

⁶⁴ STSJ Catalunya, de 16 juliol de 2014 rec. núm. 2517/2014.

⁶⁵ STSJ Catalunya, de 7 de febrer de 2014 rec. núm. 4487/2013.

d'incapacitat permanent absoluta per a qualsevol ocupació o ofici amb dret a percebre una prestació mensual equivalent al 100% d'una base reguladora.

El mateix Tribunal⁶⁶ va reconèixer que el SFC III, “que de vegades s'agreuja fins al grau IV, suposa clínicament una limitació marcada fins i tot per a les activitats de la vida quotidiana, no podent treballar el malalt ni tan sols en treballs lleugers i sedentaris”, reconeixent ajustada a dret la declaració de la treballadora com “incapacitada permanent absoluta per a tot treball de l'article 137.5 de la Llei General de la Seguretat Social”.

En altra sentència, aquesta vegada del Tribunal Superior de Justícia de Madrid⁶⁷ ja esmentada anteriorment, el Tribunal definia el SSQM com “la resposta fisiològica d'alguns individus enfront de multitud d'agents i compostos químics diversos i que sol iniciar-se per l'exposició a algun producte químic després de la qual es desenvolupa intolerància fins i tot davant nivells mínims del producte.” I va reconèixer l'origen professional de l'afectació i la incompatibilitat de l'exercici de la professió amb el manteniment de la salut, que, “com a dada objectiva”, determinava la invalidesa permanent.

El Tribunal Superior de Justícia de Madrid⁶⁸, en relació al SSQM “o hipersensibilitat electromagnètica” que diu la sentència, és la “al·lèrgia que provoca en qui la pateix pèrdua de tolerància induïda per, a manera de focus més recurrents, la contaminació radioelèctrica, telèfons sense fil, antenes de telefonia mòbil, WIFI, que obliga a qui el pateix a reduir al màxim la seva exposició en els entorns domèstic i laboral i evitar llocs amb contaminació electromagnètica.” I va declarar al treballador, enginyer de telecomunicacions de professió, en situació d'incapacitat permanent total per a la seva professió habitual “derivada de malaltia comuna amb dret a percebre la prestació econòmica corresponent”.

Finalment, en sentència de 9 de març de 2012, el Tribunal Superior de Justícia de les Illes Balears⁶⁹ que les malalties que patia la treballadora, SSQM en grau moderat-sever, amb una important limitació per a les activitats quotidianes, amb escassa possibilitats terapèutiques, i síndrome ansiós-depressiu, l'incapacitaven “no només per a la realització de les tasques pròpies de la seva professió”, i va afirmar que la incapacitat derivada de l'SSQM que patia l'actora podia “ser molt important i no en tots els casos n'hi ha prou amb evitar l'exposició a productes químics”.

2.3. La protecció de treballadors especialment sensibles a determinats riscos.

L'art. 25 La Llei de prevenció de riscos laborals ⁷⁰, constitueix el desenvolupament intern espanyol de l'art. 15 de la Directiva 89/391/CEE del Consell, de 12 de juny, relativa a l'aplicació

⁶⁶ STSJ Catalunya, de 28 de març de 2013 rec. núm. 4716/2012.

⁶⁷ STSJ de Madrid, de 22 de febrer de 2012 rec. núm. 5702/2011.

⁶⁸ STSJ Madrid, de 6 de juliol de 2016 rec. núm. 327/2016.

⁶⁹ STSJ Balears, de 9 de març de 2012 rec. núm. 842/2011.

⁷⁰ Art. 25 Llei 31/1995, de 8 de novembre, de prevenció de riscos laborals

de mesures per promoure la millora de la seguretat i de la salut dels treballadors en el treball (Directiva Marc)⁷¹

Consagra que els treballadors no seran emprats en els llocs de treball en els quals, a causa de les seves característiques personals, estat biològic o per la seva discapacitat física, psíquica o sensorial degudament reconeguda, puguin ells, els altres treballadors o altres persones relacionades amb l'empresa posar-se en situació de perill o, en general, quan es trobin manifestament en estats o situacions transitòries que no responguin a les exigències psicofísiques dels llocs de treball. Tenint l'empresari l'obligació de garantir de manera específica la protecció dels treballadors que, per les seves pròpies característiques personals o estat biològic conegut, inclosos aquells que tinguin reconeguda la situació de discapacitat física, psíquica o sensorial, siguin especialment sensibles als riscos derivats del treball. Amb aquesta finalitat, ha de tenir en compte aquests aspectes en les avaluacions dels riscos i, en funció d'aquestes, adoptar les mesures preventives i de protecció necessàries. De fet l'empresari ha de tenir en compte en les avaluacions els factors de risc que puguin incidir en la funció de procreació dels treballadors i treballadores, en particular per l'exposició a agents físics, químics i biològics que puguin exercir efectes mutagènics o de toxicitat per a la procreació, tant en els aspectes de la fertilitat com del desenvolupament de la descendència, a fi d'adoptar les mesures preventives necessàries.

2.4. Discapacitat

2.4.1. Concepte

La Llei d'Integració Social dels Minusvàlids (LISMI)⁷² va ser la primera Llei a Espanya que va establir una sèrie de drets socials per a les persones amb discapacitat, configurant-se com una llei marc establint les pautes d'actuació en matèria de discapacitat i com una llei d'obligada referència en ser la primera en la formulació d'una sèrie de drets socials per a les persones amb discapacitat i establint els criteris per a qualificar a una persona com a minusvàlida⁷³. Aquesta Llei fa la primera definició de l'empara especial que reconeix la Constitució⁷⁴ a les persones amb discapacitat.

En aquesta Llei —ara ja derogada—, la discapacitat ve definida per la combinació de limitacions funcionals juntament a factors sensorials⁷⁵; per la repercussió social que es desprèn del seu art. 7, disposant que s'entén per "minusvàlid" tota persona les possibilitats d'integració educativa, laboral o social de la qual es trobin disminuïdes com a conseqüència d'una deficiència, previsiblement permanent, de caràcter congènit o no, en les seves capacitats físiques, psíquiques o sensorials. La norma, si bé empra la terminologia "minusvàlida" i fins i tot la de "disminuït", conté els elements conceptuals de la discapacitat.

Per la seva banda, l'art. 1.2 de la posterior Llei 51/2003, de 2 de desembre⁷⁶—també derogada—, va establir quines persones tenien la consideració de capacitats i quines es consideraven afectades per una minusvalidesa en grau igual o superior al 33 per cent.

⁷¹ PEREZ DE LOS COBOS F., *Ley de prevención de riesgos laborales, comentada y con jurisprudencia*. LA LEY. 2008. pág. 492.

⁷² Llei 13/1982, de 7 d'abril, d'Integració Social dels Minusvàlids (LISMI).

⁷³ BUEDO J.A., *Los centros base y la expedición del certificados de minusvalía*, en *BITS* nº17, 2016.

⁷⁴ Al seu art. 49 estableix que "els poders públics empararan especialment a les persones amb discapacitat per al gaudi dels drets que el títol primer atorga a tots els ciutadans espanyols".

⁷⁵ ASÍS ROIG, R., PALACIOS, A. *Derechos humanos y situaciones de dependencia*. Madrid: Dykinson, 2007. p. 24-25.

⁷⁶ Llei 51/2003, de 2 de desembre, d'igualtat d'oportunitats, no discriminació i accessibilitat universal de les persones amb discapacitat.

El RD 1414/2006 d'1 de desembre⁷⁷ manté el concepte establert en la mateixa.

La Convenció Internacional sobre els drets de les persones amb discapacitat de 13 de desembre de 2006, ratificada per Espanya mitjançant instrument el dia 21 d'abril de 2008⁷⁸ i recolzada per l'Organització de Nacions Unides, suposa el consens terminològic internacional sobre l'ús estandarditzat del terme "discapacitat" i de "persona amb discapacitat".

Finalment, i en la mateixa línia que en les disposicions anteriors, el Reial Decret Legislatiu 1/2013⁷⁹ estableix que es consideren persones amb discapacitat igual al 33%, a tots els efectes, a les persones que tinguin reconeguda una pensió d'invalidesa permanent total, absoluta i gran invalidesa de l'Institut Nacional de la Seguretat Social i als pensionistes i als pensionistes de classes passives que tinguin reconeguda una pensió de jubilació o de retir per incapacitat permanent per al servei o inutilitat.

2.4.2. Reconeixement

La resolució de reconeixement de grau de discapacitat és el document administratiu que acredita la discapacitat.

S'entén acreditada la condició legal de persones amb discapacitat quan aquesta arriba a un percentatge igual o superior al 33% de discapacitat, segons les taules de valoració recollides al Reial Decret 1971/1999.

Com disposa aquesta norma, la qualificació de grau de minusvalidesa constitueix una actuació facultativa única en el que es refereix als equips competents per dur-la a terme i als barems determinants de la valoració.

Per a la definició de la deficiència i la discapacitat que són causants de minusvalidesa, s'ha seguit la proposta de la *World Health Organization, 1980* i la *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*⁸⁰ de l'OMS.

La qualificació de minusvalidesa es fa en termes de graus, i el grau de la minusvalidesa s'ha d'expressar en percentatges⁸¹. Per aquest mesurament s'estableixen una sèrie de barems que es configuren com els annexos⁸² d'aquesta norma, i que es poden classificar en dos tipus: referits a factors mèdics i referits a factors socials⁸³.

Annex 1.A: Barems referits a factors mèdics: Es fixen les pautes per a la determinació de la discapacitat originada per deficiències permanents dels diferents òrgans, aparells o sistemes.

⁷⁷ RD 1414/2006 d'1 de desembre, pel qual es determina la consideració de persona amb discapacitat als efectes de la Llei 51/2003.

⁷⁸ Instrument de Ratificació de la Convenció sobre els drets de les persones amb discapacitat, fet a Nova York el 13 de desembre de 2006.

⁷⁹ Reial Decret Legislatiu 1/2013, de 29 de novembre pel que s'aprova el Text Refós de la Llei General de drets de les persones amb discapacitat i la seva inclusió social.

⁸⁰ WHO.OMS. [en línia], disponible a <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41003/1/9241541261_eng.pdf>. [Consulta: 18 novembre 2016].

⁸¹ VERDUGO M.A., VICENT C., CAMPO M., JORDÁN DE URRÍES B., *Definiciones de discapacidad en España: un análisis de la normativa y legislación más relevante*, en *SID*, 2001. pág. 16.

⁸² La norma estableix els barems en tres annexos: l'annex 1.a (factors mèdics), l'annex 1.b (factors socials), l'annex 2 (necessitat de tercera persona) i l'annex 3 (ús de transports col·lectius).

⁸³ VERDUGO M.A., VICENT C., CAMPO M., JORDÁN DE URRÍES B., *Definiciones de discapacidad en España: un análisis de la normativa y legislación más relevante*, op. cit. p. 16.

La severitat de les limitacions per a les activitats és el criteri fonamental que s'ha utilitzat en l'elaboració d'aquests barems.

La norma diferencia entre discapacitat física i sensorial de la discapacitat psíquica, que es regeix per altres pautes diferents.

Pel que fa a les deficiències físiques, es valoren aquelles deficiències permanents que es poden originar en el: sistema musculoesquelètic (Cap. 2); sistema nerviós (Cap. 3); aparell respiratori (Cap. 4); sistema cardiovascular (Cap. 5); sistema hematopoètic (Cap. 6), aparell digestiu (Cap. 7), aparell genitourinari (Cap. 8), sistema endocrí (Capítol 9), deficiències en la pell (Cap. 10), i neoplàsies (Cap. 11)

Els capítols 12 i 13 de l'annex 1.A, estan dedicats a les discapacitats sensorial i les alteracions del llenguatge (Cap. 14)

El Retard Mental (Cap. 15) i la Malaltia Mental (Cap. 16) són considerades com deficiències psíquiques. Es considera com Malaltia Mental els trastorns mentals orgànics, les esquizofrènies i trastorns psicòtics, els trastorns l'estat d'ànim, els trastorns d'ansietat, adaptatius i somatomorfs, dissociatius i de personalitat.

Annex 1.B: Barems referits a factors socials: S'estableixen els criteris per a avaluar les circumstàncies personals i socials que poden influir sobre la persona discapacitada en sentit negatiu, agreujant la situació de desavantatge originada per la pròpia discapacitat. El grau de minusvalidesa es determina sumant al percentatge de discapacitat resultant de l'aplicació dels barems referits a factors mèdics el que es dedueixi d'aplicar el barem de factors socials⁸⁴. El percentatge mínim de valoració de la discapacitat sobre el qual es pot aplicar el barem de factors socials no pot ser inferior al 25%. Així, quan en els factors de valoració establerts a l'annex 1a, s'obté un percentatge de minusvalidesa del 25%, s'agrega la valoració de les circumstàncies personals i socials, que permeten afegir al percentatge anterior 15 punts més, aconseguint amb això el 33% de minusvalidesa que s'estableix per a ser beneficiari dels drets establerts a la LISMI⁸⁵.

Dins d'aquest barem de factors socials es tenen en compte: l'ambient familiar; el factor econòmic; el factor laboral; el factor cultural; i al factor entorn.

Annex 2: S'estableix el barem per determinar la necessitat d'assistència de tercera persona. Aquí es tenen en compte factors com ara si la persona amb discapacitat és capaç de desplaçar-se per si mateix, si és capaç de cuidar-se, si es comunica o si és capaç de desenvolupar altres activitats pròpies de la casa, si necessita de cures especials i també tenen en compte l'adaptació de la persona amb discapacitat tant a la seva situació personal com social.

Annex 3: Es troba el barem per determinar l'existència de dificultats per utilitzar transports col·lectius.

Es considera com discapacitat aquella que provingui de deficiències permanents, la que resulti com a conseqüència d'un procés patològic, ja sigui aquest congènit o adquirit; i les deficiències permanents, enteses aquestes com les alteracions orgàniques i funcionals no recuperables.

⁸⁴ Els factors socials s'articulen com a complementaris a la suma dels factors mèdics, puntuant en un grau menor. Aquesta part de la valoració, tan sols puntuarà un 15 punts i només se sumaran quan en la valoració mèdica s'hagi obtingut com a mínim un 25%.

⁸⁵ BUEDO J.A., Los centros base y la expedición del certificados de minusvalía, *op. cit.*

Mentre que no es considera com discapacitat el diagnòstic d'una malaltia, sinó la severitat de les conseqüències de aquesta malaltia en el desenvolupament de les AVD, qualsevol que aquesta sigui.

2.4.3. Graus

La qualificació del grau de minusvalidesa es realitza per mitjà dels equips de valoració⁸⁶, que són equips interdisciplinaris, formats, almenys, pel metge, el psicòleg i el treballador social, que poden demanar a professionals d'altres organismes els informes mèdics, psicològics o socials pertinents, per a la formulació dels seus dictàmens. En els informes que emeten aquests equips, han de figurar necessàriament: el diagnòstic, el tipus i el grau de la minusvalidesa, així com les puntuacions dels barems per determinar la necessitat de concurs d'una altra persona i l'existència de dificultats de mobilitat per utilitzar transports públics col·lectius⁸⁷. La condició o el grau de minusvalidesa pot ser revisat, un cop esgotat el termini mínim de dos anys des de la data de la primera resolució⁸⁸.

Amb caràcter general, s'estableixen cinc graus⁸⁹ de discapacitat ordenats de menor a major percentatge, segons la importància de la deficiència i el grau de discapacitat que origina:

Grau 1: Discapacitat nul·la. El símptomes, signes i seqüeles són mínims i no justifiquen disminució de la capacitat de la persona per realitzar les AVD.

Grau 2: Discapacitat lleu. El símptomes, signes i seqüeles justifiquen algunes dificultats per a realitzar les AVD però son compatibles amb la pràctica totalitat de les mateixes.

Grau 3: Discapacitat moderada. El símptomes, signes i seqüeles causen una disminució important o impossibilitat de la capacitat de la persona per realitzar les AVD, essent independent en les activitats d'autocura.

Grau 4: Discapacitat greu. El símptomes, signes i seqüeles causen una disminució important o impossibilitat de la capacitat de la persona per realitzar la majoria de les AVD i pot estar afectada algunes de les activitats d'autocura.

Grau 5: Discapacitat molt greu. El símptomes, signes i seqüeles impossibiliten la realització de les AVD.

2.4.4. Classes

Els graus de discapacitat i les activitats de la vida diària (AVD) constitueixen patrons de referència per a l'assignació del percentatge de discapacitat. Aquest percentatge es determina

⁸⁶ Art. 8 Reial Decret 1971/1999.

⁸⁷ Art. 9 Reial Decret 1971/1999.

⁸⁸ Art. 11.2 Reial Decret 1971/1999.

⁸⁹ MARÍN CALERO C., *La integración jurídica y patrimonial de las personas con discapacidad psíquica o intelectual*. Madrid. Editorial Universitaria Ramón Areces. 2005.pág 146.

d'acord amb els criteris i classes que s'especifiquen en la normativa per a cadascuna de les deficiències. Amb caràcter general s'estableixen 5 categories o classes⁹⁰:

Classe I: S'enquadren en aquesta classe totes les deficiències permanents que han estat diagnosticades, tractades adequadament, demostrades mitjançant paràmetres objectius —dades analítiques, radiogràfics, etc., que s'especifiquen dins de cada aparell o sistema —, però que no produeixen discapacitat. La qualificació d'aquesta classe es 0%.

Classe II: Inclou les deficiències permanents que, complint els paràmetres objectius que s'especifiquen en cada aparell o sistema, originen una discapacitat lleu. A aquesta classe correspon un percentatge comprès entre l'1% i el 24%.

Classe III: Inclou les deficiències permanents que, complint els paràmetres objectius que s'especifiquen en cada un dels sistemes o aparells, originen una discapacitat moderada. A aquesta classe correspon un percentatge comprès entre el 25% i el 49%.

Classe IV: Inclou les deficiències permanents que, complint els paràmetres objectius que s'especifiquen en cadascun dels aparells o sistemes, produeixen una discapacitat greu. A aquesta classe correspon un percentatge comprès entre el 50% i el 70%.

Classe V: Inclou les deficiències permanents severes que, complint els paràmetres objectius que s'especifiquen en cada aparell o sistema, originen una discapacitat molt greu. Suposa la dependència d'altres persones per realitzar les activitats més essencials de la vida diària (AVD), demostrada mitjançant l'obtenció de 15 o més punts en el barem específic. A aquesta categoria se l'assigna un percentatge del 75%.

2.4.5. Reconeixement de la discapacitat dels afectats de SSC per la doctrina judicial dels TSJ:

Existeix una consolidada doctrina que admet que els SSC són invalidants. Tot i això, el reconeixement del percentatge de discapacitat que pertany als qui pateixen aquestes malalties per part dels òrgans corresponents de la comunitats autònomes amb competències en matèria de valoració de situacions de discapacitat i qualificació del seu grau⁹¹ presenta certa dificultat per part dels afectats, doncs aquestes patologies no es troben recollides en els barems del RD 1971/1999 que s'utilitzen per valorar la discapacitat.

El Tribunals Superiors de Justícia, amb pronunciaments en relació al SFC i a la FM han reconegut que aquestes malalties són discapacitants i han aclarit com s'ha de realitzar la seva valoració a efectes del reconeixement de discapacitat:

El Tribunal Superior de Justícia de Madrid en sentència de 30 juny de 2008⁹² va afirmar en relació al SFC que “en no estar expressament recollit en el Reial Decret 1971/1999 s'acudeix per la seva valoració al capítol XVI”.

⁹⁰ MARÍN CALERO C., *La integración jurídica y patrimonial de las personas con discapacidad psíquica o intelectual*. *op. cit.* p. 146.

⁹¹ A Catalunya són el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies i la Direcció General de Protecció Social.

⁹² STSJ Madrid, de 30 de juny de 2008 rec. núm. 502/2008.

En sentència de 27 de juliol de 2012, el Tribunal Superior de Justícia de Catalunya⁹³ va reconèixer que la FM, “a més de ser una malaltia crònica, és discapacitadora i pot arribar a produir incapacitat per al normal funcionament en la vida diària en aquells malalts que arriben a un nivell sever o greu de la malaltia”. I que, en relació als graus, “el grau I suposa una afectació vital lleu, el grau II una afectació vital moderada, i el grau III suposa afectació vital severa, amb marcada interferència en activitats de la vida diària”.

En altra sentència, de 21 juny 2012⁹⁴, el mateix Tribunal reconeixia que un SFC important, en estat III/IV, al costat de FM i trastorn depressiu, si bé, de menor intensitat, “limitaven a la treballadora per a tota professió o ofici”, doncs no estava “en condicions de realitzar una activitat laboral de manera eficaç i continuada”.

En sentència de 18 de octubre de 2010⁹⁵ reconeixia, en la mateixa línia que ho havia fet el Tribunal Superior de Justícia de Madrid en sentència de 30 juny de 2008, esmentada anteriorment, com havia de realitzar-se la valoració del SFC i afegia que cal distingir entre la discapacitat de classe III, moderada, amb una afectació del 25 al 59% “quan hi ha una “Restricció moderada en les activitats de la vida quotidiana ... i en la capacitat per exercir una feina remunerada en el mercat laboral”; i de classe IV, del 60 al 74%, quan concorre una “greu restricció de les activitats de la vida quotidiana”; una “greu disminució de la capacitat laboral, posada de manifest per deficiències importants en la capacitat per mantenir la concentració, continuïtat i ritme en l'execució de les tasques i repetits episodis de deteriorament o descompensació associats a les activitats laborals, com a conseqüència del procés en adaptar-se a circumstàncies estressants. No pot mantenir una activitat laboral normalitzada” i a més “es constaten tots o gairebé tots els símptomes que excedeixen els criteris requerits per al diagnòstic, o algun d'ells són especialment greus”, del 60 al 74%.

Finalment, en sentència de 23 de desembre de 2013⁹⁶ el Tribunal va afirmar que els criteris mèdics utilitzats per determinar l'afectació funcional del SFC crònica són quatre, “en funció de la gravetat de la patologia i la seva incidència tant en l'activitat laboral com en les activitats de la vida quotidiana”, però, i això és l'important en aquesta sentència, “aquesta classificació quant als graus és diferent de les definicions que vénen establertes en el Capítol 1 del RD 1791/1999, sense que existeixi una correlació entre els diferents graus d'una i altra”. És a dir, que quan es descriu la intensitat III del SFC associada a una fibromiàlgia grau II, no s'està fent referència a una intensitat de caràcter moderat, sinó a una fatiga intensa, que no permet realitzar cap activitat mínimament intensa ni continuada, i que no equival a un grau de discapacitat moderada, sinó greu.

Com es pot entendre, la inclusió dels SSC en alguna de les cinc categories establertes en el RD 1971/1999 a fi d'assignar un grau de minusvalidesa a la discapacitat deguda a la malaltia, resulta subjectiu i poc exacte. Per aquest motiu serà molt aconsellable comptar amb un diagnòstic concret i bons informes mèdics que puguin tenir consideració de prova.

⁹³ STSJ Catalunya, de 27 de juliol de 2012 rec. núm. 2806/2012.

⁹⁴ STSJ Catalunya, de 21 de juny de 2012 rec. núm. 5440/2011.

⁹⁵ STSJ Catalunya, de 18 d'octubre de 2010 rec. núm. 5663/2009.

⁹⁶ STSJ Catalunya, de 23 de desembre de 2013 rec. núm. 1979/2012.

2.4.6. Quins avantatges suposa dins l'àmbit laboral el reconeixement de discapacitat?

Amb el reconeixement legal de la situació de discapacitat la persona pot accedir a drets, serveis, programes, prestacions econòmiques i mesures d'acció positiva que l'ordenament jurídic i el sistema de serveis socials destina a les persones amb discapacitat —mesures fiscals, relacionades amb la mobilitat i el transport, serveis socials, relacionades amb la integració laboral, per facilitar l'accés a l'educació, relacionades amb l'habitatge, per l'accés a l'assistència jurídica, i els avantatges vinculats a la targeta acreditativa de la discapacitat—, sent requisit imprescindible tenir una discapacitat igual o superior al 33%.

En relació a la integració laboral, a Catalunya⁹⁷ aquestes mesures consisteixen en:

- Sistema de quota de reserva en l'empresa ordinària i per a l'accés a l'Administració Pública.
- Incentius als quals es poden acollir les empreses per la contractació de persones amb discapacitat: (Deduccions fiscals; bonificacions en la quota empresarial de la Seguretat Social; i subvencions per adaptació de lloc de treball).
- Treball amb suport.
- Entitats i centres especials de treball amb els quals les empreses poden concertar mesures alternatives a la contractació, consistents en donacions o contractes que facilitin la inserció laboral de treballadors discapacitats.
- Enclavaments laborals.
- En el cas del autònoms, la capitalització de l'atur; subvencions per a l'establiment com a autònom; subvenció financera, tècnica i per a la formació.
- Serveis de Suport a la Integració Laboral (SIL).
- Conveni especial per a persones amb discapacitat que tinguin especials dificultats d'inserció laboral.
- Renta Activa d'Inserció per a persones amb discapacitat.
- Reducció de jubilació.
- Mesures de conciliació laboral.
- Pensió no contributiva (PNC) per invalidesa⁹⁸.

2.4.7. Pensió no contributiva (PNC) per invalidesa

⁹⁷ Per a què serveix el reconeixement de la discapacitat (s.n.), [en línia] disponible a <http://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/persones_amb_discapacitat/que_es_i_com_es_reconeix_la_situacio_de_discapacitat/reconeixement_discapacitat/per-a-que-serveix-el-reconeixement-de-la-discapacitat/>. [Consulta: 20 novembre 2016].

⁹⁸ SOTOMAYOR ALARCÓN N., ABASCAL MONEDERO P.J., CHICHARRO RODRÍGUEZ P., NIETO MORALES C., *Guía de protección jurídica de personas mayores, discapacitados, incapacitados y personas en situaciones especiales*. Dykinson. 2015. pág. 61.

La pensió no contributiva per invalidesa⁹⁹ és una prestació econòmica individualitzada, de caràcter periòdic, per a persones que compleixen els requisits establerts al Reial Decret 357/1991¹⁰⁰: ser major de 18 i menor de 65 anys, una discapacitat física, psíquica o sensorial permanent, igual o superior al 65%; residir legalment en territori espanyol almenys durant cinc anys, de dels quals dos immediatament anteriors a la data de sol·licitud de la pensió; no tenir recursos econòmics suficients i no poder acollir-se al sistema contributiu de pensions¹⁰¹. No requereix haver cotitzat a la Seguretat Social.

Quan es tracta de persones amb discapacitat en un grau igual o superior al 75%, i que necessitin l'ajuda d'una altra persona per realitzar els actes més elementals de la vida quotidiana —com per exemple vestir-se o menjar— s'incrementarà la pensió en un 50% sobre la quantia màxima¹⁰².

La competència per a la concessió correspon a l'Institut nacional de Serveis Socials o als òrgans corresponents de les comunitats autònomes als quals se'ls hagués transferit les funcions i serveis d'aquell en el seu territori —o a l'IMSERSO en les que no han estat transferits—.

El procediment per al reconeixement l'inicia la persona interessada, el seu representant o per qui demostrï un interès legítim per actuar en favor de la mateixa. Els serveis mèdics corresponents precedeixen a realitzar una valoració, que es completa amb els factors socials complementaris. I posteriorment s'emet una resolució que pot ser objecte de reclamació prèvia a la via jurisdiccional de l'ordre social.

La percepció de la pensió no impedeix l'exercici d'aquelles activitats —lucratives o no —, compatibles amb l'estat de la persona amb minusvalidesa i que no representen un canvi en la capacitat de treball, però sí existeix obligació de comunicar la situació d'ocupació.

Les rendes que se'n deriven, sumades, si escau, amb altres ingressos del pensionista o dels membres de la unitat econòmica, no poden —en còmput anual— ser superiors a la quantia —també en còmput anual— de la prestació, sense perjudici de que siguin tingudes en compte per a la determinació de la quantia de la pensió.

En relació a la quantia, com estableix la LGSS al seu art. 62, la pensió s'actualitza en la corresponent Llei de pressupostos generals de l'Estat¹⁰³, almenys, en el mateix percentatge que la llei estableix com a increment general de les pensions contributives de la Seguretat Social.

3. Conclusions

Quan arriba el diagnòstic d'aquests síndromes, que afecten majoritàriament al gènere femení, normalment després d'anys de cerca d'un diagnòstic, els afectats es troben amb una malaltia crònica, per a les quals actualment no se'n coneix cura més enllà dels tractaments pal·liatius, sobretot farmacològics, amb unes grans limitacions a l'hora de desenvolupar tant les seves activitats diàries com la seva activitat laboral. Les opcions que té la persona quan arriba aquest moment és sol·licitar el reconeixement d'un grau de discapacitat per poder gaudir d'una sèrie

⁹⁹Pensió no contributiva per invalidesa (s.n.), [en línia] disponible a <<http://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/tramits/tramits-temes/Pensio-no-contributiva-per-invalidesa-00001>>. [Consulta: 20 novembre 2016].

¹⁰⁰ Reial Decret 357/1991, de 15 de març, per la qual es desenvolupa, en matèria de pensions no contributives, la Llei 26/1990, de 20 de desembre, per la que s'estableixen en la Seguretat Social prestacions no contributives.

¹⁰¹ A Catalunya per a l'any 2016, el mínim de la pensió és de 91,98€ i el màxim de 367,90€ per 14 mensualitats a l'any.

¹⁰² A Catalunya 183,95€ per a l'any 2016.

¹⁰³ Llei 48/2015, de 29 d'octubre, de pressupostos generals de l'Estat per a l'any 2016.

de beneficis, que poden ser econòmics si el grau reconegut és superior al 65%; i laboralment sol·licitar la declaració d'incapacitat temporal o d'incapacitat permanent (parcial, total, absoluta o gran invalidesa) amb el dret a rebre la corresponent prestació. Aquest procés, que es repeteix en la majoria dels casos, presenta però una sèrie de dificultats, començant per la via administrativa, que sobre la base de la normativa aplicable no reconeix aquestes malalties com invalidants, i denega amb molta freqüència la concessió de prestacions, i seguint per la necessitat d'un bon assessorament i una bona objectivació quan s'arriba a la via judicial.

És important que els afectats sàpiguen que poden impugnar les resolucions sobre discapacitat o incapacitat, i que com a treballadors especialment sensibles a determinats riscos gaudeixen de protecció i poden fer valer els seus drets.

4. Bibliografía

- ALMODÓVAR M.A., *Fibromialgia y síndrome de fatiga crónica*. Ediciones Nowtilus, S.L., 2011.
- ASÍS ROIG, R., PALACIOS, A. *Derechos humanos y situaciones de dependencia*. Madrid: Dykinson, 2007.
- BENAVIDES VICO A., *Análisis práctico de las prestaciones de la Seguridad Social*. Lex Nova. 2008.
- BOROBIA FERNÁNDEZ C., *Valoración médica y jurídica de la incapacidad laboral*. LA LEY, 2007.
- BRANCO J.C.; BANNWARTH B.; FAILDE I.; ABELLO CARBONELL J.; BLOTMAN F.; SPAETH M.; et al. Prevalence of fibromyalgia: a survey in five European countries. *Semin Arthritis Rheum*. Jun; 39 (6), 2010.
- BUEDO J.A., Los centros base y la expedición del certificados de minusvalía, en *BITS* nº17, 2016.
- COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA, "Fibromiàlgia i síndrome de fatiga crònica". *Quaderns de la Bona Praxi*, num. 24, 2007.
- DE LA ROSA, R. *La enfermedad silenciada*. Ediciones i. 2014. pág. 21.
- DIRECCIÓ GENERAL D'ORDENACIÓ I REGULACIÓ SANITÀRIES, GENERALITAT DE CATALUNYA, *Fibromiàlgia, Síndrome de fatiga crònica, Síndrome de sensibilitat química múltiple*. Barcelona: Direcció General d'Ordenació i Regulació, 1 de juliol de 2015.
- ESCUADERO PEINADOR, M. Sensibilización Central. Nexo común de Fibromialgia, Fatiga Crónica, Sensibilidad Química Múltiple y Electrohipersensibilidad, en *Revista Enfermería CyL*, Vol. 3-Nº 2, 2011.
- FOLGUERA CRESPO J.A., SALINAS MOLINA F., SEGOVIANO ASTABURUAGA M.L, Y OTROS, *Comentarios a la Ley Reguladora de la Jurisdicción Social*, 2011. Lex Nova.
- IDOATE GARCÍA V.M., "El Problema del Diagnóstico del Síndrome Fibromiálgico en Salud Laboral", en *Revista Española del Daño Corporal*, núm. 5, 1997.
- ILUSTRE COLEGIO DE ABOGADOS DE MADRID, *Cuestiones procesales en la jurisdicción social*. 2015.
- ISASI ZARAGOZA, C., *Valoración de la Incapacidad Laboral en Reumatología. Fibromialgia. Guía de Valoración del Menoscabo Permanente*. Madrid: INMST, Tomo I, 1998.
- LEÓN IGLESIAS, J., "Algunas Consideraciones Médico Legales entorno a la Fibromialgia y/o Síndrome de la Fatiga Crónica", en *Revista Rheuma*, núm. 13. 2002.
- LÓPEZ-TAMÉS IGLESIAS, R. La valoración incapacitante de la fibromialgia y del síndrome de fatiga crónica en el ámbito administrativo y en el judicial. *El derecho.com*. 5 abril 2012, [en línea], disponible a <http://www.elderecho.com/laboral/valoracion-incapacitante-fibromialgia-administrativo-judicial_11_397180007.html>. [Consulta: 8 octubre 2016].

MARÍN CALERO C., *La integración jurídica y patrimonial de las personas con discapacidad psíquica o intelectual*. Madrid. Editorial Universitaria Ramón Areces. 2005.

MARTÍNEZ LAVIN M., *Fibromialgia. Cuando el dolor se convierte en enfermedad*. Madrid: Santillana, 2006.

MEJÍA M. R., “Enfermedades reumáticas y trabajo”. En Gil Hernández F., *Tratado de medicina del trabajo*. Barcelona: Masson S.A., 2005.

MELENNEC, L., *Valoración de las discapacidades y del daño corporal. Baremo internacional de invalideces*. Barcelona: Masson.

MINISTERIO DE SANIDAD, *Clasificación Internacional de Enfermedades 10.ª Revisión, Modificación Clínica*, [en línea], disponible a <http://eciemaps.mspsi.es/ecieMaps/browser/index_10_mc.html>. [Consulta: 8 d'octubre 2016].

OJEDA GIL, J. A., “Concepto de Valoración del Daño Corporal. Generalidades Médicas”, en *Medicina y Derecho*, núm. 1, 1996.

OJEDA GIL J.A., DÍEZ M.R., “Consideraciones acerca del síndrome fibromiálgico y su repercusión sobre la incapacidad laboral”, en *Revista Jurisdicción Social*, núm. 1, 2002.

OJEDA GIL, J.A., *Valoración de la Incapacidad Laboral*. Madrid: Díaz de Santos, 2005.

OJEDA GIL, J.A., *Valoración Médica de la Incapacidad o Discapacidad de la Fibromialgia y Fatiga Crónica*. Ponencia presentada en Madrid, el 06.06.08, en el Congreso Nacional de Fibromialgia y Fatiga Crónica.

OIT, *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo*, Organización Internacional del Trabajo.

OLLO LURI, M. P., “La Fibromialgia. ¿Enfermedad Incapacitante?. Principales Problemas Médicos y Jurídicos Laborales de esta Enfermedad y su Tratamiento”, en *Revista Jurisdicción Social*, núm. 79, 2002.

Per a què serveix el reconeixement de la discapacitat (s.n.), [en línia] disponible a <http://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/persones_amb_discapacitat/que_es_i_com_es_reconeix_la_situacio_de_discapacitat/reconeixement_discapacitat/per-a-que-serveix-el-reconeixement-de-la-discapacitat/>. [Consulta: 20 novembre 2016].

Pensió no contributiva per invalidesa (s.n.), [en línia] disponible a <<http://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/tramits/tramits-temes/Pensio-no-contributiva-per-invalidesa-00001>>. [Consulta: 20 novembre 2016].

PEREZ DE LOS COBOS F., *Ley de prevención de riesgos laborales, comentada y con jurisprudencia*. LA LEY. 2008.

OBIOLS QUINTO, J., NTP 557 Intolerancia ambiental idiopática (IAI): sensibilidad química múltiple (AQM) y fenómenos asociados. [ed.] Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. 2000.

RODRÍGUEZ JOUVENCEL, M., *Manual del perito médico*. Madrid: Bosch, 2002.

SOTOMAYOR ALARCÓN N., ABASCAL MONEDERO P.J., CHICHARRO RODRÍGUEZ P., NIETO MORALES C., *Guía de protección jurídica de personas mayores, discapacitados, incapacitados y personas en situaciones especiales*. Dykinson. 2015.

SPARKS, P.J.,. "Idiopathic environmental intolerances", en *Overview*. 2000. págs. 497-510.

YUNUS M.B., *Fibromialgia Fronitiers*, vol.9, nº 3, 2001.

VERDUGO M.A., VICENT C., CAMPO M., JORDÁN DE URRÍES B., *Definiciones de discapacidad en España: un análisis de la normativa y legislación más relevante*, en *SID*, 2001.

WHO.OMS, [en línea] disponible a <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41003/1/9241541261_eng.pdf>. [Consulta: 18 novembre 2016].