

# Informes Mèdics per a Incapacitats Laborals

## Recomanacions en la seva elaboració

ACCU Catalunya treballem en el suport a les persones amb malaltia de Crohn i Colitis Ulcerosa – Malalties Inflamatòries Intestinals, MII – i en la defensa dels seus Drets Laborals.

En aquesta línia, volem fer una aportació pràctica l'acreditació de les dificultats que les persones amb MII poden tenir per continuar la seva activitat laboral.

És per això que volem oferir una eina pràctica per a facilitar l'elaboració dels informes mèdics que serviran als avaluadors de l'estat de salut de persones amb MII en els processos de valoració d'Incapacitats.

El document es dirigeix a tots els especialistes que poden atendre a les persones amb una MII que necessitin un informe mèdic de cara a la tramitació d'una Incapacitat Laboral. En primer lloc, caldrà que les persones afectades de Crohn i Colitis Ulcerosa acumulin els informes de TOTS els especialistes que els atenen. Cal que l'avaluador tingui una informació complerta sobre totes les limitacions que les persones amb MII tenen en el seu dia a dia.

Per realitzar aquest document hem resumit les idees més rellevants de l'article de Xavier Calvet, Jaume Motos i Albert Villoria "[Cómo redactar un informe médico para la valoración de minusvalía o discapacidad](#)" Med Clin (Barc) de 2013, que adjuntem<sup>1</sup>. Convidem a tots els metges a llegir-lo per la rellevància de les seves aportacions i posada en context.

El Consell Assessor<sup>2</sup> d'ACCU Catalunya es fa ressò d'aquest document i de l'article que l'inspira, convidant a tots els facultatius que es vegin redactant un informe mèdic a petició d'un/a pacient de MII a tenir-ne en compte les seves indicacions.

<sup>1</sup> Calvet X, et al. Cómo redactar un informe médico para la valoración de minusvalía o discapacidad. Med Clin (Barc). 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2013.09.019>

<sup>2</sup> El Consell Assessor d'ACCU Catalunya està format per: Maria Esteve Comas (Mútua de Terrassa), Xavier Aldeguer (Josep Trueta), Olga Benítez (Mútua de Terrassa), Natàlia Borruei (Vall d'Hebron), Xavier Calvet (Parc Taulí), Francesc Casellas (Vall d'Hebron), Eugeni Domènech (Can Ruti), Eloy Espin (Vall d'Hebron), Esther Garcia Planella (Sant Pau), Roger Garcia (Mútua de Terrassa), Glòria Gómez-López (Col·legi de Dietistes i Nutricionistes de Catalunya), Jordi Guardiola (Bellvitge), Dolors Liria (Col·legi de Psicologia de Catalunya), Inés Loverdos, Josep Manyé (Can Ruti), Laura

De l'article en qüestió, destaquem alguns elements de context que ens semblen més rellevants:

1. L'avaluació de discapacitat es fa respecte de la professió habitual de la persona treballadora, no pas del lloc l'específic de treball que pugui ocupar en un moment donat.
2. L'informe mèdic té un valor fonamental com a prova, tant a la fase administrativa com a la judicial.
3. Jutges i avaluadors donen un gran valor als informes mèdics dels especialistes de la Salut Pública que tracten habitualment a la persona amb MII
4. Cal tenir present que, en l'àmbit judicial, les persones avaluadores, tot i tenir amplis coneixements de dret no tenen per què tenir-ne de medicina.

A partir d'aquí convé enumerar algunes recomanacions sobre els informes mèdics, en els seus aspectes formals i de contingut. L'informe mèdic:

1. Ha de ser **intel·ligible**.
2. Ha de contenir el nom del pacient, del metge que l'elabora, la data i ha d'estar **signat**.
3. Ha de contenir la **informació més actualitzada possible**. Així és millor que l'informe exposi la situació en el moment de l'avaluació que no pas la del moment de la petició.
4. Ha de **limitar l'ús de tecnicismes i sigles** i, si no es pot evitar, caldrà **explicar-ne el seu significat** en termes comprensibles per persones sense formació específica en medicina.
5. **No pot ser idèntic a informes previs**. Si s'aprofiten els informes previs caldrà afegir-hi un paràgraf detallant l'evolució recent de la malaltia.
6. Ha de **detallar totes les malalties associades** que presenti la persona afectada.
7. Les **malalties psiquiàtriques** mereixen sovint una **especial consideració** (depressió, ansietat, ...).

---

Marín (Can Ruti), Lucía Márquez Mosquera (Sant Pau) Javier Martín de Carpi (Sant Joan de Déu), Raquel Mena (Consorci Sanitari de Terrassa), Montserrat Montraveta (Can Ruti), Ester Navarro Vall d'Hebron), Julià Panés (Clínic), Michel Papo (Joan XXIII), Marta Piqueras (Consorci Sanitari de Terrassa), Neus Pociello Arnau de Vilanova), Elena Ricart (Clínic), Pablo Sáez (Josep Trueta), Elena Sánchez Pastor (Bellvitge), Óscar Segarra (Vall d'Hebrón), Engràcia Soler (ACISE), Marta Gallego (Clínic). Francisco Javier Martínez Cerezo (Sant Joan de Reus), Ester Gimeno (AIFICC).

8. Els avaluadors tindran present més enllà d'un informe en concret **l'evolució de la malaltia i els diferents episodis**. És especialment rellevant la **informació que** els permeti determinar les **seqüeles irreversibles** que pateix la persona avaluada.
9. Es bo que es faci **ressò de successos i complicacions prèvies**.
10. Es bo **detallar les necessitats d'ingrés, tractament hospitalari, exploracions o controls ambulatoris**. Tot això resulta il·lustratiu per avaluar la compatibilitat de la malaltia amb una vida laboral activa.
11. Ha de detallar els símptomes específics produïts per la malaltia base. les seqüeles de l'afecció i dels tractaments intensius, deixant molt clar **quins dels símptomes son atribuïbles a seqüeles de la malaltia i/o dels seu tractament i per tant cròniques i irreversibles**.
12. Si és el cas, cal **deixar clar també que els símptomes** ho son per activitat inflamatòria sostinguda que no respon al tractament màxim i, especificar si en aquest pacient poden esdevenir difícilment reversibles.
13. És especialment rellevant **que els símptomes es posin en context** descrivint les limitacions en les activitats diàries o laborals secundàries al dolor abdominal, la diarrea o la urgència i la incontinència.

Per acabar, algunes recomanacions del què **NO** ha de constar en un informe:

1. **No ha de contenir un judici sobre la capacitat de laboral** de la persona treballadora. Això correspon a l'avaluador i una afirmació en aquesta línia podria predisposar-lo en contra.
2. Cal **evitar temes que es prestin a confusió** fora del context mèdic: L'ús del terme "**brot**" pot portar a pensar que els símptomes són reversibles amb tractament. També, la frase "**pendent d'evolució**" pot portar a pensar que l'evolució pot fer desaparèixer els símptomes i la malaltia.
3. En pacients amb neoplàsia cal ser **especialment curosos amb l'ús del concepte "lliure de malaltia"**, doncs pot ser comprès com a curat i és especialment inadequat en pacients amb mal pronòstic. Per això és fonamental establir el pronòstic i especificar-ne les probabilitats de curació i de recidiva inherents a la neoplàsia i el grau d'extensió.

# Cómo redactar un informe médico para la valoración de minusvalía o Discapacidad<sup>3</sup>

Xavier Calvet<sup>a,b,c,4</sup>, Jaume Motos<sup>d</sup> y Albert Villoria<sup>a,b,c</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital de Sabadell, Institut Universitari Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España

<sup>b</sup>Departament de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

<sup>c</sup>Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

<sup>d</sup>Fundació Universitària del Bages, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

## RESUMEN

La presente revisión pretende ofrecer un enfoque práctico de cómo redactar un informe para la evaluación de minusvalía o discapacidad. Para ello, previamente revisaremos de manera breve los tipos de ayuda por minusvalía o discapacidad y los procesos administrativos y judiciales para su evaluación y concesión.

(c) 2013 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

## Introducción

Cada vez más a menudo, los médicos que atendemos a pacientes con enfermedades crónicas recibimos solicitudes de informes médicos para la valoración de una minusvalía o incapacidad. La redacción de dichos informes resulta una tarea incómoda. El clínico a menudo no sabe con exactitud qué es lo que debe constar en este documento, cómo debe redactarse y cómo o dónde se utilizará el informe. Esto puede llevar a la redacción de textos inadecuados o que no resulten útiles ni para el paciente que los pide ni para el evaluador, quien ha de conceder o denegar la prestación.

La presente revisión pretende ofrecer un enfoque práctico de cómo redactar un informe para la evaluación de minusvalía o discapacidad. Para ello, previamente revisaremos de manera breve los tipos de ayuda por minusvalía o discapacidad y los procesos administrativos y judiciales para su evaluación y concesión.

## Incapacidad laboral y minusvalía. Concepto de profesigramas

Los artículos 41 y 43 de la Constitución Española establecen el derecho a la salud y un sistema de la Seguridad Social como garante de dicho derecho<sup>1</sup>. El sistema de Seguridad Social español viene regulado por el 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<sup>2</sup>. Esta ley regula las prestaciones económicas tanto contributivas como no contributivas de la Seguridad Social.

Son prestaciones asistenciales (asistencia sanitaria, fármacos) y económicas (pensiones). Estas últimas consisten básicamente en pagos que sustituyen al salario del paciente. Las prestaciones contributivas van dirigidas únicamente a los trabajadores que contribuyen al sistema de la seguridad social. Su objetivo es dar soporte económico a aquellos trabajadores que, por enfermedad o accidente, no están en condiciones de realizar su trabajo.

De entre ellas, la incapacidad temporal, «la baja», cubre aquellos períodos de incapacidad laboral transitoria debida a trastornos agudos. La incapacidad irreversible asociada a secuelas o enfermedades crónicas queda cubierta a su vez por las incapacidades permanentes. En función de su cobertura y del grado de afectación, los trabajadores pueden optar a 3 tipos de incapacidad:

- La incapacidad total, que se concede a trabajadores que no pueden realizar su trabajo habitual, pero podrían realizar otros, generalmente con menores requerimientos físicos.
- La incapacidad absoluta se concede a los trabajadores que están inhabilitados para cualquier tipo de trabajo.
- Finalmente, la gran incapacidad se concede a aquellos trabajadores con un grado de invalidez tan intenso que requieren la asistencia de terceras personas para las actividades de la vida diaria. La gran invalidez requiere este apoyo con un considerable nivel de intensidad, no solo la mera y simple ayuda como apoyo adicional al enfermo en determinados aspectos<sup>2,3</sup>.

Un aspecto fundamental para la concesión de incapacidades es el profesigramas. Este consiste en la descripción de los requerimientos fundamentales físicos e intelectuales de cada profesión.

Hay que tener en cuenta que la evaluación se realiza para la

profesión habitual del trabajador en general y no para el concreto y específico puesto de trabajo que se pueda ocupar en cada momento. En todo caso, una discapacidad puede limitar aspectos importantes de la vida diaria y, sin embargo, no resultar una limitación insalvable para la actividad del paciente. Esto es muy frecuente en profesionales liberales o actividades intelectuales. En estos casos, no es infrecuente que personas con discapacidades físicas de considerable importancia mantengan una vida laboral plenamente activa. Estas mismas limitaciones pueden ser obstáculos insalvables para personas con una actividad laboral con altos requerimientos físicos. Por tanto, los evaluadores y los jueces adjudicaran una incapacidad no solo en función del grado de discapacidad del paciente, sino a partir de la evaluación conjunta del grado y tipo de discapacidad en relación con su profesigramas. Las minusvalías son un sistema distinto al de la Seguridad Social. Este sistema reconoce el grado de discapacidad de un paciente, independientemente de su actividad laboral. En general, el reconocimiento de un determinado grado de minusvalía da lugar a beneficios sociales, fiscales y laborales, y a determinadas prestaciones sociales. Únicamente da derecho a una prestación económica en pacientes con un grado muy importante de discapacidad (superior al 65% de acuerdo con los criterios de evaluación) y con ingresos por debajo de un mínimo anual, que en 2013 es de 5.000 €. En este sentido, tienen una función de «beneficencia», asegurando unos ingresos mínimos a personas con un grado elevado de discapacidad, sin ingresos económicos y que no pueden optar a una incapacidad porque no han cotizado a la Seguridad Social<sup>4</sup>.

## El proceso de valoración de una incapacidad permanente

Este proceso comienza, obviamente, con la solicitud. Pueden solicitar una incapacidad permanente el paciente o sus representantes legales –abogado o graduado social–, y la misma Seguridad Social, por ejemplo, en el caso de los individuos que han agotado el período máximo de incapacidad temporal y son evaluados para, bien

pasar a una incapacidad permanente, bien ser dados de alta. También pueden solicitar la incapacidad el médico de familia del paciente, el inspector o las mutuas laborales. El médico especialista no puede iniciar el procedimiento. La demanda de incapacidad debe presentarse ante el propio Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS).

Deberán aportarse informes médicos acreditando las distintas enfermedades que presenta el paciente y son causa de invalidez. Tras una valoración por parte de un facultativo médico perteneciente al personal del INSS, la documentación y la valoración médica se remiten a los Equipos de Valoración de Incapacidades (EVI) dependientes de cada una de las Direcciones Provinciales del INSS. Estos órganos evaluadores están compuestos por un presidente y de 4 a 6 vocales, y combinan médicos y juristas. Los EVI son los que se encargan de evaluar los informes recibidos, junto con el profesigramas del paciente, y emitir una propuesta de dictamen al Director Provincial de la Seguridad Social.

<sup>3</sup> Cómo citar este artículo: Calvet X, et al. Cómo redactar un informe médico para la valoración de minusvalía o discapacidad. Med Clin (Barc). 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2013.09.019>

<sup>4</sup> Autor para correspondencia. Correo electrónico: [xcalvet@tauli.cat](mailto:xcalvet@tauli.cat) (X. Calvet)

En caso de que tras la evaluación inicial el INSS no conceda la incapacidad o conceda un grado inferior al solicitado, el paciente puede presentar la denominada «reclamación previa a la vía judicial» frente a la misma Seguridad Social. Esta reclamación es un requisito indispensable sin el que no puede iniciarse posteriormente la vía judicial. Las reclamaciones frente al mismo INSS son denegadas en la mayoría de los casos.

En este momento, si el paciente no está de acuerdo con la resolución administrativa deberá presentar demanda judicial frente a los Tribunales de lo Social. Aunque no es indispensable, en la práctica esta demanda requerirá el concurso de un abogado o graduado social. En el juicio se aportan pruebas tanto por parte del paciente como por parte de la Seguridad Social. Se realiza un juicio oral, con intervención del juez y los abogados del paciente y de la Seguridad Social, en el que se evalúan las pruebas presentadas. La decisión del juez puede, en este caso, ser recurrida tanto por el paciente como por la Seguridad Social. Si se recurre la sentencia, el caso será evaluado en segunda instancia por la Sala de lo Social de los Tribunales Superiores de las distintas comunidades autónomas. Las sentencias de los Tribunales Superiores solo pueden ser apeladas excepcionalmente, en lo que se denomina un recurso de casación, ante el Tribunal Supremo.

En cuanto a la evaluación de minusvalía, en la actualidad se solicita muy a menudo, ya que la concesión de un grado de minusvalía igual o superior al 33% habilita al paciente para acceder al cupo de plazas laborales que se reservan a pacientes con minusvalía en las convocatorias de trabajo de entidades oficiales o grandes empresas. Se realiza por parte de los Equipos de Valoración y Orientación, generalmente dependientes de cada una de las comunidades autónomas, de acuerdo con el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía. Los baremos que se utilizan, contenidos en el citado Decreto Ley, son muy complejos y dejan un margen importante para la interpretación, por lo que las valoraciones de discapacidad son, a menudo, objeto de recurso y posterior reclamación judicial<sup>4</sup>.

#### **Papel del informe médico**

El informe médico desempeña un papel fundamental como prueba, tanto en la fase administrativa como en la judicial<sup>6</sup>. En este sentido, jueces y evaluadores dan un importante valor a los informes de los especialistas de la medicina pública que atienden habitualmente al paciente. De hecho, a menudo se consideran tan importantes como los informes del médico forense. Por otro lado, el forense interviene excepcionalmente en casos de invalidez, siempre a petición del juez y cuando este considera que puede aclararle aspectos concretos del caso. Los peritajes de parte – informes encargados y presentados, bien por el paciente, bien por la Seguridad Social–, los informes de especialistas de prestigio y los informes de los médicos de familia son también tenidos en cuenta, aunque con menor valor probatorio, ya que a menudo se consideran en exceso favorables al paciente.

En todo caso, los informes de los distintos médicos especialistas son a menudo la prueba fundamental que utilizará el evaluador o el juez para decidir si el paciente es candidato o no a una invalidez. Por ello es fundamental que este redactado de manera inteligible para un juez, que es una persona con gran formación jurídica, pero que no tiene obligación de tener conocimientos médicos. También es importante que el informe describa la situación del paciente con la mayor precisión posible, y que contenga una información lo más actualizada que se pueda. Por tanto, más que un extenso informe en el momento de presentar la solicitud es importante que el paciente aporte un informe reciente y detallado en el momento en que es evaluado.

#### **Aspectos que deben constar en un informe**

Los elementos básicos que deben constar en cualquier informe han sido objeto de revisiones y consensos y, finalmente, regulados legalmente a través del Real Decreto 1093/2010 de 3 de septiembre<sup>7-10</sup>.

1. Elementos formales: cualquier informe debe ser legible (preferentemente mecanografiado) y debe especificar claramente el nombre del paciente, el nombre del médico que lo emite y la fecha. Finalmente, el informe debe estar firmado.
2. Lenguaje: la evaluación de la discapacidad, especialmente por parte de los jueces, se basa en el sentido común. Por tanto, es importante limitar el uso de tecnicismos, y si se incluyen estos en el texto, debe

especificarse claramente su significado en términos comprensibles para una persona sin formación específica en medicina.

3. Contenido:
  - a. Aspectos generales: es necesario aportar en el informe los elementos de juicio fundamentales para que tanto el médico evaluador como el juez puedan decidir de la manera lo más fundamentada posible si conceden o no la invalidez. El informe no puede ser idéntico a informes previos, y en caso de que se utilicen estos, debe añadirse siempre un párrafo detallando la evolución reciente de la enfermedad.
  - b. Un aspecto importante es que la concesión de una invalidez se hace por la discapacidad global del paciente. De este modo, es importante detallar en el informe todas las enfermedades asociadas que puede presentar el paciente. Idealmente, el paciente debería disponer de un informe redactado por cada uno de los médicos especialistas que controlan cada una de las enfermedades crónicas que presenta, siempre que la gravedad de esta sea significativa y deba tenerse en cuenta a la hora de emitir un juicio sobre la capacidad laboral del individuo. En determinadas circunstancias, las enfermedades psiquiátricas (depresión, fibromialgia, etc.) merecen una consideración especial. Así, las dolencias psíquicas pueden considerarse altamente invalidantes en determinados trabajos que exigen una gran disposición mental. Para un profesor, un abogado, un directivo o un médico una afección psíquica aislada puede ser considerada causa de incapacidad, a pesar de no padecer dolencias físicas; en cambio, en otros trabajos con requerimientos más físicos, el factor psíquico es menos relevante y puede no considerarse incapacitante.
  - c. Más que un informe en particular, los evaluadores tendrán en cuenta la evolución del paciente y los distintos episodios que les permitan determinar que el paciente presenta secuelas irreversibles de su trastorno. Por ello es importante describir los distintos episodios de la enfermedad y aportar informes de sucesos o complicaciones pasadas. También es importante detallar las necesidades de ingreso, tratamiento hospitalario, exploraciones o controles ambulatorios que presenta el paciente. Puede resultar ilustrativo proporcionar al evaluador el listado de las distintas atenciones o procedimientos que han requerido que el paciente acuda al hospital. Así, un número elevado de visitas al año en hospitales de día o consultas externas resulta, en general, difícilmente compatible Q4 con una vida laboral activa.
  - d. Finalmente, es importante detallar los síntomas específicos producidos por la enfermedad de base del paciente y las secuelas de la misma afección o de tratamientos agresivos – cirugía, radioterapia o quimioterapia, por ejemplo–, que dependerán de cada trastorno crónico. Ayuda sobremanera que estos síntomas se coloquen en contexto, describiendo, por ejemplo, el grado de limitación al esfuerzo producido por la enfermedad cardiorrespiratoria del paciente, las limitaciones a la movilidad de las enfermedades osteoarticulares, o las limitaciones en las actividades diarias o laborales secundarias al dolor abdominal, la diarrea o la urgencia y la incontinencia en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.

#### **Qué no debe constar en un informe**

Es importante que el médico que elabora el informe no se atribuya funciones que corresponden al juez o a los evaluadores. En este sentido, el informe no debe contener ningún juicio sobre la capacidad laboral del paciente. Las afirmaciones del médico responsable asistencial en el sentido de que el paciente no está capacitado para trabajar constituyen una intromisión en la función de los organismos evaluadores del estado o del juez, y nunca son bien recibidas. Decidir si el paciente es apto o no para trabajar requiere la valoración conjunta del grado de discapacidad del paciente y del profesiograma, y es competencia exclusiva de los organismos evaluadores o, en su caso, del juez de lo Social.

En los informes tampoco deben constar aspectos que se presten a confusión o puedan ser malinterpretados. Así, por ejemplo, en las enfermedades inflamatorias, que evolucionan de manera intermitente, el término «brote» puede ser causa de confusión. Los síntomas causados por un «brote» son reversibles con tratamiento y, por tanto, susceptibles de una baja temporal. Lo mismo sucede con la frase «pendiente de evolución». Hay que dejar muy claro qué síntomas son atribuibles a secuelas de la enfermedad o su tratamiento –por ejemplo, intervenciones quirúrgicas repetidas en la enfermedad inflamatoria intestinal–, por tanto, crónicos e

irreversibles. Si es el caso, también hay que especificar claramente qué síntomas son debidos a la presencia de actividad inflamatoria sostenida que no responde a tratamiento máximo de la enfermedad y, por tanto, difícilmente reversibles.

También hay que ser muy cuidadoso con el concepto «libre de enfermedad» en pacientes con neoplasia. Este término puede ser entendido como curación, lo que resulta especialmente inadecuado en pacientes con neoplasias de mal pronóstico en los que la resección quirúrgica o la quimioterapia pueden dar lugar a la remisión completa de las lesiones neoplásicas, pero en los que sabemos que la norma es una recidiva a corto o medio plazo. En este caso, es fundamental establecer el pronóstico de los pacientes y especificar las probabilidades de curación y de recidiva inherentes a la neoplasia y el grado de extensión. En pacientes oncológicos es especialmente importante no olvidar las secuelas del tratamiento –a menudo significativas– a la hora de redactar el informe.

#### Responsabilidad legal por no realizar o cometer falsedad en un informe

El derecho del paciente a obtener un informe por parte de su médico responsable viene establecido por el Artículo 22 de la Ley de Autonomía del Paciente<sup>11</sup> sobre la emisión de certificados médicos, que dice: «Todo paciente o usuario tiene derecho a que se le faciliten los certificados acreditativos de su estado de salud. Estos serán gratuitos cuando así lo establezca una disposición legal o reglamentaria».

Por otro lado, existe un importante deber de ser veraz en los informes. La falsedad en un informe médico puede ser considerada falsedad en certificado. La emisión de certificado falso, de acuerdo con los artículos 397 y 398 del Código Penal<sup>12</sup>, se considera un delito, castigado con penas de multa de 3 a 12 meses e inhabilitación de 6 meses a 2 años.

#### Un ejemplo concreto: un paciente con enfermedad inflamatoria intestinal

D. XXXX

Paciente de 32 a. No hábitos tóxicos. Alergia a la penicilina.

Sin antecedentes de interés excepto enfermedad de Crohn ileal y perianal, diagnosticada a los 11 años de edad tras perforación intestinal después de un traumatismo abdominal leve. Requirió resección intestinal de 25 cm de íleon y colon derecho. Evolucionó sin complicaciones hasta que 2 años más tarde presentó 2 fístulas perianales complejas que requirieron colocación de drenajes, iniciando tratamiento inmunodepresor con azatioprina. Persistió con actividad moderada, requiriendo nueva laparotomía y resección intestinal por absceso intraabdominal a los 22 años. A los 25 años inició tratamiento con anti-TNF con infliximab, con buena respuesta inicial con cierre parcial de las fístulas perianales y mejoría del dolor abdominal y disminución del número de deposiciones. Sin embargo, tras 2 años de tratamiento, presentó una recidiva con aparición de múltiples fístulas perianales sin respuesta a la intensificación del tratamiento médico. La colonoscopia mostró en ese momento lesiones ulcerosas en todo el colon, por lo que se procedió a colectomía subtotal con ileostomía permanente. Tras la intervención el paciente presenta una ileostomía de alto débito atribuida a un síndrome de intestino corto, que le condiciona la necesidad de cambios de bolsa de ileostomía varias veces al día y fugas muy frecuentes de contenido intestinal alrededor de la ostomía, lo que interfiere marcadamente con sus actividades laborales, sociales y de ocio. Requiere, además, ingresos periódicos por deshidratación, y también por ocasionales crisis suboclusivas. Todo ello conlleva una malnutrición moderada en relación con el intestino corto y los frecuentes períodos de ayuno durante los ingresos.

Presenta, además, persistencia de las fístulas perianales con formación de abscesos, por lo que tras la cirugía ha requerido múltiples tratamientos antibióticos y ha reiniciado tratamiento con anti-TNF y azatioprina. A pesar de ello persisten varias fístulas activas con limitación importante para la deambulación y la sedestación por dolor local, por lo que se ha planteado la posibilidad de realizar una proctectomía.

Diagnosticado de síndrome depresivo reactivo grave secundario a su enfermedad de base, requiere tratamiento antidepressivo, y sigue controles en consultas externas de Psiquiatría (ver informe adjunto). Acude periódicamente a consultas externas para administración de fármacos y controles analíticos y de la ostomía. Durante el último

año ha requerido XX días de hospitalización, XX visitas urgentes por síntomas o complicaciones y XX exploraciones, y un total de XX controles médicos o de Enfermería.

Fdo., Dr. XXXX.

Hospital de XXXX XXXXX a X de X de XXXX.

#### Conclusiones

El informe médico del especialista responsable del paciente es a menudo la herramienta de valoración fundamental que utilizan evaluadores médicos y jueces para otorgar las ayudas por discapacidad o minusvalía. Debe ser conciso y veraz, pero, sobre todo, debe intentar dar una idea clara de cuál es el grado de discapacidad. Para ello debe hacerse hincapié en las secuelas permanentes o difícilmente reversibles. También es necesario describir de qué modo los síntomas, las complicaciones y las necesidades de control o tratamiento hospitalario interfieren con las actividades diarias, así como establecer, dentro de lo posible, un pronóstico. Finalmente, es fundamental evitar términos que puedan resultar confusos o ser interpretados de manera errónea.

El médico que redacta un informe para la valoración de la incapacidad laboral debe tener conciencia de que un informe adecuadamente redactado favorecerá la toma de decisiones correctas por parte de los evaluadores y, por tanto, la equidad en la concesión de invalideces o minusvalías.

#### Autoría

Xavier Calvet y Jaume Motos han contribuido por igual a este artículo.

#### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés respecto del contenido del presente artículo. El contenido del artículo no debe considerarse como asesoría legal. Las opiniones contenidas en el texto son atribuibles únicamente a los propios autores.

#### Agradecimientos

Agradecemos al Ilustrísimo Sr. Sebastián Moralo, Magistrado del Tribunal Superior de Justicia de Catalunya, y al doctor Antonio López San Román la revisión crítica y los comentarios que han contribuido a mejorar este artículo.

#### Bibliografía

1. Constitución Española de 1978 [consultado Abr 2013]. Disponible en: <http://www.congreso.es/consti/>
2. Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social [consultado Abr 2013]. Disponible en: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/normativa/095093.pdf>
3. Motos J, Calvet X. Cobertura sociolaboral en enfermedades crónicas: invalidez permanente y minusvalía. Med Clin (Barc). 2007;128:780–5.
4. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía. BOE núm. 22 de 26-01-2000. p. 3317-3410 [consultado May 2013]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2000/01/26/pdfs/A03317-03410.pdf>
5. Real Decreto 1300/1995, de 21 de Julio, por el que se desarrolla, en materia de incapacidades laborales del sistema de la Seguridad Social, la Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social [consultado May 2013]. Disponible en: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/normativa/095271.pdf>
6. Borovia C. valoración médica y jurídica de la incapacidad laboral. Madrid: La Ley; 2007.
7. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 25 de 16-09-2010. p. 78743-78767 [consultado May 2013]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2010/09/16/pdfs/BOE-A-2010-14199.pdf>
8. Zapatero Gaviria A. ¿Por qué es importante el informe médico de alta? Rev Clin Esp. 2010;210:355–8.
9. Estarellas-Roca A, Anaya-Moreno L, Miro´ -García F, García-Sayago F. Importancia de la documentación clínica para la Administración de Justicia. Med Clin (Barc). 2006;126:473–6.
10. Conthe Gutiérrez P, García Alegría J, Pujol Fariols R, Alfageme Michavilla I, Artola Menéndez S, Barba Martín R, et al. Consenso para la elaboración del informe de alta hospitalaria en especialidades medicas. Med Clin (Barc). 2010;134:505–10.
11. Boletín Oficial del Estado. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm. 274 de 15-11-2002. p. 40126-40132 [consultado May 2013]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>
12. Boletín Oficial del Estado. Código de Legislación Penal. Edición actualizada a 8 de abril de 2013 [consultado May 2013]. Disponible en: [https://www.boe.es/legislacion/codigos/abrir\\_pdf.php?fich=009\\_Codigo\\_de\\_Legislacion\\_Penal.pdf](https://www.boe.es/legislacion/codigos/abrir_pdf.php?fich=009_Codigo_de_Legislacion_Penal.pdf)

Els i les del Crohn  
i la Colitis Ulcerosa  
ens ajudem.

Informes Mèdics per a Incapacitats  
Laborals. Recomanacions en la seva  
elaboració.

 Associació de  
**Crohn i Colitis Ulcerosa**  
ACCU Catalunya