

a los quince días del accidente, con la herida operatoria aún sin curar; se le hace el tratamiento conveniente de aquélla y al mes próximamente el fragmento de tibia llega a perforar la piel que lo recubre, la lesión no cicatriza y queda establecido un goma característico en tibia. Era un antiguo sífilítico tratado ya, pero hubo necesidad de instituir el tratamiento — con bismuto— para que la lesión terciaria se curase y poder darle el alta que se retrasó considerablemente debido a su estado anterior.

Cuando la sífilis complica las lesiones por accidente en la forma que hemos referido, los gastos de curación y de prolongación de la baja —indemnización por incapacidad temporal— deben ser a cargo del patrono.

Fracturas en huesos con lesión sífilítica.—Los huesos largos que han sufrido un proceso de osteitis sífilítica, con eliminación de secuestros, pueden quedar tan modificados en su estructura, que adquieran tal adelgazamiento que se fracturen con facilidad. Estos casos corresponden al tercer grupo de Cuneo, para los cuales este autor propone la responsabilidad atenuada.

La fractura puede ser espontánea, y entonces el derecho a la reparación no existe; pero si se produce, aun de modo espontáneo, durante el trabajo, el caso se presta al litigio, pues la reclamación será hecha; el papel del perito consistirá en informar sobre la producción de la fractura sin traumatismo, si es que la califica de espontánea, o probar la existencia del accidente, si puede, con los síntomas que haya observado, pues en este caso debe reconocerse el derecho del obrero a la indemnización por incapacidad temporal, y a la asistencia médico farmacéutica.

Gonococia.

El individuo que padezca blenorragia aguda puede presentarse al médico con la pretensión de que se le reconozca como accidente una orquitis que tiene, producida, según él, por un golpe que ha recibido; este caso suele observarse alguna vez; yo he visto varios, pero debe resolverse siempre —salvo rarísimas excepciones— no accediendo a la pretensión del obrero. Quien padece blenorragia, sabe por lo general a lo que se expone, pero hay algunos enfermos —sobre todo los que no están en tratamiento por un médico— que desconocen las complicaciones, y si un testículo comienza a doler durante el trabajo, nada más natural que coincida la aparición del dolor con un movimiento brusco, un esfuerzo, un ligero golpe, es decir, que se aprecia la primera vez cuando el testículo sufre compresión más o menos fuerte; ésta es la razón por la que hay obreros que de buena fe piensan, antes de entrevistarse con el médico, que una orquitis gonocócica es debida al accidente y da derecho a la reparación. Sin embargo, puede haber algún caso en que coincida el traumatismo evidente en testículo atacado de orquitis gonocócica; entonces habrá que delimitar los campos y ver si la lesión traumática es susceptible de originar incapacidad temporal, con derecho a la reparación o, por el contrario, si lo que se observe se debe atribuir exclusivamente a la infección que ya existía.

Desde el punto de vista de la gonococia tiene más importancia la artritis. Todo enfermo con gonococia está expuesto a sufrir artritis de localización diversa, con la desagradable probabilidad de que quede anquilosis de la articulación afecta. Los traumatismos articulares pueden

actuar localizando la infección, y si son debidos a accidente del trabajo debe concederse al obrero el derecho a la reparación del daño, pero, para esto, es necesario que se compruebe que el accidente ha existido, ya que espontáneamente puede aparecer la artritis gonocócica.

Para muchos tratadistas de accidentes del trabajo, la responsabilidad para estos casos debe ser atenuada, pero, a nuestro juicio, teniendo en cuenta el espíritu de la jurisprudencia, debe concederse el derecho a reparación si el traumatismo durante el trabajo ha existido, como en el siguiente caso:

Obrero que va montado sobre un vehículo, al tirarse de él cae al suelo de rodillas y se ocasiona confusión en la del lado derecho; es asistido a poco del accidente y pensando que no ha de molestarle no vuelve al siguiente día pero sí a las 48 horas por haberle aumentado extraordinariamente los dolores y tener la rodilla muy tumefacta, por lo que tiene que guardar cama. Entonces es visto por mí, que encuentro la rodilla muy tumefacta y dolorosa con gran tensión articular y fiebre alta; sospecho que se trate de artritis gonocócica —padeció blenorragia años antes, le fué tratada y se consideraba curado— y dispongo se le haga la reacción de desviación del complemento que da resultado positivo; tratamiento de reposo, calmantes y quimioterapia con derivado de la acridina; mejora lentamente y cuando los dolores han desaparecido y la tumefacción ha cedido, se empieza la movilización ligera primero y el masaje después; el derrame no acaba de desaparecer y se emplea la diatermia con lo que se consigue la curación completa sin incapacidad.

Reumatismo.

El reumatismo es enfermedad que puede ejercer alguna influencia en ciertos accidentes prolongando la incapacidad temporal, y puede también hacer su aparición durante el trabajo siendo el motivo de reclamaciones por supuestos accidentes.

El reumatismo articular agudo se ha considerado por algunos como accidente del trabajo cuando la profesión del obrero puede exponer a éste a enfriamiento rápido en un momento dado. Pero esto ahora no nos interesa, vamos a tratar del reumatismo como estado anterior.

En el articular agudo, puede actuar el traumatismo como revelador o agravador; la responsabilidad, dice Imbert que debe ser atenuada; yo creo que cuando el accidente obre como revelador, la responsabilidad no debe existir. Kunhe dice que se deben reunir las siguientes circunstancias para que el accidente sea responsable del reumatismo; que la articulación lesionada sea la primera en presentar la manifestación reumática, que la curación del traumatismo no se haya conseguido antes de la aparición de los primeros síntomas febriles y que el intervalo entre el traumatismo y el primer síntoma de reumatismo agudo, sea corto, no debiendo ser mayor de quince días.

Los estados subagudos y crónicos ofrecen mayor interés, pues dependientes de ellos se presentan durante el trabajo mialgias o artralgias que los obreros, de buena fe, atribuyen a los esfuerzos durante el trabajo; entonces los movimientos o golpes durante la ejecución de la labor obran simplemente como reveladores y conociendo la forma de producción —intensidad del esfuerzo, posición del obrero, etc.— e interpretando los síntomas, tan dis-

tintos entre el dolor debido a traumatismo y el ocasionado por la enfermedad, no es difícil conocer la verdadera causa y denegar el derecho a la reparación cuando aquélla haya sido la enfermedad reumática.

Sin embargo, en el lumbago no es siempre fácil separar el de causa traumática y el debido al esfuerzo; siendo tan difícil conocer la verdadera causa de esta enfermedad y teniendo que guiarnos siempre del síntoma dolor —exceptuando los debidos a lesión de la columna vertebral— creo que debemos considerar como de esfuerzo, con derecho a la reparación, a los que aparecen con ocasión de esfuerzo violento, y como reumáticos a los que se presentan solamente por un movimiento no violento del cuerpo, pues en éstos —y en la mayor parte de aquéllos— la enfermedad lo hace todo, el accidente no existe.

Finalmente, haremos mención del reumatismo como causa de que la incapacidad temporal se prolongue. Con motivo de fracturas, luxaciones, contusiones articulares, distensiones, etc., suele suceder que aparezca agudizado un reumatismo crónico, que se presente una forma subaguda o simplemente dolores en la parte traumatizada; el médico encargado de la asistencia hará a la vez el tratamiento del reumatismo, y con un criterio contemporizador no prolongará la incapacidad temporal por el accidente mucho después de haberse alcanzado la curación de las lesiones, cuando sea posible hacer una distinción clara entre las manifestaciones debidas a la enfermedad y el estado local dependiente del accidente o cuando los síntomas molestos para el enfermo, dependientes del reumatismo, hayan desaparecido.

Diabetes.

También la diabetes es enfermedad que puede dar lugar a peritajes, por las reclamaciones que se hacen, en algunos casos en que origina marcada influencia sobre la marcha de las lesiones, o que resulta modificada por éstas. Además, e independientemente del estado anterior, aparece en ocasiones producida por un traumatismo especial.

Haremos primeramente una breve exposición de la diabetes traumática y después hablaremos de la diabetes influida por el traumatismo y de las lesiones agravadas por la diabetes.

Diabetes traumática.—Fueron Brouardel y Richardière los que en 1888 publicaron un trabajo sobre diabetes traumática, que puede decirse ha sido el punto de partida de los estudios posteriores.

Es enfermedad poco frecuente; debida a accidente del trabajo, se registran pocos casos; en la clínica general ya puede ser más fácil encontrar algún enfermo en el que se descubra el antecedente traumático.

Reconoce como causas, preferentemente los traumatismos craneales; en el orden de frecuencia siguen a éstos los traumatismos espinales con lesión bien manifiesta o con simple conmoción medular; los traumatismos periféricos son discutibles, sobre todo los de las extremidades, a los que debemos negar eficacia como causa; los que están fuera de duda son los traumatismos psíquicos, sobre todo después de la observación de Braehmer (gran emoción sufrida por un maquinista de ferrocarril que salió indemne de un choque y que la misma noche se le presentó diabetes que no padecía).

Como formas clínicas están la glucosuria simple (que

termina por la curación al cabo de dos o tres semanas) y la diabetes propiamente dicha. De ésta se suele presentar como forma más frecuente la precoz, en la que resulta fácil deducir la relación que guarda con el accidente, y suele terminar por la curación, si bien se citan algunos casos de muerte. La diabetes traumática tardía se reconoce como posible, pero puede confundirse con la diabetes no traumática aparecida en un herido por accidente; tarda en presentarse varios meses y también suele terminar por la curación.

Diabetes agravada por un traumatismo.—Un traumatismo ligero en un diabético, puede ser la causa de agravación de la enfermedad y de la muerte del enfermo. Unas veces solamente se manifiesta la agravación por aumento de azúcar y adelgazamiento rápido, pero en otras ocasiones se presenta el coma.

La jurisprudencia francesa, en casos como éstos, ha fallado generalmente concediendo la mitad de la indemnización y, alguna vez, cuando la muerte se produjo después de curado el obrero de su lesión, la ha negado.

Si se demuestra claramente la influencia del traumatismo en el curso de la enfermedad, y el obrero con anterioridad al accidente se encontraba en buenas condiciones de desempeñar su trabajo, dado el criterio que se sigue en casos análogos, debe reconocerse el derecho a la reparación y abonar la indemnización que corresponda.

Lesiones agravadas por la diabetes.—En clínica general no es difícil encontrar casos de gangrena diabética aparecida después de una pequeña lesión en un pie —herida producida al cortar un callo, rozadura, etc.—; entre lesionados por accidente del trabajo también se encuentran casos de esta naturaleza, pequeñas o importantes lesiones que unas veces evolucionan hacia la curación de manera

muy lenta y otras se complican seriamente, por lo general con gangrena, y que acarrearán la muerte. Así sucedió en el siguiente caso:

Obrero que recibe un golpe en el dorso del pie izquierdo al caer sobre el mismo un objeto pesado; contusión de segundo grado y ligera escoriación de la piel. Era diabético y el traumatismo se complica desde el primer momento; pronto aparece una placa de gangrena en la zona contundida que lejos de reducirse, a pesar del tratamiento de la enfermedad —aún no se conocía la insulina—, sigue avanzando y llega un momento que está gangrenado casi todo el pie; como el estado general está muy comprometido le hago la amputación de la pierna; la herida operatoria evoluciona normalmente hacia la cicatrización y cuando ésta se ha conseguido casi por completo, a los diez días de operado, muere.

En este caso, aunque la lesión era pequeña y en la muerte había influido extraordinariamente el estado anterior, no tuve inconveniente en proponer la indemnización, por fallecimiento, a la familia, pues creo de justicia, sobre todo teniendo en cuenta el espíritu de nuestra jurisprudencia, que se debe proceder así en casos análogos.

Claramente se expresa en este sentido el Tribunal Supremo por sentencia de 18 mayo 1928. (*Gaceta* 11 abril 1930), en la que se concedió indemnización por fallecimiento de un obrero diabético que había sufrido una herida producida por accidente del trabajo:

«... sufrió un accidente del trabajo al realizar un servicio relacionado directamente con su cargo, en beneficio del patrono, que es el responsable de las lesiones sufridas por sus obreros con ocasión o por consecuencia del trabajo y... Que reconocido facultativamente, el obrero..., fué estimado con aptitud para el trabajo al ser contratado, y aun cuando falleciera de diabetes,

es lo cierto que la lesión sufrida por éste en el pie de que se ha hecho mención, fué la causa productora de la muerte acelerada por la diabetes que padecía».

Tumores.

Hay tumores benignos que indudablemente tienen relación directa con un traumatismo, por ejemplo los queloides cicatriciales, pero que no suelen ser motivo de derecho a reparación por no dar lugar a incapacidad. Hay tumores malignos que asientan en sitios donde hubo una lesión de importancia; osteosarcomas en focos de fractura consolidada, algunos sarcomas. También se dan muchos casos de tumores cuya aparición es coincidente, según cuentan los enfermos, con algún ligero golpe; estos son casos más bien de tumores revelados por un traumatismo.

La cuestión médico-legal de la responsabilidad en los tumores aparecidos con posterioridad a lesiones por accidente del trabajo, es compleja, de difícil solución. Tropezamos primeramente con lo poco precisos que son los conocimientos actuales sobre la etiología de los tumores; Olive y le Meignen dicen: «el traumatismo no es suficiente por sí solo para crear el tumor neoplásico; se le debe agregar una influencia extraña desconocida para nosotros».

Los casos que en la práctica se nos pueden presentar son muy variables.

Tumor en evolución que se agrava por el traumatismo.—Es el caso, por mí observado alguna vez, de individuos portadores de un tumor de desarrollo lento, que por la lesión añadida adquiere otra forma de evolución más rápida: por ejemplo, las formaciones epiteliales de la cara, que cuando sobre ellas se produce una herida se forma un epitelioma ulcerado; los tumores que crecen

rápidamente al asentar sobre ellos un golpe. La responsabilidad del accidente es discutible; debiera ser responsabilidad atenuada.

Traumatismo por accidente del trabajo en una región donde exista cicatriz o fístula.—Como se considera más fácil la aparición de un tumor cuando el traumatismo recae en cicatriz por quemadura o herida, o en una fístula, Imbert cree que en tales casos debe ser también la responsabilidad atenuada.

Traumatismo en región indemne.—Puede admitirse en ciertas condiciones la responsabilidad íntegra del accidente.

Traumatismo en un canceroso confirmado.—Si se produce una metástasis en el sitio donde el enfermo haya recibido un golpe, el derecho a la reparación es muy discutible, pues no es nada fácil poder afirmar que la nueva localización cancerosa no se hubiera producido sin la lesión traumática, aparte de que el tumor ya existente y en evolución, será el principal responsable de los perjuicios que el enfermo vaya a tener.

En todos los casos de intervención del perito sobre tumores en relación con accidentes del trabajo, ha de tener en cuenta, lo mismo que en otras enfermedades anteriormente estudiadas en sus relaciones con el estado anterior, que se den las siguientes condiciones:

1.º Accidente confirmado y traumatismo de importancia.

2.º Perfecto estado de salud del individuo antes del accidente, en relación con el tumor producido (puede padecer otras enfermedades independientemente del tumor).

3.º Relación topográfica (que el tumor aparezca en el mismo sitio donde el traumatismo se produjo).

4.ª Relación cronológica (según Cordonnier y Muller, ni menos de un mes ni más de tres años).

En los casos claros e indudables de tumores de origen traumático, que serán los menos, el perito informará diciendo que el obrero tiene derecho a la reparación; en los demás, o la negará rotundamente cuando crea que no existe relación alguna entre el accidente y la aparición del tumor, o podrá decidirse por la responsabilidad atenuada cuando vea que solamente se trate de una agravación o la predisposición individual sea muy manifiesta; en todo caso, y habiendo disconformidad entre las partes, han de ser los Tribunales quienes se encarguen de dar el fallo definitivo.

Pseudo-accidentes y muerte.

La muerte súbita durante el trabajo, dependiente de modo exclusivo del estado anterior, puede motivar reclamaciones porque se piense por la familia del obrero que se trata de un accidente indemnizable por haber acaecido el óbito con ocasión del trabajo.

Si el individuo se siente repentinamente enfermo y reclama los auxilios del médico, es decir, si la muerte es rápida, no súbita, y el obrero es interrogado, nadie pensará que aquéllo pueda ser un accidente del trabajo. Pero si cae como herido por el rayo, e incluso al caer pesadamente al suelo se hiere, nos encontraremos ante una interesante cuestión médico legal.

Hemorragia cerebral, embolia, etc., alguna vez la angina de pecho, son enfermedades que ocasionando la muerte súbita durante el trabajo podrán motivar reclamación.

El médico en estos casos ha de procurar recoger todos

los datos posibles de los testigos, después examinará detenidamente el cadáver y, sobre todo, se preocupará especialmente de la autopsia, por la que podrá llegar a conocer las verdaderas causas de la muerte y saber con certeza si se trata o no de un accidente con derecho a ser indemnizado.

Ahora bien, alguna vez podemos observar que ciertas enfermedades que ocasionan la muerte súbita durante el trabajo, son influenciadas por éste para que se produzca la cesación de las funciones vitales, por esfuerzos exagerados y repetidos (aneurismo de la aorta, hemorragias cerebrales). Entonces habrá que culpar al accidente e indemnizar, claro que esto lo diremos cuando de ello podamos tener una seguridad absoluta.

El siguiente caso referido por Oller (1) puede servir como ejemplo —aunque no terminó por muerte— de los que darán derecho a indemnización:

Un mozo de ómnibus sube un día un baúl a un tercer piso sin molestia ni anormalidad alguna; vuelve a subir otro baúl en buenas condiciones; coge, por último, un tercer baúl, y antes de llegar al piso cae al suelo, donde lo recogen sin conocimiento. Pasados tres o cuatro días empieza a darse cuenta de su situación, pero queda afásico. Se trata de una hemorragia cerebral en un sífilítico. Cuando se nos pidió informe de este caso, se nos preguntaba si era posible saber si el mozo había caído al suelo por causa de hemorragia o la caída había producido la hemorragia; conviene advertir que el trauma externo fué insignificante. Nosotros no dudamos ni un momento en considerar el caso como accidente; pues aun sabiendo que se trataba de un sífilítico y aun admitiendo que la hemorragia fuera anterior a la caída, no se puede negar el esfuerzo de subir tres baúles pesados, esfuerzo capaz por sí solo de producir la

(1) Loc. cit.

hemorragia. Es decir, que aquí se prescinde en absoluto del estado anterior (sífilis) a pesar de saber que las arterias cerebrales se alteran en esta enfermedad, y se concede la responsabilidad al accidente por constar que, independientemente de la sífilis, una caída o un esfuerzo pueden dar origen a la hemorragia.

V

Estado posterior.

Hemos estudiado el estado anterior y ahora, más brevemente, pues la cuestión es mucho más sencilla, vamos a ocuparnos del estado posterior al accidente; considerando como tal a todo lo que pueda acaecer en el curso del tratamiento, mientras el obrero se encuentre incapacitado temporalmente para el trabajo, que influya sobre la salud del individuo, pero que no guarde una relación directa con la lesión sufrida.

Del estado posterior hemos de estudiar el derivado de modo indirecto del accidente, y de la muerte y prolongación de la incapacidad temporal independientes de aquél.

El estado posterior en relación indirecta con el accidente.

Está previsto en el Reglamento para la aplicación a la agricultura de la Ley de accidentes del trabajo en su artículo 15, que «tanto la asistencia médica y farmacéutica como las indemnizaciones serán obligatorias, aunque las consecuencias del accidente resulten modificadas en su naturaleza, duración y gravedad o terminación por enfermedades intercurrentes que... tengan su origen en afecciones adquiridas en el nuevo medio en que la Mutualidad coloque al paciente para su curación».

Por lo tanto, el riesgo queda cubierto para las enfermedades que sin depender directamente del accidente tienen con él una relación indirecta, por ser debidas al medio en que se haya colocado al enfermo para la curación de sus lesiones. Cuando la dependencia es directa, la cosa está clara, la responsabilidad se sobreentiende y está prevista en el mismo artículo al decir que las enfermedades de que trata «constituyan complicaciones derivadas del proceso patológico determinado por el accidente mismo...».

Las enfermedades que sin dependencia directa del accidente pueden influir en el curso y terminación de sus consecuencias, son aquellas que no se hubieran producido de no haber tenido que poner al enfermo, para conseguir la curación de las lesiones por accidente, en especiales condiciones; son, por ejemplo, las complicaciones pulmonares en enfermos a los que se les tenga mucho tiempo en cama, como ocurrió en el siguiente caso:

Un obrero había sufrido, en accidente del trabajo, una distensión de la articulación coxo femoral izquierda; la importancia del traumatismo decidió al médico que le asistía a recomendarle, aparte de otras cosas, reposo absoluto en cama; a los quince días, con motivo de una agravación, soy llamado en consulta; la lesión por accidente estaba muy mejorada, pero nos encontramos con que padecía una bronconeumonía que dada su intensidad y los años del enfermo, era un viejo, pronosticamos como muy grave; efectivamente, al siguiente día falleció. Desde el primer momento manifesté a la sociedad aseguradora que aquel caso debía ser indemnizado con dos años de salario por tratarse de enfermedad adquirida en el medio en que hubo que colocar al enfermo para su curación, ya que la causa del proceso pulmonar habíamos de atribuirle, sobre todo, a la obligada estancia en cama; algo extraña pareció en principio mi decisión, pero fué indemnizado.

La muerte independiente del accidente.

Hemos visto que aparte de la muerte en el accidente o por consecuencia de las lesiones en él sufridas, hay la muerte con dependencia indirecta del accidente —en el caso de gangrena diabética citado en páginas anteriores— y la independiente en absoluto del accidente, pero debida al estado anterior —mi observación de bronquitis pútrida ya relatado—.

Desde el punto de vista del estado posterior, hemos de hablar de la muerte del obrero herido en accidente durante el período de baja, por una causa que no guarde relación alguna ni directa ni indirecta con el accidente ni con la lesión.

Estos casos no pueden ser indemnizados, la responsabilidad no existe, la familia no tiene derecho a que se le abone el importe de la indemnización. La mayor parte de las veces así lo entienden las familias, pero ya se ha dado el caso de reclamación por este motivo.

Como ejemplos de muerte independiente del accidente, durante el período de baja, citaré dos casos de observación personal:

Un obrero sufrió una herida en el dedo índice izquierdo, que abrió la primera articulación interfalángica, por lo que tuvo artritis purulenta de la misma; se consiguió que curase la infección y cuando la herida estaba cicatrizada y ya en período de movilización, el herido cae enfermo y muere de meningitis cerebro espinal. La causa de la muerte era absolutamente ajena a la lesión traumática que padeció, por lo que no fué concedida indemnización.

En el otro caso se trataba de un operario que padecía herida en un brazo; durante la incapacidad temporal un día deja

de presentarse a la cura. Al siguiente día, como tampoco comparece, se le busca en su domicilio, donde nos dicen que ha ingresado en el Hospital para ser operado. Efectivamente, en el establecimiento benéfico nos le encontramos operado ya de hernia estrangulada; fallece el mismo día y, como es natural, carecía su familia del derecho a que se la indemnizase por la muerte.

VI

Incapacidad temporal.

Definición.

La incapacidad temporal es una de las consecuencias del accidente del trabajo, la que se da con más frecuencia; también pueden serlo la muerte y las incapacidades permanentes. En este capítulo sólo hablaremos de la incapacidad temporal.

El artículo 52 del Reglamento, dice que se considerará incapacidad temporal toda lesión que esté curada dentro del término de un año; creo que mejor podría hablarse de lesiones que dan lugar a incapacidad temporal, pues la incapacidad no es la lesión, es el resultado de ésta en relación con las posibilidades de trabajo.

Podemos definir la incapacidad temporal diciendo que es el estado en que se encuentra o presenta un lesionado en el trabajo, incompatible, por circunstancias diversas, con la ejecución de la labor que el herido tuviera a su cargo.

Lesiones productoras y no productoras de incapacidad temporal.

Desde el punto de vista de la incapacidad temporal, dividiremos los accidentes en dos grupos: a) los que permiten al obrero continuar su trabajo; b) los que dan lugar a incapacidad temporal.

Los que no producen incapacidad temporal son los más; es variable la cifra según el género del trabajo y difícil de controlar en muchas ocasiones, por desconocer el accidente, al no presentarse el obrero a recibir asistencia; donde pueden deducirse estos porcentajes por llevar bien las estadísticas y tener establecido un buen servicio de asistencia, dan resultados distintos por las razones que antes apuntábamos; se encuentran los productores de incapacidad temporal con relación a los que no incapacitan para el trabajo, en la proporción de 1 a 6, 1 a 8, 1 a 10, según la clase de riesgo y la costumbre de los obreros.

Un accidente es susceptible de producir incapacidad temporal porque dé origen a imposibilidad física absoluta o relativa; la actividad que han de desarrollar los órganos de movimiento que se han de poner en juego durante el trabajo, estará limitada o impedida por la existencia de la lesión. También la incapacidad temporal podrá calificarse de tal por la posibilidad de que las heridas puedan sufrir agravación o un no despreciable retardo en la curación de las mismas.

Podríamos citar multitud de ejemplos de lesiones productoras de incapacidad y de las compatibles con el trabajo, pero estimamos es suficiente lo dicho en el párrafo anterior para dar una orientación sobre punto tan interesante como éste de determinar la existencia de incapacidad temporal.

Quién debe establecer la existencia de incapacidad temporal.

Nuestra legislación, como las extranjeras, no habla de quién debe decir si la lesión sufrida es productora o no de incapacidad temporal; no se sabe si es el médico

reconocedor o la víctima; algunas legislaciones dan a entender que es el obrero, y hay tratadistas que también lo entienden así; yo creo que nuestra ley puede y debe interpretarse en el sentido de que sea el médico, pero como no dice nada en concreto sobre este particular, tampoco expresa nada sobre quién ha de resolver la discordia caso de existir.

Siempre he creído que habrá de ser el médico designado para la expedición del certificado de baja, quien resuelva sobre la existencia de incapacidad temporal, y con la necesaria amplitud he tratado esta cuestión hace tiempo (1), procurando demostrar que aunque parezca que no, conviene sobre todo al obrero, por las consecuencias que en ocasiones tienen algunos accidentes a los que no se concede importancia. También he insistido repetidas veces y he hecho llegar mi opinión al Consejo de Trabajo, sobre la conveniencia de poder calificar la incapacidad cuando aparezca, aunque hayan transcurrido días después de haber sido producida la lesión.

Para hacer frente a los posibles abusos que en algunos países se han observado, al solicitar la baja obreros con lesiones de escasísima importancia, se ha ideado, y está puesto en práctica en muchas naciones, el sistema de los «plazos de carencia». En virtud de éstos, el obrero que ha sufrido un accidente no percibe la indemnización por incapacidad temporal hasta pasado cierto número de días, con lo que, si la lesión tarda poco tiempo en estar curada, el obrero no es indemnizado; hay tres sistemas distintos, alguno bastante complejo, como el seguido en Francia, donde si la incapacidad es de cuatro días no cobra nada el obrero, si es de nueve percibirá solamente la indemni-

(1) Loc. cit.

zación de cinco y si es de once o más, cobrará todos los días desde el primero.

Los plazos de carencia, a nuestro juicio, no resuelven totalmente la cuestión, pues con ellos se logra que queden excluidos, voluntariamente por el obrero, algunos casos de lesiones insignificantes, pero otras veces han de dar lugar a conflictos con el herido, por pretender éste prolongar la baja para alcanzar el plazo límite y cobrar desde el primer día; también perjudica a veces a operarios con lesiones de duración mayor y con perfecta justificación de baja, cuando su legislación establece un plazo de carencia excesivamente largo.

Se ha utilizado, además, como medio coercitivo, el desnivel de salario resultante entre el que el obrero cobraba trabajando y el que ha de percibir estando de baja; esto pierde toda su eficacia si el herido se encuentra asegurado en alguna Sociedad o Mutualidad obrera que abone una indemnización durante los días de baja, con lo que casi siempre se logra nivelar el jornal mermado, y a veces superar éste.

Por lo dicho hasta aquí, fácilmente se comprenderá que ante la imprecisión de lo legislado y en vista de lo que la práctica enseña, debemos procurar los médicos ser quienes fallemos sobre la justificación de existencia de la incapacidad temporal, pero con un criterio de estricta justicia en nuestra decisión y siempre atentos al grado de imposibilidad física y características de la lesión relacionando ambas con el empleo u oficio, pues algunas veces las mismas lesiones no producen incapacidad en unas profesiones y en otras sí.

Cuándo cesa la incapacidad temporal.

En Medicina Legal existe un criterio según el cual deben ser dados de alta los lesionados cuando se encuentren en condiciones de reanudar su trabajo u ocupaciones habituales y, además, no necesiten de la asistencia facultativa que se le haya venido prestando; entonces se dice que el herido está curado y hasta tal momento no podrá serle dada el alta. Este criterio es aplicable también a las lesiones por accidente del trabajo, pero como puede ofrecer, algunas veces, dificultades no despreciables, vamos a ocuparnos de ello con el necesario detenimiento.

La incapacidad temporal se prolonga —y mientras tanto dure ha de ser indemnizada— hasta que el obrero esté curado con o sin incapacidad permanente o «si transcurrido un año no hubiera cesado aún la incapacidad (temporal), la indemnización se registrá por las disposiciones relativas a la incapacidad permanente», (párrafo 2.º del artículo 64 del Reglamento); por lo tanto si al año de producida la lesión el obrero no se encuentra todavía curado, se le indemnizará al menos con la cantidad correspondiente a la permanente parcial, y decimos al menos porque algunas veces podrán quedarle además defectos físicos por los que se califique la incapacidad en grado mayor, total o absoluta.

¿Y cuándo a un obrero debemos considerarle curado?, ¿cuándo daremos el alta a un herido en accidente del trabajo?

El artículo 215 del Código de Trabajo —al cual se refiere el 21 del Reglamento para la Agricultura—, dice, al hablar de las certificaciones que el médico debe expedir: 2.ª «En cuanto se obtenga la curación, la de hallarse el

obrero en condiciones de volver al trabajo, entendiéndose por curación, en este caso, que el lesionado se halle en plena capacidad para el ejercicio del oficio que realizaba». 3.º «En cuanto se obtenga la curación resultando incapacidad, la en que se califique ésta».

Este concepto de curación que expresa nuestra ley no precisa lo suficiente y es por lo que vamos a insistir sobre él.

Lo que nosotros llamamos curación es lo que los franceses han denominado *consolidación*, a la cual Reclus ha definido, con gran acierto, así: «la consolidación resulta esencialmente de la supresión del tratamiento, por otra parte ineficaz, y de la vuelta posible a un trabajo productivo».

Decía yo, en mi obra ya citada (1), señalando las normas que deben seguirse para el alta por curación, lo que voy a copiar íntegramente:

Lo corriente, el caso que con más frecuencia se da, es que cuando se obtiene la total cicatrización de la herida, o cuando ha terminado el tratamiento fisioterápico —si éste ha sido necesario—, está el obrero en perfectas condiciones de reanudar su trabajo con completa capacidad funcional. Pero, hay casos que podríamos llamar de transición entre éstos y los de incapacidad permanente, que se prestan a dudas, vacilaciones, prolongación de la incapacidad temporal esperando que la permanente quede establecida, etc., que creo de gran interés tratar en este capítulo.

En aquellos países en que esté establecida la revisión periódica de los individuos declarados con incapacidad permanente, no existe el problema; si en el transcurso del tiempo mejoran o se agravan, así les será aumentada, disminuída o suprimida la renta; la fijación de la consolidación o curación para el alta,

(1) Loc. cit. pág. 25.

en estos casos, se hará, conforme la definición de Reclus, cuando se haya suprimido el tratamiento y sea posible la vuelta a un trabajo productivo.

En España, donde con el certificado de curación terminan las obligaciones del patrono y los derechos del obrero lesionado —si éste no muestra disconformidad con la resolución del médico—, tenemos los facultativos que obrar con gran cuidado para que de nuestra decisión no resulten perjudicadas ninguna de las partes. Resolviendo con ligereza, podremos dar por terminada una incapacidad temporal y declarar una permanente que quizá, en el transcurso del tiempo, hubiera llegado a desaparecer; esto se observa principalmente, en las fracturas en las que, algunas veces, aun con perfecta consolidación, quedan dolores, atroñas musculares, rigideces articulares, etc., que originan un déficit en el funcionamiento del miembro lesionado; en estos casos, la parte difícil de determinar es hasta qué punto puede esperarse del tratamiento una mejoría o la desaparición de los trastornos; como es también de difícil apreciación, afortunadamente en muy contados casos, el excluir lo que pueda haber de simulación o de exageración por parte del obrero.

Ejemplo de un caso de observación personal: un obrero sufre, en accidente del trabajo, una fractura de la pelvis; conseguida la consolidación, le queda dificultad en la marcha y disminución de capacidad para su trabajo que consistía en la carga de objetos pesados. Cobra la indemnización por la incapacidad permanente resultante y antes de dos meses está trabajando de nuevo con otro patrono. En este caso había, en parte, exageración en la incapacidad que le quedó: el obrero simulaba una mayor incapacidad; pero existía un indudable déficit en el valor del obrero para dedicarse a trabajos de esfuerzo, déficit que llegó a desaparecer lo bastante para permitirle al poco tiempo reanudar su anterior ocupación.

¿Qué criterio debemos seguir para establecer el término *curación* aplicable al alta del herido?

No se pueden dar reglas fijas; los casos dudosos ofrecen tal variedad, que es imposible trazar una norma a seguir en cada uno de ellos; sin embargo, deben tenerse en cuenta las siguientes circunstancias aplicables a todos los casos:

1.^a *Que el tratamiento haya terminado y no se puedan esperar de él beneficios para una mejor función de la parte lesionada (cicatrización de las heridas, consecución de un grado máximo de amplitud de movimientos, etc.).*

2.^a *Que no se espere alcanzar una modificación en sentido favorable, de las alteraciones anatómicas y funcionales resultantes.*

3.^a *Que podamos estar seguros de que el obrero no sufrirá perjuicio reanudando el trabajo que sea compatible con su estado (el que antes hacía si la incapacidad no existe o no influye en la ejecución de la labor, u otro que pueda efectuar con la incapacidad permanente resultante).*

Los casos en que se den todas estas circunstancias, podrán ser declarados en condiciones de *curación* y, por lo tanto, ser dados de alta fijando el grado de incapacidad que en el momento resulte.

VII

Incapacidades permanentes.

Concepto. Declaración de la incapacidad permanente.

Debemos considerar como constitutivos de Incapacidades permanentes, a los defectos o deformidades físicas irreparables, que dan lugar a un déficit en el valor productivo del obrero, a una imposibilidad de volver a dedicarse éste a su oficio una vez curado, o a una incapacidad absoluta para toda clase de trabajos.

Hemos adoptado este modo de expresar el concepto de las incapacidades permanentes, de acuerdo con la división que de ellas hace nuestra ley, pues de modo más sencillo podríamos decir que son las lesiones persistentes que imposibilitan al obrero, del todo o en parte, el ejercicio de su profesión u oficio.

Son, sin duda, las incapacidades permanentes, el caballo de batalla de los accidentes del trabajo; por ellas se producen muchas reclamaciones, y por ellas también los médicos hemos de intervenir con extraordinaria frecuencia redactando informes o, verbalmente, exponiendo nuestra opinión ante los Tribunales Industriales; en su valoración es donde a veces se observan los criterios más distintos entre los peritos, nacidos de una parte de la elasticidad de la ley, y de otra, la más importante, de la incomprensión de quienes, sin estar preparados en la medida necesaria, aventuran juicios que muchas veces

podremos tachar de temerarios por carecer de base lógica, racional, científica y, sobre todo, justa. Nunca me cansaré de repetir cuán desagradable es encontrar peritos que defiendan a todo trance y sin fundamentos acordes con el espíritu de justicia que debe presidir todos los actos de los profesionales médicos, puntos de vista absurdos para que salga bien librada la parte que los llevó a peritar: unas veces el patrono o Sociedad de Seguros que quiere verse libre de abonar indemnización, y otras el obrero que desea percibir una cantidad no encontrándose incapacitado para el trabajo o estándolo en grado menor al que reclama.

Y véase cuán importante es la actuación del perito médico en estos casos, sobre todo cuando sea el árbitro en la decisión que el Tribunal tome. Por nuestro propio prestigio, que debemos anteponer a la conveniencia personal, seamos justos.

La incapacidad permanente no debe declararse hasta el momento que sea dado de alta el herido, alta que decidiremos cumpliéndose los requisitos que señalábamos en el capítulo anterior: que no se puedan esperar del tratamiento beneficios para una mejor función de la parte lesionada; que no se espere alcanzar una modificación en sentido favorable de las alteraciones anatómicas y funcionales resultantes; que estemos seguros de que el obrero no sufrirá perjuicio al reanudar el trabajo. Hasta el momento del alta no sabremos en muchos casos la incapacidad que ha de resultar, pues no siempre podremos hacer pronósticos sobre el resultado de tratamiento en algunos trastornos funcionales que estemos tratando; con cierta antelación se podrá hablar de incapacidad permanente cuando alguna alteración anatómica se haya producido precozmente, por ejemplo cuando hayamos tenido que amputar un miembro; en otros casos es difícil.

Sistemas seguidos para la valorización de las incapacidades permanentes.

No ha habido en los distintos países un criterio uniforme para establecer las bases con las que había de fijarse la cuantía de la indemnización a los incapacitados para el trabajo.

Para las pensiones de guerra en los países aliados, se estableció el principio de la invalidez física, la cual se mide relacionando el estado del individuo incapacitado con el normal por medio de un coeficiente asignado a los órganos o funciones. La incapacidad profesional es otro sistema basado en que se aprecia aquélla por las consecuencias que haya tenido el accidente para el trabajo a que la víctima se dedicaba, con lo que resulta que la misma lesión en dos individuos de distinta profesión, puede producir incapacidades diferentes. La invalidez física y la incapacidad profesional son los sistemas en que se basa nuestra ley, que también tiene algo del tercer sistema, por el que no se aprecian los resultados del accidente en cuanto a la profesión del obrero, sino estimando de una parte la naturaleza y gravedad de la enfermedad o trastorno resultante, y de otra la edad y demás circunstancias dignas de ser tenidas en cuenta para «condicionar la clasificación de un individuo en el mundo del trabajo» (1).

Los métodos de valoración utilizables son dos. Uno de ellos es el que deduce la indemnización del desnivel de salarios, la diferencia entre el jornal que ganaba el obrero al ocurrirle el accidente y el que después pueda ganar con la incapacidad que quede; es ideal, pero difícil o imposible

(1) B. I. T. «La reparation des accidents du travail».

de llevar a la práctica y, desde luego, sólo utilizable donde se abonen rentas como indemnización y se haga la revisión de los casos muy concienzudamente; desde luego, para la agricultura en España ni conviene ni se necesita; quizá pueda servir, en parte, para la industria y accidentes agrícolas incluidos en la legislación general, cuando se indemnice con renta en lugar de pagar suma global. En el otro método se aprecia la incapacidad deduciéndola de la naturaleza y gravedad de la enfermedad o trastorno definitivo; es el adoptado en gran número de países, facilitándole por medio de baremos o cuadros de incapacidades que en la ley figuran (España, Argentina, Italia), o dejándolo a juicio de las autoridades encargadas de fijar la indemnización, las cuales se sirven de cuadros especiales (Alemania, Austria, Francia) o fijan el grado de incapacidad en proporción con la reducción que haya sufrido el obrero en su aptitud para desempeñar un trabajo remunerado (Gran Bretaña, Irlanda).

Las incapacidades permanentes en nuestra legislación.

Nuestra legislación primitiva, la de 1900, admitía solamente dos clases de incapacidades permanentes: la total o absoluta para toda clase de trabajos, y la parcial. La modificación de 1922 vino con una nueva, la total para la profesión habitual, intermedia, en cuanto a indemnización, a aquellas dos.

Las tres clases de incapacidades permanentes que figuran en el Reglamento para la agricultura, son las citadas anteriormente y que se clasifican e indemnizan así:

1.ª *Incapacidades permanentes y absolutas para todo trabajo* (artículo 55).—Las que inhabiliten por completo al

obrero para toda profesión u oficio, y las que especialmente figuran en la lista del citado artículo, que luego analizaremos. Se indemnizan con dos años de salario (artículo 65). 100 por 100 de valoración.

2.^a *Incapacidades permanentes y totales para la profesión habitual* (artículo 54).—Las que dejen una inutilidad absoluta para todos los trabajos de la misma profesión, aunque el obrero accidentado pueda dedicarse a otra; especialmente las de la relación del mencionado artículo que después detallaremos. La indemnización que corresponde a estas incapacidades es la de 18 meses (artículo 66). A los efectos del porcentaje, las podremos representar por la valoración del 75 por 100.

3.^a *Incapacidades permanentes parciales para el trabajo habitual* (artículo 55).—Son las que dejen una inutilidad que disminuya la capacidad para el trabajo a que se dedicaba el obrero al ocurrirle el accidente y, en todo caso, las que aparecen en la lista que después hemos de estudiar. La indemnización que se abona es la equivalente a un año de salario (artículo 67). Se representan con la valorización de 50 por 100.

En el artículo 61 figura un cuadro de valoraciones por pérdidas de dedos o falanges de la mano y anquilosis de la muñeca; si coexisten varias y suman 50 por 100 —sin otra incapacidad—, se conceptuarán como productoras de incapacidad parcial permanente, y si se da tal circunstancia en individuos portadores de otra incapacidad definida, harán pasar ésta a la categoría inmediata superior. Ejemplo: un individuo que haya perdido la visión completa de un ojo (incapacidad permanente parcial), si le queda además anquilosis de la muñeca izquierda (50 por 100) y pérdida total del índice derecho (25 por 100), será indemnizado con 18 meses de salario por conceptuar su incapa-

cidad como total para la profesión habitual; supongamos otro a quien le queda pérdida de una extremidad inferior en su totalidad (incapacidad permanente total para la profesión habitual) y la anquilosis de la muñeca izquierda y pérdida total del índice derecho: con arreglo a lo dispuesto se calificará su incapacidad como permanente y absoluta para todo trabajo.

**Incapacidades permanentes y absolutas
para todo trabajo.**

a) *La pérdida total o en sus partes principales de las dos extremidades superiores o inferiores, de una extremidad superior y otra inferior, y de la extremidad superior derecha en su totalidad, conceptuándose como partes esenciales la mano y el pie.*

Es criterio casi unánime en las legislaciones extranjeras considerar como incapacidad absoluta la producida por la pérdida de dos miembros; solamente difieren algunas al no dar tal valoración cuando solamente falta la parte esencial, mano o pie, pero este caso se da cuando las indemnizaciones son por renta; siendo por suma global y no muy crecida, es justo que se pague como está mandado.

La pérdida de la extremidad superior derecha en su totalidad supone, tomada al pie de la letra, que no se considere como tal si no a la desarticulación del hombro; creo que debe tener la misma conceptualización la amputación por el tercio medio del brazo y aun por el superior del antebrazo. En cuadros extranjeros figuran valoraciones más bajas para la pérdida de la extremidad superior derecha, por considerar a los mutilados de esta clase en condiciones de ganar un pequeño jornal, sobre todo si se

les somete a la reeducación profesional y se les provee de aparato de prótesis.

b) *La pérdida de movimiento análoga a la mutilación de las extremidades, en las mismas condiciones indicadas en el apartado anterior.*

Se encuentran como causas de pérdida de movimiento en los miembros, que darán lugar a incapacidades análogas a las originadas por falta del miembro correspondiente, las parálisis, fracturas mal o viciosamente consolidadas, las anquilosis y las cicatrices retráctiles.

Pero para que estas lesiones sean productoras de la incapacidad que estamos estudiando, es necesario que la parálisis, afectando a dos miembros, sea total; que las fracturas—casos difíciles de observar—por su viciosa consolidación, originen tal deformidad que imposibiliten la función del miembro o porque no hayan consolidado en un tabético; que las anquilosis asienten en todas las articulaciones de una extremidad o en las de mayor importancia y que las cicatrices sean de tal magnitud y tan retráctiles, que den lugar a posiciones viciosas de los miembros privando a éstos de toda movilidad aprovechable.

Si la falta de movimiento es de la extremidad superior derecha, como la analogía hay que buscarla con la pérdida total del miembro, la parálisis, la anquilosis, fracturas, etcétera, productoras de la inmovilidad, tendrán que dar lugar a ésta de modo absoluto.

c) *La pérdida total de los dos ojos, entendida como anulación del órgano o pérdida total de la fuerza visual.*

d) *La pérdida de un ojo, con disminución de más de 50 por 100 de la fuerza visual del otro.*

Es de opinión unánime el calificar la ceguera de ambos ojos de incapacidad absoluta para todo trabajo, y es

natural que así suceda. En cuanto a la valoración de las demás incapacidades por pérdida de visión, el criterio de la legislación española denota una gran sencillez y, por lo mismo, en algunos casos, su aplicación no está exenta de dificultades.

Por lo que se refiere al apartado d) copiado anteriormente, diremos para aclarar el espíritu de lo legislado, y en relación con la incapacidad inmediata inferior, que se considerará como incapacitado en absoluto para todo trabajo al obrero que habiendo perdido la visión completa de un ojo, el otro le haya quedado con una fuerza visual menor de la media normal.

Conviene que hagamos constar aquí cómo se ha manifestado el Tribunal Supremo en un caso de ceguera absoluta sin tener en cuenta el estado anterior; nos referimos a los casos de obreros a los que faltaba un ojo y perdieron el que les quedaba sano; por la siguiente sentencia, que copiamos, fué indemnizado el obrero con dos años de salario por ser considerada su incapacidad como absoluta para todo trabajo:

«Estando probado que el obrero... en el momento de ocurrir el accidente que le hizo perder el ojo derecho, no obstante de carecer del izquierdo, tenía aptitud suficiente para ejercer los actos propios de su oficio, el cual venía realizando a satisfacción del patrono, como por virtud del mismo ha quedado totalmente ciego, está fuera de duda que su incapacidad hay que calificarla de absoluta y permanente para toda clase de trabajo, conforme a la disposición 2.ª del artículo 4.º de la ley de 10 de enero de 1922 en relación con el artículo 90, letras C) y G) del Reglamento de 29 diciembre del mismo año, porque aun cuando en estos preceptos se habla de la pérdida de los dos ojos, en contraposición a lo estatuido en el artículo 92, letra B), que trata de la pérdida de la visión completa de un ojo, la circunstancia

de que dicho obrero carecía de uno antes de que se produjera el accidente, no es obstáculo para que se haga la declaración de que está en absoluto imposibilitado para toda clase de trabajo». (Sentencia de 9 julio 1927). *Gaceta* de 2 febrero 1928).

e) *La enajenación mental incurable.*

En Italia se exige para que la enajenación mental incurable sea productora de incapacidad absoluta para todo trabajo, que necesite el internamiento. También debe calificarse como tal la que requiera, sin llegar a la reclusión, la vigilancia constante.

Sin embargo, hay estados delirantes y maníacos que son compatibles con una vida casi normal; éstos debieran ser incluidos en el grupo siguiente, si el estado de los enfermos permiten que realicen algún trabajo. Desde luego, deben ser excluidos los enfermos con trastornos mentales muy ligeros, aunque sean incurables, si su evolución no es progresiva.

Las neurosis traumáticas, en sus formas graves, darán lugar a incapacidad absoluta para todo trabajo. Las formas benignas serán indemnizadas en consonancia con los trastornos que ocasionen: parálisis, contracturas, temblores, etc.

f) *Las lesiones orgánicas del cerebro, de los aparatos respiratorio y circulatorio, ocasionadas directa e inmediatamente por acción mecánica del accidente y que se reputen incurables.*

A nuestro modo de ver, tiene este apartado la particularidad de que se pueden incluir en él y, por lo tanto, calificarse como incapacidades absolutas, algunas disminuciones de capacidad compatibles con muchos trabajos, originadas por lesiones orgánicas y funcionales de poca intensidad, pero en las que se dan las circunstancias de

haber sido producidas directa e inmediatamente por acción mecánica del accidente y ser incurables. Como ejemplos podremos citar algunas parálisis de origen cerebral por traumatismo del encéfalo (que deben ser valoradas según el sitio en que asiente la parálisis, con arreglo a la pérdida de movimiento sufrida por el miembro atacado), algunas lesiones pequeñas de las válvulas del corazón bien compensadas, y las adherencias pericardiacas con la misma circunstancia favorable.

g) *Todas las lesiones similares a las descritas que produzcan la misma incapacidad.*

Entre las enfermedades que pueden dar lugar a incapacidad permanente y absoluta para todo trabajo, no mencionadas en los apartados anteriores, tenemos las siguientes:

La *comoción medular grave*, si ha motivado degeneraciones secundarias.

La *contusión medular* si ha dado lugar a trastornos persistentes, de intensidad muy marcada: parálisis de los esfínteres acompañadas de abolición de los reflejos y trastornos de la sensibilidad.

Las *compresiones medulares* cuando originen paraplejía o parálisis de efecto análogo que comprenda dos miembros.

La *tabes traumática* si se la admite como de origen exclusivamente traumático.

La *hematomielia*. Los trastornos a que esta enfermedad da lugar, una vez calificados como definitivos podrán, por su extensión, ocasionar la incapacidad absoluta.

La *siringomielia*, ya sea por hematomielia o por neuritis ascendente.

La *espondilitis traumática* podrá ser alguna vez motivo de incapacidad absoluta, si su extensión es tan grande que imposibilita todo movimiento de la columna vertebral.

Las *fracturas de la columna vertebral* darán lugar a incapacidad que estará en relación con el grado de lesión medular que hayan originado. Como hemos visto anteriormente, si el trastorno aparecido es la paraplejia, la incapacidad será absoluta.

Las *fistulas intestinales y estercoráceas* serán causa de una incapacidad de esta clase, si son incurables y de gran tamaño.

La retención de orina, crónica y permanente, consecutiva a lesiones medulares, si se acompaña de *pielonefritis ascendente* bilateral, es motivo de incapacidad absoluta.

Podrán alcanzar también este grado de incapacidad las lesiones destructivas del pene y testiculos cuando haya habido necesidad de establecer un meato hipogástrico.

Incapacidades permanentes y totales para la profesión habitual.

a) *La pérdida de las partes esenciales de la extremidad superior derecha, considerándose como tales la mano, los dedos de la mano en su totalidad aunque subsista el pulgar o, en igual caso, la pérdida de todas las segundas y terceras falanges.*

En esta clase de incapacidad es en una de las que se observa con mayor claridad la oscilación a que da lugar el obligado agrupamiento en nuestra legislación de todas las incapacidades en tres únicas clases, pues son muchos los estados intermedios entre pérdida de la mano derecha y ausencia completa de toda la extremidad (amputaciones de antebrazo, desarticulación del codo, amputaciones del brazo, que se incluyen en este apartado como productoras, en igual caso de la pérdida de todas las segundas y

terceras falanges, aunque subsista el pulgar, de incapacidad permanente y total para la profesión habitual).

b) *La pérdida de la extremidad superior izquierda en su totalidad o en sus partes esenciales, conceptuándose como tales la mano y los dedos en su totalidad.*

Podría aplicarse a este caso de la extremidad superior izquierda lo dicho anteriormente para la derecha, pues a la pérdida de todos los dedos se la da el mismo valor que a la falta de toda la extremidad.

c) *La pérdida completa del pulgar de la mano que se utilice para el trabajo en cada caso particular.*

En la generalidad de los casos, la mano derecha es la que desarrolla en el trabajo la parte más activa; el dedo pulgar en la mano tiene una importancia extraordinaria y se le da a su pérdida en otras legislaciones mayor valoración que a los demás, pero no tan elevada como en la nuestra, pues suele ser de 30 por 100.

El que nuestra ley haga la salvedad de conceder esta incapacidad a la falta del pulgar de la mano que se utilice para el trabajo, resuelve muy acertadamente la situación a los individuos zurdos, que en otro caso se verían con un trato de desigualdad.

d) *La pérdida de una de las extremidades inferiores en su totalidad.*

Aplicando este enunciado en sentido estricto, no se deben incluir más que los casos de desarticulación de la cadera, pero teniendo en cuenta que amputaciones mucho más bajas producen incapacidad total para la profesión habitual en los obreros que tienen que utilizar mucho las extremidades inferiores, y entre los del campo son los más, debemos tener un criterio de gran amplitud para la aplicación de este apartado.

e) *La pérdida de un ojo con disminución de la visión del otro en menos de un 50 por 100.*

Creo que este enunciado debe interpretarse, y yo así lo hago, como si estuviera redactado en la siguiente forma: «pérdida de un ojo con disminución de la visión del otro en 50 por 100 o menos» o... con disminución de la visión del otro a la media normal o a un tercio.

f) *La sordera absoluta.*

Debe entenderse como sordera absoluta a los efectos de incluirla entre las incapacidades totales para la profesión, a la de los dos oídos; así está aclarado en la jurisprudencia española en casos en los que los peritos estimaron era motivo de esta clase de incapacidades la sordera de un oído.

g) *Todas las similares que produzcan la misma incapacidad.*

Corresponden a este apartado las fracturas, anquilosis, acortamientos, parálisis, retracciones cicatriciales, etc.; de los miembros que originen un déficit equivalente en valoración a la pérdida señalada en los enunciados a), b), c) y d).

También deben figurar aquí muchas de las enfermedades que hemos citado en el apartado g) de las incapacidades absolutas para todo trabajo, si su intensidad es menor y solamente dan lugar a incapacidad total para la profesión habitual: la conmoción, contusión y compresión medulares; la hematomielia, la espondilitis traumática, las fistulas intestinales, las fistulas uretrales en ciertos casos, si se acompañan de estrecheces muy acentuadas; las lesiones del pene y de los testículos, especialmente si han dado lugar a la pérdida de estos órganos; la falta de un riñón si coexisten complicaciones de la cicatriz (eventración, parálisis de los músculos del abdomen).

**Incapacidades permanentes parciales para el
trabajo habitual.**

a) *La pérdida funcional de un pie o de los elementos indispensables para la sustentación y progresión.*

Ya decíamos anteriormente al hablar de la pérdida de una de las extremidades inferiores en su totalidad, (apartado d) de las totales para la profesión), que en aquéllas, y tratándose de obreros agrícolas, habrá que tener en muchos casos un amplio criterio al considerar como totales pérdidas de segmentos de la extremidad inferior por amputación lejana de la cadera; así que, realmente, para las parciales debemos dejar la amputación muy baja de pierna, la osteoplástica de Pirogoff y la desarticulación de Chopart.

La pérdida funcional del pie podrá ser también por parálisis, ciertas fracturas de pierna mal o viciosamente consolidadas, fracturas de huesos del pie o de los maleolos consolidadas con deformidad y anquilosis, etc.

b) *La pérdida de la visión completa de un ojo.*

Según la doctrina sustentada por el Tribunal Supremo, deberá conceptuarse como pérdida de visión completa de un ojo incluida en este apartado, la que resulte a 1/20 de la normal, cuando solamente se aprecien las sombras o bultos sin distinción de detalle alguno.

La *afaquia* o falta de cristalino en un ojo operado de catarata traumática o desaparecida ésta por reabsorción espontánea, debe calificarse como incapacidad permanente parcial cuando en el otro ojo la visión es normal. El valor profesional del ojo operado es nulo, pues la visión con los dos, después de la corrección de aquél, ofrece tan serias dificultades para el trabajo, que éste debe efectuarse

solamente con el sano interrumpiendo la visión en el operado.

c) *La pérdida de dedos o falanges, indispensables para el trabajo.*

Todo perito médico, al valorar una incapacidad perteneciente, a su juicio, a este enunciado, ha de dar el dictamen con plena justificación de causa, pues se presta a que por una manifestación hecha con ligereza se pague indebidamente la indemnización o deje de abonarse cuando exista un perfecto derecho.

Desde luego, cabe suponer que la legislación está en este punto decidida a incluir las pequeñas incapacidades, que sin pertenecer a los apartados a), b) y c) de las totales para la profesión, dejan un déficit bastante acentuado en el valor productivo del obrero.

En la mayor parte de los trabajos agrícolas, pocas veces habremos de hablar de dedos o falanges indispensables para el trabajo, a no ser que por tratarse de un número de lesiones o pérdidas importantes, hayamos de calificar la incapacidad parcial; pero por una sola falange como hemos visto en algunas sentencias del Tribunal Supremo (1), no, pues aunque al reanudar el trabajo encuentre el obrero alguna dificultad para el ejercicio del mismo, desaparece pronto aquélla al poco tiempo de emprender de nuevo la cotidiana labor.

Por lo tanto, se tendrá en cuenta primeramente la naturaleza de la lesión: número de falanges y dedos que falten y clase de ellos; la posibilidad de ser suplido el

(1) Pérdida de la tercera falange del índice izquierdo en un aserrador mecánico (sentencia de 12 de mayo de 1925); pérdida de la tercera falange y parte de la segunda del meñique izquierdo, de una obrera que trabajaba en una fábrica de jabón (sentencia de 13 de mayo de 1925); pérdida de la tercera falange del índice izquierdo de un obrero que clavaba tapas en los tacones (sentencia de 12 de junio de 1924).

amputado por el muñón que quede o por los demás y, finalmente, la clase de trabajo que el obrero tenga que ejecutar. Con estos elementos de juicio a la vista hará el perito su informe, sacando la única conclusión: que los dedos o falanges perdidos son o no indispensables para el trabajo.

d) *Las hernias de cualquier clase que sean.*

Es cuestión tan interesante que la tratamos en capítulo aparte, exclusivamente dedicado al estudio de ella.

Lesiones similares que produzcan la misma incapacidad.—En los artículos 54 y 55, como hemos visto, figura un último apartado para incluir en él los casos no comprendidos en los demás enunciados, pero en el artículo 53, no. El Tribunal Supremo, en repetidas ocasiones, ha manifestado su disconformidad con que por analogía con las absolutas y totales se hiciera lo mismo con las parciales, expresándose así en una sentencia:

«...si el legislador hubiera querido dar mayor extensión al precepto, hubiera seguido el mismo criterio que el mantenido en los artículos 90 y 91 (de la ley de 1922, que corresponden a incapacidades absolutas y totales), y hubiera dejado al arbitrio judicial todas las lesiones similares a las cuatro que taxativamente enumera, y como lo omitió, hay que considerar que para el legislador no hay más lesiones productivas de incapacidades parciales permanentes que las enumeradas en el aludido artículo». (Sentencia de 18 de diciembre de 1923).

Sin embargo en otra sentencia —1.º de febrero de 1926— se concede indemnización por incapacidad permanente parcial en un caso de fractura de la clavícula derecha (no comprendida en el artículo correspondiente), como lesión similar.

Del criterio que el médico ha de tener al valorar incapacidades no comprendidas en los cuadros de la ley, y para establecer la indemnización, hablaremos a continuación.

Lo que debe hacer el médico para valorar las incapacidades.

Si tiene gran importancia la asistencia más perfecta de los lesionados, con el fin de conseguir la rápida curación con la mínima o sin ninguna incapacidad, no la tiene menor la parte de la actuación del médico, cuya finalidad es, cuando se presenta incapacidad permanente, valorar con justicia el daño sufrido para que sea reparado con la indemnización que el obrero herido ha de percibir.

Muchas veces tendremos que vencer la incomprensión de unos y otros que, defendiendo un deseo muy natural, querrán conseguir lo que más convenga a sus intereses; el patrono o Compañía aseguradora, procurará que la indemnización que haya de pagar le sea lo menos gravosa posible —afortunadamente el elemento patronal es fácil de convencer cuando se le demuestra la justicia de nuestras decisiones, salvo excepciones raras ciertamente—; por otro lado, el obrero, la víctima, lógicamente ha de desear que el daño permanente que le quede le sea pagado con la mayor cantidad posible de pesetas; el médico, como elemento técnico que ha de interpretar las disposiciones legislativas aplicadas al caso objeto de informe, sin obedecer a ninguna clase de presiones, sólo fijándose en el estricto cumplimiento del deber y, a lo más, inclinándose del lado de la parte más débil, el obrero, en los casos de duda, hará una valoración de la incapacidad justa, razonada cuando sea preciso, y ateniéndose a lo que la ley mande y sus conocimientos le aconsejen.

Pero la ley española muchas veces no es lo suficientemente clara y precisa para poder dar nuestros fallos con

facilidad; las cuestiones dudosas que exponen al litigio son muchas: el Tribunal Supremo, los Tribunales Industriales en sus fallos, no siempre pero sí con harta frecuencia, por el excesivo rigor que encuentran en las disposiciones legislativas, tienen que denegar indemnizaciones, cuando se piden en un límite superior al razonable, que vemos se abonan en otros casos solucionados «amigablemente» entre el obrero y la Compañía de Seguros.

Estos inconvenientes creo que pueden subsanarse y con ello ganarán unos y otros, si los médicos seguimos las normas que en líneas posteriores vamos a exponer.

**Los cuadros de incapacidades definidas son
incompletos.**

Las incapacidades permanentes que figuran citadas de modo especial en los artículos 53, 54 y 55 no son todas, ni mucho menos, las que en nuestra práctica podemos observar; las correspondientes a los miembros están bastante completas, pero las demás no.

Bien es verdad que en las totales para la profesión y en las absolutas, figura el apartado g), que comprende las que produzcan la misma incapacidad a que hace referencia el artículo respectivo; esto que yo lo interpreto, como más arriba puede verse, haciendo la inclusión de toda clase de defectos, enfermedades y trastornos que no se citan en los otros apartados, el Tribunal Supremo, en la siguiente sentencia, no lo ha apreciado así:

«...como hechos probados admite la sentencia impugnada —se refiere a la del Tribunal Industrial— que por consecuencia del accidente del trabajo originario de la demanda de autos, el obrero hubo de sufrir la extirpación del riñón derecho, y que

dicha pérdida le incapacita total y con carácter permanente para la profesión habitual de estibador, no es menos evidente que tal lesión o falta no está enumerada en el artículo 248 del Código de Trabajo —corresponde al 54 del Reglamento para la agricultura— entre las incapacidades permanentes y totales para la profesión, y como por otra parte no cabe duda que no existe la menor relación de analogía o similitud entre la extirpación de un riñón y la pérdida de una extremidad del dedo pulgar de la mano que se utilice para el trabajo, de un ojo o del oído, sin que tampoco el recurso señale y concrete cuál era procedente, el apartado del artículo 248 con que pudiese guardar semejanza el caso de que se trata...», el Tribunal Supremo niega el derecho a la indemnización. (Sentencia de 7 de mayo de 1930. *Gaceta* de 12 de abril 1932).

**Inconvenientes del encasillamiento en tres grupos.
Necesidad de hacer la valoración con el porcentaje
de la incapacidad resultante.**

Uno de los grandes inconvenientes que yo encuentro a nuestra legislación, es el de encasillar exclusivamente en tres grupos todas las incapacidades permanentes que puedan presentarse: absolutas, totales, parciales.

Con esto resulta que hay casos intermedios entre unas y otras, que necesariamente habremos de incluir en uno u otro grupo, con lo que alguno podrá resultar perjudicado; para tales casos habremos de atenernos a la definición de la incapacidad, que impida en absoluto toda clase de trabajos, que no permita ninguno de los de la misma profesión o que disminuya la capacidad para el trabajo a que el obrero se dedique. Para las dos primeras, absolutas (artículo 55) y totales (artículo 54), la cuestión, aparentemente, no ofrece serias dificultades, pero para las parciales sí, puesto que no se pone un límite y podría interpretarse

erróneamente según ha manifestado repetidas veces el Tribunal Supremo, que muchísimas lesiones de mínima importancia darían lugar a un ligero déficit funcional que pudiera justificar el derecho a la indemnización por incapacidad parcial; bien es verdad que, por lo que se refiere al trabajo agrícola, en contadísimas ocasiones tendremos que calificar como productoras de incapacidad parcial a las lesiones permanentes de poca importancia —pérdida de alguna falange, anquilosis de una o dos articulaciones interfalángicas, etc.—, pues, como sucede en la mayor parte de los trabajos de la industria, tales defectos no originan entorpecimiento en el trabajo y, por lo tanto, el obrero portador de ellos podrá obtener el mismo rendimiento que antes de ocurrirle el accidente cuando tenía absoluta integridad anatómica y funcional.

Atendiendo estas razones, creo que lo mejor que podemos hacer es, dando una valoración a todos los defectos que con carácter de permanencia observemos, obtener el tanto por ciento resultante y calificar la incapacidad en el grupo correspondiente.

Creo interesante reproducir aquí lo que respecto a este punto decía yo en otra ocasión (1):

El médico encargado de valorar una incapacidad de las no comprendidas en los cuadros de nuestra legislación, si tiene poca costumbre de intervenir en peritaciones de esta índole y, por lo tanto, no tiene formado el juicio que la experiencia y los conocimientos adquiridos previamente le conduzcan a emitir un fallo justo; si desconoce los completísimos cuadros de que se puede valer, se verá perplejo, y obrando exclusivamente por impresión personal, podrá perjudicar a alguna de las partes a quienes interesa la cuestión: al obrero, si se queda corto al

(1) En la obra citada de «Accidentes del Trabajo».

apreciar el tanto por ciento de incapacidad; al patrono, si valora muy por encima de lo que en justicia pueda corresponder al lesionado.

Debo apuntar también, sin que esto signifique que yo suponga mala fe por parte del profesional encargado de enjuiciar la incapacidad, que obrando desposeído de una base de conocimientos y experiencia, sin hacer un estudio detenido del caso —aplicando lo observado en él a los cuadros de valoraciones que tanto abundan en la literatura médica—, y fallando solamente de un modo que podríamos llamar intuitivo, resultará que el perito, de una manera si se quiere involuntaria, dará una valoración, la más favorable, a su patrocinado, y si el de la parte contraria está en el mismo caso, resultarán ambas muy distintas, es decir, que el perito del patrono y el del obrero que se encuentren en las condiciones dichas, podrán estar muy distanciados en la valoración que cada uno de ellos dé.

Debe procurar documentarse previamente todo aquel que no quiera abstenerse de intervenir cuando se le ofrezca un peritaje o que tenga que emitir su opinión al dar de alta al lesionado en accidente a quien estuvo tratando. ¿Cómo? Estudiando detenidamente el caso una vez convencido de la permanencia de la incapacidad y, aplicando el baremo que más le agrade, fijar el tanto por ciento de incapacidad que corresponda.

Una vez obtenido el porcentaje, hay que encastrarle en la incapacidad correspondiente, y si alcanza el 50 por 100 se dirá que se trata de incapacidad permanente parcial para la profesión habitual; si llega a 75 la incapacidad será calificada como permanente y total para la profesión habitual, y alcanzando 100 la incapacidad será absoluta para todo trabajo.

Alguna vez obtendremos 47, 71, 96, etc.; en estos casos, muy próximos a la cifra mínima exigida, cuya diferencia con ésta no llega a 5, creo que es un deber de justicia inclinarse a favor del obrero y concederle la incapacidad próxima: parcial, al de 47; total para la profesión al de 71 y absoluta al de 96.

En incapacidades de menor importancia, el médico se limi-

tará a decir: se trata de una *disminución de capacidad para el trabajo que puede* valorarse en 15, 25, 30, etc., por 100. Si el patrono o la Compañía aseguradora se niegan a abonarle indemnización —ajustándose a la interpretación dada por el Tribunal Supremo a estos casos— y el obrero reclama al Tribunal Industrial, la misión única que tendrá que cumplir el médico será repetir en el informe —si es solicitado para ello— lo mismo que dijo en el certificado de alta».

Se ha establecido la costumbre por muchas Compañías de Seguros y empresas de importancia, de indemnizar con el tanto por ciento correspondiente a la incapacidad absoluta de las pequeñas lesiones permanentes, cuya valoración no alcance el 50 por 100, (por ejemplo a quien correspondiesen 5.000 pesetas por la incapacidad absoluta, si le queda disminución de capacidad valorada en 15 por 100, se le abonarán 450 pesetas).

He visto en una poderosa empresa que tiene varios millares de obreros, que se utiliza este procedimiento de indemnización modificado, para abonar las pequeñas incapacidades; en lugar de hablar de tantos por ciento y hacer el cálculo para obtener la cantidad que haya de corresponder al accidentado, se propone a los interesados abonarles dos, tres, cinco, etc., meses de sueldo —calculados previamente tomando como base la reducción sufrida en la capacidad para el trabajo—; si están conformes y aceptan —se asesoran previamente de su Sindicato— cobran las mensualidades estipuladas y si no —el no haber acuerdo es lo excepcional— reclaman al Tribunal correspondiente.

Conveniencia de utilizar un cuadro de valoraciones.

El perito que haya de valorar una incapacidad, debe servirse para ello de alguno de los muchos cuadros que con este fin se han redactado. Entre los primeros usados debemos citar el de Brouardel (1902) y Rémy (1906) que se destinan a valorar las incapacidades de los miembros; más modernos y útiles son la Guía Baremo francesa de 1919 para las pensiones de guerra y el baremo del doctor Lucien Mayet. También pueden servir los cuadros que tienen algunas legislaciones, como la italiana y argentina, especialmente.

Pero las valoraciones que dan estos cuadros y legislaciones extranjeras, no pueden aplicarse a España tal y como se encuentran, puesto que los baremos franceses que hemos citado especialmente, están calculados para indemnizar por renta y dan para las incapacidades valoradas en nuestra ley tantos por ciento diferentes a los de ésta. Por tal motivo, si se hace uso de los baremos o cuadros citados, habrá que modificar las cifras obtenidas aumentando alguna cantidad.

He compuesto y utilizo un cuadro de valoraciones para las incapacidades permanentes —que se publica a continuación— que creo es bastante completo y puede servir para valorar con facilidad las incapacidades que corrientemente se nos presentan y algunas que es raro observar en la práctica. Al redactarle he tenido en cuenta:

1.º *La evaluación dada a las incapacidades definidas en nuestra ley.* Algunos porcentajes del cuadro podrán parecer extraños, pero están calculados por analogía con las incapacidades determinadas, especialmente, en la ley española.

2.º *La jurisprudencia española.*—También he tenido en cuenta el espíritu de la jurisprudencia española, que si de ella no se pueden obtener datos muy precisos para gran parte de las incapacidades, algunas de sus sentencias nos han servido para dar valor conveniente a ciertos defectos físicos de dudosa interpretación en la ley.

3.º *Las leyes y jurisprudencias extranjeras.*—Muy provechosas enseñanzas hemos sacado, sobre todo de los cuadros de valoraciones usados en Francia; hemos citado los más importantes, y entre ellos debemos insistir en señalar especialmente la Guía Baremo de 1919 para las pensiones de guerra. También hemos tenido en cuenta las valoraciones de Alemania, Austria, Gran Bretaña, Estados Unidos, Suiza e Italia.

4.º *La experiencia personal.*—El haber intervenido en multitud de informes por reclamación de indemnizaciones por incapacidad permanente, el saber las aspiraciones de algunos incapacitados, el conocer los fallos de Tribunales Industriales en ciertas incapacidades, nos ha dado conocimientos de gran utilidad para ser tenidos en cuenta al redactar el cuadro de valoraciones.

CUADRO DE VALORACIONES PARA LAS
 INCAPACIDADES PERMANENTES

Advertencias preliminares:

1.^a Las valoraciones que figuran en este cuadro sólo sirven para ser aplicadas cuando se haga la reparación indemnizando con suma global, *no pueden utilizarse para la industria ni para la agricultura, cuando se indemnice por renta, para esto no estén calculadas.*

2.^a Sobre los porcentajes asignados a cada incapacidad, debe añadirse el coeficiente de sexo, edad o profesión cuando el caso lo requiera:

a) Cuando se trate de una obrera.

b) Si el obrero tiene más de 60 años.

c) Si se trata de profesión muy especial a la que pueda afectar la lesión de modo particular, por la región del cuerpo en que asiente, (por ejemplo, algunas pérdidas de falanges o defectos funcionales en las manos, de obreros manuales que ejecutan un trabajo delicado; lesiones en los pies en obreros que tengan que andar mucho y cargados, etc.).

El coeficiente que se añadirá será el 10 por 100 de la valoración obtenida en el cuadro.

3.^a Las valoraciones en el cuadro están clasificadas primeramente por región del cuerpo: cabeza, cuello y raquis, miembros, etc., y dentro de cada grupo por clase de lesiones.

4.^a Los números que figuran al lado de algunas lesiones, son llamadas para las observaciones que aparecen al final.

5.^a En las rigideces articulares, la movilidad que debe valorarse es la activa, la útil, no la pasiva, que siempre es mayor y no utilizable en el trabajo.

6.^a Los números que aparecen en las casillas de la derecha son los tantos por ciento en que se valora la incapacidad.

Donde dice 50, debe entenderse incapacidad parcial para la profesión habitual; el número 75 supone incapacidad total para la profesión habitual y el 100 incapacidad absoluta para todo trabajo. Cuando aparece más de una cifra y éstas son 50, 75 o 100, se entenderá que podrá ser una u otra incapacidad, según los casos, y si figuran dos números así: 10 a 50, 30 a 75, etc., quiere decir que puede haber valoración intermedia atendiendo las indicaciones que se hacen en el cuadro o en las observaciones.

CABEZA

Lesiones del encéfalo.—Lesiones de las meninges cerebrales.

(Valoraciones distintas según el trastorno permanente que haya resultado).

Vértigos, según los casos (1).....	50-75 por 100
Cefalea simple y moderada.....	10 »
Cefalea intensa sin otros trastornos y no continua.....	25 por 100
Cefalea intensa acompañada de otros trastornos.....	50-75 por 100
Hemiplejía de origen traumático.....	Incapacidad absoluta.
Epilepsia traumática grave.....	Incapacidad absoluta.
Epilepsia de accesos poco frecuentes.....	75 por 100
Epilepsia de crisis raras.....	50 »
Allenación mental:	
Necesitando el internamiento.....	Incapacidad absoluta.
Necesitando cuidados constantes...	Incapacidad absoluta.
Psicosis ligeras compatibles con algunos trabajos.....	50-75 por 100

Lesiones de las paredes craneales

Alopecia completa.....	15 por 100
Scalp (2).....	50-75 »
Pérdidas de sustancia ósea de la pared craneal:	

Pequeñas, sin latidos ni impulsión a la tos.....	0-5 por 100
De 5 a 10 cm ² con latidos e impulsión.....	25 por 100
De mayor extensión con trastornos subjetivos (5).....	50-75 por 100

Aparato visual

Pérdida de la visión completa de un ojo...	50
Disminución de agudeza visual a 1/20.....	50
Pérdida de la visión de un ojo con disminución en el otro a 50 por 100 o menos. ...	75
Pérdida de la visión de un ojo con disminución en el otro o más de la mitad.....	Incapacidad absoluta.
Pérdida de la visión en los dos ojos.	Incapacidad absoluta.
Afaquia en un ojo; el otro normal (el operado no tiene valor profesional).....	50

Aparato auditivo

Sordera de un lado.....	0
Sordera de los dos oídos.....	I. total para la profesión.
Sordera de los dos oídos acompañada de vértigos.....	Incapacidad absoluta.
Vértigos (4).....	50-75 por 100
Pérdida de una oreja.....	10 »
Pérdida de dos orejas.....	15 »
Otorrea crónica de un lado.	25 »
Otorrea crónica bilateral.....	35 »

Lesiones de los huesos y partes blandas de la cara

Deformidades del rostro de aspecto repulsivo.	50-75 por 100
Fracturas del maxilar superior viciosamente consolidadas que ocasionen serias dificultades en la masticación.....	25 a 50 »

Fracturas del maxilar inferior, mal o viciosamente consolidadas, que dificulten o hagan imposible la masticación.....	25 a 50 por 100
Constricción completa o casi completa de los maxilares, incurable.....	50-75
Constricción de los maxilares con abertura de 2 a 3 centímetros.....	30 por 100
Luxación irreductible del maxilar inferior..	50 »
Pérdida de dientes:	
Si es posible la prótesis.....	0
Si la prótesis es imposible:	
Pérdida de la mitad.....	30
Pérdida de todos o casi todos. . . .	50-75
Trastornos de masticación, deglución, insalivación y fonación, por lesiones de los labios, mejillas o lengua.....	25 a 50 por 100
Parálisis facial traumática.....	20 a 40 »

CUELLO Y RAQUIS

Lesiones de la faringe y esófago

Estenosis de la faringe o esófago u otras lesiones de estos órganos que dificulten la deglución y provoquen la desnutrición del individuo, según su intensidad.....	10 a 50 por 100
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------

Lesiones de la laringe y tráquea

Estenosis de estos órganos que den lugar a:	
Disfonía según la intensidad.	10 a 25 por 100
Disnea según la intensidad.....	20 a 75 »
Las dos asociadas.....	30 a 75 »

Lesiones de los músculos del cuello

Tortícolis (5) según la intensidad.....	10 a 50 por 100
-----------------------------------------	-----------------

Lesiones de la columna vertebral

Fracturas:

Casos ligeros con trastornos persistentes en la marcha.....	25 a 50 por 100
Casos medios con trastornos más acusados por lesión medular poco ostensible.....	75
Casos graves por lesión medular importante... ..	Incapacidad absoluta
Osteitis vertebrales no tuberculosas.....	50-75 por 100
Espondilitis traumáticas con deformidad de la columna vertebral y rigidez o anquilosis por soldadura de vértebras..	50-75 »
Si la soldadura es total.....	Incapacidad absoluta.
Lumbago crónico, traumático, bien comprobado.....	50 por 100

TORAX

Lesiones del aparato cardio-vascular

Lesiones de los orificios valvulares, no compensadas.....	Incapacidad absoluta.
Miocarditis y endocarditis traumáticas...	Incapacidad absoluta.
Adherencias pericardíacas compensadas..	50 por 100
Adherencias pericardíacas con trastornos funcionales comprobados... ..	Incapacidad absoluta.
Aneurisma de la aorta (si de su producción puede hacerse responsable al accidente).	Incapacidad absoluta.

Lesiones del aparato respiratorio

Secuelas de pleuresía traumática, hemo- tórax y empiema (6).....	25 a 50 por 100
Secuelas de la neumonía traumática (7)...	10 a 75 »
Tuberculosis pulmonar (8).....	50-75-100
Bronquitis crónica (9).....	50-75-100

Lesiones de las paredes torácicas

Fractura de costillas que produzcan evidentes trastornos (10).....	} 10 a 15 por 100 (por costilla).
Fractura del esternón (11).....	

ABDOMEN

Lesiones del aparato digestivo

Hernias de esfuerzo.....	50 por 100
Fístulas del intestino delgado.....	75-100 »
Fístulas estercoráceas incurables. Ano contranatural.....	75-100 »
Incontinencia de heces por lesiones traumáticas del esfínter.....	50-75 »
Apendicitis crónica (12).....	50-75 »
Fístulas biliares (13).....	50-75 »
Esplenectomía por traumatismo del bazo..	50-75 »

Lesiones del aparato urinario

Nefrectomía (14).....	50-75
Nefritis crónica postraumática de un lado.	50
Nefritis crónica de los dos lados.....	75
Ptosis renal de origen traumático (15)...	50
Retención de orina simple.....	50 a 60 por 100
Retención de orina con pielonefritis, ascendente unilateral.....	75
Retención de orina con pielonefritis ascendente, bilateral.....	Incapacidad absoluta.
Incontinencia de orina.....	75
Fístulas urinarias.....	50-75
Estrechechas uretrales (16).....	25 a 100

Lesiones del aparato genital masculino

Pérdida del pene (17).....	25 a 50 por 100
Pérdida de un testículo.....	25 »
Pérdida de dos testículos (18).....	50 a 75 »

Lesiones del aparato genital femenino

Prolapso de útero (19).....	50-75
Retroflexión (20).....	25 por 100

Lesiones de las paredes abdominales

Cicatrices abdominales que por su extensión dificulten los movimientos del tronco.....	25 a 50 por 100
Eventración operatoria o con dependencia directa del traumatismo:	
Casos muy ligeros.....	10 por 100
Casos más acusados.....	10 a 50 »
Casos graves.....	50 a 75 »
Peritonitis (secuelas) (21).....	50-75-100

MIEMBRO SUPERIOR

Pérdida de miembros o de segmentos

Pérdida total o en sus partes esenciales de las *dos extremidades superiores*..... Incapacidad absoluta.

Pérdida total o de segmentos de *un miembro superior*:

	<u>Lado drcho.</u>	<u>Lado izqdo.</u>
Por desarticulación del hombro	I. absoluta.	I. total para la profes.
Amputación en el tercio superior del brazo.....	»	»
Amputación en el tercio medio del brazo...	»	»
Desarticulación del codo.....	»	»

	Lado drcho.	Lado izqdo.
Amputación en el tercio super. del antebrazo	I. absoluta.	I. total para la profes.
Amputación en el tercio medio.	»	»
Amputación en el tercio inferior	I. total para la profes.	»
Desarticulación radiocarpiana.	»	»
Desarticulación carpo metacarpiana	»	»
Amputación de los metacarpianos	»	»
Desarticulación de todos los dedos.	»	»
Pérdida de los cuatro últimos dedos	»	60 por 100
Pérdida de las segundas y terceras falanges de los cuatro últimos dedos.	»	50 »
<i>Pulgar.</i> —Pérdida completa (24).	»	50 »
Pérdida de la 2.ª falange (22).	25 por 100	12 »
<i>Índice.</i> —Pérdida completa	25 »	18 »
Pérdida de la 3.ª falange (23).	9 »	9 »
Pérdida de la 2.ª y 3.ª falanges	15 »	15 »
<i>Medio.</i> —Pérdida completa.	15 »	15 »
Pérdida de la 3.ª falange (23).	9 »	9 »
Pérdida de la 2.ª y 3.ª falanges	12 »	12 »
<i>Anular.</i> —Pérdida completa.	15 »	15 »
Pérdida de la 3.ª falange (23)	9 »	9 »
Pérdida de la 2.ª y 3.ª falanges.	12 »	12 »
<i>Meñique.</i> —Pérdida completa.	15 por 100	15 por 100
Pérdida de la 3.ª falange (23)	9 »	9 »
Pérdida de la 2.ª y 3.ª falanges.	12 »	12 »
<i>Metacarpianos.</i> —Pérdida de éstos. Se añadirá, sobre la valoración del dedo:		
Para el índice	8 »	8 »
Para el medio.	8 »	8 »
Para el anular.	6 »	6 »
Para el meñique.	10 »	10 »

Fracturas

	Lado drcho.	Lado izqdo.
<i>Clavícula</i> .—Consolidación viciosa (25) ..	25 a 50 %	15 a 40 %
<i>Omoplato</i> .—Pseudo artrosis.....	50-75	50
<i>Húmero</i> .—Callo deforme, acortamiento...	25 a 50 %	10 a 25 %
Pseudoartrosis.....	75-100	50-75
<i>Cúbito y radio</i> .—Pseudoartrosis.....	50-75	30 a 50 %
<i>Radio</i> .—Pseudoartrosis.....	50-75	30 a 50 »
<i>Cúbito</i> .—Pseudoartrosis.....	30 a 50 %	10 a 30 » (26)
<i>Huesos del carpo</i>	Variable.	Variable.
<i>Metacarpianos (27)</i>	20 a 50 %	10 a 30 %

Anquilosis

	Lado drcho.	Lado izqdo.
<i>Hombro</i> .—Anquilosis sin movilidad de la escápula.....	60 a 75 %	50 a 60 %
Anquilosis con movilidad de la escápula.....	30 a 65 »	40 a 50 »
<i>Codo</i> (figs. 5. ^a y 6. ^a).—En flexión favorable; ángulo recto o próximo a él..	50	40 por 100
En flexión menos favorable, 110° o más.....	60 por 100	50
A mayor extensión de 70°.....	75	60 por 100
<i>Muñeca</i> .—Anquilosis.....	45 por 100	30 por 100
<i>Mano</i> .—Inmovilización por anquilosis de todas las articulaciones de la mano y dedos.....	75	75
<i>Pulgar</i> .—Anquilosis de las tres articulaciones en extensión.....	75	50
Anquilosis de las tres articulaciones en ligera flexión.....	60 por 100	40 por 100
Anquilosis de la interfalángica y de la metacarpo falángica asociadas.	40 »	30 »

	Lado drcho.	Lado izqdo.
Anquilosis de la metacarpo falángica.....	25 por 100	20 por 100
Anquilosis de la interfalángica.....	20 »	10 »
<i>Índice.</i> —Anquilosis de las tres articulaciones.....	25 »	18 »
Anquilosis de la metacarpo falángica y 1.ª interfalángica, asociadas..	20 »	15 »
Anquilosis de las dos interfalángicas, asociadas.....	15 »	10 »
Anquilosis de la metacarpo falángica.....	12 »	10 »
Anquilosis de la 1.ª interfalángica..	10 »	8 »
Anquilosis de la 2.ª interfalángica..	6 »	4 »
<i>Medio, anular y meñique.</i> —Anquilosis de las tres articulaciones.....	15 »	15 »
Anquilosis de la metacarpo falángica y de la interfalángica, asociadas.	12 »	10 »
Anquilosis de las dos interfalángicas, asociadas....	10 »	8 »
Anquilosis de la metacarpo falángica.....	8 »	6 »
Anquilosis de la 1.ª interfalángica..	8 »	6 »
Anquilosis de la 2.ª interfalángica..	4 »	2 »

Rigideces articulares (limitación de movimientos)

	Lado drcho.	Lado izqdo.
<i>Hombro.</i> —Movimiento de <i>proyección hacia adelante</i> (28) (figuras 1.ª, 7.ª y 8.ª):		
Movimiento de 0° a 45°..	30 por 100	25 por 100
» de 0° a 90°.....	25	20
» de 0° a 125°.....	15	10
Movimiento de <i>proyección hacia atrás</i> (28) (figuras 2.ª, 7.ª y 8.ª):		
Movimiento de 0° a 15°.....	6	4
» de 0° a 30°.....	5	2

	Lado drcho.	Lado izqdo.
Movimiento de <i>abducción</i> (28) (figuras 5.ª y 9.ª).		
Movimiento de 0° a 45°.....	35 por 100	25 por 100
» de 0° a 90°.....	50	20
» de 0° a 125°.....	10	8
<i>Codo</i> .—(Figuras 10 y 11).		
Flexión favorable entre 70° y 110° (29).	20	10
Flexión menos favorable entre 110° y 145° (29).....	30	25
Extensión entre 70° y 0° (29).....	50	55
<i>Muñeca</i> .—Limitación de la flexión.....	10 a 15	8 a 10
» de la extensión.....	5 a 15	0 a 10
» de la inclinación cubital.....	5	2
» de la inclinación radial.....	5	2
» de la pronación.....	10	8
» de la supinación.....	10	8
<i>Pulgar</i> .—Interfalángica, limitación de la extensión.....	10	5
Interfalángica, limitación de la flexión	15	8
<i>Índice</i> .—Metac. falca. limit. de la extensión.	5	2
» » » de la flexión..	8	5
1.ª Interf. limit. de la extensión.....	5	1
» » de la flexión.....	6	3
2.ª » » de la extensión.....	0	0
» » de la flexión.....	3	2
<i>Medio, anular y meñique</i> .—Metacarpo falángica, limitación de la extensión.	5	2
Metac. falca. limit. de la flexión.....	6	4
1.ª interfalca. limit. de la extensión..	0	0
» » de la flexión.....	4	2
2.ª » » de la extensión..	0	0
» » de la flexión.....	0	0

Parálisis

Se valorarán por analogía con la pérdida anatómica o funcional del miembro o de sus segmentos.

Cicatrices

Se valorarán, comparativamente, con las anquilosis y rigideces, por las limitaciones de movimientos a que ellas den lugar.

MIEMBRO INFERIOR

Pérdida de miembros o de segmentos

Pérdida total o en sus partes esenciales de las <i>dos extremidades inferiores</i>	Incapacidad absoluta.
Pérdida total o de segmentos de <i>un miembro inferior</i> :	
Por desarticulación coxo femoral.	I. total para la profesión.
Amputación sub-trocantérea.	»
Amputación en el tercio medio del muslo	»
Amputación en el tercio inferior del muslo	»
Desarticulación de la rodilla.	»
<i>Pierna</i> .—Amputación por el tercio superior	»
Amputación por el tercio medio	»
Amputación por el tercio inferior.	»
Desarticulación tibio tarsiana.	»
Amputac. osteoplástica de Pirogoff.	I. parcial para la profes
<i>Pie</i> .—Desarticulación de Chopart	»
Desarticulación de Lisfranc	»
Pérdida de los cinco dedos.	50 a 50 por 100
» del dedo gordo y su metatarsia.	25 a 50 »
» del 2.º dedo y su metatarsiano.	12 »
» del 3.º dedo y su metatarsiano.	10 »
» del 4.º dedo y su metatarsiano.	8 »
» del 5.º dedo y su metatarsiano.	18 »

Pérdida de los dedos 1.º y 2.º y sus metatarsianos	50 a 40 por 100	
Por cada dedo más con metatarsiano, además del 1.º y 2.º (excepto el 5.º)	5	
Pérdida de los dedos 4.º y 5.º con sus metatarsianos.....	25 a 50	»
Por cada dedo más, con metatarsianos, además del 4.º y 5.º (excepto el 1.º).	5	»
<i>Dedo gordo.</i> —Pérdida de las dos falanges.	12 a 15	»
Pérdida de la 2.ª falange.....	5	»
<i>2.º dedo.</i> —Pérdida total	5	»
Pérdida de una o dos falanges . . .	0	»
<i>3.er dedo.</i> —Pérdida total	5	»
Pérdida de una o dos falanges. . . .	0	»
<i>4.º dedo.</i> —Pérdida total.....	5	»
Pérdida de una o dos falanges.....	0	»
<i>5.º dedo.</i> —Pérdida total.....	7	»
Pérdida de una o dos falanges	2	»
Pérdida del dedo gordo y otro (2.º, 3.º o 4.º).....	15 a 18	»
Pérdida del dedo gordo y otros dos (2.º, 3.º o 4.º)	18 a 20	»
Pérdida del dedo gordo y 2.º, 3.º y 4.º	25 a 45	»
Pérdida de dos dedos (2.º, 3.º y 4.º).	12	»
Pérdida del 5.º dedo y otro (excepto el 1.º).....	10	»
Pérdida del 5.º dedo y otros dos (excepto el 1.º).....	12	»
Pérdida de los cuatro últimos dedos.	18	»

Fracturas (incluso de la pelvis)

<i>Pelvis (80).</i> —Fracturas parciales.....	25 a 50 por 100	
Fracturas completas sin complicaciones urinarias.....	50 a 75	»
Fracturas completas con trastornos urinarios o nerviosos.....	75 a 100	»

<i>Fémur.</i> —Fracturas del cuello con ligeros trastornos funcionales (51).....	20 a 50 por 100	
Fracturas del cuello con trastornos importantes en la marcha, limitación de movimientos, gran atrofia muscular (51).....	50 a 75	»
Fracturas de la diáfisis:		
Acortamiento menor de 5 cm.....	0	
» de 5 a 5 cm. (52).....	20 a 50	»
» de 5 a 10 cm. (52).....	50 a 75	»
» de más de 10 cm.....	75	»
Pseudoartrosis.....	75	»
<i>Rótula.</i> —Buena consolidación y algún ligero trastorno en la marcha.....	15 a 25	»
Aun con callo sólido, marcha dificultada (55).....	50 a 75	»
<i>Tibia y peroné.</i> —Acortamientos:		
Menor de 5 cm.....	0	
De 5 a 5 cm. (52).....	10 a 40	»
De 5 a 10 cm. (52).....	50 a 50	»
De más de 10 cm.....	50	»
Pseudoartrosis.....	75	»
Fractura bimalleolar:		
Con ligeros trastornos.....	25	»
Con pie desviado en valgo con trastornos más acusados.....	50	»
Con trastornos que dificulten notablemente la marcha.....	75	»

Anquilosis

<i>Cadera.</i> —Anquilosis de una cadera en cualquier posición.....	75	
Anquilosis de las dos caderas.....	Incapacidad absoluta.	
<i>Rodilla.</i> —Anquilosis en extensión.....	50 a 50 por 100	
Anquilosis en ligera flexión (entre 155° y 160°).....	50	»
Anquilosis en flexión de 155° a 45°..	75	»

Movimientos de la articulación del hombro.

(Cuya amplitud habrá de ser comprobada para establecer la valoración).



FIG. 1.ª — Proyección hacia adelante o antepulsión.
Movilidad activa y pasiva, hasta 150 ó 160 grados.

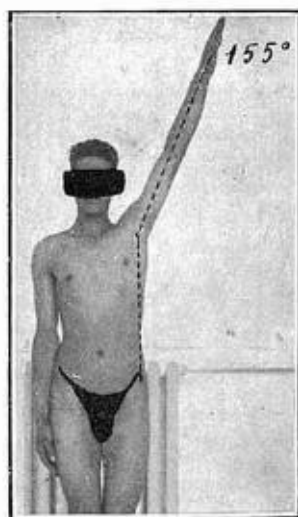


FIG. 3.ª—Abducción.
Movilidad activa y pasiva hasta 150 ó 160 grados.

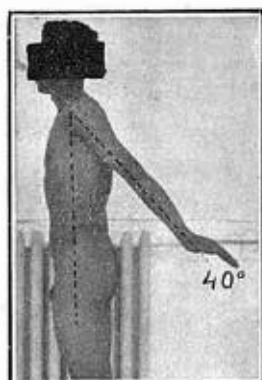


FIG. 2.ª — Proyección hacia atrás o retropulsión.
Movilidad activa: 40°
pasiva: 50°



FIG. 4.ª—Adducción.
Movilidad activa: 30 a 40°
» pasiva: 40 a 50°

Valoración de las anquilosis del codo.

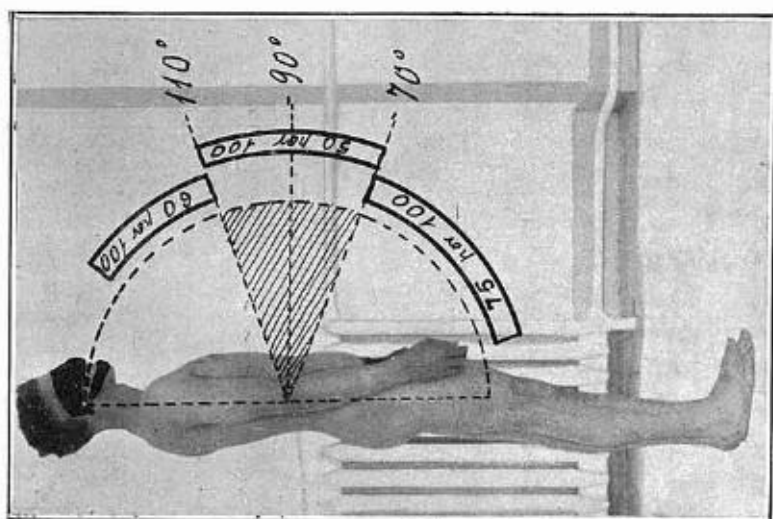


Fig. 5*—Lado derecho. La posición más favorable, es la comprendida en el sombreado.

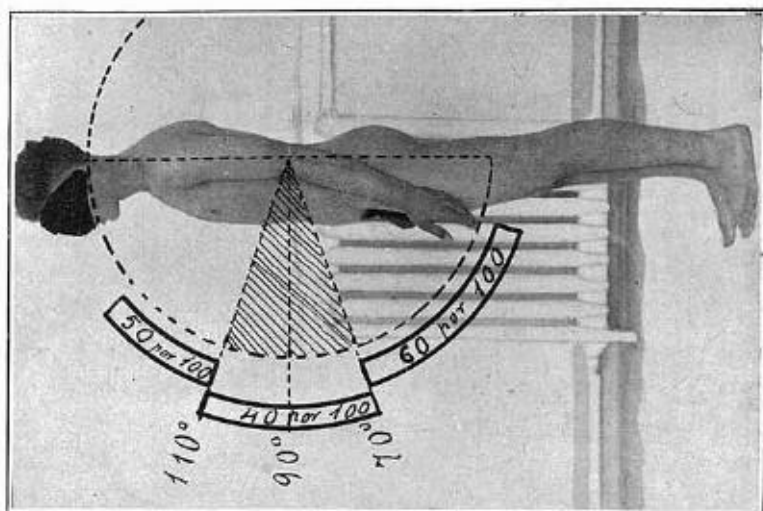


Fig. 6*—Lado izquierdo. Posición favorable, entre 70° y 110°, (parte sombreada).

Valoración de las rigideces articulares del hombro.

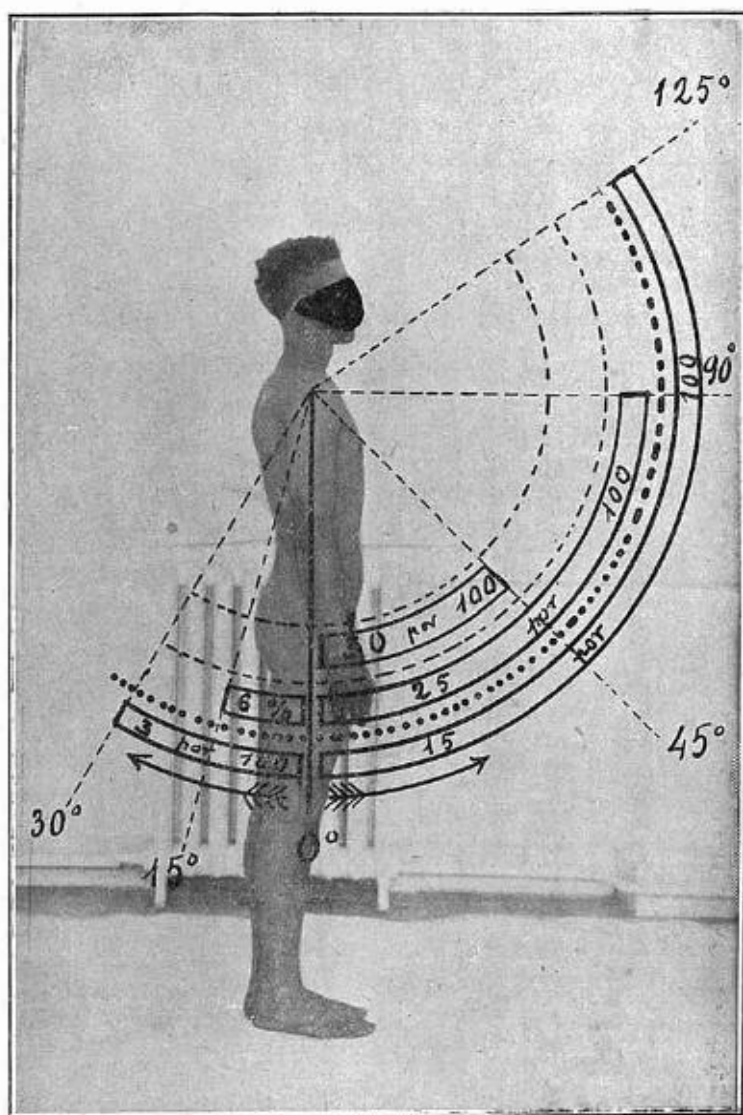


FIG. 7.^a - Lado derecho. Movimientos de antepulsión y retropulsión.

Valoración de las rigideces articulares del hombro.

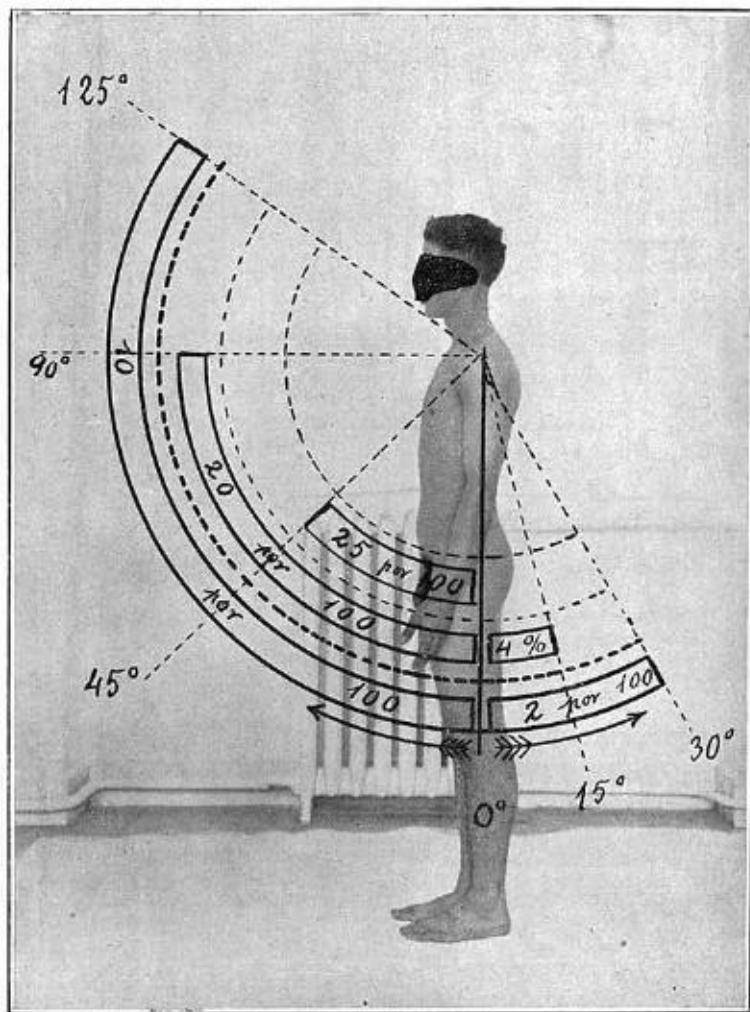


FIG. 8.ª—Lado izquierdo. Movimientos de antepulsión y retropulsión.

Valoración de las rigideces articulares del hombro.

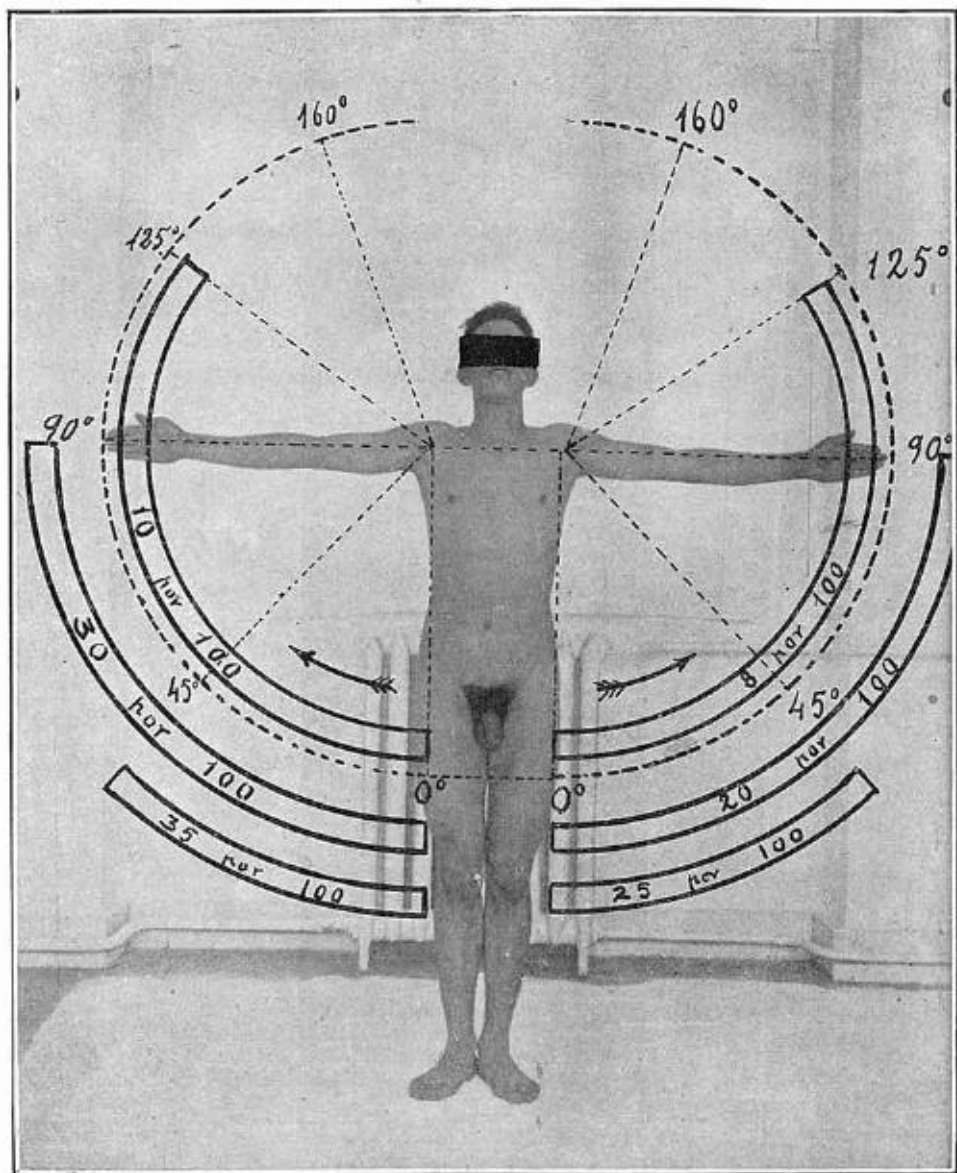


FIG. 9.ª—Movimiento de abducción en ambos lados.

Valoración de las rigideces del codo.

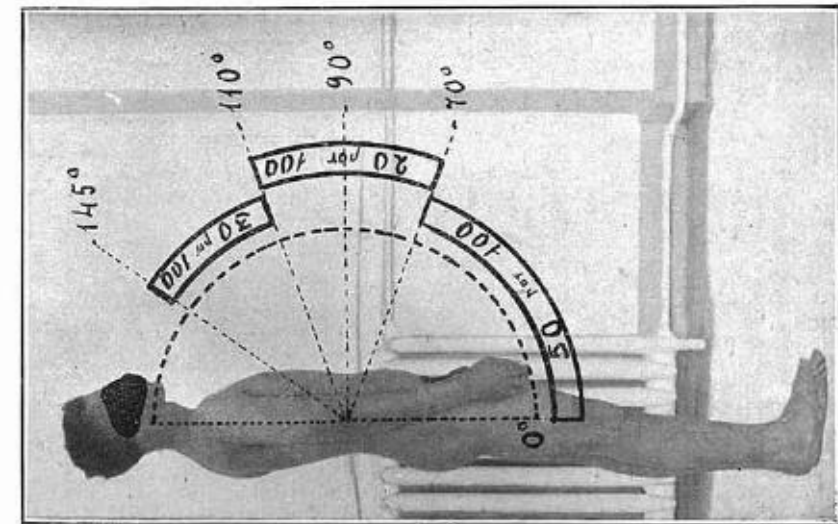


FIG. 10.—Lado derecho.

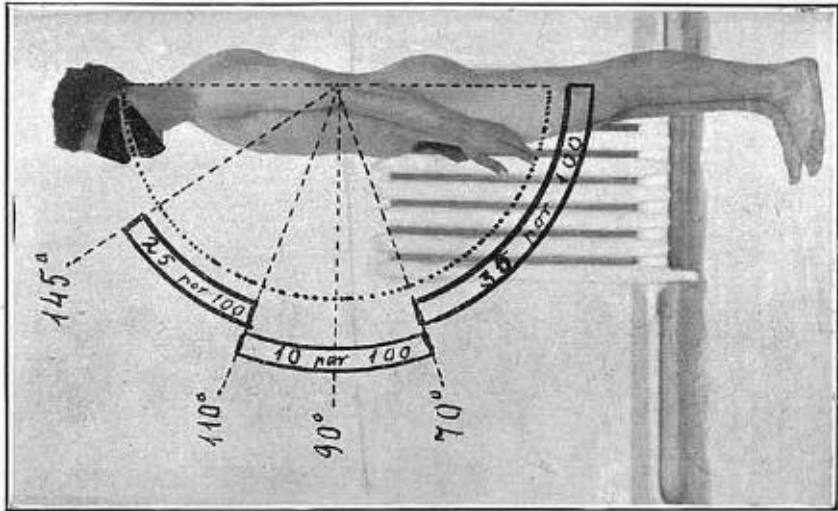


FIG. 11.—Lado izquierdo.

Movimientos de la articulación de la cadera.

(Cuya amplitud habrá de ser comprobada para establecer la valoración).

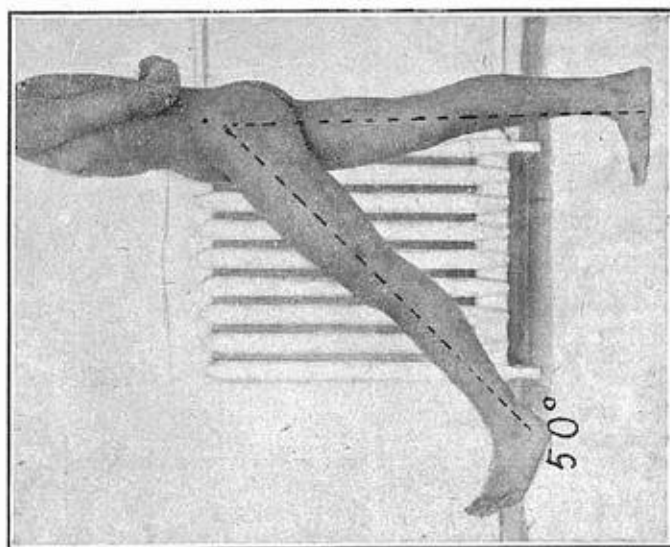


FIG. 12.—Flexión con la pierna extendida.
Movilidad activa: 60 a 70°
* pasiva: 65 a 75°

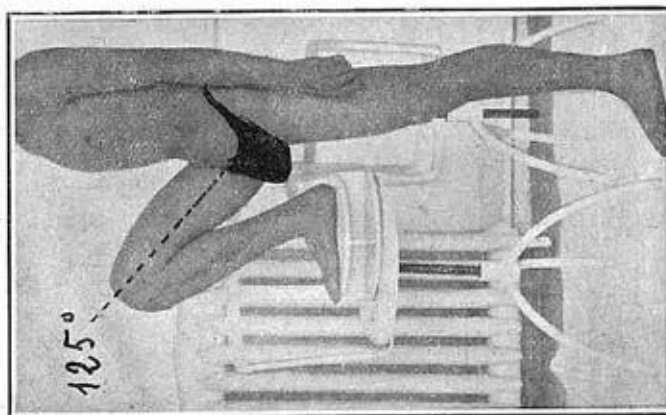


FIG 13.—Flexión con la pierna flexionada.
Movilidad activa: 110 a 120°
* pasiva: 140 a 150°

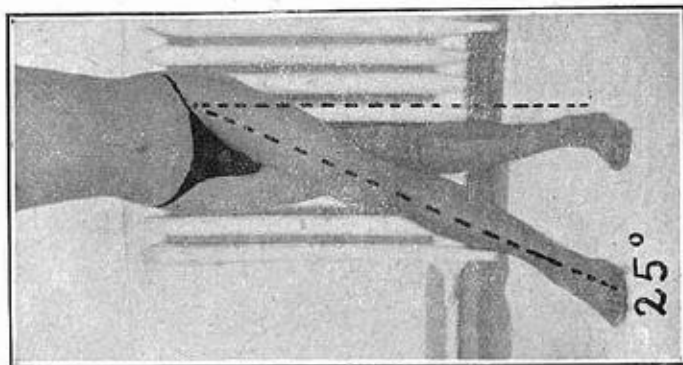


FIG. 16.—Adducción.
Movilidad activa y pasiva: 20 a 30°

Movimientos de la articulación de la cadera.

(Cuya amplitud habrá de ser comprobada para establecer la valoración).

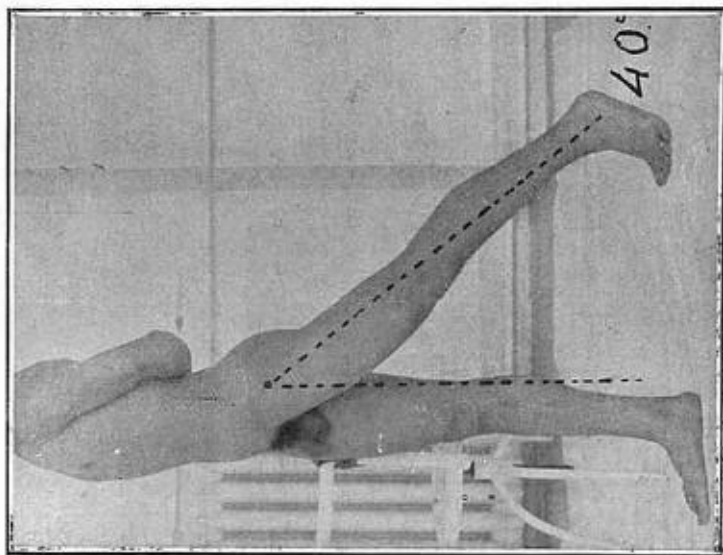


FIG. 14.—Proyección hacia atrás o retropulsión
Movilidad activa y pasiva: 25 a 40°

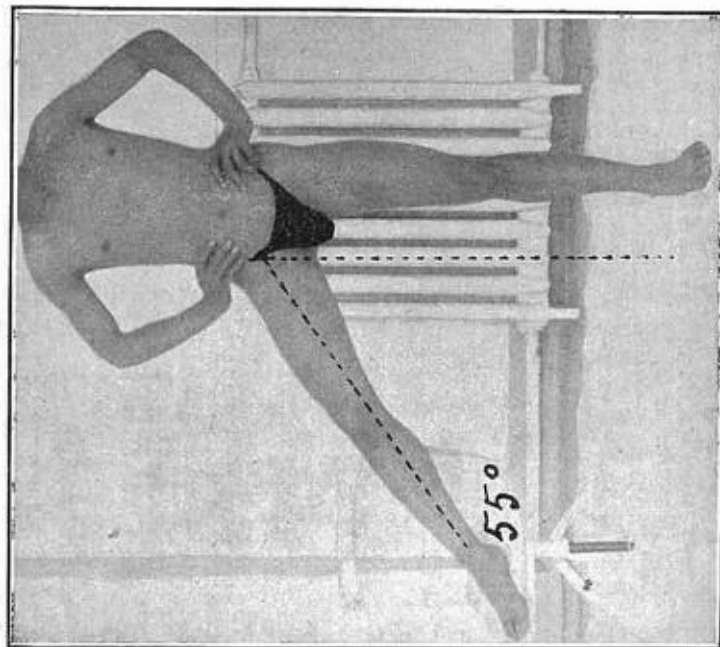


FIG. 15.—Abducción
Movilidad activa y pasiva: 55 a 70°

Valoración de las rigideces articulares de la cadera.

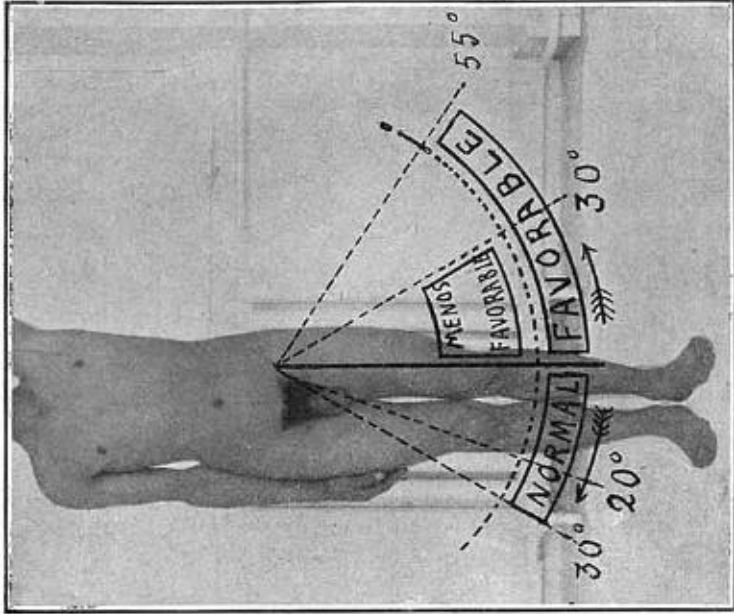


FIG. 18.—Abducción:
Favorable, a 30° o más.
Menos favorable, por debajo de 30°

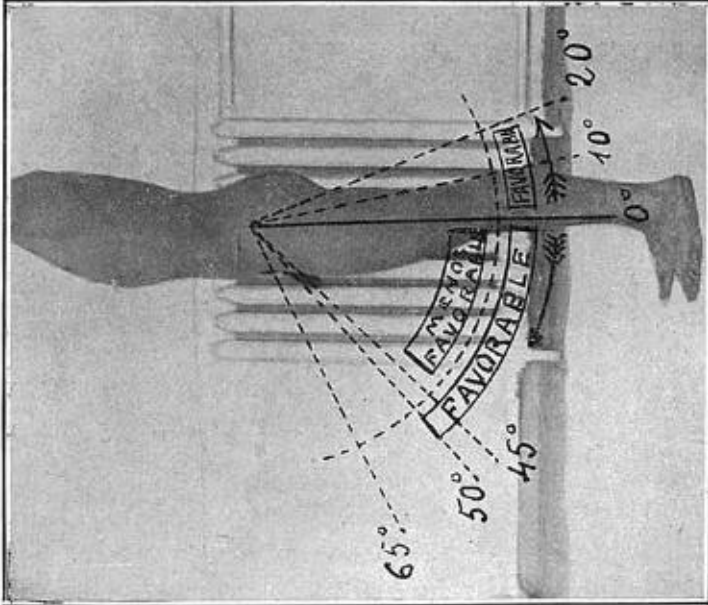


FIG. 17.—Flexión:
Favorable, a más de 45°
Menos favorable, por debajo de 45°
 Retropulsión:
 Tanto *más favorable* cuanto más se aproxime a los 20°

Valoración de las rigideces articulares de la rodilla.

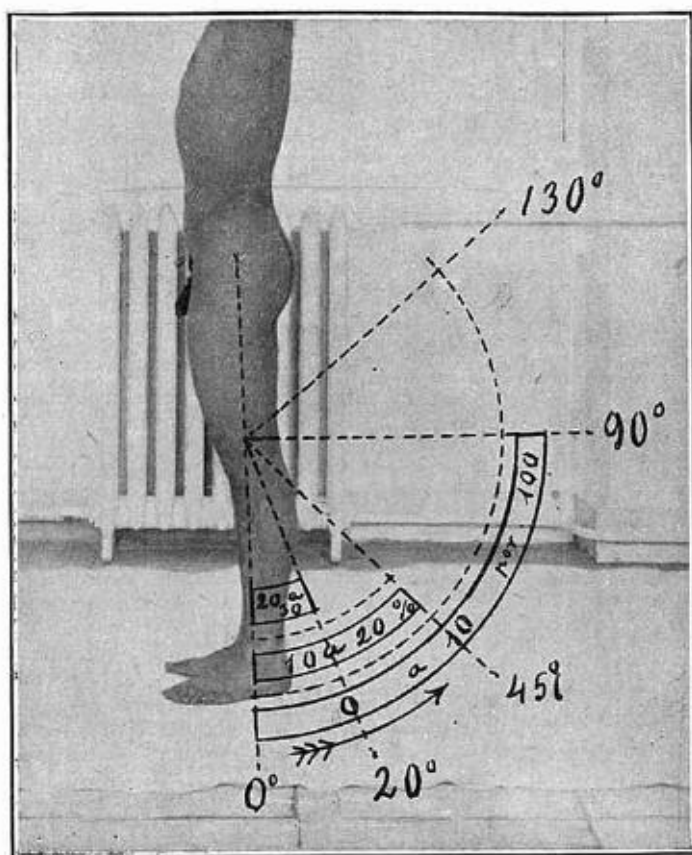


FIG. 19.—Flexión.

<i>Pie</i> (tibio-peroneo-tarsiana)—Buena posición, ángulo de 90°.....	25	por 100
Mala posición: pie equino.....	}	(34) 50 a 75 »
» pie talo.....		
» pie valgo.....		
» pie varo.....		
<i>Dedo gordo</i> .—En extensión.....	8	»
En flexión dorsal.....	10	»
En flexión plantar:		
De la 2.ª falange.....	6	»
De las dos falanges.....	10	»
<i>De los demás dedos</i> .—En buena posición.	0 a 5	»
En mala posición:		
Uno solo.....	5	»
Dos o más.....	10 a 20	»

Rigideces articulares

Cadera.—(Figuras 12 a 18).

Limitación favorable: flexión mínima a 45°, alguna retropulsión y abducción mínima a 30°.....	50 a 50	por 100
Limitación menos favorable: menores flexión y abducción que las señaladas o posición desfavorable (flexión, abducción o adducción persistentes).....	50 a 65	»

Rodilla.—(Figura 19).

Limitaciones favorables:		
Entre 0° y 20°.....	20 a 30	»
» 0° y 45°.....	10 a 20	»
» 0° y 90°.....	0 a 10	»

Limitaciones desfavorables, con flexión persistente..... 50 a 60 »

<i>Pie</i> —Limitaciones de flexión y extensión con buena posición del pie.....	0 a 20	»
Limitaciones de flexión y extensión		

con mala posición del pie (pie talo, pie equino).....	20 a 50 por 100
<i>Dedo gordo.</i> —Limitación de flexión y extensión (según la posición)..	2 a 8 »
<i>De los demás dedos.</i> —Limitación de flexión y extensión (según la posición)...	0 a 8

Parálisis

Se valorarán, por analogía, con la pérdida anatómica o funcional del miembro o de sus segmentos.

Cicatrices

Se valorarán, comparativamente con las anquilosis y rigideces, por las limitaciones de movimientos a que den lugar.

ENFERMEDADES ADQUIRIDAS O AGRAVADAS POR EL ACCIDENTE

<i>Tuberculosis.</i> —Osteo articular. Se valorará con arreglo al trastorno permanente que resulte después de la curación (anquilosis) (55).	
Pulmonar (56). Casos favorables ...	50-75 por 100
Casos graves.	75-100 »
<i>Sífilis.</i> —Adquirida en el trabajo (57).....	50 a 75 »
<i>Diabetes.</i> —Debida a un traumatismo	50-75 »
<i>Tumores.</i> —Se valorarán teniendo en cuenta las posibilidades de curación duradera y supervivencia.	

OBSERVACIONES

1) Se valorarán teniendo en cuenta la intensidad y la profesión; debe comprobarse su existencia y descartar la simulación. En casos ligeros, incapacidad parcial.

2) En la pérdida total del cuero cabelludo, para la valoración se tendrá en cuenta el dolor, si existe, y la depresión moral.

3) Hay casos acompañados de trastornos graves, a los que éstos calificarán la incapacidad absoluta.

4) Véase lo dicho en el número 1.

5) El tortícolis por retracción cicatricial, la misma valoración,

6) Se considerarán como tales el dolor, la disnea y las deformaciones torácicas.

7) La importancia habrá que deducirla de que exista o no reacción pleural más o menos pronunciada, y de que pueda estar afectado el estado general en grado mayor o menor.

8) Según el grado de imputabilidad y la forma clínica.

9) Bien establecida la relación de causa a efecto, valorar teniendo en cuenta si está complicada o no con enfisema, asma, disnea, adherencias pleurales, complicaciones cardíacas y según el grado en que se encuentre atacado el estado general.

10) Sin consolidar o consolidadas viciosamente. Pueden producir deformidades torácicas y dolor, dificultad en los movimientos del tronco, esfuerzo difícil o imposible.

11) Cuando haya dejado como secuelas: deformidades torácicas, dificultad para el esfuerzo, dolor a los movimientos.

12) Si puede ser atribuible al traumatismo con toda certidumbre e imposible de ser curada.

13) Traumáticas o post-operatorias.

14) Sin trastornos generales, 50; estando atacado el estado general, 75

15) Si se ha hecho tratamiento operatorio con buen resultado, 0.

16) La gradación habrá de establecerse en la siguiente forma: casos ligeros no complicados, casos graves con fístula o cistitis, casos más graves con infección propagada al riñón.

17) Se tendrán en cuenta para la valoración, dentro de los límites establecidos, los trastornos de la micción —si existen—, la cantidad de miembro viril que falte y la depresión moral si existe.

18) Se concederá más valor a la pérdida en los jóvenes que en los viejos, en la forma siguiente: adolescentes, 75; adultos, 65; de más de 60 años, 50. Además se tendrán en cuenta la depresión moral y los trastornos endocrinos por insuficiencia.

19) Si se admite como de origen traumático, cosa muy discutible. Los casos ligeros no deben indemnizarse; los muy acentuados sí, pero teniendo en cuenta el trabajo que haya de ejecutar la enferma: esfuerzos, marchas largas, bipedestación prolongada.

20) Es difícil admitirla como originada por un esfuerzo. Admitido así, se podrá indemnizar cuando ocasione evidentes trastornos.

21) Se podrá considerar el caso comprendido en alguna de las tres clases de incapacidades permanentes, teniendo en cuenta la extensión de las adherencias que se hayan establecido y la importancia de los trastornos que produzcan.

22) La pérdida de parte de la segunda falange del pulgar se valorará en 8 por 100.

23) La valoración correspondiente a la pérdida de parte de la tercera falange, es de 5 por 100.

24) Corresponde, según el Reglamento, la incapacidad total, a la pérdida del pulgar de la mano que se utilice para el trabajo; para el de la otra mano, la parcial.

25) Los trastornos que pueden ser motivo de disminución de capacidad para el trabajo, y que por su intensidad señalarán la valoración, son las compresiones nerviosas por el callo y las pseudo-artrosis.

26) Según el grado y forma de anquilosis de la muñeca y de limitación de movimientos.

27) Callos deformes que dificulten los movimientos de los dedos, falta de resistencia en la palma de la mano, dolores; pérdidas de estos huesos o segmentos de los mismos que originen una desviación de la mano.

28) Se deben medir aisladamente las distintas limitaciones —en proyección hacia atrás y adelante y abducción— y sumar los porcentajes para obtener la incapacidad resultante.

29) Con tratamiento bien dirigido de la causa de la limitación de movimientos, estos son los tres tipos que se pueden presentar; hay otras muchas combinaciones que se valorarán por analogía.

30) Cuando después de consolidada la fractura queden trastornos de la marcha, limitación de movimientos, dolores, complicaciones nerviosas, urinarias, etc., o por pseudo artrosis. Aun con fracturas completas, se puede observar, después de la consolidación perfecta, que no queda incapacidad alguna.

31) La diferencia de valoración debe establecerse en relación con la edad, correspondiendo los porcentajes bajos a los individuos jóvenes y los altos a los viejos.

32) Según la edad y los trastornos que acompañen al acortamiento: atrofia muscular, dolores, callo deforme, etc.

- 33) Atendiendo a la edad y género de trabajo.
- 34) Teniendo en cuenta, sobre todo, la profesión, y además la dificultad en la marcha por trastornos concomitantes: dolor, atrofia muscular, etc.
- 35) Si dependiendo del accidente el estado general está atacado con dudosa curabilidad o cierta incurabilidad, se podrá llegar incluso a la incapacidad absoluta.
- 36) Si se admite la relación directa con el accidente. (Véase el número 8).
- 37) Extraordinaria, pero posible; después de un buen tratamiento de ataque, se debe indemnizar al menos con un año de salario.

Técnica de la valoración; reconocimiento del incapacitado.

No ofrece grandes dificultades el reconocimiento de un incapacitado permanente, para deducir la valoración del trastorno, lesión o defecto que le ha quedado.

Habrà de hacerse concienzudamente, sin prisas, que podrían no permitir darnos cuenta de datos interesantes o impedirnos descubrir la simulación, cuando exista.

Si se sospecha la simulación, habrá que insistir con reconocimientos repetidos y valiéndose incluso de argucias hasta poder dar el justo valor a los síntomas subjetivos y a los objetivos falsos.

Como medios de diagnóstico se emplearán todos los utilizados en clínica que se estimen necesarios; no hemos de detallarlos, pues son sobradamente conocidos del lector, pero sí diremos que la radiografía y el examen eléctrico son a menudo convenientes, y necesarios muchas veces. Para medir la amplitud de movimientos de las articulaciones existen multitud de aparatos, que en la práctica corriente no son precisos; suele ser suficiente un goniómetro, y no es imprescindible, puesto que no se necesita una precisión exactísima para fijar el grado de

amplitud del desplazamiento de un miembro, cosa que corrientemente puede hacerse a ojo. Una cinta métrica es conveniente tenerla, pues se usará muchas veces.

Para que el perito médico informe cuando el caso lo requiera, sobre la incapacidad en relación con el oficio del incapacitado, debe conocer, siquiera someramente, la técnica del trabajo en las distintas profesiones para saber la clase de movimientos y actividades que el obrero ha de desarrollar para obtener un rendimiento normal; caso de no saberlo, convendrá que previamente adquiera la debida información, observando el trabajo de otro obrero del mismo oficio.

Las incapacidades que con más frecuencia hemos de valorar, son las de los miembros —las de cabeza y tronco no se observan tan a menudo—; a ellas dedicaremos especial atención.

Tanto para la extremidad superior como para la inferior, cuando veamos por primera vez al supuesto incapacitado, haremos el interrogatorio, examen general del miembro —y de todo el cuerpo si es preciso—, examen local segmento por segmento y articulación por articulación —inspección, palpación, mediciones, movimientos activos y pasivos— y radiografía, si la creemos necesaria.

En el miembro superior, observaremos en primer lugar el conjunto de sus funciones; después pasaremos a examinar la mano —falta de dedos o falanges, disminución o ausencia de movimientos en los dedos— y su función útil para el trabajo —presas de puño, digital y dígito-palmar—. Acto seguido indagaremos sobre la movilidad activa y pasiva de la muñeca: pronación, supinación, flexión, extensión, inclinación cubital (adducción), inclinación radial (abducción). Posteriormente haremos la misma observación respecto a los movimientos de flexión

del codo. En el hombro hemos de fijarnos en los siguientes movimientos: proyección lateral o abducción, hacia adentro o adducción hacia adelante, o antepulsión, hacia atrás o retropulsión, rotación interna y externa y circunducción; debe saberse que en el movimiento de abducción el omoplato sigue al húmero a partir de los 40°, y que la verticalidad máxima que alcanza el brazo elevado en abducción es de unos 150° o poco más.

Para el miembro inferior se seguirá análoga marcha, observando primeramente las funciones de conjunto durante la deambulación. En la cadera se investigarán la flexión, retropulsión, adducción y abducción; en la rodilla, la flexión y extensión; en el pie las flexiones dorsal y plantar y los desplazamientos hacia afuera y adentro; también serán comprobados los movimientos de los dedos.

Excusado es decir que, tanto en la extremidad superior como en la inferior, se han de investigar los acortamientos, atroflas, parálisis, cicatrices retráctiles, pérdidas de segmentos, etc., y deducir los trastornos funcionales a que den lugar.

VIII

La hernia

Es la hernia la enfermedad más discutida, sobre la que se ha escrito mucho, y la que ha motivado más intervenciones de juristas y peritos, entre las susceptibles de producir una incapacidad permanente por accidente del trabajo.

Y esto, ¿a qué es debido? Pues, en primer lugar, a que es enfermedad bastante frecuente, y a que se observa en gran proporción entre los adultos, sobre todo entre los que han dedicado sus actividades a trabajos de fuerza, siendo predispuestos, desde luego —la predisposición lo hace casi todo—, contribuyendo también en grado no despreciable otros esfuerzos musculares independientes del trabajo y debidos a distintas causas; dada su frecuencia y coincidiendo la aparición en bastantes ocasiones con uno de los múltiples esfuerzos que el obrero ha de realizar en el transcurso de la jornada de trabajo, es natural, es lógico que el enfermo crea que aquella hernia que se le ha presentado, debe ser imputada solamente al trabajo y que, por lo tanto, se le debe indemnizar.

Pero, frente a la petición del obrero herniado, tenemos lo que la ley manda: que para tener derecho a la indemnización, habrá de ser «una verdadera hernia de fuerza o hernia por accidente». También reconoce la ley la importancia de la predisposición a padecerla, único caso en toda ella en que se hace referencia al estado anterior.

He aquí los motivos de la abundancia de litigios por las hernias.

Hay en las reclamaciones de indemnización por hernia un elemento que desempeña un principalísimo papel: el perito médico; él es quien ha de dictaminar sobre la relación entre el accidente y la hernia; quien ha de interpretar el sentido de la legislación aplicado a los síntomas que observe en el enfermo; el que en la información —para mí de dudosa eficacia— ha de llevar el criterio científico justo; pero la actuación del perito ha de ser libre de prejuicios, serena, sin apasionamiento y, sobre todo, racionalmente científica, para que no se dé el caso, por desgracia harto frecuente, de los criterios absolutamente contrapuestos entre los dos peritos de las partes, diciendo uno que la hernia es de esfuerzo y el otro que lo es de debilidad.

Ya comprendo que en muchas cuestiones médicas es imposible encontrar pareceres unánimes, pero tratándose de hernias es conveniente un conocimiento previo de la cuestión médico-legal, y se podrá llegar si no a la igualdad por lo menos al acercamiento de opiniones; quien tenga solamente una idea superficial de la hernia-accidente —perfectamente compatible en muchos casos con un conocimiento profundo de la parte clínica— podrá dejarse convencer fácilmente por uno de los interesados que necesite de su peritaje: esto debemos evitarlo, debemos velar por nuestro prestigio.

Expuesta ya la importancia de la hernia-accidente para los peritos, pasaremos a tratar de ella con la debida extensión, no tanta como la que empleamos en otra obra nuestra citada anteriormente, pero sí la suficiente para exponerla con todo detalle posible a los compañeros a quienes pueda interesar cuando tengan que informar en casos de esta clase.

Hernias que pueden dar lugar a reclamación

Hernia inguinal

Por ser la hernia inguinal la más frecuente, es la que motiva más reclamaciones y la que da origen más veces a la intervención del médico.

Por su forma de aparición, y desde el punto de vista del accidente, se dividen —como todas las demás clases de hernias— en dos grupos: de esfuerzo y de debilidad o, por otro nombre, hernia-accidente y hernia enfermedad, indemnizable en el primer caso y no indemnizable en el segundo

CÓMO SE PRODUCE LA HERNIA INGUINAL

La *hernia-accidente* solamente debe observarse en individuos sanos sin predisposición alguna, y tiene dos mecanismos de producción, ambos excepcionales, por lo mismo que dicha variedad de hernia es rarísima: el golpe violento y el esfuerzo brusco.

Se admite que el golpe sobre la pared abdominal, dislacerando músculos y aponeurosis sin solución de continuidad en la piel, puede dar lugar a la formación de una hernia traumática; no he visto ningún caso, pero lo creo perfectamente verosímil.

El esfuerzo brusco, violento, en determinada posición del individuo, puede también dar lugar a la aparición de una hernia traumática. Algunos han llegado a decir que aun en estos casos existe cierta predisposición individual; es posible, no me atrevería yo a negarlo rotundamente, aunque he observado uno de los casos que deben tomarse

como tipo de hernia traumática, de los que sin duda han de ser indemnizados y que aun por los más exigentes sería calificada como de esfuerzo, pues reunía toda la sintomatología precisa.

El esfuerzo ha de ser brusco, violento y prolongado; excepcional en relación con los que efectúe el obrero en su trabajo, en el que los que normalmente haga no serán suficientes para originar la aparición de una hernia no habiendo predisposición manifiesta.

La posición del individuo en el momento del esfuerzo, es otro factor muy digno de ser tenido en cuenta; la que reúne las posibilidades máximas es aquella en que el obrero se encuentra inclinado hacia adelante, con las piernas separadas, y ligeramente flexionadas, así como los muslos.

La *hernia de debilidad* no requiere para su aparición que concurren las mismas circunstancias. La predisposición anatómica existente en el individuo, va aumentando gradualmente en el transcurso de los años por los esfuerzos repetidos del trabajo o por la tos y la defecación. No necesita para hacerse ostensible ni un esfuerzo violento ni una posición determinada; muchas veces el individuo no se da cuenta del momento en que ha aparecido, por haberlo hecho sin dolor, y es preciso un examen médico practicado con otro motivo o que él lleve su mano al sitio de la tumoración para que se aperciba de la existencia de la hernia. A los que tenemos costumbre de observar muchos casos de esta índole no nos causa extrañeza ver que hay buen número de herniados en las empresas o explotaciones industriales, declarados útiles a su ingreso, que no reclamaron indemnización al presentárseles la hernia, ya porque no se dieron cuenta de ello o porque se presentó por otro motivo ajeno al trabajo.

Ahora bien, el obrero que, trabajando, nota la presencia de un dolor en la región inguinal y la aparición de un bulto que antes no tenía, acudirá al médico para que certifique su incapacidad, y éste se encontrará con una hernia de debilidad aparecida durante el trabajo con motivo de un esfuerzo normal, pequeño.

Algunas veces, estando muy en contacto de los obreros, podemos seguir paso a paso el desarrollo de la hernia de debilidad. No es infrecuente el caso del obrero que acude a nuestra consulta aquejando dolor en uno de los conductos inguinales aparecido con ocasión de un esfuerzo; reconocido, solamente encontramos la disposición anatómica especial de los predispuestos, pero sin hernia ni aun siquiera propulsión directa del contenido abdominal; el mismo obrero, en otra ocasión posterior, se presenta nuevamente por el mismo motivo, y, entonces, ya se aprecia la existencia de una punta de hernia que apenas asoma por el orificio externo del conducto inguinal; posteriormente, podrán suceder dos cosas: o que la hernia incipiente vaya adquiriendo desarrollo merced a los esfuerzos continuados del trabajo normal, la tos, la defecación, etc., o que llegue un momento en que rápidamente se haga mayor por haber aumentado de una manera brusca y violenta la presión abdominal.

SÍNTOMAS DE LA HERNIA INGUINAL

En la *hernia de esfuerzo*, el síntoma que más llama la atención del enfermo y de los que le rodean es el dolor; éste es vivísimo, tiene el punto de partida en el conducto inguinal del lado afecto, va acompañado de malestar general y puede dar lugar a la pérdida del conocimiento. Su intensidad está justificada plenamente por la distensión

brusca y violenta que ha tenido que sufrir el peritoneo que recubre la parte herniada para formar el saco. Alguna vez el dolor se localiza en la región lumbar y siempre es prolongado. Desde luego, su intensidad y duración son motivo justificado de que el obrero tenga que interrumpir el trabajo.

Si examinamos un herniado por accidente a poco de producirse éste —las primeras horas, los primeros días—, veremos que la hernia es pequeña y tensa; la palpación del tumor provoca dolor y es irreductible o se reduce con dificultad. La pared abdominal alrededor del conducto inguinal debe ser firme, resistente, así como el orificio externo de aquél, que será sumamente estrecho.

En un reconocimiento que hagamos al herniado pasados uno, dos y hasta tres meses, el volumen habrá aumentado, pero será el de un huevo de paloma o una nuez. Para algunos autores alemanes si alcanza el tamaño de un limón no es de esfuerzo. Berger (1) dice, que al año de fecha no debe pasar el volumen de un huevo de gallina, y Forque y Jeanbrau (2) afirman, que si el obrero no ha reanudado el trabajo y ha llevado un vendaje contentivo, la hernia de dos o tres meses no debe ser mayor que un huevo de paloma.

En el reconocimiento de la hernia de esfuerzo reciente, de pocos meses, ésta debe ser reducible ya que en tan corto período no ha sido posible que se establezcan las causas que hacen imposible la reducción; no se encontrará epiplón en el contenido herniario, y a este propósito, dice Berger, que tal circunstancia es «una fuerte presunción, sino una prueba formal de la antigüedad de la hernia».

(1) P. Berger, *Revue de Chirurgie*, abril y mayo de 1906.

(2) Forgue y Jeanbrau. «Guide pratique du Médecin dans les accidents du travail». París, 1924.

El anillo y trayecto herniarios, no estarán dilatados, y los tejidos que los forman, así como los de alrededor, los encontramos resistentes, más o menos tensos, y no fácilmente depresibles; el calibre del anillo debe ser aproximadamente igual al del pedículo de la hernia.

En la *hernia de debilidad* puede pasar desapercibida su aparición para el enfermo, por no haber provocado molestia alguna; sin embargo, es frecuente que aprecie un dolor —que nunca es intenso y suele ser siempre pequeño, moderado— en el conducto inguinal correspondiente; la falta de intensidad del dolor justifica el que el obrero continúe trabajando aunque se haya dado cuenta de la aparición de la hernia, si bien, por este último motivo, se hará reconocer por el médico.

En el examen del herniado hecho a las pocas horas de haberse presentado la hernia, se encuentra ésta generalmente de un volumen mayor que el descrito anteriormente en la de esfuerzo, y variable en relación con la resistencia de los tejidos circunvecinos y con la mayor o menor cantidad de conducto peritoneo vaginal preformado, si éste existía ya. Aunque acuse el enfermo algún ligero dolor a la palpación del conducto inguinal, el tumor herniario es indoloro, blando y se reduce con bastante facilidad y poca molestia. El anillo inguinal está dilatado, es mayor que el pedículo de la hernia; los pilares del orificio externo del conducto inguinal son blandos, débiles, así como el resto de la pared.

En un reconocimiento llevado a cabo algún tiempo después, la hernia habrá aumentado de volumen, y éste será mayor cuantos más sean los esfuerzos que el individuo haya tenido que hacer, y cuanto menor sea la resistencia de los tejidos en relación con el grado de predisposición. Entonces el anillo inguinal será aún mayor