

**Sandra Rodríguez Castañeda**

**LA FIBROMIALGIA COMO UNA INCAPACIDAD**

**TRABAJO FINAL DE GRADO**

**Dirigido por el Dr. Raúl Ángel Navarro Roldán**

**Grado de Relaciones Laborales y Ocupación**



**UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI**

**Tarragona**

**2016**

**Resumen:**

El presente trabajo se basa en el estudio del síndrome fibromiálgico, teniendo como consecuencia el análisis jurisprudencial de la incapacidad permanente, y como estos dos componentes pueden llegar a estar conectados. Se hará basándose en sentencias de los últimos 15 años y en el marco normativo de la incapacidad temporal y permanente; también se hará una explicación de la fibromialgia y lo que conlleva. La finalidad de este trabajo, es averiguar si la fibromialgia como enfermedad tiene cabida en el marco teórico, pudiendo llegar a ser una de las causas de la incapacidad permanente, y en su caso, qué grados se obtendría.

PALABRAS CLAVE: Fibromialgia, incapacidad permanente, enfermedad, jurisprudencia, normativa.
----------------------------------------------------------------------------------------------

---

**Resum:**

El present treball es basa en l'estudi del síndrome fibromiàlgic, tenint com a conseqüència l'anàlisi jurisprudencial de la incapacitat permanent, i com aquest dos components poden arribar a estar connectats. Es farà basant-se en les sentències dels últims 15 anys i en el marc normatiu de la incapacitat temporal i permanent; també es farà una explicació de la fibromiàlgia i el que comporta. La finalitat d'aquest treball, es esbrinar si la fibromiàlgia com a malaltia te cabuda dins del marc teòric, podent arribar a ser una de les causes de la incapacitat permanent, i en el seu cas, quin grau s'obtindria.

PARAULES CLAU: Fibromiàlgia, incapacitat permanent, malaltia, jurisprudència, normativa.
------------------------------------------------------------------------------------------

---

**Abstract:**

The present work is based on the study of the fibromyalgia syndrome, taking as a consequence the jurisprudential analysis of the permanent disability, and as these two components they can manage to be connected. It will be done being based on judgments of last 15 years and on the normative frame of the temporary and permanent disability;

also there will be done an explanation of the fibromyalgia. The purpose of this work, it is to quarrel if the fibromyalgia like disease has content in the theoretical frame, being able to manage to be one of the reasons of the permanent disability, and in his case, what degrees would be obtained.

**KEYWORDS:** Fibromyalgia, permanent disability, disease, jurisprudential, regulations.

---

## ABREVIATURAS / SIGLAS UTILIZADAS

ALPIM	Anxiety-Laxity-Pain-Immune-Mood
Art.	Artículo
BOE	Boletín Oficial del Estado
CAR	Colegio Americano de Reumatología
Et. Al	Varios autores
EVI	Equipo de Valoración de Incapacidades
FIQ	Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia
IASP	International Association for the Study of Pain
INE	Instituto Nacional de Estadística
INSS	Instituto Nacional de la Seguridad Social
ITTS	Inspección de Trabajo y Seguridad Social
IRPF	Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas
OMS	Organización Mundial de la Salud
Op. Cit.	Obra ya citada del mismo autor en otras páginas
RAE	Real Academia Española
RDLeg	Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, BOE núm. 154. Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. BOE núm. 261.
S.A	Sin año
SFC	Síndrome de Fatiga Crónica
s.n	Sin nombre
TRLGSS	Texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	7
1. BREVE RECORRIDO DE LA LEY GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL	9
2. LA INCAPACIDAD TEMPORAL .....	11
2.1. <i>Concepto</i> .....	11
2.2. <i>Extinción de la prestación</i> .....	12
3. LA INCAPACIDAD PERMANENTE .....	13
3.1. <i>Concepto</i> .....	13
3.2 <i>Grados de incapacidad permanente</i> .....	14
3.3 <i>Requisitos y beneficiarios de la prestación</i> .....	17
3.4 <i>Hecho causante</i> .....	19
3.5 <i>Prestaciones económicas</i> .....	21
3.5.1 <i>Abono de la cuantía</i> .....	24
3.6 <i>Compatibilidades e incompatibilidades de la prestación</i> .....	25
3.7 <i>Suspensión y extinción de la prestación</i> .....	25
3.8 <i>Calificación y revisión</i> .....	26
4. LA FIBROMIALGIA .....	27
4.1 <i>Concepto</i> .....	27
4.2 <i>Historia de la fibromialgia</i> .....	28
4.3 <i>El dolor</i> .....	32
4.4 <i>Diagnóstico</i> .....	33
4.5 <i>Tratamiento y seguimiento</i> .....	36
4.6 <i>Tratamiento farmacológico</i> .....	37
4.7 <i>Enfermedades relacionadas con la fibromialgia</i> .....	40
5. ANÁLISIS JURISPRUDENCIAL Y DOCTRINAL .....	43

CONCLUSIONES.....	53
BIBLIOGRAFÍA.....	57
WEB GRAFÍA.....	58
REFERENCIAS NORMATIVAS.....	61
SENTENCIAS.....	63
ANEXOS.....	65
<i>ANEXO 1. Tabla de equivalencias entre la Ley de Seguridad Social de 1994, y la última reforma en 2015.</i> ....	65
<i>ANEXO 2. Cuadro de los hitos en la historia de la fibromialgia</i> .....	67
<i>ANEXO 3. Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ).</i> ....	68
<i>ANEXO 4. Puntos dolorosos de la fibromialgia.</i> .....	69
<i>ANEXO 5. Tabla de calificación de la escala de gravedad de síntomas</i> .....	70

# INTRODUCCIÓN

La fibromialgia es un síndrome clínico caracterizado por el dolor crónico generalizado, que predomina en los músculos, y que tiene una exagerada y extensa sensibilidad a la presión de múltiples puntos<sup>1</sup>. Es una enfermedad que fue reconocida como tal, en 1989 por la OMS, que la colocó dentro del grupo de las mialgias. Es por ello, que es denominada como enfermedad nueva, de la que no hay una información muy detallada, puesto que, no se ha llegado a asegurar científicamente del todo, de donde proceden los dolores causados por la fibromialgia.

En estudios realizados años atrás por EPISER 2000<sup>2</sup>, la población afectada a nivel estatal alcanzaba un 2,7%, mientras que los estudios publicados por el Documento de Consenso Interdisciplinar<sup>3</sup> en 2010, apuntaba a un crecimiento de la fibromialgia entre la población española, llegando a alcanzar los 5,7% de afectados.

El objeto de este trabajo, es descubrir qué es la fibromialgia como enfermedad, estudiando su evolución a lo largo de los años. Se trata, de descubrir cómo afecta a la persona, padecer fibromialgia y sus consecuencias en el trabajo. Además, al ser una enfermedad que se caracteriza por el dolor generalizado por todo el cuerpo, ésta puede ser una causa de incapacidad.

En esta dirección, el trabajo se basa en plantear si la fibromialgia puede ser susceptible de ser una incapacidad permanente, que es la situación del trabajador que, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyen o anulen su capacidad laboral<sup>4</sup>; estudiando además la posibilidad de ser temporal. Para poder llegar a resolver esta cuestión, se explican los dos tipos de incapacidades, tanto la temporal como la permanente, analizándolo con el marco normativo vigente, junto con la jurisprudencia correspondiente, y la decisión de los tribunales, además de la doctrina necesaria.

---

<sup>1</sup> SALUSPOT. *El dolor crónico: concepto, causas y tratamiento*. [en línea] Madrid, 2012. <<https://www.saluspot.com/a/el-dolor-cronico-concepto-causas-y-tratamiento/>> [Consulta: 6 mayo 2016].

<sup>2</sup> Sociedad Española de Reumatología

<sup>3</sup> ALEGRE DE MIQUEL, et al. *Documento de Consenso interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia*. [en línea] Revista Actas Esp Psiquiatric, 2010. <[http://www.sen.es/pdf/2010/consenso\\_fibromialgia\\_2010\\_esp.pdf](http://www.sen.es/pdf/2010/consenso_fibromialgia_2010_esp.pdf)> [Consulta: 28 junio 2016]

<sup>4</sup> España. Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. (BOE núm. 261 de 31 de Octubre de 2015).

Para ello, el trabajo se estructura en cinco capítulos, los cuales se desarrollaran en diversos epígrafes, para poder ampliar cada punto más exhaustivamente. En el capítulo primero, se desarrolla muy brevemente la historia de la incapacidad en España, desde su creación hasta las últimas reformas que se hicieron.

El segundo y tercer capítulo, desarrolla el estudio realizado a las incapacidades, primero se analiza la incapacidad temporal, y después la permanente. El capítulo se divide en varios epígrafes, dentro de los cuales, se estudia un tema concreto sobre la incapacidad permanente, como son los sujetos beneficiarios, las cuantías de las prestaciones y la extinción. Se profundiza en la incapacidad permanente, dado que entiendo que puede ser objeto de una incapacidad. En el cuarto capítulo, se estudia la fibromialgia como tal, profundizando en su significado y su evolución histórica. Además, se explican en varios epígrafes, lo que es el dolor y las consecuencias que pueden llegar a tener en la capacidad laboral.

Posteriormente, he considerado necesario hacer un análisis jurisprudencial, para determinar qué tipo de incapacidad se concede más en España. Este capítulo, se ha separado en cuatro epígrafes los grados que existen de incapacidad permanente: parcial, total, absoluta y gran invalidez; para poder detallar la resolución de los tribunales. Además, se analizan sentencias de los últimos quince años, tanto las que tienen fallo positivo como negativo para el trabajador.

El trabajo acaba al realizarse una síntesis de las conclusiones que he obtenido al realizar el análisis jurisprudencial, junto con la información obtenida por doctrina a lo largo de todo el trabajo. Por tanto, se da respuesta a la hipótesis principal “la fibromialgia como una incapacidad”, además de añadir mi opinión personal.

Quiero agradecer el apoyo de toda mi familia materna, por la paciencia que han tenido, a los nuevos integrantes de la familia, agrandándola y ofreciendo su amor y confianza.

Quiero agradecer también, a mi profesor Raúl Ángel Navarro Roldán, por la paciencia, los consejos y la sabiduría que me ha ofrecido a lo largo de este proyecto.

Para finalizar quiero agradecer el apoyo incondicional de mi madre durante toda mi vida, en especial durante el transcurso del grado de Relaciones Laborales y Ocupación, como también en el trabajo de fin de grado, gracias a los consejos, la dedicación y preocupación de una madre, gracias mamá.

A todos ellos, muchas gracias.

# 1. BREVE RECORRIDO DE LA LEY GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

La normativa Española de Seguridad Social, ha venido haciendo cambios importantes desde su aparición en nuestro ordenamiento jurídico en 1900, con la promulgación de la primera Ley de Accidentes de Trabajo como el primer seguro social, donde describía que el empresario debía responder de los daños causados al trabajador en su jornada laboral<sup>5</sup>.

Es en 1963 cuando aparece la Ley de Bases de la Seguridad Social, con el objeto de implantar un modelo unitario integrado de protección social, con una base de reparto y gestión financiada por el Estado Español<sup>6</sup>, creando años después, el Decreto 907/1966<sup>7</sup>, estableciendo así la primera Ley General de la Seguridad Social. Son con los cambios introducidos durante los próximos años y mejorando así la determinación de las prestaciones proporcionadas por la Seguridad Social, cuando se instaura el Real Decreto Legislativo (en adelante, RDLeg) 1/1994<sup>8</sup>; pero en el último año se han introducido nuevas reformas que han dado a la promulgación del Real Decreto Legislativo 8/2015.

El antiguo RDLeg 1/1994, diferencia entre la incapacidad temporal transitoria y la invalidez. La incapacidad temporal transitoria se define como la situación en que se encuentra el trabajador temporalmente impedido para la realización de su trabajo habitual y que por ello recibe una cuantía como asistencia sanitaria de la Seguridad Social. Por el otro lado, divide la invalidez en dos posibles situaciones, la invalidez en la modalidad contributiva introduciendo en esta los conceptos de invalidez provisional o permanente, y la invalidez en la modalidad no contributiva.

---

<sup>5</sup> QUINTERO LIMA, M. *La Seguridad Social en España. Evolución histórica*. Universidad Carlos III de Madrid. [en línea] << <http://ocw.uc3m.es/derecho-social-e-internacional-privado/derecho-de-la-seguridad-social/lecturas/evolucionhistorica.pdf/view>>>(S.A) [Consulta: 23 febrero 2016]

<sup>6</sup> Página web de la Seguridad Social <[http://www.seg-social.es/Internet\\_1/LaSeguridadSocial/HistoriadelaSegurid47711/index.htm](http://www.seg-social.es/Internet_1/LaSeguridadSocial/HistoriadelaSegurid47711/index.htm)> [Consulta: 5 marzo 2016]

<sup>7</sup> España. Decreto 907/1966, de 21 de abril, aprobado por el texto articulado primero de la Ley 193/1963, de 28 de diciembre, sobre Bases de la Seguridad Social. (BOE, 22 de abril de 1966, núm. 96).

<sup>8</sup> España. Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (BOE, 29 de junio de 1994, núm. 154).

La invalidez contributiva, regulada en el artículo 136 (en adelante, art.) del Real Decreto Legislativo 1/1994, hace distinción entre la invalidez provisional y la permanente, siendo la primera la situación del trabajador que una vez ha agotado el período máximo de duración determinado por la incapacidad laboral transitoria, requiera de seguir con la asistencia sanitaria y esté imposibilitado para la incorporación a su trabajo habitual. A su misma vez, establece que la modalidad contributiva puede ser provisional o en su contra, permanente. Según lo establecido en el articulado del mencionado Real Decreto Legislativo, se fija la definición de ambos conceptos, describiendo la invalidez provisional como “La situación del trabajador que, una vez agotado el período máximo de duración señalado para la incapacidad laboral transitoria, requiera la continuación de la asistencia sanitaria y siga imposibilitado para reanudar su trabajo, siempre que se prevea que la invalidez no va a tener carácter definitivo”. Y, por otra parte, define la invalidez permanente como “La situación del trabajador que, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito y de haber sido dado de alta médicamente. Presenta reducciones anatómicas o funcionales graves. Susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral. No obstará a tal calificación la posibilidad de recuperación de la capacidad laboral del inválido, si dicha posibilidad se estima médicamente como incierta o a largo plazo”.

Mientras que en la modalidad no contributiva, el mismo art. mencionado pronuncia que podrán ser invalideces de este tipo, “las deficiencias con un pronóstico permanente en el tiempo, de carácter físico o psíquico, congénitas<sup>9</sup> o no, que anulen o modifiquen la capacidad física, psíquica o sensorial de quienes las padecen”.

---

<sup>9</sup> Congénito, ta: Del lat. *congenitus*. 1. adj. Que se engendra juntamente con algo. 2. adj. Connatural, como nacido con uno mismo. Real Academia Española.

## 2. LA INCAPACIDAD TEMPORAL

### 2.1. Concepto

La incapacidad temporal es definida como la situación del trabajador que se encuentra temporalmente impedido para el trabajo y recibe la asistencia sanitaria por parte de la Seguridad Social<sup>10</sup>. Muy parecida, es la definición que le instauran los profesores Antonio Martín y Joaquín García<sup>11</sup> a este tipo de incapacidad, la cual definen como “ la situación del trabajador causada por accidente o enfermedad, que requiere asistencia y que se supone transitoria o de corta duración”. Además, de aclarar que esta incapacidad concede dos tipos de prestaciones; la prestación en especie denominada asistencia sanitaria; y una prestación económica llamada subsidio<sup>12</sup>.

De acuerdo con el Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (en adelante, TRLGSS), en su capítulo V sobre incapacidad temporal, en el art. 169, establece que pueden haber dos tipos de causas que determinen dicha situación, los cuales son: 1. Enfermedad común o profesional y accidente de trabajo o no, mientras que el trabajador reciba asistencia sanitaria de la Seguridad Social, y que en ese período este impedido para realizar su trabajo; y, 2. Se tendrán en cuenta los períodos de observación de la enfermedad profesional en los que se prescriba la baja en el trabajo como periodos dentro del tiempo establecido para la incapacidad temporal.

Pueden acceder a esta prestación las personas que cumplan con los siguientes requisitos generales establecidos en el art. 172 TRLGSS, los cuales son: 1. Que el sujeto esté integrado en el régimen general de la Seguridad Social; 2. Que estén afiliados y en

---

<sup>10</sup> INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL. *Incapacidad temporal*. [en línea] Pág. 5. Año 2015 < <http://publicacionesoficiales.boe.es> > [Consulta: 1 abril 2016]

<sup>11</sup> MARTÍN VALVERDE, A. y GARCÍA MURCIA, J. *Concepto de incapacidad temporal*. Editorial Aranzadi, SA. Madrid, 2008.

<sup>12</sup> MARTÍN VALVERDE, A. y GARCÍA MURCIA, J. *Concepto de incapacidad temporal*. Editorial Aranzadi, SA. Madrid, 2008 “ Es una de las contingencias cubiertas por la acción protectora del sistema de seguridad social [art. 38.1 c) LGSS], que concede a tal efecto dos tipos de prestaciones: una prestación en especie, en forma de asistencia sanitaria, y una prestación económica, conocida habitualmente como subsidio, que lógicamente tiene la finalidad de sustituir la pérdida de los ingresos propios del trabajo durante ese período. La situación que en este caso protege la seguridad social no es sólo la alteración de la salud, sino también la pérdida temporal de ingresos (del salario, si se trata de trabajador asalariado) que como consecuencia de la misma puede sufrir quien vive de su trabajo”.

situación de alta o asimilada al alta en la fecha del hecho causante; y, 3. Que se encuentren en situación de incapacidad temporal siempre que reúnan los requisitos necesarios.

Además de los requisitos generales, también hay unos requisitos específicos a la hora de tener cubierto el período de cotización exigido, que cambiara dependiendo del tipo de contingencias que se derive a la incapacidad temporal, los cuales son: 1. En caso de enfermedad común, se exigen ciento ochenta días cotizados dentro de los últimos cinco años inmediatamente anteriores al hecho causante. 2. En caso de accidente laboral o no laboral, o enfermedad profesional, no se exige ningún tipo de periodo previo de cotización.

Asimismo, tanto si la prestación es derivada de accidente de trabajo o enfermedad cualquiera que sea la causa, la duración de esta prestación, será de 365 días, los cuales se podrán prorrogar hasta 180 días más, cuando se presuma que durante este último periodo, el trabajador pueda ser dado de alta médica por curación o mejora. Esta prórroga se iniciara cuando finalicen los 365 días, y será el Instituto Nacional de la Seguridad Social (en adelante, INSS), el competente para evaluar, calificar y revisar la incapacidad, y de esta forma poder reconocer el periodo de prórroga, que tiene un límite de 180 días, o, para iniciar un expediente de incapacidad permanente, o para emitir el alta médica del sujeto beneficiario de dicha prestación. Durante el periodo máximo de incapacidad temporal que equivale a 545 días, tendrán la obligación de cotizar durante todo el periodo.

## *2.2. Extinción de la prestación*

El período de incapacidad temporal se extinguirá por varios motivos descritos en el art. 174 TRLGSS, de los cuales el más común es por la finalización del periodo máximo de prestación que es de 545 días desde la baja médica. Otros motivos de extinción del derecho son por ser dado de alta médica con o sin declaración de incapacidad permanente; por el reconocimiento de la pensión de jubilación; por la incomparecencia injustificada a las convocatorias de exámenes y reconocimientos de los médicos del INSS; o por fallecimiento.

## 3. LA INCAPACIDAD PERMANENTE

### 3.1. Concepto

Según lo establecido en el Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (TRLGSS), en su Capítulo XI sobre la incapacidad permanente contributiva, en su art. 193 nos la define como “La situación del trabajador que, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuye o anulen su capacidad laboral. No obstará a tal calificación la posibilidad de recuperación de la capacidad laboral del incapacitado, si dicha posibilidad se estima médicamente como incierta o a largo plazo”.

Hay que hacer un pequeño apunte a este articulado, el cual ha sido modificado en referencia a la Orden de 15 de abril de 1969<sup>13</sup>, y sobre la antigua TRLGSS de 1994 en el que se definía la incapacidad permanente en el art. 136<sup>14</sup>, como “La situación del trabajador que, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito y de haber sido dado de alta médicamente, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral. No obstará a tal calificación la posibilidad de recuperación de la capacidad laboral del inválido, si dicha posibilidad se estima médicamente como incierta o a largo plazo”. Con la reforma que se hizo en el TRLGSS, vemos como a partir de su entrada en vigor, no será requisito para el trabajador el estar de alta médica, ya que no contempla este supuesto como lo hacía anteriormente.

Siguiendo analizando el art. 193, en su apartado segundo, cita “ la incapacidad permanente habrá de derivarse de la situación de incapacidad temporal, salvo que afecte a quienes carezcan de protección de incapacidad temporal [...] en los supuestos de los art. 155.2, 166 o 195.4”; por lo que antes de otorgar una incapacidad permanente a un trabajador, éste deberá de pasar por el procedimiento de la incapacidad temporal, salvo los supuestos que se contemplen en los artículos antes señalados.

---

<sup>13</sup> España. Orden de 15 de abril de 1969, de aplicación y desarrollo de las prestaciones por invalidez en el Régimen General de la Seguridad Social. (BOE de 8 de mayo de 1969, núm. 190).

<sup>14</sup> Anexo 1. Tabla de equivalencias.

También nacerá el derecho a la prestación por incapacidad permanente, en el grado que se califique, la situación de incapacidad que subsista en el tiempo después de extinguirse la incapacidad temporal por el transcurso máximo de su duración, el cual viene establecido en el art. 174 TRLGSS correspondiente al período de quinientos cuarenta y cinco días naturales, salvo en los casos en que haya una necesaria continuidad del tratamiento médico con expectativas de recuperación o mejora del estado del trabajador, con vistas futuras a una reincorporación laboral<sup>15</sup>.

### 3.2 Grados de incapacidad permanente

La incapacidad permanente en su modalidad contributiva, y según lo establecido en el art. 194 TRLGSS, se clasifica en cuatro grados distintos. Esta clasificación se hará en función del porcentaje sobre la reducción de la capacidad de trabajo que tenga el trabajador. Dichos grados son: incapacidad permanente parcial, incapacidad permanente total, incapacidad permanente absoluta y gran invalidez. Estos grados con los que se clasifica la incapacidad permanente, tienen diferentes características.

La incapacidad permanente parcial es aquella que, sin llegar a alcanzar el grado de incapacidad total, ocasiona al trabajador una disminución igual o superior al 33% en su rendimiento normal para la profesión habitual, pero que al mismo tiempo no le llega a impedir la realización de tareas básicas de su profesión<sup>16</sup>.

A la hora de analizar qué se entiende por profesión habitual, no se ha encontrado ningún art. dentro del TRLGSS que describa lo que es<sup>17</sup>, por lo que he tenido que acudir a la diversa jurisprudencia y doctrina para entender a la perfección el significado de profesión habitual. En un primer momento, hemos encontrado un significado bastante concreto en la Sentencia del Tribunal Supremo de 3 de mayo de 2012<sup>18</sup>, agregando la

---

<sup>15</sup> INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL. *Incapacidad Permanente prestaciones*. [en línea] Pág.5, 2015 < <http://publicacionesoficiales.boe.es> > [Consulta: 1 abril 2016]

<sup>16</sup> INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL. *Incapacidad Permanente prestaciones*. [en línea] Pág.5, 2015 < <http://publicacionesoficiales.boe.es> >

<sup>17</sup> Lo diferente a lo mencionado en el art. 137.2 del RDLeg 1/1994, de 20 de junio. BOE, núm. 154.

<sup>18</sup> STS de 3 de mayo de 2012 (AS\2012\8955), f.d segundo; “ *La profesión habitual no se define en función del concreto puesto de trabajo que se desempeñaba, ni en atención a la delimitación formal del grupo profesional, sino en atención al ámbito de funciones a las que se refiere el tipo de trabajo que se realiza o puede realizarse dentro de la movilidad funcional*”

información obtenida de la Doctora RAQUEL POQUET CATALÀ<sup>19</sup>, que lo define de la siguiente manera “Asimismo, la jurisprudencia ha utilizado esta vía para configurar el concepto de profesión habitual, aunque señalando que la incapacidad debe serlo para con las tareas fundamentales de la profesión concreta del trabajador, que no para las tareas que conforman un puesto o una concreta categoría profesional. De hecho, indica que la profesión habitual no se puede definir ni en función del concreto puesto de trabajo que se desempeñaba<sup>20</sup>, ni en atención a la delimitación formal del grupo profesional, sino en atención al ámbito de funciones a las que se refiere el tipo de trabajo que se realiza o puede realizarse dentro de la movilidad funcional<sup>21</sup>”.

Por tanto, se define la profesión habitual como aquella profesión que se desempeña normalmente por el trabajador, y que son las funciones a las que se refiere el tipo de trabajo que realice el asalariado.

La incapacidad permanente total es definida como aquella que inhabilita al trabajador para la realización de todas o de las fundamentales tareas de su profesión habitual, siempre que pueda dedicarse a otra distinta. Como viene señalando la Sentencia del Tribunal de Justicia de País Vasco de 21 de diciembre de 2004<sup>22</sup> definiendo la incapacidad permanente total para la profesión habitual, valorando las limitaciones a las que se queda el trabajador inhabilitándole a realizar todas las

---

<sup>19</sup> POQUET CATALÀ, R. *La actual doctrina en la conceptualización de la profesión habitual a efectos de la incapacidad permanente*. Revista Aranzadi Doctrinal núm. 3/2015 Comentario, Editorial Aranzadi, SA, Cizur Menor. Pamplona, 2015.

<sup>20</sup> STS, de 12 de febrero de 2003 (RJ 2003, 3311), rec. núm. 861/2002. En el mismo sentido, STSJ Castilla y León, de 1 de abril de 2009 (JUR 2009, 231959), rec. núm. 167/2009, que identifica profesión habitual con «todas las funciones propias de dicha profesión», es decir, no con «las funciones o trabajos concretos que el trabajador afectado pudiera estar desarrollando antes o las que pueda estar realizando después del accidente sino todas las que integran objetivamente su profesión, las cuales vienen delimitadas en ocasiones por las de su categoría profesional o en otras las de su grupo profesional, según los casos y el alcance que en cada caso tenga el ius variandi empresarial».

<sup>21</sup> STS de 28 de febrero de 2005 (RJ 2005, 5296), rec. núm. 1591/2004.

<sup>22</sup> STJ del País Vasco, de 21 de diciembre de 2004 (JUR/2005/66427), f.d. tercero; “Ahora bien y en cuanto a la incapacidad permanente total cuyo reconocimiento se solicita de modo subsidiario, el art. 137.4 de la LGSS. con vigencia transitoria en virtud de la D.T. 5ª bis del TRLGSS, define la incapacidad permanente total para la profesión habitual solicitada en la demanda como la que inhabilita al trabajador para la realización de todas o de las fundamentales tareas de dicha profesión, siempre que pueda dedicarse a otra distinta, grado de incapacidad permanente que, como esta Sala ha tenido ocasión de manifestar en múltiples sentencias, por todas la de 4 de marzo de 2003 R. 2901/02 ( JUR 2003, 149537) , lo que realmente se valora es la trascendencia que tienen las limitaciones con que definitivamente queda el trabajador en orden al desempeño del oficio que realiza habitualmente, en tanto que carece de toda importancia, a estos efectos, lo que le vayan a repercutir en otros aspectos de la vida o en su capacidad para ejercer otras profesiones distintas. Por esa interrelación entre limitación resultante y profesión habitual una misma secuela puede ser constitutiva de ese grado de invalidez permanente en una persona y no en otra. En consecuencia, siendo las incapacidades permanentes que la Ley define esencialmente profesionales, habrá de valorarse en cada caso concreto la repercusión de las dolencias físicas y psíquicas que aqueje al trabajador con su oficio, puntualizando que lo que se tiene en cuenta son las tareas fundamentales de la profesión y no las ligadas al puesto de trabajo que se desempeñe”.

funciones o las más fundamentales en su profesión; y entrando a valorar cada caso en concreto las consecuencias que conlleva tener determinadas dolencias físicas y psíquicas ya determinadas por un especialista, y que perjudiquen al trabajador a la hora de realizar sus tareas laborales.

La incapacidad permanente absoluta, es toda aquella que inhabilita por completo al trabajador para toda su profesión u oficio. Queriendo aumentar la definición de este grado de incapacidad, me he basado en lo que describe la misma sentencia antes citada, la Sentencia del Tribunal de Justicia de País Vasco de 21 de diciembre de 2004<sup>23</sup>, donde determina que toda persona que tenga una incapacidad permanente absoluta será aquel que no pueda realizar una tarea profesional, con un mínimo de rendimiento y eficacia, como también la situación de haber sufrido lesiones que sólo le permitan hacer tareas livianas y sedentarias, viéndose reducida la posibilidad de trabajar.

Para finalizar los grados que se distinguen en la incapacidad permanente, está la gran invalidez, que es la situación del trabajador afectado por una incapacidad permanente y que, a consecuencia de unas pérdidas anatómicas o funcionales, necesita la ayuda de una tercera persona para realizar los actos esenciales de la vida<sup>24</sup> como vestirse, comer, asearse, etc.

Una vez vistos los grados que componen la incapacidad permanente, se ve como cada incapacidad tiene unas particularidades en sus definiciones, ya que por una parte tenemos la incapacidad permanente parcial donde el trabajador afectado tiene una disminución mínima a la hora de realizar las tareas laborales, mientras que en el grado máximo, la gran invalidez, se da cuando el trabajador no puede hacer las tareas

---

<sup>23</sup> STJ del País Vasco, de 21 de diciembre de 2004 (JUR/2005/66427), f.d. tercero “ Ha de partirse del concepto de incapacidad permanente absoluta recogido en la norma, art. 137.5 de la LGSS, texto Refundido aprobado por el RD Legislativo 1/94 de 20 de junio ( RCL 1994, 1825) , que sigue siendo el aplicable hasta tanto entren en vigor las disposiciones reglamentarias que desarrollan el contenido que la Ley 24/97 de 15 de julio de consolidación y racionalización del sistema de Seguridad Social ha dado al citado artículo, de acuerdo con el cual es la situación de quien por enfermedad o accidente presenta unas reducciones funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas que le inhabilitan por completo para toda profesión u oficio. Como esta Sala ha tenido ocasión de expresar en reiteradas sentencias, por todas la de 21/1/2003 ( JUR 2003, 114944) , para valorar el estado del trabajador y su incardinación en este concreto grado de invalidez, ha de estarse a una real y razonable capacidad de trabajo, de manera que se encontraría en esta situación aquél que sufre lesiones y reducciones funcionales que sólo consienten trabajo en quehaceres livianos y sedentarios, y ello en un afán de superación que va más allá de lo razonable, con riesgo para su salud; aquél que no puede realizar un quehacer asalariado con un mínimo de profesionalidad, rendimiento y eficacia, en condiciones de rentabilidad empresarial, y todo aquél que sólo pueda desempeñar actividad por cuenta ajena con un esfuerzo y heroísmo excepcionales, no exigibles en modo alguno a ningún trabajador (Sentencias de la Sala IV del Tribunal Supremo de 23 de diciembre de 1986 [ RJ 1986, 7590] ; de 23 de febrero de 1990 [ RJ 1990, 1219] , entre otras)”.

<sup>24</sup> STS de 7 abril 1981 (RJ 1982\3194)

cotidianas por él mismo necesitando ayuda de una persona la mayoría del tiempo posible. Ahora bien, también hay que ver cada caso por separado, puesto que todos los casos sobre la incapacidad permanente son distintos entre sí, tanto las lesiones que reduzcan la posibilidad de trabajar del empleado, a los diferentes trabajos existentes, y es por eso que los tribunales argumentan distintas resoluciones dependiendo del caso y sus características.

### *3.3 Requisitos y beneficiarios de la prestación*

De acuerdo con el art. 195 TRLGSS, anteriormente expuesto en el art. 138 TRLGSS de 1994<sup>25</sup>, tendrán derecho a las prestaciones por incapacidad permanente las personas incluidas en el Régimen General que sean declaradas en tal situación y que, además de reunir la condición general exigida en el artículo 165.1, hubieran cubierto el período mínimo de cotización que se determina en los apartados 2 y 3 de este art., salvo que aquella sea debida a accidente, sea o no laboral, o a enfermedad profesional, en cuyo caso no será exigido ningún período previo de cotización.

Es decir, para ser beneficiario de la prestación por incapacidad permanente, aquellos que la soliciten deberán de cumplir: 1. El requisito general de estar afiliados y en alta en el régimen que les corresponda o en situación asimilada al alta; 2. Tener cubierto el período que se exige; y, 3. Cumplir con los demás requisitos exigidos.

Dependiendo del grado de incapacidad permanente que se tenga, cada beneficiario deberá de cumplir con diferentes requisitos exigidos. Para la incapacidad permanente parcial, será exigible el período mínimo de cotización de mil ochocientos días, comprendidos en los últimos diez años inmediatamente anteriores a la fecha en la que se haya exigido la incapacidad temporal la cual se deriva a la incapacidad permanente. Además, hay unas particularidades que debe de cumplir el beneficiario de este tipo de incapacidad. Cuando la incapacidad este derivada de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional, los trabajadores son considerados de pleno derecho afiliados y en alta, aunque el empresario no los haya dado de alta y haya incumplido sus obligaciones; también se considerara que están en situación de alta especial cuando haya huelga legal o cierre patronal.

---

<sup>25</sup> Anexo 1. Tabla de equivalencias.

Los requisitos que se les exige a los sujetos beneficiarios de la incapacidad permanente parcial, son; si la incapacidad deriva de accidente laboral o no laboral, o de enfermedad profesional no se les exigirá el periodo previo de cotización mencionado anteriormente. En cambio, si la incapacidad deriva de enfermedad común se exigirá tener cubierto el período genérico ya mencionado. Además, para los menores de veintiún años en la fecha de la baja por enfermedad, el periodo que se exige se obtendrá de la suma de los siguientes periodos: el primer período será la mitad de los días que hayan transcurrido entre los dieciséis años del trabajador y la iniciación del proceso de la incapacidad temporal, sumándole todo el período agotado o no, de la incapacidad temporal que son dieciocho meses.

Para la incapacidad permanente total, el período mínimo de cotización que se exigirá dependerá de la edad del sujeto causante; es decir, si el sujeto tiene menos de treinta y un años, se le exige un período mínimo equivalente a la tercera parte del tiempo transcurrido entre la fecha que cumplió los dieciséis años y la del hecho causante a la pensión.

En cambio, si el sujeto tiene los treinta y un años cumplidos, se le exigirá la cuarta parte del tiempo transcurrido entre la fecha que cumplió los veinte años y la del hecho causante a la pensión, con un mínimo de cinco años; a parte, la normativa requiere que la quinta parte del período de cotización exigible deberá de estar comprendida en los últimos diez años antes de la fecha causante. En el caso de que el sujeto acceda a esta prestación desde una situación de alta o asimilada al alta, sin obligación de cotizar, el período de cotización se computara desde la fecha en que cesó la obligación de cotizar; aunque se aplicará igualmente a aquellos que sin tener el período exigido mínimo, causen la pensión desde una situación de alta, con la obligación de cotizar cuando la situación proceda de otra inmediatamente anterior a la alta o asimilada al alta sin obligación de cotizar<sup>26</sup>.

Según la regulación, no se tendrá en cuenta las fracciones de edad que sean inferiores a seis meses, menos en el caso de que el beneficiario esté entre los dieciséis años o dieciséis años y medio, en este caso si es superior a seis meses, equivaldrá a medio año. A la hora de cotizar los períodos se podrán redondear, despreciándose las

---

<sup>26</sup> INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL. *Incapacidad Permanente prestaciones*. [en línea] Pág.5, 2015 < <http://publicacionesoficiales.boe.es> > Op. Cit. Pág. 14.

fracciones de mes.

Por otra parte, como se ha dicho anteriormente en los requisitos generales, si la incapacidad permanente total deriva de un accidente, sea o no laboral, o de enfermedad profesional, no se exigirá ningún periodo de cotización.

En el caso de la incapacidad permanente absoluta, serán beneficiarias de esta prestación las personas incluidas en el régimen general que estén declaradas con dicho grado de incapacidad, cualquiera que sea la contingencia que la origine, y siempre que reúna los requisitos exigidos, los cuales son los mismos que se exige para la incapacidad permanente parcial, pero teniendo una particularidad, la cual es que se puede acceder a este tipo de prestación desde la situación de ‘no alta’. Esta situación se contempla en el art. 195.4 del TRLGSS, en el que se exige el período mínimo de cotización de quince años distribuidos conforme lo establece el apartado 3.b) de la misma normativa (es decir, dependerá de la edad del trabajador causante de la invalidez); por tanto, el sujeto podrá causar incapacidad permanente absoluta en situación de no alta, cuando cumpla con el requisito exigido.

Ahora bien, hay otros requisitos que se tienen que cumplir para obtener esta prestación. En el caso de que la incapacidad se de en situación de alta o asimilada al alta, se exigen los mismos requisitos que en la incapacidad permanente total; por otro lado, si la incapacidad se deriva de enfermedad común o accidente no laboral en la situación de no alta como se ha dicho antes, los períodos exigidos serán los siguientes; el período genérico de cotización será de quince años, mientras que el período específico será de tres años cotizados dentro de los últimos diez años.

El último grado de incapacidad permanente, es la gran invalidez, la cual se dará a las personas que se les declare de gran invalidez que estén incluidas dentro del régimen general y que reúnan los requisitos exigidos, los cuales tanto los requisitos generales como los de cotización son los mismos que los exigidos en la incapacidad permanente absoluta.

### *3.4 Hecho causante*

En el TRLGSS no se hace referencia expresa del concepto de ‘hecho causante’, por lo que he tenido que indagar en doctrina y jurisprudencia para determinar su

significado. Según M<sup>a</sup> JOSÉ ROMERO y JUAN LÓPEZ<sup>27</sup>, el hecho causante está definido en el art. 136.1 de la LGSS, ahora art. 193 TRLGSS, que define el momento de la contingencia de incapacidad permanente, el cual marca la pauta para la fijación de la fecha del hecho causante, estableciendo el art. 13.2 de la Orden de 18 de enero de 1996 con dos posibilidades: “ 1. Cuando el beneficiario provenga de una situación de incapacidad temporal, el hecho causante de la prestación será el de la fecha en que se agotó aquella de la que se deriva la incapacidad permanente. 2. En los supuestos en los que la incapacidad permanente no esté precedida de una incapacidad temporal o ésta no se hubiera extinguido, se considerará producido el hecho causante en la fecha de emisión del dictamen-propuesta del equipo de valoración de incapacidades (EVI). ”

Además, aclaran que en algunas ocasiones el Tribunal Supremo buscando una interpretación más humanizadora, determina el hecho causante como el momento en el cual las secuelas estuvieran objetivadas, sin importar su calificación, concluyendo que las relaciones entre incapacidad permanente y jubilación no se tienen en cuenta el dictamen del equipo de valoración de incapacidades (en adelante, EVI), sino aquel en las lesiones y secuelas se objetivan como permanentes e irreversibles. Precisamente, en la Sentencia del Tribunal Supremo de 4 de diciembre de 2000<sup>28</sup>, se puede ver la indeterminación del juez para concretar el concepto del hecho causante, estableciendo que cada tribunal ajusta el hecho causante dependiendo del caso; por otro lado, vemos que la Seguridad Social<sup>29</sup> define el hecho causante como “ Se entiende por hecho causante de una prestación aquél que da lugar a la realización de la contingencia o situación protegida y que ha sido fijado por la ley o por el reglamento en fecha determinada “.

Al ver las varias discrepancias que hay entre los distintos tribunales y autores, me acojo a la definición de hecho causante como el hecho producido en la fecha de la extinción de la incapacidad temporal o en la fecha de emisión del dictamen o propuesta del EVI, o en su caso del Instituto Catalán de Evaluaciones Médicas, cuando no viene

---

<sup>27</sup>ROMERO RODENAS, M<sup>a</sup> J y, LÓPEZ GANDÍA, J. *La incapacidad permanente: acción protectora, calificación y revisión*. [ en línea] Madrid, sin fecha <<http://libros-revistas-derecho.vlex.es/vid/hecho-causante-requisitos-393355306>> [Consulta: 15 abril 2016]

<sup>28</sup> STS de 4 de diciembre de 2000. Núm. De recurso 3645/1999, f.d. quinto.

<sup>29</sup> SEGURIDAD SOCIAL. *Glosario. Concepto de hecho causante*. [en línea] Madrid, 2016 <[http://www.seg-social.es/Internet\\_1/Glosario/index.htm?ssUserText=H#12035](http://www.seg-social.es/Internet_1/Glosario/index.htm?ssUserText=H#12035)> [Consulta: 4 marzo 2016]

de incapacidad temporal o se haya extinguido<sup>30</sup>.

En el caso de los cuatro grados de incapacidad permanente que hay, el hecho causante es el mismo, a excepción de la incapacidad permanente absoluta y de la gran invalidez donde hay peculiaridades.

Por norma general, el hecho causante surge como se ha definido anteriormente, el día de la extinción de la prestación por incapacidad temporal de la que deriva la incapacidad permanente, siempre que haya el agotamiento de la prestación o que surja de la alta médica con propuesta de incapacidad permanente. En cambio, si la incapacidad permanente no se origina de la incapacidad temporal o ésta se ha extinguido, el hecho causante se extiende producido cuando se emite el dictamen o la propuesta del EVI, o en caso de la Comunidad Autónoma de Catalunya, será por el Instituto Catalán de Evaluaciones Médicas.

Además, con peculiaridades en la incapacidad permanente absoluta y en la gran invalidez. Sobre la incapacidad permanente absoluta, tiene la característica de que, si ésta incapacidad se produce desde la situación de no alta, el hecho causante se entenderá desde el día de la solicitud de la prestación; y, en el caso de gran invalidez, si la incapacidad se produce desde la situación de no alta ni de asimilada a la de alta, se entenderá que el hecho causante se produce el día de la solicitud de la incapacidad permanente.

### *3.5 Prestaciones económicas*

Las pensiones por incapacidad permanente deben cubrir una situación de necesidad, es por ello que tiene unos efectos económicos determinados. De acuerdo con el art. 198 TRLGSS, la prestación de incapacidad permanente parcial consta de una indemnización a tanto alzado, cuya cuantía es de veinticuatro mensualidades de la base reguladora que sirvió para realizar el cálculo del subsidio de incapacidad temporal por el que se deriva a incapacidad permanente. En el caso de que la incapacidad sea derivada de contingencias comunes, donde no existiera la previa de incapacidad temporal, por carecer de la acción protectora, la prestación se calculará tomando la base

---

<sup>30</sup> INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL. *Incapacidad Permanente prestaciones*. [en línea] Pág.5, 2015 < <http://publicacionesoficiales.boe.es> > Op. Cit. Pág. 14.

reguladora de la que le hubiera correspondido en la situación de incapacidad temporal de haber tenido derecho a esta prestación.

Para la incapacidad permanente total, la prestación consiste en una pensión vitalicia mensual, donde se calculará dependiendo de la base reguladora y del porcentaje a aplicar por tener este grado de incapacidad. En el caso de que la incapacidad sea derivada de una enfermedad común, no se podrá aplicar un resultado inferior al 55% de la base mínima de cotización para los mayores de dieciocho años; pero excepcionalmente y como regula el art. 196.2 TRLGSS, la pensión vitalicia mensual podrá ser sustituida por una indemnización a tanto alzado siempre que el sujeto beneficiario sea menor de sesenta años.

Para determinar el cálculo de la base reguladora, la cual será diferente dependiendo de la causa que origine esta incapacidad, se tendrá en cuenta lo establecido en el art. 197 TRLGSS que dice lo siguiente; ‘‘ si la incapacidad permanente total se deriva de enfermedad común, el trabajador que sea mayor de cincuenta y dos años en la fecha del hecho causante, se le calculara la base reguladora dividiendo por ciento doce las bases de cotización durante los últimos noventa y seis meses anteriores al mes previo del hecho causante. Para determinar las bases se hará teniendo en cuenta los últimos veinticuatro meses anteriores al mes previo del hecho causante que se computaran en su valor nominal, mientras que los restantes meses se actualizan según la evolución del Instituto Nacional de Estadística (en adelante, INE). A este resultado obtenido, se le aplicará el porcentaje que corresponda en función de los años de cotización, según la escala prevista para las pensiones de jubilación, considerándose a tal efecto como cotizados los años que le falten al trabajador, en la fecha del hecho causante, para cumplir la edad de jubilación ordinaria que legalmente corresponda en cada momento. En caso de no alcanzarse quince años de cotización, el porcentaje aplicable será del 50%<sup>31</sup>. Este cálculo será la base reguladora, que se le aplicará el porcentaje según el grado de incapacidad que se le reconozca, obteniendo la prestación’’.

Distinto es para los menores de cincuenta y dos años, al que se les exige un período de cotización inferior a ocho años<sup>32</sup>. La base reguladora se hará de la misma

---

<sup>31</sup> INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL. *Incapacidad Permanente prestaciones*. [en línea] Pág.5, 2015 < <http://publicacionesoficiales.boe.es>> Op. Cit. Pág. 14.

<sup>32</sup> INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL. *Incapacidad Permanente prestaciones*. [en línea] Pág.5, 2015 < <http://publicacionesoficiales.boe.es>> Op. Cit. Pág. 14.

manera que para los mayores de cincuenta y dos años, pero el cociente se encontrará dividiendo la suma de las bases mensuales de cotización en número igual al de los meses que conste el período mínimo de cotización exigible, multiplicándolo este divisor por el coeficiente de 1,1666 y excluyendo la actualización de las bases que correspondan a los últimos veinticuatro meses anteriores al mes previo del hecho causante.

Hay que tener en cuenta, que podemos encontrarnos con lagunas en algunos meses, para ello el legislador a partir de 2013, estableció que si en el periodo para calcular la base reguladora aparecieran meses en los cuales no hubiese existido la obligación de cotizar, las primeras cuarenta y ocho mensualidades se integraran con la base mínima y el resto de meses con el 50% de la base mínima.

En cambio, si la incapacidad viene de contingencias profesionales, en los casos de accidente de trabajo o enfermedad profesional, la prestación se aumentará, según la gravedad de la falta, de un 30% a un 50% cuando la lesión se produzca por máquinas, artefactos o en instalaciones, centros o lugares de trabajo que carezcan de los dispositivos de precaución reglamentarios, los tengan inutilizados o en malas condiciones, o cuando no se hayan observado las medidas de seguridad e higiene en el trabajo, o las elementales de salubridad o las de adecuación personal a cada trabajo, habida cuenta de sus características y de la edad, sexo y demás condiciones del trabajador. Dicho recargo recae directamente sobre el empresario infractor.<sup>33</sup>

En el caso de la incapacidad permanente absoluta, la cuantía de la pensión se obtendrá aplicando el porcentaje correspondiente a la base reguladora, la cual será del 100%, resultando una pensión vitalicia de acuerdo con el art. 196.3 TRLGSS. Para el cálculo de la base reguladora se tendrán en cuenta varios factores. Si la incapacidad viene de enfermedad común y se produce en situación de alta o asimilada al alta, la base reguladora se calcula igual que para la base de la incapacidad permanente total; mientras que si se produce en la situación de no alta, la base reguladora se calculara de la misma forma que para la incapacidad permanente total de mayores de cincuenta y dos años.

Por otro lado, si la prestación se deriva de contingencias profesionales la base reguladora se calculara igual que para la incapacidad permanente total. De igual forma,

---

<sup>33</sup> INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL. *Incapacidad Permanente prestaciones*. [en línea] Pág.5, 2015 < <http://publicacionesoficiales.boe.es> > Op. Cit. Pág. 14.

la integración de lagunas se hará como en la incapacidad derivada de enfermedad común.

Para el último grado de incapacidad, la gran invalidez, en la que los hechos causantes posteriores a 2008, se podrán dar de dos formas; la primera es la pensión vitalicia regulada en el art. 196.4 TRLGSS, la cual se calcula aplicando a la base reguladora, el porcentaje que le corresponda; y segundo, existe el complemento, el cual está destinado a que el invalido pueda remunerar a la persona que lo atiende. Este complemento se incrementará en la cuantía de la pensión vitalicia, y será equivalente al resultado de sumar el 45% de la base mínima de cotización vigente en el momento que se realice, y el 30% de la última base de cotización del trabajador, correspondiente a la contingencia de la que derive la incapacidad, se ha de aclarar que en ningún caso el importe del complemento puede ser menos del 45% de la pensión que se percibe.

### *3.5.1 Abono de la cuantía*

Una vez tenemos cómo calcular la prestación por incapacidad en los distintos grados, tenemos que ver cómo se abonara dicha cantidad, la cual se hace de forma diferente dependiendo de la incapacidad permanente que se tenga. En la incapacidad permanente parcial el abono es un pago único ya que se hace a tanto alzado, teniendo en cuenta que esta cantidad monetaria está sujeta a tributación en los términos que establezca la ley, es decir, estará sometida al impuesto sobre la renta de las persona físicas (IRPF), y al sistema general de retenciones a cuenta del Impuesto.

A diferencia de la incapacidad permanente total, la cual dependerá de la incapacidad en que se derive (contingencias comunes o profesionales) para determinar el tipo de abono. En el caso de estar derivada de enfermedad común y accidente no laboral, la cuantía de la incapacidad se abonara en catorce pagas, de las que dos son pagas extraordinarias que se abonaran en los meses de junio y de noviembre. En el caso, de que la incapacidad se derive de contingencias profesionales, la prestación se abonará en doce mensualidades, puesto que las pagas extraordinarias estarán prorrateadas dentro de la cuantía mensual. Si la cuantía se escogiese en tanto alzado, ésta será de una sola vez con la cantidad que le corresponda al beneficiario. Además, se le garantiza al beneficiario una cuantía mínima mensual al cumplir los sesenta y cinco años de edad.

En la prestación por incapacidad permanente absoluta, se abona la cuantía de la

misma forma que para la incapacidad permanente total, al igual que para la prestación por gran invalidez.

### *3.6 Compatibilidades e incompatibilidades de la prestación*

En relación con el art. 198 TRLGSS podemos ver como hay compatibilidades e incompatibilidades a cerca de la prestación por incapacidad permanente. En primer lugar, la incapacidad permanente parcial es compatible con el desarrollo de cualquier actividad laboral, tanto si es por cuenta ajena como por cuenta propia, además de ser compatible con el mantenimiento del trabajo que venía prestando hasta la fecha del hecho causante.

En cambio, a lo que respecta a la incapacidad permanente total, vemos como es compatible con el salario que pueda percibir el trabajador en la misma empresa o en otra, siempre que las funciones que realice no coincidan con las que dieron lugar a la incapacidad. Además, este grado de incapacidad es incompatible con el incremento del 20% establecido en el art. 196.2 TRLGSS, y la realización de trabajos, tanto por cuenta propia como por cuenta ajena incluida en el campo de aplicación del sistema de Seguridad Social.

Para la incapacidad permanente absoluta y la gran invalidez el art. 198.2 TRLGSS recoge, que las pensiones vitalicias no impedirán que el beneficiario pueda realizar actividades sean o no lucrativas, que sean compatibles con su estado de incapacidad y que no representen un cambio en su capacidad de trabajo.

### *3.7 Suspensión y extinción de la prestación*

Al igual que todas las prestaciones que se dan por la Seguridad Social, las incapacidades permanentes tienen causas por las que se puede suspender e incluso extinguir el derecho a esta prestación.

Según la Orden de 15 de abril de 1969<sup>34</sup>, la suspensión de la prestación de incapacidad permanente, tanto de la incapacidad parcial, la temporal, la absoluta como de la gran invalidez se darán: 1. Cuando el beneficiario haya actuado fraudulentamente para obtener o conservar el derecho a dicha prestación; 2. Cuando la incapacidad

---

<sup>34</sup> España. Orden de 15 de abril de 1969. (BOE de 8 de mayo de 1969, núm. 190).

permanente se haya agravado a consecuencia de un acto temeroso por parte del beneficiario; 3. Cuando la incapacidad permanente sea debida o se haya agravado por haber rechazado o abandonado el tratamiento sanitario prescrito durante la incapacidad temporal y, 4. Cuando el sujeto sin causa razonable, rechace o abandone el tratamiento o proceso de rehabilitación.

En el caso de la extinción de la prestación, para los cuatro tipos de grado de incapacidad permanente, se dará en los siguientes casos: 1. Por revisión con resultado de curación, 2. Por el fallecimiento del sujeto beneficiario, 3. Cuando se le reconozca el derecho a la pensión de jubilación y, 4. Cuando haya revisión de oficio dictada por la entidad gestora y que de ella se derive a la pérdida del derecho a la pensión.

### *3.8 Calificación y revisión*

De acuerdo con lo establecido en el art. 200 TRLGSS, le corresponderá al INSS, declarar la situación de incapacidad permanente, sea cual sea el grado que se obtenga.

Las resoluciones iniciales o de revisión cuando se reconozca el derecho a la prestación por incapacidad permanente, en cualquier de los cuatro grados que establece el art. 194 TRLGSS (incapacidad parcial, total, absoluta y gran invalidez), podrá ser instado a revisión por agravación o mejoría del estado del beneficiario de la prestación, siempre que el sujeto no haya cumplido la edad mínima establecida en el art. 205 TRLGSS para acceder a la pensión de jubilación; pero en el caso, de que el pensionista de incapacidad permanente este realizando trabajos (tanto por cuenta propia como por cuenta ajena), el INSS podrá promover la revisión del estado del sujeto, con independencia de que haya transcurrido o no el plazo señalado en la resolución de la prestación.

El articulado señalado donde se produce la calificación y revisión, establece además, de que una vez el sujeto beneficiario, sea cual sea el grado que se le adjudique, tenga la edad de sesenta y siete años, pasará directamente a una pensión de jubilación, no modificando las condiciones por las que se percibía dicha prestación.

## 4. LA FIBROMIALGIA

“La enfermedad sin nombre” o “ el dolor del alma en el cuerpo”, así es llamada la fibromialgia, de forma poética y metafóricamente, ya que no siempre se define de forma científica, como bien apunta el autor RÚBEN LÓPEZ TAMÉS<sup>35</sup> “ Quizás la mejor calificación es la que las considera “enfermedades políticamente incorrectas”, ya que su deficiente valoración deja entrever las carencias administrativas y también, de forma indirecta, judiciales, cuando se trata de apreciar su naturaleza incapacitante en los niveles contributivo y no contributivo”.

### 4.1 Concepto

Hay múltiples definiciones sobre el concepto de fibromialgia, de los que se resalta el publicado por la Revista CatSalut de Catalunya, que lo define de la siguiente manera “ La fibromialgia es un síndrome clínico que se caracteriza por el dolor crónico<sup>36</sup> generalizado, no articular, que predomina en los músculos y en los raquis, con la presencia de una exagerada y extensa sensibilidad local a la presión en múltiples puntos predefinidos<sup>37</sup>”.

Por otro lado, un concepto aún más amplio, y por el que me decanto para poder entender esta enfermedad, es el del autor GUITART BOIXADER<sup>38</sup> “ El concepto actual que tenemos sobre la fibromialgia <<síndrome crónico de dolor o rigidez difusa, con múltiples y característicos puntos dolorosos al examen físico, que con frecuencia se acompaña de trastornos del sueño, cefaleas de tensión, cansancio y fatiga, trastornos funcionales como Raynaud<sup>39</sup>, colon irritable, etc., y que normalmente es influenciado

---

<sup>35</sup> LÓPEZ – TAMÉS IGLESIAS, R. *La valoración incapacitante de la fibromialgia y del síndrome de fatiga crónica en el ámbito administrativo y en el judicial*. [en línea] Madrid, 2015 <[http://www.elderecho.com/labor/valoracion-incapacitante-fibromialgia-administrativo-judicial\\_11\\_397180007.html](http://www.elderecho.com/labor/valoracion-incapacitante-fibromialgia-administrativo-judicial_11_397180007.html)> [Consulta: 6 julio 2016]

<sup>36</sup> SALUSPOT. *El dolor crónico: concepto, causas y tratamiento*. [en línea] Madrid, 2012.<<https://www.saluspot.com/a/el-dolor-cronico-concepto-causas-y-tratamiento/>> [Consulta: 6 mayo 2016]

<sup>37</sup> ALEGRE MARTÍN, J, y COTS, J.Mª. *Fibromialgia. Diagnòstic, avaluació i tractament*. Ed. CatSalut. Barcelona, 2014.

<sup>38</sup> GUITART BOIXADER, J. *La fibromialgia y aspectos relacionados*. Ed. Fundación MAPFRE Medicina, cop. 2000. Madrid, 2000.

<sup>39</sup> BORDA MAS, M et al. *Manual de técnicas de modificación de conducta en medicina comportamental*. Págs. 64. Universidad de Sevilla, 2000. “ Es un trastorno de la circulación periférica, que se manifiesta

por los cambios de tiempo, la actividad física o el estrés, entre otros>>”.

Según el estudio realizado por EPISER 2000 (prevalencia de enfermedades reumáticas en la población española), se estableció que en España, el 2,7% de la población padecían fibromialgia, 4,2% son mujeres y el 0,2%, hombres. También se vio, que esta enfermedad afecta principalmente a las personas de mediana edad, entre los cuarenta y los cuarenta y nueve años, con una disminución progresiva a partir de esa edad<sup>40</sup>. En 2010, según los estudios publicados en el Documento de Consenso Interdisciplinar<sup>41</sup> para el tratamiento de la fibromialgia, en España, ésta enfermedad afecta entre 2,1 y el 5,7% de la población general adulta.

Por otra parte, en la entrevista que se le hizo al Dr. JAVIER RIVERA<sup>42</sup> mencionó que en España hay un estudio epidemiológico que dice, que el 2,4% de la población general mayor de 18 años encaja en los criterios para padecer fibromialgia, con la consecuencia de que cada vez habrá un mayor número de afectados por la enfermedad.

#### 4.2 Historia de la fibromialgia<sup>43</sup>

Aunque la fibromialgia está considerada como una enfermedad sin nombre, donde no hay mucha información ya que no es un dolor que se pueda apreciar a simple vista, sino solo la persona que lo padece puede saber lo que es realmente esta enfermedad; hay muchos autores que han escrito sobre el tema y su evolución a lo largo de la historia, inclusive se han encontrado escritos en los textos sagrados, de comentarios que escribían los médicos de la antigüedad describiendo una enfermedad que hoy conocemos como fibromialgia.

En el siglo XVI, Guillermo de Baillou<sup>44</sup> empleó el término reumatismo muscular

---

mediante episodios intermitentes de vasoconstricción en las arteriolas de extremidades, fundamentalmente, en los dedos de las manos y en algunas ocasiones en los dedos de los pies”.

<sup>40</sup> ALEGRE MARTÍN, J, y COTS, J.M<sup>a</sup>. *Fibromialgia. Diagnòstic, avaluació i tractament*. Ed. CatSalut. Barcelona, 2014. Op. Cit. Pág. 28.

<sup>41</sup> LEGRE DE MIQUEL, et al. *Documento de Consenso interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia*. [en línea] Revista Actas Esp Psiquiatric, 2010. <[http://www.sen.es/pdf/2010/consenso\\_fibromialgia\\_2010\\_esp.pdf](http://www.sen.es/pdf/2010/consenso_fibromialgia_2010_esp.pdf)> Op. cit. pág. 7

<sup>42</sup> WEBCONSULTAS, TU CENTRO MÉDICO ONLINE. *Entrevista al Dr. Javier Rivera. Experto en fibromialgia del hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid* (S.A). [en línea] <<<http://www.webconsultas.com/salud-al-dia/fibromialgia/entrevista-dr-javier-rivera-experto-en-fibromialgia>>> Madrid, sin fecha. [Consulta: 4 julio 2016]

<sup>43</sup> Anexo 2. Cuadro de los hitos en la historia de la fibromialgia.

<sup>44</sup> MARTÍNEZ LAVÍN, M. *La ciencia y la clínica de la fibromialgia. Manual práctico para profesionales*

en 1592, para describir las enfermedades que afectaban a músculos y articulaciones; definiendo el dolor músculo-esquelético crónico y difuso; aunque anteriormente, Hipócrates y Galeno ya consideraron que el reuma y el reumatismo hacían referencia al dolor y a la enfermedad producidos por el fluir (rheo) en exceso de la sangre<sup>45</sup>. En el siglo XVIII, se distinguió por primera vez el reumatismo<sup>46</sup> articular deformante del reumatismo muscular, entendiéndose este último como enfermedades que no deforman las articulaciones.

En 1815, el médico Balfour, describió que el reumatismo se acompañaba de formaciones nodulares de tejido conjuntivo subcutáneo, es decir, que un conjunto de células se acumulaban debajo de la piel, los cuales eran dolorosos hasta tal punto que se desplaza a diferentes partes del cuerpo. Años más tarde, en 1880, el neurólogo Beard, describió la neurastenia como un síndrome de dolor difuso, fatiga y alteraciones psicológicas.

No fue hasta 1904, cuando el término “fibrositis<sup>47</sup>” fue sugerido por primera vez por el neurólogo Gowers, describiéndolo como un proceso de inflamación en el tejido fibro-muscular. Este doctor incluyó características que hoy se incorporan al síndrome fibromiálgico, tal como la fatiga y los trastornos del sueño, como anteriormente lo había hecho en el siglo XVII, Sydenham; y sugirió que el reumatismo muscular era una irritación de los nervios musculares.

Al acabar la Segunda Guerra Mundial, muchos de los sobrevivientes que habían luchado en el frente, tuvieron como consecuencia algunas secuelas, desarrollando padecimientos como dolores músculo – esquelético crónico, asociándose al estrés o a la depresión ocasionada por las guerras, y por el cual se denominó como reumatismo psicógeno. Años más tarde, en 1972, el médico canadiense Smythe describió la ubicación de los puntos hipersensibles a la palpación y una lista de criterios preliminares de clasificación; junto con el doctor Moldofsky en 1975 detallaron las primeras alteraciones objetivas de la fibromialgia, gracias a la utilización de trazos electroencefalográficos<sup>48</sup>, los cuales mostraron que las personas que padecían el

---

*de la salud*. Ed. Editorial Médica Panamericana. Madrid, 2011.

<sup>45</sup> AYÁN PÉREZ, C.L. *Fibromialgia. Diagnóstico y estrategias para su rehabilitación*. Ed. Edito Medica Panamericana. Madrid, 2011.

<sup>46</sup> Diccionario de la Real Academia Española (en adelante, RAE). Reumatismo: enfermedad que se manifiesta generalmente por inflamaciones dolorosas en las partes musculares y fibrosas del cuerpo.

<sup>47</sup> Sinónimo de fibromialgia.

<sup>48</sup> MARTÍNEZ BARROS, M y TROUT GUARDIOLA, G. *Conceptos básicos de electroencefalografía*. Revista de la Facultad de Ciencias de Salud de la Universidad de Magdalena. Ed. Fondo,

síndrome de fibromialgia tenían un sueño irritado con frecuente intrusión de ondas alfa en los estadios profundos del sueño.

Hasta la década de los setenta, el nombre más común para denominar la fibromialgia era el término de fibrositis, pero en 1976, Hensch utilizó por primera vez el término fibromialgia para designar la presencia del dolor muscular en ausencia de los signos propios de la inflamación, y propuso abandonar el incorrecto término de fibrositis<sup>49</sup>.

Durante los años ochenta, más concretamente en 1981, el profesor Yunus llevó a cabo un estudio que se publicó con el nombre *Primary Fibromyalgia (fibrositis): clinical study of 50 patients with matched normal controls*, en el que observó que en los pacientes de fibromialgia coincidían otras enfermedades como el colon irritable y la dismenorrea primaria entre otras, teniendo en común con la fibromialgia el espasmo muscular<sup>50</sup>. Casi diez años más tarde, Hudson y Pope, sugirieron que los síntomas que había citado el doctor Yunus junto con algunas enfermedades psiquiátricas como la depresión, la bulimia etc, estaban interrelacionadas a través del mecanismo del desorden del espectro afectivo<sup>51</sup> el cual describen como “ Comprende un núcleo de trastorno por ansiedad (A) y cuatro dominios: laxitud de la articulación (L), síndrome del dolor crónico (P), trastornos del sistema inmune (I), y los trastornos del humor (M), es conocido como el síndrome ALPIM<sup>52</sup>”.

Yunus, explica que el solapamiento entre los síndromes funcionales, la fibromialgia y algunas enfermedad psiquiátricas descritas anteriormente, junto con el síndrome de fatiga crónica tienen un punto en común, el mecanismo neural de sensibilización del sistema nervioso central<sup>53</sup>. En 1990, el Colegio Americano de Reumatología (en adelante, CAR), encabezado por el doctor Wolfe, publicó los

---

Encefalogramas. Colombia, 2006. Encefalogramas: Registro gráfico de la actividad eléctrica cerebral, obteniendo dicho registro en el cuero cabelludo mediante la colocación de electrodos de superficies e impresos en un papel en movimiento.

<sup>49</sup> AYÁN PÉREZ, C.L. *Fibromialgia. Diagnóstico y estrategias para su rehabilitación*. Ed. Edito Medica Panamericana. Madrid, 2011. Op. Cit. pág. 30.

<sup>50</sup> AYÁN PÉREZ, C.L. *Fibromialgia. Diagnóstico y estrategias para su rehabilitación*. Ed. Edito Medica Panamericana. Madrid, 2011. Op. Cit. pág. 30.

<sup>51</sup> Jeremy Coplan, et al. “A novel anxiety and affective spectrum disorder of mind and body – the ALPIM (anxiety-laxity-pain-immune-mood) Syndrome: A preliminary report” (2015). *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2015; [en línea] <http://neuro.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.neuropsych.14060132>.

<sup>52</sup> Trad. Del inglés.

<sup>53</sup> S.n. (2013). Procesos de sensibilización central: repercusiones sobre el sistema nervioso autónomo 1ra parte. [en línea] <https://osteobcn.wordpress.com/2013/01/09/procesos-de-sensibilizacion-central-repercusiones-sobre-el-sistema-nervioso-autonomo-1a-parte/> La sensibilización central representa un cambio funcional del sistema somatosensorial a partir de la nocicepción de umbral alto a la hipersensibilidad al dolor de umbral bajo.

primeros criterios de clasificación de la fibromialgia<sup>54</sup>, los cuales pueden ser utilizados como criterios para diagnosticar esta enfermedad. Con estos criterios encontrados, el estudio concluyó que existían dos manifestaciones cardinales del síndrome de la fibromialgia, que era el dolor generalizado crónico y una alodinia<sup>55</sup> extensiva (la alodinia es el dolor que se produce debido a un estímulo que normalmente no provocaría dolor). Esto se representa a la presión en once o más de dieciocho puntos del cuerpo específicos.

Un año más tarde, en 1991, Burckhardt junto con el equipo de Bennet, desarrollan un cuestionario para valorar la funcionalidad física y psíquica de los pacientes con fibromialgia. El cuestionario fue llamado FIQ (Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia), el cual sirve para medir la gravedad del padecimiento del afectado por esta enfermedad. Un año más tarde, en 1992, tras la declaración de Copenhague en los que se recogieron los criterios de clasificación del Colegio Americano de Reumatología, se manifestó que hay pacientes con menos puntos de dolor, por lo que se debería de bajar el criterio de evaluación del dolor más bajo que once. El último descubrimiento fue hecho por el grupo de Larson y Russell, en 1999, que confirmaron que al realizar estudios funcionales sobre los pacientes que padece la fibromialgia, con las imágenes cerebrales, se encontró que estas personas tienen una percepción aumentada a los estímulos dolorosos.

Finalmente, hemos de destacar que la fibromialgia es una enfermedad que está reconocida como tal, desde el año 1989 por la Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS)<sup>56</sup>, y está tipificada en su manual de Clasificación Internacional de Enfermedades. La última actualización sobre su clasificación, fue en 2010, donde la OMS la clasificó con el código 729.1 que engloba todas las mialgias y miositis no especificadas<sup>57</sup>.

---

<sup>54</sup> MARTÍNEZ LAVÍN, M. *La ciencia y la clínica de la fibromialgia. Manual práctico para profesionales de la salud*. Ed. Editorial Médica Panamericana. Madrid, 2011. Op. cit. pág. 30

<sup>55</sup> MERSKEY, H et al. (1994). "Part III. Pain terms, a current list with definitions and notes on usage". Págs. 45-47. Ed. Future Publishing Company. Seattle, 1994.

<sup>56</sup> DE ALCÁNTARA Y COLÓN, J.M. *La fibromialgia. Concepto. Evolución jurisprudencial. Su naturaleza incapacitante y grados. Criterios de determinación. Conclusiones*?. Ed. Thomson Reuters, Aranzadi. Publicación: Revista de Información Laboral núm. 3/2014 parte Art. Doctrinal. Valladolid, 2014.

<sup>57</sup> MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD. *Fibromialgia*. [en línea] Ed. Ministerio de Sanidad, política social e igualdad. Madrid, 2011 <<http://www.mssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/docs/fibromialgia.pdf>> [Consulta: 23 mayo 2016]

### 4.3 El dolor

El dolor según el Diccionario de la lengua española de la Real Academia Española, lo define como “aquella sensación molesta y aflictiva de un aparte del cuerpo por causa interior o exterior”; pero queriendo profundizar más ante esta definición, me he centrado en la aportada por la Asociación Mundial para el Estudio del Dolor (IASP)<sup>58</sup>, el dolor “Es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con un daño tisular, real o potencial, o descrita en términos de dicho daño”; pero la definición más concreta y aclaratoria es la de GUITART BOIXADER<sup>59</sup>, que define el dolor como “un mecanismo protector que se produce siempre que hay un daño y obliga a reaccionar de forma refleja para suprimir o alejar la causa de dicho daño”.

El mismo autor, al definir el dolor, atribuye a éste la existencia de cinco tipos de fibromialgia, los cuales vienen a consecuencia de una serie de enfermedades o de accidentes, que el paciente haya podido padecer. 1. la fibromialgia primaria es según este autor, el único tipo que no haya sido derivado de una enfermedad subyacente que pueda originar los dolores de la fibromialgia; 2. La fibromialgia secundaria se forma cuando se asocia a otras enfermedades que tengan la consideración de ser capaces de generar los síntomas de la fibromialgia, como el hipotiroidismo<sup>60</sup>; 3. La fibromialgia concomitante son los casos de fibromialgia asociados con otras enfermedades, las cuales pueden explicar el dolor local pero no el cuadro clínico completo del dolor; 4. La localizada se trataría de los dolores regionales, que aparecen de forma espontánea o después de un traumatismo o accidente, caracterizándose porque nunca hay un dolor por debajo de la cintura; y por último, 5. La fibromialgia reactiva, que sucede en los casos en los que la fibromialgia aparece relacionado con un factor desencadenante previo, como el traumatismo, la cirugía o una enfermedad infecciosa entre otros casos.

---

<sup>58</sup> GOYA LAZA, P. et al. *El dolor*. Ed. Los libros de la Catarata. Madrid, 2010

<sup>59</sup> GUITART BOIXADER, J. *La fibromialgia y aspectos relacionados*. Ed. Fundación MAPFRE Medicina, cop. 2000. Madrid, 2000. Op. Cit. Pág. 28.

<sup>60</sup> El hipotiroidismo consiste en una disminución de la función o actividad hormonal tiroidea. PALLARDO SÁNCHEZ, L et al. *Endocrinología clínica*. [en línea] Ed. Días de Santos. Madrid, 2013 <<https://books.google.es/books?id=RR4BAQAAQBAJ&pg=PA47&dq=hipotiroidismo&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjgzOXLk7bMAhWM8RQKHdvQBr0Q6AEIlzAB#v=onepage&q=hipotiroidismo&f=false>> [Consulta: 15 junio 2016]

#### 4.4 Diagnóstico

El diagnóstico de la fibromialgia se basa en datos clínicos, donde un doctor examina al paciente mediante pruebas físicas, además de realizar un examen escrito donde el paciente responderá a una serie de preguntas<sup>61</sup>, de las que cada respuesta esta ordenada del 1 al 10, significando el 1 donde no hay molestias, y el 10 simbolizando el mayor dolor que tenga el paciente.

Para determinar, si la persona tiene fibromialgia o no, la primera prueba se basa en el síntoma principal, la existencia del dolor; y descubrir si hubo un desencadenante previo de este síntoma que podría ser la causa de la fibromialgia. Es importante, que el dolor en el paciente, tenga una duración superior a tres meses<sup>62</sup>. El dolor fibromiálgico, se frecuente en los huesos, músculos y articulaciones, que pueden producir hinchazón y malestar general.

Según el doctor MARTÍNEZ LAVÍN, “ El dolor fibromiálgico es modulado por varios factores: la tensión emocional, la calidad del sueño en la noche anterior, el clima o el ciclo menstrual [...], la mayoría de las afectadas amanece con la sensación de haber sido apaleadas”<sup>63</sup>.

Para saber cómo se produce el dolor de la fibromialgia, y qué desencadenante conlleva, el libro del doctor MARTÍNEZ LAVÍN menciona cuatro aspectos importantes de la enfermedad como lo son la fatiga<sup>64</sup>, el dolor crónico generalizado, las parestesias<sup>65</sup>, y el trastorno del sueño<sup>66</sup> (el cual conlleva, otras dolencias, como el síndrome de intestino irritable<sup>67</sup>, mareos y entumecimiento matinal<sup>68</sup> entre otros), los cuales son características principales y fundamentales para detectar la fibromialgia. A parte de

---

<sup>61</sup> Anexo 3. FIQ.

<sup>62</sup> MARTÍNEZ LAVÍN, M. *La ciencia y la clínica de la fibromialgia. Manual práctico para profesionales de la salud*. Ed. Editorial Médica Panamericana. Madrid, 2011. Op. Cit. Pág. 30.

<sup>63</sup> MARTÍNEZ LAVÍN, M. *La ciencia y la clínica de la fibromialgia. Manual práctico para profesionales de la salud*. Ed. Editorial Médica Panamericana. Madrid, 2011. Op. Cit. Pág. 30.

<sup>64</sup> MARTÍNEZ LAVÍN, M. *La ciencia y la clínica de la fibromialgia. Manual práctico para profesionales de la salud*. Ed. Editorial Médica Panamericana. Madrid, 2011. Op. Cit. Pág. 33. “El cansancio es otra constante en las personas que padecen la enfermedad. A diferencia de la fatiga fisiológica, en la fibromialgia, el síntoma no mejora con el reposo. Los pacientes amanecen tan cansados o más que como estaban antes de irse a dormir”.

<sup>65</sup> La parestesia es una condición donde una parte del cuerpo, normalmente se suele producir en los pies o manos, comienza a sentirse hormigueos y se adormece; la sensación puede ser temporal o crónica.

<sup>66</sup> El trastorno del sueño es la dificultad para dormir, dónde el sueño es irritado, no reparador y con frecuencia uno no puede dormir muchas horas seguidas.

<sup>67</sup> El síndrome de intestino irritable, es la sensación de distensión abdominal, con cólicos y aumento del gas intestinal.

<sup>68</sup> Los pacientes suelen amanecer con rigidez en el cuerpo y entumecidas, con la sensación de haber sido apaleadas.

estos síntomas principales, también tiene importancia el impacto psicológico (muy importante en esta enfermedad, ya que los pacientes revelan un cuadro clínico depresivo y ansioso).

Una vez diagnosticado los primeros síntomas en el paciente, se realiza un examen físico, en el cual MARTÍNEZ LAVÍN, incide en la importancia de realizarlo ya que es una manera de ver cómo desarrolla el paciente los movimientos que se le indica. Aunque, con los movimientos que se realicen, no pueden llegar a detectar al cien por cien que sufre de fibromialgia, la esfigmomanometría<sup>69</sup> es un procedimiento obligatorio en cualquier tipo de examen médico, cuya fiabilidad es mayor. La reacción del paciente, ante esta técnica, puede dar muchos datos al doctor para detectar la fibromialgia.

Con la esfigmomanometría, se induce la hiperalgesia<sup>70</sup> para ver si existe la enfermedad de la fibromialgia en el paciente. Con este método el doctor MARTÍNEZ LAVÍN y su equipo de investigación hicieron un estudio sobre las observaciones que realizó el investigador español CAYETANO ALEGRE<sup>71</sup>, el cual era realizar varias preguntas a las personas con fibromialgia, pidiéndoles que explicasen si el brazalete (el método de la esfigmomanometría) les producía dolor. Con este experimento, se vio que la mayoría de los pacientes con los síntomas de la fibromialgia, tenían la presión arterial de 180 mm de Hg molesta<sup>72</sup>, mientras que la reacción típica de un paciente sin fibromialgia es la de tocarse el brazo mientras responde que no ha sentido dolor, sino un pequeña molestia.

Tanto la revista del Servei Català de la Salut<sup>73</sup>, cómo MARTÍNEZ LAVÍN<sup>74</sup>, describen que tiene que existir la alodinia<sup>75</sup> generalizada en el paciente para verificar que éste padece fibromialgia. Para descubrirlo se tiene que hacer presión en unos puntos

---

<sup>69</sup> TORRES MORERA, L.M. *Tratado de Anestesia y reanimación. Tomo II.* Págs. 89. Ed. Adán Ediciones S.A. Cádiz, 2001.

<sup>70</sup> MERSKEY, H et al. (1994). ‘‘Part III. Pain terms, a current list with definitions and notes on usage’’. Págs. 45-47. Ed. Future Publishing Company. Seattle, 1994. Op. Cit. Pág. 32.

<sup>71</sup> MARTÍNEZ LAVÍN, M. *La ciencia y la clínica de la fibromialgia. Manual práctico para profesionales de la salud.* Ed. Editorial Médica Panamericana. Madrid, 2011. Op. Cit. Pág. 30.

<sup>72</sup> Las siglas mm hg, significan milímetros de mercurio, y es la unidad con la que se mide la presión arterial sanguínea.

<sup>73</sup> ALEGRE MARTÍN, J, y COTS, J.M<sup>a</sup>. *Fibromialgia. Diagnòstic, avaluació i tractament.* Ed. CatSalut. Barcelona, 2014. Op. Cit. Pág. 30.

<sup>74</sup> MARTÍNEZ LAVÍN, M. *La ciencia y la clínica de la fibromialgia. Manual práctico para profesionales de la salud.* Ed. Editorial Médica Panamericana. Madrid, 2011. Op cit. Pág 30.

<sup>75</sup> SERRA CATAFAU, J. *Tratado de dolor neuropático.* [en línea] Ed. Medica Panamericana, Buenos Aires, 2006.

<[https://books.google.es/books?id=2qnw5PlkdCQC&pg=PA166&dq=alodinia&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwin48jA-b\\_MAhVCNxQKHQr0C2YQ6AEIHTAA#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books?id=2qnw5PlkdCQC&pg=PA166&dq=alodinia&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwin48jA-b_MAhVCNxQKHQr0C2YQ6AEIHTAA#v=onepage&q&f=false)> [Consulta: 6 mayo 2016]  
La alodinia es un dolor que aparece después de un estímulo que no debería causar dolor.

específicos del cuerpo, según lo que indica el CAR en 1990, los puntos que se tienen que presionar son nueve en cada lado del cuerpo, un total de dieciocho, de los cuales se necesitan once o más para declarar que se padece fibromialgia.

Para realizar este examen médico se debe de hacer con una fuerza aproximada a cuatro quilogramos en los puntos específicos. Los puntos que hay que presionar se centran en la parte cervical y en el trapecio, además de la parte lumbalgica y las rodillas junto con los codos<sup>76</sup>.

Por otro lado, para determinar la existencia de alguna enfermedad es habitual realizar una analítica, en el caso de la fibromialgia, no hace falta, ya que como se ha comentado anteriormente, es una enfermedad que sólo se detecta con la prueba que se ha descrito, como tampoco es necesario radiologías u otras pruebas médicas de carácter parecido, pero siempre es necesario que se practique la analítica de sangre para descartar otras enfermedades que no sean la fibromialgia. Hay que comentar, que aunque la analítica de por sí, no detecta la enfermedad, es importante ver los niveles de sangre que tiene el paciente para ver si son los correctos.

Siguiendo lo indicado por el Instituto Catalán de la Salud<sup>77</sup>, el grado de afectación clínico es variable dependiendo del paciente, pero se realizará al principio y durante el seguimiento de la fibromialgia, siguiendo las variables que indican con el cuestionario sobre el impacto de la fibromialgia (Fibromyalgia Impact Questionnaire; FIQ), las cuales son: 1. El nivel del dolor, que puede variar de 0 a 10, donde 0 es la inexistencia de algún tipo de dolor, y 10, es un dolor insoportable, además se le preguntará al afectado en qué lugar situaría su dolor habitual en la escala que se proporciona; 2. La afectación emocional, se hace referencia al estado de ánimo, indicándolo igual que en la escala anterior; 3. El nivel de funcionalidad, es decir, si durante un período de tiempo que le indique el doctor, ha podido realizar las tareas cotidianas con normalidad o si habría sentido algún tipo de molestia al realizarlas, 4. La pérdida de actividades, refiriéndose al estado laboral en que se encuentra el paciente, si está en situación de incapacidad temporal, o permanente; y, 5.

La valoración subjetiva del médico, es decir, el médico podrá valorar en una escala de dolor leve, moderado y grave, en la que se encuentre la persona afectada por fibromialgia. Esta última valoración médica, mide el grado de afectación que tiene el

---

<sup>76</sup> Anexo 4. Puntos dolorosos de la fibromialgia.

<sup>77</sup> ALEGRE MARTÍN, J, y COTS, J.Mª. *Fibromialgia. Diagnòstic, avaluació i tractament*. Ed. CatSalut. Barcelona, 2014. Op cit. Pág. 28.

paciente, pudiendo establecer tres grados de fibromialgia, que son el leve, moderado o la afectación grave. La afectación grave, se da cuando el paciente presenta puntuaciones superiores al 75% en la mayoría de las escalas clínicas acerca del dolor, la afectación emocional y la funcionalidad, además de tener una situación de pérdida significativa de actividades, tanto laborales como cotidianas, que se establecen en un 50% de su pérdida; por otra parte, la afectación leve y moderada se da cuando los porcentajes que se acaban de mencionar, son inferiores al realizar el cuestionario.

Además de este examen, según establece MARTÍNEZ LAVÍN, hay unos criterios nuevos que establecieron el CAR en 2010, que debe de cumplir la persona para determinar si padece o no la enfermedad. Los requisitos que se exigen que tenga, es un índice de dolor generalizado, el cual es la suma de diecinueve áreas del cuerpo con posibilidad de padecer dolor, tales como los brazos, las piernas, la espalda, etc., que tienen que tener una calificación de más o igual a siete en el índice de dolor generalizado, junto con una puntuación de igual o más de cinco en la escala de gravedad de síntomas<sup>78</sup>.

Con todos los procedimientos que se han mencionado, el médico podrá diagnosticar y determinar si la persona tiene o no fibromialgia.

#### *4.5 Tratamiento y seguimiento*

Actualmente, no hay ningún medicamento que cure o pare la fibromialgia. Algunos fármacos dan buenos resultados en los pacientes, mientras que en otros no les producen ninguna mejora. El Institut Català de la Salut<sup>79</sup>, establece un tipo de tratamiento y de seguimiento en el paciente con fibromialgia, los cuales son la educación del enfermo en relación a la enfermedad de fibromialgia, aportándole expectativas positivas y potenciando su colaboración con la terapia que se le asigne; el tratamiento farmacológico (más adelante se analizara en un capítulo del trabajo); el tratamiento físico, para mejorar el bienestar físico es recomendable realizar una serie de ejercicios de carácter aeróbico ; y por último, los consejos conductuales, es decir, aconsejar al paciente potenciando la autoayuda y promover la capacidad que tiene uno mismo para auto controlar los síntomas.

---

<sup>78</sup> Anexo 5. Tabla de calificación de la escala de gravedad de síntomas.

<sup>79</sup> ALEGRE MARTÍN, J, y COTS, J.Mª. *Fibromialgia. Diagnòstic, avaluació i tractament*. Ed. CatSalut. Barcelona, 2014. Op cit. Pág. 28.

#### 4.6 Tratamiento farmacológico

Como se ha mencionado anteriormente, hoy en día, no existe ningún medicamento que sea definitivo para curar la fibromialgia, sino que existen unos fármacos que sirven para controlar los síntomas que la enfermedad produce en la persona, y poder mejorar su calidad de vida. En este apartado, se explicaran algunos de los medicamentos más comunes que toman las personas que padecen esta enfermedad, y a su misma vez, se verán los efectos adversos que pueden llegar a ocasionar en la persona. Hay que recalcar, que cada paciente necesita una dosis y una medicación diferente, ya que se ha de adecuar a la gravedad de la enfermedad que tenga, por lo que algunos medicamentos no tendrán los mismos efectos entre los enfermos.

De acuerdo con VARELA MARTÍNEZ y VARELA MARTÍNEZ<sup>80</sup>, el tratamiento farmacológico se ha de entender como una terapia integral cuyo objetivo es conseguir que el paciente mejore sus condiciones de vida. Además, inciden en que no existe ninguna medicación que pueda eliminar todos los síntomas de la fibromialgia, por ello, realizan una lista de los medicamentos que se recetan para esta enfermedad, como lo son:

- Ibuprofeno: está indicado para aquellos pacientes que presentan un proceso doloroso regional, y que es bastante beneficioso si se combina con el alprazolam, lo cual es un fármaco antiinflamatorio. Aunque es beneficioso, su utilización es durante un tiempo limitado.
- Paracetamol: en un AINE<sup>81</sup> atípico, ya que posee escasos efectos antiinflamatorios, tiene como característica, que su uso continuo puede producir un daño renal.
- Tramadol; es un analgésico<sup>82</sup> de acción central; que lleva consigo bastantes efectos adversos como la somnolencia, mareos, cefalea<sup>83</sup>, náuseas

---

<sup>80</sup> AYÁN PÉREZ, C.L. Varela Martínez S, y Varela Martínez M. *Fibromialgia. Diagnóstico y estrategias para su rehabilitación*. Ed. Edito Medica Panamericana. Madrid, 2011. ‘*Fibromialgia. Diagnóstico y estrategias para su rehabilitación*’ Op. Cit. Pág. 28.

<sup>81</sup> ÁLAMO, C. *Guía farmacológica de analgésicos*. Pág. 35-42. Ed. Arán ediciones SL. Madrid, 2005. AINE: Antiinflamatorio no esteroídicos, que constituyen un grupo de analgésicos con propiedad antiinflamatoria y antitérmica.

<sup>82</sup> Analgésico, medicamento que tiene como objeto reducir el dolor.

<sup>83</sup> Es un dolor de cabeza intenso y persistente que va acompañado por la sensación de pesadez en el cuerpo.

y estreñimiento. Este medicamento se utiliza en los pacientes que tienen diagnosticado el grado moderado o grave de fibromialgia.

- Opiáceos; son analgésicos que se utilizan para aliviar el dolor en la médula espinal, se receta a los pacientes con un grado moderado o grave de fibromialgia. Este medicamento, tiene como efecto secundario la adicción a él, por lo que se recomienda solamente a pacientes con dolores muy fuertes y durante los períodos de crisis.

- Antidepresivos triciclos<sup>84</sup>: Estos fármacos tienen varios mecanismos de acción por los cuales pueden producir su acción analgésica, pero su principal labor es la inhibición de la recaptación de serotonina<sup>85</sup> y norepinefrina<sup>86</sup>. Según el doctor Ayán Pérez<sup>87</sup>, estos fármacos tienen algunos efectos adversos, como problemas cardiovasculares, dentro de los cuales destaca los temblores y las arritmias, como también problemas de visión borrosa, gastrointestinales, etc.

- Fluoxetina: es uno de los fármacos que más se prescriben para los enfermos de fibromialgia, ya que los estudios recientes demuestran que al administrar en dosis pequeñas, reduce el impacto de síntomas como el dolor y la fatiga de los pacientes.

- Duloxetina: tiene una acción antidepresiva e inhibe el dolor; sobre los estudios realizados a este medicamento, se ha visto la eficacia en los pacientes con fibromialgia, ya tengan o no el síndrome depresivo, tan característico en los enfermos de este estudio. Los efectos adversos más característicos son, la diarrea, el estreñimiento, vómitos, dolor abdominal, insomnio, ansiedad, somnolencia, mareos y palpitaciones entre otros.

---

<sup>84</sup> RIVERA REDONDO, J. *Tratamiento farmacológico de la fibromialgia*. [en línea] Ed. IT del Sistema nacional de Salud. Volumen 32, nº 4/2008. Madrid, 2008 <<[http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/infMedic/docs/vol32\\_4TratFarmFibromialgia.pdf](http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/docs/vol32_4TratFarmFibromialgia.pdf)>> [Consulta: 23 mayo 2016]

<sup>85</sup> La serotonina es una sustancia que transmite los impulsos nerviosos entre las neuronas. <<<http://salud.ccm.net/faq/8435-serotonina-definicion>>>

<sup>86</sup> Es una sustancia utilizada por el sistema nervioso, forma parte de los neurotransmisores y tiene como función transmitir mensajes a través de los nervios a los diferentes componentes del cuerpo. <<<http://salud.ccm.net/faq/10047-noradrenalina-o-norepinefrina-definicion>>>

<sup>87</sup> AYÁN PÉREZ, C.L. *Fibromialgia. Diagnóstico y estrategias para su rehabilitación*. Ed. Edito Medica Panamericana. Madrid, 2011. Op. Cit pág. 28.

- Milnacipram: es un inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina; su utilización se basa en tratamientos para la depresión, donde los estudios mostraron que una dosis al día, mejoraba significativamente el dolor, la función física y la fatiga de los enfermos con fibromialgia, aunque los efectos más frecuentes durante los primeros días de tratamiento son la ansiedad, sofocos, sudoración excesiva y vértigos.

- Relajantes musculares: se recetan para aliviar el dolor de los músculos, aunque algunos también alivian el dolor asociado a las neurologías. Los resultados de este medicamento son la relajación del músculo, la disminución en la fuerza de contracción, la sedación, la somnolencia, la ataxia<sup>88</sup>, etc. Los fármacos específicos en la relajación muscular son la ciclobenzaprina, la gabapentina y la pregabalina.

- Alprazolam: se emplea como ansiolítico<sup>89</sup> y para el tratamiento de la depresión, se ha demostrado que es de utilidad con los pacientes de fibromialgia, aunque tiene efectos adversos como la somnolencia, confusión, fatiga, mareos, ataxia, debilidad muscular.

- Zolpidem: es un hipnótico no benzodiazepínico, es decir, un fármaco que promueve el sueño<sup>90</sup>, y que es bastante útil en casos en el que el paciente padece de insomnio. Los efectos adversos que presenta son parecidos a los anteriores fármacos, como la fatiga, confusión, mareos, ataxia... aunque se incluyen la amnesia, depresión y las reacciones psiquiátricas.

- Ondansetrón y tropisetron: ambos medicamentos son muy similares, ya que son utilizados para la prevención de vómitos y náuseas inducidos al realizar la quimioterapia, pero en el caso de los enfermos de fibromialgia,

---

<sup>88</sup> La ataxia, es la dificultad en la coordinación de los movimientos.

<sup>89</sup> Los ansiolíticos, son fármacos destinados a disminuir o eliminar los síntomas de la ansiedad sin producir somnolencia al tomarlos.

<sup>90</sup> SALOMÉ DÍAZ, M<sup>a</sup>, y PAREJA, J.A. *Tratamiento del insomnio*. [en línea] Ed. It del Sistema nacional de salud. Volumen 32, n<sup>o</sup> 4/2008. Madrid, 2008

<[http://www.mssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/infMedic/docs/vol32\\_4TratInsomnio.pdf](http://www.mssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/docs/vol32_4TratInsomnio.pdf)> [Consulta: 23 mayo 2016]

estos fármacos sirven para la reducción del dolor, los puntos sensibles y las cefaleas<sup>91</sup>.

Una vez vistos los medicamentos más utilizados para el tratamiento de la fibromialgia, y a su misma vez los efectos adversos que conlleva su medicación, he podido ver como en la mayoría de los medicamentos, los efectos son muy similares e idénticos en ocasiones, siendo los más repetidos, la somnolencia o el insomnio, la fatiga, los mareos, y la depresión. Es por estos efectos adversos que a continuación se analizará lo establecido en la jurisprudencia y doctrina, ya que hasta hace pocos años no se daba este caso en los tribunales.

#### *4.7 Enfermedades relacionadas con la fibromialgia*

Muchas veces, la fibromialgia se asocia a otras enfermedades. La enfermedad que más se asocia a la fibromialgia por el tipo de diagnóstico que se realiza, es el Síndrome de Fatiga Crónica (en adelante, SFC<sup>92</sup>). Esta enfermedad afecta a gran medida a adultos jóvenes rondando las edades entre los veinte y los cuarenta, con un predominio evidente del sexo femenino. Según los informes del ‘‘Servei Català de la Salut’’<sup>93</sup>, en España no hay un estudio que determina cuanta gente está afectada por el SFC, pero en estudios que se han hecho en Estados Unidos, se sitúa que esta enfermedad afecta entre el 0,4% y el 0,7% de la población americana.

Según ALEGRE MARTÍN<sup>94</sup>, el SFC es una fatiga persistente e invalidante delante de pequeños esfuerzos, dolores y debilidades musculares, así como alteraciones en la esfera neurocognitiva, lo que produce una incapacidad funcional en el paciente.

Recientemente, el ‘‘*Institute of Medicine of the National Academies*’’, ha propuesto una definición más concreta del SFC, la cual se caracteriza por una profunda

---

<sup>91</sup> Cualquier dolor que se de en cualquier parte de la cabeza.

<sup>92</sup> ALEGRE MARTÍN, J, y COTS, J.M<sup>a</sup>. *Fibromialgia. Diagnòstic, avaluació i tractament*. Ed. CatSalut. Barcelona, 2014. Op. Cit. Pág. 28.

<sup>93</sup> ALEGRE MARTÍN, J, y COTS, J.M<sup>a</sup>. *Fibromialgia. Diagnòstic, avaluació i tractament*. Ed. CatSalut. Barcelona, 2014. Op. Cit. Pág. 28.

<sup>94</sup> ALEGRE MARTÍN, J, y COTS, J.M<sup>a</sup>. *Fibromialgia. Diagnòstic, avaluació i tractament*. Ed. CatSalut. Barcelona, 2014. Op. Cit. Pág. 28.

fatiga, una disfunción cognitiva, unas anomalías del sueño, dolor, y otros síntomas que empeoran cualquier esfuerzo físico<sup>95</sup>.

El SFC se relaciona con la fibromialgia, ya que las manifestaciones que se producen en ambas enfermedades son muy similares, llegando a tener cinco de los ocho síntomas relacionados con el dolor<sup>96</sup>. Se diagnostica que la persona tiene el SFC, cuando existe una fatiga inexplicable que dura más de seis meses, que no se alivia con reposo y que disminuye el nivel de actividades personales que una persona puede desarrollar durante el día a día.

---

<sup>95</sup> COMMITTEE ON DIAGNOSTIC CRITERIA FOR ME/CFS. *Beyond Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome*. [en línea] Institute of Medicine of the National Academies, 2015<[http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/2015/ME/CFS/ME/CFS\\_Powerpoint.pdf](http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/2015/ME/CFS/ME/CFS_Powerpoint.pdf)> [Consulta: 15 junio 2016]

<sup>96</sup>MARTÍNEZ LAVÍN, M. *La ciencia y la clínica de la fibromialgia. Manual práctico para profesionales de la salud*. Ed. Editorial Médica Panamericana. Madrid, 2011. Op cit. Pág 30.



## 5. ANÁLISIS JURISPRUDENCIAL Y DOCTRINAL

En este apartado, se estudiarán las diferentes sentencias que han ido apareciendo en los últimos años, ya que si es bien cierto que la fibromialgia es una enfermedad reconocida por la OMS desde el año 1989, no es hasta años después donde se ven los primeros indicios para determinar esta enfermedad como incapacitante.

Antes de hacer el análisis de las diferentes sentencias, debemos saber que la prestación por incapacidad permanente, sea cual sea la modalidad que se tenga, deberá de hacerse mediante un proceso para su obtención. Según la información obtenida a través de la página de la Seguridad Social<sup>97</sup>, éste procedimiento se puede iniciar de tres formas diferentes; la primera de ellas es la que se realiza por oficio, es decir, que quién iniciará éste proceso podrá ser la entidad gestora, la Inspección de Trabajo y Seguridad Social (en adelante, ITTS) o el Servicio Público de Salud, con la autorización del interesado, por otra parte, también se puede iniciar a solicitud de las entidades colaboradoras o por petición del interesado.

Una vez iniciado el procedimiento, se empezará con la fase de instrucción, dónde se podrá solicitar la documentación y las pruebas médicas necesarias al sujeto interesado. A continuación, el EVI formulará una propuesta teniendo en cuenta los informes médicos realizados por los profesionales de la dirección provincial del INSS, en concreto lo resolverá el Director Provincial de la Seguridad Social<sup>98</sup>, el cual dictará una resolución expresa declarando la existencia o no de algún grado de incapacidad permanente que pueda tener el sujeto, así como también la cuantía de la prestación y el plazo que se dará para poder realizar una revisión de la incapacidad.

Una vez se notifique la resolución expresa por el INSS, en el caso de que ésta sea denegatoria, el interesado podrá optar por recurrirla, la cual se hará mediante una reclamación previa ante el juez que dictó la resolución<sup>99</sup>; hay que destacar que éstas

---

<sup>97</sup>SEGURIDAD SOCIAL. *Pensión de incapacidad permanente. Procedimiento*. [en línea] Madrid, 2016 [http://www.segsocial.es/Internet\\_1/Masinformacion/TramitesyGestiones/PensioendeIncapacida45982/index.htm](http://www.segsocial.es/Internet_1/Masinformacion/TramitesyGestiones/PensioendeIncapacida45982/index.htm) [Consulta: 4 junio 2016]

<sup>98</sup> DEL ROSAL BLANCO, B. *¿Puede un enfermo de fibromialgia conseguir una declaración de incapacidad laboral?* [en línea] Revista Sociedad Valenciana de Reumatología, volumen 2; pág. 42 y 43, 2006 < [www.svreumatologia.com/wp-content/uploads/RevSVR2-1.pdf](http://www.svreumatologia.com/wp-content/uploads/RevSVR2-1.pdf) > [Consulta: 27 mayo 2016]

<sup>99</sup> DEL ROSAL BLANCO, B. *¿Puede un enfermo de fibromialgia conseguir una declaración de incapacidad laboral?* [en línea] Revista Sociedad Valenciana de Reumatología, volumen 2; pág. 42 y 43, 2006 < [www.svreumatologia.com/wp-content/uploads/RevSVR2-1.pdf](http://www.svreumatologia.com/wp-content/uploads/RevSVR2-1.pdf) > Op. Cit. Pág. 44.

reclamaciones administrativas posteriores, en el 90% de los casos son desestimadas<sup>100</sup>. Si en el plazo de cuarenta y cinco días la Administración sigue declarando que no existe una incapacidad permanente, o en el caso de que se produzca el silencio negativo administrativo, se deberá acudir a la vía judicial; en la que los pronunciamientos son desestimados por la falta de objetividad de esta enfermedad y la subjetividad del dolor<sup>101</sup>, ya que al no poder constatar médicamente<sup>102</sup> esta enfermedad, puesto que se es una enfermedad invisible ante los ojos de quien examina, como hemos mencionado anteriormente, los dictámenes del EVI suelen ser negativos hacia el sujeto interesado. Un claro ejemplo de esto último, es la Sentencia del Juzgado de lo Social de Badajoz de 8 de octubre de 2003<sup>103</sup>, que deniegan la incapacidad permanente por no presentar las reducciones anatómicas o funcionales que disminuyan la capacidad laboral del sujeto, ya que, junto con la propuesta generada por el EVI, se considera que no es susceptible la determinación objetiva<sup>104</sup> (se comprende por determinación objetiva lo que es real, es decir, lo que pertenece al mundo exterior y que no habita sólo en la mente del paciente), entendiéndose de la disminución de la capacidad laboral.

Una vez hemos visto el procedimiento que se debe seguir para la obtención de la prestación por incapacidad permanente, vamos a analizar algunas sentencias y su proceso cronológico hasta la más reciente de ellas.

Para empezar, tenemos que recordar el concepto de incapacidad permanente, definido en el art. 193 de la TRLGSS, como también en la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, de 27 de febrero de 2006<sup>105</sup> “ La situación del trabajador que, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuye o anulan su capacidad laboral”.

---

<sup>100</sup> LÓPEZ – TAMÉS IGLESIAS, R. *La valoración incapacitante de la fibromialgia y del síndrome de fatiga crónica en el ámbito administrativo y en el judicial*. [en línea] Madrid, 2015 <[http://www.elderecho.com/labor/valoracion-incapacitante-fibromialgia-administrativo-judicial\\_11\\_397180007.html](http://www.elderecho.com/labor/valoracion-incapacitante-fibromialgia-administrativo-judicial_11_397180007.html)> Op. Cit. Pág. 28.

<sup>101</sup> LÓPEZ – TAMÉS IGLESIAS, R. *La valoración incapacitante de la fibromialgia y del síndrome de fatiga crónica en el ámbito administrativo y en el judicial*. [en línea] Madrid, 2015 <[http://www.elderecho.com/labor/valoracion-incapacitante-fibromialgia-administrativo-judicial\\_11\\_397180007.html](http://www.elderecho.com/labor/valoracion-incapacitante-fibromialgia-administrativo-judicial_11_397180007.html)> Op. Cit. Pág. 28.

<sup>102</sup> DEL ROSAL BLANCO, B. *¿Puede un enfermo de fibromialgia conseguir una declaración de incapacidad laboral?* [en línea] Revista Sociedad Valenciana de Reumatología, volumen 2; pág. 42 y 43, 2006 < [www.svreumatologia.com/wp-content/uploads/RevSVR2-1.pdf](http://www.svreumatologia.com/wp-content/uploads/RevSVR2-1.pdf)> Op. Cit. Pág. 44.

<sup>103</sup> Sentencia del Juzgado de lo Social de Badajoz, 8 de octubre de 2003 (AS\2003\3866).

<sup>104</sup> DEL ROSAL BLANCO, B. *¿Puede un enfermo de fibromialgia conseguir una declaración de incapacidad laboral?* [en línea] Revista Sociedad Valenciana de Reumatología, volumen 2; pág. 42 y 43, 2006 < [www.svreumatologia.com/wp-content/uploads/RevSVR2-1.pdf](http://www.svreumatologia.com/wp-content/uploads/RevSVR2-1.pdf)> Op. Cit. Pág. 44.

<sup>105</sup> STSJ de Madrid, de 27 de febrero de 2006 (JUR 2006\154878)

En este párrafo, podemos apreciar tres notas características de la incapacidad permanente, tal y como también lo destaca la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla – La Mancha, de 9 de marzo de 2006<sup>106</sup>. Estas notas se basan, en primer lugar en que las reducciones anatómicas o funcionales que se describe en el artículo deben ser objetables, lo que quiere decir que se tiene que constatar medicamente, ya que la simple declaración del sujeto que lo padece no es concluyente para determinar si accede o no a una incapacidad permanente; en segundo lugar, tiene que ser previsiblemente definitivas, es decir, incurables, irreversibles, etc., determinando que no haya una cura definitiva y el trabajador no pueda volver a la situación en la que se encontraba antes de padecer la enfermedad; y, en tercer lugar, las reducciones tienen que disminuir o anular la capacidad laboral del trabajador, en este último punto, la sentencia anteriormente mencionada, en su f.d primero, define que esta disminución de la capacidad laboral tiene que ser de al menos el 33% de disminución en el rendimiento profesional, pero que también dependerá del grado de incapacidad permanente que se le otorgue.

Cabe destacar, que no todas las personas que tienen fibromialgia serán calificados en el mismo grado de incapacidad permanente, puesto que, cada caso es diferente, y se tiene que estudiar cada asunto concreto, con los grados de puntos de dolor detectados, además de si concurren otras enfermedades, tal y como lo viene diciendo la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, de 27 de febrero de 2006<sup>107</sup>. Es por esto, tal y como sigue diciendo la misma sentencia, “debe valorarse el binomio lesiones – función, de manera que la invalidez supone situación individualizada para cada sujeto, dado que se valora una capacidad concreta, para un trabajo concreto, en un sujeto concreto y en un momento concreto”.

Además, he de añadir que para calificar el grado de incapacidad permanente, se tiene en cuenta otro factor fundamental, como es la repercusión que ésta situación conlleva en la vida del interesado; ya que, puede tener consecuencias en la capacidad de trabajo, obteniendo como resultado, una minoría de ingresos<sup>108</sup>.

Son por los motivos que se acaban de señalar, que debe de haber una conexión entre la disminución que presenta el sujeto en relación a su capacidad de trabajo, junto con las lesiones que presente, teniendo en cuenta la posibilidad de padecer otras

---

<sup>106</sup> STSJ de Castilla – La Mancha, de 9 de marzo de 2006 (AS\2006\1812)

<sup>107</sup> STSJ de Madrid, de 27 de febrero de 2006. (JUR 2006\154878)

<sup>108</sup> STSJ de Madrid, de 27 de febrero de 2006. (JUR 2006\154878). Op. Cit. Pág. 45

enfermedades, las cuales aumentarían la probabilidad de obtener la prestación por incapacidad permanente.

Ahora bien, como se ha dicho anteriormente, la resolución que haga el juez dependerá de varios factores, y siempre es diferente un caso del otro, ya que, aun teniendo los mismos síntomas o dolencias, se puede derivar a diferentes grados de incapacidad permanente; es por esto, que analizare algunas sentencias separándolas en los diferentes grados recogidos en el art. 194 TRLGSS.

El primer grado a analizar serán las sentencias que se vinculan con la incapacidad permanente parcial. Cabe decir, que la mayoría de las sentencias encontradas, muestran un fallo desfavorable para los interesados en obtener la prestación, por lo que, solamente se ha encontrado una sentencia que le de éste tipo de incapacidad al sujeto, mientras que hay varias que son a favor del INSS.

La Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, de 1 de julio de 2014<sup>109</sup>, concede la prestación por incapacidad permanente del tipo parcial al interesado, puesto que éste teniendo una disminución superior al 33% del rendimiento habitual, queda afectado por la incapacidad permanente, obteniendo el grado de parcial, ya que, no queriendo una incapacidad permanente total, se le hará una adaptación en su puesto de trabajo para que pueda desempeñar el trabajo adecuándolo a su situación. Esta sentencia falla a favor del sujeto que padece un cuadro clínico de fibromialgia con síndrome de fatiga crónica, además de otras dolencias como la neuropatía de nervio pudendo izquierdo<sup>110</sup>.

Por otro lado, algunas sentencias determinan no conceder la prestación por este tipo de grado de incapacidad al sujeto interesado, como la Sentencia del Tribunal de Justicia de Murcia, de 3 de julio de 2000<sup>111</sup>, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Murcia, de 7 de enero de 2002<sup>112</sup>; la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Murcia, de 7 de julio de 2003<sup>113</sup>, en la que el cuadro clínico que padece la

---

<sup>109</sup> STSJ Madrid, de 1 de julio de 2014. (JUR\2014257663)

<sup>110</sup> Dolor que se manifiesta en la persona, normalmente estando ésta sentada, y que disminuye cuando se está de pie.

<sup>111</sup> STSJ Murcia, de 3 de julio de 2000 (JUR 2000\257424)

<sup>112</sup> STSJ Murcia, de 7 de enero de 2002 (JUR 2002\70530)

<sup>113</sup> STSJ Murcia, de 7 de julio de 2003 (JUR 2003\234700), f.d. tercero “ Las secuelas objetivadas que padece la parte actora, y que han de ser tenidas por ciertas, dado lo expuesto, consistentes en: las noticiadas por el Magistrado en su hecho declarado probado segundo, antecedente y literalmente redactado; no conllevan disminuciones funcionales anatómicas y fisiológicas, que causalicen discapacidad con entidad suficiente para impedir con entidad igual o superior al 33%, la actividad laboral que le es exigida en su cualificación y clasificación profesional, gerente comercial-jefe de equipo en empresa de seguros; dado que, las afectaciones clínicas en vértebras cervicales y lumbares, no tienen

trabajadora no conllevan disminuciones funcionales, por lo que no tendría una incapacidad igual o superior al 33%, lo que conlleva la denegatoria del tribunal a conceder dicha prestación; y, la Sentencia del Tribunal Superior de Murcia, de 1 de diciembre de 2003<sup>114</sup>, en la que hace referencia a la sentencia anteriormente mencionada, y, en la que también deniega la prestación al trabajador, ya que el cuadro clínico presentado no conlleva una pérdida igual o superior al 33% para su rendimiento profesional habitual.

En el caso de la incapacidad en el grado de total, me he basado en las características que destacan la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, de 27 de febrero de 2006<sup>115</sup>, para entender mejor tanto las sentencias favorables como las desfavorables para el trabajador, que son “ [...] se caracteriza por un doble elemento: primero, por su carácter profesional lo que implica que, para su calificación jurídica, habrá de valorarse más que la índole y naturaleza de los padecimientos que presenta el trabajador, a la limitación que ellos generen en cuando impedimento reales... y, segundo, por su carácter de permanencia que implica la necesidad de estabilización de su estado residual en el sentido que las patologías o secuelas tengan un carácter previsiblemente definitivo dado que la posibilidad de recuperación clínica se estima médicamente como incierta o a larga plazo”.

Con este fragmento de la sentencia mencionada, hemos podido ver más sentencias favorables para el trabajador, teniendo en cuenta, tal y como dice la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Islas Baleares, de 6 de septiembre de 2001<sup>116</sup> que “ En cuanto a las más numerosas que se aprecian situación de invalidez debe notarse, además, que lo hacen, por lo general, en supuestos en que la fibromialgia

---

afectación radicular, la función tiroidea es normal con el tratamiento; y la fibromialgia que padece, no obstante su necesidad de tratamiento por la unidad del dolor, es enfermedad benigna, que no condiciona destrucción esquelética, ni deformidades, ni invalidez, aconsejándose, evitar aislamiento, ejercicio físico, tratamiento farmacológico, y efectuar vida socio-laboral normal, conforme se evidencia por el informe del EVI, de 11-02-2003, emitido por acuerdo en diligencia para mejor proveer. Siendo la incapacidad permanente parcial el inferior grado discapacitante solicitado”.

<sup>114</sup> STSJ Murcia, de 1 de diciembre de 2003 (JUR 2004\58660); f.d. tercero “ Las secuelas objetivadas que padece la parte actora, y que han de ser tenidas por ciertas, dado lo expuesto, consistentes en: las noticiadas por el Magistrado en su hecho declarado probado séptimo, antecedente y literalmente redactado; no conllevan disminuciones funcionales anatómicas y fisiológicas, que causalicen discapacidad global que limiten la actividad laboral que le es exigida, en su cualificación y clasificación laboral administrativa, jefa en sección de hostelería, con entidad igual o superior al 33%; dado que conserva su relación conversacional, la cervicartrosis es moderada, y los restantes padecimientos, y en su conjunto, no impiden la bipedestación, deambulación, ni la posición sedente, no estando afectados los M.M.S.S., ni los inferiores para trabajos que no requieran esfuerzos, como es el propio”.

<sup>115</sup> STSJ de Madrid, de 27 de febrero de 2006. (JUR 2006\154878). Op. Cit. Pág. 45

<sup>116</sup> STSJ Islas Baleares, de 6 de septiembre de 2001 (JUR 2002\12255)

no aparece con el carácter primario, es decir, como la única alteración de la salud existente, sino en calidad de enfermedad concomitante o asociada a otras patologías, normalmente de índole depresiva”.

Es por este motivo, que en casi todas las sentencias que existen a cerca de la fibromialgia donde se les concede alguna prestación, la fibromialgia no destaca por ser en sí una enfermedad, sino por complementar el cuadro clínico que padece el trabajador. Siguiendo con la anterior sentencia citada, vemos como la trabajadora demandante, cuyo trabajo se basa en la limpieza y traslado de coches de alquiler, presenta varias algias en la columna cervical, lumbar y caderas, junto con puntos gatillo, y otras dolencias, de las cuales vemos la fibromialgia. Otra sentencia a destacar, es la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cantabria, de 27 de marzo de 2006<sup>117</sup>, en la que la trabajadora aparte de padecer fibromialgia y un trastorno psíquico, padecía una cervicoartrosis severa y el síndrome del túnel carpiano.

Otro caso diferente, en los que aprecia más las características que inicialmente se han dicho acerca de la incapacidad del tipo total, es el de la Sentencia del Juzgado de lo Social, de 4 de marzo de 2014<sup>118</sup>, una de las primeras sentencias donde la principal causa de que le concedan la prestación por incapacidad, es la de padecer fibromialgia, entre otras enfermedades o dolencias. Como también lo es la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de País Vasco, de 21 de diciembre de 2004<sup>119</sup>, en la que se recurre ante la primera resolución dictada, y, con el recurso de suplicación se consigue que el juzgador, admita que la fibromialgia produce una serie de dolores en los que la trabajadora no puede compatibilizar con el trabajo habitual, por lo que se le concede la incapacidad permanente total.

Respecto a la incapacidad permanente en su grado de absoluta, si bien es cierto, que los tribunales siguen el mismo mecanismo para determinar si se tiene derecho o no

---

<sup>117</sup> STSJ Cantabria, de 27 marzo de 2006 (JUR 2006\137383); f.d. cuarto “[...] también presenta un proceso fibromiálgico ... así como el trastorno psíquico [...] la Sala considera que acreditado que la fibromialgia es de carácter grave, cuyo padecimiento ha de añadirse la patología mental, esta trabajadora se encuentra en una situación de incapacidad permanente total para su profesión habitual”.

<sup>118</sup> Juzgado de lo Social, 4 de marzo de 2014 (JUR 2014/101) f.d. segundo “ [...] el conjunto de secuelas no son compatibles con la actividad de taxista que aun no imponiendo tareas físicas de considerable esfuerzo sí exigen mantener conservada la fuerza y la capacidad para permanecer en la misma postura durante toda la jornada de trabajo, lo que no se aprecia compatible con la situación física de la demandante”.

<sup>119</sup> STSJ País Vasco, de 21 diciembre de 2004 (JUR\2005\66427), f.d. tercero “ [...] en su desenvolvimiento laboral ha considerado el Juzgador que entraña la fibromialgia, lo que le ha llevado a afirmar que no concurren los requisitos para el reconocimiento de este grado invalidante, solución de la que discrepamos precisamente por el síndrome fibromiálgico que le origina dolores músculo-esqueléticos generalizados.

a la prestación, teniendo en cuenta que la fibromialgia vaya relacionada con otras enfermedades o dolencias, se conceden más prestaciones siendo un motivo clave para ello, el padecimiento de la fibromialgia. Algunas sentencias que confirman, que aunque la incapacidad permanente absoluta se haya dado por el cúmulo de padecimientos, una de la causa principal es la fibromialgia, como son la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña, de 1 de octubre de 2004<sup>120</sup>, Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, de 27 de febrero de 2006<sup>121</sup>, y, Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña, de 24 de febrero de 2015<sup>122</sup>; las cuales tienen en común que los cuadros clínicos que presentan los trabajadores, todos tienen los 18 puntos-gatillo (o muy cerca de los 18) de fibromialgia, es decir, el punto máximo de dolor según indica el CAR, además de tener diagnosticado un cuadro depresivo y SFC. Cabe destacar, que la última sentencia mencionada, es la primera sentencia en todo el territorio español, cuya resolución ha sido en base únicamente al diagnóstico positivo del síndrome fibromiálgico, sin tener en cuenta otros factores como lo habían hecho en todas las sentencias anteriores a esta.

Aunque hay un porcentaje más elevado de sentencias favorables al trabajador en los últimos años según el estudio realizado por Reumatología clínica<sup>123</sup>, también hay varias sentencias que lo deniegan. Las sentencias que más destacamos por su cuadro clínico similar a las anteriores favorables son, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña, de 14 de octubre de 2008<sup>124</sup>, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, de 21 de octubre de 2010<sup>125</sup>, y, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, de 17 de enero de 2013<sup>126</sup> siendo todas ellas denegatorias aun

---

<sup>120</sup> STSJ Cataluña, de 1 octubre de 2004 (JUR 2004\314518), f.d. único “[...] se ha constatado que la trabajadora presenta los 18 puntos-gatillos posibles positivos, además de un trastorno depresivo mayor de carácter grave”.

<sup>121</sup> STSJ de Madrid, de 27 de febrero de 2006. (JUR 2006\154878). Op. Cit. Pág. 46

<sup>122</sup> STSJ Cataluña, de 27 de febrero de 2015 (JUR 2015\112271); f.j. tercero “El cuadro residual de [...] es: fibromialgia grado III, SFC grado III, trastorno depresivo crónico...”.

<sup>123</sup> RESTREPO MEDRANO, J.C et al. *Reumatología Clínica. Comparación de las sentencias de incapacidad permanente por fibromialgia en España: diferencias según la resolución sea favorable para el paciente o para el Instituto Nacional de la Seguridad Social.* [en línea] Ed. Elsevier Doyma. Madrid, 2010 < <http://www.reumatologiaclinica.org/es/comparacion-las-sentencias-incapacidad-permanente/articulo/S1699258X09002617/>> [Consulta: 2 julio 2016]

<sup>124</sup> STSJ Cataluña, de 14 octubre de 2008 (JUR 2009\37199), f.d. segundo “[...] toda vez que el hecho de que se determine la existencia de 18 puntos de gatillo no es suficiente para determinar el alcnsce funcional de la fibromialgia sufrida”.

<sup>125</sup> STSJ Andalucía, de 21 de octubre de 2010 (JUR 2011\22949), f.d. único “padece fibromialgia (18/18 puntos positivos) [...] pero es indudable que puede llevar a cabo trabajo de naturaleza sedentaria o cuasi sedentaria”.

<sup>126</sup> STSJ Andalucía, de 17 de enero de 2013 (JUR 2013\94966), f.d. único “de acuerdo con el hecho probado la demandante presenta la siguiente patología... fibromialgia con 18/18 puntos de gatillo

teniendo el sujeto interesado de la prestación, un cuadro clínico muy similar o idéntico a las sentencias favorables que se han mencionado antes; es por este motivo, que se recalca la importancia del razonamiento jurídico que hace cada tribunal y cada juez, ya que en similares casos se pueden llegar a obtener resoluciones muy diferenciadas.

Por último, el grado de gran invalidez en la incapacidad permanente, no se han hallado ninguna sentencia estimatoria de esta prestación por padecer fibromialgia, puesto que todas las sentencias que se han encontrado deniegan siempre que el/la trabajador/a se encuentre en situación de gran invalidez, y por tanto, la no dependencia una tercera persona para su cuidado y para tareas personales. La Sentencia del Tribunal Supremo, de 19 de abril de 2007<sup>127</sup>, como también las Sentencia del Tribunal Supremo de 31 de mayo de 2011<sup>128</sup>, y la Sentencia del Tribunal Supremo de 22 de octubre de 2013<sup>129</sup>, establecen un punto en común, de aunque la persona demandante de la prestación tenga un cuadro clínico compuesto por fibromialgia, no es lo suficiente grave para otorgarle una gran invalidez, puesto que si es cierto que tienen una disminución de su actividad laboral diaria, no tienen la necesidad de depender de una tercera persona para desarrollar una vida normal, siendo así, que las tres sentencias mencionadas deniegan la existencia de una incapacidad con el grado de gran invalidez, aunque otorguen el grado de absoluta a los demandantes.

---

dolorosos [...] la fibromialgia, aunque presente 18/18 de gatillo dolorosos, tampoco consta que el dolor sea permanente sin posibilidad de tratamiento anti doloroso mediante fármacos, ni que el dolor sea continuo aun sin realizar ejercicio físico, pudiendo por ello llevar a cabo trabajos de naturaleza sedentaria o cuasi sedentaria que apenas impliquen esfuerzos físicos...’

<sup>127</sup> STS de 19 de abril de 2007 (JUR\2007\198501); f.d primero ‘‘ [...] pretende ser declarada en situación de gran invalidez, con un cuadro residual de "síndrome depresivo con ideas autolísicas, fibromialgia, hepatopatía crónica por virus y osteoporosis, lo cual la limita para tareas de mínima responsabilidad, estando necesitada de personas que se encarguen de su control médico y vigilancia de su sintomatología depresiva y agresiva". La sentencia recurrida, coincidiendo con el juzgado, ha desestimado la demanda porque la actora no necesita la ayuda de una tercera persona para realizar los actos más esenciales de la vida, ya que puede vestirse, asearse y alimentarse por sí misma’’.

<sup>128</sup> STS de 31 de mayo de 2011 (JUR\2011\255576); r.j. primero ‘‘ En instancia se desestima la pretensión de la actora de ser reconocida en situación de gran invalidez, sentencia confirma en suplicación, por entender la Sala que: 1) el hecho de que las personas tengan reconocido un determinado grado y nivel de dependencia, no determina el reconocimiento automático en situación de gran invalidez, 2) no cabe reconocer a la actora en situación de gran invalidez, ya que la agravación de las dolencias de la actora no le impiden ni la deambulacion, ni la realización de las tareas más esenciales de la vida, ni ha resultado probado que necesite de otra persona para su desarrollo, siendo tan solo aconsejable la presencia de un cuidador, y sin que se afirme la necesidad del mismo para que la actora pueda atender las necesidades básicas de su vida diaria’’.

<sup>129</sup> STS de 22 de octubre de 2013 (JUR\2014\27423) f.d primero ‘‘ La sentencia impugnada confirma la dictada en la instancia, que ha desestimado la demanda en la que se solicita la declaración de gran invalidez. El actor presenta estenosis de carótida interna izquierda con alto riesgo vascular, diabetes grado II y enfermedad de Alzheimer de juicio frontal, actualmente alteraciones del lenguaje y orientación temporo-espacial y afectación a facultades intelectivas (comprensión, atención, memorización, etc.) [...]Fibromialgia y deterioro cognitivo cuyo cuadro es compatible con la enfermedad de Alzheimer’’.

Cabe señalar, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña, de 3 de noviembre de 2015<sup>130</sup>, siendo esta pionera, puesto que es la primera sentencia en España que reconoce una incapacidad permanente a una trabajadora que padecía un cuadro clínico compuesto por fibromialgia y tendinopatía de la espalda no limitando sus funciones. La resolución del tribunal fue “ En el caso que aquí se examina, las dolencias que la parte demandante padece, y que se describen en el inatacado relato histórico de la sentencia recurrida, configuran un cuadro que efectivamente ha de impedir a la misma el correcto desempeño de todo tipo de trabajo, incluidas las tareas de naturaleza sedentaria y liviana que no requieran la realización de esfuerzos físicos especialmente intensos, toda vez que en el momento actual se encuentra afectada por un trastorno mayor de carácter grave, que se presenta con intensidad suficiente como para anular su capacidad laboral, a lo que se añaden las restantes dolencias degenerativas”. Siendo la principal causa del reconocimiento de esta incapacidad, la fibromialgia, es por eso, que después de esta sentencia se podrán en los futuros años, la no necesidad de diagnosticar otras enfermedades o dolencias que no sean puramente la fibromialgia para conceder la prestación.

Como resultado de las decisiones tomadas por los tribunales, podemos concluir el análisis jurisprudencial entendiendo la fibromialgia como una enfermedad que puede ser nota de discusión a la hora de ser causante de una incapacidad. Hay que hacer hincapié, en que la incapacidad permanente solo se dará en los casos más graves, y siempre y cuando el cuadro clínico que presente el trabajador, tenga un agregado de dolencias o enfermedades, ya que como se ha podido ver, no sólo es suficiente la demostración de fibromialgia para conseguir una prestación, sólo se ha venido demostrando en el último año, con la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña, de 3 de noviembre de 2015<sup>131</sup>. De manera que debe haber una combinación entre las enfermedades diagnosticadas, con el tipo de trabajo que se desarrolle, junto con la afectación que tenga en su actividad profesional diaria, para determinar la presencia de la incapacidad permanente, y en su caso, el grado que le corresponda.

---

<sup>130</sup> STSJ de Cataluña, de 3 de noviembre de 2015 (JUR 2015\300587)

<sup>131</sup> STSJ Cataluña, de 27 de febrero de 2015 (JUR 2015\112271).



## CONCLUSIONES

Al finalizar el análisis jurisprudencial, y una vez analizada la jurisprudencia de los últimos quince años, además de haber estudiado el marco normativo, tanto el RDLeg 1/1994, como el actual RDLeg 8/2015, podemos establecer varias conclusiones, las cuales dan respuesta a la hipótesis inicial establecida.

La fibromialgia es un síndrome crónico de dolor o rigidez, con varios puntos de dolor, reconocida como tal en 1989 por la OMS, que afecta entre un 3% y un 6% de la población mundial. Los últimos datos obtenidos, establecen que en España hay entre un 2,10% y un 5,7% de la población que padece fibromialgia, porcentajes superiores al último estudio realizado por EPISER en 2000, que establecía los porcentajes en el 2,7%; con lo cual, hay cada días más personas que padecen de fibromialgia.

Al ser una enfermedad relativamente nueva, por no haber suficiente información por sus características y, a pesar de que en muchos casos sea una enfermedad susceptible de llegar a ser una incapacidad permanente, se llega a conceder la prestación por incapacidad. Gracias al análisis jurisprudencial realizado, he podido ver, como la fibromialgia, únicamente podrá ser una incapacidad permanente, ya que, al influir en la vida cotidiana de la persona afectada, ésta alteración de su vida no puede ser solamente temporal, puesto que es una enfermedad que a día de hoy, no hay una cura médica para eliminar cualquier dolor que sienta o padezca el sujeto; es por ello que al prolongarse el dolor, se prolonga la incapacidad teniendo que llegar a ser permanente.

Ahora bien, para determinar qué tipo de grado se le otorgaría al sujeto interesado, los tribunales tienen en consideración estos tres elementos: 1. Que las reducciones anatómicas o funcionales serán objetivables, es decir, que se puedan constatar medicamente; 2. Que éstas reducciones sean previsiblemente definitivas; y, 3. Que las reducciones sean graves hasta el punto de que disminuyan o anulen la capacidad laboral, con un mínimo o igual del 33% de disminución en el rendimiento normal para la profesión. La mayoría de los tribunales se basan en las tres características que se acaban de mencionar, pero hay que recalcar, que cada caso es diferente, los síntomas aunque pueden ser parecidos en cada paciente afectan de forma distinta; por ello, los tribunales a la hora de resolver esta cuestión del grado, tienen en cuenta los tres elementos, pero también, el caso en concreto, el diagnóstico y la repercusión que tiene la fibromialgia en la vida del

sujeto. Por esto, debe de haber una conexión entre la disminución que presenta el sujeto en relación a su capacidad de trabajo con las lesiones o enfermedades que padezca.

No obstante, para los tribunales encasillar en un grado de incapacidad permanente varía para cada grado, ya que las características de cada uno son diferentes. El grado de incapacidad permanente parcial, es uno de los grados que menos sentencias se han encontrado al respecto, ya que no es habitual conceder una incapacidad por fibromialgia, puesto que normalmente el cuadro clínico que presenta el paciente suele tener una incapacidad superior.

La incapacidad permanente total (es la prestación que más se concede para los enfermos de fibromialgia), se caracteriza por dos elementos: 1. Por el carácter profesional, que habrá que valorarse más la limitación que genera el cuadro clínico del sujeto; y, 2. El carácter de permanencia, ya que es necesario que las dolencias, enfermedades, patologías... tengan el carácter de duraderos en el tiempo, con una posibilidad de recuperación muy baja. Aparte de la importancia de estas notas características, lo que he visto más común es que se dé la prestación por incapacidad permanente total, cuando el sujeto presenta un cuadro clínico compuesto por más de una enfermedad o dolencia, puesto que no es suficiente que tenga fibromialgia para conseguir este tipo de prestación.

La incapacidad permanente absoluta, se da cuando el sujeto presenta una acumulación de padecimientos, ya que estos producen unas limitaciones funcionales en su capacidad profesional y personal. Esto produce que el sujeto no pueda realizar una tarea profesional con un mínimo de rendimiento y eficacia, ya que sólo le permiten hacer tareas livianas y sedentarias; es por ello, que la incapacidad permanente absoluta sirve en compensación por la reducción de la posibilidad de trabajar que padece el sujeto.

El último grado que nos encontramos es el de gran invalidez, aunque no se han encontrado muchas sentencias sobre este grado, como es también el caso de la incapacidad permanente parcial, ya que este tipo de prestación solamente se concede a la persona que necesita de una tercera persona para realizar las tareas mínimas en la vida diaria, es decir las personales, como la higiene, alimentación... no se ha hallado ningún caso extremo de fibromialgia aún, pero cabe la posibilidad de que exista pero complementándolo con otras varias patologías que padezca el sujeto.

Para finalizar, al haber visto los cuatro tipos de grado que existen en nuestro ordenamiento jurídico español, he de decir, que las únicas prestaciones que más se conceden y de las que hay más información, son la incapacidad permanente total y la absoluta,

siendo estas las más concedidas a los enfermos de fibromialgia.

Por otra parte, hay que destacar, que durante la trayectoria que ha habido desde la primera sentencia sobre fibromialgia, hasta la actualidad, siempre se ha otorgado una prestación de incapacidad permanente, nunca temporal, ya que aunque el sujeto tenga que pasar por el período de la incapacidad temporal, para derivarse a una permanente (en la mayoría de los casos), no corresponde que exista una prestación de la seguridad social a una persona que padece fibromialgia solamente durante un periodo breve de tiempo, ya que esta es una enfermedad que se va desarrollando cada día, aumentando los sufrimientos de quienes la padecen.

Además, al ser una enfermedad relativamente nueva, ya que aunque hay indicios que ha existido y se ha hablado e investigado sobre ella durante siglos, en nuestra sociedad ha sido aceptada hasta hace relativamente pocos años. Esto, ha producido que la resolución del tribunal sea susceptible, ya que no hay una fuente médica fiable para detectar la fibromialgia mediante los equipos médicos más novedosos que existen. Esta susceptibilidad, ha producido que al otorgar una prestación, no se mire como causa principal la fibromialgia, sino el cúmulo de enfermedades, operaciones, dolencias... que tengan el sujeto, es por ello, que hay muchos trabajadores que aun teniendo una fibromialgia severa, no obtienen una incapacidad puesto que solamente pueden aportar dicha enfermedad; por eso es importante destacar, la última sentencia sobre la fibromialgia, que concedió una prestación por incapacidad permanente, siendo así la primera sentencia es resolver una incapacidad permanente absoluta, únicamente con un cuadro médico de fibromialgia.



## BIBLIOGRAFÍA

- ÁLAMO, C. *Guía farmacológica de analgésicos*. Pág. 35-42. Ed. Arán ediciones SL. Madrid, 2005.
- ALEGRE MARTÍN, J, y COTS, J.M<sup>a</sup>. *Fibromialgia. Diagnòstic, avaluació i tractament*. Ed. CatSalut. Barcelona, 2014.
- AYÁN PÉREZ, C.L. *Fibromialgia. Diagnóstico y estrategias para su rehabilitación*. Ed. Edito Medica Panamericana. Madrid, 2011.
- BORDA MAS, M et al. *Manual de técnicas de modificación de conducta en medicina comportamental*. Págs. 64. Universidad de Sevilla, 2000.
- DE ALCÁNTARA Y COLÓN, J.M. *La fibromialgia. Concepto. Evolución jurisprudencial. Su naturaleza incapacitante y grados. Criterios de determinación. Conclusiones*’. Ed. Thomson Reuters, Aranzadi. Publicación: Revista de Información Laboral núm. 3/2014 parte Art. Doctrinal. Valladolid, 2014.
- GOYA LAZA, P. et al. *El dolor*. Ed. Los libros de la Catarata. Madrid, 2010.
- GUITART BOIXADER, J. *La fibromialgia y aspectos relacionados*. Ed. Fundación MAPFRE Medicina, cop. 2000. Madrid, 2000.
- MARTÍN VALVERDE, A. y GARCÍA MURCIA, J. *Concepto de incapacidad temporal*. Editorial Aranzadi, SA. Madrid, 2008.
- MARTÍNEZ BARROS, M y TROUT GUARDIOLA, G. *Conceptos básicos de electroencefalografía*. Revista de la Facultad de Ciencias de Salud de la Universidad de Magdalena. Ed. Fondo, Encefalográficos. Colombia, 2006.
- MARTÍNEZ LAVÍN, M. *La ciencia y la clínica de la fibromialgia. Manual práctico para profesionales de la salud*. Ed. Editorial Médica Panamericana. Madrid, 2011.
- MERSKEY, H et al. (1994). ‘‘Part III. Pain terms, a current list with definitions and notes on usage’’. Págs. 45-47. Ed. Future Publishing Company. Seattle, 1994.
- POQUET CATALÀ, R. *La actual doctrina en la conceptualización de la profesión habitual a efectos de la incapacidad permanente*. Revista Aranzadi Doctrinal núm. 3/2015 Comentario, Editorial Aranzadi, SA, Cizur Menor. Pamplona, 2015.
- TORRES MORERA, L.M. *Tratado de Anestesia y reanimación. Tomo II*. Págs. 89. Ed. Adán Ediciones S.A. Cádiz, 2001.

## WEB GRAFÍA

- ALEGRE DE MIQUEL, et al. *Documento de Consenso interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia*. [en línea] Revista Actas Esp Psiquiatric, 2010. <[http://www.sen.es/pdf/2010/consenso\\_fibromialgia\\_2010\\_esp.pdf](http://www.sen.es/pdf/2010/consenso_fibromialgia_2010_esp.pdf)> [Consulta: 28 junio 2016]
- COMMITTEE ON DIAGNOSTIC CRITERIA FOR ME/CFS. *Beyond Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome*. [en línea] Institute of Medicine of the National Academies, 2015 <[http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/2015/ME/CFS/ME/CFS\\_Powerpoint.pdf](http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/2015/ME/CFS/ME/CFS_Powerpoint.pdf)> [Consulta: 15 junio 2016]
- DEL ROSAL BLANCO, B. *¿Puede un enfermo de fibromialgia conseguir una declaración de incapacidad laboral?* [en línea] Revista Sociedad Valenciana de Reumatología, volumen 2; págs. 42 y 43, 2006 <[www.svreumatologia.com/wp-content/uploads/RevSVR2-1.pdf](http://www.svreumatologia.com/wp-content/uploads/RevSVR2-1.pdf)> [Consulta: 27 mayo 2016]
- INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL. *Incapacidad Permanente prestaciones*. [en línea] Pág.5, 2015 <<http://publicacionesoficiales.boe.es>> [Consulta: 1 abril 2016]
- INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL. *Incapacidad temporal*. [en línea] Pág. 5. Año 2015 <<http://publicacionesoficiales.boe.es>> [Consulta: 1 abril 2016]
- JEREMY COPLAN, et al. *A novel anxiety and affective spectrum disorder of mind and body – the ALPIM (anxiety-laxity-pain-immune-mood) Syndrome: A preliminary report*. [en línea] J Neuropsychiatry Clin Neurosci, 2015 <<http://neuro.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.neuropsych.14060132>> [Consulta: 8 junio 2016]
- LÓPEZ – TAMÉS IGLESIAS, R. *La valoración incapacitante de la fibromialgia y del síndrome de fatiga crónica en el ámbito administrativo y en el judicial*. [en línea] Madrid, 2015 <[http://www.elderecho.com/labor/valoracion-incapacitante-fibromialgia-administrativo-judicial\\_11\\_397180007.html](http://www.elderecho.com/labor/valoracion-incapacitante-fibromialgia-administrativo-judicial_11_397180007.html)> [Consulta: 6 julio 2016]
- MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD. *Fibromialgia*. [en línea] Ed. Ministerio de Sanidad, política social e igualdad. Madrid, 2011 <<http://www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/docs/fibromialgia.pdf>> [Consulta: 23 mayo 2016]
- PALLARDO SÁNCHEZ, L et al. *Endocrinología clínica*. [en línea] Ed. Días de Santos. Madrid, 2013 <<https://books.google.es/books?id=RR4BAQAAQBAJ&pg=PA47&dq=hipotiroidismo&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjzOXLk7bMAhWM8RQKHdvQBr0Q6AEIzAB#v=onepage&q=hipotiroidismo&f=false>> [Consulta: 15 junio 2016]

- QUINTERO LIMA, M. *La Seguridad Social en España. Evolución histórica*. Universidad Carlos III de Madrid. [en línea] << <http://ocw.uc3m.es/derecho-social-e-internacional-privado/derecho-de-la-seguridad-social/lecturas/evolucionhistorica.pdf/view>>>(S.A) [Consulta: 23 febrero 2016]
- RESTREPO MEDRANO, J.C et al. *Reumatología Clínica. Comparación de las sentencias de incapacidad permanente por fibromialgia en España: diferencias según la resolución sea favorable para el paciente o para el Instituto Nacional de la Seguridad Social*. [en línea] Ed. Elsevier Doyma. Madrid, 2010 < <http://www.reumatologiaclinica.org/es/comparacion-las-sentencias-incapacidad-permanente/articulo/S1699258X09002617/>> [Consulta: 2 julio 2016]
- RIVERA REDONDO, J. *Tratamiento farmacológico de la fibromialgia*. [en línea] Ed. IT del Sistema nacional de Salud. Volumen 32, nº 4/2008. Madrid, 2008 <[http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/infMedic/docs/vol32\\_4TratFarmFibromialgia.pdf](http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/docs/vol32_4TratFarmFibromialgia.pdf)> [Consulta: 23 mayo 2016]
- ROMERO RODENAS, Mª J y, LÓPEZ GANDÍA, J. *La incapacidad permanente: acción protectora, calificación y revisión*. [ en línea] Madrid, sin fecha<<http://libros-revistas-derecho.vlex.es/vid/hecho-causante-requisitos-393355306>> [Consulta: 15 abril 2016]
- SALOMÉ DÍAZ, Mª, y PAREJA, J.A. *Tratamiento del insomnio*. [en línea] Ed. It del Sistema nacional de salud. Volumen 32, nº 4/2008. Madrid, 2008 < [http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/infMedic/docs/vol32\\_4TratInsomnio.pdf](http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/docs/vol32_4TratInsomnio.pdf)> [Consulta: 23 mayo 2016]
- SALUSPOT. *El dolor crónico: concepto, causas y tratamiento*. [en línea] Madrid, 2012.<<https://www.saluspot.com/a/el-dolor-cronico-concepto-causas-y-tratamiento/>> [Consulta: 6 mayo 2016]
- SEGURIDAD SOCIAL. *Glosario. Concepto de hecho causante*. [en línea] Madrid, 2016 <[http://www.seg-social.es/Internet\\_1/Glosario/index.htm?ssUserText=H#12035](http://www.seg-social.es/Internet_1/Glosario/index.htm?ssUserText=H#12035) [Consulta: 4 marzo 2016]
- SERRA CATAFAU, J. *Tratado de dolor neuropático*. [en línea] Ed. Medica Panamericana, Buenos Aires, 2006. <[https://books.google.es/books?id=2qnw5PlkdCQC&pg=PA166&dq=alodinia&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwin48jA-b\\_MAhVCNxQKHQR0C2YQ6AEIHTAA#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books?id=2qnw5PlkdCQC&pg=PA166&dq=alodinia&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwin48jA-b_MAhVCNxQKHQR0C2YQ6AEIHTAA#v=onepage&q&f=false)> [Consulta: 6 mayo 2016]
- WEBCONSULTAS, TU CENTRO MÉDICO ONLINE. *Entrevista al Dr. Javier Rivera. Experto en fibromialgia del hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid* (S.A). [en línea] < <http://www.webconsultas.com/salud-al-dia/fibromialgia/entrevista-dr-javier-rivera-experto-en-fibromialgia>> Madrid, sin fecha. [Consulta: 4 julio 2016]



## REFERENCIAS NORMATIVAS

- España. Decreto 907/1966, de 21 de abril, aprobado por el texto articulado primero de la Ley 193/1963, de 28 de diciembre, sobre Bases de la Seguridad Social. (BOE, 22 de abril de 1966, núm. 96).
- España. Orden de 15 de abril de 1969, de aplicación y desarrollo de las prestaciones por invalidez en el Régimen General de la Seguridad Social. (BOE de 8 de mayo de 1969, núm. 190).
- España. Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (BOE, 29 de junio de 1994, núm. 154)
- España. Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. (BOE núm. 261 de 31 de Octubre de 2015).



## SENTENCIAS

- Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Murcia, de 23 de febrero de 1998 (JUR 1998\98036)
- Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Murcia, de 20 de abril de 1999 (JUR 1999\121875)
- Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Murcia, de 3 de julio de 2000 (JUR 2000\257424)
- Sentencia del Tribunal Supremo, de 4 de diciembre de 2000 (RJ 2001\796)
- Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Islas Baleares, de 6 de septiembre de 2001 (JUR 2002\12255)
- Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Murcia, de 7 de enero de 2002 (JUR 2002\70530)
- Sentencia del Tribunal Supremo, de 12 de febrero de 2003 (RJ 2003\3311)
- Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Murcia, de 7 de julio de 2003 (JUR 2003\234700)
- Sentencia del Juzgado de lo Social de Badajoz, de 8 de octubre de 2003 (AS\2003\3866)
- Sentencia del Tribunal Superior de Murcia, de 1 de diciembre de 2003 (JUR 2004\58660)
- Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña, de 1 de octubre de 2004 (JUR 2004\314518)
- Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de País Vasco, de 21 de diciembre de 2004 (JUR\2005\66427)
- Sentencia del Tribunal Supremo, de 28 de febrero de 2005 (RJ 2005\5296)
- Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, de 30 de mayo de 2005 (JUR 2006\14467)
- Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, de 27 de febrero de 2006 (JUR 2006\154878)
- Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla – La Mancha, de 9 de marzo de 2006 (AS\2006\1812)
- Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cantabria, de 27 de marzo de 2006 (JUR 2006\137383)
- Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cantabria, de 17 de abril de 2007 (AS\2007\2078)
- Sentencia del Tribunal Supremo, de 19 de abril de 2007 (JUR\2007\198501)

- Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña, de 14 de octubre de 2008 (JUR 2009\37199)
- Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, de 1 de abril de 2009 (JUR 2009\231959)
- Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Galicia, de 18 de junio de 2010 (JUR 2010\321142)
- Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, de 21 de octubre de 2010 (JUR 2011\22947)
- Sentencia del Tribunal Supremo, de 31 de mayo de 2011 (JUR\2011\255576)
- Sentencia del Tribunal Supremo, de 3 de mayo de 2012 (RJ 2012\9586)
- Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, de 17 de enero de 2013 (JUR 2013\94966)
- Sentencia del Tribunal Supremo, de 22 de octubre de 2013 (JUR 2014\27423)
- Sentencia del Juzgado de lo Social, de 4 de marzo de 2014 (JUR 2014\101)
- Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña, de 23 de junio de 2014 (JUR 2014\239909)
- Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, de 1 de julio de 2014 (JUR 2014\257663)
- Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña, de 24 de febrero de 2015 (JUR 2015\11271)
- Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña, de 3 de noviembre de 2015 (JUR 2015\300587)

## ANEXOS

ANEXO 1. Tabla de equivalencias entre la Ley de Seguridad Social de 1994, y la última reforma en 2015<sup>132</sup>.

Tabla de equivalencias de la Ley General de la Seguridad Social: TRLGSS 1994 y TRLGSS 2015

TR Ley General de la Seguridad Social 1994	TR Ley General de la Seguridad Social 2015
<b>CAPÍTULO IV QUINQUIES. Riesgo durante la lactancia natural</b>	<b>CAPÍTULO IX. Riesgo durante la lactancia natural</b>
Artículo 135 bis Situación protegida	Artículo 188 Situación protegida
Artículo 135 ter Prestación económica	Artículo 189 Prestación económica
<b>CAPÍTULO IV SEXIES. Cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave</b>	<b>CAPÍTULO X. Cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave</b>
Artículo 135 quáter Situación protegida y prestación económica	Artículo 190 Situación protegida
	Artículo 191 Beneficiarios
	Artículo 192 Prestación económica
<b>CAPÍTULO V. INVALIDEZ</b>	
<b>SECCIÓN 1. Disposición general</b>	
Artículo 136 Concepto y clases	
<b>SECCIÓN 2. Incapacidad permanente en su modalidad contributiva</b>	<b>CAPÍTULO XI. Incapacidad permanente contributiva</b>
	Artículo 193 Concepto
Artículo 137 Grados de invalidez	Artículo 194 Grados de incapacidad permanente
Artículo 138 Beneficiarios	Artículo 195 Beneficiarios
Artículo 139 Prestaciones	Artículo 196 Prestaciones económicas
Artículo 140 Base reguladora de las pensiones de incapacidad permanente derivada de contingencias comunes	Artículo 197 Base reguladora de las pensiones de incapacidad permanente derivada de contingencias comunes
Artículo 141 Compatibilidades en el percibo de prestaciones económicas por incapacidad permanente	Artículo 198 Compatibilidades en el percibo de prestaciones económicas por incapacidad permanente
Artículo 142 Norma especial sobre invalidez derivada de enfermedad profesional	Artículo 199 Norma especial sobre incapacidad permanente derivada de enfermedad profesional
Artículo 143 Calificación y revisión	Artículo 200 Calificación y revisión
<b>SECCIÓN 4. Lesiones permanentes no invalidantes</b>	<b>CAPÍTULO XII. Lesiones permanentes no incapacitantes</b>
Artículo 150 Indemnizaciones por baremo	Artículo 201 Indemnizaciones por baremo
Artículo 151 Beneficiarios	Artículo 202 Beneficiarios
Artículo 152 Incompatibilidad con las prestaciones por incapacidad permanente	Artículo 203 Incompatibilidad con las prestaciones por incapacidad permanente
<b>CAPÍTULO VI. RECUPERACIÓN</b>	
<b>SECCIÓN 1. Prestaciones recuperadoras</b>	
Artículo 153 Beneficiarios [derogado]	

<sup>132</sup> Wolters Kluwer. Tabla de equivalencias entre Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, y, Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre. [en línea] <<http://pdfs.wke.es/5/1/4/6/pd0000105146.pdf>>>

Tabla de equivalencias de la Ley General de la Seguridad Social: TRLGSS 1994 y TRLGSS 2015

TR Ley General de la Seguridad Social 1994	TR Ley General de la Seguridad Social 2015
Artículo 127 Supuestos especiales de responsabilidad en orden a las prestaciones	Artículo 168 Supuestos especiales de responsabilidad en orden a las prestaciones
<b>CAPÍTULO IV. INCAPACIDAD TEMPORAL</b>	<b>CAPÍTULO V. Incapacidad temporal</b>
Artículo 128 Concepto	Artículo 169 Concepto
[Disposición adicional quincuagésima segunda Competencias sobre los procesos de Incapacidad Temporal]	Artículo 170 Competencias sobre los procesos de incapacidad temporal
Artículo 129 Prestación económica	Artículo 171 Prestación económica
Artículo 130 Beneficiarios	Artículo 172 Beneficiarios
Artículo 131 Nacimiento y duración del derecho al subsidio	Artículo 173 Nacimiento y duración del derecho al subsidio
Artículo 131 bis Extinción del derecho al subsidio	Artículo 174 Extinción del derecho al subsidio
Artículo 132 Pérdida o suspensión del derecho al subsidio	Artículo 175 Pérdida o suspensión del derecho al subsidio
Artículo 133 Periodos de observación y obligaciones especiales en caso de enfermedad profesional	Artículo 176 Periodos de observación y obligaciones especiales en caso de enfermedad profesional
<b>CAPÍTULO IV BIS. MATERNIDAD</b>	<b>CAPÍTULO VI. Maternidad</b>
<b>SECCIÓN PRIMERA. Supuesto general</b>	<b>SECCIÓN 1. Supuesto general</b>
Artículo 133 bis Situaciones protegidas	Artículo 177 Situaciones protegidas
Artículo 133 ter Beneficiarios	Artículo 178 Beneficiarios
Artículo 133 quater Prestación económica	Artículo 179 Prestación económica
Artículo 133 quinquies Pérdida o suspensión del derecho al subsidio por maternidad	Artículo 180 Pérdida o suspensión del derecho al subsidio por maternidad
<b>SECCIÓN SEGUNDA. Supuesto especial</b>	<b>SECCIÓN 2. Supuesto especial</b>
Artículo 133 sexies Beneficiarias	Artículo 181 Beneficiarias
Artículo 133 septies Prestación económica	Artículo 182 Prestación económica
<b>CAPÍTULO IV TER. Paternidad</b>	<b>CAPÍTULO VII. Paternidad</b>
Artículo 133 octies Situación protegida	Artículo 183 Situación protegida
Artículo 133 nonies Beneficiarios	Artículo 184 Beneficiarios
Artículo 133 decies Prestación económica	Artículo 185 Prestación económica
<b>CAPÍTULO IV QUATER. Riesgo durante el embarazo</b>	<b>CAPÍTULO VIII. Riesgo durante el embarazo</b>
Artículo 134 Situación protegida	Artículo 186 Situación protegida
Artículo 135 Prestación económica	Artículo 187 Prestación económica

ANEXO 2. Cuadro de los hitos en la historia de la fibromialgia<sup>133</sup>

Investigador principal	Año	Aportación
Hipócrates y Galeno	s. I a.c	Reuma y reumatismo
Baillou	1592	Reumatismo muscular
Sydenham	s. XVII	Descripción de síntomas
Balfour	1815	Formaciones nodulares
Beard	1880	Neurastia / mielastenia
Gowers	1904	Fibrositis
Hallyday	1937	Reumatismo psicógeno
Smythe	1972	Ubicación de los puntos hipersensibles
Moldofsky	1975	Alteraciones objetivas del electroencefalograma
Hench	1976	Fibromialgia
Yunus et al	1981	Perfil clínico, mediante estudios controlados
Vaeroy, et al	1988	Sustancia P en líquido cefalorraquídeo
Wolfe, et al	1990	Criterios de clasificación
Burckhardt y Bennet	1991	Cuestionario de impacto de la fibromialgia
Larson y Russell	1999	Factor de crecimiento neural en líquido cefalorraquídeo

<sup>133</sup> “La ciencia y la clínica de la fibromialgia”. Op. Cit. Pág. 36.

### ANEXO 3. Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ)<sup>134</sup>.

#### APÉNDICE 1. Cuestionario español de impacto de la fibromialgia: Spanish FIQ (S-FIQ)

Para las preguntas 1-3, señale la categoría que mejor describa sus habilidades o sentimientos durante la última semana. Si usted nunca ha realizado alguna actividad de las preguntadas, déjela en blanco.

1. ¿Usted pudo?	Siempre	La mayoría de las veces	Ocasionalmente	Nunca
Ir a comprar	0	1	2	3
Lavar la ropa usando la lavadora y la secadora	0	1	2	3
Preparar la comida	0	1	2	3
Lavar los platos a mano	0	1	2	3
Pasar la aspiradora por la alfombra	0	1	2	3
Hacer las camas	0	1	2	3
Caminar varios centenares de metros	0	1	2	3
Visitar a los amigos o a los parientes	0	1	2	3
Cuidar el jardín	0	1	2	3
Conducir un coche	0	1	2	3

2. De los 7 días de la semana pasada, ¿cuántos se sintió bien?

0 1 2 3 4 5 6 7

3. ¿Cuántos días de trabajo perdió la semana pasada por su fibromialgia?  
(si no trabaja fuera de casa, no conteste esta pregunta)

0 1 2 3 4 5 6 7

Para las preguntas 4-10, marque en la línea el punto que mejor indique cómo se sintió usted la última semana

4. Cuando trabajó, ¿cuánto afectó el dolor u otros síntomas de la fibromialgia a su capacidad para trabajar?

No tuve problemas

Tuve grandes dificultades

5. ¿Hasta qué punto ha sentido dolor?

No he sentido dolor

He sentido un dolor muy intenso

6. ¿Hasta qué punto se ha sentido cansado?

No me he sentido cansado

Me he sentido muy cansado

7. ¿Cómo se ha sentido al levantarse por la mañana?

Me he despertado descansado

Me he despertado muy cansado

8. ¿Hasta qué punto se ha sentido agarrotado?

No me he sentido agarrotado

Me he sentido muy agarrotado

9. Hasta qué punto se ha sentido tenso, nervioso o ansioso?

No me he sentido nervioso

Me he sentido muy nervioso

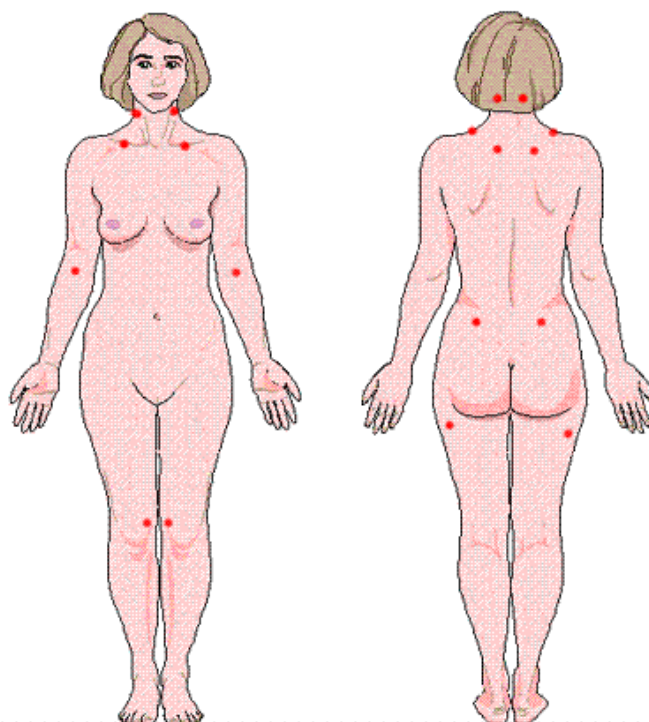
10. ¿Hasta qué punto se ha sentido deprimido o triste?

No me he sentido deprimido

Me he sentido muy deprimido

<sup>134</sup> Monterde, S. et al. (2004). ‘Validación de la versión española del Fibromyalgia Impact Questionnaire’ [en línea] <[http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet? f=10&pidet\\_articulo=13068512&pidet\\_usuario=0&pcontactid=&pidet\\_revista=29&ty=8&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=29v31n09a13068512pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pidet_articulo=13068512&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=29&ty=8&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=29v31n09a13068512pdf001.pdf)>>

ANEXO 4. Puntos dolorosos de la fibromialgia<sup>135</sup>.



**Occipucio:** inserciones del músculo suboccipital.

**Cervicales inferiores:** cara anterior de los espacios intertransversos C5-C7.

**Trapezio:** punto medio del margen superior.

**Supraespinoso:** en los orígenes, por encima de la escápula.

**Segunda costilla:** segunda unión costocondral.

**Epicóndilo lateral:** 2 cm distalmente al epicóndilo lateral.

**Glúteo:** cuadrante superior externo de la nalga.

**Trocánter mayor:** posterior a la prominencia del trocánter.

**Rodilla:** cojín adiposo de la cara interna de la rodilla, cercano a la articulación.

ANEXO 5. Tabla de calificación de la escala de gravedad de síntomas<sup>136</sup>

Tabla 1: Nuevos Criterios Diagnósticos (ACR).

<b>Fatiga</b>	<b>Sueño no reparador</b>	<b>Síntomas Cognitivos</b>
0 = Sin problemas	0 = Sin Problemas	0 = Sin problemas
1 = Problemas Leves e intermitentes	1 = Problemas Leves e intermitentes	1 = Problemas Leves e intermitentes
2 = Problemas moderados considerables presentes a menudo.	2 = Problemas moderados considerables presentes a menudo.	2 = Problemas moderados considerables presentes a menudo.
3 = Problemas graves generalizados constantes e inquietantes	3 = Problemas graves generalizados constantes e inquietantes	3 = Problemas graves generalizados constantes e inquietantes

<sup>136</sup> Chaves Hidalgo, D. (2013) ‘‘Actualización en fibromialgia’’. Revista de medicina legal de Costa Rica. Asociación costarricense de medicina forense. ISSN: 1409-0015 [en línea] <<http://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v30n1/art08v30n1.pdf>>>