

Revisión de la distorsión clínica en la Incapacidad Temporal: nuevos procesos en los 18 meses tras al alta por inspección.

Clinical distortion in sickness absence revisited; new episodes in 18 months after inspector's discharge.

Antonio Domínguez Muñoz¹

José Luis de la Fuente Madero¹

Ana María Gómez Álvarez¹

María José López Pérez²

Pablo García Ruiz³

Rafael Manuel López Pérez⁴

(1) Unidad Médica del Equipo de Valoración de Incapacidades (UMEVI) de la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) de Málaga, Málaga, España.

(2) Centro Médico Valdebernardo de Madrid, Madrid, España.

(3) Unidad Médica del Equipo de Valoración de Incapacidades (UMEVI) de la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) de Granada, Granada, España

(4) Fundación Universitaria Behavior & Law, Madrid, España.

Email correspondencia: adominguez@behaviorandlaw.com

Resumen

Se revisa la evolución de un grupo de trabajadores que recibieron las primeras 100 altas tras la adquisición de dicha competencia por los inspectores médicos evaluadores del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) a finales de 2010 y cuyas características ya se habían publicado. Seguidos durante los 18 meses siguientes, se revisan los nuevos procesos de Incapacidad Temporal (IT), así como otros expedientes relacionados y se estudian a la luz de un elemento clave en la consulta de valoración médica de incapacidad, la distorsión clínica, entendida como la impresión subjetiva por parte del evaluador de una desproporción entre los elementos objetivos y subjetivos del caso. Destaca la frecuente recaída en IT en el periodo estudiado (roza el 40%), la estabilidad de los diagnósticos que motivan de dichos episodios, su mayor complejidad (más edad, más pago directo...) y duración, así como la relación entre estos elementos y el grado de distorsión clínica observado en la primera consulta, que se plantea como el punto de partida natural para la gestión en consulta del posible fraude por simulación, desde el marco teórico del análisis de conducta en medicina.

Palabras Clave: *Distorsión clínica; fraude por simulación; baja laboral; somatización; valoración médica de la incapacidad; análisis de conducta en medicina.*

Abstract

We review the progress of a group of workers who received the first 100 discharges after the acquisition of the competence by the medical examiners inspectors of the National Institute of Social Security (INSS) at the end of 2010, and whose characteristics have already been published elsewhere. During the next 18 months, new episodes of sickness absence (IT), as well as other related proceedings are reviewed and studied in the light of a key element in the medical disability assessment, clinical distortion, understood as the subjective impression by the evaluator of a disproportion between the objective and subjective elements of the case. The frequency of relapse in IT in the studied term (40%), the steadiness of the diagnoses of the episodes, their greater complexity (older, more direct payment ...) and permanence, as well as the relationship between these elements and the clinical distortion degree observed in the first consultation, which is proposed as the natural starting point for the management of possible malingering in disability assessment examinations, using the theoretical framework of behavior analysis in medicine.

Keywords: *Clinical distortion; malingering; sickness leave; somatization; disability assessment medicine; behavior analysis in medicine.*

I. INTRODUCCIÓN

A finales del año 2010, tras la modificación legislativa aprobada en España mediante la Ley 35/2010, se añadió una disposición adicional al texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS), la quincuagésima segunda (DA52º). Establecía que:

“hasta el cumplimiento de la duración máxima de 365 días de los procesos de incapacidad temporal (IT) del Sistema de la Seguridad Social, el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) [...] a través de los Inspectores Médicos adscritos a dichas entidades, ejercerán las mismas competencias que la Inspección de Servicios Sanitarios de la Seguridad Social u órgano equivalente del respectivo Servicio Público de Salud (SPS), para emitir un alta médica a todos los efectos”.

Dicha situación se reguló para su aplicación el 26 de noviembre de 2010, tras la publicación en el Boletín Oficial del Estado (BOE) de 22 de noviembre de 2010 de la Resolución de 15 de noviembre de 2010 de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social. A su vez, el 28 de diciembre del mismo año, se publicó en el BOE la Orden SPI/3346/2010, por la que se nombraron nuevos funcionarios de la Escala de Médicos Inspectores del Cuerpo de Inspección Sanitaria de la Administración de la Seguridad Social, incluyendo 14 plazas de inspectores médicos evaluadores en las Unidades Médicas del INSS (UMEDI).

A. Objetivos

El propósito inicial de este estudio fue revisar y analizar las primeras 100 altas médicas emitidas por uno de esos nuevos médicos evaluadores, recién incorporado a su UMEVI de destino coincidiendo con la adquisición de la competencia del alta médica. Dicha revisión dio lugar a dos comunicaciones; una con los resultados generales al I Congreso de Médicos Inspectores de la Administración de la Seguridad Social, y otra a las IX Jornadas de Valoración de Daño Corporal de la Fundación Mapfre, centrada en analizar el fenómeno de la distorsión clínica en la consulta de valoración médica de la incapacidad (INSS, 2003; Barragán y Veiga de Cabo, 2009) del grupo de trabajadores que habían recibido esas primeras 100 altas médicas por inspección. Este trabajo ha dado lugar a una línea de investigación en la Fundación Universitaria Behavior and Law, que actualmente se enmarca dentro del análisis de conducta en medicina (Domínguez, 2016).

El objetivo de la revisión actual con el mismo grupo de casos era completar lo previo, estudiando la evolución de

esos 100 trabajadores en los 18 meses posteriores a su alta laboral por inspección y analizando los nuevos procesos de IT producidos en ese plazo. Este trabajo nuevo se comunicó en el VIII Congreso Internacional de Psicología Jurídica y Forense (Domínguez y López, 2014a).

II. MÉTODO

Se revisaron en diciembre de 2012 los expedientes de las altas dadas entre enero y abril de 2011 que estaban disponibles en las aplicaciones informáticas institucionales del INSS, principalmente el aplicativo de trabajo informático de las unidades médicas (ATRIUM) y el programa administrativo e-SIL. Específicamente, su historia clínico-laboral y la evolución de los 100 trabajadores que recibieron el alta médica por inspección, en la consulta de valoración médica de la incapacidad (VMI). Dado que las últimas altas del grupo se produjeron en abril de 2011, la revisión ha incluido nuevos procesos de IT hasta octubre de 2012.

Se han recogido también datos de expedientes de reclamación del alta médica, de recaída en IT según la DA52º, y de Incapacidad Permanente (IP), entre otros. En concreto, se aporta la información disponible acerca de:

1. Los datos demográficos y laborales básicos de cada uno de los 100 trabajadores (sexo, edad, nivel profesional - *blue collar/white collar*-, activos o en desempleo, etc.) junto con los relativos a cada episodio de IT (contingencia, pago directo o delegado, episodios previos en ATRIUM, duración IT, grupos de diagnóstico, etc.).

2. Las impresiones subjetivas iniciales, obtenidas durante las consultas de VMI realizadas en 2011 acerca de las características de los casos y, principalmente, la posible existencia de distorsión clínica para prolongar la IT u orientarla a la IP, a juicio del inspector médico evaluador.

A. Distorsión Clínica

A los efectos de este trabajo, se considera que existe distorsión en la consulta de VMI cuando se ha observado un estilo de respuesta magnificador, reductor o que muestra características de ambos. Como describe Tearnan (2003), con “estilo de respuesta” hacemos referencia a los patrones de comportamiento mostrados por los pacientes cuando informan de sus síntomas, físicos o psíquicos. Se distinguen básicamente cinco; el Sincero (*Honest*), Magnificador (*Maximization*), Reductor (*Minimization*), Combinado (*Mixed*) e Irrelevante (*Irrelevant*).

Una vía alternativa, aún más simple, sería considerar que existe distorsión clínica cuando se cumplen los dos primeros criterios de simulación (*malingering*) del DSM-IV-TR (APA, 2000), esto es, cuando la consulta se produce en un contexto médico-legal y existe una manifiesta discrepancia entre el estrés, lesión, limitación o alteración explicados por la persona y los datos objetivos del caso, lo que es básicamente una impresión subjetiva. La distorsión así definida podría ser intencionada o no; sólo la intencionada que esté orientada a obtener un determinado objetivo puede considerarse engaño (*deception*) y sólo el engaño que busca un beneficio externo (material o no), sería un fraude por simulación (*malingering*).

El engaño que responde a una necesidad interna (intrapésica) de conseguir y mantener el rol de enfermo corresponde a un trastorno facticio. Siguiendo con los criterios del DSM-IV-TR, vigente en el momento de realizar el estudio, la distorsión podría ser involuntaria como en los trastornos somatomorfos, que incluyen los conversivos y la somatización, presentando síntomas físicos o psíquicos que están fuera del control consciente del paciente al tratarse de manifestaciones físicas de origen psicoemocional.

En dicho Manual, la simulación (*malingering*) no se considera un trastorno mental, se incluye en “Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica”. Su definición en la CIE-10 (OMS, 1992) es muy semejante, pero esta nos aporta otra referencia clínica útil para casos de distorsión al menos parcialmente involuntaria, la “Elaboración psicológica de síntomas somáticos” (F68.0) que incluye la actualización de la llamada “neurosis de renta”, denominación que se resiste a su erradicación probablemente por su simplicidad, dentro de la confusión, y su utilidad en la práctica diaria de la valoración de incapacidad (Ordoñez et al, 2010; Ordoñez et al, 2014a) y ámbitos anexos. No obstante, es extremadamente infrecuente encontrar dicho diagnóstico (F68.0) entre los habitualmente realizados por las Unidades de Salud Mental Comunitaria, con alguna excepción (Ordoñez et al, 2014b).

III. RESULTADOS

A. Datos demográficos y laborales básicos al alta laboral (enero a abril de 2011).

A finales de abril de 2011, cuando se alcanzaron las primeras 100 altas se habían realizado 500 consultas de IT, lo que supone que el 20% de los pacientes vistos en

consulta recibieron dicho alta médica por el inspector médico evaluador.

El grupo de trabajadores así conformado mostraba predominio femenino (57 mujeres y 43 hombres) y de casos en pago directo (55 pacientes de los 100), siendo el resto trabajadores en pago delegado, es decir, empleados por cuenta ajena que mantienen un contrato activo.

Tabla 1 . Características del grupo estudiado, abreviaturas en el texto.

| | |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Característica del grupo (100 trabajadores) | Representación (nº de casos, equivalente al %) |
| Sexo | 57 Mujeres y 43 Hombres |
| Tipo Actividad Profesional | 76 Blue Collar y 24 White Collar |
| Activos o en desempleo | 82 activos y 18 desempleados |
| Contingencia | 98 Contingencia Común y 2 A. Trabajo |
| Tipo Pago del episodio de IT actual | 55 Pago Directo y 45 Pago Delegado |
| Episodios previos de IT en ATRIUM | Múltiples, 12 casos; Sí, 48 y No 40 casos |
| Duración del episodio IT versus TEDIT | 95 casos superan TEDIT, 5 casos no. |
| Solicitud de IP reciente en ATRIUM | 90 casos No, 10 casos Sí. |
| Tipo proceso causa de la IT actual | 80 casos médicos y 20 quirúrgicos (Q) |
| Casos simples versus complicados | 35 médicos complejos y 4 Q complicados |
| Distorsión en la consulta VMI | No 7 casos, Ligeramente 25, Moderada 41 y Marcada 27 casos |

La media de edad se situaba en 49 años, con una desviación estándar (DS) de 10,5 y un rango de 21 a 67 años. En una clara mayoría se trataba de trabajadores manuales en el campo, la construcción, industrias o talleres, los llamados trabajadores de “cuello azul”, o *blue collar workers* en el ámbito anglosajón, donde es costumbre agrupar bajo el color teórico del cuello de su camisa a los trabajadores según el tipo de oficio que desempeñan. Así, sólo 24 casos del grupo pudieron clasificarse como trabajadores de “cuello blanco” -*white collar workers*-, es decir, aquellos que se encargan de tareas “de oficina”, administrativos, ejecutivos, oficinistas, profesores, etc.

Casi un 20% del grupo estaba en desempleo, otros tantos eran trabajadores de los regímenes especiales de empleadas de hogar y trabajadores autónomos (REEH y RETA) y un 14% pertenecía al Régimen Especial Agrario (REA). Sólo dos casos, ambos hombres, correspondían a bajas por accidente de trabajo (AT), siendo el resto por

contingencias comunes. Dichos accidentes de trabajo eran lesiones traumáticas, ambos habían sido considerados leves y no hubo secuelas al alta. La mayoría de estos trabajadores (60%) tenían procesos previos de IT e incluso 12 de ellos superaban los cinco episodios anteriores recogidos en nuestra aplicación. En 10 trabajadores se encontró en ATRIUM una solicitud de IP previa reciente por iniciativa propia, que había sido denegada.

Tras las primeras 100 altas emitidas se habían interpuesto ocho reclamaciones al alta médica que, según el procedimiento habitual, fueron revisadas por el propio inspector que había emitido dicho alta. En todos los casos fueron desestimadas por carecer de información nueva significativa que las motivase.

B. Evolución en los 18 meses siguientes (abril 2011 a octubre de 2012).

Los datos de nuevas bajas que expondremos a continuación deben considerarse un mínimo, ya que una de las limitaciones de este estudio es que no pudieron incluirse los episodios previos o posteriores de IT en otras provincias (sólo datos de ATRIUM en Málaga) ni, aún más importante, las bajas por cualquier contingencia en el ámbito de las Mutuas, entonces llamadas MATEPSS, por no poder acceder entonces a los sistemas informáticos del Servicio Andaluz de Salud (SAS), lo que ya es posible, ni a los de las Mutuas, lo que debería ocurrir en breve (Álvarez-Blazquez, 2010). Algo semejante sucede con las solicitudes o calificaciones de IP, previas o posteriores al alta laboral, para lo que habría que haber revisado SARTIDO, otra aplicación del INSS que recoge por provincias los expedientes digitalizados en toda España.

De los 100 casos seguidos, 39 trabajadores habían presentado uno o más episodios de IT durante los 18 meses posteriores a su alta. Los llamaremos IT (+) para diferenciarlos de los que no presentaron nuevas bajas, que será el subgrupo IT (-). En ocho de los primeros, hubo tres o más procesos de IT en el periodo analizado. El subgrupo de trabajadores IT (+) mantenía el predominio femenino (23 mujeres y 16 hombres) y había aumentado la proporción de casos en pago directo –pacientes sin contrato laboral activo, bien porque trabajan por cuenta propia o trabajaban por cuenta ajena pero no continuaban contratados- a 26 pacientes de los 39, es decir, dos de cada tres. Nos consta que 7 de los 20 pacientes que al recibir el alta estaban aún en pago delegado habían sido despedidos en el periodo posterior.

La media de edad del subgrupo IT (+) está en los 52 años, con DS de 10,2 años, mientras que el subgrupo que no había tenido nuevos episodios de IT (61 casos) tenía una media de edad inferior, 48 años, con DS similar. No se observaron cambios en la proporción de trabajadores por tipo de actividad, un 25% eran trabajadores de cuello blanco. Tampoco los hubo en la fracción de trabajadores de los regímenes especiales, incluido el Régimen Especial Agrario (REA). No hubo constancia de nuevas IT por accidente de trabajo, sólo contingencias comunes, lo que puede deberse a las limitaciones ya explicadas. Uno de los dos trabajadores con accidente de trabajo en la IT previa estuvo de nuevo de baja por otro accidente, esta vez no laboral.

La proporción de los trabajadores con procesos previos de IT en ATRIUM –excluyendo el del alta previa- se elevaba a un 70 % y el los que superaban los 5 episodios de IT en dicha aplicación pasaban del 12% al 15%. Varios trabajadores del subgrupo IT (+) mostraban en ATRIUM una nueva solicitud de IP por iniciativa propia que había sido denegada.

Además de las ocho reclamaciones del alta médica desestimadas, se han encontrado en ATRIUM otras 18 solicitudes de recaída en el subgrupo IT (+), nueve de ellas con parte de baja emitido por el médico del SAS, de las que siete fueron admitidas por tratarse de distinta patología, y otras nueve por solicitud ante el INSS de recaída según la DA52º. Según el procedimiento habitual, estas últimas fueron valoradas siempre por un inspector médico diferente al que había emitido el alta, y se distribuyen en los resultados siguientes: tres se consideraron por patología diferente y seis por la misma patología. De estas últimas, cuatro no se consideraron incapacitados y los otros dos sí.

Varias de las recaídas mencionadas se produjeron dentro del mes de plazo para la reclamación del alta tras su emisión, periodo que sufrió una modificación legislativa a finales de 2011, pasando a ser de 11 días hábiles en lugar de un mes natural.

C. Duración y diagnósticos.

La duración media del episodio previo de IT inicial, concluido mediante alta por inspección, fue de 88,32 días, con una DS de 56,5 y un rango de 16 a 281 días. Sólo en el 5% de los casos, dicha duración fue inferior al tiempo estándar de IT (TEDIT) recogido en el Manual del INSS entonces vigente, tras cambiar su definición:

“el tiempo medio óptimo (tiempo mínimo óptimo en la edición previa) que se requiere para la resolución de un proceso clínico que ha originado una incapacidad para el trabajo habitual, utilizando las técnicas de diagnóstico y tratamiento normalizadas y aceptadas por la comunidad médica y asumiendo el mínimo de demora en la asistencia sanitaria del trabajador”.

Resulta discutible realizar una modificación conceptual tan trascendente ya que, en principio, el sentido de los TEDIT era -además de servir como referencia para el control- evitar las interferencias prematuras desde nuestras Unidades en aquellos casos que, por encontrarse en pleno proceso de evolución y tratamiento, no era conveniente citar al trabajador, lo que resulta especialmente importante en los casos de enfermedades neoplásicas.

El subgrupo IT (+) mostraba una duración media de la IT previa de 87,7 días, muy semejante al subgrupo IT (-) con 88,7 días y ambas DS eran superiores a 50 días. Sólo uno de los 39 casos IT (+) había estado dentro del TEDIT en la baja previa.

El tiempo en IT del subgrupo IT (+) en los 18 meses siguientes al alta ascendía hasta los 117 días de media, con una DS de 121 y un rango de 1 a 501 días. La finalización de los nuevos procesos de baja había sido principalmente por alta desde el médico de primaria del SAS, aunque podríamos destacar algunos casos reseñables;

- Cuatro episodios de IT igual o inferior a 15 días, con alta sin cita en la UMEVI.
- Cuatro altas laborales previas a la cita en la UMEVI y dos incomparencias.
- Cinco nuevas altas médicas por inspección en la 1º visita a la UMEVI.
- Dos casos que habían concluido en Incapacidad Permanente Total (IPT).

El análisis del diagnóstico causa de la nueva IT, que se muestra en las figuras 1 y 2, mantiene la proporción previa e incluye 32 casos médicos y siete casos quirúrgicos; 17 de los primeros correspondían a casos complejos, es decir, que implicaban potenciales alteraciones funcionales en más de un área de especialidad médica, siendo la combinación más habitual la patología del sistema osteomioarticular (SOMA) con la psicoemocional (PSI), esta última presente en muchos otros casos. Ninguno de los siete casos quirúrgicos nuevos había presentado complicaciones significativas con prolongación de la limitación funcional.

Si comparamos los diagnósticos causa de la nueva IT con los de la IT previa, en más de la mitad los motivos son los mismos. Se trata de patologías crónicas que pueden cursar con reagudizaciones, en seguimiento especializado y con tratamiento médico habitual, que pueden dar lugar a nuevas bajas en caso tanto de agravación clínica como empeoramiento subjetivo, muy frecuente esto último.

Figura 1. Tipos de procesos de causa de la IT inicial.

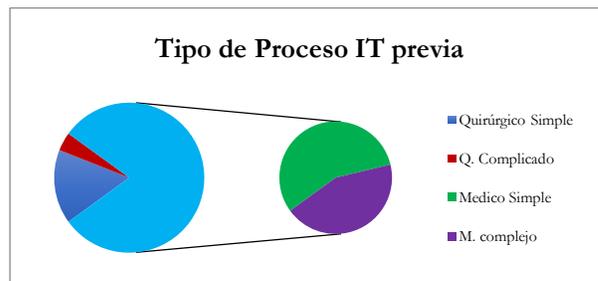
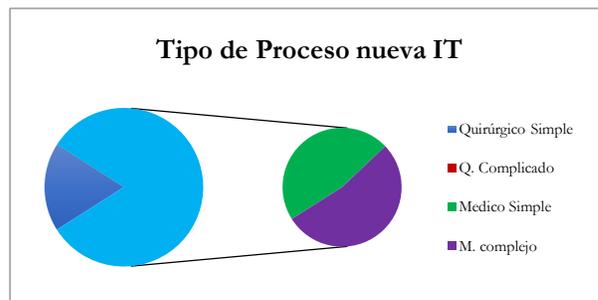


Figura 2. Tipos de proceso causa de la nueva IT.



Por grupos de diagnóstico y en concordancia con lo recogido en la bibliografía (González-Barcala, et al, 2006) y en la IT previa, la patología SOMA predomina claramente, con casi el 75% de los casos si incluimos la combinación SOMA con PSI -ya bien conocida (Härter et al, 2002)-. La específicamente PSI alcanza un 20% adicional. En los dos casos que recibieron la calificación de IPT se trataba principalmente de patología cardiovascular agravada.

Como dato adicional, aunque predecible, hubo múltiples recaídas en IT de una paciente con Síndrome de Sensibilidad Química Múltiple (SSQM), uno de los “trastornos emergentes” relacionado con el Sd. Fibromialgia y el de Fatiga Crónica (Nogué et al, 2007), dentro de los llamados MUPS (*medically unexplained physical symptoms*), trastornos del ámbito somatomorfo, con o sin otros síntomas psicoemocionales asociados (Richardson & Engel, 2004).

En este último grupo de pacientes la dificultad para valorar la incapacidad es elevada y la distorsión clínica es la norma, así como las recaídas y reclamaciones al alta.

Se trata de unos pacientes muy concienciados que, con

frecuencia, muestran una marcada conducta de enfermedad (*illness behavior*), búsqueda de legitimidad en sus reivindicaciones y una actitud beligerante que se refuerza – según sus propios relatos- en las diversas asociaciones y “foros” de internet que los reúnen.

IV. DISCUSIÓN

A. Impresiones subjetivas: Elementos a destacar tras la revisión realizada.

Ya habíamos indicado que la tarea actual del inspector médico evaluador del INSS resulta complicada por la elevada responsabilidad de su actividad y la mayor variedad de funciones tras las modificaciones legislativas introducidas desde 2007 (altas, recaídas en IT, reclamación al alta, Prórroga de la IT, revisión de altas de MATEPSS, etc.). Además serían casos de mayor complejidad con respecto al ámbito de las MATEPSS, por incluir colectivos de trabajadores de especial dificultad como los del REA, los RETA más añosos (previos a 1998), los desempleados, entidades como la O.N.C.E. o los empleados públicos, con especial mención a los trabajadores del SAS en Andalucía – cuyas contingencias profesionales cubre el INSS- o la encomienda de gestión de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE).

Estos elementos siguen presentes, en general con perfiles más marcados, en los casos del subgrupo IT (+), con personas de más edad, mayor proporción de casos en pago directo, hiperfrecuentadores de IT y procesos de mayor duración media.

Además, se requiere una mayor dedicación de tiempo y habilidad para gestionar adecuadamente en consulta la entrega directa del alta, necesariamente por inspección y con efecto inmediato, competencia adquirida por las UMEVI en 2010. Al ser “por inspección”, son recibidas como una penalización; por su propia denominación, por su inmediatez y –principalmente- por la limitación para obtener una nueva prestación de IT en los siguientes seis meses, lo que puede resultar injusto y desproporcionado. Curiosamente –o no- el periodo medio transcurrido entre el alta inicial y la nueva IT en el subgrupo IT (+) es de 7,3 meses.

Resulta evidente la tendencia a evadir estos controles, simplemente solicitando una nueva IT “por otro motivo” al médico de Asistencia Primaria, que suele mostrar buena disposición a atender las demandas del paciente. Ha de

reseñarse también la tendencia a la sustitución de las reclamaciones al alta (que instan a la anulación del alta emitida) por las solicitudes de recaída (solicitando el inicio de una nueva IT); habitualmente sin documentación médica nueva, al día siguiente del alta incluso sin alegar siquiera agravación, sólo disconformidad con el alta recibida. Esta tendencia se comprende mejor por el conocimiento del trabajador de que la petición de recaída en el INSS o ante el médico de asistencia primaria justifica la ausencia al trabajo hasta su resolución, lo que no ocurre en las reclamaciones del alta. Además, la reclamación es revisada por el mismo inspector que emitió el alta y la recaída por un inspector diferente.

También es frecuente que se presenten, a la vez y por el mismo motivo, reclamación al alta y solicitud de recaída aunque, en principio, resultan jurídicamente incompatibles. Es tarea del médico inspector discernir en base al criterio médico-legal vigente y no admitir como recaída lo que, en realidad, es una reclamación del alta ya que supone enmendar la decisión tomada por otro inspector, dando una 2ª opinión que modifica el alta, lo que en nuestro sistema sólo corresponde al juez de la Jurisdicción Social.

La seguridad de los médicos evaluadores es otro de los grandes temas en los que se debe progresar para que la fundamental actividad inspectora en las UMEVI pueda desarrollarse con plena sujeción a los principios bioéticos de Beneficencia y No Maleficiencia, primando el de Justicia cuando sea preciso (OMC, 2001; Domínguez et al, 2014)

B. Impresiones subjetivas en la IT previa: Distorsión Clínica.

En la consulta inicial se estudió de manera sencilla la presencia de distorsión, en el contexto de una entrevista clínica no estructurada y según criterios ya descritos junto con otros indicadores. Su componente principal, probablemente, sería la distorsión con magnificación o exageración de la incapacidad, intencionada y motivada por evidentes incentivos externos materiales (mantener la prestación económica) que corresponde a la simulación (*malingering*).

Como se recoge en el DSM IV-TR, la simulación es frecuente en los contextos médico-legales o periciales a los que la Inspección de IT no es ajena (Domínguez et al, 2017; Díaz-Salazar y Chavarría-Puyol, 2008) y supone una influencia externa a lo puramente médico que afecta a la evolución de un determinado caso según las circunstancias concretas del mismo. Sus cuatro criterios carecerían de validación científica suficiente y podrían llegar hasta el

80% de falsos positivos (Rogers, 2008). No ha habido cambios en el DSM-5 en lo relativo a la simulación y sus criterios.

Figura 3. Algoritmo del protocolo clásico para de detección de la simulación. (Capilla-Ramírez y González-Ordí, 2009).

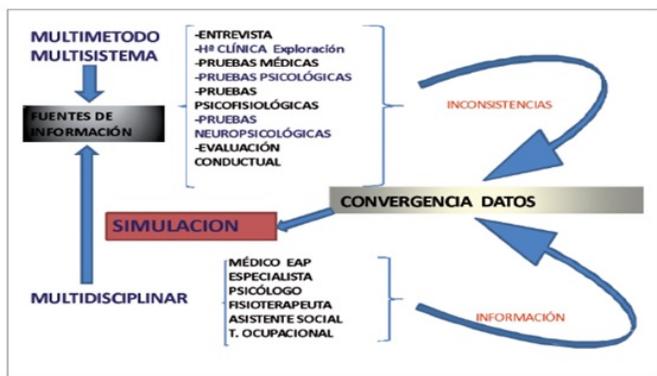


Figura 4. Algoritmo del Sistema de Análisis de Validez de la Evaluación (SAVE). (Domínguez, 2016)

Evaluación de la Validez de un Caso VMI



El procedimiento clásico para el abordaje de la simulación en la práctica (González-Ordí, Santamaría y Capilla-Ramírez, 2012), mostrado en la figura 3, se basaría en aplicar una metodología estructurada multidisciplinaria, multimétodo y multisistema, para integrar elementos suficientes de inconsistencias e información obtenidos por un equipo de profesionales, que permitan establecer la intencionalidad del paciente y la ausencia de elementos propios de otras entidades clínicas, ambos considerados necesarios para establecer la simulación (*malingering*).

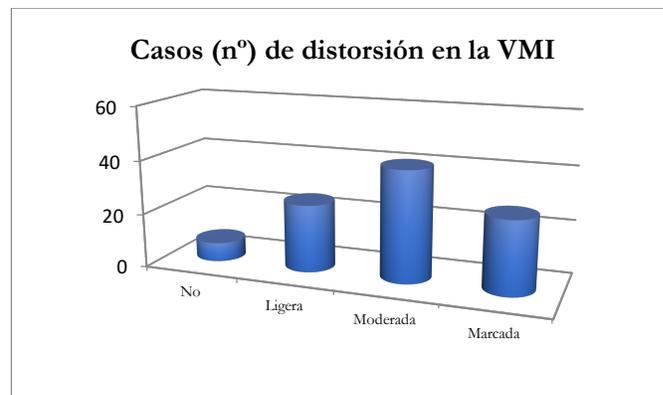
Desde el área académica se han planteado también protocolos específicos para la simulación de deterioro cognitivo (Slick et al, 1999) o de incapacidad relacionada con dolor (Bianchini et al, 2005), que consideramos de aplicación principal en investigación.

La metodología en la que estamos trabajando, basada en Rogers (2008) y adaptada por Tearnan (2003), parte de la distorsión clínica, una impresión subjetiva, simple y clara

para cualquier médico con experiencia pericial y pretende gestionar lo que preferimos llamar fraude por simulación (Domínguez y López, 2014b). El marco es el análisis de conducta en medicina, un sistema estructurado, basado en la investigación científica interdisciplinaria (Domínguez et al, 2015) y aplicado por un médico formado y entrenado (Domínguez, 2016), que llamamos el Sistema de Análisis de Validez en la Evaluación (SAVE) y se resume en la figura 4. Es bien sabido que, sin los conocimientos y habilidades específicas, nuestra capacidad de detectar el engaño es baja (Masip, 2005) incluso por los profesionales que lo manejamos a diario (Domínguez et al, 2017).

Volviendo a los datos, a juicio del médico inspector, en la consulta que dio lugar al alta, sólo siete de los casos se mostraron en consulta libres de distorsión. Los 93 restantes se distribuían en distorsión ligera (25 casos), moderada (41 casos) y marcada (27 casos), ver figura 5.

Figura 5. Intensidad de la distorsión clínica, por grados, en la consulta inicial.



En estos últimos se recogen con frecuencia en la historia clínica claras inconsistencias entre lo referido y lo recogido en los informes del SAS, todos los criterios de simulación del DSM-IV-TR (con excepción de la personalidad antisocial), algunos de los clásicos signos de Waddell u otras maniobras similares sugerentes de distorsión (Wygant et al, 2017) siendo lo más frecuente la exageración (*overreaction*) al intentar realizar la exploración física del trabajador.

Cuando estudiamos la distribución de los niveles de distorsión percibida por el médico inspector en los casos revisados tras 18 meses, destaca la ausencia de los casos libres de distorsión en el subgrupo IT (+), acumulados en el subgrupo IT (-) dejando una distribución porcentual del resto de los grados sólo aparentemente semejante, que mostramos en las figuras 6 y 7, a continuación.

Figura 6. Distribución de los grados de distorsión clínica del subgrupo IT (-).

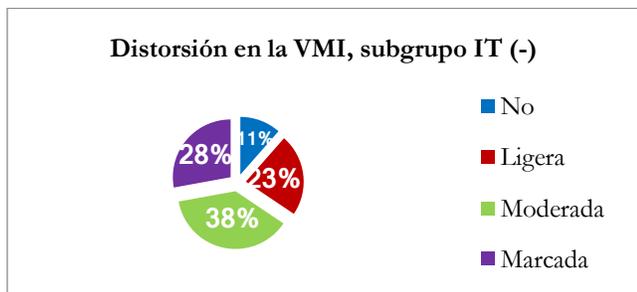
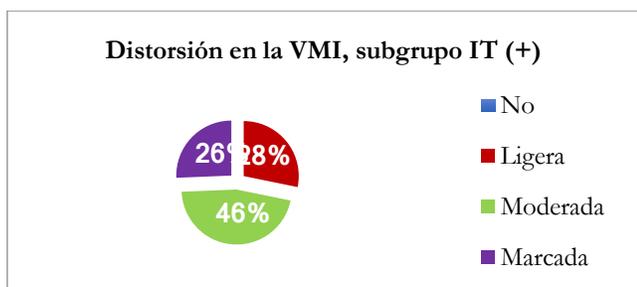


Figura 7. Distribución de los grados de distorsión clínica del subgrupo IT (+).



La diferencia es discreta y difícil de apreciar pero, si improvisamos un “Índice de Distorsión” (ID) y para calcularlo asignamos una puntuación creciente a cada grado, desde 0 para “Sin Distorsión” hasta 3 para “Distorsión Marcada” y hacemos la media por caso, observamos que el grupo completo tiene un valor medio de ID de 1,88 que se reduce a 1,8 en el subgrupo IT (-). El cálculo de ID del subgrupo IT (+) corresponde a 1,98 mostrando una tendencia al mayor peso del componente “distorsión” en el subgrupo IT (+).

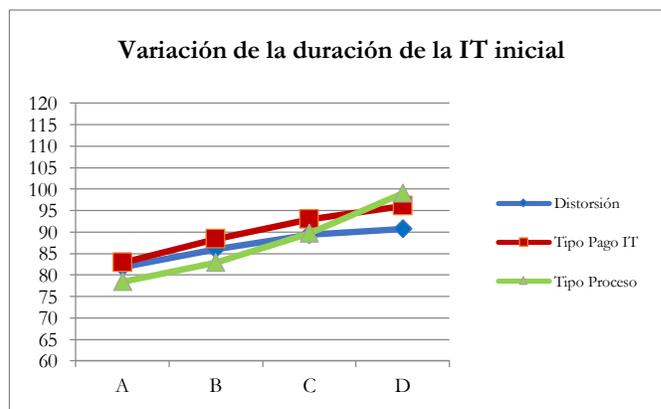
Ya habíamos referido que, aunque no alcanzaba significación estadística en relación con los pequeños tamaños muestrales (tres de los grados tienen menos de 30 casos), la existencia de distorsión marcada suponía un incremento de los días de IT del periodo inicial (90,66 días) con respecto a los casos sin distorsión (81,85 días) o a aquellos con distorsión ligera (85,92 días). Si incluimos la media del grupo considerado como distorsión moderada (89,34 días) observamos el ascenso gradual del número de días de IT al aumentar el grado de distorsión percibida por el médico evaluador. El mismo fenómeno sobre la duración media de la IT ocurría con algunos otros de los factores recogidos, estos de determinación objetiva y fácil explicación sanitaria o socio-sanitaria: casos complejos versus simples o trabajadores en pago directo versus pago delegado (mantienen su contrato laboral), que también se incluyeron en la figura 8.

Figura 8. Variación de la media de duración de la IT inicial (en días) en función de las situaciones siguientes:

Distorsión en VMI; A es No distorsión, B es Ligera, C es Distorsión Moderada y D es Distorsión Marcada.

Tipo de Pago IT; A es Pago Delegado, B es Grupo Completo C es Pago Directo y D es Desempleados.

Tipo de Proceso; A son Procesos Simples (médicos no complejos y quirúrgicos no complicados), B son Procesos Quirúrgicos (todos) C son Procesos Médicos (todos) y D son Procesos Complejos (médicos complejos y quirúrgicos complicados).



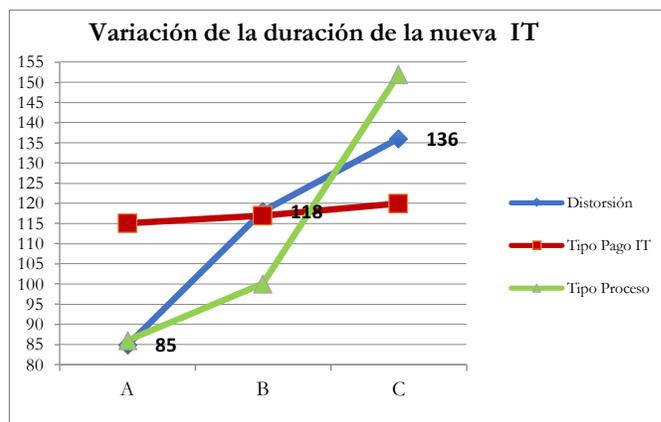
Algunos de esos mismos factores, que podemos considerar que tienen influencia sobre la duración media de la baja, se han analizado en los nuevos procesos de IT. Pese a que sus tamaños muestrales (aún menores) no nos permiten hacer comparaciones estadísticas propiamente dichas, los hemos representado en la gráfica siguiente para observar las tendencias (figura 9).

Figura 9. Variación de la media de duración de los nuevos procesos de IT (en días) en función de las situaciones siguientes:

Distorsión en la consulta de VMI inicial; A es Ligera, B es Moderada y C es Marcada.

Tipo de Pago IT; A es P. Delegado, B es Subgrupo IT (+) Completo C es P. Directo.

Tipo de Proceso; A son P. Quirúrgicos, B son P. Médicos Simples y C son P. Médicos Complejos.



Cualitativamente, en el grupo completo de 100 casos, los subgrupos de trabajadores en pago directo y de “cuello blanco” presentaban una mayor frecuencia de distorsión moderada y marcada que sus alternativas, lo que rozaba la significación estadística ($p < 0,1$) en la prueba de Chi2, sin que las claras diferencias en las medias de duración (93,01 días –directo-versus 82,95 días del delegado) alcanzasen significación en la prueba t de Student.

No obstante, el dato más llamativo correspondía a la frecuencia de distorsión marcada en el REA, con 10 de los 14 casos (71%, $p < 0,001$ en la F de Fisher); lo que sin embargo no ocurría en los desempleados, que sólo mostraban un 22% de distorsión marcada, cuya distribución no era diferente a la del grupo en su conjunto.

V. CONCLUSIONES

El grupo estudiado, formado por los trabajadores que recibieron las primeras 100 altas por inspección como nueva competencia de los médicos evaluadores del INSS, ha iniciado nuevos procesos de IT en una proporción cercana al 40% en los 18 meses posteriores al alta. Esta proporción la consideramos elevada a pesar de que corresponde al mínimo real, debido a las limitaciones para la recogida de dichos datos en este trabajo.

Los nuevos procesos revisados corresponden exclusivamente a IT por contingencias comunes, incluyen una proporción significativa de recaídas en IT por la misma o diferente patología en los 6 meses siguientes al alta y en su inmensa mayoría han concluido de nuevo con el alta laboral.

El subgrupo que inició nuevos procesos de IT está formado por trabajadores de mayor edad, con predominio femenino, “cuello azul” y con más trabajadores en pago directo, en relación con el aumento de casos en situación de desempleo. En una clara mayoría de estos trabajadores

(70%) pueden encontrarse episodios previos de IT, además del que dio lugar al alta previa, no siendo infrecuente hallar múltiples procesos de IT y/o la denegación de solicitudes de IP por iniciativa propia.

La duración media de los nuevos episodios de IT iniciados tras el alta se aproxima a los cuatro meses, un 25% superior a la de los procesos previos finalizados con alta. Predomina la patología médica, principalmente del aparato locomotor y trastornos del área psicoemocional. En la mayoría de los casos se trata de patologías crónicas en seguimiento especializado que pueden cursar con reagudizaciones e inician nuevas bajas por agravación clínica o empeoramiento subjetivo.

Existe mayor complejidad técnica en el manejo de estos casos por las características ya descritas y por la creciente dificultad en los elementos administrativos implicados tras un alta por inspección. Ese único recurso, alta médica inmediata y por inspección, del que dispone hoy el médico evaluador resulta excesivamente rígido y no se ajusta a la teórica igualdad de competencias con la Inspección de Servicios Sanitarios del SPS recogida en la Ley 35/2010.

Cuando se estudia puede percibirse la existencia habitual de distorsión para prolongar la IT u orientarla a la IP. Existen diversas situaciones, incluidas las nuevas IT, que se relacionarían con una mayor distorsión inicial, que se comporta como un fenómeno adaptativo y cuyo grado percibido por el médico evaluador podría relacionarse con la duración de la IT inicial e incluso con la de los nuevos episodios de IT.

La detección de la distorsión clínica puede ser el punto de partida para la aplicación por el inspector médico evaluador de un sistema estructurado pero simple y flexible, integrado en el marco teórico del análisis de conducta en medicina y basado en la investigación científica interdisciplinar, que llamamos el Sistema de Análisis de Validez en la Evaluación (SAVE).

VI. REFERENCIAS

- Álvarez-Blázquez, F. (2010). Atención primaria, incapacidad laboral y nuevas tecnologías. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 56(218), 10-11. En <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v56n218/editorial1.pdf>
- American Psychiatric Association (A.P.A.). Task Force on DSM-IV. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington DC: American Psychiatric Association. En <http://www.worldcat.org/title/diagnostic-and-statistical-manual-of-mental-disorders-dsm-iv-tr/oclc/43483668>
- Barragán R & Veiga de Cabo J. (2009). *Guía de Valoración de Incapacidad Laboral para Médicos de Atención Primaria*. Escuela Nacional de Medicina del Trabajo (ENMT)-Instituto de Salud Carlos III, Madrid. En http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-publicaciones-isciii/fd-documentos/GUIA_DE_VALORACION_DE_INCAPACIDAD_LABORAL_PARA_AP.pdf
- Bianchini, K. J., Greve, K. W. & Glynn, G. (2005). On the diagnosis of malingered pain-related disability: lessons from cognitive

- Domínguez, A., de la Fuente, J. L., Gómez, A. M., López, M. J., García, P. & López, R. M. (2017). Revisión de la distorsión clínica en la Incapacidad Temporal: nuevos procesos en los 18 meses tras al alta por inspección. *Behavior & Law Journal*, 3(1), 42-51.
- malingering research. *The Spine Journal*, 5, 404-417.
- Capilla Ramírez, P. & González Ordi, H. (2009) Protocolo para la detección de la simulación del dolor en la práctica clínica: estudio de casos. *Trauma Fundación MAPFRE*, 20(4), 255-263. En http://www.mapfre.com/fundacion/html/revistas/trauma/v20n4/pdf/02_08.pdf
- Domínguez Muñoz A., López Pérez R, Gordillo León F., Perez-Nieto M. A., Gómez Álvarez A. & de la Fuente Madero J. L. (2013). Distorsión clínica y simulación en la incapacidad temporal; un estudio preliminar. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 13, 29-45. En <http://masterforense.com/pdf/2013/2013art2.pdf>
- Domínguez Muñoz, A. & López Pérez, R. M. (2014a). Distorsión Clínica en 100 altas laborales por inspección y su evolución en los 18 meses siguientes. In E. Arias, B. G. Amado & M. J. V. Figueiredo (Eds.), *Libro de Actas del VIII Congreso (Inter) Nacional de Psicología Jurídica y Forense*. Santiago de Compostela: Sociedad Española de Psicología Jurídica y Forense. ISBN: 978-607-9404-33-8.
- Domínguez Muñoz, A. & López Pérez, R. M. (2014b). La simulación como fraude a la Seguridad Social: Reflexiones sobre estudios previos. *Comunicación oral al X Congreso Español de Criminología, Granada*.
- Domínguez Muñoz, A., López Pérez, R., Gordillo León, F., Perez-Nieto, MA., Gómez Álvarez A. & de la Fuente Madero, J.L. (2014). Bases científicas y bioéticas del Análisis de Validez en Medicina Evaluadora. *Medicina y Seguridad del Trabajo* 236, 527-535. En <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v60n236/inspeccion2.pdf>
- Domínguez Muñoz A. Gómez Álvarez A. de la Fuente Madero J.L. López Pérez R. Gordillo León F. & Pérez-Nieto MA. (2015) Dishonestidad, engaño clínico y fraude; un área de mejora potencial en medicina pericial desde la interdisciplinariedad. *Comunicación al III Congreso de Médicos Inspectores de la Administración de la Seguridad Social*, Madrid.
- Domínguez-Muñoz A. (2016). Utilidad del análisis del CNV en Medicina Pericial. En López RM, Gordillo F & Grau M. *Comportamiento no verbal: más allá de la comunicación y el lenguaje*, ed., pp. 239-244. Pirámide.
- Domínguez Muñoz A., Gómez Álvarez A., de La Fuente Madero, J. L., López Pérez M.J., García Ruiz, P., López Pérez R. M. (2017) Opiniones de los inspectores médicos acerca de la distorsión clínica en la valoración de la incapacidad laboral en España. *Ars Medica-Revista de Ciencias Médicas*, 42(1), 13-19. En <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/546/670>
- Díaz-Salazar, C. E. y Chavarría-Puyol, H. M. (2008) Reflexiones sobre la simulación y disimulación en medicina evaluadora. *Rehabilitación*, 42, 325-330.
- González-Ordi H., Santamaría P. & Capilla-Ramírez P. (2012). *Estrategias de detección de la simulación. Un manual clínico multidisciplinar*. Madrid: TEA Ediciones.
- Härter, M., Reuter, K., Weisser, B., Schretzmann, B., Aschenbrenner, A. y Bengel J.A. (2002). Descriptive study of psychiatric disorders and psychosocial burden in rehabilitation patients with musculoskeletal diseases. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 83(4), 461-468.
- Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS). (2009). *Manual de tiempos estándar de Incapacidad Temporal*. (2ª Ed). Madrid: Secretaría Estado de la Seguridad Social. Ministerio de Trabajo e Inmigración.
- Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS). (2003). *Manual de actuación para médicos del INSS*. (1ª Ed.). Madrid: Secretaría Estado de la Seguridad Social. Ministerio de Trabajo e Inmigración.
- Masip, J. (2005). ¿Se pilla antes a un mentiroso que a un cojo? Sabiduría popular frente a conocimiento científico sobre la detección no-verbal del engaño. *Papeles del Psicólogo*, 92(26), 78-91.
- Nogué, S., Rovira, E., Montori, E., Fernández-Solá, J. y Munné, P. (2007). Sensibilidad química múltiple: análisis de 52 casos. *Medicina Clínica (Barc)*, 129, 96-9.
- Ordóñez Fernández M. P. (2010). ¿Histeria, Simulación o Neurosis de Renta? *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 3(1), 39-45.
- Ordoñez Fernández M. P., Arévalo J., Carrasco Antuña M. A. (2012). Neurosis de renta y expectativas de incapacidad permanente. *Apuntes de Ciencia*, 2(1), 28-37.
- Ordoñez Fernández M. P., Arévalo J., Carrasco Antuña M. A. (2012). Análisis de la demanda derivada de pacientes remitidos como nuevos en situación de incapacidad laboral transitoria a nuestra unidad de salud mental. *Apuntes de Ciencia*, 2(3), 17-28.
- Organización Mundial de la Salud (O.M.S.). (1992). *CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Médica Colegial (OMC). (2001). *Declaración de la Comisión Central de Deontología sobre ética y deontología de los partes y certificados de bajas y altas laborales en atención primaria y especializada y la función de los médicos inspectores en su control y supervisión*. Madrid: Organización Médica Colegial. En: www.unav.es/cdb/ccdomc01a.pdf
- Richardson, R. D. y Engel, C. C. (2004) Evaluation and Management of Medically Unexplained Physical Symptoms. *The Neurologist*, 10, 18-30.
- Rogers R. (2008). *Clinical Assessment of Malingering and Deception*. (3ª Ed). New York: The Guilford Press.
- Slick, D. J., Sherman, E. M. S. e Iverson, G. L. (1999). Diagnostic Criteria for Malingered Neurocognitive Dysfunction: Proposed Standards for Clinical Practice and Research. *The Clinical Neuropsychologist*, 13, 545-561.
- Tearnan, B. H. (2003) Detection of deception and malingering. *The Pain Practitioner*, 13(1), 8-14.
- Wygant DB, Arbisi PA, Bianchini, KJ, & Umlauf RL. (2017). Waddell non-organic signs: new evidence suggests somatic amplification among outpatient chronic pain patients. *Spine J* 17, 505-5.