

Endometriosis e incapacidad permanente en perspectiva de género

Tasia Aránguez Sánchez

Docente e investigadora.

Departamento de Filosofía del Derecho. Universidad de Granada

Responsable de Estudios Jurídicos de la Asociación Española de

Afectadas por la Endometriosis (ADAEC)

EXTRACTO

El objeto de este trabajo es la incapacidad laboral en las mujeres con endometriosis. Se sostiene, coincidiendo con otros autores, que parecen existir sesgos de género en las resoluciones de incapacidad permanente total y absoluta por endometriosis y otras enfermedades de alta prevalencia femenina. Se presenta una descripción de la endometriosis, de su carácter permanente, objetivable, de las clasificaciones que permiten determinar su gravedad y de las limitaciones funcionales que produce. A partir de un análisis de 65 sentencias, se exponen los problemas fundamentales que presenta la valoración de la incapacidad permanente por endometriosis y se exponen los criterios jurisprudenciales que actualmente determinan la declaración de la incapacidad permanente total y absoluta, respectivamente. Concluimos que la endometriosis es casi siempre invisible en la jurisprudencia, de modo que se la menciona en el cuadro clínico entre otras enfermedades pero no en la fundamentación de la resolución y se le atribuye menor importancia en relación con el resto de enfermedades (incluyendo otras enfermedades feminizadas en las que también se percibe una menor importancia relativa).

Palabras clave: incapacidad permanente; endometriosis; género; fibromialgia.

Fecha de entrada: 03-10-2017 / Fecha de revisión: 06-01-2018 / Fecha de aceptación: 03-04-2018

Endometriosis and occupational disability in gender perspective

Tasia Aránguez Sánchez

ABSTRACT

The objects on this study are the resolutions on occupational disability in women with endometriosis. We argue, with other authors, that there seems to be gender troubles in the total and absolute permanent disability resolutions for endometriosis and other diseases of high female prevalence. We present a description of endometriosis, as a permanent disease, with objective character, and of the classifications that allow determining its severity and the functional limitations that it produces. From an analysis of 65 sentences, we expose the fundamental problems of permanent disability due to endometriosis and the courts criteria that currently determine the total and absolute permanent disability declaration, respectively. We conclude that endometriosis is almost always invisible in jurisprudence, so it is mentioned in the clinical description (between other diseases) but is not mentioned in the basis of the resolution and is attributed less importance to endometriosis in relation to other diseases (including other feminized diseases, in which less relative importance is also perceived).

Keywords: occupational disability; endometriosis; gender; fibromyalgia.

Sumario

1. Introducción. Una cuestión de género
2. Caracterización de la endometriosis
3. Endometriosis e incapacidad permanente
4. Problemas en la valoración jurisprudencial de incapacidad permanente total y absoluta en la endometriosis
 - 4.1. La endometriosis no constituye un elemento significativo para el fallo de la sentencia
 - 4.2. El carácter permanente de las lesiones
 - 4.3. La susceptibilidad de determinación objetiva
5. Criterios jurisprudenciales para la estimación de la incapacidad permanente por endometriosis
 - 5.1. Estimación de la incapacidad permanente total
 - 5.2. Estimación de la incapacidad permanente absoluta
6. Conclusiones

Referencias bibliográficas

Cómo citar este estudio:

Aránguez Sánchez, T. (2018). Endometriosis e incapacidad permanente en perspectiva de género. *RTSS.CEF*, 422, 61-90.

1. INTRODUCCIÓN. UNA CUESTIÓN DE GÉNERO

La prestigiosa endocrinóloga Carme Valls-Llobet (2001, p. 12) señala que tradicionalmente la medicina ha tratado con desdén a las mujeres, sin estudiar sus enfermedades específicas ni tomar en serio sus manifestaciones de dolor. Esta endocrinóloga señala que todavía hoy se perpetúa esta situación, pues apenas se investigan las enfermedades de alta prevalencia femenina. Una de estas enfermedades es la endometriosis (en este caso, se trata de una enfermedad específica de mujeres), en la que se ha avanzado poco en técnicas de diagnóstico y en la manera de prevenirla e incluso se utilizan en su tratamiento medicamentos diseñados para enfermedades masculinas y no ensayados en mujeres. La constatación de las asimetrías que se producen en esta y en otras enfermedades ha dado lugar al surgimiento de estudios en «morbilidad diferencial» que analizan las enfermedades de alta prevalencia femenina.

Las instituciones jurídicas parecen haber dado continuidad a esta situación pues, como señala el magistrado del orden social Lousada (2010, p. 35), el sexismo es muy probablemente la causa del tardío reconocimiento médico y jurídico de la fibromialgia y de sus dificultades de diagnóstico (por el escaso interés en su investigación científica). Al ser una enfermedad de escasa incidencia masculina, se ha ignorado durante mucho tiempo y sus síntomas se han achacado a una supuesta debilidad o pereza femenina. Una situación parecida enfrentan las afectadas por la endometriosis, una enfermedad frecuente para la que no existe una cura y de la que se desconocen las causas que la provocan. Su primer síntoma es el dolor en la menstruación y por ello la enfermedad se va extendiendo durante años mientras la sociedad sostiene que el dolor menstrual es normal. A pesar de la potencial gravedad de la enfermedad, las mujeres se enfrentan a insinuaciones de «querer llamar la atención» y de exagerar, fingir vómitos y desmayos durante la menstruación. Ideas erróneas como la de que la menstruación debe doler o la de que el mal carácter e histeria de las mujeres menstruantes contribuyen a una demora de unos 9 años en el diagnóstico¹ que provoca que la enfermedad sea irreversible. En las enfermedades feminizadas, los estereotipos se unen a un escaso conocimiento sobre las mismas y a pocos avances en técnicas diagnósticas. Estos factores dificultan la sospecha clínica. La endometriosis, la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica (tres enfermedades de alta prevalencia femenina) suelen ser confundidas con condiciones psicosomáticas (Bernstein y Kane, 1981)², lo que expone a sus afectadas a la acusación

¹ Hay desacuerdo en las estimaciones, pues estas oscilan entre los 7 y los 15 años de demora en el diagnóstico. Según Edlow, A. G. y Laufer, M. R. (2012, p. 114), el retraso es de 9,28 años.

² En 1981, Bernstein y Kane estudiaron las actitudes de los médicos y médicas de atención primaria hacia los pacientes (tanto hombres como mujeres). Analizaron las actitudes de 253 profesionales frente a la narración de los problemas

de ser hipocondriacas. Las afectadas por la endometriosis manifiestan sentir alivio cuando se visualiza el tejido invasor y obtienen un diagnóstico, a pesar de que se les diga que la enfermedad no tiene cura, pues se pone fin al sempiterno cuestionamiento de su cordura.

Como consecuencia de estas dolencias, muchas mujeres entran en una situación crónica de desempleo, pues son despedidas al ser consideradas demasiado enfermas para trabajar³. Sin embargo, encuentran considerables dificultades para acceder a una pensión. Por consiguiente, nos encontramos ante un colectivo que sufre las consecuencias sociales de una discapacidad (como las dificultades para la integración laboral) pero no puede acceder al sistema de protección jurídica destinado a paliar dichas consecuencias. Son colectivos que sufren la marginación y el estigma característicos de la discapacidad. Sin embargo, la falta de reconocimiento de las enfermedades de alta prevalencia femenina como causa de discapacidad les impide acceder a los recursos legales (empleo protegido, bolsas de trabajo, pensiones, incentivos fiscales a la contratación) que mejorarían sus perspectivas de integración social. Como señala Rivas (2009) a propósito del síndrome de fatiga crónica (otra enfermedad de alta prevalencia femenina): «se trata de una enfermedad que (...) frecuentemente expone a quien la padece a una situación de estrés emocional adicional derivado de la desvaloración personal, y del descrédito profesional vinculado a prejuicios y estigmas de asociación a holgazanería o debilidad "femenina"». La autora señala que «muy posiblemente el análisis empírico indique que es la prevalencia femenina la que incide en su desvalorización social. Con toda probabilidad, su aparición indiferenciada por sexos o incluso la prevalencia masculina provocaría otro tipo de respuestas sociales (...) ya que su afectación prioritaria al sexo femenino la convierte en blanco de apreciaciones típicamente sexistas, tales como su índole psicósomática o incapacidad de respuesta frente a la tensión emocional, al esfuerzo laboral o a las dificultades vitales, o la simple asociación al "histerismo" femenino».

de salud que les contaban sus pacientes. Observaron que el 25% de las mujeres eran descritas como pacientes que se quejaban demasiado, los síntomas de las mismas se atribuían con mayor frecuencia a influencias emocionales que los masculinos y sus enfermedades, fueron calificadas como de origen psicológico en un 26%, mientras que las de los hombres solo lo fueron en un 9%.

Valls-Llobet (2006) señala que la mayor prevalencia femenina de depresión podría deberse parcialmente a diagnósticos poco rigurosos, dado que muchas enfermedades endocrinas causan síntomas parecidos a los cuadros depresivos y los protocolos habituales no permiten detectar dichas patologías.

Hohmann (1989) demostró que las mujeres recibían más ansiolíticos y antidepresivos que los hombres.

Ashton (1991, p. 32) estudió que los tranquilizantes se prescriben a las mujeres habitualmente sin haber realizado ninguna prueba física de diagnóstico.

Colameco (1983, p. 1.119) señala que los médicos de ambos sexos aprecian a menudo que los problemas de salud de los pacientes varones son más serios y estiman con más frecuencia que se trata de un problema psicológico si la paciente es mujer.

³ Datos ofrecidos por ADAEC (Asociación Española de Afectadas por la Endometriosis) a partir de encuesta de elaboración propia.

Lo aquí expresado habría de motivar un tratamiento singularizado de estas enfermedades en las políticas sanitarias de acuerdo con el artículo 27⁴ de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Cuanto menos, estas enfermedades deberían contar con una garantía equivalente a la de otras muchas mediante su inclusión en el Real Decreto 1971/1999, que contiene enfermedades que son causa de discapacidad, y mediante la atención de la doctrina al estado de la cuestión en la jurisprudencia de la incapacidad permanente⁵. Este artículo se centra en el tratamiento jurídico de la endometriosis y en concreto en la incapacidad permanente, dado que es la principal vía de protección social para las afectadas por los casos más graves de endometriosis. Hemos de señalar que este es un estudio pionero en esta cuestión que ha sido posible gracias a la colaboración de ADAEC (Asociación de Afectadas por la Endometriosis Estatal), que ha puesto a nuestra disposición las experiencias y preocupaciones de cientos

⁴ Artículo 27. Integración del principio de igualdad en la política de salud.

1. Las políticas, estrategias y programas de salud integrarán, en su formulación, desarrollo y evaluación, las distintas necesidades de mujeres y hombres y las medidas necesarias para abordarlas adecuadamente.
2. Las Administraciones públicas garantizarán un igual derecho a la salud de las mujeres y hombres, a través de la integración activa, en los objetivos y en las actuaciones de la política de salud, del principio de igualdad de trato, evitando que por sus diferencias biológicas o por los estereotipos sociales asociados, se produzcan discriminaciones entre unas y otros.
3. Las Administraciones públicas, a través de sus Servicios de Salud y de los órganos competentes en cada caso, desarrollarán, de acuerdo con el principio de igualdad de oportunidades, las siguientes actuaciones:
 - a) La adopción sistemática, dentro de las acciones de educación sanitaria, de iniciativas destinadas a favorecer la promoción específica de la salud de las mujeres, así como a prevenir su discriminación.
 - b) El fomento de la investigación científica que atienda las diferencias entre mujeres y hombres en relación con la protección de su salud, especialmente en lo referido a la accesibilidad y el esfuerzo diagnóstico y terapéutico, tanto en sus aspectos de ensayos clínicos como asistenciales.
 - c) La consideración, dentro de la protección, promoción y mejora de la salud laboral, del acoso sexual y el acoso por razón de sexo.
 - d) La integración del principio de igualdad en la formación del personal al servicio de las organizaciones sanitarias, garantizando en especial su capacidad para detectar y atender las situaciones de violencia de género.
 - e) La presencia equilibrada de mujeres y hombres en los puestos directivos y de responsabilidad profesional del conjunto del Sistema Nacional de Salud.
 - f) La obtención y el tratamiento desagregados por sexo, siempre que sea posible, de los datos contenidos en registros, encuestas, estadísticas u otros sistemas de información médica y sanitaria.

⁵ La endometriosis arroja una irrisoria valoración en el actual real decreto, que dedica un mismo capítulo al aparato genitourinario (obsérvese que las enfermedades ginecológicas no merecen un capítulo separado). Dentro de este capítulo, el espacio dedicado a las enfermedades del aparato genital y de mama es de unas pocas líneas, en las que se atribuye un porcentaje de entre el 0 y el 5% (porcentaje completamente vergonzoso). Se señala que las repercusiones sobre aparato urinario, intestino, estructuras pélvicas, así como las psicológicas serán valoradas de acuerdo con los criterios descritos en su capítulo correspondiente, lo que obliga a recurrir a la tabla de valores combinados, además de conllevar una dificultad añadida a los aplicadores jurídicos. Esta situación resulta muy desfavorable para las afectadas por la endometriosis, que encuentran demasiados obstáculos para conseguir un porcentaje de discapacidad que se corresponda con su situación real, produciéndose una marginación efectiva del colectivo.

de afectadas. El conocimiento médico actualizado sobre la enfermedad se pone aquí en relación con la situación jurisprudencial, tratando de extraer conclusiones que nos permitan comenzar a reflexionar con perspectiva de género acerca de la incapacidad permanente.

2. CARACTERIZACIÓN DE LA ENDOMETRIOSIS

La endometriosis es una enfermedad que, a pesar de su alta prevalencia (Matorras y Cobos, 2010)⁶, ha recibido escasa atención científica. Aunque últimamente esta enfermedad está siendo objeto de interés, todavía no existe una explicación causal de la endometriosis, no existe una cura para la misma, los conocimientos epidemiológicos son escasos y las técnicas de diagnóstico son pobres (Guía SAS, 2009). Las asociaciones de afectadas están realizando importantes esfuerzos para dar a conocer la enfermedad entre los médicos de Atención Primaria y eso ha dado lugar a la elaboración de guías para la práctica clínica con amplio aval de la comunidad científica. A pesar de estos esfuerzos, la endometriosis aún es una gran desconocida y, como consecuencia, no se produce la necesaria sospecha clínica que habría de conducir al diagnóstico. Las estadísticas refieren una media de 9 años para alcanzar el diagnóstico y de 5 o 6 especialistas consultados⁷. Este estado de la cuestión explica perfectamente la situación de la endometriosis en la jurisprudencia de incapacidad permanente. Como pondremos de manifiesto en este trabajo, a pesar de que la endometriosis aparezca en el cuadro clínico, pocas veces los magistrados aluden a ella en la fundamentación jurídica como aspecto relevante para alcanzar el fallo. No suele aparecer mención alguna al grado de la enfermedad ni a otros aspectos indicativos de su alcance incapacitante, como el hecho de ser profunda. El problema principal no suele radicar en el desconocimiento de esta enfermedad en la judicatura, sino en el desconocimiento de los médicos (lo que explica que los informes carezcan de la información relevante necesaria para valorar el alcance incapacitante). No obstante, hay algunos datos sobre la enfermedad que consideramos de gran relevancia para la adecuada ponderación de la misma.

⁶ Se estima que la endometriosis afecta a la apabullante cifra de entre el 10 y el 15% de las mujeres en edad reproductiva (es rara antes de la menarquia y tras la menopausia), aunque es difícil conocer la prevalencia real dado que es necesario realizar una cirugía laparoscópica para tener un diagnóstico de certeza. Los casos graves (grado III o IV) representan solo un 10% del total. Donde la endometriosis ha sido mejor estudiada es en aquellos grupos en que se ha podido realizar laparoscopia. Entre dichos grupos de mujeres podemos destacar a las sometidas a laparoscopia por infertilidad, también contamos con estudios de mujeres sometidas a laparoscopia por dolor pélvico y estudios de mujeres sometidas a esterilización tubárica por laparoscopia.

Se estima que la endometriosis afecta por lo menos a un 10% de la población femenina en edad fértil. Esta proporción asciende al 30-50% si consideramos tan solo a mujeres que presenten problemas de infertilidad-esterilidad o dolor pélvico crónico (Rogers *et al.*, 2009).

La información recogida en el Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria en Andalucía establece una media de mujeres hospitalizadas con diagnóstico de endometriosis de aproximadamente 1.500 cada año. La forma más frecuente es la ovárica (60-65%), seguida de la uterina (18-20%) y, posteriormente, la localización peritoneal pélvica y otras.

⁷ *Vid.* nota 1.

La enfermedad consiste (Guía SAS, 2009) en la implantación y crecimiento de tejido endometrial fuera de su lugar natural. Normalmente, el tejido se expande por los ovarios y el útero (75 % de los casos), pero es relativamente habitual que se extienda por otras zonas de la pelvis, como peritoneo, ligamentos uterosacros, fondo de saco de Douglas, intestino, recto, sigma, vejiga y uréteres. Con frecuencia, el tejido endometrial ectópico se localiza en el tejido miometrial uterino, produciendo adenomiosis. Ocasionalmente, el tejido puede alcanzar cualquier otra región del cuerpo, como el estómago, el pulmón, la piel, la cuenca del ojo o el cerebro (los tres últimos casos son muy infrecuentes). El tejido tiene dependencia hormonal del ciclo menstrual, por lo que algunos implantes pueden sangrar y desprenderse durante la menstruación. Aunque el tejido tiene una forma de crecer, infiltrar e incluso diseminarse por vía linfática similar al tejido tumoral, su transformación maligna es poco frecuente y en aquellas pacientes con endometriosis ovárica que se transforma en cáncer ovárico el tipo más frecuente es el carcinoma de células claras. La afectación intestinal incide en un 3 a 12 % de mujeres con endometriosis, localizada sobre todo en colon rectosigmoide (en un 90 %). A causa de estas infiltraciones, aproximadamente el 1 % de las mujeres con endometriosis serán tributarias de una resección intestinal (Brouwer y Woods, 2007). La endometriosis apendicular puede dar lugar a peritonitis, siendo esta una de las complicaciones más riesgosas de la enfermedad.

Los síntomas más comunes son la dismenorrea (dolor menstrual) y la infertilidad o subfertilidad (la infertilidad puede alcanzar al 30-40 % de las mujeres con la enfermedad). El síntoma principal y más frecuente es el dolor pélvico cíclico, que adopta diferentes patrones: dismenorrea severa (75 %), que suele ser progresiva (aumenta con la edad); dispareunia intensa (44 %) (en algunas pacientes impide toda actividad sexual y en otras solo ciertas prácticas); dolor al alcanzar el clímax sexual (con independencia de la penetración); dolor limitado a la ovulación, y disquecia (este dolor al defecar está asociado a la endometriosis recto-vaginal). La dismenorrea propia de la endometriosis se diferencia no solo cuantitativamente del dolor menstrual corriente, sino también cualitativamente, pues usualmente se ve acompañado de contracciones uterinas que guardan cierta semejanza con las del parto, según refieren las afectadas que han experimentado ambos extremos. Estas contracciones suelen cursar en crisis que duran pocos minutos y dichas crisis son coincidentes con los días anteriores y los primeros del periodo menstrual (aunque con el tiempo suele aumentar el número de crisis y los momentos del ciclo menstrual en los que se dan). Las menstruaciones suelen darse con sangrado excesivo.

El dolor pélvico puede desvincularse de la menstruación y volverse crónico (70 %) en las zonas donde tengan los implantes. Otros síntomas que pueden cronificarse son: hemorragias anormales (hematuria, rectorragia, hemoptisis, etc.), síntomas intestinales (estreñimiento o diarrea crónicos) y vesicales (dolor al orinar o incontinencia urinaria), fatiga crónica (favorecida por el componente inflamatorio de la enfermedad), migrañas frecuentes (de origen hormonal), dolor de espalda y dolor muy intenso en la bipedestación o en la sedestación prolongadas (estos últimos síntomas están asociados a la endometriosis que afecta al nervio pudendo). Como la endometriosis es una enfermedad progresiva, tanto el dolor como el resto de síntomas se van desvinculando progresivamente de la menstruación y van adquiriendo carácter permanente.

A los síntomas aquí mencionados hay que añadir las consecuencias psicológicas (Guía SNS, 2013) derivadas del dolor, la infertilidad y la incompreensión personal, social y laboral que genera tener una enfermedad desconocida y que no se manifiesta de forma visible. La incertidumbre sobre el diagnóstico y, posteriormente, sobre la progresión de la enfermedad, causan estrés. Las mujeres con endometriosis avanzadas suelen presentar depresión y ansiedad, en una prevalencia similar a las observadas en otras poblaciones de pacientes con enfermedades crónicas. Por la alta prevalencia de la correlación entre depresión y dolor pélvico crónico se recomienda explorar síntomas depresivos en las mujeres con endometriosis. La frecuencia de dispareunia en mujeres con endometriosis es considerable, con resultados adversos sobre las relaciones sexuales, provocando situaciones de evitación para eludir el dolor e incluso de vida sexual inactiva. La presencia de dolor pélvico crónico puede afectar negativamente a la capacidad laboral, a la socialización con otras personas, a la auto percepción de salud y al sentimiento de bienestar (Cfr. César, 2013).

Especialmente destacable, de los síntomas referidos, es el dolor crónico. En efecto, el dolor puede cronificarse, con mayor frecuencia en la endometriosis profunda, desvinculándose de la relación con el periodo menstrual y con la ovulación. Este dolor puede ser resistente a la analgesia corriente y requerir otro nivel de atención a través de las unidades del dolor. En algunos casos, el dolor se trata con morfina, siendo la necesidad habitual de la misma o incluso la adicción complicaciones asociadas a los casos severos de endometriosis. Se pueden encontrar pacientes sin hallazgos macroscópicos de endometriosis, intervenidas para la eliminación de todos los focos, que presentan dolor debido a la cronificación del mismo con el consiguiente desarrollo de mecanismos de sensibilización central e hiperalgesias (Guía SNS, 2013).

3. ENDOMETRIOSIS E INCAPACIDAD PERMANENTE

La incapacidad permanente es la contingencia que tiene lugar en los casos en los que la trabajadora, después de haber concluido el tratamiento y haber sido dada de alta, presenta limitaciones funcionales que disminuyen o anulan su capacidad laboral. A efectos del presente trabajo, nos interesa resaltar tres características, de acuerdo con el artículo 193 de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS)⁸:

⁸ Aprobada por 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.

Artículo 193. Concepto.

1. La incapacidad permanente contributiva 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 disminuyan 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.

Las reducciones anatómicas o funcionales existentes en la fecha de la afiliación del interesado en la Seguridad Social no impedirán la calificación de la situación de incapacidad permanente, cuando se trate de personas con

1. Las reducciones anatómicas o funcionales deben ser objetivas u objetivables, es decir, han de poder constatarse médicamente y de forma verosímil. Por eso ha de existir un diagnóstico médico que permita concluir la existencia y la gravedad de una enfermedad de acuerdo con los criterios comúnmente aceptados de la ciencia médica. La objetividad requerida es enemiga de las especulaciones subjetivas y de las vaguedades o descripciones carentes de base científica.
2. Las lesiones han de ser previsiblemente definitivas, es decir, irreversibles o constatablemente incurables. Sin embargo, ha de tenerse en cuenta que la medicina no es una ciencia exacta y resulta difícil la absoluta certeza del pronóstico, que se entiende en términos de probabilidad. Por eso 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. Basta con una previsión seria de irreversibilidad. Por eso existe la posibilidad de revisión de las declaraciones de invalidez permanente por agravación o mejoría.
3. Las reducciones funcionales han de ser graves desde la perspectiva de su incidencia laboral hasta el punto de que provoquen una disminución o anulación de la capacidad laboral en el grado que se postule. Este es el requisito central de la incapacidad permanente, pues resulta irrelevante una lesión que no disminuye la capacidad laboral. Las limitaciones funcionales son más relevantes para la incapacidad laboral que las lesiones en sí mismas, porque son las limitaciones las que impiden a una persona desarrollar un trabajo concreto o todo tipo de trabajo. Unas mismas limitaciones pueden resultar determinantes de la imposibilidad de realizar una profesión y ser intrascendentes para otra profesión.

La valoración de la incapacidad permanente implica una valoración con alto componente discrecional, dado que requiere poner en conexión multitud de factores difícilmente repetibles: conjunto de enfermedades que presenta una persona, desarrollo de cada una de las enfermedades, limitaciones funcionales que provocan, edad, profesión habitual atendiendo a las funciones que realmente se realizan, etc. Por consiguiente, difícilmente pueden darse supuestos con identidad sustancial y por ello en el ámbito de las incapacidades la invocación de precedentes resulta menos efectiva que en otros asuntos jurídicos (no alcanzan el grado de doctrina vinculante). De hecho, el Tribunal Supremo, en doctrina reafirmada por el Tribunal Constitucional limita considerablemente la admisión de los casos de invalidez en el ámbito del recurso de casación para la unificación de doctrina, llegando a afirmar: «más que de incapacidades puede hablarse de incapacitados» (STC 53/1996, de 26 de marzo). A pesar de esta dificultad, la jurisprudencia ha ido asentando criterios generales para enfermedades concretas que facilitan el hallazgo de la mejor solución. El carácter discrecional de la valoración de la incapacidad permanente se atempera con

discapacidad y con posterioridad a la afiliación tales reducciones se hayan agravado, provocando por sí mismas o por concurrencia con nuevas lesiones o patologías una disminución o anulación de la capacidad laboral que tenía el interesado en el momento de su afiliación.

el peso que en este tipo de procesos adquieren los informes médicos, que llegan a ser determinantes. Un informe vago, poco preciso en las limitaciones funcionales dará lugar a una denegación de la prestación y un buen informe aumentará las probabilidades de éxito de la pretensión.

El artículo 194 de la LGSS establece los grados de la incapacidad permanente. Para valorarlos, más que atender a las lesiones hay que atender a las limitaciones que las mismas suponen para la actividad laboral. La incapacidad permanente absoluta es aquella que inhabilita por completo al trabajador para toda profesión u oficio. Por su parte, la incapacidad permanente total para la profesión habitual es la que imposibilita al/a la trabajador/a para el desarrollo de las fundamentales tareas de su profesión. Se han de tener en cuenta las peculiares circunstancias de mayor o menor dureza de cada profesión, así como la exigencia para la dedicación a esta de mayor o menor integridad física. La aptitud para el desempeño de la actividad laboral debe considerarse como capacidad para el desarrollo de la misma en condiciones mínimas de eficacia. Por tanto, al valorar si procede la incapacidad, hay que evitar el juicio demasiado exigente que desconozca los requerimientos reales de rendimiento en un trabajo productivo o que termine por imponer un sacrificio desproporcionado al trabajador o a la trabajadora.

Deberá declararse la incapacidad permanente absoluta cuando resulte una inhabilitación completa del trabajador para toda profesión u oficio y no esté en condiciones de acometer ninguna tarea productiva porque las capacidades que le queden carecen de suficiente relevancia en el mundo económico para concertar alguna relación de trabajo retribuida. Lo que se valora al decidir sobre la incapacidad permanente absoluta es si existe una capacidad residual que permita su integración laboral, ya que el grado en cuestión supone la impotencia para el ejercicio de cualquier actividad por liviana o sedentaria que sea. No obstante, el grado de incapacidad permanente absoluta no corresponde solo al trabajador que carece de toda posibilidad física para realizar cualquier quehacer laboral, sino también a aquel que, aun con aptitudes para algunas actividades, no tenga facultades reales para consumir con cierta eficacia las tareas básicas que componen cualquier trabajo.

Por su parte, corresponde la incapacidad total para la profesión habitual y no la incapacidad absoluta cuando no se pueden realizar las actividades propias de la profesión pero sí dedicarse a labores livianas, sedentarias, exentas de tensión psíquica y que no requieran esfuerzo físico. En relación con la incapacidad permanente es necesario hacer alusión a la incapacidad permanente parcial⁹, pero no vamos a centrarnos en ella pues, como señala Rivas (2009), se reconoce en la práctica solo para el caso de accidentes y no de enfermedades comunes dado que la edad en sí misma provocaría problemas como la degeneración artrósica en todos los casos y, por consiguiente, obligaría a declarar dicho grado en edades próximas a la jubilación a casi todos los trabajadores. Por tanto, nos centramos aquí en los grados de incapacidad permanente total para la profesión habitual y de incapacidad permanente absoluta para todo trabajo.

⁹ Como señala la sentencia del Tribunal Superior de Justicia (STSJ) de Castilla-La Mancha 2792/2015, de 29 de octubre (rec. 206/2015), la invalidez permanente parcial implica una disminución mínima del 33 % en el rendimiento en el trabajo pero que no llega a afectar a las funciones esenciales de la profesión porque entonces nos encontraríamos ante el grado de incapacidad total y no el de parcial. La incapacidad permanente parcial no da lugar a una pensión sino a una indemnización en pago único compatible con la continuidad profesional del trabajador.

La incapacidad permanente es el vehículo adecuado para la protección social de la trabajadora con una endometriosis grave que se cronifica y cuyos síntomas pierden su carácter cíclico tornándose permanentes. Dependiendo de sus limitaciones funcionales, procederá la incapacidad total o absoluta. La enfermedad, cuando afecta al intestino, provoca diarreas que pueden llegar a ser constantes, con muchas deposiciones diarias, dificultando la permanencia en el puesto de trabajo. Dicha presencia también podría verse obstaculizada en casos en los que las mujeres tienen incontinencia urinaria. La sedestación y la bipedestación son otras de las posibles limitaciones funcionales de la endometriosis. Los daños en el suelo pélvico pueden limitar el transporte de cargas. Habituales son los cuadros de fatiga crónica y de dolor. Este último constituye la principal limitación de la endometriosis, pues en algunos casos llega a ser incompatible con cualquier tarea. Hay indicios de que nos encontramos ante uno de estos casos cuando la trabajadora lleva bastante tiempo tratándose el dolor en la unidad del dolor mediante parches de morfina u otros medicamentos muy fuertes. Usualmente, este tipo de casos tendrán un historial de múltiples cirugías y periodos de incapacidad temporal¹⁰.

4. PROBLEMAS EN LA VALORACIÓN JURISPRUDENCIAL DE INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL Y ABSOLUTA EN LA ENDOMETRIOSIS

4.1. LA ENDOMETRIOSIS NO CONSTITUYE UN ELEMENTO SIGNIFICATIVO PARA EL FALLO DE LA SENTENCIA

La corrección jurídica de un hipotético sesgo de género en las incapacidades permanentes se hace muy difícil pues el escaso interés de la medicina por la enfermedad se plasma en la vaguedad de los informes médicos y estos se trasponen sin cuestionamiento a los equipos de valoración de incapacidades y a los tribunales. La judicatura (no podría ser de otro modo) no desea usurpar la función de los médicos. Muchos informes carecen de la información necesaria para poder realizar una valoración objetiva de la gravedad del caso, dado que se percibe la ausencia de indicadores imprescindibles: grado de la endometriosis o calificación de la misma como profunda. Como resultado, en la mayoría de los casos, la endometriosis aparece citada de pasada en el cuadro clínico, entre otras muchas enfermedades, y no constituye un elemento significativo para el fallo de la sentencia, de manera que su presencia resulta tan irrelevante como si no se la hubiera mencionado. Ejemplificamos esto con una serie de casos desestimatorios en los que la endometriosis aparece en el cuadro clínico junto a otras enfermedades pero luego no se la menciona más y se prioriza expresamente alguna otra enfermedad, señalándose que esa otra enfermedad es la más relevante para el caso:

¹⁰ Información sobre la evolución de esta enfermedad puede encontrarse en la Guía SNS (2013).

En la STSJ de Murcia de 10 de octubre de 2016 (rec. 64/2016), una mujer sufre varias enfermedades según el cuadro clínico (entre ellas, la endometriosis). En un momento dado, la sentencia va enumerando varias de las patologías que presenta la mujer sin volver a mencionar la endometriosis (pues considera que lo relevante son las limitaciones en la columna vertebral). Esta invisibilidad de la endometriosis se produce también en la STSJ de Galicia de 7 de julio de 2016 (rec. 3756/2015), que sí presta cierta atención a la fibromialgia y a la fatiga crónica. Por su parte, la STSJ del País Vasco de 10 de mayo de 2016 (rec. 815/2016) se centra en limitaciones en la columna vertebral. La STSJ de Madrid de 25 de abril de 2016 (rec. 175/2016) se centra en la artritis. La STSJ de Andalucía de 14 de marzo 2016 (rec. 2663/2015) destaca que la patología más relevante es la enfermedad de Crohn. En la STSJ de Valencia de 30 de octubre 2015 (rec. 1147/2015), se considera que la deficiencia más significativa es el trastorno depresivo. En la STSJ de Asturias de 26 de junio 2015 (rec. 1132/2015), se destaca la fibromialgia. En la STSJ de Cataluña de 17 de diciembre 2014 (rec. 5908/2014), la argumentación se centra solo en la lumbalgia. La STSJ de Andalucía 3158/2014, de 27 de noviembre, se centra en los efectos secundarios a un tratamiento oncológico por carcinoma ductal infiltrante de mama. La STSJ del País Vasco 690/2016, de 12 de abril, se centra en la lumbalgia, el cuadro depresivo severo, la cervicgia, el hipotiroidismo, la migraña, los microinfartos, el cáncer de mama y el daño en C3 (nótese que a pesar de destacar todas estas enfermedades no aparece la endometriosis). La STSJ de Galicia 1738/2016, de 18 de marzo, se centra en los padecimientos lumbares. La STSJ de Galicia 7302/2015, de 11 de diciembre, se centra en una artrosis cervical y lumbar. La STSJ de Galicia 6111/2015, de 16 de noviembre, enfatiza también en las limitaciones lumbares. La STSJ de Cataluña 5993/2015, de 14 de octubre, hace hincapié en la depresión.

4.2. EL CARÁCTER PERMANENTE DE LAS LESIONES

Un motivo de denegación de la incapacidad por endometriosis es la consideración de que las lesiones valoradas no son permanentes. Consideramos que es relevante destacar que la endometriosis es una enfermedad crónica que va empeorando progresivamente en al menos el 50% de los casos (*Cfr.* Koninckx, P. R., Meuleman, C., Demeyere, S., Lesaffre, E. y Cornillie, F. J., 2006) y recurrente también en un 50% de los casos (Guo, 2009, p. 450), de modo que es muy habitual que vuelva a aparecer tras una o varias intervenciones quirúrgicas. Es habitual, por tanto, encontrar mujeres que han pasado por varias cirugías de eliminación de tejido endometrial sin que hayan conseguido mejorar su estado de salud, especialmente entre las mujeres con el subtipo de endometriosis «profunda», que son la mayoría de las que piden incapacidades permanentes. Este grupo de mujeres es el que padece los síntomas más graves e intensos, que pueden motivar una solicitud de incapacidad permanente. El tejido vuelve a reproducirse y los síntomas resisten a las cirugías y a los tratamientos hormonales, acumulando además los efectos secundarios y secuelas derivados de los mismos (Hummelshoj, 2004). Las limitaciones de los tratamientos existentes han sido remarcados por la European Society for Human Reproduction and Embryology (Kennedy *et al.*, 2005, p. 2.701).

No existe un tratamiento curativo ni una cirugía completamente eficaz. Como señala la Guía de SNS (2013):

La endometriosis es una de las enfermedades más enigmáticas y controvertidas de la ginecología, por ello no existe un tratamiento idóneo para la misma. Por el momento no existe ningún tratamiento capaz de lograr los cuatro objetivos terapéuticos básicos:

1. Suprimir los síntomas (dolor pélvico).
2. Restaurar la fertilidad.
3. Eliminar la endometriosis visible, y
4. Evitar la progresión de la enfermedad.

El tratamiento hormonal suprime la función ovárica y eso reduce el dolor de la endometriosis, aunque no en todos los casos. Además, los agentes supresores de la ovulación son perjudiciales para la fertilidad y a esto hay que sumar los efectos secundarios¹¹, que provocan que estén contraindicados para determinadas mujeres. Por ejemplo, debido a sus efectos adversos sobre la masa ósea, los fármacos agonistas de la gonadotropina no pueden ser usados por menores de 17 años y deben utilizarse por el resto de pacientes solo como último recurso. Además de los tratamientos hormonales, el dolor de la endometriosis se trata con analgésicos, antiinflamatorios, antihiperalgésicos y, en los casos más graves, opioides (morfina, fentanilo, metadona, etc.) (Guía SNS, 2013).

Con respecto a la cirugía laparoscópica, representa a día de hoy la mejor opción para eliminar focos de endometriosis, mejorar la sintomatología dolorosa e incrementar la fertilidad en endometriosis moderada y severa. No obstante, la cirugía laparoscópica es de alta dificultad (incluso más compleja que la oncológica y su abordaje requiere un equipo multidisciplinar con profesionales en ginecología, urología, cirugía digestiva, etc.) y es muy habitual que queden lesiones sin extirpar, por no ser vistas o por ser muy complejas de eliminar. Como consecuencia de cirugías imperfectas (*Cfr.* Carmona *et al.*, 2009), el tejido sin extirpar vuelve a proliferar o, por el contrario, una intervención excesiva causa daños o elimina tejido ovárico u órganos, causando afectaciones permanentes o disminuyendo las posibilidades genésicas de la mujer. Estas cirugías imperfectas dan lugar a un riesgo quirúrgico cada vez mayor en cada cirugía debido a la proliferación de adherencias y a una gran desestructuración de la anatomía. Las cirugías repetidas pueden dar lugar a un aumento del dolor.

¹¹ *Cfr.* Selak, V., Farquhar, C., Prentice, A. y Singla, A. A. (2007). Los autores de esta revisión científica encuentran que el danazol, medicamento hormonal, mejora el dolor asociado a la endometriosis y la mejoría persiste después de 6 meses de haber acabado el tratamiento. Sin embargo, su uso debe ser limitado por los efectos adversos androgénicos asociados. *Cfr.* Davis, L., Kennedy, SS., Moore, J. y Prentice, A. (2007). En esta revisión, los autores encuentran que no existe suficiente evidencia sobre el papel de los anticonceptivos orales para mejorar el dolor de las mujeres con endometriosis en comparación con otros tratamientos. Se necesitan más estudios con un diseño adecuado.

A pesar de las muchas limitaciones de los tratamientos y de los altísimos niveles de recurrencia (Hummelshoj, 2004), un motivo frecuente de desestimación de la endometriosis como causa de incapacidad es considerar que las lesiones no son permanentes. Así, la STSJ de Asturias 1973/2017, de 13 de junio (rec. 1061/2017), desestima la incapacidad permanente en cualquiera de sus grados al considerar que no se objetivan reducciones anatómicas o funcionales de carácter permanente e irreversible. Es un caso de una repostera artesana con endometriosis severa y malformación uterina. La sentencia considera que es insuficiente la alegación de la afectada por la endometriosis de que la cirugía a la que no ha querido someterse por el momento sea extremadamente compleja y las posibilidades de recuperación sean francamente inciertas. Máxime teniendo en cuenta que la actora se encuentra en tratamiento hormonal con análogos de GnRH y está citada para dentro de 3 meses al objeto de comprobar si se produce mejora (según el informe de la sanidad pública). De estos dos hechos (rechazo de la cirugía y tratamiento hormonal en curso) deducen los magistrados que la endometriosis no es previsiblemente definitiva. Consideramos que la conclusión de esta sentencia es precipitada dado que lo cierto es que no existe un tratamiento para la endometriosis y que las posibilidades de recuperación mediante una cirugía son inciertas. Como no existe un tratamiento efectivo, la incapacidad permanente no debería estar condicionada al hecho de que la mujer se haya sometido a una cirugía.

La jurisprudencia parece considerar que las cirugías constituyen una cura para la endometriosis y tal vez esto es consecuencia, en cierta medida, de que los informes médicos no especifiquen si la enfermedad ha reaparecido tras una intervención o si la intervención ha dejado secuelas. Como consecuencia comprensible, el fallo ignora la relevancia de la endometriosis en el caso valorado y se produce la falsa impresión de que la cirugía es una cura para la enfermedad y de que las lesiones no son permanentes o no lo son previsiblemente. Esto contradice la evidencia científica, que pone de manifiesto que la endometriosis grave es recurrente y que los actuales tratamientos aspiran a paliar el dolor o a aumentar las posibilidades de concepción¹² y, en ocasiones, ambas opciones son mutuamente excluyentes, de modo que someterse a un tratamiento para paliar el dolor dificultará o hará imposible la concepción. Así como señala la Guía SNS (2013):

Mientras que para el tratamiento del dolor con frecuencia las terapias hormonales y las cirugías radicales pueden ser una buena opción, estas estrategias habitualmente dificultan la consecución del embarazo. Por otra parte, los tratamientos de fertilidad se basan en la máxima conservación de la función ovárica y ello con frecuencia es un obstáculo para el tratamiento del dolor (p. 35).

La STSJ de Cataluña 932/2017, de 30 de enero (rec. 6632/2016), desestima la incapacidad permanente a una mujer que padece fibromialgia (18 puntos gatillo), depresión y endometriosis intervenida quirúrgicamente con resección del recto, cistectomía y adhesiolisis. La sentencia

¹² *Vid.* AETS (2007): «Hoy día no existe un tratamiento causal de la endometriosis. El tratamiento es sintomático encaminado esencialmente a tratar el dolor y la esterilidad. Se usa terapia hormonal, analgesia, y en casos avanzados métodos quirúrgicos».

destaca, en lo relativo a la endometriosis, que aparece como intervenida quirúrgicamente y no se indican limitaciones funcionales.

En la endometriosis es frecuente que las opciones terapéuticas impliquen este tipo de decisiones difíciles. Así ocurre con la histerectomía. Esta cirugía tiene altas posibilidades de eliminar el dolor causado por la endometriosis, pero implica importantes consecuencias: renunciar a toda posibilidad de gestar una criatura, someterse a una menopausia con la consiguiente decalcificación precoz que puede tener secuelas en la salud ósea de la mujer joven, sufrir dolores o incontinencia urinaria como consecuencia de los cambios anatómicos generados por el vacío de la pelvis y asumir la posibilidad de que a pesar de esto, la endometriosis sobreviva a la histerectomía. Aunque la histerectomía constituya una intervención que implica pérdida de órganos y consecuencias relevantes para el estado de salud, las sentencias parecen tratar una histerectomía en el historial como si se tratase de un tratamiento exitoso sin menoscabo alguno. Este punto de vista resulta escandaloso, pues normalmente nadie considera la amputación de un miembro corporal funcional un tratamiento ideal a una enfermedad¹³.

La STSJ de Murcia 2040/2016, de 5 de octubre (rec. 115/2016), expone el caso de una mujer intervenida de endometriosis mediante ooforectomía, salpinguectomía e histerectomía subtotal. Padece un trastorno depresivo a consecuencia de la endometriosis. La sentencia señala, basándose en un informe médico, que la endometriosis parece resuelta con la histerectomía. Por su parte, la STSJ de Galicia 3154/2015, de 23 de abril (rec. 3856/2013), expone el caso de una mujer con endometriosis grado IV con síndrome adherencial severo, cuatro intervenciones quirúrgicas, con histerectomía total más doble anexectomía. La sentencia considera que tras la histerectomía total y la doble anexectomía, la secuela que queda es retención urinaria que necesita autosondaje intermitente, pero que esto no afecta a su trabajo como joyera porque el aseo está cerca y ella puede sondarse en una bolsa específica o directamente en el inodoro. A pesar de que la mujer refiere continuar con dolor, la sentencia destaca que no consta tratamiento al respecto. Consideramos que este último caso resulta significativo porque se trata de una mujer con secuelas importantes tras una histerectomía y que refiere continuar sintiendo dolor.

Consideramos que un prudente criterio jurisprudencial sería considerar permanentes las limitaciones funcionales causadas por la endometriosis, especialmente en los casos graves y recurrentes a varios tratamientos o a una cirugía (o varias), sin que ello niegue la posibilidad incierta de mejora tras una cirugía. La incierta posibilidad de mejoría no sería obstáculo a la declaración de la incapacidad permanente, pues siempre queda la posibilidad de revisión.

Encontramos sentencias en las que se señala que la endometriosis es una enfermedad que cursa en brotes de agudización y por eso deniegan su carácter permanente. Lo peculiar de estos casos es que no se trata de supuestos de endometriosis leve o moderada, sino de endometriosis

¹³ Como señala López (s. f.), sorprende la enorme facilidad con la que a las mujeres les quitan el útero y no así a los hombres la próstata. La banalización que se hace de la eliminación de las trompas, los ovarios o el útero denota, según la doctora, la percepción de las mujeres como objetos mejorables a las que se les puede quitar y poner partes del cuerpo.

grave e incluso recidivada tras cirugía, de modo que es extraño que cursen en brotes, pues en este estadio es corriente la cronicidad de muchos síntomas (aunque puedan continuar agudizándose con la menstruación). Pensamos que el problema puede radicar en la vaguedad de los informes médicos. La STSJ de Cataluña 8378/2016, de 23 de septiembre (rec. 3918/2016), contiene el caso de una mujer con endometriosis recidivada tras cirugía con múltiples adherencias. La sentencia considera que sus limitaciones funcionales (endometriosis y soriaris) no son permanentes porque cursan en brotes y, por tanto, es preferible la incapacidad temporal cuando esos brotes se produzcan.

La STSJ de Galicia 5586/2016, de 14 de julio (rec. 4421/2015), expone el caso de una teleoperadora con endometriosis grado IV (la más grave) dos años después de una histerectomía simple, apendicectomía, anexectomía bilateral, con dolor abdominal persistente después de la operación, con estreñimiento pertinaz, problemas articulares, dolor abdominal rectal previo a las deposiciones con tratamiento en la unidad del dolor, presenta problemas para permanecer sentada o en decúbito supino y debe tomar analgésicos antes de defecar. Suele usar bastón por dolores en la cadera. En informes de parte aparece también que el dolor previo a la defecación genera desmayo y deja dolor severo durante horas y que el problema no tiene solución quirúrgica debido a los antecedentes y que en la unidad del dolor le suministran opioides de tercer escalón y opioides fuertes (oxicodona e Instanyl).

Este caso reúne muchos de los elementos que suelen dar lugar a la estimación de la incapacidad permanente (que luego veremos): endometriosis grado IV con recidiva a varias cirugías drásticas, dolor abdominal, afectación rectal con dolor severo al defecar y tratamiento en la unidad del dolor con opioides. Sin embargo, se producen 3 circunstancias que condicionan la desestimación: la sentencia destaca que la mujer está en desempleo desde hace 5 años (resaltar este aspecto parece insinuar que es sospechosa de interés rentista), su profesión habitual era teleoperadora (esta profesión demanda poco esfuerzo físico) y según el médico forense la enfermedad opera por brotes de agudización y se encuentra bien en los periodos intercríticos. Consideramos que en este caso el informe es especialmente sospechoso, difícilmente una endometriosis grado IV sumada a las secuelas de las cirugías que se mencionan puede estar libre de sintomatología crónica (más allá de brotes), máxime teniendo en cuenta que la mujer se trata en la unidad del dolor con opiáceos, cosa que seguramente no sería necesaria si tuviese 3 o 4 brotes concentrados en unos días del mes, que probablemente por su carácter eventual responderían a una analgesia más ligera.

La profesión también puede haber sido un factor significativo en el caso de la denegación de la incapacidad permanente en la STSJ de Andalucía 429/2016, de 14 de enero (rec. 1772/2015), a una administrativa de la Agencia Tributaria que padece endometriosis ovárica y síndrome adherencial, tratada con cirugía pero cuya endometriosis persiste, con dolor abdominal y estreñimiento crónico con fisura anal, gastritis, autosondajes con vejiga hipoactiva, epilepsia desde la infancia y trastorno de ansiedad generalizada. Esta sentencia realiza una argumentación genérica que define la incapacidad permanente y señala, sin más justificación, que la mujer puede desarrollar su profesión habitual a pesar de estas enfermedades. Seguramente, también ha influido la escasa concreción de las limitaciones funcionales.

4.3. LA SUSCEPTIBILIDAD DE DETERMINACIÓN OBJETIVA

Una cuestión fundamental en relación con la prueba en los procesos judiciales de incapacidad permanente es la determinación objetiva de la endometriosis y del grado de invalidez que esta causa. Las evidencias empíricas (que determinan el estadio de la enfermedad) sirven para probar que un caso es incapacitante (y normalmente muy doloroso), pero su ausencia no sirve para demostrar que un caso carece de gravedad. Los mecanismos que causan dolor en la endometriosis están siendo objeto de investigación (Cfr. Ding *et al.*, 2017)¹⁴, por lo que es previsible que en el futuro sean explicados aquellos casos de dolor que ahora carecen de evidencia que los explique.

En primer lugar se ha de señalar, en lo relativo a la objetivación del daño, que el diagnóstico de la endometriosis se acompaña de evidencias físicas visibles, tanto en los casos graves como en los leves. Incluso el diagnóstico clínico basado en técnicas no invasivas acompaña la historia clínica y los síntomas con un examen clínico que permite observar alteraciones físicas. Los signos posibles en la exploración física son palpación de pelvis dolorosa, úteros fijos en retroversión o aumento de los ovarios. En ocasiones, puede haber signos más claros, como la palpación de nódulos infiltrativos en los ligamentos útero-sacros o el fondo de saco de Douglas o la visualización directa de las lesiones características en la vagina o cérvix (Guía SNS, 2013). La detección de estos nódulos es más fiable si la exploración se realiza durante la menstruación. Este diagnóstico es correcto entre un 78 y un 87% de los casos, si bien el patrón oro en el diagnóstico de la endometriosis es la cirugía laparoscópica (Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2006, p. 10), que permite afirmar con total precisión que existe endometriosis (el tejido puede ser visto, manipulado, extraído y analizado) y, con relativa precisión, descartar la existencia de endometriosis. Otras pruebas, como el examen histológico, las mediciones del CA 125, la ecografía transvaginal, la resonancia magnética nuclear, los ultrasonidos o la tomografía axial computarizada (TAC), sirven para probar su existencia pero carecen de validez para probar la inexistencia de la endometriosis, siendo necesaria una laparoscopia si estas pruebas no muestran nada (Guía SNS, 2013).

En segundo lugar, en lo relativo a la objetivación del daño, hemos de analizar las evidencias empíricas de la gravedad que nos permitirán estimar el alcance incapacitante de la enfermedad. Aunque el grado puede, en algunos casos, ser determinado mediante otras pruebas, la laparoscopia es la prueba que normalmente permite estadificar la enfermedad. Nótese que la enfermedad solo puede diagnosticarse con precisión mediante cirugía (AETS (2017), lo que dificulta mucho el diagnóstico y lo retrasa provocando su detección en estadios avanzados en los que los síntomas son graves. Es necesario que se avance en el desarrollo de pruebas diagnósticas no invasivas.

La severidad de la enfermedad se establece mediante dos clasificaciones distintas (Guía SNS, 2013). La primera es la de la Sociedad Americana de Fertilidad y la Sociedad Americana de Me-

¹⁴ La temática de este trabajo de 2017 muestra que continúan indagándose las causas del dolor, aún poco claras.

dicina Reproductiva (American Society for Reproductive Medicine), que resulta útil para realizar pronósticos acerca de la fertilidad, pero resulta menos precisa para explicar los casos de sintomatología dolorosa. Esta clasificación se realiza de forma cuantitativa, según el número, el tamaño de las lesiones, su localización, profundidad y densidad. De forma resumida, se clasifica la enfermedad en: grado I mínimo: implantes aislados y sin adherencias; grado II leve: implantes superficiales menores de 5 centímetros adheridos o diseminados sobre la superficie del peritoneo y ovarios; grado III moderado: implantes múltiples superficiales o invasivos, adherencias alrededor de las trompas o periováricas que pueden ser evidentes; grado IV severo: implantes múltiples, superficiales y profundos que incluyen grandes endometriomas ováricos con grandes adherencias membranosas.

Otra clasificación, que suele ser más precisa para determinar el dolor, es la que señala que hay tres formas básicas de presentación de la enfermedad: 1. Endometriosis peritoneal superficial (tipo I), 2. Endometriosis ovárica (tipo II) y 3. Endometriosis profunda (tipo III). La endometriosis profunda presenta un grado de fibrosis superior a las otras dos y es considerada la de mayor gravedad (AETS, 2007), pues puede afectar a los uréteres, la vejiga y el intestino, cuya afectación concreta requerirá pruebas complementarias como la ecografía transvaginal, rectal o abdominal, resonancia magnética nuclear y otras. El grupo de pacientes sin endometriosis profunda, que son más del 90 %, suelen presentar síntomas menos severos y sus cirugías son más efectivas, con menos posibilidades de recidiva. Aunque debido a la vaguedad de los informes algunos no especifiquen el tipo de endometriosis ante el que nos encontramos, cuando se menciona la afectación rectal, uretral, de la vejiga, el intestino o bien cirugías de apéndice, constatamos que estamos enjuiciando un caso de endometriosis profunda.

Dentro de las endometriosis clasificadas como profundas, aún puede estadiarse más la gravedad de la enfermedad atendiendo a la profundidad de las lesiones, coexistiendo un dolor máximo cuando la penetración en profundidad del peritoneo es mayor o igual a 6 milímetros (Guía SNS, 2013). Las endometriosis de mayor gravedad dentro de las que son graves son aquellas que tocan el nervio pudendo, causando neuralgia del mismo y siendo mayor el dolor cuanto mayor es la afectación de dicho nervio. Por desgracia, los informes que encontramos en los tribunales no suelen concretar tanto, aunque podemos tener en cuenta el dato de que la afectación del pudendo suele dar lugar a dolores crónicos muy intensos, que se tratan en las unidades del dolor con la mayor analgesia y pueden comprometer la sedestación, la bipedestación y el transporte de cargas. Si encontramos un caso de afectación del pudendo, podemos concluir rápidamente que las limitaciones funcionales son permanentes, pues la cirugía que lo trata se da en pocos países del mundo y es muy peligrosa. En estos casos, es recomendable conceder la incapacidad permanente absoluta (excepcionalmente, la total).

En los procesos de incapacidad permanente, ambas clasificaciones tienen valor orientativo para la objetivación de la gravedad, debiendo plantearse especialmente la estimación de la incapacidad en los casos de endometriosis grado III-IV y en los casos de endometriosis profunda, atendiendo a la afectación de órganos concretos (concediéndose automáticamente en aquellos casos excepcionales en los que la endometriosis cause neuralgia del pudendo). Normalmente, este tipo de casos graves se verán acompañados por referencia documental al tratamiento de la mujer en las unidades del dolor, pues la analgesia corriente habrá resultado insuficiente. En los casos de

endometriosis profunda o III-IV, los síntomas de la enfermedad usualmente han progresado desde el carácter cíclico hacia el carácter permanente, por lo que encontraremos dolor crónico e intenso, fatiga crónica, afectación a otros sistemas (incontinencia fecal, urinaria, estreñimiento con fisuras anales, dolor intenso en la deposición, necesidad de sondaje para orinar, secuelas en la anatomía provocadas por las cirugías que comprometan movilidad, sedestación, bipedestación, cargas, posible adicción a la morfina) y resecciones orgánicas como consecuencia de cirugías (esto es algo que no debería pasarse por alto, especialmente en los casos de anexectomía o hysterectomías). Si bien la regulación de incapacidad permanente nos impide deducir las limitaciones funcionales a partir del estadio de la enfermedad, sí resulta conveniente que tengamos en cuenta que existe una cierta correlación entre el grado/tipo y las limitaciones funcionales.

De hecho, parece que un problema habitual que encuentran tanto la Administración como la judicatura es que los informes médicos no precisan las limitaciones funcionales (y, a menudo, ni siquiera el tipo de la endometriosis, a pesar de que el historial sugiera que se trata de un caso de gravedad). Así, la STSJ de Cataluña 843/2016, de 1 de febrero (rec. 5338/2015), expone el caso de una oficial administrativa con dolor abdominal crónico por endometriosis y ovarios poliquísticos que ha sufrido múltiples intervenciones de cesárea, laparotomía, hysterectomía y eventroplastia, con trastorno depresivo leve-moderado. Esta información resulta insuficiente para concretar las limitaciones funcionales y esto es lamentable, dado que esta mujer ha sido tributaria de cirugías significativas. La sentencia se limita a realizar una argumentación jurídica genérica que define las características de la incapacidad permanente y a exponer (sin justificación) que en este caso las patologías no impiden el esfuerzo y dedicación necesarias para el desarrollo de la profesión, teniendo en cuenta que el puesto de auxiliar administrativo no demanda grandes esfuerzos físicos.

Un problema que refieren las afectadas es que hay pocos profesionales de la ginecología con conocimiento especializado de la enfermedad. Esta existencia de pocos especialistas obliga en ocasiones a las afectadas a desplazarse para operarse a otra comunidad autónoma en busca de un determinado especialista de la medicina privada, con la consiguiente pérdida de fuerza probatoria del informe conseguido. Someterse a la cirugía con el médico que toca en la medicina pública no siempre es la mejor opción terapéutica (una mala cirugía dificulta futuras cirugías y da lugar a recidiva, pues el tejido no eliminado se reproduce). Suele atribuirse (razonablemente) un mayor valor probatorio a los informes procedentes de la medicina pública. Aunque este criterio suele ser impecable en la mayor parte de los casos, en enfermedades poco conocidas, como la endometriosis, esta situación puede ser un hándicap.

5. CRITERIOS JURISPRUDENCIALES PARA LA ESTIMACIÓN DE LA INCAPACIDAD PERMANENTE POR ENDOMETRIOSIS

A continuación, vamos a exponer las características de los casos en los que se ha concedido el grado de incapacidad permanente total para la profesión habitual o el grado de incapacidad permanente absoluta para cualquier profesión.

5.1. ESTIMACIÓN DE LA INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL

Hay numerosas sentencias estimatorias en las que la endometriosis no se constituye como determinante para el fallo, sino que se concede por otras enfermedades. Por ejemplo, la STSJ de Castilla-La Mancha 76/2015, de 22 de enero (rec. 864/2014), expone el caso de una mujer con profesión de pescadera y que padece fibromialgia (18 puntos gatillo), endometriosis ovárica intervenida, trastorno ansioso-depresivo, síndrome de fatiga crónica y trastorno del nervio óptico por el cual ha perdido la visión de un ojo. Este caso es interesante porque las cuatro primeras enfermedades representan el cuadro por excelencia de la mujer con endometriosis, dado que suelen presentarse asociadas. La sentencia señala que la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica son las enfermedades más importantes pero que «no se objetivan limitaciones de movilidad significativas en ninguna articulación ni segmento, se conserva la marcha, tampoco se afectan facultades cognitivas, la paciente puede dormir con la medicación prescrita». La sentencia refiere que otros casos de fibromialgia con 18 puntos gatillo llegan a comprometer incluso la autonomía del paciente. Señala que es doctrina reiterada que:

El dolor puede ser por sí mismo un factor incapacitante si, existiendo base para su existencia, es de tal índole que interfiere la vida ordinaria del afectado. Pero no consta tal circunstancia en el caso que nos ocupa, esto es, no existe rastro de una mínima solidez que nos indique que tal dolor no se encuentra controlado en lo sustancial. Llegado este punto debemos insistir nuevamente en que en el tipo de dolencia que valoramos, no basta con una mera alegación genérica de su gravedad por su simple existencia. Es necesario que la clínica que acompañe a la enfermedad sea susceptible de generar limitaciones significativas, valorables en relación a la invalidez que se solicite. Así las cosas, la interesada tiene contraindicadas tareas de sobreesfuerzo físico, permanencia en bipedestación o deambulación prolongadas, y sobrecarga de articulaciones, que son típicamente constitutivas de su categoría como pescadera. Sin embargo, no evidenciamos que se haya agotado la posibilidad de desarrollar tareas más sedentes o livianas, que la interesada podría asumir sin la exigencia de sacrificios, quedando por ello una relevante capacidad residual para la realización otro tipo de trabajos.

Hay otros ejemplos de sentencias estimatorias de la incapacidad permanente total en las que la endometriosis no es relevante para el fallo: STSJ de Asturias 2189/2016, de 19 de julio (rec. 1381/2016), propietaria de empresa de hostelería a la que se le concede por una grave migraña diaria un trastorno ansioso-depresivo y una patología osteoarticular; SSTSJ de Andalucía 3296/2016, de 28 de abril (rec. 260/2016), peona agrícola a la que se le estima por dolencias osteoarticulares, anemia crónica y síndrome diarreico; 15244/2016, de 10 de febrero (rec. 2137/2015), autónoma de bar a la que se le estima por lesiones en los hombros y por una depresión; 366/2016, de 14 de enero (rec. 2663/2015), jornalera agrícola a la que se le estima por fibromialgia y lesiones osteoarticulares; 1078/2015, de 12 de febrero (rec. 1678/2014), abogada que obtiene la incapacidad por carcinoma de mama con neoplasia y limitaciones a la agudeza visual; 3831/2015, de 4 de mayo (rec. 678/2015), enfermera que la obtiene por artritis reumatoide y síndrome de Sjögren; STSJ

de Cataluña 6620/2015, de 18 de junio (rec. 1000/2015), limpiadora a la que se le concede por lesiones osteoarticulares. Todas estas sentencias ponen de manifiesto la poca relevancia jurídica que se otorga a la endometriosis y resultan interesantes porque suelen compartir dos características: en casi todas estas sentencias, la profesión habitual implica gran desgaste físico y casi todas comparten la existencia de unos informes con limitaciones funcionales claras y muy relacionadas con la profesión en cuestión.

Con respecto a las sentencias estimatorias de la incapacidad permanente total, hay que reseñar que la mayoría de los casos que hemos encontrado corresponden a profesiones con requerimientos físicos: dependienta¹⁵, camarera¹⁶, auxiliar de conservas¹⁷ y empleada del hogar¹⁸, con excepción del caso de la auxiliar de artes gráficas¹⁹. En casi todos los casos hay un trastorno ansioso depresivo²⁰, múltiples o drásticas cirugías²¹. En todas las estudiadas hay limitaciones funcionales a la movilidad, sedestación o bipedestación²² y en casi todas hay afectación del aparato digestivo²³. Algunas de estas sentencias son las siguientes:

La STSJ de Islas Canarias 3233/2016, de 26 de julio (rec. 396/2016), resuelve el caso de una oficial de artes gráficas con doble anexectomía, histerectomía, resección parcial de vejiga, resección sigma y recto superior por tumor endometrial con afectación a estos órganos. Trastorno ansioso depresivo reactivo leve (tomó tratamiento psiquiátrico). Cinco laparotomías realizadas que han dejado algias abdominales y la limitación de que no debe realizar ninguna actividad laboral que exija esfuerzos físicos que hagan poner en juego la musculatura abdominal, como cargar objetos pesados u otros ejercicios físicos importantes. La sentencia considera que el trastorno psiquiátrico compromete además el mantenimiento de la atención necesaria para el desempeño de su labor con la dedicación, constancia y eficacia requeridas.

¹⁵ STSJ de Andalucía 1274/2015, de 19 de marzo (rec. 478/2015).

¹⁶ STSJ de Cantabria 959/2015, de 24 de julio (rec. 388/2015).

¹⁷ STSJ de Murcia 2475/2015, de 2 de noviembre (rec. 264/2015).

¹⁸ STSJ de Madrid 463/2016, de 20 de enero (rec. 527/2015).

¹⁹ STSJ de Islas Canarias 3233/2016, de 26 de julio (rec. 396/2016).

²⁰ STSJ de Andalucía 1274/2015, de 19 de marzo (rec. 478/2015), STSJ de Murcia 2475/2015, de 2 de noviembre (rec. 264/2015), STSJ de Madrid 463/2016, de 20 de enero (rec. 527/2015), STSJ de Islas Canarias 3233/2016, de 26 de julio (rec. 396/2016).

²¹ STSJ de Cantabria 959/2015, de 24 de julio (rec. 388/2015), STSJ de Madrid 463/2016, de 20 de enero (rec. 527/2015), STSJ de Islas Canarias 3233/2016, de 26 de julio (rec. 396/2016).

²² STSJ de Andalucía 1274/2015, de 19 de marzo (rec. 478/2015), STSJ de Cantabria 959/2015, de 24 de julio (rec. 388/2015), STSJ de Murcia 2475/2015, de 2 de noviembre (rec. 264/2015), STSJ de Madrid 463/2016, de 20 de enero (rec. 527/2015), STSJ de Islas Canarias 3233/2016, de 26 de julio (rec. 396/2016).

²³ STSJ de Cantabria 959/2015, de 24 de julio (rec. 388/2015), STSJ de Murcia 2475/2015, de 2 de noviembre (rec. 264/2015), STSJ de Madrid 463/2016, de 20 de enero (rec. 527/2015), STSJ de Islas Canarias 3233/2016, de 26 de julio (rec. 396/2016).

La STSJ de Madrid 463/2016, de 20 de enero (rec. 527/2015), resuelve el caso de una mujer que trabaja como empleada de hogar con endometriosis severa que derivó en sepsis abdominal con fallo multiorgánico tras cirugía, le colocaron una malla por eventración con reconstrucción. Tiene un trastorno ansioso depresivo reactivo al tratamiento. La sentencia señala, basándose en los informes, que debe evitar cargar pesos, hacer esfuerzos físicos tanto en bipedestación como en sedestación, debido a la debilidad de la musculatura abdominal por las múltiples cicatrices y al dolor lumbar. Asimismo, debe evitar las posturas forzadas de la columna vertebral, estando limitada para tareas que supongan esfuerzo de musculatura abdominal.

La STSJ de Cantabria 959/2015, de 24 de julio (rec. 388/2015), aborda el caso de una camarera que padece endometriosis severa refractaria a tratamiento con histerectomía y anexectomía, afectación recto-sigma y síndrome adherencial intestinal masivo. La sentencia refiere afectación generalizada de toda la zona abdominal, cuadro que va acompañado de fuerte dolor en la zona y su limitación tanto para la bipedestación prolongada como para la prensa abdomino-pélvica. Sus cometidos de camarera implican la bipedestación continua, sirviendo en la barra o en las mesas, así como la carga de ciertos pesos (bandejas, cajas de bebidas, etc.), incompatibles con su patología ginecológica.

5.2. ESTIMACIÓN DE LA INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA

Hay casos en los que se estima la incapacidad permanente absoluta sin que la endometriosis sea relevante para el fallo. Entre ellos está la STSJ de Madrid 7541/2016, de 15 de junio (rec. 161/2016), caso de una monitora de comedor escolar que la obtiene fundamentalmente por la fibromialgia que le provoca dolor y cansancio generalizados y le impide la «sedestación prolongada, por lo que no puede realizar esfuerzos, no coger peso, no puede realizar deambulación prolongada por dolor constante, tampoco puede bajar ni subir escaleras, no puntillas, no talón». Otro caso es la STSJ de la Comunidad Valenciana 603/2016, de 28 de enero (rec. 1737/2015), profesional técnica de calidad aeronavegabilidad (helicópteros) que la obtiene por dolencias lumbares en tratamiento por la unidad del dolor con morfina y necesidad de ayuda para la incorporación y otras actividades, «limitación a la movilidad dorso lumbar, intolerancia a la carga de pesos, para realización de esfuerzos físicos, sedestaciones, bipedestaciones y deambulación mantenidas».

La STSJ de Andalucía 4422/2017, de 20 de abril (rec. 2746/2016), expone el caso de una mujer con endometriosis ovárica y fibromialgia para la que la mayoría de padecimientos proceden de una protrusión discal. Sin embargo, estas limitaciones funcionales son análogas a las que se presentan en casos severos de endometriosis: limitación a sedestación y bipedestación prolongada y flexión mantenida o repetida, para la carga, para la conducción prolongada de vehículos y para la realización de tareas que requieran concentración y atención, tratamiento de todos sus dolores en unidad del dolor (paracetamol y codeína ocasionalmente, parches de morfina). Limitada para tareas que impliquen altos requerimientos físicos. Trastorno por ansiedad generalizada. Polimedicación con efectos secundarios sobre el sueño. Dolor a nivel sacro, no irradiado, continuo y diario con bloqueo caudal sin eficacia.

Hay otros casos en los que una endometriosis muy grave, incorporada a un cuadro clínico anterior, justifica el paso de la incapacidad permanente total a la absoluta. Así ocurre en la STSJ de Galicia 3692/2016, de 13 de mayo (rec. 2131/2015) y en la STSJ de Castilla y León 804/2016, de 29 de febrero (rec. 2416/2015).

Por último, encontramos sentencias en las que la endometriosis es relevante para el fallo que estima la incapacidad permanente absoluta. La STSJ de Baleares 715/2016, de 15 de julio (rec. 122/2016), expone el caso de una mujer que trabaja como cajera reponedora, que padece fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, endometriosis profunda grado IV con afectación de la pared rectovaginal tratada quirúrgicamente en dos ocasiones mediante quistectomía y resección de foco en tabique rectovaginal con sección de uterosacro con tratamiento farmacológico. Agotamiento y trastorno ansiosodepresivo en tratamiento. Dolor pélvico, lumbar y cervical que afecta al descanso nocturno. Se encuentra en tratamiento en la unidad del dolor pues el dolor es continuo y no remite a pesar de la analgesia. La sentencia refiere que «el dolor generalizado y la fatiga a mínimos esfuerzos parecen incompatibles con el ejercicio de toda profesión con la necesaria eficacia y con un rendimiento económicamente aprovechable».

La STSJ de Cataluña 12015/2015, de 10 de diciembre (rec. 4918/2015), resuelve el caso de una administradora de empresa con dolor pélvico crónico, fistula anal compleja polioperada y endometriosis profunda con múltiples intervenciones quirúrgicas (canulación de nuevo trayecto fistuloso supraesfinteriano y colocación sedal). Endometriosis pelviana con afectación renal, intestinal y ovárica; incontinencia fecal como secuela de nueve intervenciones quirúrgicas perianales y trastorno distímico mixto, hernia de hiato, hepatitis C y espondiloartrosis generalizada. La sentencia señala: «las dolencias que la parte demandante padece (...) configuran un cuadro que le impide incluso la realización de tareas sedentarias o livianas».

La STSJ de Cataluña 6016/2015, de 11 de junio (rec. 540/2015), resuelve el caso de una auxiliar administrativa y teleoperadora con trastorno depresivo reactivo en tratamiento y crónico de larga duración. Endometriosis profunda severa intervenida en muchas ocasiones (laparotomía, histerectomía y anexectomía radical, resección de implante endometrial que requiere reparación intraoperatoria, implante de catéter doble en uréter izquierdo) y algias pélvicas persistentes; ha realizado controles en clínica del dolor, siendo tratada con parches de morfina. Persistencia del dolor en zona pélvica y sacra y en zona lumbar, con limitación a movilización y esfuerzo en zona abdominal y sacra e intolerancia a sedestación mantenida. Anteriormente presentó melanoma maligno intervenido, tumor vesical y quistes ováricos por endometriosis, actualmente en recidiva y pendiente de nueva intervención:

Las dolencias que la parte demandante padece, y que se describen en el inmodificado relato histórico de la sentencia recurrida, configuran un cuadro que le impide el correcto desempeño de cualquier tipo de tareas con las exigencias de dedicación continuada y profesionalidad propios de un trabajo del actual mercado laboral, dado que sus dolencias le ocasionan un dolor que solo puede tolerar con ayuda de los tratamientos que le proporciona la clínica del dolor (entre ellos, la morfina). El instituto alega

que no se han agotado las posibilidades terapéuticas pero no ha pedido una revisión de los hechos probados para que pueda tenerse presente tal dato. Por el contrario, el ordinal sexto, en el que se describen las dolencias, refleja que la evolución es tórpida, que el dolor persiste y sigue presentando intolerancia a la sedestación y limitación a la movilización y al esfuerzo; por lo que si efectivamente se produjera la deseable recuperación o mejoría para la actora, esta no se presenta próxima.

Como factores reseñables presentes en estas sentencias de incapacidad permanente absoluta por endometriosis destacamos: trastorno ansioso depresivo, múltiples y severas intervenciones quirúrgicas, tratamiento con morfina en unidad del dolor, limitaciones a la movilidad, sedestación o bipedestación, afectación intestinal con incontinencia fecal, fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, dolor lumbar y afectación al descanso nocturno.

6. CONCLUSIONES

Las enfermedades de alta prevalencia femenina se ven lastradas por el escaso interés que tradicionalmente la medicina les ha dedicado, como resultado existe poco conocimiento sobre las mismas y escasos avances en técnicas diagnósticas. Tal vez parte del problema radique en la existencia de estereotipos sexistas. A esta situación se enfrentan las afectadas por la endometriosis, que son tildadas de exageradas por quejarse del dolor menstrual mientras el tejido endometrial va invadiendo sus órganos, llevando a generar significativas limitaciones funcionales. Se ha sostenido que las enfermedades de alta prevalencia femenina, a fin de revertir su marginación, habrían de ser acreedoras de un tratamiento jurídico singularizado de acuerdo con el artículo 27 de la Ley Orgánica 3/2007 de igualdad. La situación de ostracismo de la endometriosis se expresa en su ausencia en el Real Decreto 1971/1999, que contiene enfermedades que son causa de discapacidad, a pesar de que la condición llega a ser incapacitante en estadios avanzados y produce marginación social al colectivo de afectadas.

La incapacidad permanente es la categoría jurídica adecuada para la protección social de la trabajadora con endometriosis grave cuyos síntomas pierden el carácter cíclico tornándose permanentes. Sin embargo, la endometriosis parece ser tratada con desdén en la jurisprudencia, ignorándose su presencia en la fundamentación jurídica (se trata a la enfermedad igual que si no apareciera) y considerando que cualquier otra enfermedad tiene más gravedad que la misma. A menudo la judicatura justifica que la corrección jurídica de un hipotético sesgo de género en las incapacidades permanentes se hace muy difícil pues el escaso interés de la medicina por la enfermedad se plasma en la vaguedad de los informes médicos y estos se trasponen sin cuestionamiento a los equipos de valoración de incapacidades y a los tribunales. La judicatura no quiere usurpar la función de la medicina y muchos informes carecen de la información necesaria para poder realizar una valoración objetiva de la gravedad del caso, dado que se percibe la ausencia de indicadores imprescindibles: grado de la endometriosis o reducciones funcionales que produce.

Un motivo de denegación de la incapacidad por endometriosis es la consideración de que las lesiones valoradas no son permanentes y han desaparecido tras los tratamientos. Pero entre las mujeres con endometriosis «profunda», que son la mayoría de las que piden incapacidades permanentes (por la gravedad de sus reducciones funcionales), lo más frecuente es que el tejido vuelva a reproducirse tras las cirugías y tratamientos hormonales, acumulando además los efectos secundarios y secuelas derivados de los mismos. La jurisprudencia parece considerar que las cirugías constituyen una cura para la endometriosis y tal vez esto sea consecuencia de que los informes médicos no especifican si la enfermedad ha reaparecido tras una intervención o si la intervención ha dejado secuelas. Como consecuencia comprensible, el fallo ignora la relevancia de la endometriosis. Esto contradice la evidencia científica, que pone de manifiesto que la endometriosis grave es recurrente y que los actuales tratamientos solo aspiran a paliar el dolor. Consideramos que un prudente criterio jurisprudencial habría de reconocer el carácter previsiblemente permanente de las limitaciones funcionales causadas por la endometriosis, especialmente en los casos graves y con recidiva tras una o varias cirugías.

También hemos de destacar el tratamiento jurídico de la histerectomía, que parece abordarse como si constituyese una cura. Aunque esta cirugía radical tiene posibilidades de eliminar el dolor causado por la endometriosis, no es una opción inofensiva: supone renunciar a toda posibilidad de gestar una criatura, sufrir dolores o incontinencia urinaria como consecuencia de los cambios anatómicos generados por el vacío de la pelvis, someterse a una menopausia con la consiguiente decalcificación precoz que puede tener secuelas en la salud ósea de la mujer joven y causar mayor riesgo de infarto de miocardio y asumir la posibilidad de que a pesar de esto la endometriosis sobreviva a la histerectomía (como ponen de manifiesto muchos casos aquí citados). La histerectomía se aborda como si constituyese un tratamiento efectivo y este punto de vista nos resulta escandaloso, pues normalmente nadie considera la amputación de un miembro corporal funcional un tratamiento ideal para una enfermedad.

Otro problema que hemos encontrado es la denegación del carácter permanente de las limitaciones funcionales a causa del argumento de que la enfermedad cursa en brotes de agudización. Lo peculiar de tales casos es que no se trataba de supuestos de endometriosis leve o moderada, sino de endometriosis graves y recidivadas tras cirugía. Consideramos sospechosos estos casos pues es extraño que en este estadio todas las limitaciones funcionales cursen en brotes, dado que la endometriosis es una enfermedad progresiva que tiende hacia la cronicidad de sus síntomas.

Con respecto a la objetivación de la gravedad de las reducciones funcionales, consideramos que habría que valorar la incapacidad permanente especialmente en los casos de endometriosis grado III-IV y en los de endometriosis profunda, atendiendo a la afectación de órganos concretos (concediéndose automáticamente en aquellos casos excepcionales en los que la endometriosis cause neuralgia del pudendo). Normalmente, los casos IV o de endometriosis profunda vendrán acompañados por referencia documental al tratamiento de la mujer en las unidades del dolor, pues la analgesia corriente habrá resultado insuficiente. En los casos de endometriosis profunda o III-IV, los síntomas de la enfermedad usualmente han progresado desde el carácter cíclico hacia el carácter permanente, por lo que encontraremos dolor crónico e intenso, fatiga crónica,

afectación a otros sistemas (incontinencia fecal, urinaria, estreñimiento con fisuras anales, dolor intenso en la deposición, necesidad de sondaje para orinar, secuelas en la anatomía provocadas por las cirugías que comprometan movilidad, sedestación, bipedestación, cargas, posible adición a la morfina) y resecciones orgánicas como consecuencia de cirugías (esto es algo que no debería pasarse por alto, especialmente en los casos de resección del intestino o histerectomías). Lo aquí dicho no obsta a que algunos casos de grados inferiores (I-III) puedan ser acreedores de una incapacidad permanente por la especial sensibilidad del lugar en el que se encuentren los implantes, a pesar de ser escasos.

Parece que un problema habitual en la endometriosis es que los informes médicos no precisan las limitaciones funcionales (y a menudo ni siquiera el tipo o el grado de la endometriosis, a pesar de que el historial sugiera que se trata de un caso de gravedad). La jurisprudencia de la incapacidad permanente tiende a exigir que las reducciones funcionales deban figurar expresamente en el informe médico, aunque exista correlación entre el grado/tipo y las limitaciones funcionales del caso concreto. Esto conduce a las asociaciones de afectadas a plantearse batallar por una regulación tasada de la incapacidad permanente (semejante al sistema de valoración de la discapacidad), que tal vez podría paliar parcialmente el desconocimiento generalizado y los estereotipos que penden sobre la enfermedad.

Coincidimos con las asociaciones en que esta solución parece ser la más razonable. A pesar de ello, es necesario señalar que una regulación tasada presenta varios obstáculos: en primer lugar, tiene cierta dificultad realizar una regulación que se adapte a la amplia casuística de la endometriosis y a la pluralidad de motivos que provocan que un caso concreto sea incapacitante; en segundo lugar, dicha regulación no solucionaría del todo la vaguedad de los informes médicos porque muchos ni siquiera contienen referencia a una escala a la que se puedan asociar las limitaciones funcionales; en tercer lugar, no es seguro que las regulaciones tasadas produzcan un aumento de resoluciones favorables (una judicatura informada acerca de la gravedad de la enfermedad y comprometida a poner fin al ostracismo de la misma sería una solución preferible, aunque improbable); en cuarto lugar, una regulación tasada supondría un tratamiento especial para la enfermedad, rompiendo con el actual sistema de valoración de las incapacidades permanentes. Estos obstáculos pueden salvarse. A pesar de la amplia casuística, es posible (como hemos defendido en este artículo) objetivar la gravedad de un caso según parámetros generales y, por tanto, realizar una regulación. Si la regulación es buena, el resultado debería ser el aumento de las resoluciones favorables (un aumento razonable que respondería a la gravedad de cada caso). La regulación tasada no solucionaría por completo la deficiencia de los informes médicos y seguiría habiendo casos mal ponderados a causa del desconocimiento médico, pero la regulación disminuiría el problema. Con respecto al carácter especial de la regulación tasada, hemos de señalar que este tratamiento especial sería una respuesta adecuada ante una situación de invisibilidad que padecen las enfermedades de alta prevalencia femenina, plenamente justificable desde la normativa española e internacional de igualdad entre mujeres y hombres. Se ha de añadir que proponer una regulación tasada no constituye ninguna excentricidad, pues esta era la intención originaria del legislativo en lo concerniente al sistema de valoración de la incapacidad.

Por último, exponemos las conclusiones de mayor utilidad práctica para operadores jurídicos y afectadas por la endometriosis: los rasgos que comparten los casos tributarios de incapacidad permanente según el criterio de los tribunales. El análisis de casos de sentencias estimatorias de la incapacidad permanente total por endometriosis pone de manifiesto una serie de factores que componen el actual criterio jurisprudencial en la materia: la mayoría de los casos que hemos encontrado corresponden a profesiones con requerimientos físicos (siendo difícil conseguirla desde una profesión sedentaria), en casi todos hay un trastorno ansioso depresivo, múltiples o drásticas cirugías y afectación del aparato digestivo. En todas las sentencias estudiadas hay limitaciones funcionales a la movilidad, sedestación o bipedestación.

Por su parte, los criterios jurisprudenciales para la incapacidad permanente absoluta manifiestan una menor importancia de la profesión habitual (de modo que puede concederse a una profesión liviana y sedentaria, aunque sigue siendo más probable obtenerla desde una profesión física). El resto de factores son coincidentes con los de la incapacidad permanente total aunque, en general, se percibe en ellos una mayor gravedad (más cirugías o más drásticas, más limitaciones a la movilidad, etc.). La afectación intestinal puede ir acompañada de incontinencia fecal, en varios casos está presente una lumbalgia y pueden presentarse enfermedades asociadas a la endometriosis, como la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica, con afectación al descanso nocturno.

Referencias bibliográficas

- AETS (2017). *Endometriosis. Revisión de la evidencia científica*. Madrid: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). Instituto de Salud Carlos III. Recuperado de <<http://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/informeEvidenciaEndometriosis70308.pdf>> (consultado el 6 de enero de 2018).
- Ashton, H. (1991). Psychotropic-drug prescribing for women. *The British Journal of Psychiatry*, 158(10), 30-35.
- Bernstein, B. y Kane, R. (1981). «Physicians» attitudes toward female patients. *Med Care*, 19(6), 600-8.
- Brouwer, R. y Woods, R. J. (2007). Rectal endometriosis: results of radical excision and review of published work. *ANZ J. Surg*, 77(7), 562-571.
- Carmona, F., Martínez-Zamora, A., González, X., Ginés, A., Buñesch, L. y Balasch, J. (2009). Does the learning curve of conservative laparoscopic surgery in women with rectovaginal endometriosis impair the recurrence rate? *Fertility and Sterility*, 92(3), 868-875.
- César Carvajal, A. (2013). Aspectos psicopatológicos del dolor pelviano crónico: abordaje clínico. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(2), 270-276. Recuperado de <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864013701585#!>> (consultado el 6 de enero de 2018).

- Colameco, S., Becker, L. A. y Simpson, M. (1983). Sex bias in the assessment of patients complaints. *J-Fam-Pract*, 16, 1.117-1.121.
- Davis, L., Kennedy, SS., Moore, J. y Prentice, A. (2007). Modern combined oral contraceptives for pain associated with endometriosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3.
- Ding, S., Zhu, L., Tian, Y., Zhu, T., Huang, X. y Zhang, X. (2017). P2X3 receptor involvement in endometriosis pain via ERK signaling pathway. *PLoS ONE*, 12(9).
- Edlow, A. G. y Laufer, M. R. (2012). La endometriosis en los adolescentes. En J. A. García-Velasco y B. RMB Rizk, *Endometriosis: tratamiento actual y futuras tendencias*. Panamá: Jaypee-Highlights. Recuperado de <https://s887fc1a476f4682b.jimcontent.com/download/version/1435684430/module/6697004254/name/endometriosis_tratamiento_actual_y_futuras_tendencias_rinconmedico.net.pdf> (consultado el 6 de enero de 2018).
- Guía SAS. (2009). *Guía de atención a mujeres con endometriosis en el sistema sanitario público de Andalucía*. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud. Recuperado de <<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/datos/315/pdf/GUIA13abril09.pdf>> (consultado el 6 de enero de 2018).
- Guía SNS. (2013). *Guía de atención a las mujeres con endometriosis en el Sistema Nacional de Salud (SNS)*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de <<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENDOMETRIOSIS.pdf>> (consultado el 6 de enero de 2018).
- Guo, SW. (2009). Recurrence of endometriosis and its control. *Hum Reprod Update*, 15(4), 441-461.
- Hohmann, A. (1989). Gender Bias in Psychotropic Drug Prescribing in Primary Care. *Medical Care*.
- Hummelshoj, L. (2004). Meeting expectations in the chronically ill patient by extending the therapeutic network. In Z. Ben-Rafael, R. Lobo and Z. Shoham (Eds.), *Proceedings from the 5th World Congress on Controversies in Obstetrics, Gynecology and Infertility*.
- Kennedy, S., Bergqvist, A., Chapron, C., D'Hooghe, T., Dunselman, G., Greb, R., Hummelshoj, L., Prentice, A. y Saridogan, E. (2005). ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. *Hum Reprod*, 20, 2.698-2.704.
- Koninckx, P. R., Meuleman, C., Demeyere, S., Lesaffre, E. y Cornillie, F. J. (2006). Suggestive evidence that pelvic endometriosis is a progressive disease, whereas deeply infiltrating endometriosis is associated with pelvic pain. *Fertil Steril*, 55, 759-765.
- López Carrillo, M. (s. f.). La medicalización de la vida y la salud de las mujeres. *Revista Mujeres y Salud*. Recuperado de <http://www.caps.cat/images/stories/Medicalizacion_de_la_vida_y_la_salud_Xarxa_de_salut_Margarita_Lopez_Carrillo.pdf> (consultado el 6 de enero de 2018).
- Lousada Arochena, J. F. (2010). El tratamiento jurídico de la fibromialgia en perspectiva de género. *Aequilias: Revista jurídica de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres*, 26, 30-37.
- Matorras, R. y Cobos, P. (2010). Epidemiology of endometriosis. In J. A. García-Velasco and Rizk MRB (Eds.), *Endometriosis Current Management and Future Trends* (pp. 10-8). New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers.
- Rivas Vallejo, P. (2009). Aspectos jurídicos en la incapacidad y discapacidad en el síndrome de fatiga crónica. En T. Fernández de Sevilla Ribosa (Dir.), *VII Jornada sobre Avances en el Síndrome de Fatiga Crónica*. Recuperado de <<http://laff.es/pdf/SFCRIVASI.pdf>> (consultado el 6 de enero de 2018).

- Rogers, P. A. W., D'Hooghe, T. M., Fazleabas, A., Gargett, C. E., Giudice, L. C., Montgomery, G. W., ... y Zondervan, K. T. (2009). Priorities for endometriosis research: Recommendations from an international consensus workshop. *Reproductive Sciences*, 16(4), 335-346.
- Royal College of Obstetricians and Gynecologists. (2006). The investigation and management of endometriosis. *RCOG Guideline*, 24, 1-14.
- Selak, V., Farquhar, C., Prentice, A. y Singla, A. A. (2007). Danazol for pelvic pain associated with endometriosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4.
- Valls-Llobet, C. (2001). Desigualdades de género en salud pública. *Quadern CAPS*, 30.
- Valls-Llobet, C. (2006). *Mujeres invisibles*. Barcelona: Debolsillo.