

**EN TORNO A LA CALIFICACIÓN DEL COVID PERSISTENTE
COMO INCAPACIDAD PERMANENTE**

***REGARDING THE CLASSIFICATION OF LONG COVID AS
PERMANENT DISABILITY***

RAQUEL POQUET CATALÁ

*Catedrática Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social
Universidad Internacional de La Rioja (UNIR)*

<https://orcid.org/0000-0001-9606-8832>

Cómo citar este trabajo: Poquet Catalá, R. (2025). En torno a la calificación del COVID persistente como incapacidad permanente. *Lex Social, Revista De Derechos Sociales*, 15 (2), 1–28. <https://doi.org/10.46661/lexsocial.12127>

RESUMEN

En este trabajo se lleva a cabo un análisis del COVID persistente y su calificación como incapacidad permanente en sus diferentes grados, así como su consideración de derivada de contingencias comunes o profesionales. Para ello, se realiza, en primer lugar, un estudio científico-médico de esta patología, para posteriormente, proceder a un análisis de los requisitos y características configuradoras de la incapacidad permanente en sus diferentes grados, y estudiar el encaje de esta patología en cada uno de sus grados, analizando la posición de la doctrina, tanto científica como judicial. Finalmente, se analiza su relación con el trabajo, y su consideración como derivada de contingencias profesionales o comunes. Se deduce la ausencia de una postura unánime, ni en su calificación, ni en su etiología, por lo que debe analizarse caso por caso.

PALABRAS CLAVE: COVID persistente, incapacidad permanente total, incapacidad permanente absoluta, contingencias profesionales.

ABSTRACT

This paper analyses Long COVID and its classification as a permanent disability in its different degrees, as well as its consideration as derived from common or occupational contingencies. To this end, in the first place, it is carried out a scientific-medical study of this pathology, followed by an analysis of the requirements and characteristics that configure permanent disability in its different degrees, and a study of the fit of this pathology in each of its degrees, analysing the position of both scientific and judicial doctrine. Finally, its relationship with work is analysed, and its consideration as derived from occupational or common contingencies. It is deduced that there is no unanimous position, neither in its classification nor in its ethology, so it must be analysed on a case-by-case basis.

KEYWORDS: Long COVID, total permanent disability, absolute permanent disability, occupational contingencies.

SUMARIO

I. Introducción.

II. COVID persistente. Aproximación científico-médica.

III. Valoración de las personas afectadas por el COVID persistente, desde el punto de vista médico-legal.

IV. Breve referencia a la incapacidad permanente.

1. Conceptuación y requisitos configuradores de la incapacidad permanente.

2. Grados de la incapacidad permanente.

2.1. Incapacidad permanente parcial.

2.2. Incapacidad permanente total.

2.3. Incapacidad permanente absoluta.

2.4. Gran Incapacidad.

V. El COVID persistente, ¿contingencia común o profesional?

VI. Conclusión

Bibliografía

I. Introducción

En los últimos años se observa un incremento de la incidencia de enfermedades que, hasta el momento, no eran objeto de tanta atención. Se trata de enfermedades que están adquiriendo una relevancia médica y social por las consecuencias que conllevan a todos los niveles, especialmente, porque dichas enfermedades son complejas en cuanto a su estudio. Se trata de, entre ellas, el síndrome de fatiga crónica, fibromialgia, síndrome de piernas inquietas, sensibilidad química múltiple o COVID persistente, entre otras.

Un elevado porcentaje de las personas que han padecido COVID refieren, tras la recuperación de la fase aguda de la enfermedad, una serie de manifestaciones clínicas tanto subjetivas como objetivas que se prolongan más allá de tres semanas e, incluso, de tres meses del cuadro clínico original. No existe todavía una nomenclatura consensuada para referirse a este cuadro, pero quizá la más usada es la de COVID persistente.

En los pacientes que han superado un episodio de COVID agudo se observa con frecuencia la persistencia de síntomas clínicos más allá del tiempo en que ordinariamente se da por finalizada la fase aguda de la enfermedad. No hay unanimidad en relación con el término para denominar esta enfermedad, ni tampoco sobre sus criterios diagnósticos. Se han sugerido los términos de COVID post-agudo o prolongado y COVID crónico, entendiendo que lo sufren aquellos pacientes que mantienen síntomas o signos de enfermedad tres semanas o tres meses tras el comienzo del episodio agudo, respectivamente¹. En este caso, se utilizará la denominación de COVID persistente.

Según un estudio desarrollado por Halpin et al., del 20 al 90 % de las personas que han sufrido COVID-19 presentan síntomas semanas o meses después del diagnóstico de la infección². Asimismo, un 72 % de las personas que necesitaron UCI refieren fatiga, así como dificultad respiratoria un 6,6 %, y alteraciones psicológicas un 47 %³. En España, concretamente, de un estudio de 77 personas que padecieron esta enfermedad, el 51 % de las mismas padeció COVID persistente; el 9,3 % tuvo alteraciones espirométricas, y el 19 % radiológicas⁴.

La cuestión que se plantea es relacionar esta patología de COVID persistente con la declaración de incapacidad permanente, así como, en su caso, con su origen laboral, pues el número de estudios es escaso, lo que dificulta asimismo su reconocimiento como enfermedad profesional o accidente de trabajo. A ello, cabe añadir que los síntomas propios de la misma se solapan, muchas veces, con otras comorbilidades, lo que dificulta su valoración clínica y su diferenciación respecto de otras similares.

¹ Del Rio C.; Collins L.F.; Malani P., “Long-term Health Consequences of COVID-19”, *Jama*, 2020. DOI: 10.1001/jama.2020.19719

² Halpin S.; O’Connor, R.; Sivan, M., “Long COVID and Chronic COVID syndromes”, *J Med virol*, 2020, DOI: 10.1002/jmv.26587

³ Chopra V.; Flanders, S.A.; O’Malley, M.; Malani, A.N.; Prescott, H.C., “Sixty-day outcomes among patients hospitalized with COVID-19”, *Ann Intern Med.*, 2020, DOI: 10.7326/m20-5661; Moreno Pérez O. et al., “Post-acute COVID-19 Syndrome. Incidence and risk factors: a Mediterranean cohort study”, *J Infect*, vol. 82, núm. 3, 2021. DOI: 10.1016/j.jinf.2021.01.004

⁴ Moreno Pérez O. et al., “Post-acute COVID-19... op. cit.

De ahí, la necesidad de realizar un estudio tanto desde el punto de vista médico analizando sus características epidemiológicas y clínicas para poder asociarlo a un origen laboral, y poder declararse la incapacidad permanente derivada de contingencias profesionales.

II. COVID persistente. Aproximación científico-médica

El COVID persistente comparte muchas características con el síndrome de fatiga crónica, en general, o también denominado encefalomielitis miálgica, que constituye una enfermedad de compleja valoración objetiva en base a pruebas clínicas, por lo que comporta dificultades en cuanto a su declaración de incapacidad permanente. De hecho, no existen unos claros límites de diferenciación.

En primer lugar, cabe matizar la terminología, pues, el “long covid” o “covid persistente” es un concepto que se refiere a los síntomas persistentes más allá de la fase aguda o inicial, es decir, es aquel proceso que, en términos generales presenta signos, síntomas y afecciones que continúan o se desarrollan después de la infección inicial por SARS-CoV-2. Los signos, síntomas o condiciones están presentes cuatro semanas o más después de la fase inicial de la infección, pueden ser multisistémicos y pueden presentarse con un patrón de recaídas y remisiones y progresión o empeoramiento con el tiempo.

El National Institut for Health and Care Excellence (NICE) propone las siguientes definiciones. Por un lado, la COVID-19 aguda suele durar hasta cuatro semanas desde la aparición de los síntomas. Cuando los síntomas persisten más de cuatro semanas o si aparecen complicaciones tardías o a largo plazo, se habla de COVID-19 posaguda. Este último término engloba a los pacientes con COVID persistente y con secuelas post-COVID-19⁵.

El síndrome de fatiga crónica fue propuesto por primera vez por Holmes et al. en 1988 para renombrar el hasta entonces llamado síndrome crónico del virus del Epstein-Barr, al hacerse evidente que algunas personas compartían las características clínicas para su diagnóstico⁶. El concepto COVID persistente se aplica a aquellos síntomas mantenidos más allá de cuatro e, incluso, doce semanas tras la infección aguda o que aparecen subsiguientemente.

Posteriormente, tras los estudios que apuntan a una inflamación generalizada y a una neuropatología multisistémica, se considera más apropiado el término encefalomielitis miálgica⁷. Se trata de una enfermedad crónica y de etiología desconocida que afecta a distintos sistemas del cuerpo humano, como el sistema nervioso central, el sistema inmune, el gastrointestinal o el cardiovascular, entre otros⁸. Generalmente, se inicia con

⁵ National Institute for Health and Care Excellence, *Practitioners RC of G, Scotland HI. Covid-19 rapid guideline: Managing the long term effects of COVID-19*. London: NICE, 2020.

⁶ Holmes, G.P., et al., “Chronic Fatigue Syndrome: A working case definition”, *Ann Intern Med*, vol. 108, núm. 387, 1988, p. 9. <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-108-3-387>

⁷ Carruthers, B.M., et al. “Myalgic encephalomyelitis: International Consensus Criteria”, *J. Intern Med*, vol. 270, núm. 327, 2011, p. 38.

⁸ Rasa, S., et al. “Chronic viral infections in myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome (ME/CFS)”, *J Transl Med*, vol. 16, núm. 1, 2018, p. 268.

un estado similar a una enfermedad gripal que luego no mejora y del cual el paciente no puede recuperarse por afectar a múltiples sistemas dando lugar a un variado catálogo de síntomas del que se destacan la fatiga, alteración del sueño y dolor muscular⁹.

Es una enfermedad crónica que se caracteriza por una fatiga grave e incapacitante que no mejora con el descanso, que suele ir acompañada de dolor multifocal, así como de trastornos del sueño y disfunción cognitiva, y, además, empeora incluso con mínimos esfuerzos.

Según la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia, el COVID persistente es el conjunto de síntomas multiorgánicos persistentes tras la infección aguda por SARS-CoV-2, con una duración superior a entre uno y cuatro meses. Es una enfermedad, por tanto, a largo plazo, cíclica, progresiva y multifásica¹⁰.

Además, es de destacar que, según la doctrina científico-médica¹¹, queda constatada una mayor prevalencia de este proceso en la población femenina, y especialmente de entre 30 y 50 años de edad¹². Así, se señala que “hasta la fecha, no estaba claro si el género podía ser un factor relevante en la presencia de síntomas pos-COVID-19. Algunos trabajos habían encontrado una mayor presencia de determinados síntomas en las mujeres que en los varones, pero este es el primer estudio que busca específicamente contestar a esta pregunta”¹³.

Diversos estudios abogan a que la posible causa del síndrome de fatiga crónica puede estar motivado por determinados virus, como el Epstein-Barr¹⁴, o en el caso del COVID persistente por el virus SARS-CoV-2, aunque no hay confirmación clínica. Se postula que tres son los pilares que podrían explicar esta patología. En primer lugar, los virus generan una alteración del sistema inmune; por otro lado, modulan y producen el daño de las mitocondrias de las células del huésped; y, por último, generarían un estado de autoinmunidad. Los virus evaden el sistema inmune y pueden alterar su normal

⁹ Garro, M. F.; Appiani, F.J.; Lisi, G.R.; Duarte, J.M., “Síndrome Pos-COVID y Síndrome de Fatiga Crónica: ¿Dos caras de la misma moneda?”, *Pren. Méd. Argent.*, vol. 107, núm. 7, 2021, p. 334.

¹⁰ Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia, *Guía Clínica para la atención al paciente long covid/covid persistente*, 2021. Disponible en https://www.semg.es/images/2021/Documentos/GUIA_CLINICA_COVID_Persistent_20210501_version_final.pdf

¹¹ Rogero Blanco, E.; Medina García, R.; Jerez Fernández, P.; Machín Hamalainen, S.; Vilà Torelló, C.; Herranz López, M.; López Rodríguez, J.A.; “COVID persistente: prevalencia, seguimiento y uso de recursos en Atención Primaria”, *Revista Clínica de Medicina de Familia*, vol. 16, núm. 4, 2023, p. 2, que en su estudio indica que se trata concretamente de un 55,8 %.

¹² Ordovás, J.M.; Sánchez Madrid, F., *Informe del GTM sobre COVID persistente*. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación, 2022. Disponible en https://www.ciencia.gob.es/dam/jcr:11919126-1134-48da-b30e-d340b51e98ec/Informe_de_GMT_sobre_COVID_persistente.pdf

¹³ Fernández de las Peñas C.; Martín Guerrero J.D.; Pellicer Valero Ó.J.; Navarro Pardo E.; Gómez Mayordomo V.; Cuadrado M.L.; Arias Navalón J.A.; Cigarán Méndez M.; Hernández Barrera V.; Arendt Nielsen L., Female Sex Is a Risk Factor Associated with Long-Term Post-COVID Related-Symptoms but Not with COVID-19 Symptoms: The LONG-COVID-EXP-CM Multicenter Study, *Journal of Clinical Medicine*, vol. 11, núm. 2, 2022. DOI: 10.3390/jcm11020413

¹⁴ El virus de Epstein-Barr es uno de los virus humanos más comunes en el mundo. También se lo conoce como virus del herpes humano de tipo 4 y es un miembro de la familia de los virus del herpes.

funcionamiento, por lo que la infección podría persistir en el tiempo y provocaría una activación crónica del sistema inmune que estaría directamente relacionada con una desregulación en la generación de las citoquinas inflamatorias y las moléculas no inflamatorias.

Las partículas virales pueden conducir a una función poco apropiada del sistema inmune, lo que podría llevar a una reactivación de una infección que se creía erradicada. Algunos virus alteran el funcionamiento de las células del sistema inmune generando una inadecuada respuesta para el tipo de infección, alterando la respuesta y modificando los niveles de las quimoquinas y las citoquinas generando una inflamación local¹⁵.

En su fisiopatología se han implicado la alteración del sistema inmunitario, que produciría una inflamación crónica, un aumento de la señalización de citoquinas proinflamatorias y una función anormal de múltiples tipos de células. Los mecanismos autoinmunes y el efecto neuroinvasor del virus pueden causar daños inflamatorios e isquémicos en las células y los tejidos del sistema nervioso central, lo que daría lugar en la degeneración neuronal, la desmielinización y el deterioro funcional¹⁶.

En este sentido, uno de los mecanismos que podría explicar el síndrome de fatiga crónica en las personas que han padecido una infección viral es la autoinmunidad. Una predisposición inmunológica en el paciente que sufre el síndrome es un constituyente para su desarrollo, de tal forma que, tras una afección aguda, el perfil inmunológico inadecuado y disfuncional de la persona susceptible, contribuiría a una reactivación de la infección y a una incompleta erradicación del patógeno.

Muchos pacientes que han superado un episodio de COVID-19 agudo presentan síntomas clínicos que van más allá del tiempo en que ordinariamente se da por finalizada la fase aguda de la enfermedad. Se entiende que lo sufren aquellas personas que mantienen síntomas o signos de enfermedad durante tres semanas o tres meses tras el comienzo del episodio agudo, respectivamente¹⁷. La denominación “post-covid” hace referencia a que los síntomas tienen lugar una vez superado el final o la curación de la fase aguda.

Los síntomas de esta enfermedad se manifiestan en astenia, fatiga, dificultad respiratoria, opresión torácica, dolores musculares, dificultad de concentración y alternaciones del sueño, entre otros, aunque no existe un patrón secuencial establecido. Según la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia¹⁸, los síntomas más frecuentes son: fatiga que genera malestar general (52%); dolor (48%); alteraciones del sueño o astenia (47%);

¹⁵ Lim E.J.; Ahn, Y.C.; Jang, E.S.; Lee, S.W.; Lee, S.H.; Son, C.G., “Systematic review and meta-analysis of the prevalence of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis”, *J Transl Med*, vol. 18, núm. 1, 2020, p. 100.

¹⁶ Poenaru, S.; Abdallah, S.J.; Corrales-Medina, V.; Cowan, J., “COVID-19 and post-infectious myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome: a narrative review”, *Ther Adv Infect Dis.*, núm. 8, 2021.

¹⁷ Greenhalg, T.; Kanight M., “Long Covid: A primer for family physicians”, *Am Fam Physician*, núm. 12, 2020, p. 716; Del Rio, C.; Collins, L.F.; Malani, P., “Long-term Health Consequences... *op. cit.*”

¹⁸ Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia, *Guía clínica para la atención al paciente long COVID / COVID persistente*. Madrid: ERGON, 2021. Disponible en https://www.semg.es/images/2021/Documentos/GUIA_CLINICA_COVID_Persistent_20210501_version_final.pdf

deterioro neurocognitivo, que provoca fallos de memoria y problemas para la concentración, en el trabajo, entre otros (36%); pérdida de olfato (anosmia) y pérdida del gusto (28%); disfonía (mayor frecuencia en mujeres que en hombres); ansiedad y depresión (23%).

De cualquier forma, la manifestación más frecuente es la respiratoria. Los síntomas respiratorios persistentes más comunes son disnea, tos y dolor torácico. La disnea es el síntoma más frecuente, superando el 40 %¹⁹, siendo además, más frecuente, en aquellas personas que presentaron insuficiencia respiratoria muy grave. De hecho, según estudios en pacientes, realizados tras el cuadro agudo, han mostrado deterioro ventilatorio restrictivo hasta en un 20 % de los casos y disminución de la capacidad de ejercicio medida por la prueba de la marcha hasta en un 27 %²⁰. A los tres meses del alta, un 55 % presentaba alternaciones en la función pulmonar²¹.

En cuanto a las manifestaciones neurológicas del COVID persistente son frecuentes y variadas, como cefalea, mareo, astenia, anosmia y alteraciones cognitivas²². La cefalea es una de las más frecuentes, siendo una cefalea continua, holocraneal y habitualmente no se acompaña de náuseas o vómitos.

La astenia es un síntoma también frecuente y se asocia con trastornos cognitivos diversos consistentes en alteración de la memoria, problemas para denominar y alteraciones ejecutivas.

En cuanto a manifestaciones músculo esqueléticas en pacientes tras COVID-19 destacan las artralgias, mialgias, calambres y contracturas musculares, dolor de espalda, atrofia y debilidad muscular. La fatiga y la debilidad muscular persistente es uno de los síntomas más frecuentes del COVID persistente²³.

Todas estas alteraciones afectan a la capacidad funcional motora, provocando una clara afectación sobre la calidad de vida, y la reincorporación a la vida laboral.

Todo ello, por consiguiente, causa manifestaciones psicológicas y psiquiátricas, relacionadas con sintomatología ansiosa y depresiva. Concretamente, aparecen mialgias, astenia, alteración del sueño, depresión, problemas de concentración, problemas de memoria, irritabilidad y euforia.

¹⁹ Carfi A, Bernabei R, Landi F., “Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19”. *Jama*. 2020. DOI: 10.1001/jama.2020.12603

²⁰ Das K.M., Lee E.Y., Singh R., Enani M.A., Al Dossari K., Van Gorkom K., *et al.* “Follow-up chest radiographic findings in patients with MERSCoV after recovery”, *Indian J Radiol Imaging*, vol. 27 núm. 3, 2017.

²¹ Hui D.S., *et al.*, “The 1-year impact of severe acute respiratory syndrome on pulmonary function, exercise capacity, and quality of life in a cohort of survivors”, *Chest*, vol. 128, núm. 4, 2005.

²² Alemanno F., *et al.*, “COVID-19 cognitive deficits after respiratory assistance in the subacute phase: A COVID-rehabilitation unit experience”, *PLoS One*, vol. 16, núm. 2, 2021.

²³ Disser N.P., *et al.*, “Musculoskeletal Consequences of COVID-19”, *J Bone Joint Surg Am.*, vol. 102, núm. 14, 2020.

Otras manifestaciones, aunque con menor frecuencia, son las relativas a síntomas digestivos como dolor abdominal, náuseas, vómitos y diarrea; manifestaciones dermatológicas como caída del cabello; enfermedad renal o tiroiditis²⁴.

En cuanto a su tratamiento, al no estar establecido la causa concreta de la aparición del síndrome, no hay un tratamiento para buscar la causa, sino que se centra en aliviar los síntomas. Así, existen varios fármacos como antidepresivos tricíclicos, o inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. También se ha llevado a cabo tratamiento con dosis de glucocorticoides y mineralocorticoides.

El ejercicio aeróbico progresivo también puede llegar a tener efectos positivos sobre los síntomas, actuando sobre el bienestar de la persona, y, sobre todo, evitar las propias consecuencias que puede conllevar el estar desprovistos de ejercicio por largos periodos de tiempo. La terapia cognitiva conductual también ha tenido buenos resultados en algunos pacientes²⁵.

III. Valoración de las personas afectadas por el COVID persistente, desde el punto de vista médico-legal

La cuestión clave se halla en cómo determinar y valorar el grado de afectación del COVID persistente sobre la capacidad laboral de la persona afectada.

En este sentido, en primer lugar, en 2006, la Sociedad Española de Reumatología²⁶ ya indicó –aunque referida a la fibromialgia- que “en la actualidad no existe ningún cuestionario, prueba analítica o exploración complementaria que permita hacer una clasificación de los pacientes con FM según el grado de afección”.

En segundo lugar, un panel de expertos español elaboró un documento de consenso interdisciplinar²⁷ para el tratamiento de la fibromialgia que concluyó que la clasificación de Giuesecke es la que cuenta con mayor evidencia científica y la más útil. No obstante, el Ministerio de Sanidad, en 2011, señaló que no existen estudios fiables sobre la “valoración de las limitaciones biomecánicas realizadas en el ámbito de la evaluación perital de estos pacientes”²⁸.

En tercer lugar, el Instituto de Investigación de Enfermedades Raras del Instituto de Salud Carlos III²⁹ señaló en su documento de consenso que “es complejo evaluar la incapacidad debido a que los criterios diagnósticos clínicos no han sido validados en el marco médico-legal, a la falta de pruebas objetivas y de instrumentos validados para cuantificar la

²⁴ Ruggeri R.M., Campenni A., Siracusa M., Frazzetto G., Gullo D., “Subacute thyroiditis in a patient infected with SARS-COV-2: an endocrine complication linked to the COVID-19 pandemic”, *Hormones (Athens)*, 2020.

²⁵ Garro, M. F.; Appiani, F.J.; Lisi, G.R.; Duarte, J.M., “Síndrome Pos-COVID y... *op. cit.* p. 340.

²⁶ Rivera, J., *et al.*, “Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia”, *Reumatol Clin*, núm. 2, 2006.

²⁷ Alegre de Miquel, C., *et al.*, “Documento de consenso interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia”, *Actas Esp. Psiquiatr.*, núm. 38, 2010.

²⁸ Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, *Fibromialgia*. Madrid: MSPSI, 2011.

²⁹ Pérez Avellaneda, A.; Martínez Gómez, M., “Síndrome de fatiga crónica. Documento de consenso”, *Aten. Primaria*, núm. 41, 2009.

incapacidad/discapacidad de esta entidad, y a que los instrumentos, si existen, tienen poco rendimiento médico-legal”.

En cuarto lugar, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) señala en su documento de consenso de 2017 que los criterios diagnósticos del ACR 2010³⁰, validados para la población española en 2016, “eliminan la evaluación por parte del médico, lo que convierte este cuestionario autoadministrado por parte del paciente en una herramienta útil para los estudios epidemiológicos (...) En otras palabras, esta herramienta no elimina la subjetividad, sino que sustituye la evaluación por parte del médico por la evaluación subjetiva del propio paciente”.

En quinto lugar, los estudios neuropsicológicos pueden poner de manifiesto el deterioro cognitivo puntual de las personas afectadas por fibromialgia o síndrome de fatiga crónica, aunque también con ciertas limitaciones. Por ejemplo, al comparar la exploración neuropsicológica de pacientes con fibromialgia y la de pacientes con deterioro cognitivo ligero se han obtenido resultados similares³¹.

En sexto lugar, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la AQuAS indican que “no se han observado nuevas evidencias convincentes sobre el diagnóstico, pruebas complementarias y el tratamiento efectivo de este amplio conjunto de síntomas agrupados en la fibromialgia. No se han producido avances relevantes y significativos en el conocimiento de las causas de esta enfermedad y en su tratamiento”³².

Por último, y en relación específica con el COVID persistente como señalan diversos estudios, hay una clara afectación sobre la capacidad de trabajo reduciéndola de manera considerable debido a la disfunción cognitiva, además de otros síntomas debilitantes. Además, muchas veces, el regreso al trabajo puede provocar recaídas debidas al esfuerzo mental y el estrés del trabajo³³.

Debido a las dificultades de objetivación de esta enfermedad, se propone la aplicación de escalas o cuestionarios de medición en salud que valoran cada uno de los síntomas que refieren los pacientes con este síndrome. Es necesario el desarrollo de una escala de medición específica para este síndrome que refleje de forma holística su afectación.

Por tanto, según los expertos, no existe evidencia de las enfermedades incluidas en el síndrome de sensibilización central que tengan criterios fiables para clasificar la discapacidad laboral. La ausencia de parámetros objetivos para determinar el diagnóstico o gravedad de estas enfermedades obliga a individualizar la gravedad de estas

³⁰ Wolfe, T., *et al.*, “The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity”, *Arthritis Care Res*, núm. 62, 2010.

³¹ Pericot Nierga, I., *et al.*, “Perfil cognitivo en la fibromialgia. Comparación con un grupo con deterioro cognitivo leve”, *Medicina clínica*, núm. 133, 2009.

³² Las recomendaciones de los anteriores documentos publicados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad –MSSSI (MSPSI 2011) y AQuAS (AQuAS 2011) mantienen su vigencia (2017).

³³ Arnanz González, I.; Martínez del Valle, M.; Recio García, S.; Blasco Redondo, R.; Benedito Pérez de Inestrosa, T.; Sanz Almazán, M., “Las escalas en la COVID-19 persistente”, *Med Gen Fam.*, núm. 10, 2021.

enfermedades, comportando la necesidad de individualizar la evaluación laboral de estos pacientes, teniendo en cuenta la comorbilidad y los requerimientos laborales.

El diagnóstico es, pues, basado en datos subjetivos, esto es, en los síntomas que padecen las personas afectadas. No obstante, no existe un patrón sintomático preciso que permita hacer el diagnóstico de esta entidad.

IV. Breve referencia a la incapacidad permanente

1. Conceptuación y requisitos configuradores de la incapacidad permanente

La situación de incapacidad permanente puede ser definida como aquella en la que se encuentra la persona trabajadora que, tratada médicamente, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva, previsiblemente definitivas, que suponen la disminución o la anulación de la capacidad laboral (art. 193 LGSS)³⁴.

Este precepto utiliza conceptos jurídicos indeterminados que obligan a llevar a cabo un análisis pormenorizado de cada uno de ellos. En el fondo, esa indeterminación del texto legal tiene su razón de ser en la flexibilidad, ya que permite adaptarse a cada caso en concreto según las circunstancias concurrentes³⁵.

Los elementos que configuran el concepto legal de incapacidad permanente son la alteración grave de la salud; la determinación objetiva o fijación del diagnóstico; el carácter permanente y definitivo de la alteración o previsiblemente definitivo; y la incidencia en la capacidad laboral.

En primer lugar, el art. 193 LGSS se refiere a las “reducciones anatómicas o funcionales graves”, que presenta la persona trabajadora tras haber estado sometida a tratamiento médico y haber sido dada de alta médica.

Las secuelas que existan en la fecha de afiliación de la persona beneficiaria a la Seguridad Social no impedirán la calificación de la situación de incapacidad permanente cuando se trate de personas con discapacidad si, con posterioridad a la afiliación, dichas secuelas se han agravado, provocando una disminución o anulación de la capacidad laboral que tenía la persona en el momento de su incorporación al sistema de Seguridad Social. Así, el TS ha señalado que “la situación que se ha de tener de cuenta, a los efectos de la declaración de IP, es la que el trabajador presenta en el momento en que se inicia el expediente de invalidez, siendo así que la dicción del párrafo primero del art. 193.1 LGSS es totalmente clara, quedando patente que las “reducciones anatómicas o funcionales” que se han de

³⁴ Literalmente, indica que “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”.

³⁵ Rivas Vallejo, P. (Dir.) *Tratado Médico-legal sobre Incapacidades Laborales. La Incapacidad Permanente desde el punto de vista médico y jurídico*. Cizur Menor: Aranzadi, 2006. p. 76.

computar son todas las existentes en el momento último y actual en que se lleva a cabo el trámite del expediente de incapacidad”³⁶.

En segundo lugar, se exige que las secuelas sean susceptibles de ser establecidas de forma objetiva, por lo que no es suficiente con padecer reducciones anatómicas o funcionales graves, sino que además es necesario que estas sea posible determinarlas de manera objetiva. El art. 193.1 LGSS hace referencia a que las reducciones sean “susceptibles de determinación objetiva”, lo cual exige que la patología de la persona trabajadora sea determinada de forma objetiva por especialistas médicos. En la mayoría de los casos deberán constar las pruebas diagnósticas apropiadas para poder definir las lesiones concretas padecidas por la persona trabajadora que puedan ser trasladadas al cuadro clínico residual.

En este sentido, la doctrina judicial considera que “lo verdaderamente relevante es que no hay dato alguno que permita objetivar la existencia de dolor, o por decirlo de otra forma, no hay prueba alguna de dolencia que justifique o explique el dolor manifestado por la actora... Por tanto, no concurre el primero de los requisitos para que proceda la declaración indicada, es decir, que las reducciones anatómicas o funcionales sean objetivas, que se puedan constatar médicamente de forma indudable”³⁷.

Para poder fijar el diagnóstico es importante el listado de enfermedades profesionales aprobado por el RD 1299/2006. En este sentido, un sector doctrinal considera que el dolor constituye una secuela altamente invalidante, cuya apreciación no se funda en las meras manifestaciones subjetivas de la persona afectada, sino que existe una base objetiva de la que se puede concluir su existencia. Es decir, entiende que son irrelevantes las manifestaciones dolorosas subjetivas que no se traduzcan en lesiones constatables científicamente ya sea mediante radiografías, electros.... No obstante, en la práctica es difícil escapar de los aspectos subjetivos³⁸. Por ello, las enfermedades mentales también pueden ser diagnosticadas.

En tercer lugar, se requiere que sean secuelas o reducciones previsiblemente definitivas. Este carácter definitivo de las reducciones significa la imposibilidad o casi imposibilidad de mejoría. El TS³⁹ manifiesta que la invalidez permanente requiere para su declaración que las secuelas no sean susceptibles de curación o mejoría mediante los correspondientes tratamientos médicos.

³⁶ STS de 21 de febrero de 2008, rec. núm. 67/2007.

³⁷ STSJ Andalucía, de 10 de junio de 2009, rec. núm. 850/2009.

³⁸ STS de 24 de junio de 1986, que señala que “la calificación de la incapacidad correspondiente, en base a las limitaciones que en el trabajador determinan los padecimientos que le aquejan, ofrece graves dificultades para su complejidad, dada la casi imposibilidad de reconducir a unidad los supuestos de hecho en su proyección jurídico-laboral y en razón de los problemas humanos que detrás de cada incapacidad permanente se encierran”.

³⁹ STS de 4 de julio de 1978.

Las reducciones anatómicas o funcionales han de ser irreversibles. No obstante, no es impedimento para su calificación la posibilidad de recuperación de la capacidad laboral de la persona trabajadora, cuando dicha posibilidad es incierta o a largo plazo⁴⁰.

En cuarto lugar, se requiere que exista una disminución o anulación de la capacidad laboral de la persona trabajadora. Debe valorarse, por consiguiente, la relación entre las lesiones o secuelas y la función, de manera que la incapacidad permanente constituye una situación individualizada para cada persona.

Por consiguiente, a efectos de la calificación del grado de incapacidad permanente, lo que se tiene en cuenta no es la lesión en sí misma, sino la repercusión que esta pueda tener sobre la capacidad de trabajo, puesto que el riesgo que se cubre no es propiamente el padecimiento de la lesión o enfermedad, sino la carencia de rentas que tales contingencias originan.

No es suficiente con que las dolencias sean graves, sino que, además, es necesario que la persona trabajadora se encuentre impedida en algún grado para su trabajo. Como señala la doctrina judicial “por muy grave que sea el cuadro clínico, si este en conexión a los requerimientos que constituyen el núcleo de la actividad profesional no alcanza relevancia para el desarrollo efectivo de un trabajo, ello impediría la calificación como incapacidad permanente; por el contrario, una dolencia o lesión aparentemente insignificante puede repercutir anulando la concreta realización de una profesión”⁴¹. Como señala nuestro TS, “lo decisivo para la determinación de una invalidez permanente y del grado correspondiente no es la mera descripción objetiva de las secuelas, sino el déficit orgánico o funcional que provocan y en definitiva su incidencia en la capacidad laboral del trabajador”⁴².

Por último, el quinto requisito es que la alteración de la salud ha de ser involuntaria. La anulación o disminución de la capacidad laboral no ha de ser imputable a la persona trabajadora, pues, en caso contrario, podría ser causa de denegación del derecho a la prestación. En este sentido, el dolo, el fraude, la imprudencia temeraria y la negativa a seguir un tratamiento sanitario impiden la calificación de la incapacidad permanente⁴³.

2. Grados de la incapacidad permanente

El art. 194.1 LGSS establece cuatro grados de incapacidad permanente en función del porcentaje de reducción de la capacidad de trabajo de la persona trabajadora. Estos grados son: incapacidad permanente parcial, incapacidad permanente total, incapacidad permanente absoluta, y gran incapacidad.

⁴⁰ SSTS de 6 de abril de 1990; de 19 de noviembre de 1990.

⁴¹ STSJ Comunidad Valenciana, de 25 de febrero de 1992.

⁴² STS de 8 de abril de 1989.

⁴³ SSTSJ Castilla y León, de 13 de noviembre de 1992; Extremadura, de 11 de julio de 1997, deniegan la calificación de la incapacidad permanente ante la negativa a someterse al tratamiento rehabilitador o la falta de colaboración en dicho tratamiento.

La incapacidad permanente total está relacionada con la profesión habitual de la persona trabajadora, debiendo distinguirse, además, en caso de accidente, sea o no de trabajo la desempeñada normalmente por la persona trabajadora al tiempo de sufrirlo; y en caso de enfermedad, común o profesional, aquella a la que la persona trabajadora dedicaba su actividad fundamental durante el periodo de tiempo, anterior a la iniciación de la incapacidad (art. 194. 2 LGSS).

Por tanto, el criterio para calificar el grado de la incapacidad permanente es el criterio profesional. Se ha planteado entre la doctrina si cabe entenderlo referido al grupo profesional del art. 22 ET, que redefine la clasificación profesional por grupos y no por categorías⁴⁴, o no⁴⁵. Otro sector⁴⁶ considera que se trata de conceptos jurídicos indeterminados, lo que genera inseguridad jurídica, por lo que propone un sistema centrado en el puesto de trabajo en “el que el trabajador realiza día tras día” que debe ser acreditado con pruebas testificales, periciales, etc. Asimismo, se propone entender que “el concepto clásico de profesión habitual, que no se identifica con unas concretas tareas o labores de un puesto de trabajo, sino con el contenido, más amplio y genérico, de la categoría o, más acorde ahora con la últimas reformas legislativas, el grupo profesional”⁴⁷.

Por tanto, “no cabe identificar, pues, profesión habitual con puesto de trabajo habitual ni con categoría, toda vez que lo que se quiere atender no es la específica incidencia que van a tener las secuelas en el concreto empleo que tiene el trabajador, sino algo de mayor significado, dado que normalmente se desempeña una sola a lo largo de la misma, por lo que si esta se trunca por razón de enfermedad o accidente, la incidencia que la causa es de una magnitud mucho mayor a la que deriva de la concreta pérdida de un específico empleo”⁴⁸. Una línea jurisprudencial considera que la profesión habitual es la desarrollada durante el mayor lapso temporal a lo largo de la vida laboral⁴⁹.

En definitiva, la delimitación de la profesión habitual no se identifica “con la categoría profesional, sino con aquellos cometidos que el trabajador está cualificado para realizar ya lo que la empresa le haya destinado o pueda destinarle en movilidad funcional, sin perjuicio de las limitaciones correspondientes a las exigencias de titulación académica o de pertinencia a un grupo profesional (...) dado que su profesiograma es muy amplio sin que sean relevantes los materiales sobre los que se actúa”⁵⁰.

⁴⁴ Aragón Gómez, C., “La compatibilidad entre el trabajo y la pensión de incapacidad permanente”, en Mercader Uguina, J.R., *La compatibilidad de las prestaciones del sistema de Seguridad Social y el Trabajo*. Valladolid: Lex Nova, 2013, p. 114.

⁴⁵ Barba Mora, A., *Incapacidades laborales y Seguridad Social*. Cizur Menor: Aranzadi, 2008, p. 39.

⁴⁶ Albert Embuena, V., *La incapacidad permanente contributiva, aspectos sustantivos y procesales*. Valencia: Tirant lo Blanch, 2017, p. 94.

⁴⁷ Martínez Barroso, M. R., *Influencia de la edad en las relaciones laborales: acceso al empleo y protección social*. Cizur Menor: Aranzadi, 2018, p. 522.

⁴⁸ STSJ Andalucía, de 11 de julio de 2018, rec. núm. 384/2018.

⁴⁹ STS de 9 de diciembre de 2022, rec. núm. 1197/2022.

⁵⁰ STS de 26 de octubre de 2016, rec. núm. 1267/2015.

Además, la capacidad residual de la persona afectada no debe valorarse solamente en términos cuantitativos sino cualitativos, y lo que ha llevado a la jurisprudencia a exigir que la capacidad residual no sea teórica sino material, en definitiva, que la capacidad resultante permita realizar una actividad laboral dentro de los parámetros de eficacia, calidad y constancia suficientes para que le permita permanecer en el mercado de trabajo en condiciones de libre acceso a la contratación; esto es, que su incapacidad no le excluya de la voluntad de contratación de cualquier empleador⁵¹.

2.1. Incapacidad permanente parcial

En primer lugar, la incapacidad permanente parcial viene definida en el art. 194 LGSS/1994 como aquella en la que se encuentra una persona trabajadora cuando sufre una disminución en su capacidad laboral no inferior al 33 % del rendimiento normal para la profesión habitual sin llegar a impedir a la persona trabajadora la realización de las tareas fundamentales de la misma.

Como se observa, pues, la incapacidad permanente se califica en el grado de parcial cuando la capacidad laboral se reduce como mínimo un tercio, pero sin que alcance al grado de total. La doctrina jurisprudencial⁵² considera que el porcentaje de reducción se debe tomar sólo como índice aproximado sin exigir prueba terminante al respecto y específica que no es la disminución de rendimiento lo que se indemniza, sino la discriminación de la capacidad de trabajo. De este modo, se debe declarar la incapacidad permanente parcial cuando no se haya mermado el rendimiento, pero para mantener este se debe emplear un esfuerzo físico superior que haga que el trabajo sea más penoso o peligroso. Es posible, también, declarar la situación de incapacidad permanente parcial cuando la persona trabajadora necesite la ayuda de otra persona para realizar alguna tarea propia de su profesión habitual o le es imposible efectuar otras tareas o vea disminuido su ritmo de trabajo⁵³.

En definitiva, para la declaración de incapacidad permanente parcial hay que atender al conjunto de actividades y tareas que un concreto puesto de trabajo tiene y valorar si la persona trabajadora las ve limitadas al menos en un tercio, ya que si la limitación no alcanza al 33 % no cabrá dicha declaración y no podrá cobrar una prestación económica consistente en una indemnización, salvo que se trate de una lesión permanente no invalidante.

En este caso, se han declarado en incapacidad permanente parcial, denegándose el grado de total, por considerar que, aunque efectivamente el COVID persistente le ocasiona una disminución en la realización de las tareas habituales de su profesión –como el de agente de servicios auxiliares aeroportuarios- que exige el manejo de objetos pesados, la carga y descarga de aviones, puede llevar a cabo otras funciones propias de dicho grupo como

⁵¹ STSJ Madrid, de 30 de septiembre de 2024, rec. núm. 399/2024.

⁵² SSTs de 30 de junio de 1987; SSTSJ País Vasco, de 17 de septiembre de 1991; Canarias, de 24 de abril de 1992; Galicia, de 28 de enero de 1997.

⁵³ STSJ Baleares, de 7 de enero de 1993.

manipulación de correo, trasladar pasajeros discapacitados, registrar mercancías, llevar a cabo comprobaciones, etc.⁵⁴

No obstante, también existen casos en los que se deniega la declaración de incapacidad permanente en cualquier grado a aquella persona trabajadora que conserva “la capacidad de desplazamiento autónomo, la destreza y fuerza manual, un estado psíquico que le permite afrontar ocupaciones laborales que no incluyan asunción de gran responsabilidad, o iniciativa/toma de decisiones de forma importante, considerando que la suya - Subalterna- no las exige, con unas pruebas respiratorias que están dentro de la normalidad, en tanto que la prueba de fuerza que asume el Juzgador, si bien muestra intensa tos irritativa con el esfuerzo, ello se traduce en que ha de evitar grandes o importantes esfuerzos, pero éstos no son consustanciales a su profesión máxime cuando es obligado en todo caso la adaptación del puesto de trabajo, sin que las restantes patologías que se han diagnosticado comporten una inhabilidad para el desempeño de su profesión dado su control, no mostrando repercusión invalidante desde la perspectiva laboral, en la actualidad”⁵⁵.

2.2. Incapacidad permanente total

La incapacidad permanente total es aquella que inhabilita a la persona trabajadora para la realización de todas o de las fundamentales tareas de dicha profesión, siempre que pueda dedicarse a otra distinta. Para valorar dicha afectación o limitación deben compararse dos elementos fácticos, como son, las limitaciones funcionales y orgánicas que producen a la persona trabajadora y los requerimientos físico-psíquicos de su profesión habitual⁵⁶.

En este grado de incapacidad permanente es necesario analizar la conexión entre las lesiones sufridas y el ámbito de las tareas que corresponden a la profesión habitual de la persona trabajadora⁵⁷. Debe analizarse si la persona trabajadora es capaz o no de dedicarse a otra actividad diferente, y ello puede llevarse a cabo apreciando la idoneidad psicofísica para trabajar en otra ocupación para la que tenga aptitudes y la posibilidad real de encontrar ocupación lucrativa en el mercado de trabajo⁵⁸.

Este grado de incapacidad no se declara únicamente cuando la persona trabajadora se ve impedida para realizar todas o las fundamentales tareas de su profesión habitual, sino también cuando no se pueden ejecutar con la profesionalidad, continuidad, dedicación o

⁵⁴ STSJ Madrid, de 22 de diciembre de 2023, rec. núm. 340/2023.

⁵⁵ STSJ País Vasco, de 3 de octubre de 2024, rec. núm. 1293/2024. También STSJ Asturias, de 5 de diciembre de 2023, rec. núm. 1462/2023.

⁵⁶ STSJ País Vasco, de 4 de marzo de 2003, rec. núm. 265/2003, que señala que “lo que realmente se valora es la trascendencia que tienen las limitaciones con que definitivamente quede la persona trabajadora en orden al desempeño del oficio que realiza habitualmente, en tanto que carece de toda importancia, a estos efectos lo que vayan a repercutir en otros aspectos de la vida o en su capacidad para ejercer otras profesiones distintas. Lo que se tiene en cuenta son las tareas fundamentales de la profesión y no las ligadas al puesto de trabajo que desempeña”.

⁵⁷ Pérez Pineda, B.; García Blázquez, M., *Fundamentos médico-legales de la incapacidad laboral permanente*. Granada: Comares, 1999, p. 69.

⁵⁸ STS de 12 de febrero de 1987.

rendimiento que la relación laboral exige⁵⁹; o cuando, sin producir tales efectos, conlleva para la propia persona trabajadora riesgos adicionales a los normales de la profesión⁶⁰.

A la hora de calificar este grado surge la dificultad de determinar cuál es la profesión habitual de la persona interesada y tener un conocimiento de las tareas fundamentales que la persona debe realizar en la misma, así como esclarecer a qué otras profesiones si se puede seguir dedicando. La doctrina judicial⁶¹ ha señalado al respecto que la valoración de la incapacidad permanente debe hacerse atendiendo a las limitaciones funcionales derivadas de los padecimientos de la persona trabajadora. Además, la aptitud para el desempeño de la actividad laboral habitual de una persona trabajadora implica la posibilidad de llevar a cabo todas o las fundamentales tareas de la misma, con profesionalidad y con unas exigencias mínimas de continuidad, dedicación, rendimiento y eficacia, sin que el desempeño de las mismas genere “riesgos adicionales o superpuestos” a los normales de un oficio. Asimismo, no es obstáculo a la declaración de este grado que la persona trabajadora pueda realizar otras actividades distintas, más livianas y sedentarias, o incluso pueda desempeñar tareas “menos importantes o secundarias” de su profesión habitual o cometidos secundarios o complementarios de esta, siempre que exista una imposibilidad de continuar trabajando en dicha actividad y conserve una aptitud residual que “tenga relevancia suficiente y trascendencia tal que no le impida al trabajador concretar relación de trabajo futuro”.

En este caso, encontramos pronunciamientos judiciales que han declarado la incapacidad permanente total a personas que padecen el COVID persistente, denegándose la absoluta alegando que las dolencias padecidas por la persona trabajadora no le imposibilitan la realización de todo tipo de trabajo, pudiendo desempeñar tareas de carácter liviano o sedentario⁶². Así, por ejemplo, en el caso de una persona trabajadora, de profesión peluquera, que padece también artromialgias generalizadas, rinitis, dermatitis de contacto, epicondilitis y trastorno depresivo reactivo⁶³, por considerar que del examen global del estado de salud de la persona trabajadora no se desprende que dichas lesiones le impidan la realización de otras actividades laborales.

Por último, cabe tener en cuenta que con la modificación llevada a cabo por la L 2/2025, de 29 de abril, el nuevo art. 49.1 n) ET ya no considera causa de extinción de la relación laboral la simple declaración de incapacidad permanente, sino que se requiere previamente que la empresa lleva a cabo los ajustes razonables o una readaptación del puesto de trabajo, siempre que no suponga una carga excesiva para la empresa. Es decir, el actual art. 49 ET prevé que el contrato solo podrá extinguirse en caso de declaración de incapacidad permanente cuando no sea posible realizar los ajustes razonables por constituir una carga excesiva para la empresa; o bien cuando no exista un puesto de

⁵⁹ STS de 12 de febrero de 1987; STSJ País Vasco, de 13 de noviembre de 1992.

⁶⁰ SSTs de 12 de julio de 1985; de 6 de marzo de 1986.

⁶¹ STSJ Madrid, de 30 de mayo de 2005, rec. núm. 1153/2005.

⁶² STSJ Galicia, de 17 de julio de 2024, rec. núm. 4733/2023. En términos similares, STSJ Cataluña, de 29 de octubre de 2024, rec. núm. 1494/2024.

⁶³ STSJ Cataluña, de 15 de abril de 2024, rec. núm. 5405/2023.

trabajo vacante y disponible, acorde con el perfil profesional y compatible con la nueva situación de la persona trabajadora; o cuando existiendo dicha posibilidad la persona trabajadora rechace el cambio de puesto de trabajo adecuadamente propuesto. El concepto de “carga excesiva” se determina considerando el coste de las medidas de adaptación en relación con el tamaño, los recursos económicos, la situación económica y el volumen de negocios total de la empresa; y la disponibilidad de ayudas y subvenciones públicas.

2.3. Incapacidad permanente absoluta

La incapacidad permanente absoluta es aquella que inhabilita por completo para cualquier profesión u oficio. En este caso, nuestro alto tribunal⁶⁴ no ha seguido la literalidad del precepto, sino que ha llevado a cabo una interpretación más flexible, valorando las circunstancias personales de la persona afectada. El TS considera que el precepto legal no puede ser interpretado con rigorismo, ya que conduciría a su inaplicación, sino que ha de ser aplicado con flexibilidad para posibilitar así su aplicación a los diferentes supuestos que la realidad laboral presenta, valorando no solo la patología, sino también las condiciones personales de la persona afectada y, especialmente, su capacidad laboral residual.

En el caso de la incapacidad permanente absoluta se caracteriza porque la persona trabajadora carece de toda posibilidad física para realizar cualquier quehacer laboral o si le quedan algunas aptitudes, que estas no tengan significado suficiente para desempeñar con la debida eficacia las tareas inherentes a una cualquiera de las variadas ocupaciones que se ofrecen en el mundo laboral, teniendo en cuenta en todo caso que la realización de un trabajo asalariado implica no solo la posibilidad de efectuar cualquier faena o tarea, sino la de llevarla a cabo con un mínimo de profesionalidad, rendimiento y eficacia y la necesidad de consumarlo en régimen de dependencia empresarial durante la jornada laboral⁶⁵.

En este caso, encontramos algunos pronunciamientos judiciales que han declarado la incapacidad permanente absoluta a personas que padecen el COVID persistente, argumentando que la persona que lo sufre “no está en condiciones de desarrollar ninguna profesión por sencilla que sea con los mínimos de eficacia y profesionalidad exigibles, dado que además de la limitación física que presenta está aquejado de un deterioro cognitivo moderado que afecta a las capacidades de concentración, velocidad de procesamiento y memoria de trabajo, presentando autonomía en su entorno y para rutinas reducidas, siendo por el contrario, problemática toda actividad nueva o que tenga que desarrollar en un tiempo tasado y con un funcionamiento cognitivo que se señala incompatible con un rendimiento laboral”⁶⁶.

Asimismo, se ha declarado en incapacidad permanente absoluta a aquella persona que padeció neumonía bilateral provocada por SARS-COVID y tras el alta hospitalaria

⁶⁴ STS de 28 de septiembre de 1976.

⁶⁵ STSJ Madrid, de 30 de septiembre de 2024, rec. núm. 399/2024.

⁶⁶ SJS núm. 2 Bilbao, de 15 de diciembre de 2022, st. núm. 503/2022.

comenzó a presentar un cuadro de astenia y cefaleas intensas y persistentes, siendo diagnosticada del COVID persistente⁶⁷.

También se ha declarado a aquella persona trabajadora, de profesión cocinera, que se le diagnostica COVID persistente con “clínica de disautonomía que impide la actividad de la vida basal”⁶⁸; o la de aquella persona que “necesita el uso de muletas para su deambulación en exteriores; presenta dolor lumbar; disnea de esfuerzo” lo cual le imposibilita para llevar a cabo toda actividad, ni siquiera, trabajos sedentarios⁶⁹. Asimismo, a aquella persona trabajadora cuya profesión habitual es repartidora de correos, impidiéndole la enfermedad llevar a cabo su actividad, así como cualquier actividad laboral⁷⁰.

En este sentido, cabe destacar como el propio INSS, de mutu propio, sin tener que acudir a la vía judicial, ha declarado varias situaciones de COVID persistente como incapacidad permanente absoluta, como la de una mujer, sin patologías previas, directora de un centro cultural, que se le reconoce vía administrativa la incapacidad permanente absoluta⁷¹.

Debe destacarse que nuestro alto tribunal⁷² considera que la incapacidad permanente absoluta no tiene por qué suponer una imposibilidad total de realizar cualquier profesión u oficio, siendo suficiente con que le impida a la persona trabajadora realizar la mayor parte de las profesiones u oficios. Por tanto, la incapacidad permanente absoluta se declara

⁶⁷ STSJ Asturias, de 17 de septiembre de 2024, rec. núm. 1347/2024.

⁶⁸ STSJ Galicia, de 20 de julio de 2023, rec. núm. 7263/2022, que especifica que la incapacidad permanente absoluta “es interpretada por la jurisprudencia (SSTS Sala Social de 15-12-88, 13-6-89 y 23-2-90 como la pérdida de la aptitud psicofísica necesaria para poder desarrollar una profesión en condiciones de rentabilidad empresarial y, por consiguiente, con la necesaria continuidad, sujeción a horarios, dedicación rendimiento o eficacia “fuera de todo heroísmo o espíritu de superación excepcional por su parte. La prestación del trabajo, dice la STS de 3-2-86, por liviano que sea, incluso el sedentario, sólo puede realizarse mediante la asistencia diaria al lugar de empleo, permaneciendo en él durante toda la jornada, estar en condiciones de consumir una tarea, siquiera leve, que ha de demandar un cierto grado de atención, una relación con otras personas y una moderada actividad física, sin que sea pensable que en el amplio campo de las actividades laborales exista alguna en que no sean exigibles esos mínimos de atención, deducción y diligencia que son indispensables en el más simple de los oficios y en la última de las categorías profesionales, salvo que se dé un verdadero afán de sacrificio por parte del trabajador y un grado intenso de tolerancia en el empresario, de modo que se detecta una grave dificultad del actor para acceder a un puesto de trabajo, y mantenerse en él, a la vista de su situación clínica”.

⁶⁹ SJS núm. 14 Madrid, de 9 de junio de 2023, proc. núm. 804/2022.

⁷⁰ STSJ Madrid, de 12 de junio de 2024, rec. núm. 685/2023, que señala que “este cuadro impide el desarrollo de cualquier ocupación laboral no solo porque su sintomatología es severa sino porque las limitaciones ocasionadas por su patología comprometen, como ha quedado expuesto, su rendimiento cognitivo, necesario para cualquier ocupación, no solo la atención que se exige para la profesión de empleada de correos (que ya la declara la sentencia sin limitarse a los requerimientos de naturaleza física) sino para cualquier otra al ser inimaginable que pueda prestar servicios en condiciones de eficacia si sufre un déficit de atención con alteración de memoria y empeoramiento clínico, deterioro severo en el rendimiento cognitivo, sustancial reducción de actividades cotidianas, astenia, anorexia y fiebre de hasta 38º diaria”.

⁷¹ (s.n.) *Reconocen la primera incapacidad permanente a una enferma de COVID-19 persistente en España*. Disponible en <https://www.rtve.es/play/videos/telediario-1/reconocen-la-primera-incapacidad-permanente-a-una-enferma-de-covid-19-persistente-en-espana/6693901/>

⁷² STS de 21 de marzo de 1970.

a quien no puede realizar la “mayor parte” de las profesiones u oficios, no siendo necesaria una imposibilidad total.

En definitiva, como señala la doctrina judicial⁷³, en la aplicación de este concepto ha de tenerse en cuenta que más importante que los meros diagnósticos de las enfermedades son las repercusiones orgánicas o funcionales y estas han de cumplir con las condiciones del art. 193.1 LGSS, que exige que la persona trabajadora, después de haber estado sometida al tratamiento prescrito, presente reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral. Se requiere, por consiguiente, la existencia de menoscabos duraderos y al mismo tiempo en condiciones de ser objeto de determinación objetiva, pues solo cumpliendo estas características podrá determinarse el auténtico alcance del déficit funcional originado por las lesiones y su condición de persistente. Cabe tener en cuenta que el desempeño de una profesión u oficio implica no solo la posibilidad de realizar el trabajo, sino de efectuarlo con un mínimo de profesionalidad, rendimiento y eficacia y de modo continuo durante la jornada laboral, debiéndose estar a las circunstancias de cada caso. Además, en la valoración de la incapacidad permanente absoluta no deben incluirse datos o elementos ajenos a los padecimientos físicos o psíquicos como la falta de preparación, el mayor o menor desempeño, la edad... sino que ha de tenerse en cuenta únicamente la particularidad de la persona afectada en cuanto tenga trascendencia sobre las secuelas que presenta.

2.4. Gran Incapacidad

Por último, la gran incapacidad es definida como aquella situación de la persona trabajadora que, por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesita la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos. La característica de este grado de incapacidad es la imposibilidad de la persona trabajadora para cuidarse de sí misma precisando la asistencia de una tercera persona para realizar los actos esenciales de la vida. Según la doctrina jurisprudencial⁷⁴, es suficiente con la imposibilidad de la persona incapacitada para realizar por sí misma uno solo de los actos más esenciales de la vida y la correlativa necesidad de ayuda externa, no siendo tampoco necesario que la ayuda sea constante⁷⁵.

Se consideran actos esenciales vestirse, comer y desplazarse, esto es, los relacionados con que “las personas necesitan para su higiene, exigencias psicofísicas, etc., moverse, desplazarse (para ir al cuarto de baño, para abrir una ventana y dejar entrar la luz, para bajar una persiana; y ya fuera de la casa para ir a la consulta médica, a ciertos actos de obligado cumplimiento, etc.)”⁷⁶. No obstante, también caben otros análogos como calzarse, higiene personal, sentarse, acostarse, levantarse, colocarse la prótesis e incluso

⁷³ STSJ Asturias, de 17 de septiembre de 2024, rec. núm. 1347/2024.

⁷⁴ STS de 28 de noviembre de 1988.

⁷⁵ STSJ Galicia, de 16 de febrero de 1996.

⁷⁶ Pérez Pineda, B.; García Blázquez, M., *Fundamentos médico-legales de la... op. cit.* p. 120.

evitar accidentes⁷⁷. En este sentido, se estiman que constituyen supuestos de gran incapacidad la ceguera total, la paraplejia, la parálisis de piernas que obliga a utilizar silla de ruedas, la pérdida anatómica de varios dedos de ambas manos o la enfermedad de Alzheimer, entre otras⁷⁸.

De cualquier forma, cabe señalar que también existen órganos judiciales que son más resistentes a reconocer la incapacidad permanente, ni total ni absoluta, a las situaciones de COVID persistente, negando que el grado de afectación del síndrome de COVID-19 persistente sea suficiente para causar el derecho a una pensión de incapacidad permanente⁷⁹. Literalmente, se señala que “existe funcionalidad suficiente para el desempeño de su actividad laboral, sin limitaciones relevantes, ni afectaciones en movimientos o balance muscular que se encuentra conservado, con capacidad deambulatorio y con facultades psicológicas conservadas, sin hallazgos patológicos de memoria en RNM, en una profesión eminentemente liviana carente de esfuerzos físicos como es la de teleoperadora, sin que tenga limitada la sedestación, ni afectaciones psicológicas acreditadas”⁸⁰.

V. El COVID persistente, ¿contingencia común o profesional?

La calificación del COVID persistente como incapacidad permanente derivada de accidente de trabajo o enfermedad profesional no es nada pacífico, pues se trata, de una enfermedad emergente, y de complejo diagnóstico y valoración.

En este sentido, como es sabido, es el art. 157 LGSS el que conceptualiza el concepto de enfermedad profesional señalando que es aquella “contraída a consecuencia del trabajo ejecutado en las actividades que se especifiquen en el cuadro de enfermedades profesionales y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional”. Según la doctrina⁸¹, la enfermedad profesional tiene su base en el elemento etiológico, es decir, debe ser adquirida como consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena o asimilado; y en el elemento enumerativo, que implica que la enfermedad debe ser consecuencia de las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe reglamentariamente, y una relación directa entre ellos.

Esta regulación se complementa con el RD 1299/2006 que recoge el listado de enfermedades profesionales, de tal forma que, para que una enfermedad sea considerada como profesional deben concurrir tres requisitos, cuales son estar recogida como tal en el citado cuadro legal; que sea causada por el agente y subagente señalado en el citado

⁷⁷ STS de 30 de enero de 1987.

⁷⁸ SSTSJ Andalucía, de 6 de mayo de 1991; Comunidad Valenciana, de 19 de enero de 1993; Castilla-La Mancha, de 27 de febrero de 1997.

⁷⁹ STSJ Cataluña, de 30 de diciembre de 2021, rec. núm. 5393/2021.

⁸⁰ SJS núm. 3 Bilbao, de 20 de julio de 2022, st. núm. 298/2022.

⁸¹ López Gandía, J., “Acción protectora I. Las contingencias protegidas”, en AA.VV. *Curso de Seguridad Social*. Valencia: Tirant lo Blanch, 2014, p. 286.

cuadro; y que la profesión aparezca listada en el RD como actividades en las que se esté expuesto a dicho riesgo profesional.

De hecho, en relación con el cuadro de enfermedades profesionales del RD 1299/2006, existe una presunción iuris et de iure en la conexión entre el trabajo y la enfermedad. Ello significa que si la persona trabajadora contrae una de las enfermedades que aparece en el listado legal y ha realizado actividades o manejado sustancias incluidas en el Anexo I, existe una presunción iuris et de iure de que existe una enfermedad profesional. Así lo confirma el TS cuando indica que “en virtud de la presunción contenida en el artículo 116 de la Ley General de la Seguridad Social tal prueba no se exige al trabajador en ningún caso en las enfermedades profesionales listadas”⁸². Es decir, una “enfermedad profesional no es cualquier patología contraída en el trabajo, sino únicamente aquella que, teniendo su origen en el medio laboral, está expresamente tipificada como tal en la correspondiente lista oficial. En consecuencia, para poder configurar una determinada contingencia como derivada de enfermedad profesional, habrá que estarse a los siguientes elementos: a) que la enfermedad se haya contraído a consecuencia de la actividad profesional, ya sea por cuenta propia o ajena; b) que se trate de alguna de las actividades que reglamentariamente se determinen; y c) que esté provocada por la acción de elementos y sustancias que se establezcan para cada enfermedad”⁸³.

La razón no es más que nuestro sistema de calificación de enfermedades profesionales es el sistema de lista cerrada. Este sistema parte de que solo son enfermedades profesionales aquellas que estén recogidas en el catálogo normativo y siempre que hayan sido causadas por las sustancias y elementos en los sectores previamente determinados en dicho catálogo. Las ventajas de este modelo son la rapidez y la eficacia. Pero este sistema tiene el inconveniente de la falta de actualización. De ahí, que se prevea la posibilidad de su modificación en su art. 2.1 indicando que “las enfermedades no incluidas en el Anexo I que sean incorporadas como enfermedades profesionales a la lista europea, serán objeto de inclusión por el Ministerio de Sanidad y Consumo en el cuadro de enfermedades profesionales”.

Si se analiza la lista de enfermedades profesionales del RD 1299/2006, cabe destacar, que este síndrome no aparece recogido en el citado RD.

En cuanto a su calificación como accidente de trabajo, es el art. 156 LGSS el que recoge este concepto jurídico, previsión que ha sido interpretada por la doctrina jurisprudencial. Del art. 156 LGSS se desprende la existencia de tres requisitos para estar ante un accidente de trabajo, tales como la lesión corporal o elemento objetivo, el desarrollo de una relación de trabajo por la persona trabajadora o elemento subjetivo, y la relación de causalidad entre la lesión y la prestación laboral o elemento causal.

⁸² STS de 19 de mayo de 1986.

⁸³ Aragón Gómez, C., “Contagio del personal sanitario: ¿accidente de trabajo? Reflexiones en torno al art. 9 RD Ley 19/2020”, [blog] *El Foro de Labos*, 2020. Disponible en <https://forodelabos.blogspot.com/2020/06/contagio-del-personal-sanitario.html>

El art. 156.2 e) LGSS recoge el concepto de enfermedad derivada del trabajo, figura más bien de creación jurisprudencial y doctrinal, a partir de la propia configuración histórica del riesgo profesional entendido en un sentido amplio y de la toma en consideración de nuevas patologías y de su relación con el trabajo, es decir, en contraposición al riesgo común. Por tanto, cualquier enfermedad que contraiga la persona trabajadora, aun cuando sea en el trabajo, de no estar recogida en la lista legal, tendría la consideración de enfermedad común.

Las enfermedades del trabajo son enfermedades de naturaleza común, pero cuya etiología se conecta con el trabajo, y su calificación y consideración como accidente de trabajo responde al mismo fundamento que los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, pues el funcionamiento de la empresa es un factor objetivo desencadenante del riesgo del que deriva la contingencia. Y es aquí donde el COVID persistente tiene su encuadre.

Concretamente, el art. 156.2 e) LGSS atribuye la condición de accidente de trabajo cuando, no estando incluidas en la lista de enfermedades profesionales, se contraigan “con motivo de la realización de su trabajo”, siempre y cuando “se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo”. Aquí tienen cabida aquellas enfermedades no recogidas en el RD 1299/2006, pero que van a tener la protección que ofrece el accidente de trabajo, siempre que se cumplan dos condiciones, cuales son, por un lado, que la enfermedad la contraiga la persona trabajadora con motivo de la realización de su trabajo, y, por otro lado, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo. Debe demostrarse, pues, la relación entre el trabajo y la enfermedad, pero esta prueba no es nada fácil. De cualquier forma, debe indicarse que la exigencia legal de que el trabajo constituya la única causa de la enfermedad, ha sido flexibilizada, entendiéndose que existe enfermedad del trabajo cuando el ambiente laboral tiene prioridad, prevalencia o es decisivo, aunque no exclusivo⁸⁴.

En este sentido, cabe tener en cuenta el criterio de gestión del INSS 25/2021, de 30 de septiembre, sobre contingencia de la que deriva la prestación económica por incapacidad temporal que traiga causa del padecimiento del “síndrome post COVID-19”, y el art.5 RDL 6/2020, de 10 de marzo, que asimila al accidente de trabajo la situación de aislamiento o contagio provocados por el COVID-19 en que pueda encontrarse cualquier persona trabajadora exclusivamente a efectos de la prestación económica por incapacidad temporal. Esta norma introduce unos supuestos de incapacidad temporal que la LGSS no considera como tales como son los periodos de aislamiento o contagio, y que, por tanto, no tienen relación alguna con la enfermedad del COVID persistente. Además, se estima que este síndrome no puede tener la consideración de “recaída” de procesos previos de IT por contagio de la enfermedad COVID-19 acogidos al art. 6 RDL 6/2020, ya que para

⁸⁴ González Ortega, S., “Las enfermedades profesionales: un concepto de delimitación compleja para un fenómeno social de relevancia”, en Barcelón Cobedo, S.; González Ortega, S. (Dirs.), *Las enfermedades profesionales*. Valencia: Tirant lo Blanch, 2017, p. 37.

que exista recaída debe producirse una nueva baja médica por “la misma o similar patología”.

No obstante, el propio criterio de gestión introduce una excepción, ya que considera que si este síndrome se vincula a los contagios de los profesionales de la sanidad o sociosanitarios sí debe darse el mismo tratamiento de la enfermedad profesional. En este sentido, el art. 7 RD 3/2021, de 2 de febrero, establece que dichas prestaciones serían las mismas que la Seguridad Social otorga a las personas afectadas por una enfermedad profesional. Por consiguiente, como la contingencia derivada del contagio del virus SARS CoV-2 ha sido considerada accidente de trabajo, el mismo tratamiento debe darse a todas las enfermedades que padezca el referido personal.

Ahora bien, como señala un sector doctrinal⁸⁵, al que me uno, cabría plantearse dar el mismo tratamiento para todos los colectivos profesionales que trajeran el COVID-19 por causa o con ocasión de su trabajo.

De cualquier forma, debe destacarse que a la luz de los pronunciamientos judiciales, la doctrina mayoritaria estima que tiene un alcance común, reservándose únicamente su origen profesional para aquellas personas que prestan servicios en centros sanitarios y cumplen los requisitos del RDL 3/2021, de 2 de febrero⁸⁶. Así se ha declarado derivada de accidente de trabajo a una persona trabajadora cuya profesión es celador⁸⁷.

Por otro lado, cabe señalar que, en España, el CIE-10 ES 2022, incluye un nuevo código U09.9 Afección pos-COVID-19, no especificada. Este código es utilizado cuando el clínico indique en la documentación que la patología actual es consecuencia, o está asociada o residual o persistente y a continuación el código U09.9.

La OMS ha incluido en el CIE-11 una codificación de enfermedad bajo el epígrafe de “síndrome Post Covid-19” (RA02 Condición posterior a COVID-19), incluyendo tanto a pacientes con secuelas como con COVID-19 persistente. Se refiere a la afección posterior al COVID-19 que se presenta en personas con antecedentes de infección probable o confirmada por el SARS CoV-2, generalmente tres meses desde el inicio del COVID-19 con síntomas y que duran al menos dos meses y no pueden explicarse con un diagnóstico alternativo. Los síntomas comunes incluyen fatiga, dificultad para respirar, disfunción cognitiva pero también otros y generalmente tienen un impacto en el funcionamiento diario. Los síntomas pueden ser de nueva aparición después de la recuperación inicial de un episodio agudo de COVID-19 o persistir desde la enfermedad inicial. Los síntomas también pueden fluctuar o recaer con el tiempo.

Sin embargo, ciertos sectores científicos critican esta confusión, porque el síndrome postcovid-19 con secuelas es una entidad diferente a la COVID-19 persistente o “long

⁸⁵ Molina Navarrete, C., “La pesadilla continua: El «síndrome de covid-19 persistente» («long covid») ¿nueva enfermedad incapacitante?”, 2022. Disponible en <https://www.laboral-social.com/molina-navarrete-analisis-cuestiones-sociolaborales-covid-persistente.html>

⁸⁶ STSJ Galicia, de 17 de julio de 2024, rec. núm. 4733/2023; Asturias, de 17 de septiembre de 2024, rec. núm. 1347/2024.

⁸⁷ SJS núm. 2 Bilbao, de 15 de diciembre de 2022, proc. núm. 193/2022.

COVID”, en la medida en que el contagio por COVID-19 tiene un tratamiento específico, asimilado al accidente de trabajo o enfermedad profesional, según el origen del contagio y profesión. La OMS advierte claramente que se trata de una “asignación provisional internacional de nuevas enfermedades de etiología incierta y uso de emergencia”.

VI. Conclusión

El COVID persistente es una enfermedad nada pacífica, sino más bien controvertida y no aceptada por todos los expertos científico-sanitarios. No cabe duda que este síndrome afecta de forma directa al ámbito de la salud laboral y de la política preventiva.

La dificultad de esta patología se halla en su determinación de forma objetiva. En este sentido, la doctrina judicial recurre a los siguientes parámetros para determinar su diagnóstico. No existe un consenso entre la doctrina sobre el alcance de esta determinación objetiva, pues un sector aboga por considerar que deben llevarse a cabo pruebas médicas fiables, mientras que otros consideran que sería suficiente el diagnóstico del proceso patológico. De cualquier forma, cabe señalar los siguientes parámetros como elementos que la doctrina judicial tiene en cuenta a la hora de determinar la concurrencia de esta patología. En primer lugar, la prueba de esfuerzo, la cual permite determinar el grado de tolerancia al esfuerzo de la persona afectada. En segundo lugar, la afección cognitiva, esto es, las disfunciones en la atención y concentración, trastornos en la memoria a corto plazo y disfasia nominativa, etc., pudiendo utilizar para ello diversos tests (Tavec, Wais, Stroop, Figura Compleja del Rey, etc.). En tercer lugar, otro elemento es la confirmación médica del padecimiento, aunque las pruebas clínicas no arrojen datos patológicos⁸⁸, es decir, las alteraciones sensoriales⁸⁹ son deficiencias también a tener en cuenta⁸⁹.

Esta patología se caracteriza por crear una fatiga crónica a la persona, lo cual le imposibilita, no solo poder llevar a cabo su actividad laboral de forma “normal”, sino también la vida en general. El problema es la dificultad en determinar su origen y su relación con el trabajo cuando las causas son múltiples y pueden concurrir factores extralaborales.

Además, su consideración como incapacidad permanente total o absoluta no es de fácil catalogación, pues para ello deben analizarse caso por caso las circunstancias concurrentes, su incidencia en la capacidad laboral y la relación con la profesión habitual.

Contamos con pocos y diversos pronunciamientos judiciales, lo cual, es una muestra de las dificultades en determinar su origen y su afectación sobre la capacidad laboral. Se requerirá, por consiguiente, acudir siempre al estudio individualizado de caso por caso, analizando las circunstancias concurrentes en cada uno.

Debe tenerse presente, asimismo, el art. 2 L15/2022, integral para la igualdad de trato y la no discriminación, que ha ampliado las causas que pueden generar situaciones de

⁸⁸ LEÓN IGLESIAS, J. “Fibromialgia y/o Síndrome de la Fatiga crónica. Una propuesta para la aproximación a su doble dimensión jurídica y médica”, *Estudios de Deusto*, vol. 54, núm. 2, 2006, p. 234.

⁸⁹ STSJ País Vasco, de 18 de marzo de 2003, rec. núm. 211/2003.

discriminación, adicionando a las causas genéricas, también la “enfermedad o condición de salud, estado serológico y/o predisposición genética a sufrir patologías y trastornos”. Por tanto, la falta de protección jurídica y de Seguridad Social de estas patologías emergentes incapacitantes, puede generar una situación de discriminación, tanto desde el punto de vista de la discriminación por enfermedad, como también desde el punto de vista del sexo, el sexo femenino tiene una mayor predisposición genética a sufrir esta patología, pudiendo generar una situación de discriminación indirecta por razón de sexo.

Como indica la doctrina⁹⁰ hay otro factor de género que debería igualmente tenerse en cuenta, cual es, la prevalencia en las mujeres que tienen entre 50 y 60 años, ya que también puede estar relacionado con la mayor exposición a los contagios de profesionales donde hay una mayor presencia de mujeres, esto es, sector sanidad o socio-sanitarios. En tal caso, por tanto, no se trataría de una simple contingencia común, o asimilada a accidente de trabajo, sino de una contingencia profesional. De hecho, así lo ha aplicado nuestro alto intérprete en relación con la “rotura de manguito izquierdo rotador” de una limpiadora⁹¹.

Bibliografía

Albert Embuena, V., *La incapacidad permanente contributiva, aspectos sustantivos y procesales*. Valencia: Tirant lo Blanch, 2017.

Alegre de Miquel, C., *et al.*, “Documento de consenso interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia”, *Actas Esp. Psiquiatr.*, núm. 38, 2010.

Alemanno F., *et al.*, “COVID-19 cognitive deficits after respiratory assistance in the subacute phase: A COVID-rehabilitation unit experience”, *PLoS One*, vol. 16, núm. 2, 2021.

Aragón Gómez, C., “Contagio del personal sanitario: ¿accidente de trabajo? Reflexiones en torno al art. 9 RD Ley 19/2020”, [blog] *El Foro de Labos*, 2020. Disponible en <https://forodelabos.blogspot.com/2020/06/contagio-del-personal-sanitario.html>

Aragón Gómez, C., “La compatibilidad entre el trabajo y la pensión de incapacidad permanente”, en Mercader Uguina, J.R., *La compatibilidad de las prestaciones del sistema de Seguridad Social y el Trabajo*. Valladolid: Lex Nova, 2013.

Arnanz González, I.; Martínez del Valle, M.; Recio García, S.; Blasco Redondo, R.; Benedito Pérez de Inestrosa, T.; Sanz Almazán, M., “Las escalas en la COVID-19 persistente”, *Med Gen Fam.*, núm. 10, 2021.

Barba Mora, A., *Incapacidades laborales y Seguridad Social*. Cizur Menor: Aranzadi, 2008.

⁹⁰ Molina Navarrete, C., “La pesadilla continua: El «síndrome... *op. cit.*”

⁹¹ STS de 20 de septiembre de 2022, st. núm. 747/2022.

- Carfí A, Bernabei R, Landi F., “Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19”. *Jama*. 2020. DOI: 10.1001/jama.2020.12603
- Carruthers, B.M., *et al.* “Myalgic encephalomyelitis: International Consensus Criteria”, *J. Intern Med*, vol. 270, núm. 327, 2011.
- Chopra V.; Flanders, S.A.; O’Malley, M.; Malani, A.N.; Prescott, H.C., “Sixty-day outcomes among patients hospitalized with COVID-19”, *Ann Intern Med.*, 2020, DOI: 10.7326/m20-5661.
- Das K.M., Lee E.Y., Singh R., Enani M.A., Al Dossari K., Van Gorkom K., *et al.* “Follow-up chest radiographic findings in patients with MERSCoV after recovery”, *Indian J Radiol Imaging*, vol. 27 núm. 3, 2017.
- Del Rio C.; Collins L.F.; Malani P., “Long-term Health Consequences of COVID-19”, *Jama*, 2020. DOI: 10.1001/jama.2020.19719
- Disser N.P., *et. al.*, “Musculoskeletal Consequences of COVID-19”, *J Bone Joint Surg Am.*, vol. 102, núm. 14, 2020.
- Garro, M. F.; Appiani, F.J.; Lisi, G.R.; Duarte, J.M., “Síndrome Pos-COVID y Síndrome de Fatiga Crónica: ¿Dos caras de la misma moneda?”, *Pren.Méd. Argent.*, vol. 107, núm. 7, 2021.
- González Ortega, S., “Las enfermedades profesionales: un concepto de delimitación compleja para un fenómeno social de relevancia”, en Barcelón Cobedo, S.; González Ortega, S. (Dir.), *Las enfermedades profesionales*. Valencia: Tirant lo Blanch, 2017.
- Greenhalg, T.; Kanight M., “Long Covid: A primer for family physicians”, *Am Fam Physician*, núm. 12, 2020.
- Halpin S.; O’Connor, R.; Sivan, M., “Long COVID and Chronic COVID syndromes”, *J Med virol*, 2020, DOI: 10.1002/jmv.26587
- Holmes, G.P., *et al.*, “Chronic Fatigue Syndrome: A working case definition”, *Ann Intern Med*, vol. 108, núm. 387, 1988. <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-108-3-387>
- Hui D.S., *et al.*, “The 1-year impact of severe acute respiratory syndrome on pulmonary function, exercise capacity, and quality of life in a cohort of survivors”, *Chest*, vol. 128, núm. 4, 2005.
- León Iglesias, J. “Fibromialgia y/o Síndrome de la Fatiga crónica. Una propuesta para la aproximación a su doble dimensión jurídica y médica”, *Estudios de Deusto*, vol. 54, núm. 2, 2006.
- Lim E.J.; Ahn, Y.C.; Jang, E.S.; Lee, S.W.; Lee, S.H.; Son, C.G., “Systematic review and meta-analysis of the prevalence of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis”, *J Transl Med*, vol. 18, núm. 1, 2020.
- López Gandía, J., “Acción protectora I. Las contingencias protegidas”, en AA.VV. *Curso de Seguridad Social*. Valencia: Tirant lo Blanch, 2014.

Martínez Barroso, M. R., *Influencia de la edad en las relaciones laborales: acceso al empleo y protección social*. Cizur Menor: Aranzadi, 2018.

Molina Navarrete, C., “La pesadilla continua: El «síndrome de covid-19 persistente» («long covid») ¿nueva enfermedad incapacitante?”, 2022. Disponible en <https://www.laboral-social.com/molina-navarrete-analisis-cuestiones-sociolaborales-covid-persistente.html>

Molina Navarrete, C. “Lo que el viento de la pandemia nos dejó, la doctrina científica silencia y los tribunales regatean; el síndrome de la COVID persistente”, *Briefs AEDTSS*, núm 27, 2025.

Moreno Pérez O. *et al.*, “Post-acute COVID-19 Syndrome. Incidence and risk factors: a Mediterranean cohort study”, *J Infect*, vol. 82, núm. 3, 2021. DOI: 10.1016/j.jinf.2021.01.004

Pérez Avellaneda, A.; Martínez Gómez, M., “Síndrome de fatiga crónica. Documento de consenso”, *Aten. Primaria*, núm. 41, 2009.

Pérez Pineda, B.; García Blázquez, M., *Fundamentos médico-legales de la incapacidad laboral permanente*. Granada: Comares, 1999.

Pericot Nierga, I., *et al.*, “Perfil cognitivo en la fibromialgia. Comparación con un grupo con deterioro cognitivo leve”, *Medicina clínica*, núm. 133, 2009.

Poenaru, S.; Abdallah, S.J.; Corrales-Medina, V.; Cowan, J., “COVID-19 and post-infectious myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome: a narrative review”, *Ther Adv Infect Dis.*, núm. 8, 2021.

Rasa, S., *et al.* “Chronic viral infections in myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome (ME/CFS)”, *J Transl Med*, vol. 16, núm. 1, 2018.

Rivas Vallejo, P. (Dir.) *Tratado Médico-legal sobre Incapacidades Laborales. La Incapacidad Permanente desde el punto de vista médico y jurídico*. Cizur Menor: Aranzadi, 2006.

Rivera, J., *et al.*, “Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia”, *Reumatol Clin*, núm. 2, 2006.

Rogero Blanco, E.; Medina García, R.; Jerez Fernández, P.; Machín Hamalainen, S.; Vilà Torelló, C.; Herranz López, M.; López Rodríguez, J.A.; “COVID persistente: prevalencia, seguimiento y uso de recursos en Atención Primaria”, *Revista Clínica de Medicina de Familia*, vol. 16, núm. 4, 2023

Ruggeri R.M., Campennì A., Siracusa M., Frazzetto G., Gullo D., “Suba-cute thyroiditis in a patient infected with SARS-COV-2: an endocrine complication linked to the COVID-19 pandemic”, *Hormones (Athens)*, 2020.

Tormos Pérez, J.A. “Reconocimiento de incapacidad permanente absoluta por Covid persistente”, *Revista Española de Derecho del Trabajo*, núm. 265, 2023.

Wolfe, T., *et al.*, “The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity”, *Arthritis Care Res*, núm. 62, 2010.