

Parcial

Total

Absoluta

Gran  
Incapacidad



GUÍA JURÍDICA

## Tipos de Incapacidad Laboral, Documentación y Procedimiento para Solicitarla

Esta guía recoge de forma estructurada los aspectos esenciales relativos a los tipos o grados de incapacidad permanente en modalidad contributiva, los criterios de calificación, los órganos competentes, la documentación clínica necesaria y el procedimiento administrativo y judicial aplicable.

# Tipos y Criterios de Calificación de la Incapacidad Permanente

1

## Grados de Incapacidad Permanente (Contributiva)

Los *tipos* o grados de incapacidad permanente en modalidad contributiva son parcial, total, absoluta y gran incapacidad, debiendo calificarse atendiendo a la incidencia de las secuelas en la capacidad laboral vinculada a la profesión o grupo profesional previo al hecho causante.

### Parcial

Reduce la capacidad para la profesión habitual en al menos un 33%

### Absoluta

Inhabilita para toda profesión u oficio

2

## Criterio de Calificación del Grado

La calificación exige valorar reducciones anatómicas o funcionales graves que disminuyan o anulen la aptitud laboral de forma permanente, ponderando globalmente el estado de salud y el conjunto de dolencias, con independencia de su origen común o profesional y considerando su incidencia en el trabajo que el interesado desempeñaba, o en el grupo profesional en que estuviera encuadrado, antes del hecho causante.

El grado no depende de la mera gravedad clínica, sino de la capacidad laboral residual y de la exigencia de desempeño en condiciones normales de continuidad, dedicación, eficacia y sin sobreesfuerzos o incremento de riesgos, lo que explica el margen de apreciación en instancia

### Total

Inhabilita para la profesión habitual pero permite otra distinta

### Gran Incapacidad

Requiere asistencia de tercera persona para actos esenciales de la vida

# Solicitud, Tramitación y Documentación Clínica

## Punto 3 – Solicitud y Tramitación

La solicitud y tramitación corresponden, con carácter general, a la Dirección Provincial del INSS del domicilio del interesado, con intervención del Equipo de Valoración de Incapacidades mediante dictamen-propuesta preceptivo y no vinculante, y con plazo máximo de resolución de 135 días, entendiéndose desestimada por silencio la solicitud.

## Punto 4 – Documentación Clínica Esencial

La *documentación clínica* esencial para la valoración se articula a través del informe médico consolidado en síntesis del ponente del EVI, que integra:

- El historial del Servicio Público de Salud
- Informes aportados por el interesado
- Pruebas complementarias

Sin perjuicio de que el acceso pueda venir precedido o no de incapacidad temporal según los supuestos descritos en el Dossier.

# Competencia, Iniciación del Expediente e Intervención del EVI

## 1 Competencia del INSS

La competencia para evaluar calificar, revisar y reconocer la prestación económica contributiva de incapacidad permanente corresponde al INSS, a través del Director Provincial de la provincia del domicilio del interesado.

## 2 Iniciación del Expediente

El expediente puede iniciarse:

- De oficio por el INSS o por comunicación de la Inspección
- A instancia del trabajador o su representante
- A solicitud de mutuas o empresas colaboradoras cuando les afecte directamente

Con obligación de dictar resolución expresa en 135 días.

## 3 Función del EVI

El EVI examina al trabajador y formula un dictamen-propuesta preceptivo y no vinculante sobre la disminución o anulación de la capacidad, el grado, la contingencia y la revisión, así como sobre la previsible mejoría a efectos de mantener la suspensión del contrato con reserva de puesto.

# Silencio Administrativo, Documentación e Itinerario Clínico-Administrativo

- Si transcurre el plazo sin resolución, la solicitud se entiende denegada por silencio. Tanto en este supuesto como en el caso de desestimación expresa el interesado podrá formular reclamación previa y en caso de desestimarse la misma, demanda ante la Sección Social del Tribunal de Instancia competente.

## ¿Qué *documentación* y elementos de soporte se deben aportar para *solicitar* y *sustentar* la incapacidad?

Información clínica y funcional que permite objetivar secuelas previsiblemente definitivas y su impacto laboral. En particular, el facultativo ponente del EVI aporta un informe médico consolidado en forma de síntesis, que recoge el historial del Servicio Público de Salud, los informes de otros facultativos aportados por el interesado y, en su caso, pruebas complementarias.

## Itinerario Clínico-Administrativo

### Incapacidad Temporal (IT)

La incapacidad permanente suele ser consecuencia de una previa IT, sin necesidad de agotar su duración máxima si antes se consideran definitivas las lesiones.

1

2

Tras 545 días

Debe examinarse el estado en 90 días, con posibilidad de demorar la calificación hasta un máximo de 730 días sumados los periodos, sin automatismo por el mero agotamiento del plazo [8].

### Acceso Directo sin IT

Se admite el acceso directo sin IT en supuestos en los que no exista protección por IT o cuando la patología se presente como definitiva e irreversible, sin que sea imprescindible el alta médica si persiste la necesidad de asistencia sanitaria pese a la definitividad de las lesiones [8], [9].

3

4

Impugnación

Las resoluciones pueden ser impugnadas ante la jurisdicción social previa reclamación, por beneficiarios, mutuas y empresarios responsables, y deben fijar el plazo para instar revisión por agravación o mejoría cuando se reconoce la incapacidad [6].

# Resumen Comparativo

Aspecto	Contenido esencial
Grados o tipos de incapacidad permanente (contributiva)	Parcial, total, absoluta y gran incapacidad
Criterio de calificación del grado	Incidencia de las secuelas en la capacidad para el trabajo respecto de la profesión o grupo profesional previo; valoración global y conjunta de dolencias
Órgano competente	Director Provincial del INSS del domicilio: evalúa, califica, revisa y reconoce; determina contingencia.
Intervención técnica	EVI emite dictamen-propuesta preceptivo y no vinculante (grado, revisión, contingencia, etc.)
Iniciación del expediente	De oficio por INSS o por comunicación de la Inspección; a instancia del interesado; a solicitud de mutuas o empresas colaboradoras en asuntos que les afecten
Plazo de resolución y silencio	Resolución expresa en 135 días; silencio desestimatorio y efectos económicos desde el día de desestimación presunta
Documentación clínica vertebradora	Informe médico consolidado en síntesis del ponente del EVI con historial del SPS, informes aportados y pruebas complementarias [4]
Relación con incapacidad temporal	Puede derivar de IT sin necesidad de agotar el máximo si lesiones definitivas; tras 545 días se examina y puede demorarse hasta 730; no hay automatismo por agotamiento del plazo [8]
Acceso sin IT y sin alta médica en ciertos casos	Reclamación previa e impugnación ante jurisdicción social por beneficiarios, mutuas y empresarios responsables; la resolución que reconoce incapacidad fija plazo de revisión [6]
Impugnación	Posible acceso directo cuando no hay protección por IT o patología definitiva e irreversible; falta de alta no impide el derecho si las lesiones son definitivas y sigue la asistencia sanitaria [8], [9]

