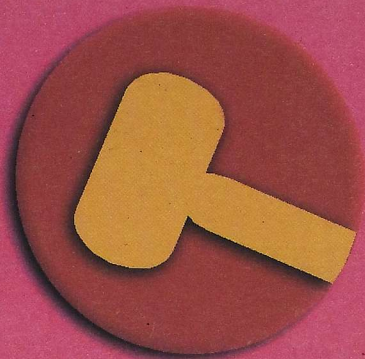


juridikoa



S
i
n
d
i
k
a
l
H
e
z
i
k
e
t
a

14.

**La incapacidad
para el trabajo
y prestaciones.**

LAB

Hezkuntza



14.

**La incapacidad
para el trabajo
y prestaciones.**

14. La incapacidad para el trabajo y prestaciones.

Redactor: **Iñaki Eguskizaga.**

Edita: **Ipar Hegoa Fundazioa.**



EUSKO JAURLARITZA
JUSTIZIA, EKONOMIA, LAN
ETA DISAPERTU SEGURANTZA BARRA



GOBIERNO VASCO
DEPARTAMENTO DE JUSTICIA,
ECONOMIA, TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

ENERO de 1999

14.

juridikoa

Sindikal Heziketa

La incapacidad para el trabajo y prestaciones.

DEFINICIÓN DE INCAPACIDAD PERMANENTE

CLASES DE INCAPACIDAD PERMANENTE

INCAPACIDAD PERMANENTE CONTRIBUTIVA: GRADOS

Incapacidad permanente parcial (I.P.P.)

Definición

Requisitos

Prestación

Efectos

Incapacidad Permanente Total (I.P.T.)

Definición

Requisitos

I.P.T. Cualificada

Efectos

Incapacidad Permanente Absoluta (I.P.A.)

Definición

Requisitos

Prestación

Efectos

Gran invalidez

Definición

Requisitos

Prestación

Efectos

LOS CONTRATOS A TIEMPO PARCIAL

OTRAS PRESTACIONES

Subsidio de Recuperación

Lesiones Permanentes no invalidantes

Invalidez Permanente SOVI

Recargo de Prestaciones

PROCEDIMIENTO PARA EL RECONOCIMIENTO DE LA INCAPACIDAD PERMANENTE CONTRIBUTIVA

INCAPACIDAD PERMANENTE E IRPF

PROCESO PENAL Y CIVIL

14. La incapacidad para el trabajo y prestaciones.

Sindikalk Hezkuntza



Definición de

Incapacidad permanente.

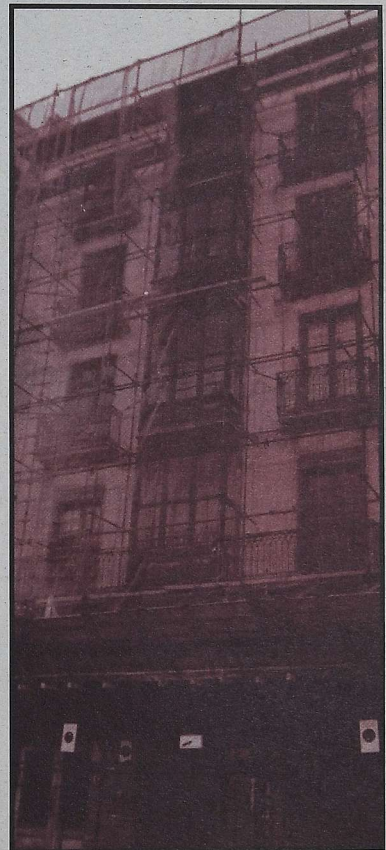
El Art. 134.1 de la Ley General de Seguridad Social es el que define la Incapacidad Permanente contributiva, como la situación del trabajador o trabajadora que, después de haberse sometido al tratamiento que se le ha prescrito, y haber sido dado de alta médica, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves que se pueden determinar objetivamente, previsiblemente definitivas y que disminuyan en un cierto grado o anulen su capacidad laboral.

También se considera incapacidad permanente en el grado que se califique, cuando en caso de enfermedad común o profesional y accidente, laboral o no, la

Incapacidad para trabajar subsista finalizado el plazo de 18 meses de IT (Incapacidad o baja) salvo que esté, pendiente de calificación y se necesite tratamiento médico y su situación clínica aconseje demorar la calificación. En este caso la IT se podrá prorrogar hasta un máximo de 30 meses desde su inicio.

A pesar de lo dicho, los elementos determinantes de la Incapacidad Permanente (I.P.) son tres:

- 1) Que las reducciones anatómicas o funcionales se puedan constatar médicamente de forma indudable.
- 2) Que sean previsiblemente definitivas, es decir, incur-



14. La incapacidad para el trabajo y prestaciones.

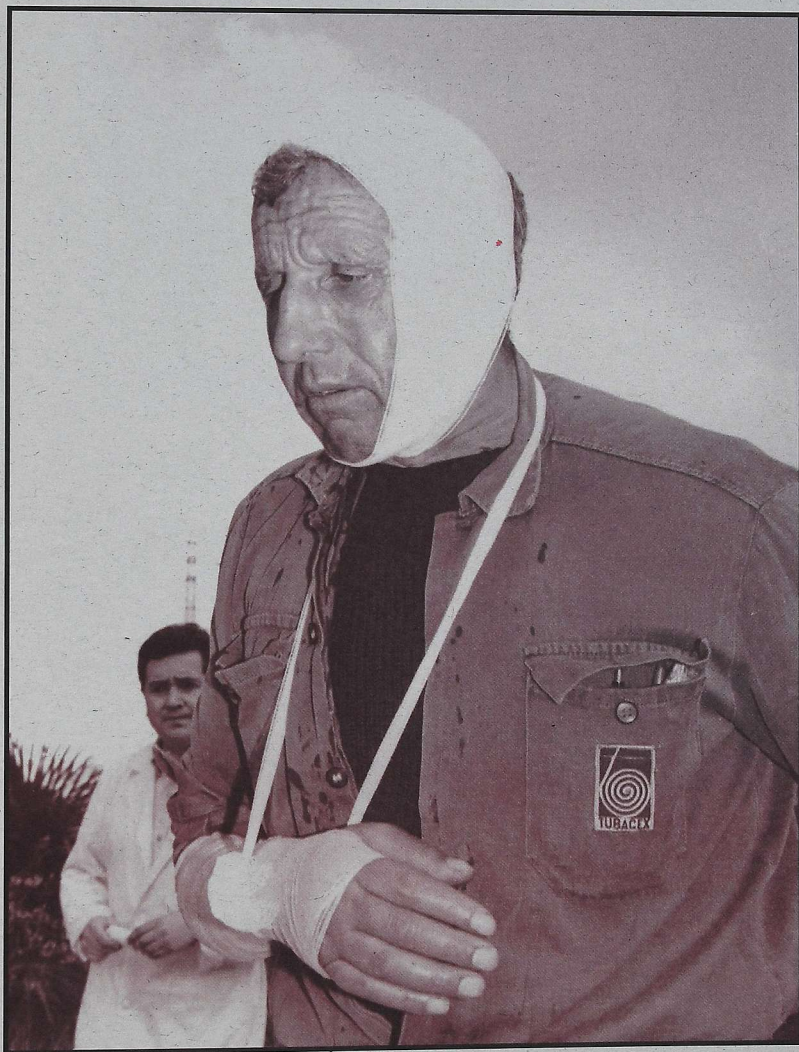
bles e irreversibles. Esto quiere decir que es preciso una previsión seria de irreversibilidad. Se habla tan solo de previsión porque es muy difícil conocer con certeza absoluta en muchas ocasiones el pronóstico. Por ello, la Ley añade que aunque haya posibilidad de recuperación se considera incapacidad permanente cuando aquella posibilidad es a largo plazo e incierta. Además por eso establece la posibilidad de revisión por mejoría.

3) Que las reducciones sean graves desde el punto de incidencia en el trabajo, disminuyendo como mínimo un 33% la capacidad laboral.

Aunque la Ley expresa que es necesaria el alta médica, éste no es requisito imprescindible, pues también se puede iniciar el proceso de declaración de incapacidad estando en IT, cuando ya se sabe que las secuelas son previsiblemente definitivas.

La I.P. ha de derivarse de una IT, excepto que no se tenga derecho a ésta porque se encuentra en situación asimilada al alta (luego se explica en IPT cuando son) o por asimilación a trabajadores/as por cuenta ajena que no la comprendan, o bien porque se accede a ella desde situación de no alta (IP Absoluta y Gran Invalidez).

Clases de Incapacidad permanente.



Según la Ley General de la Seguridad Social (L.G.S.S.) son dos las clases de I.P.:

- 1)** La contributiva que da derecho a una prestación económica cuando se cumplan determinados requisitos legales, entre los que se encuentra el haber cubierto un periodo mínimo de cotización.
- 2)** La no contributiva que tiene un carácter asistencial y a la cuál, se tiene acceso cuando no se haya cotizado, o habiendo cotizado no se alcanza el plazo mínimo exigido por la Ley, y además se cumplen otras condiciones.

Incapacidad permanente contributiva **Grados**

La L.G.S.S. establece cuatro grados de incapacidad permanente:

- a) Incapacidad permanente parcial para la profesión habitual (I.P.P.)
- b) Incapacidad permanente total para la profesión habitual (I.P.T.).
- c) Incapacidad permanente absoluta para todo trabajo (I.P.A.)
- d) Gran Invalidez

Existe también la figura de lesiones permanentes no invalidantes, cuyas reducciones no alcanzan la de las anteriores, pero que también dan lugar a una prestación establecida en un baremo (Decreto 3158 / 66, Orden Ministerial 15.4.69; Orden Ministerial 5.4.74; Orden Ministerial 15.5.88; Orden Ministerial 9.3.90 y Orden Ministerial 16.2.91).

• **Incapacidad permanente parcial (I.P.P.)**

Definición.

Se denomina incapacidad permanente parcial para la profesión habitual, la que ocasiona una disminución de al menos el 33% en el rendimiento del trabajador/a, sin que impida la realización de sus tareas fundamentales.

Se considera profesión habitual en caso de accidente, sea laboral o no, la que normalmente realiza el trabajador o la trabajadora cuando ocurre el accidente y en el caso de enfermedad, sea profesional o común, la principal que haya desarrollado durante los 12 meses anteriores al inicio de la Incapacidad Temporal. Son numerosos los problemas que causa determinar cuál es la

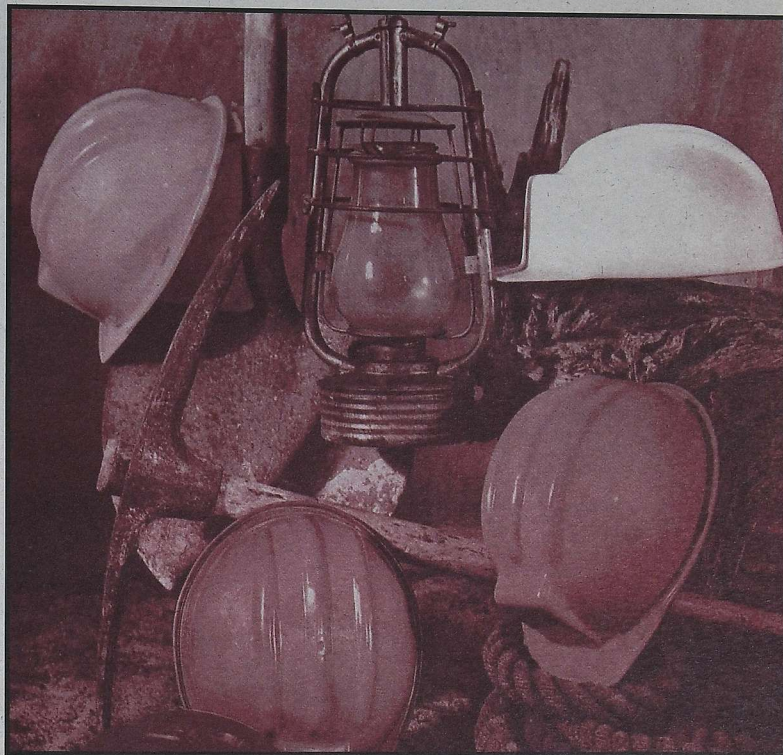
profesión habitual, máxime cuando uno o una se ve obligado a trabajar en la que no es la suya o cuando debido a la movilidad se integra en un grupo profesional. Normalmente se tiene en cuenta la categoría y no el puesto de trabajo, pues con una categoría pueden cubrirse varios puestos de trabajo y puede darse la circunstancia de que en uno no se puede trabajar, pero sí en otros.

Respecto a la disminución del 33% de rendimiento normal ha de tenerse en cuenta en cada caso la profesión y las secuelas que se padecen. No obstante, se suele considerar tal, cuando no se puede desarrollar un rendimiento normal aceptable y dificulta las tareas propias de su profesión, o se realizan con mayor penosidad o con mayor esfuerzo y dedicación.

Requisitos.

Para tener derecho a la prestación por IPP se deben cumplir los siguientes requisitos:

- a) Que haya declaración de I.P.P.
- b) Estar afiliado/a a la Seguridad Social
- c) Estar en alta o situación asimilada al alta
- d) Haber cubierto el período mínimo de cotización:



En el caso de enfermedad común:

Las menores de 21 años deben haber cubierto un período de cotización, igual a la mitad de los días transcurridos entre la fecha en que cumplió 16 años y la de iniciación de I.Temporal (se tiene en cuenta a estos efectos los 18 meses de I. Temporal de la que deriva la I.P.P, aunque la baja no haya agotado los 18 meses).

Las mayores de 20 años: 1800 días cotizados en los 10 años anteriores a la fecha de extinción de la IT.

14. La incapacidad para el trabajo y prestaciones.



En caso de accidente laboral (AT) o no, y enfermedad profesional (EP), no se exige ningún período mínimo de cotización.

e) No tener 65 años en el momento del hecho causante y reunir los requisitos para jubilarse porque, en este caso, lo que procede es la jubilación.

Tres precisiones respecto a los requisitos:

Si el empresario no ha dado de alta al trabajador o trabajadora en caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional, ésta se produce de pleno derecho. Respecto de las cotizaciones, se tienen en

cuenta como tales además de los 18 meses de la última IT (aunque no se hayan agotado), el primer año de excedencia por cuidado de menor con reserva al puesto de trabajo, las efectuadas en otros regímenes de la Seguridad Social con cómputo recíproco (Clases Pasivas del Estado, Autónomos, Trabajadores del Mar, Empleadas de Hogar y Régimen Especial Agrario).

En cuanto a las situaciones asimiladas al alta son las siguientes: la excedencia forzosa por cargo público, el servicio militar o el sustitutorio más los 30 días posteriores de que se dispone para solicitar el ingreso en la empresa, el

traslado por la empresa fuera al extranjero, suscripción de convenio especial, la de los trabajadores y trabajadoras que hayan prestado sus servicios en un puesto de trabajo con riesgo de enfermedad profesional, el paro total y subsidiado, el paro involuntario o el subsidio de desempleo (importante mantenerse inscrito/a en el INEM), el paro involuntario cuando no se tiene derecho a prestación, los periodos de inactividad de l@s fij@s discontinu@s, los periodos de condena o sanción sujetos a amnistía (Orden 4.1.79); los que son perceptores y receptoras de Asistencia Social, alta especial por huelga o cierre patronal.

Prestación.

Consiste en una indemnización equivalente a 24 mensualidades de la Base Reguladora, que haya servido para calcular la prestación económica de IT, de la que deriva la IPP. Ejemplo, si en el mes anterior a la baja (IT) la base de cotización fué de 120.000 Ptas.- la indemnización de IPP sería de $120.000 \times 24 = 2.880.000$ Ptas.

Cuando la IPP procede de accidente de trabajo, y afecta a trabajadores/as mayores con 65 años cumplidos, anualmente se establece una cantidad mínima que en 1.999 es

de 938.700 Ptas. con cónyuge a cargo, y de 797.860 Ptas. sin cónyuge a cargo.

Para el cálculo de la Base Reguladora se han de tener en cuenta, los incrementos salariales que se establezcan con efecto retroactivo en convenio que se publica con posterioridad al siniestro.

Mejoras voluntarias.

Las empresas suelen suscribir pólizas con Compañías de Seguros (normalmente porque los convenios lo acuerdan), cubriendo estas contingencias de IPP y por la que se debe abonar además de las 24 mensualidades anteriormente citadas, otra suma de dinero importante. Hay que estar atentos al contenido de estas pólizas que no siempre suelen ser muy claras.

Efectos.

El trabajador o trabajadora tiene derecho a reincorporarse al trabajo y (aunque sea una contradicción, hay muchas en la materia) si no afecta al rendimiento de su puesto, debe volver al mismo puesto, y en las mismas condiciones. Si el empresario acreditara que sí afecta al rendimiento debe proporcionarle otro puesto adecuado en las mismas condiciones y, si no lo hubiera, le asignará uno en el

14. La incapacidad para el trabajo y prestaciones.

que le podrá reducir su salario proporcionalmente hasta un 25%, no pudiendo recibir menos que el salario mínimo cuando trabaje a tiempo completo.

En el caso de que recuperara su plena capacidad, percibiera las prestaciones de recuperación y le hubieran asignado un puesto de inferior categoría, el trabajador o trabajadora tiene derecho a volver a su antiguo puesto de trabajo, siempre que no hayan transcurrido tres años en IPP, y lo solicite en el plazo de un mes desde la declaración de aptitud.

• Incapacidad permanente total

Definición.

Se considerara como tal, la que no permite realizar todas o las fundamentales tareas de la profesión habitual (ver su consideración en la IPP), siempre que no impida trabajar en otras profesiones.

Como se puede imaginar los casos posibles son tantos que es imposible enumerarlos.

Requisitos.

Para tener derecho a percibir la prestación de IPT es necesario que se cumplan los siguientes requisitos:

1. Que haya sido declarada la situación de IPT
2. Que se esté, afiliado/a a la Seguridad Social
3. Encontrarse en alta o situación asimilada al alta (ver situaciones asimiladas al alta en I. Permanente Parcial). No se puede acceder a la IPT desde la situación de no alta o asimilada como ocurre en la IP Absoluta o en la Gran Invalidez.
4. Haber cotizado en período mínimo, que sería:

Enfermedad común:

Para las menores de 26 años, el período exigido es la mitad del tiempo transcurrido entre la fecha en la que cumplió 16 años, y la del hecho causante de la pensión. No se tendrá en cuenta a estos efectos las fracciones de edad que no lleguen a 6 meses, y las que los superen se considerará como medio año para el cálculo de la mitad. Esta regla de desecharse no se sigue entre los 16 años y los 16 años y medio. Ejemplo: el/la que cumple 16 años el 20.2.92 y el hecho causante sucedió el 30.3.99. son 7,104 años. Se desprecia el 0,104 al ser menor a medio año. Los 7 años se transforman en meses: $7 \times 12 = 84$ meses. La carencia será: $84 : 2 = 42$ meses.

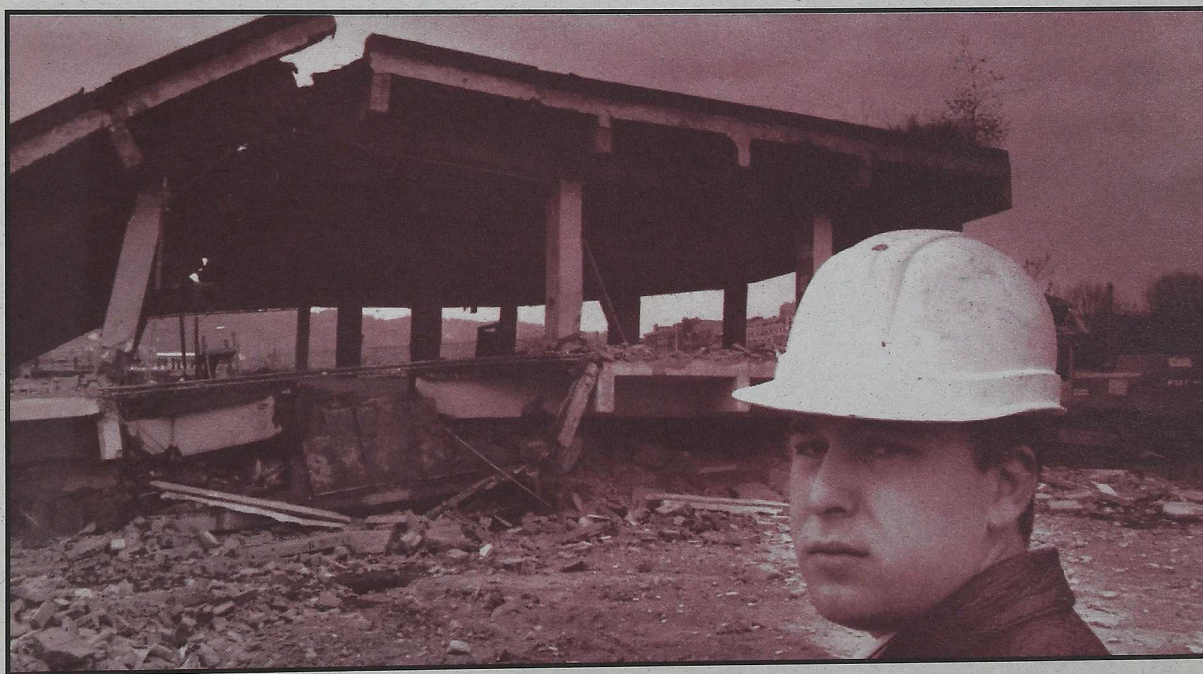
→ Incapacidad permanente contributiva. Grados.

Si se tiene 26 años o más, el período cotizado habrá de ser como mínimo equivalente, a la cuarta parte del tiempo transcurrido, entre la fecha en la que cumplió 20 años y el hecho causante, con un mínimo de 5 años. Respecto de las fracciones de edad, se sigue el criterio anterior. Ejemplo: alguien que cumplió 20 años el 30.1.69 y la fecha del hecho causante es el 26.7.98, es decir 29, 48 años. Al ser la fracción 0,48 inferior a la mitad del año se consideran solo 29 años. Se transforman los 29 años en meses: 29 años x 12 meses = 348 meses. La carencia será: $348:4=87$ meses. Si hubiera dado fracción de mes, ésta se hubiera despreciado.

Esta es la carencia genérica que se exige, pero a ella hay que añadirle la carencia específica, es decir, que la quinta parte de los años de carencia genérica se hayan cotizado dentro de los 10 años anteriores al hecho causante. Así, el caso anterior su carencia específica sería de 87 meses : 5 = 17,4 meses dentro de los últimos 10 años.

En caso de accidente, de trabajo o no y enfermedad laboral no se exige período mínimo de cotización.

5. No haber cumplido 65 años de edad, y reunir los requisitos para acceder a la pensión de jubilación en el momento del hecho causante.



14. La incapacidad para el trabajo y prestaciones.

Algunas notas en torno a los requisitos. Respecto del hecho causante. La Jurisprudencia lo establece normalmente en el momento del dictamen -propuesta del Equipo de Valoración de Incapacidades- (que sustituye ahora a lo que en su tiempo popularmente se llamaba el "Tribunal Médico"). No obstante, también se puede considerar como fecha del hecho causante el momento del alta médica, si las secuelas se consideraban definitivas, o también el momento de la baja (IT) en el que esas secuelas pueden ser definitivas. Esto suele tener transcendencia a veces, pues de ello depende la aplicación de una ley u otra más favorable, o

también el mínimo de cotización exigido cuando los márgenes para tener derecho a la IPT son muy reducidos.

En cuanto a los períodos de cotizaciones a tener en cuenta son: los 18 meses de la IT de la que se derive la IPT aunque no se hayan agotado, las ingresadas con anterioridad al 1.1.67, las realizadas a otros regímenes que tengan cómputo recíproco de cotizaciones (Clases Pasivas del Estado, Autónomos/as, Trabajadores/as del Mar, Empleados/as de Hogar y Agrario), las pagas extraordinarias que se tengan (como mínimo 2) incluyendo la de la parte proporcional de las bajas, el primer año de exce-



dencia por maternidad por cuidado de hijos/as menores con derecho a reserva de puesto de trabajo. Las pagas extraordinarias sólo se tienen en cuenta en el régimen de empleadas de hogar a partir del 1 de Enero de 1.986.

No cuentan para el período de carencia ni el subsidio de desempleo (el que se percibe después de finalizada la prestación contributiva de paro) ni el tiempo transcurrido en invalidez provisional, pues en ambos no se contempla la cotización por esta contingencia. Tampoco se tiene en cuenta, a estos efectos, el tiempo cotizado en convenio especial con la Seguridad Social que ha transcurrido con posterioridad al hecho causante. No se computa, asimismo el período de IT que se cobra, pero que ni la empresa cotiza finalizado el contrato, ni el INEM finalizado el paro contributivo.

Tampoco se computan los períodos cotizados en el régimen de autónomos/as, en el especial agrario por cuenta propia, cuando las cotizaciones corresponden a una época anterior a la que se dió de alta el trabajador o trabajadora, aunque dicha cotización se haya efectuado por exigencia de la Inspección de Trabajo (a esto no se le llama "enriquecimiento injusto").

Asimismo, no se debe tener en cuenta lo cotizado en pluriactividad (ejemplo al Régimen General y al de Autónomos/as) ni siquiera a efectos del cálculo de la base reguladora cuando ambas actividades se superponen.

Sí se debe computar el tiempo trabajado y cotizado en la profesión habitual, cuando instada la I.P.T., se declara que el trabajador o trabajadora sí está afecto/a de la misma, pero no tiene derecho a cobrar (lo cual la jurisprudencia no lo admite) porque no reunía el período mínimo cotizado y continúa prestando sus servicios hasta que reúna el período de cotización necesario.

Prestación.

La persona declarada afecta de una IPT tiene derecho a una pensión mensual de por vida del 55% del valor de la Base Reguladora, que puede sustituirse por una indemnización pagada de una vez.

Esta indemnización consiste, en una suma de dinero equivalente o un número de mensualidades cuyo valor es el de la base reguladora, y que según la edad, va desde 12 mensualidades a los 59 años cumplidos hasta 84 mensualidades a los menores de 54 años.

14. La incapacidad para el trabajo y prestaciones.

Los requisitos para obtenerla son: tener menos de 60 años, que las lesiones sean definitivas y no se prevea su revisión y que se acredite que el trabajador o trabajadora afectado/a trabaja por cuenta ajena o por cuenta propia, o que la indemnización la invertirá en algún proyecto como autónomo/a para el cuál sea apto o apta. Además deberá ser solicitada ante el INSS o la Mutua en el plazo de 3 años, desde que fué reconocida la IPT o, para los/las menores de 21 años, desde que cumplieron dicha edad.

Al cumplir 60 años el trabajador o trabajadora, cobrará la pensión mensual vitalicia revalorizada.

La pensión vitalicia como se ha dicho, consiste en una prestación mensual que se obtiene de aplicar el 55% a la base reguladora.

La base reguladora se calcula de modo diferente según se trate de enfermedad común, accidente de trabajo y enfermedad profesional o de accidente no laboral.

En el caso de enfermedad común y con 52 años cumplidos o más, se obtiene dividiendo entre 112 (8 años x 14 pagas) las bases de cotización de los 96 meses (8 años x 12 meses) anteriores al

hecho causante. Cuando se tiene menos de 52 años el número de meses a tener en cuenta será el calculado para la carencia genérica (diferencia entre fecha del hecho causante, menos fecha de cumplimiento de los 20 años dividido entre 4, desechando las fracciones de mes) esa cifra se multiplica por 12 y se divide entre la misma cifra multiplicado por 14. (Ejemplo 50 años; $50 - 20 = 30$; $30 : 4 = 7,5$; $7,5 \times 12 = 90$; $90 \times 14 = 1260$ luego $1260 : 105 = 12$)

Los meses así obtenidos se suman revalorizados mes a mes, salvo los 24 inmediatamente anteriores al hecho causante. La revalorización de cada uno se consigue dividiendo el IPC de ese mes entre el IPC del 25 mes (la operación se inicia dividiendo el IPC de este entre sí mismo) y multiplicando el cociente por la base de cotización de su mes correspondiente. La base reguladora al final, es el resultado de dividir la suma de las bases de cotización (24 meses últimos + los revalorizados) y dividirla entre el n^o de meses que corresponda (años x 14 pagas).

En el caso de accidente de trabajo y enfermedad profesional el porcentaje del 55% se aplica a la base reguladora que se obtiene sumando los salarios reales (no las bases

de cotización) del último año trabajado dividido entre 12 meses.

Para calcular el salario anual, se multiplica por 365 (días) el salario diario de los conceptos que se cobran todos los días (salario base y antigüedad generalmente), y los conceptos que se cobran por día efectivamente trabajado (plus de toxicidad, convenio, actividad, etc.) se multiplican por 290 días y las pagas extraordinarias se tiene en cuenta la cantidad total anual. La suma de todas las cantidades resultantes anteriores es el salario anual el cual dividido entre doce (meses) nos da la base reguladora.

Normalmente es más fácil sumar lo cobrado en las nóminas de todo el año anterior al hecho causante y dividirlo entre 365 (conceptos percibidos todos los días) y entre 273 o 225 o los días efectivamente trabajados (aquellos conceptos que se cobran por día trabajado) incluyendo las horas extraordinarias, y luego el valor diario así obtenido se multiplica en los primeros por 365 y en los segundos por 290 para obtener el salario real anual. A ello se añade las pagas extraordinarias obteniendo así el salario anual. La base reguladora se consigue dividiendo esa cifra por 12 meses.

Si no se trabaja durante todo el año, se calcula el salario diario de cada concepto y se multiplica por 365 y 290 los que cobran todos los días, y los que se cobran por día efectivamente trabajado respectivamente. Ejemplo, un trabajador con contrato de 1 año que inicia su trabajo el 1.9.98 y el accidente se produce el 28.2.99. Cobra 4.000 Ptas.- / día de salario base, 1.000 Ptas. plus de toxicidad/ día efectivo, 1.500 Ptas.- /día efectivo plus de convenio, 80.000 Ptas.- paga extra de Diciembre y 100.000 Horas Extras mientras trabajó. Si tiene derecho a 2 pagas extras y ha trabajado 123 días efectivos de los 181 días hasta la baja. El cálculo sería: SB 4.000 x 365 = 1.460.000 + Plus de Toxicidad 1000 x 290 = 290.000 + Plus de Convenio 1500 x 290 = 435.000 + Horas Extras 100.000: 123 x 290 = 235.772 + Pagas Extras 4.000 x 60 días = 240.000 = 2.660.772 Ptas.- Base Reguladora 2.660.772 : 12 = 221.731 Ptas.-. Pensión 221.731 x 55% = 121.952 Ptas.-

Esta pensión se cobra en 12 pagas anuales.

Cuando se trata de un accidente no laboral, la base reguladora se logra sumando las bases de cotización de los 24 meses consecutivos que el

14. La incapacidad para el trabajo y prestaciones.

trabajador/a elija dentro de los siete años anteriores al hecho causante, dividido entre 28. A la cantidad así obtenida se le aplica el 55% para conocer la pensión mensual.

Hay que señalar que cuando existen vacíos de cotización en los que no se tenía obligación de cotizar, y son períodos asimilados al alta, los mismos se cubren con la base mínima de cotización establecida en el año que corresponda para las mayores de 18 años. Estos vacíos se pueden cubrir así en el Régimen General pero no en el de Autónomos/as. Esto tiene transcendencia para aquéllos/as trabajadores/as que hayan cotizado al régimen general y a éste, porque si se jubilan por el de autónomos (ocurre cuando no hay la cotización mínima exigida en ninguno de los dos, pero el mayor período lo ha sido en el de autónomos) no le es aplicable la norma de cubrir esos vacíos con la base mínima de cotización. Tampoco les cuenta a los/las autónomos/as, ni a los/las trabajadores/as de la agraria por cuenta propia, los períodos de cotización abonados anteriores, o la fecha de su alta, aunque los mismos hayan sido exigidos por la Inspección de Trabajo.

Esta base reguladora no puede modificarse una vez

establecida, aunque se reconozca la percepción de complementos con posterioridad al hecho causante.

La prestación tiene efectos económicos desde el hecho causante. No obstante, como la IPT se declara durante o después de una I. Temporal, si la cuantía de aquella es superior a ésta, se abonan las diferencias desde el hecho causante y si es inferior la pensión de IPT se abona desde la fecha de la resolución de la Dirección Provincial del INSS. Un caso particular es cuando esta Dirección deniega la IPT, no se plantea la reclamación en el plazo de 30 días, sino superado el mismo y luego en Sentencia se reconoce la situación de IPT. En este caso se percibe desde los 3 meses anteriores a la reclamación previa porque ésta se considera como una nueva solicitud.

La pensión se recibe del INSS, aunque la obligada al pago lo sea la Mutua Patronal (accidentes de trabajo y ahora también enfermedad profesional). También puede ser responsable del pago el empresario cuando no ha dado de alta al trabajador o trabajadora o tiene descubiertos de cotización importantes .

En este caso rige el principio de automaticidad de la prestación, es decir, el INSS abona-

rá en todo caso, pero los responsables del pago serán la Mutua, el Empresario o el propio INSS. El trabajador o la trabajadora no debe sufrir las consecuencias del incumplimiento de los demás.

IPT Cualificada.

Cuando el trabajador o trabajadora que se encuentre en situación de IPT, cumple los 55 años, no trabaja y por su falta de preparación o por las características del momento y lugar es difícil que obtenga un nuevo empleo, tiene derecho a percibir una cantidad equivalente a un 20% más de la base reguladora, es decir, una pensión total del 75% de la base reguladora.

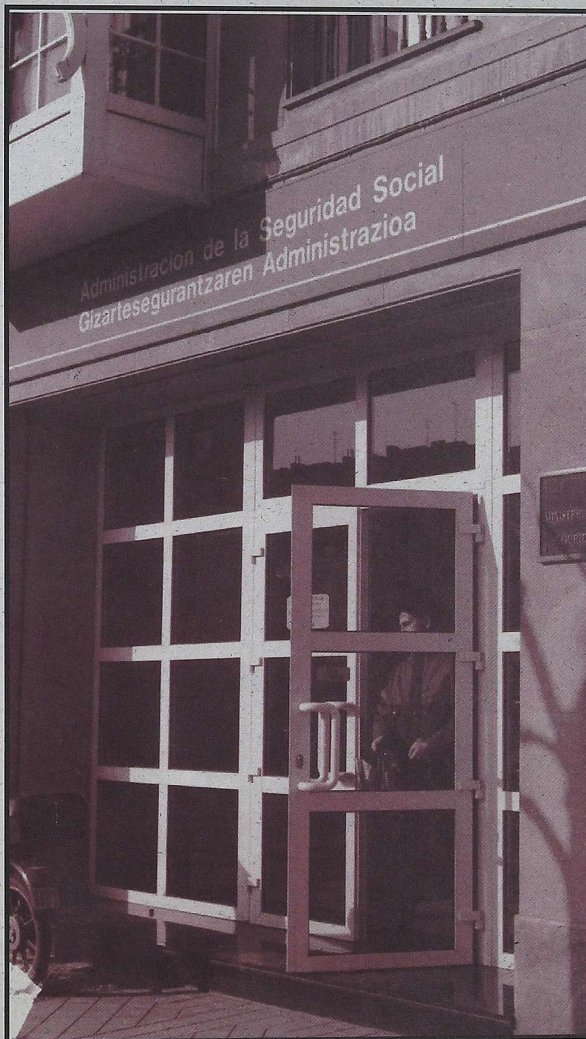
Este 20% lo debe solicitar el trabajador o la trabajadora cuando cumple los 55 años y se cumplen los requisitos anteriores, porque el INSS no lo abona automáticamente. Si cumplida la edad no se solicita se puede con posterioridad pedirla y se cobrará desde 3 meses antes de la solicitud.

No tienen derecho a percibir el 20% aquellos trabajadores o trabajadoras a quienes se les reconoció la IPT antes del 1.7.72 (fecha en la que entró en vigor la Ley 24 / 72), ni tampoco los/las autónomos/as o los/las trabajadores/as de la Agraria por cuenta propia.

Tampoco los trabajadores y trabajadoras por cuenta ajena cuando trabajen y si lo hacen una vez reconocido el 20%, se suspende el cobro hasta que dejen de trabajar. También tienen derecho al 20% las empleadas de hogar).

Mejoras voluntarias. Por convenio o pacto se puede establecer que a la pensión de IPT.

→ Incapacidad permanente contributiva. Grados.



14. La incapacidad para el trabajo y prestaciones.



se la complemente con una cantidad. Para ello las empresas suelen formalizar un contrato con las compañías de seguros. Frecuentemente estas pólizas contienen conceptos de Incapacidad que no coinciden con los de la Seguridad Social. Si no hubiera dudas en los que se ha firmado, se estará a lo dispuesto en ello, pero si estuviera confuso, hay que tomarlo en el sentido más favorable al trabajador o trabajadora. Así, a veces, se dice que se cubre la situación de Incapacidad Permanente, sin expresar más. Habrá que entender que se trata de todo tipo de incapacidad permanente (parcial, total, absoluta y GI). Otras veces se indica que se abonará cuando ocurre por accidente de trabajo, y no señala nada de la enfermedad profesional. En este caso también habrá que incluirla porque se han de entender como análogas. Es importante que se

tenga en cuenta estos detalles. Si no comprende la enfermedad profesional la debe excluir expresamente.

Cuando la empresa que abona la mejora es del Estado, hay que tener en cuenta que entre la pensión y el complemento, no pueden superar el límite máximo establecido para las pensiones. Si no, se reducen ambas proporcionalmente hasta dicho límite.

Efectos.

Salvo que en pacto o convenio no se diga otra cosa, la declaración de IPT es causa de extinción del contrato de trabajo. Pero éste no se extingue automáticamente, sino que el empresario debe tomar la decisión en base a esa causa. Si no resuelve el contrato y recoloca al trabajador o trabajadora, luego no puede despedirle por esa Incapacidad Permanente Total. Tampoco

puede despedirle mientras no sea firme, porque la resolución que declara la incapacidad si alguien recurre contra la declaración de IPT (ej. Mutua) y la misma es revocada por el Juzgado de lo Social, el trabajador o trabajadora tiene derecho a reincorporarse a su puesto de trabajo.

También se tiene derecho a la reserva del puesto de trabajo cuando, declarada la incapacidad, se prevé que en un plazo de 2 años o menos se revise por mejoría. En este caso se suspende la relación laboral durante 2 años desde la declaración de IPT debiendo constar en ella este plazo. Si después de superado ese plazo recuperara la capacidad, tendría derecho preferente a ocupar un puesto de su categoría o inferior (éste en caso de que no recuperara toda su capacidad) y si el empresario se lo ofreciera no puede rechazarlo (a no ser que suponga cambio de residencia). El empresario en este supuesto goza de una reducción del 50% de las cuotas de la Seguridad Social por contingencias comunes durante dos años.

La pensión de IPT es compatible, pues, con trabajos de otra profesión u oficio. Pero es incompatible con la pensión de jubilación, salvo que la IPT se hubiera declarado antes de

la aplicación de la Ley General de la Seguridad Social de 1.974. Es el trabajador o trabajadora quien deberá optar por una de las dos pensiones cuando sea incompatible.

Al ser compatible con el trabajo, quien cobra la IPT debe tener cuidado si, cuando llega la edad, pretende optar por la pensión de jubilación, pues si no trabaja o si no está en una situación asimilada al alta (por ejemplo, apuntado/a al paro) puede que no cumpla el requisito de la carencia específica que se exige de dos años de cotización en los últimos quince años. Encontrándose en situación asimilada al alta, esa carencia de 2 años, se traslada a los quince años anteriores a la fecha que cesó la obligación de cotizar.

Respecto del desempleo, quien sea declarado/a en IPT y se le extinga el contrato por dicha razón, es posible que, al tener derecho a percibir el paro, la prestación por éste sea superior a la de IPT, entonces puede optar por percibir primero el paro y luego la IPT. Igualmente, si estando en paro le declaran la IPT puede optar por aquella prestación que más le convenga.

Asimismo, si además de la IPT, trabaja en otra profesión, fina-

14. La incapacidad para el trabajo y prestaciones.

lizado este contrato y cotizado el período mínimo requerido, se tiene derecho a cobrar el paro y la pensión de IPT, al mismo tiempo.

• Incapacidad permanente absoluta (IPA)

Definición.

Se considera así a la que inhabilita por completo al trabajador o trabajadora para cualquier tipo de profesión u oficio. Esto quiere decir que, quien se encuentra en esta situación es incapaz de soportar 8 horas de trabajo de cualquier profesión por muy liviana que sea. Si hubiera alguna profesión que lo permitiera no cabría IPA. A veces esto, ha motivado que en la jurisdicción se adopten posiciones muy duras de cara a otorgar una IPA. Sin embargo, y aunque parezca contradictorio, la Ley permite el ejercicio de actividades, lucrativas (que reporten beneficio) o no, que el trabajador o trabajadora puede desarrollar y que no impliquen una modificación, en sentido de mejoría, del mismo. Es más si estas actividades están incluidas en algún régimen de la Seguridad Social debe darse de alta y cotizar, debiéndolo comunicar a la Tesorería General de la Seguridad Social.

Todo esto es teoría, porque está claro que si la que soporta la carga de la pensión es ésta (TGSS) salvo error u omisión, no dudará en cualquier momento en recabar la revisión para que se rebaje a la I.P.Total.

Requisitos.

Para tener derecho a la pensión por IPA se necesita:

- a) Haber sido declarados/as en situación de IPA
- b) Estar afiliados/as a la Seguridad Social. En este caso no es necesario estar de alta o en situación asimilada como en la I.P. Total.
- c) Cubrir un período mínimo de cotización:

Si es por enfermedad común y se está de alta, los períodos de carencia exigidos son exactamente los mismos que los de IPT (ver apartado B) anterior. Si se está afiliado o afiliada pero no de alta, entonces se requiere como mínimo, haber cotizado 15 años a la Seguridad Social, siendo la carencia específica la de 3 años dentro de los 10 años inmediatamente anteriores al hecho causante.

Si deviene de accidente, laboral o no, y enfermedad profesional, estando de alta cuando ocurre el accidente,

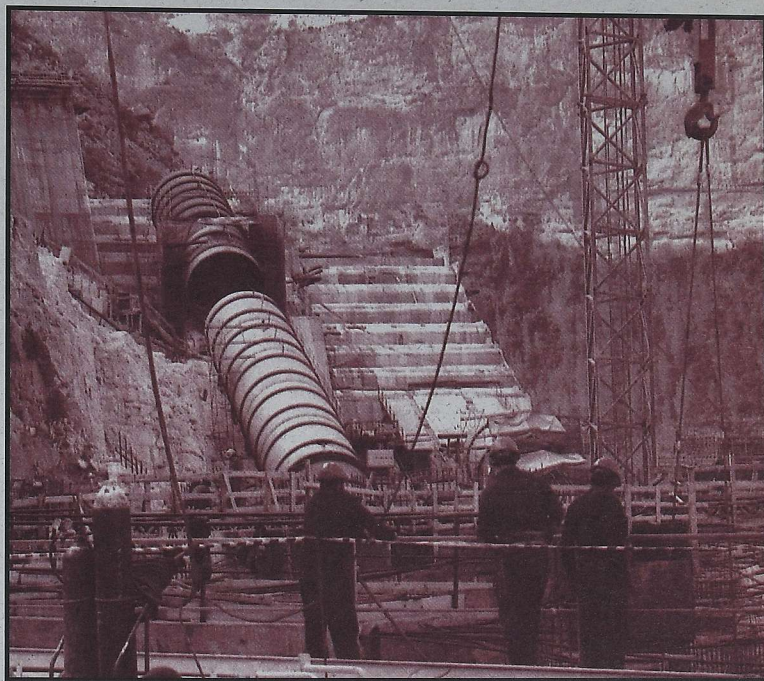
no se exige ningún período mínimo de cotización. Si es por accidente no laboral y no estando de alta en el momento del accidente, tanto la carencia genérica, como la específica es igual que en la enfermedad común. Otra vez se presenta aquí la oportunidad de señalar la importancia que tiene el estar apuntado/a al paro, entre otras cuestiones.

d) No tener 65 años cumplidos y los requisitos para jubilarse porque si no procedería cobrar la pensión de jubilación.

Respecto de las notas sobre el hecho causante y períodos de cotización a tener en cuenta nos remitimos a lo expresado en la I.P. Total. Como allí, también tenemos que decir que si se le declara en situación de IPA a un trabajador o trabajadora y carece del período mínimo de cotización (lo cuál, repetimos, no está permitido aunque el INSS lo hace) y continúa trabajando, cuando reuna el tiempo de cotización necesario puede reclamar el reconocimiento de la IPA y su prestación.

Prestación.

La prestación consiste en el abono de una pensión vitalicia equivalente al 100% de la base reguladora, siendo de 14 pagas al año (12 más extra



de Junio y Noviembre) en el caso de enfermedad común y accidente no laboral y 12 pagas en accidente de trabajo y enfermedad profesional.

Aquí hemos de remitirnos a lo dicho en la IPT sobre la base reguladora, al cálculo de la misma en los diversos supuestos (enfermedad común, accidente, laboral o no, y enfermedad profesional) y a los vacíos de cotización y fecha de cobro. Respecto de éste, en el caso de acceso a la IPA por revisión de la IPT la fecha de los efectos económicos es desde la resolución primera del INSS a la solicitud de revisión, aún en el caso de que aquella sea

14. La incapacidad para el trabajo y prestaciones.

negativa, si luego, sea en respuesta a la reclamación previa, sea por Sentencia, se reconoce que se está afecto/a de una IPA.

También nos remitimos a lo manifestado en la IPT respecto de lo dicho sobre la pluriactividad (cotización a regímenes diferentes como el General y el de Autónomos/as) y al pluriempleo (ejemplo, cotizando al Régimen General por dos trabajos diferentes). En el caso de pluriactividad la pensión consiste, como en la IPT, en el abono de 14 pagas en caso de enfermedad común.



Efectos.

IPA es causa de extinción del contrato.

También es incompatible la pensión por IPA con la pensión de jubilación.

Aunque en las resoluciones del INSS se suele fijar un plazo de dos años para la revisión (esto no quiere decir que necesariamente se vaya a revisar, porque cuando el INSS declara una IP es prácticamente con carácter definitivo, de hecho, será un número ínfimo los casos que se revisen), esta revisión puede tener lugar en cualquier momento si se dan las circunstancias para ello, tanto en el sentido de agravación, como en el de mejoría. Si es de mejoría, como en la IPT, se reserva el puesto de trabajo durante dos años y lo dicho allí sirve para la IPA.

En el caso de que una Sentencia declarara que no se está afecto/a de IPA, sino de IPT no se tendrían que devolver las diferencias cobradas

existentes entre ambas pensiones.

Como ya se ha dicho, y aunque parezca contradictorio, la declaración de IPA no impide que se puedan ejercer otras actividades sean o no lucrativas, aunque aquí siempre cabe el riesgo de que la Seguridad Social o la Mutua se base en ello para pedir la revisión porque se tiene la obligación de declarar el ejercicio de dicha actividad. Esta obligación de declarar se exige desde el 24 de Noviembre de 1.992. Antes no era precisa.

Por otra parte la declaración de IPA conlleva la presunción de fallecimiento cuando ocurre este suceso y la IPA ha sido declarada por accidente de trabajo o enfermedad profesional. Cuando la muerte se produce en los 5 años siguientes a la fecha del accidente, hay que demostrar que es debido a accidente de trabajo o enfermedad profesional, aunque en este caso esta prueba se admite independientemente del tiempo transcurrido.

• Gran Invalidez

Definición.

Se considera que un trabajador o trabajadora está afecto o afecta de Gran Invalidez cuando debido a pérdidas funcionales o anatómicas necesita la ayuda de otra persona para los actos más elementales de la vida como, vestirse, desplazarse, comer, lavarse u otros análogos.

Respecto de cuáles son los actos esenciales, pueden ser bastantes más de los citados anteriormente. Lo fundamental para la consideración de Gran Invalidez es la imperiosa necesidad de la ayuda de una persona para poder realizar esos actos y ésto no significa que a ésta se le necesite para todo, ni en todo momento, pero sí que se la necesite siempre y para actos determinados. NO se suele considerar Gran Invalidez cuando esos actos se pueden realizar con dificultad, porque para ello no se necesita una persona.

Requisitos.

Son los mismos que para la IPA

14. La incapacidad para el trabajo y prestaciones.

Prestación.

La cuantía de la prestación es del 100% de la Base Reguladora incrementada en un 50% de la pensión (no de la base reguladora). Este 50% está destinado a abonar a la persona que ayuda y puede ser sustituida por el alojamiento y cuidado como interno o interna en una Institución Asistencial pública de la Seguridad Social financiada a cargo de los presupuestos del Estado.

Respecto a la base reguladora se calcula igual que en la IPA. En el supuesto de que la pensión total rebasara el límite máximo impuesto anualmente a las pensiones, ese límite no se le aplica al 50%.

En cuanto a las mejoras voluntarias nos atenemos a lo dicho en el apartado anterior.

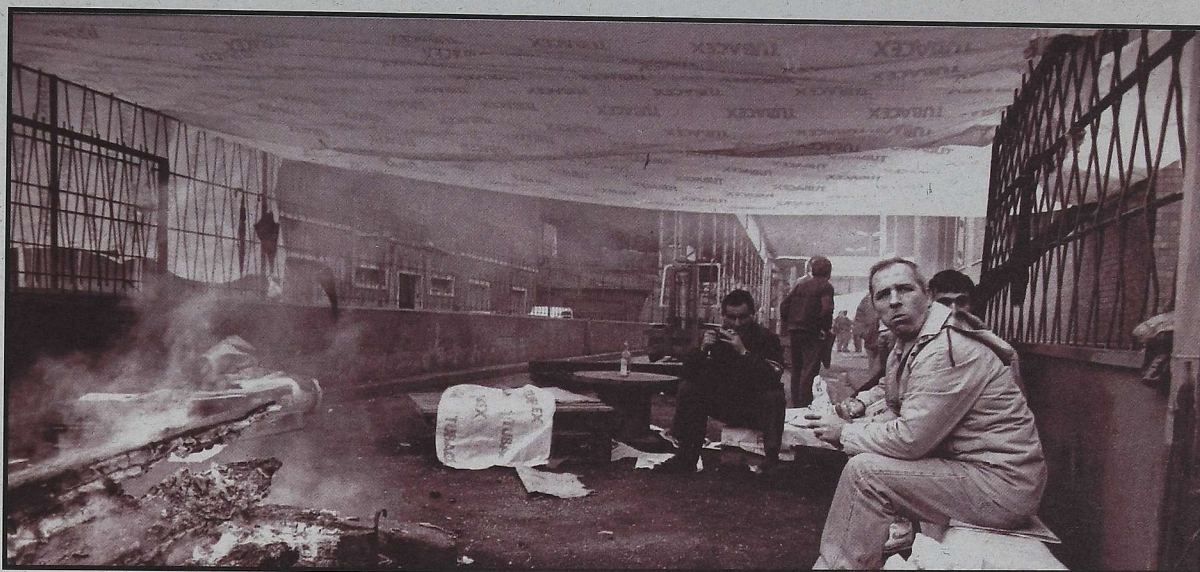
Efectos.

También en este caso, parece obvio, se extingue el contrato de trabajo. No obstante ello no quiere decir que el gran inválido no puede realizar actividades acordes con su situación, reporten o no un beneficio.

Respecto de la revisión vale lo expresado para la IPA, pudiendo ser la misma por mejoría, o también, por error en el diagnóstico. No cabe apreciar error de diagnóstico cuando se ha reconocido la GI por Sentencia Judicial.

En este caso, solo cabría revisarla por mejoría, pero aún así, tampoco podría ser considerada por mejoría cuando las lesiones por las que se declaró la GI eran de carácter degenerativo.

Los contratos a tiempo parcial.



El hecho de trabajar con contrato a tiempo parcial y su consideración a efectos de determinar el número de días cotizados y el período de carencia ha sufrido diversas modificaciones en el tiempo.

La última ha sido la del Real Decreto - Ley 15 / 1.998, de 27 de Noviembre, que no entrará en vigor hasta que sea desarrollado reglamentariamente.

Pero como adelanto se puede indicar, que las modificaciones consistirán fundamentalmente en lo siguiente:

Las fórmulas para obtener la base reguladora serán las mismas que las utilizadas para la jornada completa, pero con las consideraciones que a continuación se manifiestan.

Los vacíos de cotización en los que no ha habido obligación de cotizar se completarán con la parte proporcional de la base mínima de cotización al número de horas trabajadas, contratadas en último término.

Para comprobar si cumple el período de cotización mínimo necesario se computan las horas realmente trabajadas (

14. La incapacidad para el trabajo y prestaciones.

ordinarias y complementarias). La suma de todas las horas trabajadas con contratos a tiempo parcial se dividen entre 5 horas (que es el número de horas diarias consideradas a jornada completa diaria si la jornada anual es de 1.826 Horas, pues $1.826 : 365 \text{ días} = 5 \text{ horas}$). El número de días que se obtiene así se multiplica por el coeficiente 1,5 para conseguir el número total de días que se deben considerar a efectos de la carencia.

Este cálculo tiene un límite que es el que, no se puede computar un número de días superior al que hubiera correspondido trabajando a jornada completa.

En cuanto a los contratos de jornada inferior a 12 horas semanales, o 48 horas mensuales, es preciso indicar, que ya se amplió la cobertura que anteriormente limitaba a la incapacidad permanente derivada de accidente de trabajo o enfermedad profesional.

Las normas anteriormente citadas también le serán aplicables.

Otras prestaciones.

• Subsidio de recuperación.

Definición.

Consiste en el abono de una cantidad de dinero a trabajadores o trabajadoras que está en tratamiento de recuperación profesional y que puede ser única o complementaria de otra que se perciba. La pueden percibir los trabajadores y trabajadoras, que se encuentren en proceso rehabilitador, y los/las pensionistas por incapacidad permanente parcial o total que tengan posibilidades razonables de recuperación.

Requisitos.

Respecto a los trabajadores y trabajadoras sometidos a tratamiento rehabilitador anteriormente citados (no los/las pensionistas), se exige que no tengan derecho a cobrar ningún subsidio por IT y que hayan cotizado como mínimo 180 días dentro de los 5 años inmediatamente anteriores a la fecha de la baja médica.



14. La incapacidad para el trabajo y prestaciones.

Prestación.

Es equivalente al 75% de la Base de Cotización del mes anterior a la IT de la que se inicia la recuperación, cuando ya no tengan derecho a percibir ningún subsidio por IT.

También es del 75% de la Base Reguladora (idem que IT) cuando se le haya reconocido una Incapacidad Permanente Parcial.

Si se trata de una I.P. Total el porcentaje aplicable es del 20% de la Base Reguladora.

Cabe que la posibilidad de recuperación se aprecie antes de la declaración de I. Permanente, con lo que corresponderá el abono en ese supuesto al INSS, la Mutua o la Empresa colaboradora. Si lo fuera con posterioridad a la declaración de I.

Permanente, es el INSERSO o el Organo competente de la Comunidad Autónoma, quienes deben asumir esta prestación.

• **Lesiones permanentes no invalidantes**

Definición.

Son aquellas lesiones, mutilaciones y deformidades definitivas, ocasionadas con motivo de un accidente de trabajo o enfermedad profesional, que suponen una alteración o disminución física de la trabajadora o trabajador y que no llegan a constituir una incapacidad permanente.

Requisitos.

Se exige para tener derecho a la prestación económica por dicho motivo que sean declaradas las mismas, trabajar por



cuenta ajena y encontrarse de alta o asimilada, haber sido dado de alta por curación y que las lesiones estén en el baremo recogido en la Orden de 16 de Enero de 1.991.

Prestación.

Consiste en una cantidad de dinero por cada una de las lesiones o deformidades recogidas en el baremo citado y que van desde las 42.000 Ptas.- (ejemplo, pérdida parcial de dedos de pie; limitaciones de la movilidad global en más del 50% en rigideces articulares - hombro, codo, antebrazo, muñeca y dedos -), hasta las 672.000 Ptas.- por pérdida de la nariz. Como se puede comprobar, son cantidades ridículas en comparación con las lesiones sufridas.

Efectos.

La declaración de lesiones permanentes no invalidantes permite mantener el mismo puesto de trabajo u otro de la misma categoría sin merma (teórica) del rendimiento. También es compatible con la incapacidad permanente, siempre que no se base en las mismas lesiones. Ello no impide, que en el supuesto de sufrir otras deformaciones, lesiones o mutilaciones, que se tengan en cuenta las pri-

meras para reconocer una incapacidad permanente.

• Invalidez permanente del seguro obligatorio de vejez e invalidez (SOVI)

También se puede acceder a una prestación por Invalidez Permanente, que se reconoce por cotizaciones a regímenes anteriores al sistema actual de la Seguridad Social, siempre que no se tenga derecho a otra pensión que éste otorgue.

Las condiciones para ello son:

Estar afecto o afecta de una Invalidez Permanente Absoluta para su profesión habitual, cuando se es mayor de 50 años y cuando la edad esté comprendida entre 30 y 50 años, haber perdido lo esencial de los miembros superiores (manos, brazos), de los miembros inferiores (piernas, piés), pérdida total de movimiento análoga a la producida por la situación anterior, ceguera total o enajenación total incurable.

Se considera Invalidez cuando te imposibilita ganar un tercio de lo que ganaría un asalariado o asalariada de su categoría. Aquí existe una dificultad obvia, y es la de demostrar cuál era la profesión habitual

14. La incapacidad para el trabajo y prestaciones.

al cabo de tantos años sin trabajar. Además de las condiciones anteriores, es necesario haber cotizado como mínimo 1.800 días (5 años) al SOVI antes del 1 de Enero de 1.967 y que la incapacidad, no sea imputable al trabajador o trabajadora, o que derive de un accidente de trabajo o enfermedad profesional sujeta a indemnización.

Su cuantía en 1.999 es de 570.570 Ptas./año, abonada en 14 pagas, sino concurre con otras pensiones.

Es incompatible con cualquier trabajo en el que sea obligatoria la afiliación a la Seguridad Social, con otras pensiones del SOVI, con cualquier otra pensión del Estado o de la Seguridad Social, y con las de las clases pasivas (Administración) desde el 2 de Mayo de 1.991.

• Recargo de prestaciones.

Se trata de una cantidad de dinero complementaria a las prestaciones que se deriven de accidente de trabajo y enfermedad profesional (incluida la IT - Incapacidad Temporal o Baja) cuando dichos eventos se hayan producido por falta de medidas de seguridad.

Según esto, las prestaciones económicas que se perciba por IT, IPP, IPA, IPT, etc. pueden ser incrementadas en un porcentaje que va del 30% al 50% en función de la gravedad de la falta cometida.

La falta puede consistir desde la no información previa al trabajador o trabajadora de los peligros que entraña su trabajo, hasta la carencia de los dispositivos de seguridad de las máquinas y demás infracciones a las normas de seguridad e higiene.

El responsable único del abono de ese recargo, es el empresario infractor, no pudiendo asegurar mediante ninguna póliza dicha contingencia. Esto significa y suele ocurrir, que cuando un empresario, además de cometer esas ilegalidades, es insolvente, el trabajador o trabajadora no podrá cobrar absolutamente nada por dicho motivo, porque en este caso, a la Seguridad Social no se le declara responsable subsidiaria, a pesar de que ella se hizo cargo del Fondo Nacional y ella es la que percibe ese recargo cuando la trabajadora o trabajador fallece sin herederos.

Procedimiento para el reconocimiento de la incapacidad permanente contributiva.

El procedimiento para el reconocimiento lo puede iniciar la propia interesada o interesado, el INSS, la Empresa colaboradora o la Mutua cuando se trata de accidente de trabajo o enfermedad profesional. Las empresas no tienen derecho a intervenir en el proceso, ni siquiera para pedir que se conceda un grado superior de Incapacidad, salvo cuando sean obligadas al pago de las prestaciones.

Normalmente, este proceso se inicia a través del Inspector o Inspectora Médico del Ambulatorio que corresponda a cada persona, cuando se trata de enfermedad común o accidente no laboral. Si el Inspector/a Médico no quiere hacerlo por la razón que sea, el propio afectado o afectada puede solicitarlo rellenando los impresos que proporcionan en las oficinas de la

Seguridad Social. Junto a estos impresos, hay que presentar el D.N.I., Certificado de Empresa justificando el pago de las cotizaciones de los últimos meses o del INEM, si es éste quien cotizó el último y el Libro de Familia o, en su defecto, los certificados que constan en el Registro Civil.

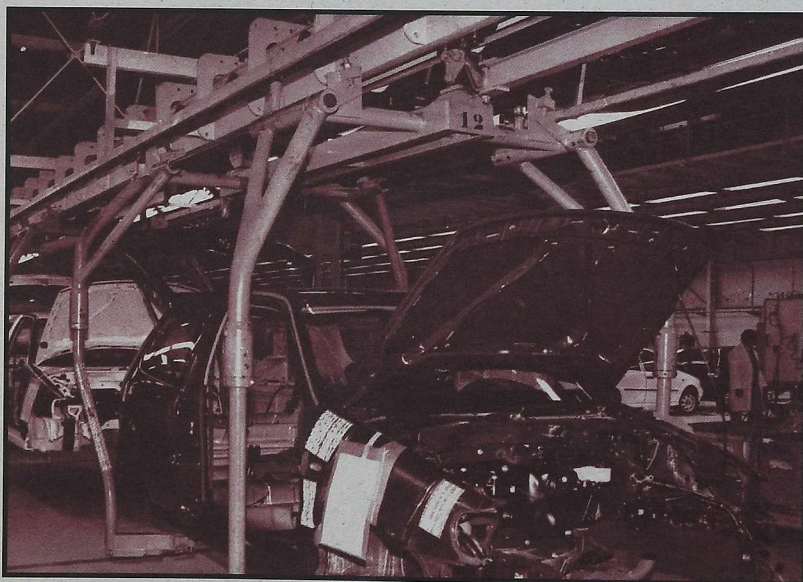
Si es la Mutua, quien inicia el trámite, tiene la obligación de comunicarlo previamente a la trabajadora o trabajador, quien podrá estar o no de acuerdo con ello. Es preciso decir que, con el fin de evitar gastos, a veces se apresuran en dar de alta médica sin acompañar el Informe de Secuelas Definitivas, pero adjunten o no este certificado, si no se está en condiciones de trabajar y la Mutua no acepta prorrogar la baja, en principio, hay que presentarse en la empresa e inmediatamente, acudir al Médico de



14. La incapacidad para el trabajo y prestaciones.

Cabecera para que extienda la baja. Suele haber más de un problema si se les cuenta la causa real y con razón, puesto que si el motivo es un accidente de trabajo o enfermedad profesional, no es la Seguridad Social la que debe asumir las consecuencias derivadas de estas contingencias.

Si es necesario, habrá que acudir incluso a la Inspección Médica. Una vez con la IT, hay que recurrir la decisión de la Mutua formulando una declaración previa ante ella, ante la Dirección Provincial del INSS y de la Tesorería General de la Seguridad Social, que deberá proseguirse según lo que a continuación se dirá para cuando es rechazada una reclamación, salvo que la Mutua acceda a lo solicitado.



Otra cuestión a tener en cuenta, es el Informe de Secuelas Definitivas. Este debe recoger con la mayor precisión, todas y cada una de las secuelas, su intensidad, si afecta a la movilidad de articulaciones, cuál es el grado de limitación, si son degenerativas o no, etc. Esto es importante, porque en función de ello, está el que se conceda el grado de incapacidad o incluso, la cantidad a percibir, si se trata de pensiones permanentes no invalidantes. También tiene importancia por la influencia que puede ejercer respecto a la indemnización a percibir en un proceso penal o civil, que se suele desarrollar paralelo al laboral, cuando se trata de accidentes o de enfermedad profesional.

En el caso de no estar de acuerdo con las secuelas, señaladas en el Informe, manifestarlo verbalmente al Médico de la Mutua y si no las recoge, plantearse por escrito.

Transcurrido un período que suele variar, pero que es de tres o cuatro meses, se recibe una citación, para acudir ante el Médico del Equipo de Valoración de Incapacidades, al cual hay que llevarle cuantos informes se posea, pues para el reconocimiento de la Incapacidad Permanente se tienen en cuenta, todas las

lesiones, mutilaciones y deformidades que se padecen en ese momento, aunque el Expediente se haya iniciado por tan sólo algunas de ellas. Si se reconoce la Incapacidad Permanente, se considera normalmente como causante de la misma la lesión que produce las últimas reducciones o, en su defecto, aquella que mayor efecto produzca.

El Médico debe comprobar el estado del trabajador o trabajadora (no siempre lo hace y esto es preciso manifestárselo a la Graduad@ Social o Abogad@ cuando se recurre) y emitir un Informe denominado de síntesis. Es obligatorio que la trabajadora o trabajador asista a esta cita, porque en caso contrario, se le considera decaído de su derecho.

El desplazamiento a esta prueba médica debe ser abonado cuando se realice en transporte público ordinario o, cuando se esté impedido/a en taxi, o incluso, si ninguno de esos medios existe, en vehículo particular.

El equipo de valoración de incapacidades está constituido, además de por el/la Médico/a que actúa como ponente y emite el Informe, por el/la Subdirector/a Provincial de IP, un/a Médico-Inspector, un/a Médico/a del INSS, un/a Inspector/a de

Trabajo, un/a Funcionari@ de la Unidad de IP de la Dirección Provincial del INSS, un/a experto/a en recuperación y rehabilitación y un/a experto/a en Seguridad e Higiene en el Trabajo.

Con el informe síntesis del Médico/a ponente, el Informe de Antecedentes Profesionales y los de Alta y Cotización, el Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI) emite su dictamen - propuesta con las secuelas o lesiones del trabajador o trabajadora, si le producen incapacidad o no, su grado, y el plazo para revisarla entre otras cuestiones.

Del dictamen - propuesta se ha de dar traslado a la trabajadora o trabajador para que en el plazo de diez días pueda acceder al Expediente y alegar lo que estime oportuno. Si se aportan pruebas que contradicen lo informado en el dictamen - propuesta, el INSS puede requerir al EVI para que elabore otro dictamen complementario. Al cabo de dos meses más, es decir, un total de 6 meses desde el inicio, (aunque la Ley establece un máximo de 135 días para resolver todo el expediente) la Dirección Provincial del INSS, dicta una resolución, que puede reconocer un grado de incapacidad superior o inferior al solicitado. En

14. La incapacidad para el trabajo y prestaciones.

esa resolución también debe constar el plazo en el que procede la revisión, (normalmente suele ser 2 años), el plazo de 30 días para recurrir y ante quién se debe hacerlo, esto es, ante la propia Dirección Provincial, puesto que procede la reclamación administrativa previa a la demanda ante el Juzgado de lo Social.

En el caso de estar de acuerdo con la resolución de la Dirección del INSS, si nadie recurre, se convierte en firme y da lugar a la prestación que reconoce, si reconoce alguna.

Si no se está de acuerdo con la resolución, se debe formular la Reclamación Administrativa en el plazo de 30 días hábiles (es decir, se cuentan todos los días, incluido el sábado, no contando los domingos y festivos) a partir del día siguiente a la recepción de la Resolución. Esta reclamación es importante y debe contener todos los elementos principales que luego se van a defender ante el Juzgado de lo Social, porque con toda probabilidad habrá que acudir a él, ya que la Dirección Provincial del INSS o no responde, o si lo hace, lo es habitualmente para denegar la Reclamación Administrativa. Por ello es conveniente para formularla, basarse en un Informe Médico

lo más completo posible (a veces se necesitará más de uno según el tipo de las secuelas).

En este caso, es preciso acudir a un Médico privado para que compruebe las secuelas, las valore y emita el Informe correspondiente. Los Médicos de la Seguridad Social, OSA-KIDETZA, OSASUNBIDE, etc., no suelen hacerlo porque luego el Médico que elabora ese Informe debe defenderlo en Juicio, al cuál no suelen acudir los de aquellas entidades. Así pues, el que elabore el Informe deber acudir a Juicio, para dar las explicaciones que corresponda y al mismo tiempo, tendrá que responder a las preguntas que se le formulen, tanto por los Abogados de las partes que intervienen, como por el propio Juez.

La Dirección del INSS puede responder expresamente a la reclamación administrativa previa o no, si la respuesta es negativa o si no responde en el plazo de un mes, (este silencio se considera a los efectos legales como una denegación de la reclamación) se abre un período de 30 días para presentar la Demanda correspondiente ante el Juzgado de lo Social, desde el día siguiente de la resolución expresa o desde que se cumplió el plazo de los 30 días sin responder.

Incapacidad permanente e IRPF.



En estos momentos tan sólo se retiene en concepto de Impuesto de la Renta de las Personas Físicas de la prestación por Incapacidad Permanente Total, no así de la pensión por Incapacidad Permanente Absoluta, ni de la Gran Invalidez.

Proceso penal y civil.



Cuando ha sucedido un accidente de trabajo o enfermedad profesional y ha intervenido en ello, culpa o negligencia del empresario, sea por incumplimiento de la Normativa de Seguridad e Higiene en el Trabajo y otra, el mismo puede ser acusado por dichos hechos ante el Juzgado de Instrucción y derivarse de dichos hechos responsabilidades penales y civiles, con el resultado final del abono de cantidades importantes de dinero en concepto de indemnización, en función de las secuelas y del tiempo que se tarda en curar. Los empresarios suelen tener cubierta la responsabilidad civil con Cías. de Seguros que serán las obligadas al pago o en caso contrario, responder el empresario o los administradores con sus bienes.