

1.- LESIONES PERMANENTES NO INVALIDANTES

CONCEPTO

Son aquellas lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo, causadas por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales que, sin llegar a constituir una incapacidad permanente, supongan una disminución o alteración de la integridad física del trabajador y aparezcan recogidas en el baremo establecido a tal efecto (artículo 201 de la Ley General de la Seguridad Social).

En este sentido, el baremo en vigor es el establecido en la Orden ISM/450/2023, de 4 de mayo.

Dicho baremo se divide en 6 epígrafes diferenciando las lesiones según la parte del cuerpo afectada

BENEFICIARIOS

Serán beneficiarios los trabajadores incluidos en el Régimen General y en los regímenes especiales que tengan protegidas las contingencias profesionales, que hayan sufrido la lesión, mutilación o deformidad con motivo de un accidente de trabajo o una enfermedad profesional y hayan sido dados de alta médica. Además, habrán de cumplir el requisito general de estar afiliados y en alta en alguno de dichos regímenes.

CONTENIDO

La prestación consiste en una indemnización a tanto alzado que se concede por una sola vez y cuya cuantía viene fijada en el baremo. Únicamente puede haber indemnización por las lesiones, mutilaciones o deformidades recogidas expresamente en el baremo, que no puede ser aplicado a supuestos no reseñados en él.

RÉGIMEN JURÍDICO

a) Competencia

Es competencia del INSS verificar la existencia de lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo, no invalidantes, causadas por accidente de trabajo o enfermedad profesional (AT-EP), así como reconocer el derecho a la indemnización correspondiente (artículo 1.1, Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio).

Es función de los Equipos de Valoración de Incapacidades (EVI) examinar la situación de incapacidad del trabajador y formular al director provincial del INSS los dictámenes-propuesta sobre disminución o alteración de la integridad física del trabajador por existencia de lesiones permanentes no invalidantes (LPNI), causadas por AT-EP (artículo 3.1, Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio).

b) Pago

Las cantidades que correspondan por aplicación del baremo se satisfacen por la entidad gestora o Mutua colaboradora con la Seguridad Social que esté obligada al pago de las prestaciones por incapacidad permanente derivada de AT-EP.

c) Incompatibilidad con las prestaciones por incapacidad permanente

Las indemnizaciones a tanto alzado por LPNI son incompatibles con las prestaciones económicas establecidas para la incapacidad permanente, salvo que las lesiones, mutilaciones o deformidades sean totalmente independientes de las que hayan sido tomadas en consideración para declarar tal incapacidad permanente y el grado de la misma (artículo 203 de la Ley General de la Seguridad Social).

d) Derecho a permanencia en la empresa

El percibo de estas indemnizaciones es independiente del derecho del trabajador a continuar al servicio de la empresa.

e) Revisión

Las lesiones, mutilaciones y deformidades son revisables por agravación de las secuelas que motivaron la indemnización por las LPNI, sin impedir que el trabajador pueda solicitar el reconocimiento del derecho a las prestaciones por incapacidad permanente derivada de la contingencia que corresponda.

2. LA CALIFICACIÓN Y REVISIÓN DE LA INCAPACIDAD PERMANENTE

COMPETENCIAS DEL INSS EN MATERIA DE INCAPACIDADES LABORALES

En el marco de sus competencias, cualquiera que sea la enfermedad gestora o colaboradora que cubra la contingencia de que se trate, en materia de incapacidad permanente, corresponderá al INSS (artículo 1 del Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio):

a) Evaluar, calificar y revisar la incapacidad y reconocer el derecho a las prestaciones económicas contributivas de la Seguridad Social por incapacidad permanente, en sus distintos grados, así como determinar las contingencias causantes de la misma.

b) Verificar la existencia de lesiones, mutilaciones o deformidades de carácter definitivo, no invalidantes, causadas por accidente de trabajo o enfermedad profesional y reconocer el derecho a las indemnizaciones correspondientes.

c) Determinar, en su caso, la Mutua colaboradora con la Seguridad Social o empresa colaboradora responsable de las prestaciones que resulten procedentes en materia de incapacidades laborales y lesiones permanentes no invalidantes.

d) Declarar la responsabilidad empresarial que proceda por falta de alta, cotización o medidas de seguridad e higiene en el trabajo, y determinar el porcentaje en que, en su caso, hayan de incrementarse las prestaciones económicas.

e) Declarar la extinción de la prórroga de los efectos económicos de la situación de incapacidad temporal, en el momento en que recaiga la correspondiente resolución por la que se reconozca o deniegue el derecho a la prestación de incapacidad permanente.

f) Cuantas otras funciones y competencias le estén atribuidas por la legislación vigente en materias análogas a las enumeradas en los apartados anteriores, en cuanto entidad gestora de la Seguridad Social, y para las prestaciones cuya gestión fiene encomendada.

En este sentido, el propio Real Decreto 1300/1995 atribuye al INSS las competencias para:

- Resolver sobre la prórroga del período de observación médica en enfermedades profesionales y reconocer el derecho al subsidio correspondiente.
- Evaluar la incapacidad para el trabajo a efectos del reconocimiento de la condición de beneficiario del derecho a las prestaciones económicas por muerte y supervivencia, así como de las prestaciones por invalidez del extinguido SOVI.

Por otra parte, el INSS, a través de los órganos competentes para evaluar, calificar y revisar la incapacidad permanente del trabajador, es el único competente para, una vez agotado el plazo de duración de trescientos sesenta y cinco días de la situación de incapacidad temporal, reconocer la situación de prórroga expresa con un límite de ciento ochenta días más, o bien, para determinar la iniciación de un expediente de incapacidad permanente, o bien para emitir el alta médica, por curación o por incomparecencia injustificada a los reconocimientos médicos convocados por el INSS.

Del mismo modo, el INSS será el único competente para emitir una nueva baja médica en la situación de incapacidad temporal producida, por la misma o similar patología, en los ciento ochenta días naturales posteriores a la citada alta médica (artículo 170.2 de la Ley General de la Seguridad Social).

CONSTITUCIÓN Y COMPOSICIÓN DE LOS EVI

a) Constitución

En cada dirección provincial del INSS, se constituye un Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI), o más de un EVI en aquellas direcciones provinciales en las que el número de casos a resolver, o las características de algún sector laboral así lo aconsejen (de esta manera, en la Dirección Provincial de Madrid se ha previsto un tercer EVI, por el volumen de expedientes, y un segundo en Asturias, por las particularidades de los expedientes de la Minería del Carbón).

No se han constituido en las cuatro direcciones provinciales de Cataluña (las funciones se ejercen por el Instituto Catalán de Evaluaciones Médicas y por la Comisión de Evaluación de Incapacidades).

b) Composición

Los EVI están compuestos por un presidente y cuatro vocales:

a) El presidente será el subdirector provincial de incapacidad permanente del INSS o el funcionario que designe el director general de dicho Instituto.

b) Los vocales, nombrados por el director general del INSS, serán los siguientes:

1º. Un médico Inspector, propuesto por el director provincial del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria –INGESA- o, en su caso, por el órgano competente de la Comunidad Autónoma.

2º. Un facultativo médico, perteneciente al personal del INSS.

3º. Un inspector de Trabajo y Seguridad Social, propuesto por la Inspección de Trabajo y Seguridad Social.

4º. Un funcionario titular de un puesto de trabajo en la Unidad encargada del trámite de las prestaciones de incapacidad permanente de la correspondiente dirección provincial del INSS, quien ejercerá las funciones de secretario.

Cada uno de los miembros tendrá un suplente, designado de igual forma a la establecida en los párrafos anteriores, que sustituirá al titular en caso de ausencia, vacante o enfermedad.

Junto a los anteriores, también pueden designarse por el correspondiente director provincial del INSS otros dos vocales en casos concretos:

1º. Un experto en recuperación y rehabilitación, propuesto por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) o por el órgano competente de la Comunidad Autónoma respectiva, cuando del expediente se deduzcan indicios razonables de recuperación del trabajador.

2º. Un experto en seguridad e higiene en el trabajo, propuesto por el órgano competente del Estado o de la respectiva Comunidad Autónoma, cuando existan indicios de incumplimiento de las medidas de seguridad e higiene en el trabajo.

c) Funciones de los EVI

Las funciones a desarrollar por los EVI serán las siguientes:

1. Examinar la situación de incapacidad del trabajador y formular al director provincial del INSS los dictámenes-propuesta, preceptivos y no vinculantes, en materia de:

a) Anulación o disminución de la capacidad de trabajo por existencia de situaciones de incapacidad permanente, calificación de estas situaciones en sus distintos grados, revisión de las mismas por agravación, mejoría o error de diagnóstico, y contingencia determinante.

b) Determinación del plazo a partir del cual se podrá instar la revisión de grado de incapacidad permanente por agravación o mejoría.

c) Procedencia o no de la revisión por previsible mejoría de la situación de incapacidad del trabajador, a efectos de lo establecido en el artículo 48.2 del Estatuto de los Trabajadores (suspensión de la relación laboral durante un periodo de dos años a contar desde la fecha de la resolución por la que se declare la incapacidad permanente, que permite la reincorporación al puesto de trabajo por mejoría).

d) Disminución o alteración de la integridad física del trabajador por existencia de lesiones permanente no invalidantes, causadas por AT o EP.

e) Determinación del carácter común o profesional de la enfermedad que origine la situación de incapacidad o muerte del trabajador cuando le sea solicitado tal dictamen.

Además de estas funciones, también se atribuyen al EVI:

- Procedencia o no de prorrogar el periodo de observación médica en enfermedades profesionales.

- Determinación de la incapacidad para el trabajo exigida para ser beneficiario de las prestaciones económicas por muerte y supervivencia, así como de las prestaciones por invalidez del SOVI.

En el ámbito de aplicación del Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores del Mar, los dictámenes-propuesta del EVI serán formulados ante el director provincial del ISM, para que éste adopte la resolución que corresponda y proceda a su posterior notificación a las partes interesadas.

2. Efectuar el seguimiento de los programas de control de las prestaciones económicas de incapacidad temporal y proponer al director provincial del INSS la adopción de medidas adecuadas, en coordinación con los restantes órganos competentes en la materia.

3. Prestar asistencia técnica y asesoramiento en los procedimientos contenciosos en los que sea parte el INSS, en materia de incapacidades laborales, a requerimiento del director provincial de dicho Instituto.

d) Procedimiento de evaluación y calificación

En el ámbito del INSS, serán competentes para iniciar, instruir y resolver los procedimientos para el reconocimiento de derechos por incapacidad permanente las direcciones provinciales del INSS de la provincia donde el interesado tenga su domicilio.

Si el interesado residiese en el extranjero, la competencia para el ejercicio de las mencionadas funciones corresponde a la dirección provincial del INSS de la provincia en la que el solicitante acredite o alegue las últimas cotizaciones.

1. Fase de iniciación

El procedimiento para evaluar y calificar la incapacidad permanente puede iniciarse por tres vías diferentes: de oficio, a solicitud del propio trabajador o su representante legal, y a solicitud de las entidades colaboradoras de la Seguridad Social.

1.1. Iniciación de oficio:

Las direcciones provinciales del INSS iniciarán de oficio el procedimiento:

- Por propia iniciativa, cuando consideren, por cualquier circunstancia, que el trabajador se encuentra en un estado que pueda ser constitutivo de una situación de incapacidad permanente y, expresamente, cuando se extinga la situación de incapacidad temporal por el transcurso del plazo máximo (365 o 545 días) y se emita, en su caso, alta médica por agotamiento de la IT.
- Como consecuencia de petición razonada de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social.
- Cuando reciban del Servicio Público de Salud competente para gestionar la asistencia sanitaria de la Seguridad Social petición razonada, junto con el alta médica de asistencia sanitaria, el historial clínico, previo consentimiento del interesado o su representante legal o, en defecto de dicho historial, el informe o dictamen médico de los cuales se deduzca la posible existencia de incapacidad permanente.

En todos estos casos, la dirección provincial del INSS podrá, con anterioridad al acuerdo de iniciación, abrir un periodo de información previa con el fin de conocer las circunstancias del caso concreto y la conveniencia o no de iniciar el procedimiento.

1.2. Iniciación a solicitud del propio trabajador o su representante legal:

La solicitud se formula en los modelos vigentes y se presenta en los lugares y por los medios que están establecidos en el ámbito de la Administración General del Estado.

1.3. Iniciación a solicitud de las entidades colaboradoras de la Seguridad Social:

La iniciación del procedimiento a solicitud de una Mutua colaboradora o de una empresa colaboradora se llevará a cabo en aquellos asuntos que les afecten directamente, mediante la elaboración de un expediente previo.

2. Fase de instrucción

Las direcciones provinciales realizan de oficio cuantas actuaciones resulten necesarias para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales deba dictarse resolución, así como para la evaluación y calificación de la incapacidad, en orden al reconocimiento del derecho a las prestaciones económicas.

En esta fase podrá solicitarse tanto nueva documentación, cuando la aportada fuese insuficiente, como la complementaria que fuese necesaria para la resolución del expediente, para cuya aportación se dará un plazo de 10 días.

Para la instrucción del procedimiento se requerirán los siguientes documentos e informes:

a) Aportación del alta médica de asistencia sanitaria y del historial clínico, previo consentimiento del interesado o su representante legal, remitido por el Servicio Público de Salud o, en su caso, la Mutua o empresa colaboradora, cuando se trate de afiliados que tengan cubierta la incapacidad temporal por dichas entidades, o, en su defecto, informe de la inspección médica de dicho Servicio.

La aportación del alta médica será necesaria cuando el procedimiento se inicie a petición razonada del Servicio Público de Salud.

b) Formulación del dictamen-propuesta por el EVI, que estará acompañado por los siguientes informes:

- informe médico consolidado en forma de síntesis.
- informe de los antecedentes profesionales, e
- informes de alta y cotización, que condicionan el acceso al derecho (periodos de cotización, bases de cálculo de las prestaciones y, en su caso, periodos de descubierto).

Dictamen-propuesta: una vez examinados los informes anteriores y el resto de la documentación del expediente, el EVI procederá a emitir y a elevar al director provincial del INSS su dictamen propuesta, en relación con el supuesto de que se trate:

c) Se requerirá informe de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social en las solicitudes de declaración de responsabilidad empresarial por falta de medidas de seguridad e higiene.

Concluye esta fase de instrucción con los trámites de audiencia y de alegaciones de los interesados (10 días). A este respecto, es importante señalar que en caso de que los interesados aporten en este momento documentos u otras pruebas que contradigan el dictamen-propuesta elevado por el EVI, la Dirección Provincial del INSS reexaminará lo actuado y requerirá de dicho Equipo un dictamen propuesta complementario del emitido con anterioridad, salvo que aquella entienda que los documentos o pruebas aportados ahora no desvirtúan el dictamen-propuesta.

3. Fase de terminación

En esta fase se procede a la determinación del derecho o no a la prestación económica, así como a su fiscalización, dictándose la oportuna resolución por el director provincial del INSS o del ISM.

Debe indicarse que se ha fijado el plazo máximo de 135 días para dictar resolución y notificarla, que se computarán a partir de la fecha del acuerdo de iniciación en los procedimientos de oficio o de la recepción de la solicitud en la dirección provincial del INSS o ISM competente en los demás casos.

En caso de que la resolución no se dictara en dicho plazo, la petición se entenderá desestimada por silencio administrativo, en cuyo caso el interesado podrá ejercer las acciones que le confiere la Ley reguladora de la jurisdicción social (reclamación previa y demanda ante el Juzgado de lo Social), sin perjuicio de la obligación de resolver.

Se deberá dictar resolución expresa en todos los procedimientos incoados para evaluar la incapacidad laboral en orden al reconocimiento del derecho a las prestaciones económicas por incapacidad permanente, sin estar vinculados por las peticiones concretas de los interesados.

Hay que tener en cuenta que, aunque se estime la existencia de un determinado grado de incapacidad, si se comprueba que el trabajador no acredita los restantes requisitos para causar derecho a la prestación, la resolución del expediente se abstendrá de declarar la existencia de incapacidad permanente en cualquiera de sus grados, limitándose a relacionar los requisitos que se consideren incumplidos y a determinar la improcedencia de reconocer el derecho a la prestación.

Cuando la solicitud de pensión de incapacidad permanente fuera denegada, la entidad gestora cursará al organismo encargado del reconocimiento del derecho a las pensiones no contributivas de la Seguridad Social copia de la solicitud y de la resolución denegatoria para que, en su caso, y previa conformidad del interesado, tramite el oportuno expediente para acceder a la pensión no contributiva de invalidez.

La resolución se notificará al interesado en el plazo de 10 días, a partir de la fecha en que ha sido dictada y deberá contener el texto íntegro, con expresión de los recursos que procedan, el órgano y el plazo para poderlos interponer. En este caso, la resolución es recurrible ante la Jurisdicción Social, pero antes deberá interponerse reclamación previa ante la dirección provincial del INSS o del ISM que haya resuelto el expediente.

e) Revisión de la incapacidad permanente

1. Causas y plazos

El hecho de que la incapacidad sea calificada como permanente no excluye la posibilidad de que las lesiones evolucionen provocando una mejoría en el estado invalidante, que puede desembocar bien en la total recuperación del incapacitado, bien en una recuperación parcial de su capacidad laboral.

En sentido contrario, también cabe que las lesiones evolucionen desfavorablemente y se produzca un agravamiento del estado reconocido inicialmente. Por otra parte, también es posible que la calificación de la incapacidad hubiera sido errónea.

En vista de estas circunstancias se prevé que el derecho a las prestaciones de incapacidad permanente en sus distintos grados será revisable, en tanto que el incapacitado no haya cumplido la edad mínima establecida para acceder a la pensión de jubilación, por alguna de las causas siguientes:

- a) agravación o mejoría de las mismas lesiones o dolencias que produjeron el estado invalidante.
- b) error de diagnóstico.

En este sentido, y como regla general, toda resolución, inicial o de revisión, por la que se reconozca el derecho a las prestaciones de incapacidad permanente, en cualquiera de sus grados, o se confirme el grado reconocido previamente, hará constar necesariamente el plazo a partir del cual se podrá instar la revisión por agravación o mejoría del estado incapacitante profesional, en tanto que el beneficiario no haya cumplido la edad mínima establecida para acceder al derecho a la pensión de jubilación (artículo 205.1.a) y disposición transitoria séptima de la Ley General de la Seguridad Social). Este plazo será vinculante para todos los sujetos que puedan promover la revisión (artículo 200.2 de la Ley General de la Seguridad Social).

La necesidad del transcurso del plazo así determinado tiene dos excepciones:

- si el pensionista por incapacidad permanente estuviera ejerciendo cualquier trabajo, por cuenta ajena o propia, la entidad gestora podrá, de oficio o a instancia del propio interesado, promover la revisión, con independencia de que haya transcurrido o no el plazo señalado en la resolución.
- si la revisión se funda en un error de diagnóstico podrá llevarse a cabo en cualquier momento, siempre que el interesado no haya cumplido la edad mínima de jubilación.

2. Procedimiento de revisión

La revisión de las prestaciones se llevará a cabo a través de un procedimiento muy similar al de evaluación y calificación de la incapacidad; por ello, salvo ciertas particularidades que se relacionan en este apartado, sería de aplicación todo lo expuesto anteriormente en relación con ese procedimiento.

Se mencionan a continuación las particularidades que en cada una de las fases del procedimiento se presentan en relación con el desarrollado para la evaluación y calificación:

1º. En la fase de iniciación: también estarán legitimados para solicitar la revisión los empresarios responsables de las prestaciones y, en su caso, quienes de forma subsidiaria o solidaria sean también responsables de las mismas.

2º. En la fase de instrucción:

- Se abrirá un periodo de prueba por plazo de 15 días para presentar las alegaciones que estimen pertinentes quienes hayan promovido la revisión. Igual periodo de prueba tendrá lugar cuando la iniciación del expediente se haya practicado de oficio por la entidad gestora.
- Si el procedimiento se hubiera iniciado en razón a que el perceptor de la pensión de incapacidad permanente estuviera ejerciendo trabajos por cuenta ajena o propia, y no se hubiera constatado error de diagnóstico o mejoría que justifique el reconocimiento del derecho a las prestaciones en un grado inferior a la aptitud para trabajar, la entidad gestora considerará la incompatibilidad que pudiera existir entre el percibo de la pensión y el trabajo desarrollado,

dando lugar a la *suspensión* de aquélla, cuando la actividad laboral exceda de los límites permitidos por el artículo 198.2 de la Ley General de la Seguridad Social

3º. En la fase de terminación:

- Rige también el plazo de 135 días para resolver y notificar al interesado la resolución expresa.
- La notificación deberá mencionar si se mantiene o modifica su grado de incapacidad, a más o menos, o, incluso, si apreciada una mejoría, procede suprimir la prestación inicialmente concedida.
- Cuando la resolución mantenga el derecho a prestaciones por incapacidad permanente, en cualquiera de sus grados, se hará constar necesariamente el plazo a partir del cual se podrá instar la siguiente revisión del grado de incapacidad.

3. Efectos económicos de la revisión de grado

La revisión del grado reconocido inicialmente, o como consecuencia de una revisión posterior, conlleva paralelamente la de la prestación económica que venía disfrutando el beneficiario. Los efectos que estas modificaciones suponen sobre el derecho a las prestaciones se regulan en el artículo 40 de la Orden de 15 de abril de 1969, de acuerdo con las siguientes normas:

a) Cuando al trabajador declarado en un grado de incapacidad que le diera derecho a pensión se le reconociese, como resultado de la revisión, otro grado que le dé derecho a una pensión de cuantía diferente, pasará a percibir la nueva pensión a partir del día siguiente a la fecha de la resolución definitiva en que así se haya declarado.

(Si la incapacidad derivase de enfermedad profesional, los efectos económicos del nuevo grado se iniciarán a partir del día primero del mes siguiente al de la solicitud).

b) Si al trabajador con un grado de incapacidad que le dé derecho a pensión se le reconociese otro grado que le dé derecho a una cantidad a tanto alzado, dejará de percibir la pensión a partir del día siguiente a la fecha de la resolución definitiva en que así se haya declarado y percibirá la parte de la indicada cantidad que, en su caso, exceda del importe total percibido en concepto de pensión.

c) Si al trabajador declarado en un grado que le diera derecho a pensión se le reconociese la no existencia de grado alguno de incapacidad, dejará de percibir la pensión a partir del día siguiente a la fecha de la resolución definitiva que así lo declare; en el supuesto de que se le reconociese el derecho a percibir una indemnización a tanto alzado por lesiones permanentes no invalidantes, se le aplicará la norma establecida en el apartado anterior.

d) Si al trabajador declarado en un grado que le hubiera dado derecho a una cantidad a tanto alzado se le reconociese otro grado que le dé derecho a una pensión, ésta se devengará a partir del día siguiente a la fecha de la resolución definitiva que lo declare, pero no comenzará a percibirse hasta que se haya deducido de la misma el importe correspondiente a las mensualidades de la cantidad a tanto alzado percibida que excedan de las transcurridas desde que se reconoció el derecho a ella.

Si la pensión reconocida surte efectos económicos después del periodo por el que se indemnizó al trabajador con la cantidad a tanto alzado, no procede hacer deducción alguna.

e) Si al trabajador declarado en un grado que le hubiera dado derecho a una cantidad a tanto alzado se le reconociese la no existencia de grado alguno de incapacidad, no vendrá obligado a devolver ninguna cantidad, y en el caso de que se le reconociese el derecho a una indemnización a tanto alzado por LPNI, percibirá la diferencia entre ambas si la nueva cantidad fuera superior a la anterior, y si fuese inferior no vendrá obligado a reintegrar la diferencia entre las mismas.

Cuando se revise una incapacidad, la base reguladora que se tomará para el cálculo de la nueva prestación es la que sirvió para determinar la prestación originaria; a la nueva cuantía resultante se le aplicarán las revalorizaciones que procedan desde la fecha del hecho causante.

Como excepción a la regla general procedería recalcular la base reguladora de la nueva prestación si, en la legalidad vigente en la fecha del hecho causante, se establecían fórmulas distintas para la determinación de la base reguladora correspondiente al grado inicialmente reconocido y el que se declara en vía de revisión.