

# JORNADA EN EL MARCO DEL **DÍA MUNDIAL** DE LAS **ENFERMEDADES MINORITARIAS**

**RECONOCIMIENTO DE  
LA INCAPACIDAD LABORAL:  
PROCEDIMIENTO, CRITERIOS  
Y DERECHOS**

19 MARZO 2026

**#JuntosMásFuertes**

## **Versión breve temas y preguntas**

**1. ¿Está el sistema actual de valoración de la incapacidad adaptado a la realidad de las enfermedades minoritarias?** El sistema actual no está plenamente adaptado a enfermedades minoritarias o emergentes. Se basa en un modelo médico que exige pruebas clínicas muy objetivas, lo que genera desprotección y dificulta su reconocimiento legal.

**2. ¿Cómo se valoran patologías con síntomas fluctuantes, invisibles o poco conocidos?** Se valoran de forma individualizada, pero la ley exige que existan reducciones funcionales graves "susceptibles de determinación objetiva". Esto supone un enorme obstáculo para las enfermedades invisibles o fluctuantes, que a menudo enfrentan incompreensión al carecer de pruebas convencionales evidentes.

**3. ¿Qué peso tienen las secuelas funcionales frente al diagnóstico o las pruebas "normales"?** Las secuelas funcionales tienen el peso principal y determinante. La incapacidad permanente no se concede por el simple diagnóstico de la enfermedad, sino por cómo esas lesiones disminuyen o anulan de forma real y definitiva la capacidad de la persona para trabajar.

**4. ¿Es necesario agotar siempre los 18 meses de baja para solicitar una incapacidad permanente?** No es necesario agotar los plazos máximos de baja. El INSS puede proponer la incapacidad en cualquier momento si las secuelas son definitivas. Incluso, en patologías graves e irreversibles (como la ELA), ni siquiera se exige haber estado de baja médica previamente.

**5. ¿Puede solicitarse una incapacidad permanente sin estar de baja médica en ese momento?** Por regla general no, pero la ley y la jurisprudencia establecen excepciones importantes donde no es obligatorio, como ocurre cuando las lesiones son ya graves y definitivas, o cuando la persona no tiene derecho a baja médica - por ejemplo si se está percibiendo un subsidio de desempleo-.

También hay que tener en cuenta que es posible acceder a la incapacidad permanente desde una situación de "no alta" (sin estar trabajando ni cobrando una baja). Sin embargo, esta opción solo aplica para los grados más graves (absoluta o gran incapacidad) y exige haber cotizado al menos 15 años en total.

**6. ¿Qué diferencia práctica existe entre incapacidad permanente total y absoluta?** La incapacidad total inhabilita al trabajador solo para su profesión habitual (cobrando como pensión el 55% o 75% de la base reguladora) y le permite trabajar en algo distinto. La absoluta inhabilita por completo para cualquier profesión u oficio, otorgando una pensión del 100% de la base reguladora.

**7. ¿Qué hacer si se reconoce una total y la persona entiende que le corresponde una absoluta?** La persona puede impugnar la resolución inicial presentando una reclamación previa y, posteriormente, una demanda judicial. Si la resolución ya es firme y la salud empeora con el tiempo, puede solicitar al INSS una revisión de grado por agravamiento.

**8. ¿Se aplican los mismos criterios de discapacidad en todas las comunidades autónomas?** Sí, los criterios de valoración son idénticos en toda España porque se rigen por un único baremo estatal (el Real Decreto 888/2022). Sin embargo, la gestión, tramitación y resolución de los expedientes corresponde a los Servicios Sociales de cada Comunidad Autónoma.

**9. ¿Qué margen existe para pedir adaptaciones laborales antes de llegar a la incapacidad?** Existe un amplio margen y una obligación legal previa. La empresa debe catalogar a la persona como "trabajador especialmente sensible" y aplicar ajustes razonables, como el teletrabajo, cambios de turno o adaptación del puesto de trabajo, antes de plantear la incapacidad.

**10. ¿Cómo se relacionan incapacidad permanente y jubilación, incluida la jubilación anticipada por discapacidad?** Al cumplir la edad ordinaria, la pensión de incapacidad permanente pasa a llamarse automáticamente "pensión de jubilación" sin perder poder adquisitivo. Por otro lado, quienes tengan reconocida una discapacidad legal del 45% o 65% pueden acceder a una jubilación anticipada en determinados casos.

## **1. Enfermedades minoritarias y reconocimiento de la incapacidad**

**1. ¿Es posible solicitar una incapacidad permanente o acceder a fórmulas de jubilación anticipada cuando se convive con una enfermedad minoritaria, aunque esta no figure expresamente en listados reconocidos como incapacitantes?** Sí, para la incapacidad permanente no se exige que la enfermedad figure en un listado, ya que lo determinante son las limitaciones funcionales reales del paciente. Sin embargo, para la jubilación anticipada con un 45% de discapacidad sí es obligatorio que la patología conste en el listado tasado del RD 1851/2009; aunque si la persona acredita un 65% de discapacidad general, podrá acceder a esta jubilación sin necesidad de estar en dicho listado.

**2. ¿Hasta qué punto los procedimientos actuales de reconocimiento de la incapacidad laboral están realmente adaptados a la realidad de las enfermedades minoritarias?** El sistema actual no está plenamente adaptado, ya que se basa en un modelo médico que exige pruebas clínicas muy objetivas para determinar la gravedad. Esto genera una barrera estructural, provocando

invisibilización, diagnósticos tardíos y desprotección legal para quienes padecen enfermedades minoritarias o emergentes difíciles de objetivar.

**3. ¿Cómo debería valorarse una enfermedad rara cuando cursa con síntomas fluctuantes, periodos de remisión o manifestaciones difíciles de objetivar en una exploración puntual?** Debería realizarse una valoración clínica individualizada, respetuosa e integradora, analizando cómo los síntomas invisibles (fatiga, dolor o desorientación) afectan la vida diaria. Se debe ir más allá de la exploración médica aislada y evaluar de forma global las limitaciones indirectas y las severas restricciones en la autonomía y participación sociolaboral real de la persona afectada.

**4. ¿Qué peso tienen en la valoración las secuelas funcionales, aunque la enfermedad no esté “en fase activa” o las analíticas estén controladas?** Las secuelas funcionales tienen un peso fundamental y determinante en el proceso. La incapacidad no se concede por el simple nombre del diagnóstico, sino porque el paciente presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, objetivables y previsiblemente definitivas que disminuyen o anulan de forma real su capacidad para trabajar.

## **2. Criterios de valoración y conocimiento de los equipos evaluadores**

**5. ¿Qué formación o conocimiento específico tienen los equipos de valoración y los inspectores sobre enfermedades minoritarias o poco frecuentes?** Actualmente, existe una importante falta de formación específica y un desconocimiento generalizado sobre estas patologías entre los profesionales médicos y los técnicos de prevención. Esta carencia dificulta enormemente el reconocimiento adecuado de las limitaciones reales de los pacientes y retrasa las adaptaciones laborales o las incapacidades necesarias.

**6. Cuando existe escaso conocimiento clínico sobre una patología, ¿cómo pueden valorarse de forma justa sus consecuencias reales en la vida diaria y en la capacidad laboral?** La valoración debe ser siempre individualizada, respetuosa e integradora, centrada en cómo los síntomas limitan realmente a la persona. Para ser justos, se recomienda el uso de herramientas específicas, como historias clínicas detalladas y cuestionarios validados (como el QEESI para SQm, la escala EDSS para Esclerosis Múltiple o la Escala de Wecker para la agudeza visual), que miden objetivamente la gravedad de las lesiones y el deterioro sufrido.

**7. ¿Por qué, en ocasiones, diferentes especialistas o centros emiten valoraciones distintas sobre un mismo paciente y cómo afecta eso al procedimiento?** Estas diferencias ocurren porque las enfermedades suelen tener una evolución incierta y fluctuante, y la valoración legal se hace caso por caso, ya que no existen tablas o baremos cerrados para la incapacidad. Esto provoca discrepancias médicas que generan procedimientos burocráticos largos, desgaste emocional en el paciente y la continua puesta en duda de su diagnóstico.

**8. ¿Cómo puede mejorarse la evaluación para reflejar mejores síntomas como la fatiga crónica, la niebla mental, el dolor, la pérdida auditiva o la afectación funcional no siempre visible?** Para objetivar limitaciones invisibles

como el dolor o la fatiga, es necesario ir más allá de las pruebas médicas clásicas y utilizar historias clínicas detalladas junto con cuestionarios funcionales validados, como la escala EVA. De esta manera se puede comprender y medir verdaderamente el impacto real de la enfermedad en las tareas cotidianas y laborales de la persona afectada

### **3. Incapacidad temporal, incapacidad permanente y tiempos del procedimiento**

**9. ¿Es necesario agotar siempre los 18 meses de baja para solicitar una incapacidad permanente, o hay supuestos en los que puede plantearse antes?** No es obligatorio agotar el plazo máximo de baja médica. El INSS puede proponer la incapacidad permanente en cualquier momento si considera que las secuelas ya son definitivas. Además, en patologías muy graves y previsiblemente irreversibles, la ley permite acceder a la incapacidad sin necesidad de haber estado de baja previamente.

**10. ¿Se puede solicitar una incapacidad permanente, aunque la persona no esté de baja laboral en ese momento?** Sí, ya lo hemos comentado antes. Es posible solicitarla desde una situación de "no alta", es decir, sin estar trabajando ni de baja médica en ese momento. Sin embargo, esta opción solo está permitida para acceder a los grados más altos de protección (incapacidad absoluta o gran invalidez) y exige haber cotizado un mínimo de 15 años.

**11. Si tras los 545 días el INSS emite un alta y la persona empeora o presenta una nueva patología, ¿en qué supuestos puede abrirse una nueva baja antes de los 180 días?** Si se trata de una enfermedad completamente distinta, se puede abrir una nueva baja en cualquier momento. Si es por la misma patología o una similar, el INSS puede autorizar excepcionalmente una nueva baja antes de esos 180 días (por una sola vez) si valora que el trabajador aún tiene opciones de recuperar su capacidad laboral.

**12. Si una persona está de baja por un motivo y, además, tiene una enfermedad rara que limita de forma importante su trabajo, ¿cómo se valora ese segundo proceso o esa causa principal de fondo?** La valoración médica legal no aísla las enfermedades, sino que evalúa el estado global del trabajador en el momento del expediente. Por tanto, las limitaciones que provoca la enfermedad rara se sumarán al resto de lesiones o patologías que sufra, valorándose de forma conjunta cómo afectan a su capacidad real para trabajar.

### **4. Grados de incapacidad y vías de revisión o recurso**

**13. Si en primera instancia se reconoce una incapacidad permanente total pero la persona entiende que le correspondería una absoluta, ¿cuál es la vía adecuada para recurrir y qué elementos son decisivos?** La vía adecuada es presentar primero una reclamación previa ante el INSS en un plazo de treinta días y, si se desestima, interponer una demanda ante la jurisdicción social. El elemento decisivo será probar objetivamente que las secuelas anulan la capacidad para desempeñar cualquier profesión u oficio con un mínimo de eficacia, no solo el trabajo habitual.

**14. ¿Qué diferencias prácticas existen entre incapacidad permanente total y absoluta, tanto en requisitos como en protección económica?** La incapacidad total inhabilita únicamente para la profesión habitual (permitiendo trabajar en otras distintas) y otorga una pensión vitalicia del 55% o 75% de la base reguladora. La incapacidad absoluta inhabilita al trabajador por completo para toda profesión u oficio, garantizando una protección económica mayor equivalente al 100% de su base reguladora.

**15. ¿Hasta qué punto las resoluciones judiciales suelen confirmar o corregir las decisiones previas del INSS?** Los tribunales corrigen con frecuencia las decisiones previas del INSS, especialmente ante la reticencia de la entidad para reconocer grados graves en enfermedades de difícil diagnóstico. Las sentencias judiciales suelen aplicar un criterio más integrador, recordando que para denegar una absoluta el paciente debe poder trabajar con un mínimo de eficacia, rendimiento y profesionalidad.

**16. ¿Qué documentación médica y funcional resulta más útil para fundamentar una solicitud o una revisión al alza del grado reconocido?** Resulta imprescindible aportar informes detallados de los especialistas de la sanidad pública que objetiven la gravedad, evolución y carácter previsiblemente definitivo de las lesiones. Asimismo, son sumamente útiles las pruebas y cuestionarios funcionales que logren medir y demostrar cómo esas mermas afectan y anulan de forma real la capacidad laboral.

## **5. Discapacidad, revisión de grado y diferencias territoriales**

**17. En la valoración de discapacidad, ¿se aplican los mismos criterios en todas las comunidades autónomas o existen diferencias en la práctica?** Legalmente, se aplican los mismos criterios en toda España porque la valoración se rige por un único baremo estatal, actualmente el Real Decreto 888/2022. Sin embargo, como la gestión administrativa corresponde a los Servicios Sociales de cada Comunidad Autónoma, en la práctica pueden existir diferencias territoriales en la agilidad de los trámites y los tiempos de espera.

**18. ¿Cómo puede una persona saber si el porcentaje de discapacidad que le han reconocido se ajusta realmente a su situación funcional?** Para saberlo, debe comprobar si la resolución refleja fielmente sus limitaciones cotidianas. El baremo actual evalúa no solo el diagnóstico médico, sino también las barreras sociales y las limitaciones reales en la movilidad o participación, utilizando herramientas como el BLAM. Si la valoración ignora secuelas indirectas muy limitantes, como el dolor o la fatiga crónica, el porcentaje no se ajustará a su realidad funcional.

**19. Si se ha solicitado una revisión del grado de discapacidad y pasan muchos meses o incluso años sin respuesta, ¿existe un plazo máximo?, ¿se puede reclamar o agilizar el expediente?** Por regla general, si la administración supera los plazos legales sin contestar, se aplica el silencio administrativo negativo. No obstante, como novedad reciente para enfermedades muy graves, irreversibles y de rápida progresión (como la ELA), se ha establecido legalmente un

procedimiento de urgencia que obliga a resolver la revisión en un plazo máximo de tres meses.

**20. ¿Por qué en algunos casos no se reconoce inicialmente la necesidad de tercera persona y acaba siendo necesario presentar reclamación previa?** Esto ocurre frecuentemente con enfermedades cuyos síntomas son invisibles, fluctuantes o difíciles de objetivar con pruebas tradicionales (como fatiga extrema o dolor). Al mantener los baremos un peso predominantemente médico, los equipos pueden infravalorar inicialmente la pérdida real de autonomía del paciente, obligándole a recurrir la decisión aportando informes funcionales más detallados.

## **6. Trabajo, adaptación del puesto y situaciones laborales específicas**

**21. Antes de llegar a una incapacidad permanente, ¿qué margen existe para pedir adaptaciones del puesto, como la retirada del turno de noche o una reducción de jornada por motivos de salud?** Existe una amplia obligación legal previa. La empresa debe catalogar a la persona afectada como "trabajador especialmente sensible" y aplicar "ajustes razonables" a su puesto. Esto incluye modificar el entorno, eximir de ciertos turnos o flexibilizar tareas, y es un paso previo exigible antes de tramitar extinciones de contrato o incapacidades.

**22. En profesiones concretas o trabajos con elevada exigencia funcional, ¿cómo se acredita que la limitación afecta al desempeño real del puesto y no solo al diagnóstico?** Se acredita cruzando el cuadro clínico con las tareas fundamentales que integran su "profesión habitual". Para ello, la ley no se basa en diagnósticos aislados, sino en informes médicos de secuelas objetivas, pruebas funcionales de esfuerzo y el informe de aptitud emitido por el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales puede ayudar.

**23. En el caso de trabajadores autónomos, ¿qué opciones existen cuando la persona necesita tramitar una baja o una incapacidad, pero no puede detener totalmente su actividad sin poner en riesgo su negocio?** Al tramitar una baja médica, el autónomo debe presentar una "declaración de actividad" ante su Mutua, detallando qué otra persona se hará cargo de la gestión directa del negocio para que este siga funcionando. No cabe compaginar la baja médica con la actividad laboral.

**24. En la administración pública y en el ámbito local, ¿qué efectos puede tener una incapacidad temporal prolongada o revisable sobre la plaza o el puesto de trabajo?** Durante la incapacidad temporal prolongada, el contrato o nombramiento se suspende conservando la reserva íntegra del puesto. Si finalmente el proceso culmina en una incapacidad permanente, cesará en su plaza, aunque la normativa reserva el puesto de trabajo durante dos años si en la resolución inicial se prevé una posible mejoría y se trata de personal laboral. Si es funcionario, si se produce la revisión por mejoría, aunque hayan pasado más de dos años, tiene derecho a recuperar su condición de funcionario.

## **7. Jubilación e incapacidad**

**25. ¿Cómo se relacionan la incapacidad permanente y la jubilación al llegar a la edad ordinaria?** Al alcanzar la edad ordinaria, la pensión de incapacidad permanente pasa a denominarse automáticamente pensión de jubilación. Este cambio de nombre es un mero trámite administrativo que no supone ninguna modificación en las condiciones económicas ni en la cuantía que la persona ya venía percibiendo.

**26. Si una persona tiene reconocida una incapacidad permanente total, qué ocurre al jubilarse ¿se mantiene, se transforma o debe optarse entre prestaciones?** Si la persona no ha generado nuevos derechos, su incapacidad total simplemente cambia de nombre a jubilación manteniendo su misma cuantía. Sin embargo, si trabajó en otra profesión compatible y generó derecho a una nueva pensión de jubilación, como ambas son incompatibles, deberá optar por la que le resulte más favorable económicamente.

**27. ¿Qué diferencias hay entre jubilación anticipada por discapacidad e incapacidad permanente?** La incapacidad permanente la aprueba el INSS cuando unas lesiones objetivas disminuyen o anulan tu capacidad real para trabajar. En cambio, la jubilación anticipada es un adelanto de la edad de retiro que exige tener reconocido oficialmente un porcentaje general de discapacidad igual o superior al 45% o 65%.

**28. ¿Qué sabemos sobre las patologías que permiten acceder a jubilación anticipada con discapacidad superior al 45%, y cómo se incorporan nuevas enfermedades a ese listado?** Para acceder con un 45%, la patología debe estar expresamente incluida en el listado cerrado del RD 1851/2009, que abarca enfermedades que reducen la esperanza de vida. Para incorporar nuevas dolencias a este listado, el trámite debe ser iniciado formalmente por las asociaciones u organizaciones representativas de los afectados.

## **8. Casos y patologías que convendría abordar como ejemplo práctico**

**29. En patologías como HHT/Rendu-Osler, Takayasu, FSHD o síndrome de Cushing, ¿qué suele valorarse más: el diagnóstico en sí o las secuelas funcionales concretas?** La regla general para cualquier patología es que se valoran siempre las secuelas funcionales concretas, no el diagnóstico en sí. La ley exige expresamente que existan reducciones anatómicas o funcionales graves, objetivables y previsiblemente definitivas que disminuyan o anulen la capacidad laboral real.

**30. Cuando una enfermedad está en remisión, pero mantiene secuelas o riesgo de recaída, ¿puede igualmente reconocerse una incapacidad?** Sí, puede reconocerse si las secuelas que se mantienen son graves, se pueden determinar objetivamente y son previsiblemente definitivas, mermando la capacidad para trabajar. De hecho, la ley aclara que no impide reconocer la incapacidad el hecho de que exista alguna posibilidad de recuperación, si médicamente dicha recuperación se estima incierta o a muy largo plazo.

**31. ¿Qué relevancia tienen síntomas persistentes y limitantes, aunque las pruebas objetivas salgan “controladas” o aparentemente normales?** Tienen

una relevancia crucial, pero enfrentan el obstáculo legal de que toda secuela debe ser "susceptible de determinación objetiva". Como las pruebas clínicas tradicionales a veces no detectan el impacto real de síntomas invisibles, generando desprotección, es imprescindible usar cuestionarios funcionales validados (como ya hemos comentado en anteriores respuestas) y una historia clínica detallada para objetivar cómo limitan realmente la vida laboral.

---

### **Preguntas para el turno final o consultas individuales**

Estas son importantes, pero son muy personalizadas y pueden consumir mucho tiempo si se abren en mesa general:

- **¿Qué cambia en el procedimiento cuando hablamos de MUFACE o de empleo público?** Para los funcionarios que ingresaron antes de 2011, se aplica el sistema de Clases Pasivas y mutualidades como MUFACE, que tienen normativa propia. Quienes ingresaron a partir de 2011 pertenecen al Régimen General de la Seguridad Social, pero conservan particularidades como la asistencia sanitaria por su mutualidad y la evaluación de incapacidades mediante tribunales médicos específicos.
- **¿Qué documentación conviene preparar cuando ya existe un reconocimiento previo y se solicita una revisión a un grado superior?** Para pedir una revisión por agravamiento, es imprescindible presentar informes médicos actualizados de los especialistas de la sanidad pública que objetiven el empeoramiento de las lesiones o la aparición de nuevas patologías. Además, es clave aportar pruebas y cuestionarios funcionales detallados que demuestren cómo este empeoramiento anula aún más la capacidad laboral o la autonomía personal.

---

Este cuestionario ha sido contestado en fecha 21/03/2026, por:

**Marta Barrera García**, abogada y socia de Col.lectiu Ronda, especialista en Seguridad Social y Prevención de Riesgos Laborales. Profesora asociada del Departamento de Derecho del Trabajo y Seguridad Social Universitat Pompeu Fabra

**Miguel Arenas Gómez**, profesor de Derecho del Trabajo y Seguridad Social en los Estudios de Derecho y Ciencia Política de la Universitat Oberta de Catalunya