

IX.

La problemática en el acceso a la prestación de incapacidad permanente por parte de los pacientes de enfermedades minoritarias

MARÍA PECCI TERROBA
DAMIÀ VENY OLIVER
ANA ALÓS RAMOS
BERNAT DOMEYÓ FAURÓ

Resumen: *La Constitución española encomienda a los poderes públicos la responsabilidad de mantener un régimen público de Seguridad Social que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes en situaciones de necesidad. Teniendo en cuenta que no contamos con recursos ilimitados, deben establecerse criterios definidos, claros y objetivos para regular quién tiene acceso a estas prestaciones y asegurar una asignación eficiente y justa. Sin embargo, esta regulación objetiva y por baremos puede generar trabas adicionales para las personas que padecen enfermedades minoritarias, teniendo en cuenta las particularidades de sus enfermedades, lo que puede dificultar o ralentizar su acceso a las prestaciones de la Seguridad Social. En este capítulo analizamos, en concreto, los obstáculos con los que se pueden encontrar las personas que padecen enfermedades minoritarias en el proceso de solicitud de la prestación de incapacidad permanentes, y se analiza el ordenamiento jurídico y los pronunciamientos judiciales aplicables.*

1. INTRODUCCIÓN

A menudo las personas que padecen enfermedades minoritarias se enfrentan con obstáculos adicionales para poder acceder a prestaciones propias de nuestro estado del bienestar. Un caso paradigmático son los obstáculos con los que se encuentran los pacientes de esas enfermedades (y sus familiares, en algunos casos) para acceder a prestaciones de la Seguridad Social a las que tienen derecho conforme a los principios fundamentales de nuestro ordenamiento jurídico. En efecto, los pacientes se pueden encontrar con barreras de acceso adicionales a los recursos y apoyos establecidos en nuestro ordenamiento porque muchas veces la normativa que regula estas prestaciones no contempla las particularidades de estas enfermedades.

En este contexto se enmarca la problemática en el acceso a la prestación de incapacidad permanente por parte de los pacientes de enfermedades minoritarias.

Como punto de partida, debe señalarse que son muchos los supuestos en que la persona que padece una enfermedad minoritaria precisa una prestación de la Seguridad Social para suplir su incapacidad de poder trabajar.

En particular, es necesario solicitar la incapacidad permanente cuando la enfermedad deja secuelas crónicas en la persona que limitan de forma relevante y estable la capacidad para trabajar, a pesar de los tratamientos y adaptaciones. También es necesario en aquellos casos en que no se puede ejercer la profesión habitual con seguridad y eficacia, como consecuencia de los síntomas de la enfermedad. Además, es pertinente ante bajas médicas prolongadas o reiteradas o una vez agotada la prestación por incapacidad temporal, con un pronóstico de difícil mejoría a corto o medio plazo. Y también se hace necesaria tramitar la prestación por incapacidad permanente si el trabajo agrava la enfermedad o supone un riesgo para la persona o para terceros, cuando se requiere apoyo personal frecuente para realizar actividades básicas o para acudir y mantenerse en el trabajo, o si los efectos secundarios de los tratamientos impiden sostener un rendimiento laboral mínimo.

En todos estos casos acceder a la prestación de incapacidad permanente puede ser imprescindible para la persona enferma. Percibir esta prestación aporta estabilidad económica ante una merma duradera de la capacidad laboral y, además, permite a la persona enfocarse en el cuidado de su salud, la rehabilitación y la autonomía, sin la presión de posibles recaídas laborales. A todo ello debe añadirse que la prestación suele abrir la puerta a otras ayudas y recursos, como adaptaciones, formación para la reconversión profesional, apoyos técnicos o servicios sociales.

A pesar de lo anterior, en la actualidad, las personas que padecen enfermedades minoritarias pueden afrontar dificultades para acceder a esta tipología de prestaciones de la Seguridad Social. Estos problemas suelen estar relacionados con el desconocimiento de sus enfermedades y de su sintomatología, lo que puede dificultar la obtención de un diagnóstico médico definitivo que certifique su incapacidad para continuar trabajando, lo que dilata en el tiempo la concesión de la prestación. Por ello, sucede a veces que personas que no pueden seguir trabajando como consecuencia de la sintomatología derivada de la enfermedad minoritaria tampoco pueden acceder con agilidad a una prestación por incapacidad permanente de la Seguridad Social. En consecuencia, tanto ellas como sus familiares pueden verse expuestos a una situación de especial vulnerabilidad económica.

En este sentido, resulta ilustrativa la exposición de motivos de la Ley 3/2024, de 30 de octubre, para mejorar la calidad de vida de personas con Esclerosis Lateral Amiotrófica y otras enfermedades o procesos de alta complejidad y curso irreversible (en adelante, la «Ley 3/2024») que indica que *«la participación insuficiente en el mercado laboral, junto con la protección social deficiente y los gastos adicionales relacionados con la discapacidad, en particular los cuidados familiares, son los principales motivos por lo que las personas con discapacidad y sus familias corren un mayor riesgo de sufrir pobreza económica»*.

En vista de lo anterior, conviene recordar que el artículo 41 de la Constitución española impone a los poderes públicos el mandato de mantener un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad y especialmente en caso de desempleo. Este mandato constitucional sirve de base para el desarrollo de todo el sistema de Seguridad Social en España, incluyendo las prestaciones por incapacidad permanente.

En efecto, las prestaciones por incapacidad permanente están diseñadas para proteger a los trabajadores que, debido a la enfermedad, ven reducida o anulada su capacidad laboral de forma duradera. Esta situación constituye una clara *«situación de necesidad»* en los términos del artículo 41, ya que la persona afectada puede perder total o parcialmente su capacidad de obtener ingresos mediante el trabajo.

Por tanto, el mandato constitucional del artículo 41 justifica y exige la existencia de prestaciones como la incapacidad permanente, ya que forman parte de las *«prestaciones sociales suficientes»* que el Estado debe garantizar para proteger a los ciudadanos ante contingencias que les impidan trabajar y, por tanto, cubrir sus necesidades básicas.

En vista de lo anterior, el hecho que las personas que padecen una enfermedad minoritaria tengan dificultades para poder acceder a las prestaciones por incapacidad permanente nos lleva a reflexionar sobre si realmente se está dando cumplimiento al mandato constitucional en relación con estas personas.

Pero es que, además, el hecho de que las personas que padecen una enfermedad minoritaria tengan dificultades para poder acceder a las prestaciones por incapacidad permanente podría incluso afectar a sus derechos fundamentales. Por ejemplo, el derecho a la igualdad (en tanto que el sistema nacional de previsión social no estaría teniendo en cuenta la situación particular de estas personas frente al resto de las personas que padecen otras enfermedades) o el derecho a la vida e integridad física en su vertiente del derecho al acceso a la salud (y, en concreto, el derecho a la protección de la salud recogido en el artículo 43 de la Constitución española y en el artículo 25 de la Declaración Universal de Naciones Unidas).

Una vez se ha hecho esta exposición introductoria, en el presente capítulo se analizarán los problemas con los que se pueden encontrar las personas que padecen enfermedades minoritarias para poder acceder a la prestación de incapacidad permanente atendiendo a la regulación de nuestro ordenamiento jurídico, para a continuación analizar la respuesta que los tribunales han dado en algunos supuestos en que esta problemática ha llegado a ser judicializada. Aunque el capítulo se centra en la prestación por incapacidad permanente, conviene subrayar que las personas afectadas por enfermedades minoritarias también encuentran obstáculos en el proceso de la incapacidad temporal (que, en la gran mayoría de supuestos, es el paso previo a la obtención de la incapacidad permanente).

2. MARCO JURÍDICO APLICABLE

2.1. REGULACIÓN DE LA PRESTACIÓN POR INCAPACIDAD PERMANENTE

La institución de la incapacidad permanente se regula en el artículo 193 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobada por el Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre (en adelante, la «LGSS») y modificado por la disposición final 2 de la Ley 3/2024.

Según la referida normativa, el término de incapacidad permanente en su modalidad contributiva, en cualquiera de sus grados, hace referencia a la situación de la persona trabajadora que, después de haber estado sometida al tratamiento prescrito, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral. Aquellos que cumplan con estos re-

quisitos tendrán derecho a percibir una prestación de la Seguridad Social que les compense económicamente por la imposibilidad de seguir trabajando.

El problema radica en que los elementos que conforman la definición actual del concepto de «incapacidad permanente contributiva» no resultan fácilmente acreditables por parte de los pacientes con enfermedades minoritarias, lo que les supone numerosas dificultades para acceder a dicha prestación, incrementando tanto los plazos como los costes del proceso.

Para empezar, debe señalarse que en muchas situaciones las personas con enfermedades minoritarias no pueden desarrollar una carrera laboral que permita su afiliación en la Seguridad Social, lo que de entrada ya les impediría ser beneficiarias de este tipo de prestaciones (aunque es cierto que nuestro sistema prestacional ofrece otras alternativas para estos casos, como la incapacidad permanente en su modalidad no contributiva).

Pero es que, además, las personas que han estado afiliadas a la Seguridad Social y han estado trabajando efectivamente durante años y han tenido que dejar de hacerlo debido a la aparición o empeoramiento de los efectos de una enfermedad minoritaria también encuentran dificultades para acceder a la prestación por incapacidad y todos los beneficios que se derivan de esta declaración (a modo de ejemplo, tras la entrada en vigor de la Ley 2/2025, de 29 de abril¹, la declaración de incapacidad permanente abre la vía a que el interesado solicite a la empresa que explore la posibilidad de realizar una adaptación razonable de su puesto de trabajo).

Lo anterior se debe a que, en muchos casos, es difícil para estos pacientes contar con un diagnóstico médico objetivo y definitivo que les permita acreditar la enfermedad tal y como exige la norma para poder acceder a la prestación. Debe tenerse en cuenta que en muchas ocasiones ni siquiera se ha dado nombre de enfermedad a su cuadro clínico, lo que dificulta enormemente cualquier tipo de diagnóstico concluyente.

2.2. MODIFICACIONES NORMATIVAS QUE HAN FLEXIBILIZADO LOS REQUISITOS PARA CONCEDER LA PRESTACIÓN POR INCAPACIDAD PERMANENTE

La regulación legal de la prestación de incapacidad permanente ha ido evolucionando para ampliar los supuestos y flexibilizar los requisitos que le-

1 Ley 2/2025, por la que se modifican el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, aprobado por el Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, en materia de extinción del contrato de trabajo por incapacidad permanente de las personas trabajadoras, y el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, en materia de incapacidad permanente.

galmente dan derecho a la prestación. Algunos de estos cambios legislativos han ayudado a facilitar el acceso prestacional a los pacientes con enfermedades minoritarias.

En concreto, hacemos referencia a la adición de los párrafos segundo y tercero del actual artículo 193.1 de la LGSS, que no estaban incluidos en la redacción original de la norma (aprobada por el Real Decreto Legislativo 1/1994) y que flexibilizan la aplicación de estos criterios, según veremos a continuación.

Por un lado, el párrafo tercero² del actual artículo 193.1 de la LGSS fue incluido en 2002 mediante la disposición adicional segunda de la Ley 35/2002, de 12 de julio, promovida por el Acuerdo para la Mejora y el Desarrollo del Sistema de Protección Social del 9 de abril de 2001.

Antes de la inclusión de este párrafo tercero se entendía que para poder acceder a la prestación por incapacidad permanente era necesario que las lesiones que incapacitaran laboralmente a la persona aparecieran después de la afiliación a la Seguridad Social del interesado. Esto suponía un obstáculo para los pacientes de enfermedades minoritarias, en los que es habitual que la sintomatología de estas enfermedades se evidencie desde la infancia, por lo que las lesiones antecederán el encuadramiento en la Seguridad Social del interesado.

No obstante, con la reforma de 2002 se incluyó una excepción a la regla general de que las lesiones que pueden dar derecho a la prestación de incapacidad permanente deben ser posteriores al encuadramiento del interesado en la Seguridad Social, y se abrió el acceso a la prestación de incapacidad permanente a los pacientes de enfermedades que antedatan su encuadramiento en la Seguridad Social. En concreto, se permite el acceso a la prestación a pesar de que hubiera lesiones previas, siempre y cuando el interesado tenga acreditado un grado de discapacidad y su sintomatología se haya agravado durante su etapa laboral causándole una disminución o anulación de su capacidad laboral inicial.

2 Párrafo tercero del art. 193.1 de la LGSS:

«Las reducciones anatómicas o funcionales existentes en la fecha de la afiliación del interesado en la Seguridad Social no impedirán la calificación de la situación de incapacidad permanente, cuando se trate de personas con discapacidad y con posterioridad a la afiliación tales reducciones se hayan agravado, provocando por sí mismas o por concurrencia con nuevas lesiones o patologías una disminución o anulación de la capacidad laboral que tenía el interesado en el momento de su afiliación».

En lo que respecta al colectivo de personas con enfermedades minoritarias, esto posibilita que aquellas cuya sintomatología viene desarrollándose desde la infancia puedan tener acceso a esta prestación —eso sí, siempre que se cumplan los requisitos adicionales establecidos en la propia excepción—.

Por otro lado, recientemente se ha producido otra reforma normativa que también puede ser favorable para los intereses de las personas con enfermedades minoritarias que aspiran a obtener una prestación por incapacidad.

Hacemos referencia a la inclusión del párrafo segundo del actual artículo 193.1 de la LGSS que ha sido añadido recientemente por la disposición final segunda de la Ley 3/2024 (conocida coloquialmente como la «Ley ELA»). Esta ley tiene como finalidad garantizar a los afectados por la esclerosis lateral amiotrófica un acceso equitativo a servicios especializados y agilizar trámites administrativos, adaptándose a sus necesidades particulares —sin perjuicio de que la propia norma prevé su aplicación a otras enfermedades o procesos de alta complejidad y curso irreversible que cumplan con los criterios establecidos—.

Como hemos visto, uno de los requisitos de acceso a la prestación de incapacidad permanente es haber estado sometido a un tratamiento prescrito, lo que lleva implícito el haber recibido el alta médica correspondiente. Este suele ser uno de los más difíciles de acreditar por parte de las personas con enfermedades minoritarias.

Pues bien, este nuevo párrafo segundo incluido por la Ley ELA establece una excepción a este requisito. En concreto, el nuevo párrafo segundo del art. 193.1 de la LGSS establece que *«El requisito de haber estado sometido previamente al tratamiento prescrito podrá no ser exigible en aquellos supuestos en los que, atendiendo a las características de la patología de la persona trabajadora, el estadio de la enfermedad, su previsible evolución, y la gravedad de las reducciones anatómicas y funcionales, estas queden suficientemente objetivadas y sean previsiblemente definitivas»*.

Aunque —como veremos más adelante— determinados tribunales venían flexibilizando la aplicación de este requisito, es un avance relevante que se haya incluido de manera expresa una excepción en la propia norma, ya que es el legislador quien hace un llamamiento generalizado a la flexibilización de la aplicación de los requisitos legales por parte de los órganos administrativos y judiciales.

2.3. RETOS EXISTENTES EN LA REGULACIÓN VIGENTE PARA SU APLICACIÓN A LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES MINORITARIAS

Sin perjuicio de lo anterior, las modificaciones normativas que se han señalado no resuelven la totalidad de la problemática con la que se encuentra

el colectivo de personas con enfermedades minoritarias para poder acceder a las prestaciones por incapacidad.

Uno de los obstáculos principales está en que, para poder acceder a la prestación, hay que probar que la situación de la persona se ha agravado, y para ello es necesario acreditar el grado de discapacidad. Ello puede resultar difícil teniendo en cuenta el desconocimiento que existe en relación con las enfermedades minoritarias, para las que no se dispone de baremos objetivos que permitan el reconocimiento de un grado de discapacidad específico.

En este sentido, el Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad, establece en su artículo primero la necesidad de que la evaluación del grado de discapacidad sea uniforme en todo el territorio nacional, a efectos de garantizar la igualdad de condiciones para el acceso a estos derechos. Por ello, la norma incluye una serie de anexos que recogen — en los términos literales del artículo 2.2— *«los criterios técnicos unificados, fijados mediante baremos»* que establecen el grado de discapacidad que corresponde, para ciertas enfermedades, a un cuadro sintomático determinado.

En la práctica, esta definición de baremos implica que el proceso hacia el reconocimiento de una discapacidad sea mucho más rápido para los pacientes de aquellas enfermedades recogidas expresamente en ellos. A su vez, las enfermedades que se recogen en estos anexos son aquellas con mayor prevalencia. Por su propia definición, quedarían fuera las enfermedades minoritarias. Así, los procedimientos de reconocimiento de discapacidad iniciados sobre la base de enfermedades no incluidas en estos anexos acaban siendo procedimientos ad hoc, con una carga probatoria adicional para el interesado, y esta cuestión es crítica, ya que tiene impacto en muchas de las cuestiones aquí analizadas.

Debe señalarse que la inclusión de los anexos y el establecimiento de baremos es una solución eficiente para objetivar el procedimiento del reconocimiento de cualquier discapacidad, protegiendo el derecho a la igualdad de todos los ciudadanos españoles. Además, en la gran mayoría de casos, los procedimientos de reconocimiento de discapacidad versarán sobre las enfermedades recogidas en estos anexos, lo cual lleva a un uso más eficiente de los recursos públicos.

Sin embargo, esta solución —el establecimiento de baremos— en ocasiones no sirve para los pacientes de enfermedades minoritarias que solicitan una prestación por incapacidad permanente. El desconocimiento existente de estas enfermedades implica que sea más difícil —y costoso— obtener diagnósticos médicos definitivos que puedan ser utilizados por las personas con

enfermedades minoritarias para poder acceder a las prestaciones por incapacidad permanente y, por consiguiente, que no sea posible establecer un baremo objetivo para poder determinar el grado de discapacidad correspondiente. Además, la labor de revisión y actualización de los baremos, con el fin de atender adecuadamente este tipo de enfermedades, exige un conocimiento médico altamente especializado —que en muchos casos no se encuentra centralizado en un único profesional o equipo— y conlleva costes significativos, lo que compromete el resultado.

Por ello, surgen las iniciativas privadas, de modo que son las propias asociaciones de pacientes de enfermedades raras (en especial, ocupa un papel preferente la Federación Española de Enfermedades Raras) las que tratan de salvar este obstáculo creando documentos y guías para la valoración de la discapacidad en estas enfermedades, exponiendo los síntomas asociados a cada una de ellas y objetivándolos en la medida de lo posible. Por ejemplo, la Ley 3/2024, promovida por la Asociación Española de Esclerosis Lateral Amiotrófica (adELA) que mencionábamos anteriormente ha flexibilizado el concepto de dificultad respiratoria en la referencia a 450 del baremo de movilidad.

En conclusión, para los pacientes con enfermedades minoritarias la identificación de una patología concreta que tenga encaje en el sistema de valoración actual es más compleja. El proceso debería centrar su atención en la existencia de un diagnóstico, o conjunto de ellos, que evidencie la imposibilidad de trabajar, pues este es el aspecto que verdaderamente reviste relevancia. La labor de las iniciativas privadas presenta, en este contexto, una doble vertiente: por un lado, visibilizar estas enfermedades en los procesos de valoración de la incapacidad permanente, la incapacidad temporal y la certificación de discapacidad; y, por otro lado, poner de manifiesto su carácter incapacitante, incluso cuando el diagnóstico no sea concluyente.

3. APLICACIÓN DEL ORDENAMIENTO JURÍDICO

3.1. CONSIDERACIONES PREVIAS SOBRE LOS PRONUNCIAMIENTOS DE LOS ÓRGANOS ADMINISTRATIVOS Y JUDICIALES

Como hemos visto, la regulación de la incapacidad permanente establece un conjunto de requisitos cuyo cumplimiento no siempre es fácil de acreditar para quienes, como consecuencia de una enfermedad minoritaria, se ven imposibilitados para seguir trabajando. Para ello resulta capital ver cuál es la interpretación y aplicación de la norma que realizan los Tribunales.

Como punto de partida debe recordarse sucintamente cómo se solicita la prestación por incapacidad permanente, procedimiento regulado en el Real

Decreto 1300/1995, de 21 de julio, por el que se desarrolla, en materia de incapacidades laborales del sistema de la Seguridad Social, la Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social, y en la Orden de 18 de enero de 1996, sobre incapacidades laborales del sistema de la Seguridad Social. La iniciación del procedimiento puede efectuarse de oficio por las Direcciones Provinciales del Instituto Nacional de la Seguridad Social (en adelante, el «INSS»), a solicitud de las entidades colaboradoras de la Seguridad Social o a solicitud del interesado. Estas solicitudes deberán contener, además de los requisitos generales del art. 66 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (por ejemplo, nombre y apellidos, lugar y fecha, firma), la identificación de la fecha de cese en el trabajo y su causa, los datos relativos a la profesión habitual del trabajador, su categoría profesional y función, y la descripción del trabajo concreto.

La fase de instrucción del procedimiento es efectuada por las Direcciones Provinciales del INSS, que estarán facultadas para realizar las actuaciones que resulten necesarias. En particular, se requerirá (i) la aportación del historial clínico remitido por el Servicio Público de Salud, previo consentimiento del interesado o, en su defecto, informe de la inspección médica de dicho servicio, (ii) la formulación de un dictamen-propuesta por el equipo de valoración de incapacidades, así como un informe médico consolidado en forma de síntesis, y (iii) la cumplimentación del informe de cotización, elaborado por la entidad gestora. El dictamen-propuesta es el documento más relevante en esta fase al examinar el informe médico de síntesis y el de antecedentes profesionales. El informe, que es preceptivo pero no vinculante, se eleva al director provincial del INSS para que decida sobre el fondo del asunto.

Una vez se ha instruido el procedimiento, se inicia el trámite de audiencia para que el interesado pueda formular las alegaciones y presentar los documentos que estime conveniente en un plazo de diez días. Finalizado este trámite, los directores provinciales del INSS deberán dictar resolución expresa, que declarará el grado de incapacidad, la cuantía de la prestación económica y el plazo a partir del cual se podrá solicitar la revisión por agravación o mejoría. Si no se dicta la resolución en un plazo de 135 días, se entenderá denegada por silencio administrativo.

En caso de que el peticionario no esté de acuerdo con la decisión adoptada por el órgano administrativo, el interesado podrá presentar una reclamación administrativa previa a la vía judicial en materia de prestaciones de la Seguridad Social (arts. 71 y ss. de la Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social) ante la propia Dirección Provincial del INSS. En caso de

que el resultado de la reclamación no satisfaga los intereses del peticionario, este puede acudir a los tribunales mediante una demanda judicial en materia de prestaciones de la Seguridad Social.

Pues bien, si atendemos a las resoluciones que han dictado los órganos administrativos y los tribunales en estos procedimientos, detectamos que existe cierta disparidad de criterios a la hora de valorar estas solicitudes. En efecto, sin negar la evidente dificultad con la que se encuentran los órganos administrativos y tribunales a la hora de resolver las peticiones para acceder a una prestación por incapacidad permanente, lo cierto es que no hay un criterio homogéneo en el tratamiento de esta materia.

Algunos tribunales realizan una interpretación estricta de la normativa y únicamente acaban reconociendo la prestación por incapacidad permanente a aquellas personas que son capaces de acreditar que cumplen escrupulosamente con todos y cada uno de los requisitos según la norma. Por el contrario, otros tribunales realizan una interpretación más flexible y aligeran los requisitos exigidos atendiendo a las circunstancias de cada caso concreto y a las dificultades con las que se encuentran las personas que padecen estas enfermedades.

3.2. EL CRITERIO HUMANIZADOR EN LA JURISPRUDENCIA DEL TRIBUNAL SUPREMO

Al analizar los pronunciamientos judiciales debe empezarse por señalar que la resolución de esta tipología de supuestos resulta muy casuística y depende de las circunstancias del caso. Buena prueba de ello es que el Tribunal Supremo ha inadmitido varios recursos de casación en materia de incapacidad permanente y enfermedades minoritarias, y ha argumentado en un auto de fecha 27 de junio de 2019 que *«las cuestiones relativas a la calificación de la incapacidad permanente no son materia propia de la unificación de doctrina tanto por la dificultad de establecer la identidad del alcance del efecto invalidante, como por tratarse, por lo general, de supuestos en los que el enjuiciamiento afecta más a la fijación y valoración de hechos singulares que a la determinación del sentido de la norma en una línea interpretativa de carácter general»*.

Sin perjuicio de lo anterior, en algunas ocasiones el Tribunal Supremo sí que ha sentado algunas bases generales para resolver las solicitudes de prestaciones de incapacidad permanente. En concreto, existe una línea jurisprudencia del Tribunal Supremo que abogaba por aligerar los requisitos del artículo 193 de la LGSS. En efecto, a finales de la década de los noventa, en el contexto de procedimientos de casación relativos al acceso a determinadas prestaciones de la Seguridad Social (de incapacidad permanente, pero tam-

bién de pensión de viudedad u orfandad, por ejemplo), la Sala de lo Social del Tribunal Supremo empezó aplicar un «*criterio humanizador*»³ a la hora de valorar el requisito de alta en el régimen de la Seguridad Social.

Recuérdese que, para poder acceder a las prestaciones por incapacidad permanente contributiva, las personas deben estar afiliadas y en alta como trabajadores en la Seguridad Social. Pues bien, a grandes rasgos, la Sala de lo Social vino a atenuar la exigencia del requisito de alta como trabajador, en relación especialmente con esta prestación por incapacidad permanente, con el fin de evitar supuestos no justificados de desprotección (así lo indica expresamente en su sentencia de 26 de enero de 1998 [Rec. 2460/1997]). En concreto, el Tribunal establece que deben ponderarse las circunstancias del caso concreto, atendiéndose al *animus laborandi* del interesado, sin que deba exigirse el requisito de una inscripción continuada como demandante de empleo en aquellos supuestos en los que no pueda considerarse que exista esta falta de voluntad de trabajar por la existencia de una grave enfermedad.

Además, la jurisprudencia del Tribunal Supremo no solo viene a dar cabida a aquellas enfermedades tan graves que implican que el paciente no pueda mantener una trayectoria laboral continuada, sino que, a través de la figura del *animus laborandi*, busca amparar en este paraguas a aquellas situaciones respecto de las cuales no puede decirse que la situación de desempleo sea voluntaria, sino que el alejamiento del sistema obedece a especiales circunstancias (sentencia del Tribunal Supremo de 19 de julio de 2001 [Rec. 4384/2000]). Por ejemplo, nuestro Alto Tribunal ha empleado este criterio para amparar a personas respecto de las cuales es evidente que no pueden prestar servicios, o que tienen dolencias deteriorantes de la voluntad o afecciones psíquicas tan serias que hacen imposible el cumplimiento por su parte de la inscripción como demandante de empleo⁴.

Aunque es cierto que el Tribunal Supremo no ha desarrollado este criterio con el objetivo único de mejorar la posición de los pacientes de enfermedades minoritarias, la existencia de esta jurisprudencia supone un allanamiento del camino de estos pacientes hacia la prestación de incapacidad permanente. La cuestión radica ahora en que los tribunales de instancias inferiores sigan esta línea interpretativa, lo cual no siempre es evidente.

3 Entre otras, sentencia de 27 de mayo de 1998 [Rec. 2460/1997]; sentencia de 16 de diciembre de 1999 [Rec. 1789/1999]; sentencia de 8 de marzo de 2017 [Rec. 2686/2015]; y sentencia de 20 de abril de 2021 [Rec. 4668/2018].

4 Entre otras, sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Extremadura, de fecha 29 de octubre de 2014 [Rec. 407/2014]; o del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, de fecha 29 de septiembre de 2016 [Rec. 958/2016].

3.3. DISPARIDAD DE CRITERIOS EN LA APLICACIÓN DEL ORDENAMIENTO JURÍDICO

Sin perjuicio de lo anterior, sigue existiendo cierta disparidad de criterios por parte de los órganos administrativos y judiciales que se encargan de resolver las solicitudes por prestaciones de incapacidad permanente.

En efecto, según hemos podido observar, ante los órganos administrativos encargados de conceder las prestaciones por incapacidad permanente, las personas que solicitan estas prestaciones siguen luchando por flexibilizar la interpretación del criterio temporal establecido en el artículo 165 de la LGSS (esto es, el periodo mínimo de cotización exigible).

En muchos casos, las personas que solicitan estas prestaciones discuten la interpretación de los órganos administrativos respecto de las interrupciones en la inscripción como demandante de empleo. Sin embargo, no existe criterio uniforme en primera instancia respecto al lapso temporal admisible, lo que les impide tomar pronunciamientos previos como referencia.

Por ejemplo, la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Madrid⁵ entiende que una interrupción de seis meses en la inscripción como demandante de empleo no impide que se pueda asimilar la situación de la recurrente a la de alta (justificándolo en que esa época coincidió con un empeoramiento en la situación de la actora, que justificaría que hubiera descuidado sus obligaciones de darse de alta). En cambio, la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de la Coruña⁶ entiende que una interrupción de dos meses en la inscripción como demandante de empleo impide que se pueda asimilar la situación del recurrente a la de alta. Aunque es cierto que el Tribunal Supremo posteriormente casó este pronunciamiento en concreto, no podemos obviar que la gran mayoría de supuestos tratados en sede judicial adquieren firmeza en sede de suplicación.

En vista de lo anterior, resulta interesante traer a colación la sentencia 1155/2024 de la Sala Cuarta del Tribunal Supremo, de 24 de septiembre de 2024 [Rec. 4005/2021], para tratar de comprender en qué casos debe aplicarse el criterio humanizador a criterio de nuestro Alto Tribunal. En este caso, la Dirección Provincial del INSS deniega la incapacidad permanente total a una trabajadora porque no reúne el requisito de hallarse en alta como trabajadora

5 Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, de fecha 3 de abril de 2025 [Rec. 905/2024].

6 Sentencia de 4 de mayo de 2015, en recurso de suplicación n.º 2.643/2013, casada por la sentencia 197/2017 de la Sala Cuarta del Tribunal Supremo, de 8 de marzo de 2017 [Rec. 2.686/2015].

en la fecha del hecho causante. La trabajadora estuvo afiliada y cotizando entre enero de 1995 y mayo de 2010, fecha en la que causa baja y deja de cotizar. Se inscribe como demandante de empleo el 18 de marzo de 2015 y solicita la prestación en mayo del mismo año. En este pronunciamiento, la Sala de lo Social justifica la no aplicación del criterio «humanizador» al entender «*con total nitidez la clara voluntad [de la recurrente] de apartarse voluntariamente del mundo laboral*».

Así, el Alto Tribunal establece que deben analizarse las circunstancias de los casos para determinar si el padecimiento de la enfermedad es lo que justifica el apartamiento del mercado de trabajo, sin que deba estarse al periodo de tiempo durante el cual se interrumpió la afiliación, sino a la voluntad de incorporación al trabajo. De este modo, se listan varias sentencias en las que el Alto Tribunal se ha pronunciado sobre la aplicación del criterio «humanizador» a la hora de valorar la situación de asimilación al alta, indicando los periodos de tiempo durante los cuales el solicitante no estuvo afiliado. La conclusión es que no parece haber ninguna relación entre la duración del periodo de tiempo inmediatamente anterior a la afiliación y la conclusión de la Sala Cuarta. En particular, la Sala Cuarta explica que la interpretación humanizadora del requisito relativo a la situación asimilada al alta no puede llevar a la anulación de un requisito legal.

Por otro lado, también es interesante ver el tratamiento que los tribunales han realizado respecto del diagnóstico médico definitivo que se exige para poder acceder a la prestación por incapacidad definitiva.

Como anteriormente hemos visto, el artículo 193 de la LGSS exige —salvo para los casos que encajen con la excepción recientemente incluida en la norma— que el interesado que quiera acceder a la prestación por incapacidad permanente cuente con un diagnóstico médico definitivo que concrete una patología y sea concluyente (esto es, que se deje constancia de la consolidación de las lesiones del interesado). Este diagnóstico certero, como también hemos visto, es muy difícil de obtener para muchos pacientes de enfermedades minoritarias.

Ante esta situación importa señalar que, por ejemplo, el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, en este contexto, ha promovido el criterio de la irreversibilidad (entre otras, Sentencia 491/2021 [Rec. 120/2021]). Así, este tribunal determina que, para dar por cumplido este requisito, es suficiente con que el interesado cuente con una previsión seria de irreversibilidad. El tribunal entiende que la medicina no es una ciencia exacta y que todo diagnóstico médico se emite en términos de probabilidad, por lo que la norma no puede exigir un pronunciamiento definitivo y concluyente. De hecho, en la sentencia

citada se pone de manifiesto la incoherencia que supone que se exija un diagnóstico definitivo cuando la propia LGSS prevé la posibilidad de que se revisen las declaraciones de invalidez permanente en casos de mejoría del paciente —cuestión que podrá ser salvada tras la inclusión de nuevo párrafo segundo en el artículo 193.1 de la LGSS—. De hecho, esta posibilidad de revisión debería incentivar la declaración de incapacidad permanente para pacientes con enfermedades minoritarias: la decisión administrativa o judicial no es irreversible, porque, si el cuadro médico del interesado mejora, se abre la vía a revisar la prestación concedida. De hecho, el INSS en la resolución que reconoce la prestación ha de advertir la fecha a partir de la cual se puede instar la revisión de oficio por agravación o mejoría. En coherencia con lo anterior, se prevé la posible suspensión de la relación laboral durante un periodo de dos años cuando esa revisión será previsible.

Para los pacientes con enfermedades minoritarias, este criterio puede resultar una solución, por cuanto abre la puerta a que pueda reconocerse el derecho a la prestación de incapacidad permanente a interesados cuya sintomatología no se corresponde con ninguna enfermedad determinada, siempre y cuando se cuente con una previsión médica de que los efectos de la enfermedad serán irreversibles, sin que sea necesario exigir un diagnóstico médico definitivo.

4. CONCLUSIONES

El principio de igualdad y no discriminación del artículo 14 de la Constitución es una piedra angular de nuestro ordenamiento jurídico, llegando a establecerse como uno de sus valores superiores, especialmente en el ámbito de las libertades y derechos públicos⁷. En su artículo 9.2, la Constitución impone un mandato a los poderes públicos para eliminar aquellos obstáculos que impidan la igualdad material entre todos los ciudadanos. En sede de la Seguridad Social, este mandato se concreta en el artículo 41 de la Constitución, por el que se impone a los poderes públicos el mantenimiento de un sistema prestacional para todos los ciudadanos.

Uno de los mecanismos que utilizan nuestros poderes públicos para garantizar la igualdad en el acceso a las prestaciones de la Seguridad Social es el es-

7 Servicios de Estudios del Parlamento Europeo, Unidad Biblioteca de Derecho Comparado, PE 659.297: *Los principios de igualdad y no discriminación, una perspectiva de Derecho Comparado. España*, 2020. Recuperado de [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2020/659297/EPRS_STU\(2020\)659297_ES.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2020/659297/EPRS_STU(2020)659297_ES.pdf)

tablecimiento de procedimientos reglados y requisitos rígidos y objetivos, cuya interpretación no deje lugar a dudas y ante los cuales seamos todos iguales. Este funcionamiento resulta ciertamente razonable, dado que los recursos públicos son limitados y debe garantizarse que quienes acceden a estas prestaciones se encuentran en situaciones de necesidad objetivas que justifiquen esta asignación de recursos.

Sin embargo, el problema reside cuando hay colectivos que, por cuestiones inherentes a ellos mismos y totalmente ajenas a su voluntad, no encajan con los requisitos y procedimientos establecidos para la mayoría de los ciudadanos. En esos supuestos los propios mecanismos objetivos establecidos para garantizar la igualdad pueden acabar excluyendo a colectivos concretos.

Esto es lo que sucede en el caso de las personas que padecen enfermedades minoritarias cuando los efectos de la enfermedad les impiden trabajar y deben acceder a las prestaciones de la Seguridad Social. En esos supuestos, los procedimientos y requisitos establecidos pueden acabar suponiendo una barrera para que estas personas puedan acceder a las prestaciones de la Seguridad Social. En particular, ello sucederá especialmente si se les exige que acrediten su enfermedad mediante informes médicos con diagnósticos definitivos que muchas veces no son posibles de obtener atendiendo al desconocimiento existente sobre la enfermedad en cuestión.

En efecto, la problemática de las personas con enfermedades minoritarias se debe al propio hecho de que son enfermedades con poca relevancia estadística, por lo que no sirven los criterios establecidos pensando en la mayoría. Además, estas enfermedades son tan casuísticas y los síntomas son tan individualizados, que es poco probable que se den paralelismos entre dos supuestos de hecho, por lo que es muy difícil que los tribunales consoliden un criterio interpretativo homogéneo, dado que no hay suficientes casos similares que permitan sentar una doctrina.

Por ello, hay que destacar los pronunciamientos judiciales que abogan por flexibilizar estos criterios y procedimientos para humanizar la interpretación normativa y evitar supuestos no justificados de desprotección. Al final, en palabras de nuestro Alto Tribunal⁸, *«el acto declarativo de la IP es un acto complejo, en el que es distinguible un aspecto de valoración médica y otro de valoración jurídica y solo por la conjunción de ambos puede surgir el fenómeno, propiamente jurídico-social, del reconocimiento de la IP»*.

8 Sentencia de 6 de noviembre de 2008 [Rec. 4255/2007].