



# 1.1. EL DERECHO DE LA SEGURIDAD SOCIAL

1º parte elaborados a partir de Esther Motserrat y Andrés Lara Olmedo  
2º y 3º parte elaborados a partir del libro

## -ANTECEDENTES HISTÓRICOS:

- 1º) **17 de noviembre de 1881, Reichstag: Bismarck** expone ante el Gobierno que habría de presentar un PROYECTO DE LEY para ASEGURAR a TRABAJADORES en caso de Accidentes de Trabajo, mediante un SISTEMA SOCIAL PROFESIONAL.
- 2º) **20 de noviembre de 1942, Informe de Beveridge:** se preveía un Plan de Seguridad Social con cobertura UNIVERSAL, es decir, debía de cubrir a todos los ciudadanos sin limitación de rentas; y UNIFORME, ya que las prestaciones deben ser homogéneas.

## -ANTECEDENTES HISTÓRICOS EN ESPAÑA:

- **30 de enero de 1900, Ley de Accidentes de Trabajo:** se establece la RESPONSABILIDAD OBJETIVA DEL EMPRESARIO, es decir, el empresario responde a toda lesión corporal que sufra por ocasión o a consecuencia del trabajo, independientemente de si ha habido culpa o negligencia del trabajador.
- **1932, se impone el aseguramiento obligatorio por parte del empresario en los accidentes de trabajo.**
- **En 1942, la enfermedad común y el accidente no laboral.**
- **En 1946, se reconoce las cargas familiares o plus familiar.**
- **En 1947, la enfermedad profesional.**
- **En 1947, se reconoce el SEGURO DE VEJEZ E INVALIDEZ (SOVI):** se extiende a las prestaciones de muerte y supervivencia desde 1955.
- **En 1961, el PARO FORZOSO.**
- **En 1963, se publica la LEY DE BASES DE SEGURIDAD SOCIAL:**
  - Es la NORMA FUNDACIONAL del actual sistema español de Seguridad Social.
  - Impone una NUEVA VISIÓN de la previsión social.
  - Se SUPRIME el LUCRO MERCANTIL del aseguramiento.
  - Se AMPLIA el CAMPO DE APLICACIÓN (incluyendo a personas NO comprendidas en la categoría de trabajador por cuenta ajena).
  - Se diseña un NUEVO SISTEMA, distinguiendo entre Régimen General y R. Especiales.
  - UNIFICACIÓN de las prestaciones económicas provenientes de distintas contingencias.
  - Creación de la categoría CONTINGENCIA PROTEGIDA.
  - Por tanto, es una MEZCLA del sistema PROFESIONAL (bismarckiano) y del UNIVERSAL (beveridgiano).
- **En 1978, Constitución Española.**

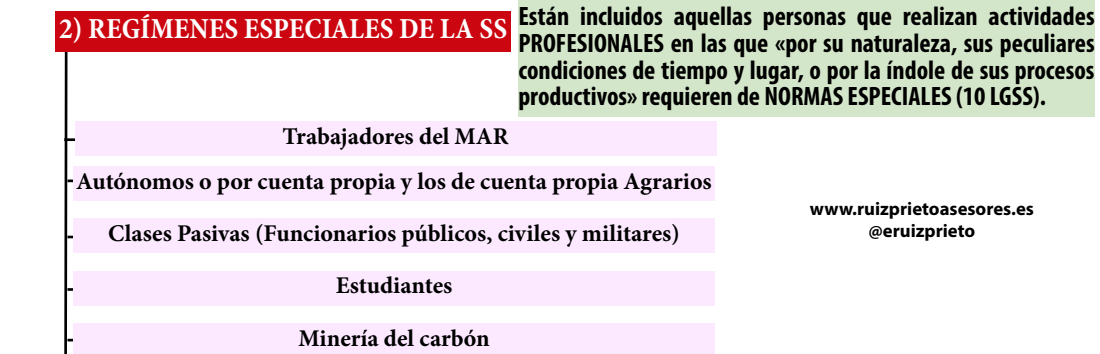
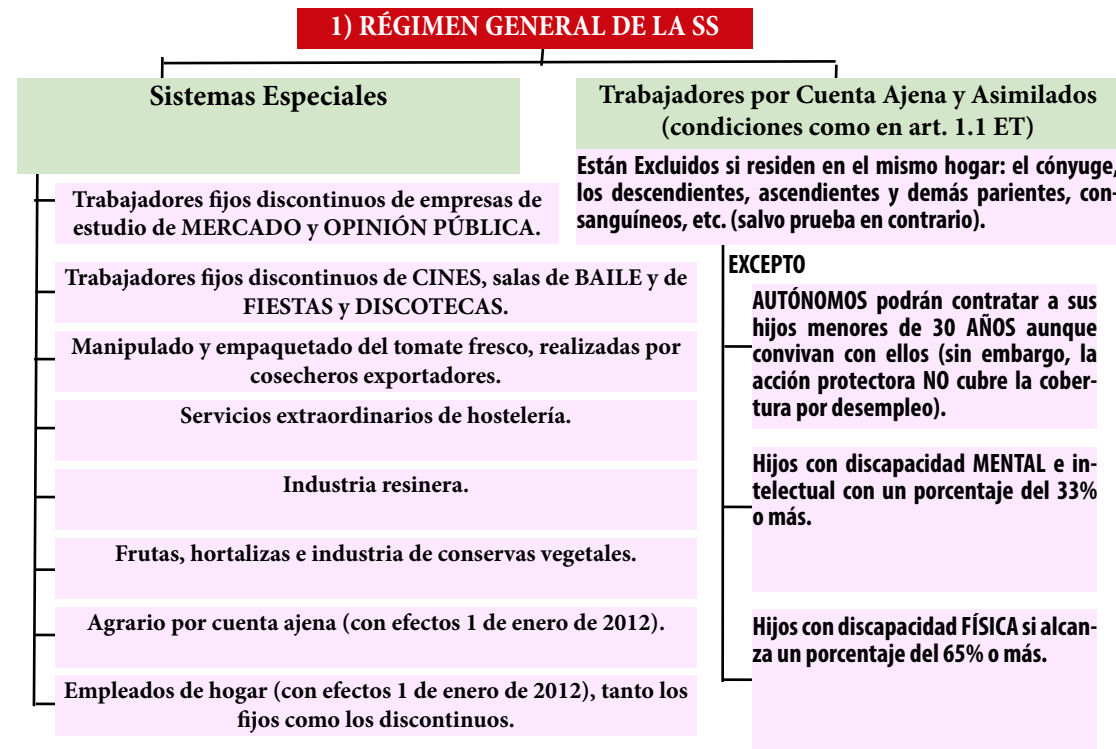
**-LEY GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL:** El derecho de los españoles a la Seguridad Social está reconocido en el art. 41 CE y regulado por la Ley General de la Seguridad Social.

### • Pilares sobre los que se asienta la Ley General de la Seguridad Social:

- Los REGÍMENES que integran el Sistema de la SS.
- Las CONTINGENCIAS protegidas por el Sistema de la SS.
- Las MODALIDADES de PROTECCIÓN dispensadas por el Sistema de la SS.

**-REGÍMENES QUE INTEGRAN EL SISTEMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL:** El sistema de la Seguridad Social está integrado por varios regímenes de protección, siendo éstos: el Régimen General y los Regímenes Especiales (art. 9 LGSS).

**-SEGURIDAD SOCIAL:** el Sistema ARBITRADO por los PODERES PÚBLICOS para GARANTIZAR a las personas incluidas en su ámbito, y a sus familiares y asimilados, la PROTECCIÓN adecuada frente a las contingencias y situaciones legalmente previstas, de acuerdo con los requisitos fijados por el legislador.



www.ruizprietoseesores.es  
@eruzprietoseesores

**Seguridad Social**

**Implica**

- Asistencia sanitaria.
- Recuperación profesional.
- Prestaciones económicas.
- Prestaciones familiares (modalidades de contributiva y no contributiva).
- Prestación de servicios sociales.

**-PRINCIPIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL:** el Estado GARANTIZA una Seguridad Social: **PÚBLICA** (la presta el Estado), **MÍNIMA** (garantiza un mínimo a sus ciudadanos) y **OBLIGATORIA** (el aseguramiento es obligatorio) (41 CE) y **UNIVERSAL**.

- **¿Qué significa mejora voluntaria?** El que, garantizado por la Seguridad Social un mínimo, por ejemplo, prestación por incapacidad temporal derivada de contingencias profesionales un 75%, pueda ser ésta complementada, a través de las llamadas mejoras voluntarias, hasta un 100%; el 75% es el mínimo concedido por el Estado, el 25% el complemento a ese mínimo.
- **El nivel complementario de mejoras voluntarias (41 CE):** Como declara el Tribunal Constitucional, debe existir una SEPARACIÓN entre el régimen PÚBLICO de Seguridad Social y las PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS (libres y contractuales), que se caracterizan por:
  - Ser un COMPLEMENTO de PROTECCIÓN ADICIONAL.
  - Los BENEFICIARIOS son PERSONAS PROFESIONALES que pueden costear esta protección adicional.
  - Es de carácter VOLUNTARIO.
  - Puede gestionarse a través de instituciones jurídico-PRIVADAS.
  - El empresario puede instaurar este nivel complementario a través de ACTOS UNILATERALES o a través de NEGOCIACIÓN COLECTIVA.

**-CONTINGENCIAS PROTEGIDAS POR LA SEGURIDAD SOCIAL:**

- **1) COMUNES:** son aquellas que las puede padecer el trabajador con independencia de su relación laboral o prestación de servicios.
  - **Accidente no laboral.**
  - **Enfermedad común.**
- **2) PROFESIONALES:** sólo son predicables respecto a los TRABAJADORES por CUENTA AJENA y/o asimilados, pues sólo ellos pueden sufrir una lesión corporal o enfermedad con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecuten por cuenta ajena.
  - **Accidente de trabajo.**
  - **Enfermedad profesional.**
- **Cotizaciones se realizan:**
  - **Por cuenta AJENA -> Beneficiario + Empresario.**
  - **Por cuenta PROPIA -> Sólo el beneficiario (autónomo).**
- **RD 1273/2003, de 10/10/03 (cobertura de las contingencias profesionales):** Autónomos quedan excluidos de las profesionales.

**-MODALIDADES DE PROTECCIÓN:**

- **1) CONTRIBUTIVA:** es de base PROFESIONAL (sistema bismarckiano).
  - **Se rige en función de las cotizaciones realizadas durante su vida laboral.**
  - **El trabajador genera un derecho estricto a las prestaciones cuando el riesgo se actualice en siniestro o se actualice la contingencia.**

- **Se financia con los Presupuestos Generales del Estado.**
- **No puede existir discriminación de sexo, estado civil y profesión.**
- **Todos los españoles que residan en España y los extranjeros que residan o se encuentren legalmente en España y estén incluidos en las siguientes categorías:**

- Trabajadores por cuenta ajena
- Trabajadores por cuenta propia (Autónomos).
- Socios Trabajadores de Cooperativas de Trabajo Asociado.
- Estudiantes.
- Funcionarios públicos, civiles y militares (clases pasivas).

- **2) NO CONTRIBUTIVA o ASISTENCIAL:** es de base UNIVERSAL(modelo Beverigiano)
  - Se concede a los que NO han COTIZADO nunca o lo han hecho insuficientemente.
  - La persona debe cumplir unos REQUISITOS para acceder a esta PROTECCIÓN (deben ser españoles residentes en territorio nacional. Si son extranjeros deben atenerse al Derecho Internacional de la Seguridad Social).
  - Se financia a través de los Presupuestos Generales del Estado.
  - Los beneficiarios son:
    - Las pensiones no contributivas por invalidez y jubilación.
    - El subsidio especial por maternidad (181 y 182 LGSS).
    - Los complementos mínimos de las pensiones de la SS.
    - Las prestaciones familiares de esta naturaleza (109.3b LGSS).

**-ESTRUCTURA DE LA LEY GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL:**

- **El Título I:** Normas generales del sistema de la Seguridad Social.
- **El Título II:** Régimen General de la Seguridad Social, incluyendo la regulación de los Sistemas Especiales para empleados de hogar y para trabajadores por cuenta ajena Agrarios, así como disposiciones aplicables a determinados trabajadores del Régimen General (los contratados a tiempo parcial y para la formación y el aprendizaje).
- **El Título III:** Protección por desempleo.
- **El Título IV:** Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores por Cuenta propia y Autónomos (RETA), incluyendo la regulación del Sistema Especial para Trabajadores.
- **El Título V:** Protección por cese de actividad.
- **El Título VI:** Prestaciones no contributivas.

- **Las prestaciones que concede la SS son:** las SANITARIAS, las ECONÓMICAS y las de SERVICIOS SOCIALES.

**-INTRODUCCIÓN:** El proceso internacionalización Seguridad Social es similar al proceso de internacionalización del Derecho del Trabajo.

• **Su Fundamento principal** es que existen unas **bases mínimas de protección** de la SS. que someten a los legisladores a un nivel de protección de los trabajadores migrantes.

**-DERECHO SUPRANACIONAL:** el Derecho Supranacional de la SS se van a exponer, de una parte, de las normas emanadas de las organizaciones internacionales; y de otra, el convenio multilateral suscritos por el Reino de España.

• **1) Organizaciones Internacionales:** Sus normas son aproximación política social estados miembros (mínimos) y establecen unos **MÍNIMOS** que hay que cumplir.

• **Naciones Unidas:** aporta su Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) (UNIVERSAL = toda persona tiene derecho a asistencia sanitaria...).

• **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.**

• **OIT (convenios):** existen numerosos convenios. El más notorio es el Convenio 102 (1952) que establece una distinción entre asalariados (profesional) y residentes (universal) (sistema mixto bismarckiano-Beveridgiano). Deben ser **RATIFICADOS**.

• **Consejo de Europa:** en la Carta Social Europea (1961), los Estados contratantes se comprometen mantener régimen SS. establecido en el Convenio 102.

• **2) Convenios internacionales multi y bilaterales sobre S.S. Internacionales:** Sus normas sirven para la SOLUCIÓN de CONFLICTOS y coordinación estados.

• **Principios esenciales:**

• **Territorialidad:** se aplican las normas nacionales del Estado en que se prestan o se hayan prestado los servicios.

• **Igualdad:** las normas se aplican al extranjero en las mismas condiciones que al nacional.

• **Reciprocidad:** se conceden los beneficios de Seguridad Social al extranjero, si el país del que es nacional, los concede al nacional del país de cuya legislación se trata de aplicar.

• **Adquisición y mantenimiento de derechos:** cada Estado tiene en cuenta los servicios prestados en los demás, si se ha trabajado en varios.

• **Prorrata temporis:** la carga de las prestaciones se distribuye entre los varios Estados en proporción al tiempo trabajado en cada uno de ellos.

**-DERECHO COMUNITARIO: SUS REGLAMENTOS SOBRE SEGURIDAD SOCIAL:** Crea un sistema **COORDINADO** de los sistemas de SS:

• **1) Tratado de Fundación de la UE (TFUE):** establece la NO DISCRIMINACIÓN por nacionalidad, religión, sexo... / la LIBRE CIRCULACIÓN de trabajadores garantizando el PAGO de sus PRESTACIONES.

• **2) Carta Comunitaria de los Derechos Fundamentales de los Trabajadores (1989):** Todo trabajador de la UE tiene derecho a una protección social adecuada y beneficiarse de las prestaciones de la SS.

• **3) Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea:** está desarrollada en los Reglamento 883/2004 y Reglamento 987/2009. En ella se establece que:

• Debe existir IGUALDAD DE TRATO.

• EXPORTABILIDAD DE PRESTACIONES (las prestaciones NO podrán ser objeto de reducción, supresión o confiscación por residir en otro lugar).

• **NO ACUMULACIÓN DE PRESTACIONES:** no se puede mantener varias prestaciones de la misma naturaleza en el mismo periodo.

• **EFFECTOS JURÍDICOS de ASIMILACIÓN DE PRESTACIONES,** ingresos, hechos o acontecimientos.

• **Los Reglamentos se aplicarán a todos los ciudadanos de un país de la UE** (que estén o hayan estado sujetos a la legislación sobre S.S. de uno de estos países, es decir, nacionales, del EEE y Suiza, apátridas o refugiados y de terceros países con residencia legal).

• Además, **Fijan las normas sobre determinación de la legislación aplicable en SS.**

• **Y establecen que un TRABAJADOR sólo puede estar sometido a una Ley de SS (única alta y cotización). Excepto en traslados temporales inferiores a 24 meses.**

**-DERECHO INTERNO ESPAÑOL PARA EXTRANJEROS NO COMUNITARIOS:** La titularidad y ejercicio de derechos y libertades de extranjeros en España se deducen de los art. 10.1 y 13 CE (Titulo I):

• **Todas las NORMAS deben RESPETAR la Declaración de Derechos Humanos.**

• **Clasificación de los derechos de los extranjeros:**

• **Por directo MANDATO constitucional:** debe ser equitativo e igualitario para todas las personas NO ciudadanas de este país (dignidad, paz...).

• **Derechos reconocidos constitucionalmente como extranjeros** (puede imponerse condiciones en la legislación).

• **Derechos reconocidos en Tratados y Leyes** (legislador puede extender o no derechos nacionales a través de pactos con otras naciones).

• En su virtud, para comprender y entender el derecho a la Seguridad Social (art. 41 CE) del extranjero (art. 13 CE) hay que partir de 3 premisas básicas:

1. Que se trata de un **derecho de CONFIGURACIÓN LEGAL**, lo que comporta que el legislador pueda exigir a los extranjeros la situación de estancia o residencia como presupuesto para la titularidad y el ejercicio de los mismos.

2. Que tienen que ser **interpretados de conformidad con lo dispuesto en los tratados y convenios internacionales.**

3. Se debe **distinguir beneficiarios modalidad contributiva o no** (art. 7 LGSS)

• **Extranjeros NO comunitarios beneficiarios de las prestaciones CONTRIBUTIVAS (art. 7.1 LGSS):** son los que residen o se encuentren legalmente en España, siempre que ejercen su actividad en territorio nacional (art. 14.1, LOEx 4/2000).

• Tendrán derecho a acceder a las prestaciones y servicios de la Seguridad Social en las mismas condiciones que los españoles.

• La LGSS NO se ve afectada por lo dispuesto en la LOEx.

• **Problema: Un trabajador irregular ¿puede causar derecho a prestaciones SS.?**

• En caso de **contingencias profesionales** (RD 84/1996) existe una situación ESPECIAL, para los trabajadores extranjeros que se hallen en situación irregular, de indemnización por accidentes de trabajo o enfermedad profesional.

• En caso de **contingencias comunes** (36.5 LOEx/42.2 RD 84/1996) es más complicado, el legislador español expresamente exige que la RESIDENCIA sea LEGAL (que haya obtenido la autorización y visado de residencia y trabajo por cuenta ajena, afiliado y en alta) y una determinada cotización previa (124.4 LGSS).

• Por otro lado, a nivel internacional, tanto el Convenio OIT nº 97 como el Reglamento 1231/2010 reconocen derechos si el trabajador **“reside legalmente” en territorio de un estado miembro.**

- El **TS afirma** “lo contrario sería desconocer la finalidad de la LOEx que es incentivar la entrada y estancia regular de los extranjeros en España, si se equiparara a la inmigración irregular se produciría una lógica desincentivación de los trámites para conseguir la autorización de residencia ” (no invalida el Cto. de Trabajo)
- **Trabajador extranjero con autorización residencia sin autorización para trabajar:** Puede obtener prestaciones de la SS.
- **Trabajador SIN permiso de residencia ni permiso laboral, aunque trabaja:** tan sólo tiene asistencia sociales básicas (asistencia sanitaria de urgencia + social externa a la SS y CCAA).
- **Para que el extranjero no comunitario pueda ser beneficiario de contingencias comunes es necesario que obtenga un permiso de residencia legal** (temporal o de larga duración) y **cumplir con los requisitos exigidos LGSS.**
- **PRESTACIÓN POR DESEMPLEO (36.5 LOEx):** hay que hacer una mención especial a la prestación por desempleo. El trabajador que carezca de autorización de residencia y trabajo NO podrá obtener prestaciones por desempleo (aunque es causa para renovación de la autorización).
- **Extranjeros NO comunitarios beneficiarios de las prestaciones NO CONTRIBUTIVAS (art.7.3 LGSS):** Tiene derecho a prestaciones no contributivas aquellos extranjeros que residan legalmente en territorio español (LOEx 4/2000 y, en su caso, según los Tratados Internacionales).
  - Son residentes los que se encuentren en España y sean titulares de una autorización para residir temporalmente (no lucrativa, reagrupamiento familiar y ejercicio de actividad lucrativa). Debe ser **superior a 5 años** (1 año inicial, dos renovaciones por periodos de dos años) o de larga duración.
  - Además **debe cumplir unos requisitos** para causar derecho a las prestaciones no contributivas: invalidez 5 años, 2 inmediatamente anteriores; jubilación 10 años, 2 inmediatamente anterior + residencia de larga duración.
- **Las prestaciones sociales a favor de los españoles residentes en el extranjero y de los españoles retornados (Art. 42 CE):** El Estado velará especialmente por la salvaguardia de los derechos económicos y sociales de los trabajadores españoles en el extranjero y orientará su política hacia su retorno” (L 40/2006 del Estatuto de la ciudadanía española en el exterior RD 8/2008).
  - Debe **GARANTIZAR el derecho a percibir una prestación a los españoles residentes en el exterior** que habiéndose trasladado por razones laborales y habiendo cumplido 65 años o estando incapacitado para el trabajo, se encuentren en una situación de necesidad.
  - Su importe vendrá determinado según países.
  - **Beneficiarios\*\*:**
    - Los Españoles de origen nacidos en territorio nacional que, por motivos laborales, económicos u otros, establecieron su residencia en el extranjero.
    - Beneficiarios Españoles de origen nacidos en España que acrediten una residencia en nuestro país de 10 años previos a la presentación de la solicitud, siempre que ostentaran la nacionalidad española durante este periodo.
- **Requisitos\*\*:** Deben acreditar:
  - Haber cumplido 65 años en la fecha solicitud.
  - Ser Menor de 16 años o mayor de 65 años en incapacidad permanente absoluta para todo tipo de trabajo (padezca deficiencias, previsiblemente permanentes, físicas o psíquicas, congénitas o no, que le inhabiliten por completo para toda profesión u oficio) a los 65 años => **pensión por ancianidad.**
  - Residir legal y efectivamente en países donde la precariedad el sistema SS lo justifique.
  - No pertenecer a Institutos, órdenes u organizaciones obligadas prestar asistencia.
  - **Carecer de rentas o ingresos suficientes (requisito imprescindible).**
  - NO poseer bienes muebles o inmuebles.
  - NO haber donado bienes en los 5 años anteriores.
- **Procedimiento:** Deben iniciarse a INSTANCIA de la PARTE (interesado o representante).
  - Debe entregarse en Consejería de Empleo y SS. de Embajadas (o L30/92).
  - Debe remitirse a Dirección General de Migraciones.
  - A los 6 meses de no recibir contestación = **Silencio Administrativo.**
  - Incluye la asistencia sanitaria
- **Españoles retornados:** existen 2 prestaciones:
  - Ancianidad
  - Asistencia sanitaria
  - La DG. Migraciones => cuantía: PGE anuales, españoles de origen nacidos en territorio nacional y los no nacidos que acrediten residir 8 años en España + requisitos jubilación no contributiva.
- **Asistencia sanitaria:** “los españoles de origen residentes en el exterior que retornen a España así como trabajadores y pensionistas españoles de origen residentes en el exterior durante sus desplazamientos temporales a nuestro país tendrán derecho a la asistencia sanitaria, cuando en el Estado de procedencia no tuvieran prevista esta cobertura”.
  - Los familiares que se establezcan con ellos, o los acompañen, tendrán también derecho a asistencia sanitaria en España, cuando las normas o Convenios Internacionales de SS. establecidos NO prevean esta cobertura (son familiares: el cónyuge o persona que conviva constituyendo pareja de hecho; los descendientes del sujeto causante, de su cónyuge o pareja de hecho <26 años a su cargo, o mayores con discapacidad > 65%).
  - El reconocimiento corresponde al INSS (expedirá documento acreditativo).
  - Los españoles de origen retornados justificarán su condición con la baja consular del país de residencia y certificado de empadronamiento en el municipio que hayan fijado su residencia en nuestro país.
- **El extranjero no comunitario en situación regular, que no tiene la condición de asegurado o beneficiario del derecho de asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud SI puede SUSCRIBIRSE a UN CONVENIO ESPECIAL.**

**-INTRODUCCIÓN:** A partir de la 1ª guerra, acceden a las constituciones los denominados derechos sociales económicos y culturales, junto a los civiles y políticos. Nuestra CE tb lo recoge.

## **-LA SEGURIDAD SOCIAL COMO PRINCIPIO RECTOR DE POLÍTICA SOCIAL Y ECONÓMICA**

**(41 CE):** los PODERES PÚBLICOS mantendrán un régimen público de SS. para todos los ciudadanos (UNIVERSAL), que GARANTICE la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de NECESIDAD, especialmente en caso de desempleo.

• **SS de España = Sistema contributivo y asistencial (bismarkano-beveridgiano) + complementario.**

• **Principios:**

- **Ordenación pública del sistema régimen legal**, público e Imperativo, dirigido a paliar situaciones de necesidad mas allá de la cobertura contributiva.
  - Ordenación normativa pública (regula y organiza el sistema).
  - Gestión realizada por la Administración Pública.
  - Financiada con cargo a fondos públicos.
- **Universalidad de la cobertura = UNIVERSAL:** “todos los ciudadanos” son beneficiarios (actualmente solo un deseo) TC: “no se basa en la protección frente a la pobreza sino compensación frente al daño”.
- **Uniformidad de la prestación:** La SS. ha de atender a todo beneficiario de los mismos riesgos con igual intensidad.
- **Situaciones de Necesidad:** es un concepto jurídico indeterminado cuya definición depende del sentir comunitario, que habrán de ser determinadas teniendo en cuenta el contexto general en que se produzcan.
- **Concepto de Seguridad Social en CE** = es un concepto DINÁMICO, pues ofrece al legislador un amplio margen de maniobra (CE no cierra posibilidades para la evolución del sistema).
- También establece un **nivel complementario** (mejoras voluntarias) separado del régimen público de SS pues son prestaciones basadas en la lógica contractual privada, financiada con fondos privados. **Suponen:** una PROTECCIÓN ADICIONAL, sus beneficiarios deben estar incluidos en los regímenes de la SS y su establecimiento y gestión son de carácter VOLUNTARIO (generalmente instauradas por el empresario en un acto unilateral o consecuencia de la negociación colectiva). Deben ser aprobados por MESS.
- Los más frecuentes: Planes y Fondos de Pensiones, y las formulas de gestión: Fundaciones, Mutuas Previsión Social o aseguradoras.
- La LGSS (238) contempla en **nivel complementario 2 cotizaciones adicionales:**
  - - Revalorización de pensiones causadas.
  - - Mejorar las futuras.
- **Art. 43 CE:** Derecho a la protección de la salud (asistencia sanitaria) de tendencia Beveridgiana o universalista (ciudadanos)
- **Art. 49 y 50 CE:** Derechos de las personas con discapacidad y mayores imponen a los poderes públicos una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos (Actualmente regulado por la Ley de dependencia - LD y está separado de la SS).
- **Centros:** A parte de los Centros de referencia estatal del SAAD existen centros de atención para personas con discapacidad para procurar su HABILITACIÓN y RECUPERACIÓN:
  - **1) Centros de referencia estatal del SAAD (DEPENDENCIA)** => beneficiarios => del Sistema de SS. o Leyes y Convenios Internacionales.

- **2) Centros de atención para personas con discapacidad** => establecimientos para habilitación/recuperación física/psíquica
- **3) Centros BASE de ámbito provincial en los que se desarrolla un programa de atención básica** => CCAA. (+ Ceuta y Melilla).
  - **Servicios que prestan:**
    - De orientación e información general.
    - Evaluación discapacidad y calificación del grado de discapacidad (EVOS) equipos valoración y orientación.
    - Valoración y diagnóstico de las distintas discapacidades.
    - Tratamientos de atención tempranas.
    - Formación ocupacional.
- **4) Centros de atención a personas con discapacidad física (CAMF):** su finalidad es la Atención integral de las personas con discapacidad que, careciendo de posibilidades razonables de recuperación profesional, encuentran serias dificultades para conseguir una integración laboral y para ser atendidos en sus necesidades básicas.
  - **Requisitos generales para poder ser beneficiario** e ingresar en un CAMF:
    - Calificación de persona con discapacidad (grado de discapacidad superior a 33%)
    - No padecer enfermedad infecto contagiosa ni necesitar atención de forma continuada en instituciones sanitarias.
    - No padecer trastornos mentales que puedan alterar la convivencia
    - Alcanzar la puntuación mínima exigida según baremo en vigor
    - Beneficiario de sistema de la SS
  - **Requisitos específicos:**
    - Incluidos como titulares o beneficiarios del sistema de la SS
    - Edad entre 16 y 60 años
    - Disminución física que precise de la asistencia de otra persona para los actos esenciales de la vida diaria (según el EVO)
    - Carecer de posibilidades razonables de rehabilitación y recuperación profesional.
    - Graves dificultades para ser atendidos en régimen familiar o domiciliario
    - No necesitar atención de forma continuada en instituciones sanitarias.
  - **Objetivos:** Son de ÁMBITO ESTATAL y cumplen los siguientes objetivos:
    - Atención predominantemente asistencial de los discapacitados en ellos atendidos
    - Conservación y potenciación de sus capacidades
    - Habilitación personal y social para su autocuidado
    - Prestación de ayuda de otra persona para suplir su insuficiencia
    - Actividades ocupacionales para el desarrollo de sus capacidades residuales
    - Fomento de relaciones personales y sociales a través de activ. de ocio y tiempo libre.
- **5) Centros de Recuperación de personas con discapacidad física (CRMF):** su finalidad es la Recuperación médico-funcional y psicosocial de la persona.
  - **Servicios prestados:** Internado, Media Pensión o ambulatorio.
  - **Requisitos:**
    - Calificación de persona con discapacidad (grado de discapacidad  $\geq$  33%)
    - No padecer enfermedad infecto contagiosa.
    - No padecer trastornos mentales que puedan alterar la convivencia
    - Ser Mayor de 16 años (Excepcionalmente 14)
    - Posibilidades razonables de rehabilitación y recuperación profesional
    - Nivel de conocimientos educativos necesarios para la formación deseada
    - Alcanzar la puntuación mínima según baremo

- **Objetivos:**
  - Elaboración de programas individuales de recuperación, orientación y ejecución de la recuperación profesional
  - Asistencia técnica en materia de autonomía personal, accesibilidad y tecnologías aplicadas a la integración de personas con discapacidad.
  - Desarrollo de metodologías y aplicación de nuevas tecnologías a discapacitados gravemente afectados que permitan potenciar su capacidad razonable de recuperación profesional.
  - Preparación para el empleo e integración
  - Cualquier otra actividad que se considere necesaria
- **6) Centros de atención a personas con discapacidad psíquica (CAMP):** Atención y asistencia a personas con discapacidad psíquica que exigen tratamientos idóneos para lograr su HABILITACIÓN o INTEGRACIÓN. **Gestionados por CCAA.**
  - **Requisitos:** establecidos por CCAA
    - Generales para serlo de un CAMF
    - Deficiencia mental profunda, severa o media
    - Haber cumplido 6 años (Estatuto básico de centros residenciales => 16 años).
  - **Objetivos:** establecidos por CCAA
    - Generales para serlo de un CAMF
    - Deficiencia mental profunda, severa o media
    - Haber cumplido 6 años (Estatuto básico de centros residenciales => 16 años).
- **A) Centros opcionales:** Sirven para asegurar los servicios de terapia ocupacional y de ajuste personal y social a personas con discapacidad, cuando NO puedan integrarse laboralmente ni en los mercados ordinarios de trabajo ni en los centros especiales de empleo.
  - Son Gestionados por CCAA.
  - Existe otro "centro" llamado de intermediación para personas sordas pero es un "servicio de comunicación telefónica".
    - **Requisitos:**
      - Generales para serlo de un CAMP y un CAMF
      - Calificación legal de discapacitado (discapacidad >= 33%)
      - Resolución motivada de la necesidad de integración en un CO por no ser posible está en una empresa o en un centro especial de empleo dada la acusada discapacidad.
- **-B) TURISMO Y TERMALISMO SOCIAL:** Estos programas tienden a procurar el OCIO, la CULTURA y el bien de la salud a los discapacitados, subvencionándose los programas que ofrezcan las entidades que se dediquen a la realización de actividades a favor de las personas con discapacidad.
  - **Requisitos:** tb los extranjeros si cumplen con estos requisitos como el resto de ciudadanos:
    - Acreditar la discapacidad (> 33% de baremo RD 1971/1999).
    - Ser mayor de 16 años (o menor con autorización).
    - No haber realizado en el año otro viaje subvencionado por el IMSERSO.
    - Informe médico favorable en caso de programa de termalismo.
- **-PRESTACIONES SOCIALES PARA LA PERSONAS MAYORES:**
  - **-Centros de día** (hogares y clubs): es donde se PRESTA a los usuarios SERVICIOS SOCIALES asistenciales y se REALIZAN actividades para conseguir información y participación personal.
  - **-Centros residenciales:** están destinados a SERVIR de vivienda permanente y común en donde se presta asistencia integral y continuada a quien NO puede satisfacer sus necesidades. Se clasifican en:
    - **A) validos:** destinadas a quienes sus condiciones personales permiten desarrollar las actividades de la vida diaria sin asistencia de otra personas.
    - **B) Asistidos:** para quienes sufran patologías crónicas o invalidantes que les impidan valerse por sí mismos, precisando asistencia de otras personas.
- Actualmente estos centros del IMSERSO se han integrado en los del SAAD de las CCAA (salvo Ceuta y Melilla).
- **-Turismo social:** PROGRAMA de VACACIONES para personas mayores, donde se ofrecen circuitos culturales y turismo de naturaleza y costa.
  - -Se requiere: 65 años (pensionistas de jubilación), 55 años (viudedad) o 60 años (prejubilados). Además: no enfermedad infectocontagiosa, valerse por sí mismo, pagar el precio y superar el baremo establecido.
  - -Se admite como acompañante: al cónyuge, a un hijo discapacitado (superior a 45%).
- **-Terminalismo:** Se presta a persona 3º edad que lo precisen (FACULTATIVO) en régimen de concierto con los establecimientos **TERMALES.**
  - **Requisitos:** superior a 60 años y ser pensionistas (jubilación, invalidez y viudedad).
  - **Adicionales:** no enfermedad infecto-contagiosa ni trastornos mentales graves, valerse por sí mismo, precisar tratamiento termal.
  - **Comprende:** alojamiento y manutención (pensión completa)+ tratamiento termal (reconocimiento medico inicial, tratamiento básico y seguimiento médico del tratamiento) + póliza colectiva de seguro turístico.
- **-LA DISTRIBUCIÓN CONSTITUCIONAL DE COMPETENCIAS EN MATERIA DE SS:**
  - **Art. 149.1.17 CE:** "el Estado tiene competencia exclusiva sobre.... La legislación básica y régimen económico de la SS."
  - **Art. 149.1.16 CE:** "... Sanidad exterior. Bases y coordinación general de la sanidad: Legislación productos farmacéuticos.
  - **Art.148.1 20 CE:** Las CC.AA. pueden asumir competencias sobre "asistencia social" 148.1.21CE: "Sanidad e higiene".
  - **Competencias del Estado sobre Seguridad Social:** Las Cortés deben establecer lo que se CONSIDERA como BÁSICO y regula sus aspectos.
    - Asimismo, el Gobierno podrá hacer uso de su potestad reglamentaria mediante Decreto Ley.
  - Las CORTES determinan los BENEFICIARIOS, los REQUISITOS y la INTENSIDAD de la acción protectora a través de la gestión servicios.
  - También toma medidas sobre la ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS, delegados a las CCAA (las CCAA NO pueden estas crear nuevos entes gestores ni alterar estructuralmente los configurados por la norma estatal) y en GESTIONAR LOS FONDOS para el pago de las prestaciones.
  - **Principios consagrados en la CE: IGUALDAD** (el Estado debe velar por la igualdad de sus ciudadanos sin distinción y discriminación, art. 1.1 y 14 CE) / **LIBERTAD DE RESIDENCIA Y DE CIRCULACIÓN** (19.1 CE) / **SOLIDARIDAD** (equilibrio económico, 138 CE), **PREVALENCIA DEL INTERÉS COMÚN** / **INTERDICCIÓN DE PRIVILEGIOS** (138.2 CE).
  - **Principios en LGSS (Art. 2):** UNIVERSALIDAD / UNIDAD / SOLIDARIDAD / IGUALDAD.
  - **Principio de caja fija:** cuyo **Control (legislativo) corresponde al Estado** => potestad ejecutiva sobre actividades económicas; y de supervisión en actividades instrumentales (altas, afiliación, etc.), cuya **ejecución corresponde a las CC.AA.**
  - **Potestad Sancionadora:** . El TC declara que el art. 149.1.17 obliga tanto al ESTADO como a las CCAA velar por el cumplimiento de las obligaciones de cada uno de los entes públicos. Por tanto, las CC.AA ostentan competencias ejecutivas en SS (les corresponde ejercitar la potestad sancionadora en su territorio) y al Estado cuando se incumplan los preceptos generales.
  - **Competencias de las Comunidades Autónomas sobre SS.** NO todas son iguales:
    - **1º Grado (Cataluña, País Vasco, Galicia, Navarra, Andalucía, Canarias y Valencia)** han asumido competencias **NORMATIVAS** (posibilidad de dictar leyes y reglamentos para Desarrollar la legislación básica y NUNCA modificar la básica estatal) y **EJECUTIVAS** (actos de aplicación de normas en ejercicio).
    - **2º Grado (el resto de CCAA)** solo tienen competencias **EJECUTIVAS.**



## 1.4. GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

**-INTRODUCCIÓN:** La disposición final 1ª del Real Decreto-ley 36/1978, de 16 de noviembre sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la Salud y el Empleo, Ley que organizó la administración y gestión de la Seguridad Social en Entidades Gestoras.

**-ÓRGANOS PÚBLICOS DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL (66 LGS):** Las entidades gestoras se encargan de la ADMINISTRACIÓN y GESTIÓN de la SS. Se efectuará con sujeción a los principios de SIMPLIFICACIÓN, RACIONALIZACIÓN, ECONOMÍA DE COSTES, SOLIDARIDAD FINANCIERA, UNIDAD DE CAJA y DESCENTRALIZACIÓN, por las siguientes entidades gestoras:

- **Instituto Nacional de Seguridad Social gestión/administración (INSS):** está adscrito al MESS y es competencia Normativa y Ejecutiva del Estado.
  - Prestaciones económicas.
  - Prestaciones no contributivas.
  - Convenios Internacionales.
  - Registro prestaciones sociales públicas.
  - EVI EVALÚA los INFORMES.
- **Instituto Social de la Marina (ISM):** se encarga de las prestaciones del régimen Especial de los Trabajadores del Mar (DA 19ª LGSS). Está adscrito al MESS (Ministerio de Econ. y Seguridad Social) y es competencia Normativa y Ejecutiva del Estado.
- **Instituto Nacional de la Salud administración y gestión de los servicios sanitarios (INGESA):** está adscrito al MSSSI y transferido a las CCAA (salvo Ceuta y Melilla).
- **Instituto nacional Servicios Sociales gestión (IMSERSO):** está adscrito al MSSSI y transferido a las CCAA (salvo Ceuta y Melilla).
  - Pensiones, invalidez y jubilación no contributivas.
  - Gestión por CC.AA. ya que se ha transferido.
  - Servicios complementarios prestaciones SS.
- **Órganos de participación control y vigilancia de la Entidades Gestoras:** está formado por el Consejo General y las Comisión Ejecutiva a nivel nacional, mientras que a nivel provincial por las Comisiones Ejecutivas Provinciales..

**-EL SERVICIO PÚBLICO DE EMPLEO ESTATAL (INEM-SEPE):** está adscrito al MESS y el RDL 36/1978 NO le atribuye el carácter de entidad gestora sino de ORGANISMO AUTÓNOMO dotado de personalidad jurídica propia:

- **Finalidad:**
  - Organizar los servicios de empleo.
  - Ayudar a los trabajadores a encontrar un empleo y a las empresas a contratar trabajadores adecuados.
  - Fomentar la formación del trabajador.
  - Gestionar y controlar las prestaciones por desempleo y las subvenciones para el fomento del empleo.
- **Traspasa a las CCAA:**
  - Funciones y servicios sobre programas de apoyo al empleo.
  - Funciones y servicios sobre trabajo, empleo y formación.
  - Gestión de intermediación laboral y políticas activas de empleo (L 56/2003).

- **INEM ha pasado a denominarse SEPE (art. 11 LE. 56/2003).**
- **Tiene PERSONALIDAD JURÍDICA PROPIA e INDEPENDIENTE** de AGE, patrimonio, tesorería y autonomía de gestión.
- **Tiene una Estructura CENTRAL (Consejo General y Comisión Ejecutiva) y una PERIFÉRICA.**
- **El GOBIERNO establece los SERVICIOS COMUNES (art. 73 LGSS) ea propuesta del MESS.**
- **Seguir los principios de SOLIDARIDAD FINANCIERA y CAJA ÚNICA de la Tesorería General de la Seguridad Social (TGSS), órgano encargado de la afiliación (altas y bajas).**
- **CUSTODIAR los fondos, valores y créditos y realizar el SERVICIO DE RECAUDACIÓN (art. 74 y 104 LGSS).**
- Debe existir un **FONDO DE RESERVA DE LA SS** (para atender a las necesidades futuras del sistema en materia de prestaciones contributivas).
- **Normas Comunes Entidades Gestoras y Servicios comunes:**
  - **Reserva de nombre** (art. 75 LGSS) ninguna entidad puede usar en España título/nombre de Entidad Gestora/ SS.CC.
  - **Exenciones tributarias** = Estado, incluyendo honorarios notariales y registrales + franquicia postal.
  - **Personal en régimen general de la Función Pública** (es Administración "especial": Letrados, Cuerpos Técnicos, etc.).
  - **Asistencia jurídica gratuita** (L1/1996).
  - **Normas comunes de procedimiento Administrativo LRJ-PAC y la impugnación LJS**
  - **Los datos, informes antecedentes tendrán carácter RESERVADO, salvo:** delitos públicos, acciones tributarias, colaboración con la ITSS o IGSS, comisiones parlamentarias, intereses de menores, Tribunal de Cuentas y jueces).
  - **La contratación se rige por la Ley de Contratos del Sector Público**, con las especialidades recogidas en art. 128 LGSS.

### **-COLABORACIÓN EN LA GESTIÓN: MUTUAS ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES, EMPRESAS:**

- **1) Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social:** son ASOCIACIONES PRIVADAS de empresarios autorizadas e INSCRITAS por el MESS para COLABORAR bajo su dirección/tutela, en la GESTIÓN DE LAS CONTINGENCIAS de AT. y EP.
  - Son Asociaciones SIN ANIMO DE LUCRO y RESPONSABILIDAD MANCOMUNADA.
  - Tienen personalidad jurídica propia. Aunque forman parte del sector público estatal su NATURALEZA es PRIVADA.
  - Su ámbito de actuación es en todo el territorio nacional.
  - Pueden asumir la cobertura de la prestación económica por incapacidad temporal derivada de contingencias comunes.
- **Actividades (art. 80.2 LGSS):**
  - La gestión de las prestaciones económicas y la asistencia sanitaria, comprendidas en la protección de las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
  - La gestión de la prestación económica por incapacidad temporal derivada de contingencias comunes.
  - La gestión de la prestación por riesgo durante el EMBARAZO y riesgo durante la LACTANCIA NATURAL.

- La gestión de la prestación por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave.
- Cese actividad trabajadores autónomos (≈ desempleo) -> Contingencias **comunes** (obligatorio, excepto: pluriactividad) y Contingencias **profesionales** (voluntario, excepto TRADES y elevado riesgo siniestralidad -> en la misma mutua que incapacidad temp. común).
- Contingencias profesionales (obligatorio) de trabajadores del mar por cuenta propia (y trabajadores que empleen).
- Las demás actividades que se les atribuyan legalmente.
- **MESS = órgano es el que ejerce las facultades de dirección y tutela sobre las Mutuas.**
- **Estas prestaciones y servicios forman parte de la acción protectora del sistema de S.S. y se dispensarán a favor de los trabajadores de las empresas asociadas (y TT.AA. adheridos) conforme a las siguientes particularidades:**
  - a) **Contingencias PROFESIONALES**, determinación inicial (revisión por INSS) en escrito motivado y notificado.
  - b) **Prestación económica por Incapacidad Temporal derivada de contingencia COMÚN:** declaración del derecho, denegación, suspensión, anulación y extinción (escrito motivado y notificado al trabajador y empresario), sin perjuicio del control sanitario de altas y bajas médicas por los servicios públicos de salud y los efectos atribuidos a los partes médicos por la LGSS.
  - c) **actividades PREVENTIVAS prestaciones asistenciales a favor de los empresarios asociados y autónomos adheridos dirigidas a asistir en el control y reducción de accidentes de trabajo** (asesoramiento para adaptación de puestos). Conocerá la Jurisdicción Social sobre reclamaciones de prestaciones y servicios objeto de colaboración de mutuas con SS. Durante el alta se elige la MUTUA donde está asimilado el alta del empresario o autónomo de acuerdo con las normas reguladoras del régimen de la Seguridad Social (la mutua será la encargada de proteger a los empresarios y autónomos en caso de accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales de la Seguridad Social) (art. 72 LGSS)
- **Requisitos Constitución:**
  - Concurran más de 50 empresas, 30.000 trabajadores y un volumen cotización (contingencias profesionales) 20 M.
  - Limitar actividad al ejercicio de las actividades relacionadas
  - Presenten fianza para cumplimiento de sus obligaciones
  - Solicitud MESS (+estatutos) -> autorización, inscripción en registro y **publicación en BOE.**
- **Órganos de gobierno:** Junta General, Junta Directiva y Director Gerente.
- **Órganos de participación:** Comisión de Control y Seguimiento + Comisión de Prestaciones Especiales (asistencia social potestativa).
- MESS con facultades dirección/ tutela
- **Cese de la MATEP (Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional):**
  - Acuerdo adoptado en Junta General Extraordinaria
  - Fusión o absorción de la Mutua
  - Acuerdo del MESS por incumplimiento del Plan de viabilidad
  - Cese por infracción muy grave (LISOS)

- Insuficiencia de patrimonio (por ser una sociedad mercantil de capital variable).
- **2) Las Empresas (102 LGSS y 2 y 3 OCD):** las empresas, individualmente consideradas y en relación con su propio personal, podrán colaborar en la gestión de la Seguridad Social exclusivamente en alguna o algunas de las siguientes formas.
  - **A) Colaboración voluntaria:**
    - Asumiendo directamente el pago de las prestaciones por IL derivada de contingencias profesionales, prestaciones asistencia sanitaria y recuperación profesional (ventajas: se las puede deducir).
    - **Condiciones:** Tener más de 250 trabajadores fijos, afiliados y en alta RGSS / Poseer instalaciones sanitarias propias (excepto hospitalización) / Observar cumplimiento obligaciones derivadas legislación social.
  - **B) Colaboración obligatoria:** pago a los trabajadores la prestación económica IT (pago delegado a cargo de la entidad gestora o mutua obligada). La empresa deberá comunicar a la entidad gestora, a través de los medios electrónicos establecidos, los datos obligación de la misma requeridos en el parte médico de baja.

#### **-DISPOSICIONES GENERALES SOBRE LAS PRESTACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL:**

- 1. Carácter de las prestaciones (art. 44 LGSS):** NO podrán ser objeto de RETENCIÓN salvo las obligaciones contraídas con SS y las pensiones alimenticias.
- 2. Responsabilidad de las prestaciones (art. 45 LGSS):** son responsables las Entidades Gestoras.
- 3. Pago de las prestaciones (art. 46 LGSS):** tanto las contributivas como no contributivas -> **14 pagas** (junio + noviembre).
- 4. Prescripción y caducidad (art. 53 LGSS):** el derecho al **reconocimiento** prestaciones prescribe a los **5 años** (desde el día siguiente al hecho causante), sin perjuicio que el reconocimiento se produce a los **3 meses anteriores a la solicitud.**
  - No prescribe (excepción) el reconocimiento al derecho de la pensión de jubilación y de las prestaciones por muerte y supervivencia, aunque se reconocerá a partir de los 3 meses anteriores a la fecha de solicitud (art. 212 y 230 LGSS).
  - La revisión de actos administrativos de reconocimiento o la nueva cuantía tendrá una retroactividad máxima de 3 meses (salvo errores materiales y reintegro prestaciones indebidas).
  - La prescripción se interrumpe por causas establecidas Cc (art. 1973) y por la reclamación ante la SS. o el MESS (o ITSS) Las prestaciones a tanto alzado y por una sola vez **caducan en 1 año, cuando se trate de periódicas =>** año de su vencimiento.
- 5. Reintegro de prestaciones indebidamente percibidas (art. 55 LGSS):** Los trabajadores y demás personas que hayan percibido indebidamente prestaciones, vendrán obligados a reintegrar importe. **PRESCRIBE AL 4º AÑO** (incluidos errores EG.)
- 6. Incompatibilidades (art. 163 LGSS):** Las pensiones serán incompatibles entre sí cuando **coincidan en un mismo beneficiario**, a no ser que expresamente se disponga lo contrario legal o reglamentariamente (también indemnizaciones a tanto alzado sustitutiva de la IPT). En estos casos el beneficiario ha de optar por alguna de ellas.





## 1.5. EL RÉGIMEN GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

**-CAMPO DE APLICACIÓN:** son las personas incluidas en el sistema de Seguridad Social, es decir, los **BENEFICIARIOS** de la **PROTECCIÓN** dada por el Estado frente a las situaciones de **NECESIDAD** que el legislador establece. El legislador declara expresamente incluidos:

- Los trabajadores incluidos en el Sistema Especial para EMPLEADOS DE HOGAR y en el sistema Especial para Trabajadores por CUENTA AJENA AGRARIOS.
- Los TRABAJADORES POR CUENTA AJENA y los SOCIOS TRABAJADORES DE LAS SOCIEDADES DE CAPITAL (aún cuando sean miembros de su órganos de administración, siempre que el desempeño de esta función NO conlleve realizar funciones de dirección y gerencia).
- Los asimilados a trabajadores por cuenta ajena, los CONSEJEROS y ADMINISTRADORES DE LAS SOCIEDADES DE CAPITAL cuando sean retribuidos por el desempeño de su cargo (excluido FOGASA y desempleo (si lo poseen -> RETA)).
- Los SOCIOS trabajadores de las SOCIEDADES LABORALES.
- Como asimilados a trabajadores por cuenta ajena, LOS SOCIAL TRABAJADORES DE LAS SOCIEDADES LABORALES que, por su condición de administradores, realicen funciones de dirección y gerencia de la sociedad siendo retribuidos por ello o por su vinculación simultánea a la sociedad laboral, siempre que no posean su control. Estos socios trabajadores quedarán excluidos de la protección por desempleo y del Fondo de Garantía Salarial.
- El personal contratado el SERVICIO DE NOTARÍAS, REGISTROS DE LA PROPIEDAD y demás oficinas o centros similares.
- Los trabajadores que REALICEN OPERACIONES DE MANIPULACIÓN, empaquetado, envasado y comercialización del plátano.
- Las personas que presten SERVICIOS RETRIBUIDOS EN ENTIDADES o instituciones benéfico-sociales.
- Los LAICOS o SEGLARES que presten servicios retribuidos en entidad o institución eclesiástica.
- Los CONDUCTORES DE VEHÍCULOS DE TURISMO al servicio de particulares.
- El personal civil NO FUNCIONARIO DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS y de las entidades y organismos vinculados o dependientes de ellas (siempre que no estén incluidos en otro régimen obligatorio de previsión social).
- El personal FUNCIONARIO al servicio de las administraciones públicas (incluido su periodo de prácticas).
- Los FUNCIONARIOS DEL ESTADO transferido a las CCAA.
- Los altos CARGOS DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA que NO tengan la condición de funcionario público.
- Los MIEMBROS DE LAS CORPORACIONES LOCALES y de las Juntas Generales de las Territorios Históricos Forales, Canarios y de Baleares que desempeñen su cargo con dedicación exclusiva.
- Los CARGOS REPRESENTATIVOS DE LOS SINDICATOS que estén retribuidos.
- Cualesquiera otras personas que, por razón de su actividad, sean objeto de la asimilación a propuesta del MESS (Ministerio de Empleo y Seguridad Social).

**NO están específicamente incluidos en el Régimen General:**

- Los trabajos que se ejecuten ocasionalmente mediante los servicios llamados amistoso, benévolo o de buena vecindad.
- Los que den lugar a su inclusión en algún Régimen Especial de la Seguridad Social.
- Los realizados por los profesores universitarios y por el personal licenciado sanitario emérito.

**-CAMPO DE APLICACIÓN:** Son 4 las relaciones jurídicas que nacen entre la Administración, empresario y trabajadores por cuenta ajena:

**1. Inscripción de la empresa:** Como requisito previo e indispensable para iniciar la actividad empresarial, los empresarios han de solicitar su inscripción en el Régimen General ante la Dirección Provincial de la TGSS (Tesorería General de la Seguridad Social) haciendo constar la Entidad Gestora o la Mutua que haya de asumir la protección de las contingencias del personal a su servicio y la cobertura de la prestación económica por incapacidad temporal que se derive. Cualquier variación de los datos facilitados al solicitar la inscripción deberá ser comunicada por el empresario.

- Se considerará empresario, aunque su actividad no esté motivada por ánimo de lucro, a toda persona física o jurídica, privada o pública, por cuya cuenta trabajen los trabajadores por cuenta ajena o asimilados.
- La inscripción es única y válida en los Regímenes del Sistema de la Seguridad Social para todo el territorio del Estado.
- Debe indicarse los siguientes datos: denominación, domicilio y actividad económica, lugar, fecha, firma, etc.
- Debe acompañarse de la documentación necesaria: DNI o pasaporte, la escritura de la sociedad, libro de actas.
- Hay un plazo de 10 días para subsanación.
- Cualquier variación de los datos deberá ser comunicada a la Dirección Provincial de la TGSS o Administración de la misma provincia en que se formuló la inscripción dentro del plazo de 6 días contados a partir de la fecha en que se produzcan.
- Si el empresario opta por una **Mutua** para la protección deberá formalizar con la misma un convenio de asociación y proteger a todos los trabajadores correspondientes a los centros de trabajo situados en la misma provincia. El convenio de asociación tendrá un período de vigencia de 1 año prorrogable por periodos de igual duración. Las Mutuas deben aceptar toda proposición de asociación y adhesión que se les formule.

**2. Afiliación:** Los empresarios inscritos están obligados a solicitar al TGSS de la provincia donde se encuentra abierta la cuenta de cotización, la afiliación a la Seguridad Social de los trabajadores que ingresen a su servicio y que no estén previamente afiliados.

- La afiliación es **OBLIGATORIA, ÚNICA** (una sola para todo el sistema de SS) y **EXCLUSIVA**.
- La solicitud de afiliación se formula por el empresario con **anterioridad a la iniciación de la prestación de servicios del trabajador por cuenta ajena** (a través de un modelo oficial).
- Si el empresario incumple con esta obligación, puede ser **SANCIONADO por TGSS**:
  - A instancia del trabajador**, presentando directamente la solicitud ante la Dirección Provincial de la TGSS en cualquier momento posterior a que se constate el incumplimiento del empresario, a partir del cual se dará cuenta a la Inspección de Trabajo y de Seguridad Social para que compruebe lo que proceda.
  - De oficio**, por la Dirección provincial de la TGSS como consecuencia de la actuación de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social o cualquier otro procedimiento por el que se haya comprobado el incumplimiento del empresario de solicitar la afiliación.
  - En todo caso, la afiliación solicitada fuera de plazo por el empresario o el trabajador no tendrá efecto retroactivo alguno.
  - Una vez afiliado, la TGSS asignará un número de la Seguridad Social al trabajador por cuenta ajena y éste **TENDRÁ CARÁCTER VITALICIO**.
  - Si cambian los datos hay que **NOTIFICARLO** e días antes de producirse dichos cambios.
- El empresario debe Conservar la documentación del ALTA, BAJA, INSCRIPCIÓN por un mínimo de 4 años.**

### 3. El Alta: Puede ser:

- **Inicial:** cuando es la primera vez que el trabajador presta sus servicios
- **Sucesiva:** cuando ya estaba previamente afiliado y el empresario solo debe darle de alta.
- Debe producirse antes que inicie el trabajador su servicio por cuenta ajena.
- En el documento de alta debe figurar el código de convenio colectivo que resulte aplicable en su caso.
- Si la persona ejercita simultáneamente distintas actividades su encuadramiento será múltiple, debiéndose solicitar tantas altas como trabajos desempeñe el trabajador.
- La iniciación del período de prueba se considerará como iniciación de la prestación de servicios (no tendrás la consideración de cese, a efectos de causar la baja correspondiente).
- Puede reclamarse por instancia de la parte o por oficio.
- Las altas sucesivas solicitadas fuera de plazo por el empresario o el trabajador **NO tendrán efecto retroactivo** (Las solicitudes defectuosas surtirán efectos cuando se **subsanan** en el plazo de **10 días** los datos documentos omitidos y requeridos).
- **Alta de pleno derecho u ordinaria:** consiste en considerar al trabajador en situación de alta a efectos de accidente de trabajo, enfermedad profesional, desempleo, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural, aunque el empresario hubiere incumplido con sus obligaciones al respecto.
- **Alta especial:** durante los casos de huelga y cierre patronal, donde se suspende la obligación de cotizar. PERO NO PUEDE DARSE DE BAJA AL TRABAJADOR.
- **Situación asimilada al alta:** es aquella en la que el trabajador, pese a no estar prestando sus servicios, ya sea temporal o definitivamente, conserva latente su relación jurídica con la Seguridad Social.

### 4. La Baja: Cuando un trabajador cese en la empresa el empresario debe comunicarlo a la Dirección Provincial de la TGSS. Dicha baja ha de efectuarse con modelo oficial dentro del plazo de **tres días** naturales siguientes al cese en el trabajo.

- La solicitud de baja ha de contener los datos de identificación del trabajador, la fecha de baja y su causa, los datos relativos a la cotización y acción protectora, la identificación del empresario, incluido el **código de cuenta de cotización** al que figure adscrito el trabajador.
- La obligación empresarial de dar de baja procede también cuando el trabajador se traslade a un centro de trabajo del mismo empresario situado en diferente provincia, en cuyo caso, el empresario debe solicitar la baja en la provincia de procedencia y el alta en la de destino.
- La mera solicitud de la baja por el empresario no extingue la obligación de cotizar si el trabajador continúa prestando sus servicios. En los casos en que la baja no se solicite o se haga fuera de plazo, no se extinguirá la obligación de cotizar sino hasta el día en que la TGSS conozca el cese en trabajo por cuenta ajena.
- **Normas comunes de aplicación a las relaciones jurídicas:**
  - Cuando las altas y bajas se instrumenten por medios técnicos gozarán de la validez y eficacia de las solicitudes presentadas mediante documentos siempre que se garantice su autenticidad y recepción por la Dirección Provincial de la TGSS y por los interesados.
  - El plazo de subsanación de las solicitudes de alta y baja es de 10 días.
  - La variación de datos de los trabajadores sobre afiliación, altas y bajas, deberá practicarse en el plazo de 3 días naturales cuando se produzca la variación.
  - En caso de que la empresa justifique debidamente la dificultad de cumplir el plazo legal, existe la posibilidad de que el Director General de la TGSS autorice otro plazo distinto.
  - El empresario está obligado a conservar, por un período mínimo de 4 años, todos los documentos relativos al proceso llevado a cabo.

- **Convenio especial con la Seguridad Social:** es el acuerdo suscrito VOLUNTARIAMENTE por el interesado con la TGSS para generar, mantener o ampliar, en algunas situaciones, el derecho a las prestaciones de la SS. (siendo obligatorio el abono a su exclusivo cargo de las cuotas).
- **Objeto:** cotización al Régimen en que se suscriba y la cobertura de contingencias comunes, quedando excluidas (salvo supuestos) IT, maternidad, riesgo durante embarazo, desempleo, Fondo de garantía salarial y Formación Profesional
- **Beneficiarios (se incluye a extranjeros en situación regular):**
  - Trabajadores o asimilados que causen baja
  - Trabajadores por cuenta ajena indefinidos y por cuenta propia mayores de 65 años y con más de 35 años cotización.
  - Pluriempleo o pluriactividad que cesen en alguna actividad.
  - Trabajadores que cesen y se contraten por el mismo u otro empresario con remuneraciones inferiores.
  - Pensionistas de IPT para la profesión habitual que posteriormente realicen trabajos.
  - Trabajadores que perciban prestaciones económicas por desempleo (la extinción)
  - Pensionistas IP en cualquier grado, que sean declarados capaces o IPP para profesión habitual (revisión)
  - Pensionistas IP o jubilación a quien se les anule su pensión por sentencia firme
  - Los que causen baja por haber solicitado una pensión y esta les es posteriormente denegada
  - Los demás trabajadores en supuestos especiales
- **Requisitos:** tener cubierto un período mínimo cotización de **1080 días en los 12 años** anteriores a la baja (+ **1 año de residencia**)
- **Formalización:** se suscribe entre la TGSS y el interesado, dentro 3 meses siguientes solicitud (silencio positivo).
- **Efectos:** Se considera al trabajador en situación de alta en el régimen en que se haya suscrito => fecha iniciación:
  - Si la solicitud presentada en 90 días siguientes a fecha del cese => desde el día siguiente de la baja
  - Fuera del plazo anterior => día presentación de la solicitud
- **Cotización:** sujeto responsable => el comprometido por el convenio, a su exclusivo cargo desde la fecha de efectos y durante la vigencia del convenio. Se fija aplicando Base de cotización mensual y tipo único, ingresar en el mes natural siguiente (excepto RETA= mismo mes)
- **Modalidades:**
  - Diputados y Senadores y Diputados Parlamento Europeo
  - Parlamentos y Gobiernos de las CC.AA.
  - Españoles (y asegurados) que presten servicios en Administración de la Unión Europea
  - Funcionarios y empleados organizaciones internacionales
  - Emigrantes españoles e hijos de estos retornados
  - Emigrantes (y sus hijos) que trabajen en el extranjero
  - Ídem y pensionistas de previsión social extranjera para asistencia sanitaria
  - Asistencia sanitaria para españoles por cuenta propia en el extranjero
  - Alta especial por huelga o cierre patronal
  - Situaciones de permanencia en alta sin retribución
  - Expedientes regulación de empleo trabajadores > 55 años
  - Determinados supuestos de reducción de jornada
  - Trabajadores contratados a tiempo parcial
  - Para trabajadores que cesen en la prestación de servicios (pluriactividad/pluriempleo)
  - Trabajadores perceptores subsidio de desempleo (con derecho a cotización por jubilación)
  - Régimen Especial de la Minería del Carbón
  - Trabajadores de temporada en periodos de inactividad
  - Deportistas de alto nivel
  - Cuidadores no profesionales de personas en situación de dependencia
  - **Otros:** Trabajadores agencias aduanas afectados incorporación UE. RD 1513/2009
  - Participantes programas formación RD 1493/2011
  - Discapacitados de difícil inserción laboral RD 156/2013
  - Determinados expedientes de Regulación de Empleo DA 31ª LGSS
  - Determinados despidos colectivos, > 55 años, desempleados, con menores discapacitados, perceptores pensiones suizas

**-LA FINANCIACIÓN Y EL PATRIMONIO DE LA SEGURIDAD SOCIAL:** Los recursos que la SS necesita para hacer frente a las prestaciones que constituyen su acción protectora provienen fundamentalmente de las CUOTAS que los EMPRESARIOS y TRABAJADORES por cuenta ajena.

- **Régimen Jurídico:** está regulado en la LGSS, en el RD 2064/1995 y en el Reglamento General sobre cotización y liquidación de los derechos de la SS (RCLSS).
- **Naturaleza:** La obligación de cotizar nace con el comienzo de la prestación de trabajo (incluido el período de prueba).
  - La mera solicitud de afiliación o alta a la TGSS surte en todo caso idéntico efecto. La no solicitud de afiliación no impide el nacimiento de la obligación de cotizar (art. 12.2 RCLSS).
  - La obligación se mantiene durante todo el período en que el trabajador este de alta o preste sus servicios.
  - La obligación solo se extingue con la solicitud en regla de la baja en el Régimen General.
- **Según la LGSS (166.4), subsiste la obligación durante las siguientes situaciones:** IT, maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo, riesgo durante la lactancia natural, en las situaciones de cumplimiento de deberes de carácter público, desempeño de cargos de representación sindical, convenio especial, desempleo contributivo y asistencial, en su caso, y demás situaciones en las que así se diga expresamente en el RCLSS.

#### **-ELEMENTOS DE LA OBLIGACIÓN DE COTIZAR: LOS SUJETOS Y EL OBJETO:**

- **Sujetos de la obligación de cotizar:**
  - **Activo:** puede transferir a las entidades, organismos o administraciones correspondientes el importe de las cuotas.
  - **Pasivo:** existen dos subtipos:
    - **OBLIGADOS** = la pagan tanto TRABAJADORES por cuenta ajena y asimilados y los EMPRESARIOS que contratan a ese personal.
    - **RESPONSABLES** = son las contingencias profesionales que corren cargo del EMPRESARIO (NO se admite pacto en contrario, sería NULO).
- **Objeto de la obligación de cotizar:** es la CUOTA, que expresa el IMPORTE a ingresar por el empresario.
  - Se determina aplicando a la base de cotización un tipo de cotización, deducidas, en su caso, las bonificaciones o reducciones aplicables.
  - **Base de cotización = una cantidad FIJADA según SALARIOS percibidos.**
  - **Tipo de cotización = porcentaje (%) a aplicar a la base de cotización.**
  - Es NULO todo pacto individual o colectivo que intente eliminarlas o alterarlas.
- **Tipos de cotización por contingencias:**
  - **Por contingencias comunes:** Existe uno para la EMPRESA y otro para los TRABAJADORES que se establecen anualmente en las Leyes de Presupuestos Generales del Estado. (A título ilustrativo, para el 2015, empresa 23,60, trabajadores, 4,70; total 28,30).
  - **Por contingencias profesionales:** La cotización por estas contingencias se efectúa con sujeción, no a tipos, sino a PRIMAS que tienen, a todos los efectos, la condición de cuotas a la SS. Corre a cargo del EMPRESARIO.
- **Además existen dos supuestos especiales de primas:**
  - **Primas adicionales:** para aquellas empresas que ofrezcan riesgos de enfermedades profesionales en relación a la peligrosidad de la industria o clase de trabajo y a la eficacia de los medios de prevención empleados.
  - **Primas reducidas o aumentadas:** para el supuesto de empresas que se distingan por el empleo de medios eficaces de prevención; aumentadas, para el caso de empresas que incumplan sus obligaciones en materia de higiene y seguridad en el trabajo; estas reducciones y aumentos NO podrán exceder del 10% de la cuantía de las primas, si bien el aumento podrá llegar hasta un 20% en caso de reiterado incumplimiento de las obligaciones.

**-RECAUDACIÓN:** La recaudación de las cuotas y demás conceptos es llevada a cabo por la TGSS, pues funciona como una Tesorería General de la Seguridad Social (CAJA ÚNICA).

• Este organismo realiza la GESTIÓN LIQUIDATORIA y RECAUDATORIA de las cuotas de la Seguridad

Social, tanto en período VOLUNTARIO como en vía EJECUTIVA (Apremio).

• Está bajo la dirección y tutela del Estado (21.1 LGSS).

- **Recaudación en periodo voluntario:** los empresarios, deberán efectuar su liquidación y pago con sujeción a las formalidades o por los medios electrónicos, informáticos y telemáticos reglamentariamente establecidos.
  - Las cuotas se ingresarán en las entidades financieras autorizadas por la propia TGSS.
  - Deben realizarse dentro del mes siguiente al que corresponda su devengo, pero aun cuando no se ingresen en plazo se deberán presentar, ineludiblemente, los documentos de cotización debidamente cumplimentados
- **La falta de ingreso de las cuotas en plazo reglamentario da lugar al devengo de los intereses de demora de forma AUTOMÁTICA (23.6 LGSS):**
  - Si el sujeto responsable presentase los documentos de cotización dentro del plazo reglamentario, un recargo del 20 % si se abonasen las cuotas debidas tras el vencimiento de dicho plazo.
  - Si NO se presentasen dichos documentos en plazo, los recargos del 20 al 35 % de la deuda según se abonen las cuotas antes o después de la terminación del plazo de ingreso establecido en la reclamación de deuda o acta de liquidación.
  - Además, la falta de ingreso, constituye una **infracción administrativa sancionable** grave si se han presentado los documentos de cotización y muy grave en caso de no presentarlos.
- **Aplazamiento de pago:** la TGSS puede CONCEDER aplazamiento del pago de las deudas por cuotas cuando aprecie que la situación económico-financiera del empresario (que debe solicitarlo) y demás circunstancias concurrentes le IMPIDAN efectuar el pago.
  - El aplazamiento incluirán el posterior cobro de deuda, los recargos, los intereses (según el interés legal del dinero) y las costas.
  - NO podrá comprender las cuotas correspondientes a la aportación de los trabajadores y a las contingencias profesionales.
  - En el recibo de salarios deberá constar la cantidad que el empresario descuente a cada uno de sus trabajadores, en el momento de hacerles efectivas las retribuciones.
  - Toda la documentación de altas, bajas y doc. de cotización deben ser ALMACENADOS durante 4 AÑOS.
- **Reclamación de deuda:** se llevará a cabo con la formulación por la Inspección de Trabajo de Acta de liquidación. Se puede reclamar en los siguientes supuestos:
  - Cuando NO se hubiesen presentado los documentos de cotización en plazo reglamentario o cuando, habiéndose presentado, contengan errores aritméticos o de cálculo.
  - Por Falta de cotización (no consten en los documentos de cotización).
  - Por Diferencias de importe entre las cuotas ingresadas y las que legalmente corresponda liquidar, debidas a errores aritméticos o de cálculo.
  - Deuda por cuotas cuya liquidación NO corresponda a la Inspección de Trabajo y SS.
  - La reclamación comprende el importe de las cuotas, los recargos que proceda y se dirigirá al sujeto responsable y, en su caso, a los responsables solidarios o subsidiarios. El recurso de alzada sólo suspenderá el procedimiento recaudatorio cuando se garantice o consigne el importe de la deuda.
- **Prescripción: 4 años** y se interrumpe por las causas ordinarias o por actuaciones administrativas.
- **La providencia de apremio:** constituye el título ejecutivo suficiente para que por parte de la TGSS se inicie el procedimiento de apremio y tiene la misma fuerza ejecutiva que las sentencias judiciales.
  - En la notificación se advertirá al sujeto responsable de que si la deuda exigida no se ingresa dentro de los 15 días siguientes a su recepción o publicación serán exigibles los intereses de demora devengados y se procederá al embargo de sus bienes (arts. 33 LGSS). **Puede alcanzar los 30-50%**
  - El deudor puede **interponer recurso de alzada** (que suspenderá el procedimiento hasta la resolución de la impugnación, sin necesidad de presentar garantía) basándolo exclusivamente en motivos relacionados con el pago, la prescripción, el error material o aritmético, la condonación, el aplazamiento o la falta de notificación de la deuda.
  - Para asegurar el cobro de las deudas, la TGSS puede adoptar las medidas cautelares de carácter provisional previstas en la LGSS.



# 6. CONTINGENCIAS PROFESIONALES

**-CONTINGENCIAS PROFESIONALES (2 LGSS):** es la PROTECCIÓN otorgada por el Sistema de SS. ante el acontecimiento de un RIESGO. Para ser PROFESIONAL debe afectar a un trabajador por cuenta ajena y ser un ACCIDENTE DE TRABAJO o una ENFERMEDAD PROFESIONAL.

• **Diferencias con contingencias comunes (accidente NO laboral o enfermedad común):** radica en que éstas las puede genéricamente padecer cualquier trabajador con independencia de su relación laboral:

- **Técnica:** el accidente laboral surge de la acción súbita de un agente externo en un momento concreto durante el desarrollo del trabajo, mientras que la Enfermedad Profesional es aquella que surge de un proceso lento y progresivo cuya manifestación externa no es contemporánea con la causa de su producción.
- **Jurídica:** solo son calificadas como Enfermedad Profesionales aquellas que están recogidas en una lista (el abogado y los juristas deben luchar por ampliar el reconocimiento de las mismas).

**-ACCIDENTE DE TRABAJO (art. 156 LGSS):** se entiende por accidente de trabajo toda LESIÓN CORPORAL que el trabajador sufra con ocasión o por CONSECUENCIA DEL TRABAJO que ejecuta por cuenta AJENA (ejecución contrato de trabajo). NO se excluyen las psicósomáticas.

• **Son también accidente de trabajo las siguientes enfermedades:**

- Enfermedades NO calificadas como profesionales, que contraiga el trabajador con motivo de su trabajo.
- Enfermedades o defectos padecidos con anterioridad que se agravan como consecuencia de lesión del accidente.
- Consecuencias del accidente que resulten modificadas por enfermedades intercurrentes o tengan su origen en afecciones adquiridas en el medio que se haya situado al paciente para su curación.

• **Conexión entre trabajo y lesión:** Ha de existir RELACIÓN DE CAUSALIDAD:

- Los que sufra el trabajador al ir o volver del lugar de trabajo (**ITINERE**).
- Como consecuencia del desempeño de cargos electivos sindicales.
- Consecuencia de tareas, cumpliendo órdenes empresario (o por bien de la empresa).
- Los acaecidos en actos de salvamento.

• **Existe presunción iuris tamtun a favor de la calificación como Accidente de Trabajo.**

**Se rompe esta presunción en:**

- Los debidos a FUERZA MAYOR.
- Los debidos a **DOLO** o IMPRUDENCIA temeraria del trabajador.
- Pero NO impedirá la calificación como Accidente de trabajo:
  - La IMPRUDENCIA profesional (CONFIANZA por ejercicio habitual del trabajo).
  - Concurrencia de culpa (empresario, compañero trabajo o un tercero).

• **Resultas del Accidente de trabajo:** son las consecuencias que se derivan de LESIONES (Incapacidad temporal o permanente) o MUERTE (necesidad medios subsistencia para dependientes).

• **Principios de la protección por contingencias profesionales:**

- **Alta de pleno derecho** (Los trabajadores del RGSS se consideran de pleno derecho, en situación de alta aunque el empresario NO haya cumplido sus obligaciones)
- **Automaticidad absoluta de las prestaciones:** el INSS o MATEP ha de anticipar el pago de la prestación al beneficiario subrogándose en los derechos y acciones de este frente al empresario (sin perjuicio del derecho de repetición y la exigencia de responsabilidades).

- **NO exigencia de PERIODOS PREVIOS DE COTIZACIÓN** para los accidentes (sean laborales o no) y las Enfermedades Profesionales **COMPUTAN LAS HORAS EXTRAORDINARIAS**).
- **Salarios realmente percibidos** para el calculo de las bases reguladoras
- **Recargo de las prestaciones si el Accidente de Trabajo o la enfermedad Profesional es debido a inobservancia normas seguridad y salud laboral.** Según la gravedad las prestaciones se incrementan de 30 al 50 % (maquinas, dispositivos, artefactos sin dispositivos precaución o en malas condiciones). La responsabilidad del recargo es exclusiva del empresario (no objeto de seguro) e independiente de otras (incluso penales) que puedan derivarse en LESIONES o MUERTE.

**-LAS PRESTACIONES CONTINGENCIAS PROFESIONALES (2 LGSS):** Para causar derecho a las prestaciones del Régimen General, las personas habrán de CUMPLIR con REQUISITOS PARTICULARES y REQUISITOS GENERALES de estar afiliados, en alta o situación asimilada a la de alta.

• **Incapacidad Temporal (IT) (169– 176 LGSS):** Es la situación del trabajador que necesita asistencia sanitaria por lesión, debida a un accidente de trabajo o una enfermedad profesional que le IMPIDE TRABAJAR (duración **máxima 365 días, prorrogables 180 por el INSS** cuando se presuma alta por curación) (regulado por RD 625/2014 (RGCIT)).

- Se computarán los periodos de recaída (reiteración de una nueva baja médica por la misma causa o patología dentro de los 180 días naturales siguientes al alta médica).
- NO se perciben salarios (el contrato laboral queda en suspenso).
- El INSS puede RECONOCER prórroga expresa (180 días) a través de los órganos de evaluación, calificación y revisión.
- En caso de alta medica, el interesado en 4 días podrá manifestar su disconformidad ante Inspección médica (el INSS dispondrá de 7 días naturales para proponer la reconsideración).
- **Beneficiarios:** trabajadores afiliados y en alta en el momento del accidente
- **Prestación:** el subsidio por Incapacidad Temporal es del **75 %** de la base reguladora=BCCP (s/he.) mes anterior/días + cotización he. año anterior/365.
  - El subsidio por IT nace al día siguiente de la baja médica.
  - Debe ser expedida por el médico del Servicio Público de Salud o de la mutua colaboradora. Debe entregar 2 copias al trabajador (interesado + empresa), en el plazo de 3 días el trabajador la entregará a la empresa.
- **RGCIT establece 4 grupos de procesos:**
  - Proceso de duración estimada muy corta: inferior a días naturales.
  - Proceso de duración estimada corta: 5 a 30 días naturales.
  - Proceso de duración estimada media: 31 a 60 días naturales.
  - Proceso de duración estimada larga: 61 o más días naturales.

• **Duración:** el subsidio nace el día siguiente baja médica y dura mientras el trabajador se halle en dicha situación (máximo 545 días) y subsiste la obligación de cotizar. Durante huelga/cierre patronal, el trabajador NO tendrá derecho a la prestación económica.

• **Prorroga:** el reconocimiento de la prórroga será competencia del INSS (la Mutua propone debiéndose pronunciar el INSS en 5 días, silencio positivo). Se reconocerá por el tiempo que el EVI estime en que pueda producirse la curación (máximo 180 días).

• Si si supera ese plazo => expediente IP aun cuando las secuelas no sean definitivas. Subsiste obligación cotizar hasta los 545 días.

• **Extinción (174.1 bis LGSS):**

- Transcurso del plazo 545 días (365 días + 180 días con examen médico cada 3 meses).
- Alta médica, por curación o mejoría que permita al trabajador realizar su trabajo habitual
- Por ser dado de alta el trabajador con o sin declaración de Inca. Permanente
- Incomparecencia injustificada reconocimientos por los médicos adscritos al INSS o a la Mutua.
- Fallecimiento.

- Para determinar la duración de subsidio, computan las recaídas (nuevas bajas misma/similar patología en 180 días del alta)
- **Suspensión (132 LGSS):**
  - Beneficiario haya actuado fraudulentamente para obtener o conservar la prestación
  - Beneficiario trabaje por cuenta propia o ajena
  - Sin causa razonable rechace o abandone el tratamiento medico (adscritos al INSS o a la Mutua)
- **El derecho al subsidio gira en torno a los partes de alta, confirmación y baja médica, cuya competencia es la siguiente:**
  - **Desde inicio IT hasta 365 días:** El Servicio Público de Salud y Mutuas (baja, confirmación y alta). El INSS altas médicas para iniciar expediente IP, emitir baja médica en recaídas < 365 días. Las empresas colaboradoras podrán también emitir partes médicos (baja/confirmación/alta) de trabajadores a su servicio.
  - **Agotado 365 días** el INSS es el único competente.
  - **Plazo máximo resolución y notificación en procedimientos de IT:** 30 días (transcurrido plazo => desestimada).
  - **Abono** desde el día siguiente al parte de baja (empresario el día de la baja integro).
  - El pago efectivo se realiza delegadamente por la empresa (principio de colaboración obligatoria) pero corre a cargo del INSS o MATEP (excepcionalmente a cargo de la empresa, previa autorización MESS => colaboración voluntaria).
- **Incapacidad Permanente (IP) (193 – 200 LGSS):** es cuando la situación del trabajador que, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral.
  - NO impedirá esta calificación las reducciones anatómicas o funcionales existentes a la fecha de afiliación pero que con posterioridad se hayan agravado provocando una disminución o anulación de la capacidad laboral.
  - **Beneficiarios:** accidentados afiliados y en alta.
  - **Grados de Incapacidad Permanente:**
    - **Incapacidad permanente parcial (IPP)** para ejercer la profesión habitual (sin alcanzar el grado total, disminución inferior al 33% en su rendimiento normal para la profesión, sin impedir otras tareas fundamentales de la profesión).
      - Cantidad a tanto alzado (24 mensualidades base reguladora)
    - **Incapacidad permanente total (IPT):** inhabilita todas las tareas fundamentales de la profesión pero puede dedicarse a otra distinta.
      - Pensión vitalicia (55 % base reguladora) excepcional sustitución indemnización tanto alzado (inferior 60 años).
    - **Incapacidad permanente total cualificada (IPTC):** cuando por edad (mayores de 55 años) o falta preparación se presuma dificultad en obtener otro empleo
      - Cantidad pensión vitalicia (75 % base reguladora)
    - **Incapacidad permanente absoluta (IPA):** inhabilita por completo para cualquier profesión u oficio. Supone una Pensión vitalicia (100 % base reguladora).
    - **Gran invalidez (GI):** Incapacidad Permanente que necesita asistencia otra persona para actos esenciales de la vida.
      - Recibe una pensión + Complemento para que pueda remunerar a otra persona) (45 % base mínima cotización + 30% base cotización trabajador superior a 45%

pensión recibida).

- Cuando el beneficiario cumpla 67 años tendrá pensión de jubilación (exento del IRPF).
- A partir 1-1-2016 las mujeres que hayan tenido >2 hijos con anterioridad al hecho causante, se les aplica el complemento por maternidad (= contingencias comunes).
- **Nacimiento:** en el momento se produzca el hecho causante
- **Duración:** hasta que se produzca causa de extinción
- **Extinción:**
  - Revisión con resultado de curación
  - Fallecimiento del beneficiario
  - Pensión jubilación
  - Revisión de oficio dictada por Entidad Gestora
- **Suspensión:**
  - Beneficiario haya actuado FRAUDULENTAMENTE para obtener o conservar la prestación
  - IP debida o agravada por imprudencia temeraria del beneficiario
  - Sin causa razonable rechace o abandone el tratamiento medico
  - Rechace procesos de readaptación y rehabilitación
- **Revisión (art. 200 LGSS):** en caso de mejoría/agravación, error diagnostico y realización de trabajos por cuenta propia.
  - Competente al INSS con previo informe EVI.
  - Plazo resolución 135 días, transcurrido => desestimada.
- **Pago a cargo de MATEP o INSS**, pero pago en caso de pensiones el INSS (previa constitución por la mutua del valor capital coste de la pensión en TGSS art. 201 LGSS). Las prestaciones de IPA y GI están exentas de tributación.

**-LAS LESIONES PERMANENTES NO INVALIDABLES (201-202 LGSS):** son aquellas lesiones, mutilaciones o deformidades, de carácter definitivo, causadas únicamente por A. Trabajo o E. Profesional que, sin llegar a constituir I. Permanente, supongan una disminución o alteración de la integridad física del accidentado, y aparezcan recogidas en el baremo.

- **Beneficiarios:** los trabajadores dados de alta médica, integrados afiliados y en alta (pleno derecho + automaticidad) en el Régimen General sin que se requiera periodo previo de cotización.
- **Prestación:** indemnización tanto alzado cuantía viene fijada (Orden ESS/66/3013) => dº continuar trabajando en empresa.
- **Incompatibilidad con las prestaciones de Incapacidad Permanente:** salvo que las lesiones sean totalmente independientes (Pago => INSS/MATEP).
- **Competente reconocer derecho:** INSS previo informe EVI (plazo resolución 135 días, transcurrido=> desestimada).

**-MUERTE Y SUPERVIVENCIA (216-234 LGSS):** estas prestaciones se otorgan en caso de muerte cualquiera que sea la causa, pero hay especialidades para el caso que el accidentado fallezca por el Accidente de Trabajo.

- **A) Presunciones:** existen 3 presunciones:
  - **luris et de iure:** se reputarán muertos en Accidentes de trabajo quienes tengan reconocida una Incapacidad Permanente Absoluta o Gran Invalidez.
  - **luris tantum:** si NO es Incapacidad Permanente Absoluta o Gran Invalidez deberá pro-

barse que la muerte se produzca por Accidente de Trabajo (en los siguientes 5 años).

- **Trabajadores desaparecidos con en accidente (sea o no de trabajo) sin noticias en 90 días pueden causar prestaciones.**
- **B) Sujeto causante:** es el accidentado incluido en campo aplicación RGSS afiliado + alta (P.D. + auto) sin periodo previo cotización.
- **C) Beneficiarios:** puede ser:
  - **Auxilio defunción:** Quien se haya hecho cargo del sepelio (cónyuge, hijos y parientes que convivan con él).
  - **Pensión viudedad:** tiene derecho el cónyuge sobreviviente (matrimonio homo o heterosexuales). En caso de separación, nulidad o divorcio, puede tenerlo si NO ha contraído nuevas nupcias.
    - También puede percibir las el sobreviviente en la pareja de hecho, que acredite ingresos inferiores a 50% de la suma de los propios y del causante (trabajo+capital+patriomonal) en el año anterior (25% en caso inexistencia hijos comunes con derecho a orfandad (art. 221 LGSS) con una duración > 5 años [+ 2 años inscritos] (art. 174.3 LGSS).
  - **ES VITALICIA** y no podrá superar el 48% de la base reguladora.
  - **Pensión de orfandad:** cada uno de los hijos del causante (cualquiera que sea su filiación) y los hijos del cónyuge sobreviviente aportados al matrimonio (siempre que sean 2 años antes del fallecimiento) y los menores de 21 años o mayores que tengan reducida su capacidad de trabajo (a partir 1/1/2014 se aplica la edad de 25 años).
    - Si se trata de orfandad absoluta se amplía hasta los 25 años.
    - Si el menor estuviera cursando estudios y cumpliera 25 años durante el curso escolar, la percepción de la pensión se mantendrá hasta el día primero del mes posterior al inicio del siguiente curso académico.
  - **Pensión a favor de familiares:** deben de cumplir con:
    - **Nietos y hermanos, huérfanos de padre y madre:** deben ser mayores de 18 años o tengan reducida capacidad de trabajo, o menores de 22 años que no realicen trabajos por cuenta ajena o propia (inferior al 75% SMI).
    - **Madres y abuelas, viudas, solteras o casadas:** si el marido es mayor de 60 años o incapacitado.
    - **Padre y abuelos de 60 años** o incapacitados
    - **Hijos o hermanos, pensionistas de jubilación o Incapacitados permanentes** en su modalidad contributiva (mayores de 45 años solteros, viudos, separados o divorciados que acrediten dedicación prolongada al cuidado del causante).
- **C) Subsidio temporal a favor de familiares:** los hijos y hermanos mayores de 22 años, solteros o viudos, separados o divorciados que hayan convivido con el causante a sus expensas con más de 2 años antelación y reúnan una serie de requisitos:
  - No tengan derecho a pensión.
  - Carezcan de medios de subsistencia (ingresos inferior al SMI y NO derecho alimentos).
- **D) Indemnización a tanto alzado:**
  - Pensionistas de viudedad: cónyuge o pareja de hecho, cónyuge divorciado o nulo
  - Indemnización a tanto alzado: Huérfanos beneficiarios de la pensión de orfandad
  - Padres que hayan estado a cargo del causante (sin otros familiares dº pensión por muerte).
- Norma general a todos los beneficiarios por muerte y supervivencia es que no lo podrán ser si son condenados (sentencia firme) por violencia de genero u homicidio doloso.

• Además, el INSS podrá revisar en cualquier momento su resolución.

#### • E) Prestaciones:

- **Auxilio por defunción:** 46.50 €
- **Pensión viudedad:** 52% base reguladora (si la pensión es única fuente de ingresos = 70%) art. 1 RMS.
- **Mujeres que hayan tenido más de 2 hijos con anterioridad al hecho** (1-1-2016) => complemento por maternidad.
- **Pensión de orfandad:** 20% base reguladora (caso absoluta incremento del 52% de viudedad repartido).
- **Pensión a favor de familiares:** 20% base reguladora.
- **Subsidio favor familiares:** 20% base reguladora inferior a 12 mensualidades si no hay cónyuge ni huérfanos se incrementa el 52% de la pensión de viudedad (< 100% Base reguladora).
- **Indemnización tanto alzado:**
  - **Viudedad:** 6 mensualidades de la base reguladora de la pensión
  - **Orfandad:** 1 mensualidad (+ distribución hermanos 6 mensualidades viudedad)
  - **Ascendientes:** 9 mensualidades (ambos => 12 mensualidades).
- **F) Nacimiento:** desde la fecha en que se produzca el fallecimiento.
- **G) Duración y Extinción:**
  - **Pensión viudedad es vitalicia.** Se extingue por:
    - Contraer nuevas nupcias o pareja de hecho (distintos efectos: para los mayores y menores de 60 años).
    - Sentencia de culpabilidad en muerte del causante (homicidio/lesiones).
    - Fallecimiento.
    - Comprobarse que no falleció el trabajador desaparecido.
  - **Orfandad y Pensión a favor familiares, nietos y hermanos dura hasta extinción:**
    - Cumplir edad máxima en cada caso
    - Cesar en la incapacidad
    - Contraer matrimonio
    - Fallecimiento (o comprobarse que no falleció trabajador desaparecido)
  - **Subsidio a favor familiares 12 mensualidades:** Se extingue por agotamiento periodo máximo duración, fallecimiento y comprobación no fallecimiento.
- **H) Resolución y pago:** 90 días (desestimada) pago a cargo INSS/MATEP (viudedad INSS previa constitución valor capital coste).

**-ENFERMEDAD PROFESIONAL (157 LGSS):** son aquellas contraídas a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe, y que esté provocada por la acción de los elementos y sustancias que se indiquen para cada enfermedad profesional.

#### • Las enfermedades para clasificarse como profesionales deben:

- Ser contraídas con ocasión del trabajo
- Ser consecuencia de las actividades que se especifican en el RD 1299/2006.
- Debe estar recogidas en el "cuadro de enfermedades profesionales" y en "lista complementaria de enfermedades", ambas subdivididos en 6 grupos: agentes químicos, físicos, biológicos, carcinógenos, inhalaciones y de la piel.

# 1.7. CONTINGENCIAS COMUNES: PRESTACIONES

- También los Convenios OIT (los nº 18 y 42 y el 121 no firmado por España pero que se incorpora al listado).
- **Periodo de observación (169.1 b LGSS):** cuando se prescribe la baja (IT) del trabajador, con una **duración máxima de 6 meses** por estimar necesario para el estudio y diagnóstico de la enfermedad (+ 6 meses de prórroga).
  - El periodo observación por el tiempo necesario para el estudio medico de la Enfermedad Profesional con necesidad de aplazar el diagnostico definitivo.
  - La precedencia (o no) compete al INSS previo informe propuesta del EVI.
- **Traslado de puesto de trabajo o baja en la empresa (169.1 b LGSS):** El trabajador recuperado de la Enfermedad Profesional NO puede retornar a su antiguo puesto de trabajo (probabilidad/certeza contraer enfermedad).
  - **Traslado de puesto de trabajo** otro exento de riesgo (conservando remuneraciones salvo ligadas a producción)
  - **Baja en la empresa** (si no existe otro puesto a juicio de empresa y conformidad ITSS) = subsidio (salario integro). 12 meses (a cargo de la empresa) + 6 meses (aseguradora) + 12 meses (desempleo)
  - Si cambio puesto (en la misma u otra empresa) -> reducción 50% de la aportación empresarial contingencias comunes SS.
- **Especialidades de la IP:**
  - Si el trabajador se hallaba en la situación de "activo laboral", la fecha de inicio es cuando se produce la baja de éste o bien el posible cese por Incapacidad temporal.
  - Si el trabajador NO se haya al servicio de ninguna empresa, la fecha Incapacidad Permanente se retrotrae a la del reconocimiento médico oficial (Podrá revisarse el grado IP).
  - Se considera situación asimilada al alta aquellos trabajadores que NO se encuentren en alta después de haber prestado servicios que ofrecieran riesgo de Enfer. Permanente.
- **Presunciones en las prestaciones por muerte y supervivencia:** hay *iuris et de iure* siempre que exista causa de la muerte del accidentado previamente declarado Incapacidad Permanente Absoluta y/o Gran Invalidez (si > 54 años con > 5 de disfrute de pensión).
  - En los demás casos la relación de causalidad ha de ser probada (art. 217.2 LGSS).
- **Prevención de riesgos laborales (234 y 244 LGSS):** la empresas con puestos de trabajo (riesgo de Enfermedad Permanente) están obligadas:
  1. Practicar reconocimientos médicos previos a la admisión de trabajadores.
  2. Reconocimientos periódicos obligatorios para el trabajador (a cargo empresa).
  3. Los que NO hayan sido calificados como aptos no podrán ser contratados ni podrán continuar en sus puestos de trabajo, El INSS y MATEP están obligados, antes de tomar a su cargo la protección por Acc. Trabajos a conocer el certificado medico previo, así como los resultados de los reconocimientos periódicos.

**-CONTINGENCIAS COMUNES (165.4 LGSS):** para ser beneficiario de contingencias comunes se **exigirá unos determinados periodos de cotización** cuando deriven de **ENFERMEDAD COMÚN**, mientras que para **ACCIDENTES NO se requieren**.

**-NO se exigirán periodos previos de cotización = en accidentes (laboral y no) y en enfermedades profesionales.**

**-INCAPACIDAD TEMPORAL (IT) (169 – 176 LGSS):**

- **Beneficiarios:** la ley EXIGE encontrarse IMPEDIDO para desarrollar un trabajo (=> contrato suspendido) y tener CUBIERTO un PERIODO DE COTIZACIÓN de 180 días dentro de los 5 años inmediatamente anteriores.
- **Prestación:** el subsidio siempre es un % sobre la base reguladora (base cotización del mes anterior/nº días reales cotización). Será de 30 si el trabajador recibe retribución mensual.
- **Nacimiento:** nace el 4º día desde la fecha de la baja médica pero continúa la obligación de cotizar.
  - NO se tiene derecho a Incapacidad Temporal durante situaciones de huelga y cierre patronal
- **Los partes médicos:** son competentes para su emisión desde el inicio de la Incapacidad Temporal hasta el día 365.
  - El INSS es el único competente para RECONOCER la situación de prórroga de la Incapacidad Temporal (+180 días) y para DETERMINAR la iniciación de expediente de Incapacidad Permanente o EMITIR el alta médica.
  - Las Mutuas sólo pueden proponer altas.
- **A) Los partes de baja:** son competentes para su emisión desde el inicio de la Incapacidad Temporal hasta el día 365.
  - Se expiden por el facultativo del Servicio Público de Salud (S.P.S.) inmediatamente después de que haya efectuado el reconocimiento médico.
  - El 1º parte se expide al 4 día de iniciación de la situación de Incapacidad temporal.
  - Los sucesivos, cada 7 días contados a partir del primer parte de confirmación.
  - Y el parte de confirmación y los sucesivos partes cada 4 semanas.
  - Cuando emita el último de confirmación (365 días) comunicará al interesado que, a partir de dicho momento, corresponde al INSS el control de su situación de Incapacidad Temp.
  - Siempre se expiden por cuatuplicado.
  - Para emitir una nueva baja médica producida por la misma o similar patología en los siguientes 180 días, los médicos del INSS serán los únicos competentes para realizarla.
- **B) Los partes de alta:**
  - Durante los 365 días de la situación de Incapacidad Temporal se expiden también por los facultativos del Servicio Público de Salud (SPS) (en cuadruplicado).
  - Las mutuas NO son competentes para emitir parte de alta, pero sí para proponerla ante el SPS y a los 5 días ante el INSS.
  - Agotado el periodo de 365 días en Incapacidad temporal, el único competente para emitir partes de alta es el INSS (también para la prórroga).
- **C) Informe de control:** expedido trimestralmente, desde el inicio de la baja médica, por la inspección del SPS o el médico de atención primaria, deberá pronunciarse sobre la necesidad de mantener el proceso de IT.
- **Reconocimiento:** corresponde al INSS o MATEP y el tiempo máximo resolución y notificación son 30 días (SOLICITUD del INTERESADO), en caso contrario se considera desestimado.
- **Pago:** el subsidio corre a cargo del INSS/MATEP y de la empresa.
  - El abono entre 4º día y 15º día corresponde al EMPRESARIO (**60%**).
  - A partir del 16º día es del INSS/MATEP, pero el pago efectivo lo efectúa la empresa (colaboración obligatoria), descontándose del importe del subsidio la retención IRPF y cuotas SS. es el denominado pago delegado).
  - Desde **el día 21, le corresponde el 75%**.

**-MATERNIDAD (45.1 - 48.4 ET):** el descanso por maternidad puede tener su origen, bien en un proceso biológico natural bien en instituciones jurídicas, la adopción y el acogimiento.

• **Situaciones protegidas:**

- Maternidad biológica
- La adopción y acogimiento familiar (conforme CC y leyes civiles CC.AA.)
- Constitución de la tutela

• **Beneficiarios (133 LGSS):**

• **Subsidio por maternidad contributivo:** son beneficiarios del subsidio por maternidad contributivo, los trabajadores por cuenta ajena, incluidos los trabajadores contratados para la formación y a tiempo parcial, cualquiera que fuera su sexo, que estén afiliados, en alta o en situación asimilada a la de alta.

- Si el Trabajador es menor de 21 AÑOS => NO se exigirá periodo mínimo de cotización.
- Entre 21 y 26 años => se le exige 90 días dentro de los 7 años inmediatamente anteriores (o 180 días cotizados a lo largo de su vida laboral)
- Si tiene más 26 años => se le exige 180 días dentro de los 7 años (o 360 días a lo largo de su vida laboral). Cuando el descanso sea disfrutado por los 2 progenitores, ambos serán beneficiarios (la madre debe optar: revocable).

• **Subsidio por maternidad no contributivo:** es para aquellas trabajadoras que tienen un parto biológico y reúnan los requisitos salvo periodo mínimo de cotización.

• **Subsidio especial por parto, adopción o acogimiento múltiple** beneficiarios que disfruten de 6 semanas inmediatamente siguientes al parto/adopción/ acogimiento y solo podrá percibirse por uno de los progenitores (en caso de parto la madre).

• **Prestaciones:**

- **Maternidad contributiva:** 100% base reguladora.
- **Por maternidad no contributivo:** 100% IPREM (salvo que la base reguladora sea menor).
- **Parto/adopción/acogimiento múltiple:** = periodo oblig. de descanso. A partir del 2º hijo se incrementa en 2 semanas por cada uno de ellos.

• **Nacimiento:** A partir del mismo día que dé comienzo el periodo de descanso. Debiendo emitir informe el facultativo SPS en el que certifique:

- a) fecha probable del parto (cuando la trabajadora inicie el descanso con anterioridad),
- b) fecha del parto
- c) estado de salud de la mujer posterior al parto (supuestos de opción a favor del padre).
- La situación de huelga y cierre no se impide el reconocimiento y percepción del subsidio.

• **Duración:**

• **Subsidio por maternidad contributivo** => 16 semanas ininterrumpidas. Se puede ampliar: 2 semanas por cada hijo adicional / 2 semanas más por discapacidad superior al 33% / Días adicionales de hospitalización que el neonato requiera (inferior a 13 semanas) puede interrumpirse descanso y subsidio después descanso obligatorio (6 semanas).

• **Subsidio no contributivo:** 42 días naturales (+ 14 familia numerosa o monoparental, parto múltiple, discapacidad superior a 65%). NO procede su acumulación

• **Subsidio especial parto/adopción/acogimiento múltiple:** 6 semanas/hijo.

• **Causas de denegación, anulación y suspensión:**

- a) cuando se haya actuado fraudulentamente.
- b) por trabajar por cuenta propia o ajena (salvo si se trata de subsidio en régimen de jornada a tiempo parcial y pluriempleo o pluriactividad).

• **Extinción:**

- Por transcurso de los plazos máximos de duración de los períodos de descanso.
- Reincorporación voluntaria al trabajo
- Disfrute sucesivo padre/madre por reincorporación voluntaria uno de ellos o de ambos
- Fallecimiento beneficiario
- Adquirir condición pensionista por Incapacidad Permanente o jubilación

• **Reconocimiento:** se inicia a instancia del trabajador en el INSS que resolverá en 30 días (en caso contrario se entiende desestimada).

• **Pago:** está gestionado directa y exclusivamente por INSS.

**-PATERNIDAD (48 bis ET, 183-185 LGSS y en RMPEL):**

• **Beneficiario:** Trabajadores por cuenta ajena y afiliados y en alta con periodo de cotización => 180 días dentro de los 7 años inmediatamente anteriores (o 360 días cotizados a lo largo de su vida laboral).

- En el caso de que solo exista un progenitor, si recibe subsidio por maternidad no podrá acumular el de paternidad.

• **Prestaciones:** 100% base reguladora.

• **Nacimiento:** Desde el mismo día que dé comienzo el periodo de permiso o suspensión pues el trabajador puede ejercer este derecho:

- Periodo comprendido desde la finalización del permiso retribuido por nacimiento de hijo (2 días) o resolución judicial/administrativa adopción/acogimiento) hasta que finalice la suspensión del contrato por estas causas.
- Inmediatamente después de la finalización de dicha suspensión.

• **Duración:** 13 días naturales ininterrumpidos, ampliables en 2 más por cada hijo a partir del 2º, esta suspensión es independiente del disfrute compartido de los periodos de descanso por maternidad.

- Si es familia NUMEROSA le corresponden 20 días naturales ininterrumpidos.
- Si nace un DISCAPACITADO (con 33% o más), 4 semanas.

• **Causas de denegación, anulación y suspensión:**

- a) cuando se haya actuado fraudulentamente.
- b) por trabajar por cuenta propia o ajena (salvo si se trata de subsidio en régimen de jornada a tiempo parcial y pluriempleo o pluriactividad).

• **Extinción:**

- Por transcurso de los plazos (cuando el o la menor cumpla 12 meses de edad.).
- Reincorporación voluntaria al trabajo.
- Fallecimiento beneficiario.
- Adquirir condición pensionista por IP o jubilación.

• **Reconocimiento:** se inicia a instancia del interesado en INSS que resolverá en 30 días (desestimada).

• **Pago:** Gestionado directa y exclusivamente por el INSS.

**-RIESGO DURANTE EL EMBARAZO (134 y 135 LGSS / 34 RMPEL):** La situación protegida es el período de la suspensión del contrato de trabajo en los supuestos en que, debiendo la mujer embarazada cambiar de puesto de trabajo por otro compatible con su estado, no resulte técnica u objetivamente posible o no puede exigirse por motivos justificados.

• **Beneficiario:** Trabajadoras cuenta ajena (incluidos formación y a tiempo parcial) y afiliadas.

• **Prestación:** 100% Base reguladora = Incapacidad Temporal de contingencia profesional

• **Nacimiento:** cuando se inicie la suspensión del contrato trabajo (continúa la obligación de cotizar).

• **Duración:** El periodo suspensión, finaliza día anterior inicio suspensión por maternidad/ reincorporación puesto compatible

• **Las causas de denegación, anulación y suspensión:**

- a) cuando se haya actuado fraudulentamente.
- b) por trabajar por cuenta propia o ajena.

• **Extinción:**

- Suspensión contrato por maternidad
- Reincorporación de la trabajadora a su puesto de trabajo u otro puesto compatible
- Extinción del contrato de trabajo
- Interrupción del embarazo
- Fallecimiento de la beneficiaria.

• **Reconocimiento:** se inicia a instancia de la interesada, con informe del Facultativo del Servicio Público de Salud en Dirección Provincial del INSS o ante MATEP, que resolverá en 30 días.

• **Pago:** los pagadero en meses vencidos corresponde al INSS o MATEP



## **-RIESGO DURANTE LA LACTANCIA NATURAL (135 LGSS / 49-51 RMPEL):**

- **Beneficiario:** Trabajadoras cuenta ajena (incluidos formación y a tiempo parcial) y afiliadas.
- **Prestación:** 100% Base reguladora = Incapacidad Temporal de contingencia profesional
- **Nacimiento:** cuando se inicie la suspensión del contrato trabajo (continua la obligación de cotizar)
- **Duración:** el periodo necesario para la protección de la trabajadora y/o hijo (hasta que éste cumpla 9 meses).
- **Las causas de denegación, anulación y suspensión:**
  - a) cuando se haya actuado fraudulentamente.
  - b) por trabajar por cuenta propia o ajena.
- **Extinción:**
  - Cumplir el hijo 9 meses
  - Reincorporación de la trabajadora a su puesto de trabajo
  - Extinción del contrato de trabajo por las causas legalmente establecidas
  - Interrupción de la lactancia natural
  - Fallecimiento de la beneficiaria o del hijo
- **Reconocimiento:** se inicia a instancia de la interesada, con informe del Facultativo del Servicio Público de Salud en Dirección Provincial del INSS o ante MATEP, que resolverá en 30 días.
- **Pago:** los pagadero en meses vencidos corresponde al INSS o MATEP

## **-CUIDADOS DE MENORES AFECTADOS POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE (LGS**

### **- RD 1148/2011):** La situación protegida es la reducción de jornada (con la disminución proporcional de salario) que lleven a cabo los progenitores, adoptantes o acogedores, cuando ambos trabajen, para el cuidado del menor afectado por estas enfermedades, debiendo implicar ingreso hospitalario de larga duración, con cuidado directo, continuo y permanente (REQUIERE 180 días de cotización en 7 años, excepto en padres que sean menores de 21 años).

- **Sujetos causantes:** son los hijos o menores de 18 años acogidos a cargo del beneficiario.
- **Beneficiario:** Trabajadores por cuenta ajena y propia que reduzcan su jornada al menos **50%**.
  - Cuando ambos progenitores tuvieran derecho a subsidio, solo podrá ser reconocido en favor de uno (en caso de divorcio o separación de común acuerdo y de no existir: progenitor que tenga la custodia y si es compartida quien lo solicite primero).
- **Prestación:** 100% base reguladora en proporción a la reducción de la jornada de trabajo
- **Nacimiento:** a partir del mismo día que dé comienzo la reducción de jornada (siempre que se formule en el plazo de 3 meses, transcurrido este plazo tendrá una retroactividad máxima de 3 meses)
- **Duración:** Inicial de 1 mes, prorrogable por periodos de 2 meses cuando subsista la necesidad (máximo cumpla 18 años).
- **Las causas de suspensión:**
  - Cuando por salud del cuidador deba reconocerse nuevo subsidio al otro progenitor (cuando haya alternancia entre progenitores/adoptantes/acogedores quedará en suspenso el percibo de la persona que lo tenga reconocido cuando se efectúe reconocimiento a favor del otro).
- **Extinción:**
  - Reincorporación plena al trabajo
  - Cesar la necesidad de cuidados o alta médica por curación
  - Cuando uno de los progenitores cese en su actividad laboral
  - Cumplir el menor 18 años
  - Por fallecimiento del menor o el beneficiario
- **Reconocimiento:** corresponde INSS/MATEP comprobando la documentación exigida. Resolución 30 días (desestimatoria).
- **Pago:** los periodos mensuales vendidos y corresponde INSS o MATEP

## **-INCAPACIDAD PERMANENTE (IP) (136 a 149 LGSS y RD 1300/2005 RIL):**

- **Beneficiario y Prestaciones:** se exige no tener la edad prevista en el art. 205.1, o no reunir los requisitos exigidos para la jubilación contributiva. Con carácter específico.
  - **Incapacidad permanente parcial (IPP):** tiene derecho el afiliado en alta, si deriva de enfermedad común: periodo cotización 1800 días en 10 años inmediatamente anteriores a

la extinción de la IT de la que deriva.

- Cantidad a tanto alzado = 24 mensualidades de la base reguladora (=IT)
- **Incapacidad permanente total (IPT):** tiene derecho el afiliado en alta, si deriva de enfermedad común: periodo cotización en función de la edad:
  - **Menores de 31 años** => periodo genérico de cotización = 1/3 de la fecha que cumplió 16 años y el hecho causante / Periodo específico de cotización: no existe.
  - **Mayores de 31 años** => periodo genérico: ¼ tiempo entre cumplir 20 años y el hecho causante (superior 5 años) / Periodo específico: 1/5 comprendido entre los 10 inmediatamente anteriores al hecho o en 10 años anteriores a la fecha que cesó obligación de cotizar (si se accede sin obligación).
  - Reciben **Pensión vitalicia** (excepcionalmente sustituida tanto alzado menor de 60 años) = 55% base reguladora IPTC + 20%
  - **Calculo base reguladora IPT** (Si deriva de enfermedad común) = bases cotización durante 96 meses anteriores/112 (derivada accidente no laboral)= bases durante un periodo ininterrumpido (elegido dentro 7 años) de 24 meses/28.
- **Incapacidad permanente absoluta (IPA):** debe ser afiliado y en alta (si deriva de enfermedad común, accidente no laboral y el interesado está en situación de alta o asimilada un periodo cotización = IPT; en no alta: genérico 15 años y específico 3 en los últimos 10).
  - **Pensión vitalicia:** 100% base reguladora alta IPT.
  - **Calculo:** derivada de enfermedad común = IPT, deriva de accidente NO laboral no alta = 96 meses inmediatos/112 inhabilita por completo para cualquier profesión u oficio. Supone una Pensión vitalicia (**100 % base reguladora**).
- **Gran invalidez (GI):** igual que en Incapacidad permanente absoluta.
  - Excepción: IPA y GI derivadas contingencias comunes podrán causarse aunque el beneficiario no esté en alta, con un periodo mínimo de cotización (genérico = 15 años, específico 3 años en los últimos 10).
  - Pensión IPT i IPA + complemento remuneración persona cuidadora (= 45% base mínima de cotización vigente en Régimen General + 30% ultima base cotización del trabajador superior al 45% pensión percibida).
- Las mujeres que hayan tenido 2 o más hijos (biológicos o adoptados) se les aplica el complemento por maternidad, consistente en un 5% con 2 hijos, un 10% con 3 y un 15% con 4.
- **Nacimiento:** cuando concurren las condiciones de acceso a las mismas.
- **Reconocimiento:** corre a cargo del **INSS**, no se hará si el beneficiario > 65 años => pensión de jubilación.
- **Pago:** se devenga por meses vencidos con 2 pagas extraordinarias (junio, noviembre)
- **La pensión de invalidez del Seguro de Vejez e Invalidez (SOVI) (LGSS y Orden 18 junio 1947):** ambas son incompatibles entre sí.
  - Tener cubiertos 1800 días de cotización al SOVI antes del 1 enero 1967.
  - Tener más de 50 años.
  - No tener derecho a otra pensión.
  - Que la invalidez sea absoluta y permanente para la profesión habitual.
  - Que no sea por causa imputable al trabajador o derivada de AT o EP indemnizables.
  - **Cuantía:** pensión imprescriptible, vitalicia y de cuantía fijada anualmente el la LPGE
  - **Incompatibilidades:** pensiones del SOVI entre sí y otras del sistema de la SS. y realización de cualquier trabajo o actividad.
- **Las prestaciones por incapacidad permanente extraordinarias motivadas por actos de terrorismo:** Personas incluidas en algún régimen de la SS. con incapacidades como consecuencia de actividades delictivas cometidas por bandas armadas o elementos terroristas.
  - **Beneficiarios:** toda víctima de un acto de terrorismo.
  - **Cuantía:** 200% de la cuantía resultante de aplicar el % que corresponda a la base reguladora.
  - **Importe mensual** = 3 \* IPREM y la pensión puede superar importe máximo establecido para las pensiones.
  - **Incompatibilidades:** con las pensiones ordinarias y con cualquier pensión extraordinaria.
  - **Gestión:** Entidad Gestora de la Seguridad Social: INSS o ISM. Se abona 14 pagas (jun. y Nov).



# 1.8 CONTINGENCIAS COMUNES: PRESTACIONES

**-JUBILACIÓN (204 – 234 LGSS):** Está protegida por sistema SS en sus modalidades de CONTRIBUTIVA y NO CONTRIBUTIVA.

- **Beneficiario:** las personas afiliadas en alta que reúnan condiciones de edad y periodo cotización
  - **Edad:** cumplidos 67 años (o 65 cuando se acrediten 38 años y 6 meses de cotización en 2027).
  - **Aplicación gradual** => p.e. año 2013 = 65 años (35 años + 3 meses cotización) o 65 años y 1 mes; 2020 = 65 años (37 cotización) o 66 años y 10 meses.
- **Jubilación anticipada:**
  - **Condiciones objetivas:** en las que se desarrolla trabajo (mineros, personal vuelo, bomberos, ertzaina).
  - **Condiciones subjetivas:** Mayor penosidad en ejecución actividad (discapacitados superior a 45% por causas tasadas o superior a 65%).
  - **Actividad NO practicable a determinada edad** (artistas y profesionales taurinos)
  - Cese en el trabajo por causa NO imputable a la voluntad del trabajador
  - Expectativas de derecho garantizado por derecho transitorio (mutualistas)
  - Medidas de fomento de empleo (a los 64 años: [desde 2013 solo ERE o CC.CC. anteriores, contrato relevo).
- **Periodo de cotización:** mínimo 15 años, 2 de ellos inmediatamente anteriores causa de derecho.
- **Cese en el trabajo:** NO sólo lo determina la edad, sino que el trabajador lo opte VOLUNTARIAMENTE.
- **Prestación:** se recibe una PENSIÓN VITALICIA, cuya cuantía se determinada aplicando a base reguladora un % función de cotización.
  - **Base reguladora:**
    - Anterior 1-1-2013 = bases cotización 180 meses anteriores/210 -> últimos 24 meses a valor nominal, resto actualizados, integrando lagunas de periodos sin obligación cotizar a base mínima cotización en cada momento). Se mantiene los 65 años.
    - A partir 2013 => el nº de meses se elevará progresivamente 12/año hasta llegar a 300 en 2022 => b.c 300 meses/350).
  - **Porcentaje:** antes 2013 => 50% con 15 años cotización aumentando 3%/año del 16º al 25º y un 2% desde el 26º al 100%.
    - Ahora, aumenta del 16º año 0'19%/mes (entre el 1º y el 248), después 0'18%/mes < 100% (salvo edad >a la de aplicación).
    - A partir del 1-1-2016, las mujeres que hayan tenido 2 o más hijos (biológicos o adoptados) se les aplica el complemento por maternidad, consistente en un 5% con 2 hijos, un 10% con 3 y un 15% con 4 o más hijos.
    - La adopción puede haberse producido en España, UE, EEE o Suiza, y se generará siempre que residan habitualmente en España.
- **Nacimiento:** concurren requisitos (previa solicitud) La pensión de jubilación se extingue por fallecimiento del pensionista.
- **Incompatibilidades:**
  - Realización de cualquier trabajo del pensionista (con salvedades reglamentarias)
  - Desempeño de un puesto de trabajo en el Servicio Público (excepciones para profesores universitarios eméritos y personal sanitario).
  - Desempeño de altos cargos.
- **Reconocimiento y pago:** compete al INSS se devenga por mensualidades vencidas (extraordinarias: junio y noviembre). Los efectos de su reconocimiento se produzcan a partir de los 3 meses anteriores a la solicitud.

- **Pensión del Seguro de Vejez e Invalidez (SOVI):** quien 1-1-1967 estuvieran en SOVI y tengan cubiertos 1800 días de cotización, cumplan 65 años (o 60 con IPT no derivada de AT.) y no tengan derecho a otra pensión.
- **Pensión activa (214.1 LGSS):** cuando se haya cumplido la edad que resulte de aplicación y el porcentaje aplicable para determinar la cuantía de la pensión sea el 100%, pudiendo ser el trabajo compatible a tiempo completo o parcial. La cuantía de la pensión será el 50% de la reconocida inicialmente (sin que tenga derecho el pensionista a complementos para pensiones inferiores a la mínima). Finalizada la relación laboral se restablecerá el percibo integro de la pensión de jubilación (art. 214.5 LGSS)
  - Durante la realización del trabajo compatible, los empresarios y trabajadores cotizarán únicamente por IT y contingencias profesionales. Las empresas no deberán haber adoptado decisiones extintivas improcedentes en los 6 meses anteriores.
  - Iniciada la compatibilidad la empresa deberá mantener durante la vigencia del contrato el nivel de empleo anterior (salvo causas objetivas o despido disciplinario procedentes).
- **Jubilación parcial:** podrán compatibilizar la pensión con un trabajo a tiempo parcial. Se minorará la pensión en proporción inversa a la reducción aplicable a la jornada de trabajo del pensionista. Puede ir acompañada, o no, de un contrato de relevo.
- **Jubilación flexible:** compatibilizar un trabajo a tiempo parcial. Se minorará la pensión en proporción inversa a la reducción aplicable a la jornada de trabajo del pensionista, en relación a la de un trabajador a tiempo completo comparable.

**-MUERTE Y SUPERVIVENCIA (216 – 234 LGSS) :** en este supuesto NO solo hay beneficiario sino también sujeto causante (el mismo tanto contingencia común/ profesional):

- Afiliadas en alta que deriven enfermedad común y hayan cotizado 500 días (dentro 5 años).
  - Quien en fallecimiento NO esté alta y ha cotizado 15 años (se aplica a pensiones de viudedad y orfandad).
  - Perceptores subsidio por Incapacidad Temporal (riesgo embarazo, maternidad, paternidad, lactancia) que cumplan cotización
  - Pensionistas por Incapacidad Temporal y jubilación (ambos en modalidad contributiva)
- Si el fallecimiento se debe a accidente (laboral o no) o Enfermedad Profesional => NO se exige período previo cotización. **En caso enfermedad común SI se extingue.**
- **Requisitos del Beneficiario:**
    - Si fallecimiento deriva de enfermedad común requiere que el matrimonio sea superior a 1 año (o existan hijos comunes).
    - NO se exigirá duración de vínculo cuando se acredite periodo de convivencia superior a 2 años.
    - En el caso de pensiones a favor de familiares, son beneficiarios 1º los nietos y hermanos (1 los menores de 18 años y discapacitados) / 2º padres / 3º abuelos / 4º hijos y hermanos
    - Cuando cónyuge NO acredite plazos, accede a la Prestación temporal de viudedad si reúne los requisitos generales (con una cuantía equivalente a 2 años).
  - **Prestaciones:** Cuantía se calcula aplicando correspondientes porcentajes a la base reguladora.
    - **Viudedad:** 52 % (70% si constituye única fuente ingresos pensionista)
    - **Orfandad,** pensión a favor de familiares, subsidio a favor de familiares: 20%
    - **Base reguladora:** 24 meses ininterrumpidos (elegidos en los 15 últimos años) base cotización/ 28 (pensionistas).
    - A partir del 1-1-2016, las mujeres que hayan tenido 2 o más hijos (biológicos o adoptados) se les aplica el complemento por maternidad (consistente en un 5% con 2 hijos, un 10% con 3 y un 15% con 4 o más hijos).
    - No existe indemnización a tanto alzado (pero si auxilio por defunción).

- **Nacimiento:** Cuando produzca fallecimiento (excepto orfandad hijo póstumo). El reconocimiento es imprescriptible (efectos 3 meses).
- **Efectos económicos:**
  - Si el causante se encuentra de alta, cobrará desde el día siguiente al fallecimiento.
  - Si el sujeto NO estaba en situación de alta, se producen desde la fecha de solicitud con una retroactividad máxima de 3 meses.
  - Si el sujeto era jubilado o Incapacitado Permanente desde el día siguiente al fallecimiento (si la solicitud antes 3 meses).
- **Reconocimiento y pago:** corre a cargo del INSS, se devenga por mensualidades vencidas con dos pagas extraordinarias.
- **Prestaciones por muerte y supervivencia SOVI:** Requisito GENERAL NO tener derecho a ninguna otra pensión / R. ESPECÍFICOS:
  - **Causante: pensionista SOVI:** fallecer desde 1-1-1956 (no pensionista: ser afiliado Retiro Obrero 1800 días antes 1-1-1967).
  - **Solicitante:** tener más de 65 años o IPT, no tener pensión de vejez/invalidez SOVI y matrimonio con el causante 10 años antes.
  - **Cuantía:** imprescriptible, LPGE, desde el día hecho causante, efectos 1º mes siguiente fallecimiento.
- **Prestaciones por muerte y supervivencia extraordinaria por actos de terrorismo:** Familiares de quienes sean pensionistas o estén incluidos en algún Régimen de SS (Beneficiarios y Sujetos causantes), y fallezcan como consecuencia de actividades cometidas por bandas armadas o elementos terroristas
  - Existen 3 tipo de pensiones: viudedad, orfandad y a favor familiares.
  - Cuantía: 200% aplicar % que corresponda según pensión a la base reguladora.
  - Son incompatibles con las ordinarias por los mismos hechos y con cualquiera otra extraordinaria.
  - Se abonan 14 pagas (junio, noviembre)

**-PRESTACIONES FAMILIARES (235 – 237 LGSS) :** Una de las novedades de la LGSS (2015) es la introducción de un capítulo específico (XV del Título II) a las PRESTACIONES FAMILIARES y PROTECCIÓN FAMILIAR.

- **Periodos de cotización asimilados por parto (235 LGS):** a efectos de pensiones contributivas de jubilación e Incapacidad Permanente, se computarán a favor de la trabajadora 112 días por parto + 14 días a partir del 2º, salvo que por ser trabajadora en ese momento del parto, se hubiera cotizado durante las 16 semanas o las que correspondan al parto múltiple.
- **Beneficios por cuidados de hijos menores (236 LGS):** Se computará a todos los efectos, salvo para el cumplimiento del periodo mínimo de cotización exigido, aquel que se haya interrumpido la cotización a causa de la extinción de la relación laboral cuando se haya producido entre los 9 meses anteriores al nacimiento (3 en adopción o acogimiento) y la finalización del sexto año posterior a dicha situación. Será máximo 270 días/hijo y supere los 5 años/beneficiario. Este beneficio es solo para un progenitor (en caso controversias la madre). Se aplican a partir 1-1-2013.
- **Modalidad contributiva (37 y 46.3 ET / 180 LGS):** consiste en una cotización efectiva a efectos prestaciones SS: jubilación, Incapacidad permanente, muerte, maternidad/paternidad, excedencias, cuidado hijo natural/adoptado/acogido y familiares, etc. **Serán efectivamente cotizados:**
  - 3 primeros años excedencia por cuidado de cada hijo o acogido (familia numerosa => 15 meses 1ª categoría y 18 meses para categoría especial).
  - 1º año excedencia por cuidado de otros familiares.
  - Cotizaciones realizadas durante los 2 primeros años, reducción jornada cuidado de menores de 12 años se incrementa el 100%.

- Resto reducciones jornada como cuidado de discapacitados, menores de 12 años y/o familiares 2º -> el incremento es solo 1º año.
- Las excedencias precedidas de reducción de jornada la cotización en la reducción se incrementan al 100%.
- En el supuesto de que NO se llegue a disfrutar de los periodos señalados, se computará como periodo cotizado el efectivamente disfrutado.
- Se inicia el cómputo de un nuevo periodo por cada disfrute de excedencia laboral a que puedan dar lugar los nuevos hijos. En todo caso, el periodo considerado como cotizado NO puede ser superior a 5 años.
- **Beneficiario:** será el trabajador por cuenta ajena que disfrute de estos periodos de excedencia laboral.
- NO existe indemnización a tanto alzado (pero si auxilio por defunción).
- Las empresas comunicarán a TGSS en 15 días el inicio y finalización de la excedencia (su omisión puede dar lugar a sanción).

**-DESEMPLEO (262 LGSS) :** tienen derecho a desempleo quienes pudiendo y queriendo trabajar, pierden su empleo o ven reducida su jornada ordinaria de trabajo. Puede ser:

- **Total:** cuando el trabajador cesa, con carácter temporal o definitivo, en la actividad
- **Parcial:** cuando vea reducida jornada entre un 10 y un 70% (art. 47 ET) no es posible todo el periodo reste de contrato.

2 tipos de NIVELES:

**-A) DESEMPLEO CONTRIBUTIVO (266 – 273 LGSS) :**

- **Beneficiario:** debe ser Afiliado y en alta (o asimilada) y tener cubierto un periodo mínimo de cotización (360 días/6 años anteriores).
- **NO se considera desempleo:**
  - Cuando cese voluntariamente en el trabajo.
  - NO acredite disponibilidad buscar empleo y aceptar colocación adecuada.
  - Declarado improcedente/nulo y el despido NO se reincorpore al trabajo.
  - Cuando NO se haya solicitado reingreso al puesto de trabajo en los plazos establecidos legalmente.
- **SI se considera desempleo:**
  - Despido colectivo (art. 51 ET.)
  - Muerte, jubilación, IP empresario individual => extinción contrato
  - **Despido causas objetivas y otros**
    - Resolución voluntaria por el trabajador (arts. 40, 41.3, 49.1m y 50 ET.)
    - Expiración plazo convenido realización obra/servicio s/denuncia trabajador
    - Resolución relación laboral en periodo prueba.
    - Suspensión temporal relación laboral (decisión empresarial)
    - Reducción temporal jornada ordinaria (art. 47 ET.)
    - Trabajadores fijos – discontinuos en periodos de inactividad productiva
    - Trabajadores retornen a España sin prestación extranjera y acrediten cotización suficiente
    - Miembros CC.LL., sindicatos y altos cargos con dedicación exclusiva no funcionarios.
- **Compromiso de actividad:** el que adquiere el solicitante de la prestación de buscar activamente empleo, aceptar colocación adecuada y participar en acciones específicas de motivación, información, orientación, formación, reconversión o inserción profesional para incrementar su ocupabilidad.
- **Colocación adecuada:** la profesión demandada por el trabajador y la que correspondería con su profesión habitual o que se ajuste a sus aptitudes físicas y formativas (en todo caso la última actividad laboral desempeñada más de 3 meses). Si transcurre 1 año de manera ininterrumpida, cualquier actividad laboral será adecuada.

- **Se entrega adecuada cuando se ofrezca en la localidad habitual u otra en un radio inferior a 30 Km.**
- Salvo que se acredite un tiempo mínimo para desplazamiento de ida y vuelta que supere el 25% de la jornada diaria o que el gasto de desplazamiento inferior al 20% del salario mensual.
- La colocación que se ofrezca tendrá en cuenta la duración del trabajo (indefinida o temporal) o de la jornada (a tiempo completo o parcial) y deberá implicar un salario equivalente al aplicable al puesto de trabajo que se ofrezca.
- **Prestación (270 LGS):** Se debe APLICAR la BASE REGULADORA (promedio base cotización desempleo últimos 180 días/6 años) y los PORCENTAJES (70% durante 180 días y 50% a partir 181 hasta finalizar los 720 días).
  - La **cuantía máxima** es el 175 % IPREM (532'51 €/mes). (200% si tiene 1 hijo, 225% más)
  - **Mínima:** 107% o 80% (con/sin hijos).
  - La prestación por desempleo parcial se determinará en proporción a la reducción jornada (igual cuantías máxima y mínima).
- **Nacimiento:** cuando concurren condiciones. 15 días de solicitud, que requerirá inscripción como demandante de empleo y suscripción compromiso de actividad.
- **Duración:** en función de los periodos de ocupación cotizada en los 6 años anteriores.
- **Incompatibilidades (282 LGSS):** con el trabajo por cuenta propia o ajena (excepto a tiempo parcial => deducción) y con pensiones o prestaciones de carácter económico de la SS. (salvo que sean compatibles con el trabajo que originó la prestación o el subsidio).
- **Reconocimiento:** SPEE en resolución motivada (15 días).

**-B) DESEMPLEO POR NIVEL ASISTENCIAL (274 – 280 LGSS):** prevista para desempleados que NO tengan derecho a prestación contributiva.

- **Beneficiario:** Parados inscritos como demandantes de empleo por un periodo de 1 mes (sin rechazar ofertas/negarse a participar). La renta no puede ser superior al 75% SMI.
- **Requisitos:**
  - Haber agotado prestación desempleo + responsabilidades familiares.
  - Mayor de 45 años.
  - Español o emigrante que haya trabajado 12 meses (en 6 años) sin prestación desempleo.
  - Liberado de prisión (privación libertad superior a 6 meses) e inscritos durante 1 mes sin rechazar ofertas de trabajo.
  - Declarado capaz o Incapacitado Permanente Parcial como expediente de revisión por mejora de I. Permanente temporal, Permanente absoluta o Gran Invalidez.
  - Parados que no tengan derecho contributiva por no cubrir periodo mínimo cotización. Siempre que:
    - Hayan cotizado más de 3 meses + responsabilidades familiares.
    - Hayan cotizado más de 6 meses aunque carezcan de responsabilidades familiares.
  - Trabajadores mayores de 55 años (RDL 20/2012), sin responsabilidades familiares, cotizado desempleo 6 años/vida laboral.
- **Otras reglas:**
  - Aunque el solicitante carezca de rentas, si tiene cónyuge y/o hijos menores de 26 años (o mayores incapacitados), únicamente se entenderá cumplido el requisito de carencia de rentas cuando la suma de las rentas de todos los integrantes de la unidad familiar (incluido el solicitante) dividida por el número de miembros, no supere el 75% del SMI.
  - NO se consideraran a cargo el cónyuge, los hijos o menores con rentas superiores al 75% SMI.
  - Se consideran como rentas o ingresos computables cualesquiera bienes, derechos o rendimientos derivados del trabajo, capital mobiliario o inmobiliario, actividades económicas y prestaciones y asignaciones de la SS.; así como las plusvalías o ganancias patrimoniales.

- Reciben un subsidio del 80% (IPREM) a tiempo parcial (=> cuantía proporción horas previamente trabajadas).
  - El Gobierno previo informe Consejo General SPEE podrá modificar la cuantía en función tasa desempleo y posibilidades financiación.
- **Nacimiento:** al día siguiente cumplir periodo espera (1 mes). NO quedará afectado por la aceptación de un trabajo de duración inferior a 12 meses durante el plazo de espera de 1 mes (quedará en suspenso hasta finalización de aquel).
- **Duración:** 6 meses (prorrogables otros 18 meses).
- **Pago:** El pago corresponde al SPEE en 15 días a fecha solicitud (comprende también prestación vía cotización). Existe un pago único (empleo).

**-FACTOR DE SOSTENIBILIDAD, REVALORIZACIÓN Y CUANTÍAS (MÁXIMAS Y MÍNIMAS) DE PENSIONES:** El gran desafío del sistema de S.S. es la cuestión demográfica que afecta 2 factores:

- **1-Aumento de la esperanza de vida y disminución prolongada de tasas de natalidad (Su evolución condicionada).**
- **2-Minoración del flujo migratorio.**
- **Factor de sostenibilidad (L 23/2013):** para mantener la PROPORCIONALIDAD y SOSTENIBILIDAD del SISTEMA a partir de 2027, la pensión de jubilación se revisará cada 5 años en función de la esperanza de vida.
  - Esta medida es un instrumento automático que permite vincular el importe de la jubilación a la esperanza de vida, ajustando las cuantías que percibirán quienes se jubilen en similares condiciones en tiempos distintos.
  - Exigirá un sacrificio considerable a los nuevos pensionistas.
  - Además, los elementos de cálculo son: tablas de mortalidad de pensionistas por jubilación y edad de **67 años como referencia**.
- **Revalorización de pensiones (L 23/2013):** se ha modificado la LGSS y la modalidad contributiva, incluida la pensión mínima, se revalorizan al comienzo de cada año en función del índice de revalorización previsto en la LPCE (introduciendo importante modificación ya que desde 1927 era el IPC).
  - Dicho índice se calcula aplicando la fórmula matemática que regula y estableciéndose un techo máximo y otro mínimo (revisión: todos los años).
  - Se actualizarán en LPGE (al menos en =% del incremento general contributivas).
- **Las pensiones por actos de terrorismo, NO estarán sujetas a límites de reconocimiento inicial y revalorización de pensiones.**
- El importe de la pensión está limitado por una cuantía máxima, y serán completadas hasta alcanzar una cuantía mínima (complemento por mínimos del art. 59 LGSS) siempre que residan en territorio español, pero con complementos no superior a la cuantía establecida para pensiones jubilación/invalidez NO contributivas.
- **OJO, en 2020 se suspende las normas de REVALORIZACIÓN** que se recogen en el **Artículo 58 de la LGSS. Revalorización** QUE DECÍA: "1. Las pensiones contributivas de la Seguridad Social, incluido el importe de la pensión mínima, serán incrementadas al comienzo de cada año en función del índice de revalorización previsto en la correspondiente Ley de Presupuestos Generales del Estado".
- A tal efecto, el índice de revalorización de pensiones se determinará según la siguiente expresión matemática:
 
$$IR_{t+1} = \bar{g}_{t,t+1} - \bar{g}_{p,t+1} - \bar{g}_{s,t+1} + \alpha \left[ \frac{I'_{t+1} - G'_{t+1}}{G'_{t+1}} \right]$$
- 
- 
- **AHORA LAS REVALORIZACIONES DE LAS PENSIONES SE REALIZAN de acuerdo con lo establecido en el art. 1 del Real Decreto-ley 1/2020 (VER SIGUIENTE PÁGINA).**

- De conformidad con las previsiones contenidas en el **Real Decreto-ley 1/2020**, de 14 de enero, por el que se establece la revalorización y mantenimiento de las pensiones y prestaciones públicas del sistema de Seguridad Social, **se establece una revalorización de las pensiones del sistema de la Seguridad Social para el ejercicio 2020 del 0,9 por ciento**, incluido el límite máximo de percepción de pensiones públicas.
- Los importes de las pensiones mínimas del sistema de la Seguridad Social y de Clases Pasivas, de las pensiones no contributivas y del extinguido Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez (SOVI) no concurrentes, así como las pensiones del SOVI concurrentes con pensiones de viudedad de alguno de los regímenes del sistema de la Seguridad Social, de las prestaciones de la Seguridad Social por hijo a cargo con dieciocho o más años y con un grado de discapacidad igual o superior al 65 por ciento y del subsidio de movilidad y compensación para gastos de transporte se incrementarán en 2020 en un 0,9 por ciento sobre las cuantías mínimas de pensión correspondientes al año 2019.
- Las prestaciones de orfandad causadas por violencia contra la mujer, previstas en el tercer párrafo del artículo 224.1 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, y reconocidas durante el año 2019, experimentarán en 2020 un incremento igual al que se apruebe para el salario mínimo interprofesional para dicho año, no siendo de aplicación la revalorización prevista en el párrafo anterior.
- **Importe de la revalorización:**
  - 1) Las pensiones de incapacidad permanente, jubilación, viudedad, orfandad y en favor de familiares del sistema de la Seguridad Social en su modalidad contributiva, causadas con anterioridad al 1 de enero de 2020 y no concurrentes con otras, se revalorizarán el 0,9 por ciento.
  - 2) El importe de la pensión, una vez revalorizada, estará limitado a la cantidad de 2.683,34 euros, entendiendo esta cantidad referida al importe de una mensualidad ordinaria, sin perjuicio de las pagas extraordinarias que pudieran corresponder. Dicho límite mensual será objeto de adecuación en aquellos supuestos en que el pensionista tenga derecho o no a percibir 14 pagas al año, comprendidas en uno u otro caso, las pagas extraordinarias, a los efectos de que la cuantía no supere o pueda alcanzar, respectivamente, 37.566,76 euros, en cómputo anual.
  - 3) Las pensiones que excedan de 2.683,34 euros mensuales no se revalorizarán, salvo lo señalado en el apartado 2.
  - 4) La revalorización de las pensiones de gran invalidez se efectuará aplicando las reglas previstas en el apartado 1 de manera separada a la pensión y al complemento. A los efectos del límite máximo señalado en el apartado 2, se computará únicamente la pensión sin complemento.
- **Aplicación de la revalorización:** La revalorización se aplicará al importe mensual que tuviese la pensión de que se trate el 31 de diciembre de 2019, excluidos los conceptos que a continuación se enumeran:
  - A) Los complementos reconocidos para alcanzar los mínimos establecidos con anterioridad.
  - B) El recargo de prestaciones económicas por falta de medidas de seguridad e higiene en el trabajo.
  - C) Las percepciones de rentas temporales por cargas familiares y la indemnización suplementaria para la provisión y renovación de aparatos de prótesis y ortopedia, en el supuesto de pensiones del extinguido seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

## • Pensiones del SOVI:

- 1. La revalorización de las pensiones del extinguido SOVI no concurrentes con otras pensiones públicas, cualquiera que sea la fecha del hecho causante, consistirá en la diferencia entre el importe de la pensión a 31 de diciembre de 2019 y la cuantía de 6.127,80 euros, en cómputo anual.
  - A los efectos de lo previsto en el párrafo anterior, no se considerarán pensiones concurrentes la prestación económica reconocida al amparo de la Ley 3/2005, de 18 de marzo, ni la pensión percibida por los mutilados útiles o incapacitados de primer grado por causa de la pasada guerra civil española, cualquiera que fuese la legislación reguladora, ni el subsidio por ayuda de tercera persona previsto en el texto refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, ni las pensiones extraordinarias derivadas de actos de terrorismo.
  - Cuando, para el reconocimiento de una pensión del extinguido SOVI, se hayan totalizado períodos de seguro o de residencia cumplidos en otros países vinculados a España por norma internacional de Seguridad Social que prevea dicha totalización, el importe de la pensión prorrateada a cargo de España no podrá ser inferior a 3.063,90 euros en cómputo anual.
  - Esta misma garantía se aplicará en relación con los titulares de otras pensiones distintas de las del extinguido Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez que opten por alguna de estas pensiones, siempre que en la fecha del hecho causante de la pensión que se venga percibiendo hubieran reunido todos los requisitos exigidos por dicho seguro.
- 2. La revalorización establecida en el apartado anterior no tiene carácter consolidable.



## 1.9 PRESTACIONES NO CONTRIBUTIVAS

**-INTRODUCCIÓN:** Fueron introducidas en el sistema de SS por la **Ley 26/1990**, cuya Exposición de Motivos se centra en la extensión del derecho de las pensiones de JUBILACIÓN, INVALIDEZ y prestaciones FAMILIARES a todos los ciudadanos, aun cuando NO hayan cotizado nunca o lo hayan hecho de forma insuficiente.

- Son Prestaciones con CRITERIO UNIVERSAL.
- De esta manera la SS. acoge las viejas y NO desaparecidas prestaciones de beneficencia pero elevándolas al plano de exigibilidad jurídica, eliminando su carácter graciable o discrecional.
- Se trata de un derecho SUBJETIVO IMPERFECTO (NO de derecho estricto como las contributivas).
- Su nacimiento es por una CIRCUNSTANCIA PERSONAL o SUBJETIVA, vinculada a una NECESIDAD.
- Se exigen requisitos para su adquisición.
- Las CC.AA NO podían regular, establecer, complementar o modificar las prestaciones NO contributivas del sistema de SS, pero tampoco se puede MERMAR ni MENOSCABAR las competencias autonómicas, pudiendo alterar y variar las cuantías de cada prestación (**STC 239/2002**).
- Sin embargo, con el debido respeto, la STC quiebra el principio del art. 2 de la LGSS (universalidad, unidad, solidaridad e igualdad) permitiendo que las NO contributivas varíen de una Comunidad a otra
- Novedad de la LGSS (2015) es dar un nuevo Título (el VI) a las prestaciones no contributivas, con 2 requisitos básicos: residencia y carencia de ingresos.

**-MATERNIDAD: SUPUESTO ESPECIAL (181-182 LGSS):** Son beneficiarias aquellas trabajadoras (solo la mujer y parto biológico) que reúnan unos requisitos de afiliación y alta (salvo periodo mínimo de cotización).

- **Prestaciones:** 100% IPREM (salvo que la base reguladora sea menor).
- **Nacimiento:** A partir del mismo día del parto.
- **Duración:** 42 días naturales a contar desde el parto (+ 14 familia numerosa o monoparental, parto múltiple, discapacidad >65%) incremento único y no procede su acumulación. No se amplía en casos de partos prematuros o que necesiten hospitalización los neonatos.
- **Las causas de denegación, anulación y suspensión del derecho:**
  - a) cuando se haya actuado fraudulentamente.
  - b) por trabajar por cuenta propia o ajena durante percepción del subsidio.
- **Extinción:**
  - Por trascurso de los plazos.
  - Fallecimiento beneficiaria.
  - Adquirir condición pensionista por Incapacidad Permanente.
- **Reconocimiento:** se inicia a instancia del trabajador en Diputación Provincial del INSS, aportando la siguiente documentación: LIBRO DE FAMILIA / CERTIFICADO COTIZACIONES SS / TITULO FAMILIA NUMEROSA / CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD DE MADRE (si es superior a 65%) / INFORME MÉDICO HOSPITAL DEL NACIMIENTO. Se resolverá en 30 días (en caso contrario desestimado).
- **Pago:** pagadero en meses vencidos gestionado directa y exclusivamente por INSS.

**-PRESTACIONES FAMILIARES (351- 362 LGSS):** Son beneficiarias aquellas personas que tengan ASIGNADOS el cuidado de hijos menores a cargo.

- **Gestión:** INSS.
- **Sujetos causantes:**
  - Hijo menor de 18 años (siempre que convivan con el beneficiario y NO supere el 75% del SMI).
  - Menor en acogimiento familiar permanente o guarda (idem).

- Mayor de 18 años con discapacidad del 65% o superior (cualquier filiación). Deben haber sido declaradas bajo SENTENCIA JUDICIAL.
- **Beneficiario:** tienen derecho a la asignación económica por hijo o menor a cargo quienes:
  - Residan legalmente en territorio español (certificación padrón municipal o certificado de residencia). NO se interrumpe por ausencias inferiores a 90 días.
  - Tengan a cargo hijos/menores acogidos con fines adoptivos y menores de 18 años o mayores discapacitados (65% o superior).
  - NO perciban ingresos anuales superiores a la cantidad fijada en LPGE (2016: 11.576,83 €), se incrementa un 15% por cada hijo/menor.
  - NO tengan derecho (padre o madre) a prestaciones de esta naturaleza en cualquier otro régimen de protección social.
  - También los Huérfanos absolutos de padre/madre (menores de 18 años o mayores con una discapacidad del 65% o superior).
  - Los que Sin ser huérfanos han sido abandonados sin estar en acogimiento familiar o guarda.
  - Hijos mayores de 18 años con discapacidad.
- **En casos de convivencia familia:** Si ambos progenitores/adoptantes pudieran serlo:
  - Uno de ellos de común acuerdo.
  - Sin acuerdo se rigen por reglas de la PATRIA POTESTAD (CC).
  - El INSS dictará resolución (suspense el abono hasta resolución judicial).
- **Casos de separación judicial, nulidad o divorcio:** Quien tenga a su cargo al hijo o menor, aunque ≠ quien la tenía reconocida antes, siempre que sus ingresos sean inferiores a los límites LPGE.
  - Uno solo de común acuerdo
  - Si no se llega a un acuerdo, por SENTENCIA JUDICIAL (resolución de custodia).
  - En caso de Custodia compartida, cada uno de ellos recibe una prestación en proporción al tiempo que se haya reconocido.
- **Caso huérfano ambos progenitores y abandonados:** reciben una prestación los representantes legales o quien tenga a su cargo el menor o discapacitado, en tanto cumplan la obligación de mantenerlo y educarlo, si NO se abonará al propio huérfano o abandonado.
- **Prestación:** (El grado discapacidad lo determina los EVOS).
  - Menor 18 años: 291€/año
  - Menores de 18 años, discapacidad superior al 33%: 1.000 €/año
  - Menores de 18 años, discapacidad superior al 65%: 4.414,80 €
  - Menores de 18 años, discapacidad superior al 75%: 6622,80 €
- **Nacimiento:** Efecto día 1º del trimestre siguiente presentación solicitud (también modificaciones => aumento cuantía).
- **Extinción:**
  - Fallecimiento del causante (si el beneficiario -> derecho al otro progenitor si causante pasa a su cargo).
  - Cumplimiento edad 18 años (salvo disparidad superior al 65%).
  - Desaparición/supresión discapacidad por mejoría del causante
  - Cese de la dependencia económica del causante
  - Superación en el año anterior de los límites de ingresos establecidos
- **Reconocimiento y pago:** requiere la previa solicitud ante el INSS, aportando los documentos necesarios (salvo que los conozca la Administración de la SS).
  - El pago se efectúa por **TGSS** y se devenga por **semestres vencidos** (salvo hijo/acogido más de 5 años y menores de 18 NO discapacitado, o mayores de 18 años discapacidad superior al 65% o 75% que se realizan por mensualidades vencidas).
  - **Los plazos máximos de resolución y notificación:** 45 días (transcurridos => desestimada).

### **-PRESTACIÓN ECONÓMICA DE PAGO ÚNICO A TANTO ALZADO POR NACIMIENTO O ADOPCIÓN DE HIJO, EN SUPUESTOS DE FAMILIAS NUMEROSAS, MONOPARENTALES Y EN LOS CASOS DE MADRES CON DISCAPACIDAD:**

- **Sujetos causantes:** son los hijos de una familia numerosa, monoparental o de una madre superior a 65% discapacidad, siempre que el nacimiento (o adopción) se produzca en España (en caso adopción internacional acreditar que se integra inmediatamente en familia residente en España).
  - Para el cómputo de 3º y ulteriores hijos se tendrá en cuenta todos los hijos con independencia de la filiación comunes y no comunes que convivan y a cargo de la unidad familiar (los discapacitados computan doble).
- **Beneficiarios:** el padre o madre que: resida legalmente en España, no perciba ingresos superior al límite.
- **Requisitos específicos:**
  - **Familia numerosas:** caso convivencia cualquiera de ellos de común acuerdo, a falta de este la madre; sin convivencia quien tenga la guardia y custodia.
  - **Familia monoparental:** progenitor con el que conviva. Madre discapacitada: ella.
- **Prestación:** pago único (para 2016: 1000€).
- **Nacimiento:** concurren las condiciones de acceso (se produce el hecho causante: nacimiento o adopción del hijo).
- **Reconocimiento y pago:** gestión y administración del INSS, pago una vez, plazo máximo resolución **45 días (silencio desestimatorio)**. El padre o madre que: resida legalmente en España, no perciba ingresos superior al límite.

### **-PRESTACIÓN ECONÓMICA DE PAGO ÚNICO POR PARTO O ADOPCIÓN MÚLTIPLE:**

- **Sujetos causantes:** son los hijos nacidos de partos múltiples ( $\geq 2$ ) e hijos adoptados mediante adopción múltiple.
- **Beneficiarios:** persona que resida legalmente en España y sin derecho a prestación de la misma naturaleza en otro régimen público de protección social.
- **Prestación:** pago único dependiente del nº de hijos nacidos o adoptados (2 hijos= 4\* SMI, 3 = 8\* SMI superior o igual a 4 = 12\* SMI (para 2016: 2620.80 € / 5241.60 € / 7862.40 €).
- **Nacimiento:** concurren las condiciones de acceso (se produce el hecho causante: nacimiento o adopción del hijo).
- **Reconocimiento y pago:** gestión y administración por parte del INSS, pago una vez, plazo máximo resolución 45 días (silencio desestimatorio).

### **-PENSIÓN DE INVALIDEZ NO CONTRIBUTIVA. EL COMPLEMENTO POR NECESIDAD DE OTRA PERSONA:** La acción protectora de la SS contempla las personas que padecen una discapacidad o enfermedad crónica que no hayan cotizado, o no lo hayan hecho por el tiempo suficiente:

- **Beneficiarios:**
  - Los mayores de 18 años y menor de 65 años.
  - Residir legalmente en España y haberlo hecho durante 5 años, de los cuales dos deben ser inmediatamente anteriores a la fecha de solicitud.
  - Estar afectado por una discapacidad o una enfermedad crónica en un grado igual o superior al 65%.
  - Carecer de ingresos o rentas suficientes (se sumarán la de todos integrantes de la misma unidad económica con la que convive).
  - La Unidad económica la conforman las personas unidas por matrimonio o por lazos de parentesco de consanguinidad hasta el segundo grado.
  - El límite de acumulación de recursos será equivalente a la cuantía, en cómputo anual, de la pensión más el resultado de multiplicar el 70% de dicha cifra por el número de convivientes, menos uno.
  - Cuando sean ascendientes o descendientes en 1º grado los límites serán equivalentes a

- dos veces y media la cuantía que resulte de aplicar a los supuestos en el apartado anterior.
- Todo beneficiario estará obligado a declarar cuantas variaciones se produzcan en su familia que de alguna forma afecten a este derecho.
- Todo beneficiario estará obligado a presentar, dentro del 1º trimestre de cada año, una declaración expresiva de los ingresos habidos durante el año anterior.
- **Prestación:** se fijan los importes anuales LPGE, las CC.AA pueden establecer complementarias (2016 => 1287.65-5150.60€).
- **Nacimiento:** a partir día 1º mes siguiente solicitud, cuando el beneficiario cumpla 65 años pensión jubilación.
- **Extinción:** se extingue por pérdida condición residente o traslado fuera territorio español, por mejoría discapacidad o enfermedad crónica, disponer de rentas o ingresos suficientes o fallecimiento (no se pierde por ejercicio de actividades, lucrativas o no, compatibles con el estado del invalido).
- En 4 años: la suma pensión/ingresos obtenidos inferior al IPREM excluidas extras + pensión).
- **Calificación del grado de discapacidad o enfermedad crónica. Su revisión:** Se debe aplicar los baremos del RPD (Anexos IA y IB: sistemas nervioso, respiratorio, digestivo, cardiovascular, etc. + entorno familiar, nivel educativo, situación laboral...).
- Es competencia del IMSERSO a través de EVOS (equipos valoración y orientación) formados por médico, psicólogo y trabajador social (o los órganos de las CC.AA).
- **Como todo procedimiento administrativo consta de 3 fases:**
  - a) **Iniciación:** a instancia del interesado ante Diputación Provincial del IMSERSO (u órgano CC.AA) en modelo normalizado + documentos exigidos.
  - b) **Instrucción:** con citación para el reconocimiento, reconocimiento, emisión de dictamen técnico-facultativo y
  - c) **Resolución:** Directores Provinciales en base al dictamen.
- El reconocimiento del grado se entenderá producido desde la presentación de la solicitud, el plazo máximo de resolución 3 meses (silencio negativo) y contra la misma se podrá interponer reclamación previa a la vía jurisdiccional en 30 días.
- El grado podrá ser revisado hasta que el beneficiario cumpla 65 años; a instancia de parte la primera revisión podrá instarse trascurridos 2 años, las posteriores trascurrido 1 año; de oficio en la propuesta del EVO se establecerá la primera revisión y en cada una de ellas se determinará la fecha de la siguiente. Si como consecuencia se reduce el grado los efectos económicos serán a partir del 1 del mes siguiente; si se incrementa desde el 1 del mes siguiente a la solicitud del interesado o desde la emisión del dictamen EVO.
- **Reconocimiento y pago de la prestación:** las resoluciones denegatorias por NO cumplir grado o no alcanzar puntuación mínima del baremo deben advertir de la limitación temporal para formular nueva solicitud.
  - El plazo máximo de resolución: 90 días (desestimatorio por silencio), podrán ser objeto de reclamación previa.
  - El reconocimiento del derecho dará lugar a la asistencia sanitaria de la SS previo reconocimiento del INSS, y al acceso a los servicios sociales establecidos en el sistema de pensiones. Se fracciona en 14 pagas (junio y noviembre).
- **El complemento por necesidad de otra persona:** Quienes cumpliendo requisitos de beneficiarios pensión Incapacidad Permanente NO contributiva, estén afectados por una discapacidad o enfermedad crónica superior al 75% que, como consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesiten el concurso de otra persona para realizar los actos mas esenciales de la vida, tendrán derecho a un complemento equivalente al 50% de la pensión que se fije LPGE (2016: 2575.3€/año). La valoración de esta necesidad, aplicando los baremos de DVD (no RPD).

**-PENSIÓN DE JUBILACIÓN NO CONTRIBUTIVA:** Tienen derecho las personas que habiendo cumplido 65 años carecen de rentas o ingresos en cuantía superior a los límites establecidos en las leyes de P.G.E., residen legalmente en territorio español y lo hayan hecho durante 10 años entre la edad de 16 años y la edad de devengo de la pensión, de los cuáles **2 años deberán ser consecutivos** e inmediatamente anteriores a la solicitud de la prestación.

- Se actualiza cada año y las CC.AA pueden establecer ayudas que complementen la pensión de jubilación NO contributiva (las CCAA son quienes la gestionan).
- Los beneficiarios de una pensión de jubilación NO contributiva que carezcan de vivienda en propiedad tienen derecho a un complemento por vivienda alquilada.
- El derecho se extingue cuando en el beneficiario se den alguna de las siguientes circunstancias:
  - A. Pérdida de su condición de residente legal o traslado por tiempo superior al permitido (90 días al año natural)
  - B. Disponer de rentas o ingresos suficientes
  - C. Fallecimiento del beneficiario
- Su régimen de incompatibilidades es el mismo que el de la invalidez no contributiva.

## 1.10 INTEGRACIONES, SISTEMAS ESPECIALES Y RÉGIMENES ESPECIALES DE LA SEGURIDAD SOCIAL

**-INTEGRACIONES Y SISTEMAS ESPECIALES DE SEGURIDAD SOCIAL:** Las integraciones se producen en el RÉGIMEN GENERAL y OPERAN como IDEAL DE COBERTURA de las contingencias y situaciones protegidas por el Sistema de la SS, inspirando la regulación de los Regímenes Especiales, y aun regulándolos por las continuas remisiones al mismo.

-Nuestro sistema de Seguridad Social rige el CÓMPUTO RECÍPROCO DE COTIZACIONES que es de aplicación para determinar los derechos que consiste en que, para causar una determinada prestación, se computan las cotizaciones que el beneficiario tenga en cualquier régimen que haya cotizado.

### • Integraciones y Sistemas Especiales del Régimen General:

- Trabajadores fijos discontinuos de EMPRESAS de estudio de MERCADO y opinión pública.
- Trabajadores fijos discontinuos de CINES, salas de baile y de fiesta y discotecas.
- Manipulado y empaquetado del TOMATE FRESCO, realizadas por cosecheros exportadores.
- Servicios extraordinarios de HOSTELERÍA.
- Industria RESINERA.
- FRUTAS, hortalizas e industria de conservas vegetales.
- AGRARIO por cuenta ajena.
- Empleados de HOGAR.

• **Sistema Especial Agrario por cuenta Ajena (creado por la Ley 28/2011):** Están incluidos en este sistema especial los trabajadores por cuenta ajena agrarios quienes realicen labores agrarias, forestales o pecuarias o sean complementarias auxiliares de las mismas.

- **Obligación de cotizar:** Durante periodos de actividad como por los de inactividad (en este caso la cotización tiene carácter mensual y corre a cargo exclusivo del trabajador).
- **Periodos de inactividad:** Para quedar incluido en el Sistema Especial es necesario que haya realizado un mínimo de 30 jornadas reales en un periodo continuado de 365 días.
- **Acción protectora.**
- Los trabajadores DEBEN ESTAR al CORRIENTE en el pago de las cotizaciones correspondientes a los periodos de inactividad.
- Durante los periodos de inactividad, la acción protectora del Sistema Especial comprende las prestaciones económicas por MATERNIDAD, PATERNIDAD, INCAPACIDAD PERMANENTE, MUERTE y SUPERVIVENCIA derivadas de contingencias comunes (p. e. jubilación).
- La Prestación económica por Incapacidad temporal es abonada directamente por INSS o

MATEP (NO proceden con el pago delegado de la misma, a excepción de los supuestos en que estén percibiendo prestación contributiva por desempleo).

• **Calculo de base reguladora de pensiones Incapacidad Permanente derivada de CC y jubilación:** Solo se tienen en cuenta los periodos realmente cotizados.

• **Sistema especial de empleadas de hogar (creado por la Ley 27/2011 y el RD 1620/2011):**

Deben reunir los siguientes requisitos:

- Ser mayor de 16 años.
- Presten servicios exclusivamente domésticos para uno o varios titulares del hogar familiar, o a un grupo de personas, que sin constituir una familiar, convivan en el mismo hogar con tal carácter familiar.
- Los servicios sean prestados en la casa que habite el titular del hogar familiar y demás personas que componen el hogar.
- Perciba por este servicio un sueldo o remuneración de cualquier clase que sea.
- **Quedan excluidos:**
  - Las relaciones concertadas por personas juristas, de carácter civil o mercantil.
  - Las relaciones concertadas a través de empresas de trabajo temporal.
  - Las relaciones de los cuidadores profesionales contratados por instituciones públicas o por entidades privadas.
  - Relaciones de los cuidadores NO profesionales que atienden a domicilio.
  - Relaciones concertadas entre familiares (salvo si se demuestra que es asalariado).
  - Los trabajos realizados a título de amistad.
  - Las relaciones de colaboración y convivencia familiar (salvo prueba en contrario).
  - Las que preste un trabajador, además de en el hogar familiar, en actividades o empresas de otro carácter que tenga el empleador (salvo prueba en contrario).

### • Participaciones:

- **Afiliación, alta y baja:** con carácter general, la solicitud corresponde al empleador.
- **La cotización podrá efectuarse:** Por el empleador o por el empleado de hogar que preste sus servicios durante menos de 60 horas al mes y que hubiera acordado con el empleador asumir las obligaciones en materia de encuadramiento.
- **Cotización:** Se **cotiza** dentro del mes siguiente al que corresponda su devengo.
  - Los tipos de cotización tienen también una aplicación gradual:
    - La Incapacidad temporal en caso de contingencias comunes se inicia a partir del 9º día de la baja, estando a cargo del empleador el abono de la prestación desde el día 4º al 8º, ambos inclusive (**salvo que el subsidio se hubiese originado a causa de un accidente de trabajo - 321 LGSS**).
    - El importe del subsidio será el 60% de la base reguladora (desde el 4º día), y a partir del día 21 será del 75% hasta la fecha del alta.
    - Su acción protectora NO contempla la prestación de subsidio.

• **Integración y Sistema Espacial del Régimen Especial de Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos:**

- En este régimen ha quedado integrado el Régimen Especial de Escritores de Libros.
- También el Agrario por cuenta propia desde el 1 de enero de 2008. Debe ser mayor de 18 años y reunir los siguientes requisitos:
  - Ser titulares de una explotación agraria y obtener, al menos el 50% de su renta total de la realización de actividades agrarias u otras complementarias (NO puede ser inferior al 25% de su renta total).
  - Que los rendimientos netos anuales de la explotación agraria por cada titular de la misma NO superen la cuantía equivalente al 75%.
  - No puede superar dos trabajadores fijos en la plantilla.
  - NO puede contratar temporalmente a más de 546 jornaleros al año.

• **El Régimen Especial de Clases Pasivas (Decreto Ley 13/2010):** Se trata de los Regímenes Especiales de los Funcionarios públicos, civiles y militares.

- Fomenta la inversión y la creación de empleo.
- El INSS reconoce las pensiones, jubilación, invalidez, y de muerte y supervivencia. **24**



## TRABAJADORES DEL MAR (Ley 47/2015)

- **1-TRABAJADORES por CUENTA AJENA** (cotiza empresario + trabajador):  
figuran como **TÉCNICOS** o **TRIPULANTES** de embarcaciones, buques o plataformas:
  - Marina mercante.
  - Pesca marítima en cualquiera de sus modalidades.
  - Tráfico interior de puertos y embarcaciones deportivas y de recreo.
  - Plataformas fijas o artefactos o instalaciones susceptibles de realizar operaciones de exploración.
  - Investigadores y buceadores.
  - Trabajadores dedicados a la extracción de productos del mar.
- **2-TRABAJADORES por CUENTA PROPIA** (cotiza sólo trabajador): Quienes realicen:
  - Marina mercante o Pesca marítima
  - Tráfico interior de puertos
  - Deportivas y de recreo
  - Acuicultura desarrollada en zona-marítima o marítimo-terrestre.
  - Los mariscadores, percebeiros, recogedores de algas y análogos
  - Buceadores extractores de recursos marinos.
  - Buceadores con titulación profesional
  - Rederos y rederas
  - Prácticos del puerto.
- **ACCIÓN PROTECTORA:** los trabajadores y las empresas se dividen en grupos:
  - A) Grupo I: Régimen General.
  - B) Grupo II y III: Especial según zona y modalidad de pesca.Todos ellos tienen reconocida la Inc. Temporal tanto si deriva de contingencias profesionales como comunes. **6 días para comunicar baja**
  - Tienen coeficientes reductores de jubilación.
- El cese de actividad podrá ser **DEFINITIVO** o **TEMPORAL** (327 LHSS). El cese temporal comporta la interrupción de todas las actividades que originaron el alta en el régimen especial en el que el trabajador autónomo figure encuadrado, en los supuestos regulados en el artículo 331
- Por cese actividad puede obtener:
  - Una prestación económica.
- Cese de actividad son:
  - Estar afiliados o en situación de alta y cubiertas las contingencias.
  - Tener cubierto el mínimo de cotización de 12 meses continuados.
  - Encontrarse en situación legal de cese de actividad (331 LGSS).
  - **NO haber cumplido la edad ordinaria para causar derecho a la pensión contributiva de jubilación** (salvo que el trabajador autónomo no tuviera acreditado el periodo de cotización requerido para ello).
  - Hallarse al corriente en el pago de las cuotas a la SS.

## TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA O AUTÓNOMOS

- Los trabajadores mayores de 18 años, que de forma habitual, personal y directa, realizan una actividad económica a título lucrativo, SIN sujeción a contrato ET:
- Quienes ejerzan las funciones de **DIRECCIÓN Y GERENCIA** que conlleva el desempeño del cargo de consejero o administrador.
  - Los **SOCIOS INDUSTRIALES** de Soc. Colectiva y Comanditaria.
  - Los **COMUNEROS** de las comunidades de bienes y los **SOCIOS** de sociedades civiles irregulares (salvo que su actividad se limite a la mera administración de los bienes).
  - Los **SOCIOS** trabajadores de las **SOC. LABORALES** cuando su participación en el capital social junto con la de su cónyuge y parientes por consanguinidad, afinidad o adopción hasta el segundo grado alcance el 50%.
  - Los trabajadores **AUTÓNOMOS** económicamente.
  - Quienes ejerzan una actividad por **CUENTA PROPIA** y requiera la incorporación a un colegio profesional.
  - Los miembros del cuerpo único de **NOTARIOS**.
  - Las personas que presten servicios, a tiempo completo en los servicios de salud de las diferentes Comunidades Autónomas o en los centros dependientes del INGESA.
  - El cónyuge, los descendientes, ascendientes y demás **PARENTES DEL EMPRESARIO**, por consanguinidad o afinidad, ocupados en su centro o centros de trabajo, cuando convivan en su hogar y estén a su cargo.
  - Los socios trabajadores de las cooperativas de trabajo asociado dedicados a la **VENTA AMBULANTE**.
- ACCIÓN PROTECTORA:** Los trabajadores por cuenta ajena son los propios obligados a solicitar su afiliación, altas y bajas.
- Las altas iniciales o sucesivas tendrán efecto desde el primer día del mes natural.
  - La obligación de cotizar recae sobre el propio trabajador autónomo.
  - La acción protectora es similar a la del Régimen General con algunas particularidades:
    - **1-Cobertura de la prestación económica por Incapacidad Temporal tiene carácter obligatorio para los trabajadores de alta en el RETA y formalizarse en MUTUA.**
    - **2-La cobertura de las contingencias profesionales es VOLUNTARIA excepto para: los trabajadores autónomos económicamente dependientes; los socios de las cooperativas de trabajo asociado dedicados a la venta ambulante.**
- PROTECCIÓN POR CESE DE ACTIVIDAD:** desde el 1 de enero de 2015, es **VOLUNTARIA**. Para ello, debe estar **AFILIADO** al RETA / tener **CUBIERTAS LAS CONTINGENCIAS** profesionales / Encontrarse en situación legal de cese de actividad / **NO haber cumplido la EDAD ORDINARIA de JUBILACIÓN** / Estar al corriente de pago de las cuotas a la SS.
- Por cese de actividad puede obtener:
    - El abono de la cotización a la Seguridad Social del trabajador autónomo al régimen correspondiente. A tales efectos, el órgano gestor se hará cargo de la cuota que corresponda durante la percepción de las prestaciones económicas por cese de actividad.
    - El abono de la cotización a la Seguridad Social del trabajador autónomo por todas las contingencias al régimen correspondiente, a partir del sexagésimo primer día de baja conforme a lo dispuesto en el artículo 308.

## MINERÍA DEL CARBÓN (Decreto 298/1973) (clase pasiva)

Se aplica a:

- Extracción de carbón en las minas subterráneas.
  - Explotación de carbón a cielo abierto.
  - Investigaciones y reconocimientos.
  - Aprovechamiento de carbones y aguas residuales con esta materia.
  - Escogido de carbón en escombreras.
  - Fabricación de aglomerados de carbón mineral.
  - Hornos de producción de Cok.
  - Transportes fluviales de carbón.
  - Actividades secundarias o complementarias de las anteriores.
- Acción PROTECTORA:** Las empresas, dentro de los **15 días siguientes** a la terminación de cada mes natural, deberán remitir a la TGSS los partes mensuales de:
- Los trabajadores que hayan ingresado y cesado en la empresa.
  - Los trabajadores que hayan cambiado de categoría o especialidad profesional.
  - Los trabajadores que hayan faltado al trabajo por causas distintas a baja por enfermedad.
  - En materia de cotización.

La base de cotización por contingencias profesionales se calcula añadiendo a las retribuciones mensuales que tenga derecho a percibir el trabajador, o que realmente perciba, de ser éstas superiores, la parte proporcional de las pagas extraordinarias y las demás percepciones de vencimiento superior a un mes o que no tengan carácter periódico y se satisfaga en el ejercicio.

### ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA

Quedan incluidos:

- El personal al servicio de la Administración de justicia comprendido en la LOPJ.
- Los funcionarios en prácticas al servicio de la Administración de justicia.

### ESTUDIANTES (Ley de 17 de julio de 1953) (CLASE PASIVA)

Están obligatoriamente incluidos en el campo de aplicación del Seguro Escolar todos los estudiantes menores de 28 años (incluido los de la UE):

- **ESO / Bachillerato / FORMACIÓN PROFESIONAL** (1º grado, grado medio y grado superior) / **ORIENTACIÓN UNIVERSITARIA / CENTROS INTEGRADOS / GARANTÍA SOCIAL / UNIVERSIDAD / CONSERVATORIOS** (danza y música) / **ARTE DRAMÁTICO / TEOLOGÍA** / Estudiantes universitarios que realicen prácticas en empresas.

**ACCIÓN PROTECTORA:**

- El alta es **AUTOMÁTICA** en el momento de realizar la matrícula.
- Los sujetos responsables son los **ESTUDIANTES (50%)** cuando pagan la matrícula y el **MECD (50%)**.

Cubren enfermedades, accidentes y infortunio familiar (fallecimiento del padre de familia)

TRABAJADORES AUTÓNOMOS ECONÓMICAMENTE DEPENDIENTES	FUNCIONARIOS Y CIVILES DEL ESTADO (CLASE PASIVA)	FUERZAS ARMADAS (CLASE PASIVA)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Concepto:</b> la persona física que realiza una actividad económica o profesional a título lucrativo y de forma habitual, personal, directa y predominante para un cliente del que percibe, al menos, el 75 por 100 de sus ingresos por rendimientos de trabajo y de actividades</li> <li>• Los trabajadores autónomos económicamente dependientes tienen incluida <b>OBLIGATORIAMENTE</b>, dentro del ámbito de la acción protectora de la Seguridad Social, la cobertura de la <b>INCAPACIDAD TEMPORAL</b> y de los <b>ACCIDENTES DE TRABAJO</b> (toda lesión corporal que sufra con ocasión o por consecuencia de la actividad profesional. Salvo prueba en contrario, se presumirá que el accidente no tiene relación con el trabajo cuando haya ocurrido fuera del desarrollo de la actividad profesional de que se trate) y <b>ENFERMEDADES PROFESIONALES (317 LHSS)</b></li> </ul>	<p><b>INCLUIDOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los funcionarios de <b>CARRERA</b> de la Administración Civil del Estado.</li> <li>• Los funcionarios en <b>PRÁCTICAS</b> que aspiren a incorporarse a Cuerpos de la Administración Civil del Estado.</li> </ul> <p><b>EXCLUIDOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Funcionarios administración Local</li> <li>• Funcionarios Organismos autónomos</li> <li>• Administración militar</li> <li>• Funcionarios administración de justicia</li> <li>• Los de nuevo ingreso y en prácticas de las CA</li> <li>• Los transferidos a las CCAA, que ingresen voluntariamente en cuerpos o escalas de éstas</li> <li>• Personal administración y servicios de las universidades</li> </ul>	<p>Quedan obligatoriamente incluidos en el campo de aplicación del Régimen Especial de la SS de las Fuerzas Armadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los militares de carrera de las Fuerzas Armadas.</li> <li>• Los militares de complemento.</li> <li>• Los militares profesionales de tropa y marinería.</li> <li>• Los alumnos de la enseñanza de formación.</li> <li>• Los militares de carrera de la Guardia Civil y los alumnos de los centros docentes de formación de dicho centro.</li> <li>• Los funcionarios de Cuerpos adscritos al Ministerio de Defensa que no hayan ejercitado la opción de incorporarse al Régimen Especial de SS de los Funcionarios Civiles del Estado.</li> <li>• El personal regido por el Estatuto de personal del Centro Nacional de Inteligencia.</li> </ul>

### Artículo 249. Acción protectora y cotización

1. La acción protectora de la Seguridad Social del trabajador contratado para la formación y el aprendizaje comprenderá todas las contingencias, situaciones protegibles y prestaciones de aquella, incluido el desempleo. Respecto a la protección por desempleo, resultará de aplicación lo establecido en el título III con las especialidades previstas en el artículo 290.

2. Los contratos suscritos conforme a lo dispuesto en el apartado anterior de este artículo estarán exentos de la cotización por formación profesional.

### Artículo 249 bis. Cómputo de los periodos de cotización en contratos de corta duración.

1. A los exclusivos efectos de acreditar los periodos mínimos de cotización necesarios para causar derecho a las prestaciones de jubilación, incapacidad permanente, muerte y supervivencia, incapacidad temporal, maternidad y paternidad, y cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave, en los contratos de carácter temporal cuya duración efectiva sea igual o inferior a cinco días, regulados en el artículo 151 de esta ley, cada día de trabajo se considerará como 1,4 días de cotización, sin que en ningún caso pueda computarse mensualmente un número de días mayor que el que corresponda al mes respectivo.

2. Esta previsión no será de aplicación en los supuestos de contratos a tiempo parcial, de relevo a tiempo parcial y contrato fijo-discontinuo.



## 2.1 DERECHO A ASISTENCIA SANITARIA

**-INTRODUCCIÓN:** Aunque el artículo 43 de la Constitución -y los Tratados Internacionales- hablan del derecho a la salud, EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, es mucho más amplio, pues englobaría tanto las MEDIDAS PREVENTIVAS como las PRESTACIONES y SERVICIOS NECESARIOS (STC 126/ 2008, de 27 de octubre).

- **Naturaleza de las Prestaciones Sanitaria:** PROFESIONAL (fruto de su historia y de su actual gestión) y UNIVERSAL (tras la CE y Ley 41/1986, de 25 de abril).
- **Regulación Jurídica:** están reguladas en el capítulo IV del Título II del Real Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS).
- **Sujetos:** Actualmente engloba este derecho tanto los Españoles como los Extranjeros Residentes, pero por razones de la crisis económica, la Ley «no generaliza el derecho a obtener gratuitamente dichas prestaciones, sino que programa su aplicación paulatina».
- Otra característica es la **DESVINCLACIÓN TOTAL de la Seguridad Social en el plano financiero (Estado asumió la totalidad de la asistencia sanitaria)**.
- **Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública (LGSP):** asegura un mínimo el alcance previsto en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.
- **Es un SISTEMA DUAL**, reconocido por el Tribunal Constitucional. Es decir, están gestionadas, aparte de por las instituciones sanitarias estatal y autonómicas (PÚBLICAS), por unas Entidades Gestoras y Colaboradoras del Sistema de la Seguridad Social (PRIVADAS).
  - Antiguamente estaban gestionadas por El INSALUD y el El ISM, pero más tarde fueron traspasadas a las CCAA (excepto Ceuta y Melilla que las gestiona el INGESA).
- Además de estas prestaciones sanitarias gestionadas por el antiguo INSALUD e ISM y por las CCAA, existen otras que, aun formando parte del Sistema Nacional de Salud, son propias del Sistema de la Seguridad Social puesto que están gestionadas por:
  - **Entidades Gestoras de la Seguridad Social:**
    - La Mutualidad General de los Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE),
    - El Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS)
    - La Mutualidad general judicial (MGJ)
  - **Entidades colaboradoras de la Seguridad Social:**
    - Las Mutuas y las empresas, caso de los trabajadores por cuenta ajena del Régimen General y de los trabajadores por cuenta propia del RETA
    - Régimen Especial de los Trabajadores del Mar (ISM).
  - **Esto provoca que se hable de:**
    - Prestaciones sanitarias y de protección de la salud
    - De competencia del Estado otras de las Comunidades Autónomas
    - De carácter profesional y el universal (asistencia sanitaria de la SS y del SNS).
    - Complejidad del Derecho Comunitario en esta materia
    - Conviven una pluralidad de formas de gestión, directas e indirectas.

**-ANTECEDENTES HISTÓRICOS:** Como enseñó ALONSO OLEA la enfermedad es un tipo de riesgo que nunca dejará de existir por muy buena que sea la situación de la población en su conjunto.

- Su **aseguramiento tenía como características propias:**
  - Su ELEVADO COSTE (muchas acciones van dirigidas a colectivos que NO trabajan / los nuevos avances tecnológicos tiene un elevado coste / muchas personas que se benefician del sistema son dependientes del propio trabajador).
  - Su ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA ES MUY COMPLEJA tanto en su estructura como por los

profesionales que la prestan, siendo MUY COMPLICADO SU CONTROL.

- Elevado COSTE en preparar profesionales sanitarios y mantenerlos con un salario.
- El **seguro de enfermedad moderno se instauró primeramente en Alemania**, formando parte del programa social de Bismarck (ley de 15 de junio de 1883) y lentamente, fue extendiéndose a prácticamente todos los países.
- Posteriormente se incorporó el seguro de enfermedad, desarrollándose el **Plan Beveridge**.

### • En España:

- 1º se creó el seguro de enfermedad a través del Seguro Obligatorio por Enfermedad (el SOE), que cubría la enfermedad de los asegurados (el trabajador por cuenta ajena) y de sus beneficiarios (los familiares).
- En 1966, se crea la **Ley de Seguridad Social** que separa las prestaciones económicas de las sanitarias, refundiendo las económicas dentro de las de incapacidad laboral transitoria y/ o invalidez. Ahora se protegía tanto la ENFERMEDAD (común y profesional), las LESIONES derivadas de cualquier accidente y la MATERNIDAD.
  - Los beneficiarios eran LOS ASEGURADOS y SUS FAMILIARES.
  - El Objeto: la prestación de servicios médicos v farmacéuticos conducentes a conservar o restablecer la salud (y la) aptitud para el trabajo de las personas que tenían derecho a ella.
- Finalmente el **Real Decreto 2065/1974**, de 30 de mayo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (en adelante LGSS 74). Su gestión seguía encomendada el INP.
- **El (actual) Real Decreto Legislativo 8/2015**, de 30 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, que mantiene, dentro de su acción protectora, la misma asistencia sanitaria que la LGSS (1994), artículo 42.1 a).
- **Asistencia Sanitaria tras la promulgación de la Constitución Española de 1978:**
  - Art. 41 CE: dedicado a la Seguridad Social (Poderes Públicos deben mantenerlo).
  - Art. 43 CE: a la protección de la salud (Poderes Públicos la organizan y tutelan).
  - Art. 149.1.17 CE: a la distribución de competencias de la asistencia sanitaria del sistema de la Seguridad Social es exclusivo legislativamente del ESTADO.
  - Art. 148.1.21 y 149.1.16 CE: la salud, llamándola Sanidad.
  - La complejidad, de hablar indistintamente de asistencia sanitaria, de derecho a la salud pública, es debido a la indefinición de la naturaleza jurídica de las prestaciones sanitarias o, como se ha señalado, a su híbrida naturaleza jurídica.
  - Los Arts. 41 y 43 CE según ALONSO OLEA supuso que La legislación dictada en desarrollo de ambos preceptos constitucionales se produjera por distintas leyes:
    - **Pluralidad de leyes** que constituyen un cuerpo normativo:
      - **La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente en materia de información y documentación clínica y de los derechos y obligaciones (LIP).**
      - **La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (LCC),**
      - **La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS);**
      - **La Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida;**
      - **La Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios;**
      - **La Ley Orgánica 2/2010, de salud sexual y reproducción y de la interrupción voluntaria del embarazo,**
      - **La Ley 30/1979, de 27 de octubre, sobre extracción y trasplante de órganos, entre otras.**
  - La GESTIÓN y ORGANIZACIÓN de la asistencia sanitaria se encomendó, a nivel ESTATAL, al MINISTERIO DE SANIDAD, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI).
  - A su vez, debido a la distribución constitucional de competencias sobre Seguridad Social y Sanidad, la GESTIÓN encomendada al INSALUD y al ISM fue TRANSFERIDA a las CCAA.
  - Toda la FINANCIACIÓN se realiza a través de la publicación de la Ley de Presupuestos de 1999, el Estado asumió la totalidad de la asistencia sanitaria, a través del presupuesto del INSALUD, suprimiéndose la referencia a la aportación procedente de las cotizaciones sociales; con ello, se produjo «una desvinculación total de la Seguridad Social en el plano financiero.

## -PRINCIPIOS SOBRE LOS QUE SE ASIENTA LA ASISTENCIA SANITARIA:

- **UNIVERSALIDAD** = es el derecho de ACCESO a la asistencia sanitaria pública a TODOS los ESPAÑÓLES residentes en el territorio nacional .
- **IGUALDAD** = es el derecho a las prestaciones sanitarias de acceder a las prestaciones sin NINGÚN tipo de DISCRIMINACIÓN (IGUALDAD EFECTIVA).
- **SOLIDARIDAD** = la política de salud estará orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales (artículo 3.3. LGS).
- **UNIDAD** = los ciudadanos tienen «derecho a recibir, por parte del servido de salud de la Comunidad Autónoma en la que se encuentre desplazado, la asistencia del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud que pudiera requerir, en las mismas condiciones e idénticas garantías que los ciudadanos residentes en esa Comunidad Autónoma».
- **EQUIDAD** = Las políticas, planes y programas que tengan impacto en la salud de la población promoverán la disminución de las desigualdades sociales en salud e incorporarán acciones sobre sus condicionantes sociales, incluyendo objetivos específicos al respecto.
- **SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS** = Las actuaciones de salud pública tendrán en cuenta las políticas de carácter NO sanitario que influyen en la salud de la población, promoviendo las que favorezcan los entornos saludables y disuadiendo, en su caso, de aquellas que supongan riesgos para la salud.
- **DE PERTINENCIA (adecuación)**: Las actuaciones de salud pública atenderán a la magnitud de los problemas de salud que pretenden corregir, justificando su necesidad de acuerdo con los criterios de proporcionalidad, eficiencia y sostenibilidad.
- **DE PRECAUCIÓN**: La existencia de indicios fundados de una posible afectación grave de la salud de la población, aun cuando hubiera incertidumbre científica sobre el carácter del riesgo, determinará la cesación, prohibición o limitación de la actividad sobre la que concurren.
- **DE EVALUACIÓN**: Las actuaciones de salud pública deben evaluarse en su funcionamiento y resultados, con una periodicidad acorde al carácter de la acción implantada.
- **DE TRANSPARENCIA**: Las actuaciones de salud pública deberán ser transparentes. Para ello, la información deberá de ser CLARA, SENCILLA y COMPRENSIBLE.
- **DE INTEGRALIDAD**: Las actuaciones de salud pública deberán organizarse y desarrollarse dentro de la concepción integral del sistema sanitario.
- **DE SEGURIDAD**: Las actuaciones en materia de salud pública se llevarán a cabo previa constatación de su seguridad en términos de salud.

## 2.2 DERECHO INTERNACIONAL Y ASISTENCIA SANITARIA

**-INTRODUCCIÓN:** Abordaremos el derecho a la asistencia sanitaria desde la perspectiva del Derecho Internacional y en especial el del Derecho Comunitario y la regulación del derecho interno español cuando el asegurado o beneficiario sea extranjero no comunitario o español residente en el extranjero o retornado.

### **-DERECHO SUPRANACIONAL: ORGANIZACIONES INTERNACIONALES:**

- En relación al Derecho Internacional de la SS, la MATERNIDAD y la INFANCIA tienen derecho a cuidados y asistencia ESPECIALES.
- **El art. 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales:** “los Estados Partes del Pacto, RECONOCEN el derecho de toda persona al DISFRUTE DEL MÁS ALTO NIVEL POSIBLE DE SALUD FÍSICA Y MENTAL”. Para ello, establecen como medidas:
  - La REDUCCIÓN de la MORTALIDAD, especialmente de la INFANTIL.
  - MEJORA de la HIGIENE Laboral y del Medio ambiente.
  - PREVENCIÓN de ENFERMEDADES y epidemias.
  - Asegurar la ASISTENCIA MÉDICA en caso de enfermedad.
- **Reglamento Sanitario Internacional (2005):** Tiene el apoyo de la OMS y la firma de 194 Estados. Su fin es REFORZAR la SEGURIDAD SANITARIA nacional, regional y mundial y ERRADICAR propagación internacional de enfermedades. **Novedades:**
  - Un alcance que NO se limita a una enfermedad o modalidad de transmisión en concreto, sino que abarca toda dolencia o afección médica, cualquiera sea su origen o procedencia.
  - Obliga la instalación de un mínimo de capacidades básicas en materia de salud pública.
  - Obliga a los EEPP de notificar a la OMS los eventos que puedan constituir una emergencia de salud pública.
  - Ofrece disposiciones para la verificación de esos eventos.
  - Ofrece procedimientos para que el director General, determine la existencia de una “emergencia de salud pública de importancia internacional” y formule las medidas de emergencia.
  - La protección de los derechos humanos de los viajeros y otras personas.
  - El establecimiento de centros nacionales de enlace para tramitar las comunicaciones urgentes entre los EEPP y la OMS.
  - Al no limitar su aplicación a enfermedades determinadas, se pretende que el Reglamento mantenga su aplicabilidad durante años, aun cuando exista evolución continua de enfermedades y de factores que determinen su aparición y transmisión.
- **Organización Internacional del Trabajo (OIT):** destaca los siguientes Convenios (ratificados en España):
  - **Convenio núm. 24 sobre el seguro de enfermedad (industria)**
  - **Convenio núm. 25 sobre el seguro de enfermedad (agricultura)**
  - **Convenio núm. 56 sobre el seguro de enfermedad de la gente del mar,**
  - **Convenio núm. 73 sobre el examen médico de la gente del mar**
  - **Convenio núm. 77 y 78 sobre el examen médico de los menores (industria y trabajos no industriales)**
  - **Convenio núm. 124 sobre el examen médico de los menores (trabajo subterráneo)**
  - **Convenio núm. 130 sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad,**
  - **Convenio núm. 161 sobre los servicios de salud en el trabajo**
  - **Convenio núm. 164 sobre protección de la salud y asistencia médica de la gente del mar**
  - **Convenio núm. 167 sobre seguridad y salud en la construcción**
  - **Convenio 176 sobre seguridad y salud en las minas**
  - **Convenio núm. 184 sobre la seguridad y la salud en la agricultura.**

- **CARTA SOCIAL EUROPEA (art 12):** esta carta expresa específicamente que para GARANTIZAR el ejercicio efectivo del derecho a la protección de la salud, las Partes se comprometen a adoptar una serie de MEDIDAS adecuadas con la finalidad de:
  1. Eliminar, en lo posible, las causas de una salud deficiente
  2. Establecer servicios educacionales y de consulta dirigidos a la mejora de la salud
  3. Prevenir las enfermedades epidémicas, endémicas y otras, así como los accidentes.
- Además, **El Convenio Europeo** sobre los derechos humanos y la biomedicina ESTIMA que las Partes se comprometen a PROTEGER la DIGNIDAD e IDENTIDAD del ser humano y demás derechos y libertades fundamentales.

### **-CONVENIOS INTERNACIONALES BILATERALES SOBRE ASISTENCIA SANITARIA (RD**

**1192/2012):** Se estima en la disposición adicional segunda del RD 1192/2012 que regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos a través del Sistema Nacional de Salud (el DCA), que las personas con derecho a asistencia sanitaria y en aplicación de los convenios bilaterales que comprendan la prestación de asistencia sanitaria, "tendrán acceso a la misma, siempre que residan en territorio español o durante sus desplazamientos en las disposiciones... bilaterales".

- **Los países que España tiene celebrados Convenios bilaterales son:** Andorra (2002); Brasil (1996), Chile (1998); Ecuador (2011); Marruecos (1982); Perú (2005) y Túnez (2001) y cubren la asistencia sanitaria por maternidad, enfermedad común o profesional y accidente, sea o no de trabajo.
- En general, se aplicaran a las personas que trabajen o hayan trabajado en uno o en ambos países y a sus familiares, salvo el Convenio de Marruecos y Túnez que además, se aplicara a quienes tengan la condición de refugiados y a los apátridas que residan habitualmente en uno de los dos países, como a los miembros de sus familias y supervivientes.

### **-DERECHO DE LA UNIÓN EUROPEA: SUS REGLAMENTOS Y DIRECTIVAS:**

- **CARTA DE DERECHOS FUNDAMENTALES:** recogen 2 preceptos de interés:
  - **Art. 34:** la UE reconoce y RESPETA el derecho de acceso a las prestaciones de SEGURIDAD SOCIAL y a los SERVICIOS SOCIALES que garantizan una protección en casos de MATERNIDAD, ENFERMEDAD, DEPENDENCIA, ACCIDENTE LABORAL o VEJEZ.
  - Toda persona que RESIDA y se DESPLACE legalmente dentro de la UE tiene el derecho a las prestaciones de SS.
  - **Art. 35:** Toda persona tiene derecho a la PREVENCIÓN SANITARIA y a beneficiarse de la ATENCIÓN SANITARIA en las condiciones establecidas por las legislaciones y practicas nacionales.
- **TFUE (Título XIV del art 168):** GARANTIZA un alto nivel de PROTECCIÓN de la salud humana y establece que la UE debe encaminar MEJORAS del sistema de la SANIDAD PÚBLICA para PREVENIR enfermedades humanas y EVITAR las fuentes de peligro para la salud física y psíquica. Asimismo, la UE tiene que INFORMAR a la población de las posibles epidemias y del consumo de determinadas sustancias como las DROGAS. Por tanto, es PROFESIONAL y UNIVERSAL.
- **Reglamento 883/2004 y Reglamento 987/2009:** regulan la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud (DCA).
  - Establece que las personas con derecho a asistencia sanitaria en aplicación de los reglamentos comunitarios... tendrán acceso a la misma, siempre que residan en territorio español o durante sus desplazamientos temporales a España...

- Pero estos Reglamentos excluyen expresamente la asistencia sanitaria de carácter universal.
- **El campo de aplicación personal de los Reglamentos comunitarios sobre SS, son para:**
  - **Nacionales de un EEMM de la UE** de un Estado Parte del Espacio Económico Europeo (Islandia, Liechtenstein y Noruega) o Suiza.
  - **Apátridas o refugiados residentes en uno de los EEMM de la UE**, en un Estado Parte del Espacio Económico Europeo o Suiza.
  - **Miembros de la familia y a los supervivientes de personas que hayan estado sujetas a la legislación de uno o varios EEMM**, cualquiera que sea la nacionalidad de éstas, si dichos supervivientes son nacionales de un EEMM de la UE, de un Estado parte del Espacio Económico Europeo, de Suiza, o refugiados o apátridas residentes en el territorio de la UE, del Espacio Económico Europeo, o de Suiza.
- **Nacionales de terceros países con residencia legal en un EEMM de la UE (salvo Dinamarca y Reino Unido) conforme con el Reglamento 1231/2010:** Siempre debe de existir IGUALDAD de TRATO y mismas condiciones.
  - **RESIDENCIA:** tendrán derecho a la prestación toda PERSONA ASEGURADA y SU FAMILIA que residan en un EEMM distinto del EEMM competente, y disfrutaran en el EEMM de residencia de las prestaciones en especie facilitadas, por cuenta de la institución competente.
    - **Se pone de manifiesto una situación que se estaba produciendo y que ha sido recogida y explicada en el Dictamen del Consejo de Estado sobre el Proyecto del RD por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España. En dicho informe, se destacaba que nacionales de EEMM de la UE incluidos en el ámbito de aplicación de los Reglamentos comunitarios recibían asistencia sanitaria en España al margen del procedimiento previsto. Esto sucedía con los nacionales comunitarios desplazados o residentes en España que no estaban asegurados en su país de origen o carecían de los formularios de derecho de la institución competente de dicho país y que era necesario para acceder a la cobertura sanitaria en el país de destino. Esto impedía el ulterior reembolso de los gastos ocasionados por dicha asistencia a los países de origen.**
  - **ESTANCIA:** la persona asegurada y los miembros de su familia que se hallen en un EEMM distinto del Estado miembro competente tendrán derecho a las prestaciones en especie necesarias, desde un punto de vista médico, se toma en consideración la naturaleza de las prestaciones y la duración prevista de la estancia.
  - **DESPLAZAMIENTO:** la persona asegurada que se desplace a otro EEM para poder recibir prestaciones en especie durante su estancia DEBERÁ SOLICITAR la AUTORIZACIÓN a la institución competente.
- En el caso del **Derecho interno español**, la competencia para reconocer tal condición la tiene atribuida el INSS (en su caso, ISM, MUFAE, ISFAS o/y MGJ), y tienen la condición de asegurado:
  - Las personas nacionales de los EEMM de la UE, del Espacio Económico Europeo o de Suiza, que se encuentren en alguno de los supuestos relacionado en el art. 3LCC: trabajadores por cuenta ajena o propia, beneficiarios de prestaciones como pensionistas y/o perceptores de prestaciones periódicas que NO tengan el carácter de pensiones; etc.
  - Los ciudadanos de la UE y demás nacionales a los que se les aplica el Reglamento 883/2004 que figuren inscritos en Registro Central de Extranjeros, NO tengan ingresos superiores a 100.000€ en cómputo anual y no tengan cubierta la prestación sanitaria por otra vía.
- Para que puedan recibir las prestaciones sanitarias en un país distinto en el que se esté asegurado, se requiere tener reconocido tal condición (doc. expedida por la autoridad competente de cada EEMM):
  - **S1 (Antiguo E-106):** certificado del derecho a prestaciones sanitarias si el asegurado no vive en el país donde está asegurado (útil para desplazamientos temporales y trabajadores que ejerzan su actividad en dos o más EEMM).

- **S2 (Antiguo E112):** para asistencia sanitaria programada.
- **S3 (Antiguo E-106):** para trabajadores transfronterizos para que puedan recibir la asistencia sanitaria en el país donde trabajaba antes.
- **DA1 (Antiguo E-123):** para supuestos específicos de accidente de trabajo y enfermedad profesional que permite al trabajador recibir tratamiento médico en las condiciones específicas previstas en cada EEMM para las contingencias profesionales.
- **Tarjeta Sanitaria Europea (TSE):** expedida por las autoridades competentes del Estado de aseguramiento (en España el INSS; o el MUFACE; ISFAS; MGJ para los Regímenes especiales).
  - Su regulación está contenida en los Reglamentos de SS (883/2004 y 987/2009).
  - La TSE es nominativa e individual y son las instituciones de los EEMM quienes determinan el periodo de validez (En España 2 años para trabajadores por cuenta ajena).
  - En circunstancias excepcionales como el robo, pérdida o partida inminente del asegurado sin que dé tiempo a su emisión, las autoridades competentes expedirán un certificado provisional sustitutorio (En España, su duración es de 90 días como máximo, desde su fecha de inicio).
- **Directiva 2011/24/UE y Reglamento 883/2004 (SISTEMA COORDINADO, NO armonizado):** La Directiva y el Reglamento coinciden ampliamente en sus ámbitos subjetivos y objetivos de aplicación. La diferencia práctica más notable es que en la Directiva los pacientes anticipan los pagos de la asistencia sanitaria recibida y que se reembolsara posteriormente según los casos; y en el Reglamento no existe esta obligación con carácter general. Otra diferencia, es que la Directiva es aplicable a todos los proveedores de asistencia sanitaria (sea persona física o jurídica que preste legalmente asistencia sanitaria en el territorio de un EEMM) ya sean públicos o privados, mientras que el Reglamento coordina solo a los del sistema de seguridad social.
  - **NO se aplica:** los cuidados de larga duración en tareas rutinarias y diarias / asignación de órganos y el acceso a los mismos fines de trasplante de órganos / Y los programas de vacunación pública.
  - **La asistencia sanitaria transfronteriza se presta conforme a:**
    - La legislación del EEMM del tratamiento
    - Las normas y directrices sobre calidad y seguridad establecidas por el EEMM
    - La legislación de la Unión en materia de normas de seguridad, teniendo en cuenta los principios de universalidad, acceso a una atención de elevada calidad, equidad y solidaridad.
  - En relación con los pacientes de otros EEMM se aplica el principio de NO discriminación en razón de la nacionalidad.
  - La obligación del reembolso de costes por la asistencia sanitaria transfronteriza, debe limitarse a la asistencia sanitaria a la cual el asegurado tenga derecho conforme a la legislación del EEMM de afiliación (En España por CCAA).

## **-DERECHO INTERNO ESPAÑOL:**

### **1) CLASIFICACIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS EXTRANJEROS NO COMUNITARIOS:**

- **Derechos por MANDATO CONSTITUCIONAL:** estos derechos se aplican por IGUAL a todas las PERSONAS y NO resulta posible un tratamiento desigual respecto de los españoles: p. e. dignidad humana, paz social....
- **Derechos RECONOCIDOS a los EXTRANJEROS:** son derechos reconocidos a este colectivo, donde el legislador NO les puede negar ni privar de ellos, «aunque sí que puede establecer condicionamientos adicionales respecto a su ejercicio».
- **Derechos RECONOCIDOS POR LOS TRATADOS y LEYES INTERNACIONALES:** son derechos

que NO son atribuidos directamente por la Constitución a los extranjeros pero SI por Tratados y leyes Internacionales. El legislador en este caso puede exigir una serie de condiciones y requisitos para percibir esa ayuda y poder residir en España.

- **2) DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA DE LOS EXTRANJEROS NO COMUNITARIOS:** gozarán del derecho a asistencia sanitaria en los términos establecidos en la DUDH.
  - Si reside en España, tiene derecho «a acceder a las prestaciones y servicios de la Seguridad Social en las mismas condiciones que los españoles», incluidas las prestaciones no contributivas.
  - Se precisa residencia nacional.
- **3) DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA EN CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES:**
  - De URGENCIA por enfermedad grave o accidente (hasta la situación de alta médica).
  - De asistencia al EMBARAZO, parto y postparto.
  - En todo caso, los extranjeros MENORES de 18 años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.
- **4) Asistencia sanitaria a favor de los españoles residentes en el extranjero, de los españoles retornados y trabajadores / pensionistas temporalmente desplazados:** «el Estado velará especialmente por la salvaguardia de los derechos económicos y sociales de los trabajadores españoles en el extranjero y orientará su política hacia su retorno».
- **5) Derecho a la asistencia sanitaria a favor de los españoles residentes en el extranjero:** El Real Decreto 8/2008 tiene por finalidad establecer un mecanismo de protección que garantice el derecho a percibir una prestación por RAZÓN DE NECESIDAD a los ESPAÑOLES RESIDENTES EN EL EXTERIOR (independientemente de sus causas).
  - El importe de esta prestación vendrá determinado por cada uno de los países de forma objetiva, tomando como referencia la realidad socioeconómica del país de residencia.
  - La totalidad del coste de dicha asistencia NO podrá ser REPERCUTIDA sobre la prestación económica (La Dirección General de Emigración determinará anualmente el coste que se repercutirá en la citada prestación).
  - Se podrán suscribir convenios, acuerdos o cualquier otro instrumento jurídico donde se determine el alcance de la prestación de asistencia sanitaria y su financiación.
  - Siempre que exista suficiencia presupuestaria también podrán beneficiarse otros españoles residentes en los países en los que se haya suscrito un Convenio para la prestación de la asistencia sanitaria, en situación de necesidad debidamente acreditada.
- **6) El derecho a la asistencia sanitaria a favor de los españoles de origen retornados, de trabajadores de origen retornados, de trabajadores y de pensionistas españoles, de origen, residentes e el exterior temporalmente desplazados al territorio nacional:** El Real Decreto 8/2008, establece que son 2 tipos de prestaciones sociales para los españoles retornados:
  - 1. Los españoles de origen residentes en el exterior que retornen a España tendrán derecho a la asistencia sanitaria cuando, NO tuvieran prevista esta cobertura.
  - 2. El reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria corresponde al Instituto Nacional de la Seguridad Social, el cual expedirá el documento acreditativo del derecho.
- **7) Supuesto especial: españoles residentes en territorio nacional que ostenten condición de empleado o funcionario de Organismos internacionales intergubernamentales** (Real Decreto 1658/1998): La condición de funcionario o empleado de un Organismo internacional se acreditará mediante certificación expedida por el correspondiente organismo, refrendada por el Ministerio de Asuntos Exteriores.

## 2.3 DERECHO CONSTITUCIONAL Y ASISTENCIA SANITARIA

- INTRODUCCIÓN:** A partir de la I Guerra Mundial (1914-1918) las Constituciones comienzan a incluir los denominados D. Sociales, Económicos y Culturales junto a los derechos civiles y políticos.
- 1ª Constitución que en Europa introdujo estos derechos es la Ley Fundamental de Bonn o de Weimar (1919) que incluye: PRESERVACIÓN DE LA SALUD, protección de la MATERNIDAD, asistencia económica resultantes de la VEJEZ, ENFERMEDAD y azares de la existencia.
  - Esta tendencia se generaliza después de la II Guerra Mundial (1939-1945).
  - La Constitución española (1978) contiene varias referencias a la salud: CE 43, CE 148.1.21...

### **-LAS PRESTACIONES SANITARIAS DE LA SS SEGÚN CE (41 y 43 CE):**

- **Art. 41 CE:** Poderes Públicos deben mantener el Sistema de la Seguridad Social. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres.
- **Art. 43 CE:** a la protección de la salud (Poderes Públicos la organizan y tutelan mediante medidas preventivas).
- **Art. 43.3 CE:** Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio. Está desarrollado en:
  - Ley 14/1986, 25 abril, General de Sanidad. LGS.
  - Ley 41/2002, 14 noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente. LAP.
  - Ley 16/2003, 28 mayo, Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. LCC.
  - Ley 44/2003, 21 noviembre, Ordenación de las Profesiones Sanitarias. LOPS, entre otras.
- **Art. 42.1 LGSS:** Las prestaciones sanitarias forman parte de la acción protectora del Sistema de la Seguridad Social, en concreto, la asistencia sanitaria en los casos de maternidad, de enfermedad profesional o común, y de accidente, de trabajo o no. Todas ellas tienen una base profesional.
- **Art. 98 LGSS:** La asistencia sanitaria del Régimen Gral. de la SS. tiene por objeto la prestación de los servicios médicos farmacéuticos conducentes a conservar o restablecer la salud de los beneficiarios. Proporciona también los servicios convenientes para completar las prestaciones médicas y farmacéuticas y atender la rehabilitación física precisa para la recuperación profesional de los trabajadores.
- **Art. 99 LGSS:** Las contingencias cubiertas por las prestaciones sanitarias son la enfermedad común o profesional, las lesiones derivadas de accidente cualquiera que sea su causa, así como el embarazo y el puerperio.
- **Art. 100 LGSS:** A tenor de este artículo los beneficiarios son:
  - **Como titulares:** los trabajadores por cuenta ajena, los pensionistas del Régimen General y los perceptores de prestaciones periódicas del mismo que no tengan carácter de pensiones.
  - **Como beneficiarios:** Los familiares o asimilados que estén a cargo de los trabajadores pensionistas o perceptores de prestaciones periódicas.
- **Gestión:** la gestión compete al INSALUD y el ISM (cuyas funciones y servicios se traspasaron a las CC.AA.) y las Entidades Gestoras y colaboradoras
  - La jurisprudencia declara que, en cuanto los servicios autonómicos han pasado en su conjunto a sustituir las entidades gestoras específicamente reconocidas en la LGSS, merecen el reconocimiento de su carácter de entidad gestora, ya que han recibido por vía de traspaso los mismos bienes, personas y contenidos que antes desarrollaba el INS de hecho y de derecho.
- **Entidades Gestoras:** Garantizan la cartera de servicios del Sistema Nacional, con garantías de ACCESIBILIDAD, MOVILIDAD, CALIDAD, SEGURIDAD, INFORMACIÓN y TIEMPO a sus mutualistas (excepto salud pública).
  - Lo pueden hacer a través de concertos con entidades sanitarias del Sistema o privadas.

- **Son 3 entidades Gestoras:**
  - Mutuality General FF. CC. del Estado (MUFACE).
  - Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS).
  - Mutuality General Judicial (MGJ).
- **Entidades colaboradoras:** son las Mutuas y las empresas, que con responsabilidad de cobertura de asistencia sanitaria pública, ASUMEN la del personal a su servicio, GARANTIZANDO el CONTENIDO de la CARTERA DE SERVICIOS del SNS y el resto de garantías.
  - **Mutuas:** pueden colaborar en la gestión de Asistencia Sanitaria, incluida la REHABILITACIÓN respecto de contingencias profesionales así como la asistencia sanitaria correspondiente a contingencias comunes que sea legalmente autorizada o que pueda facturarse de acuerdo a la normativa (1 RD 1630/2011).
  - **Empresas:** pueden colaborar según los art. 102 LGSS y Orden 25/11/1966.

### **-DISTRIBUCIÓN COMPETENCIAL EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL:**

- **Art. 148.1.21 CE:** Las CCAA podrán asumir competencias en las siguientes materias:..... SANIDAD e HIGIENE.
- **Art. 149.1.16 y 149.1.17 CE:** El ESTADO tiene competencia EXCLUSIVA en (...) SANIDAD EXTERIOR, COORDINACIÓN GENERAL DE LA SANIDAD y Legislación sobre productos FARMACÉUTICOS y sobre la LEGISLACIÓN BÁSICA de la SS (sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las CCAA).
- **Distribución competencial en materia de Seguridad Social (asistencia sanitaria):**
  - **MATERNIDAD, ENFERMEDAD (profesional y común) y ACCIDENTES (de trabajo o no) -> son gestionadas por:**
    - Administraciones sanitarias autonómicas y del Estado.
    - Entidades gestoras de la SS. (MUFACE, ISFAS, MGJ).
    - Las MATEP y las empresas.
  - **Distribución competencial en materia de Sanidad:** según el Tribunal Constitucional existe:
    - **1) Sanidad exterior:** comprende la vigilancia y el control riesgos para la salud derivados de la importación, exportación o tránsito de mercancías.
      - Es competencia EXCLUSIVA del ESTADO.
      - Según MSSSI comprende la sanidad exterior: Control epidemiológico, enfermedades transmisibles, conservación M.A. saludable, normativa internacional e investigación biomédica.
    - **2) Sanidad interior:** se trata del control sanitario producción/almacenamiento/transporte/manipulación y venta de alimentos y bebidas.
      - Se pretende una regulación normativa UNIFORME de vigencia en toda la Nación (denominador común que las CC.AA. podrán desarrollar).
      - El TC ha declarado que la CE NO solo atribuye al Estado esta facultad, sino también a las CCAA que deben preservar la existencia de un sistema sanitario nacional UNITARIO.

### **-1) COMPETENCIA ESTATAL: ES LEGISLATIVA y EJECUTIVA.**

- **Corresponde al Estado una REGULACIÓN UNIFORME MÍNIMA y de VIGENCIA en todo el territorio español:** fijación de bases, coordinación general y alta inspección.
- **Las CCAA pueden mejorarlo en su ámbito, pero NO perjudicarlo.**
- **Bases sobre sustancias aditivas (STC 71/1982):** dada su peligrosidad, un sistema preventivo consiste en la prohibición de su empleo y el levantamiento de esta prohibición (medida básica en todo el territorio nacional => Estado), ello NO es ajeno a la unidad de mercado y a la libre circulación de bienes.

- **El ESTADO DETERMINA los requisitos sanitarios de los alimentos y existencia de registro general sanitario por 2 razones:**
  - A) Para PROTEGER el principio de IGUALDAD y UNIVERSALIDAD de la SALUD.
  - B) Porque el REGISTRO es un instrumento que permite la difusión de datos y comprobación por todas las AA.PP (las CCAA pueden tener su propio registro).
- **Coordinación:** la coordinación PERSIGUE la integración de la diversidad de las partes (diferentes sistemas) y evitar las contradicciones y reduciendo disfunciones que, impedirían o dificultarían la realidad misma del sistema. Para ello, se Fijan los medios y sistemas de relación para una información recíproca, homogeneidad técnica y acción conjunta de las autoridades sanitarias estatales y comunitarias:
  - Intercambiar información necesaria
  - Realizar tareas clínicas derivadas de la detección de riesgos
  - Realizar exámenes diagnósticos
  - Ejecutar programas de prevención
  - Desarrollar atención familiar y comunitaria
  - Desarrollar acciones preventivas en el entorno vital incluido el hogar
  - Aportar a los servicios asistenciales información científica actualizada
  - Colaborar con la dirección estratégica de los equipos asistenciales
  - Desarrollar mecanismos de coordinación entre atención primaria y especializada con dispositivos de PRL
  - Establecer mecanismos para comunicar la sospecha de enfermedades profesionales
- Junto a este principio de coordinación está el de COLABORACIÓN y COOPERACIÓN a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, constituido por el MSSSI y Consejeros de sanidad CCAA (podrán incorporar otros representantes):
  - Asesoramiento, planificación y evaluación del SNS.
  - Coordinación del Sistema.
  - Cooperación Estado/CC.AA.
- **Alta Inspección:** el TC dice que es competencia estatal la BÁSICA VIGILANCIA del sistema, pero NO de control jerárquico que pueda implicar dependencia jerárquica de las CC.AA.
  - El Estado básicamente debe garantizar y verificar el cumplimiento de sus competencias y ejercer una Alta inspección para su cumplimiento.
    - Supervisar la adecuación entre los planes y programas sanitarios de las comunidades autónomas y el Estado.
    - Evaluar el cumplimiento de fines y objetivos comunes
    - Supervisar el destino y utilización de los fondos y subvenciones del Estado
    - Comprobar que los fondos son utilizados de acuerdo con los principios generales de LCC.
    - Supervisar la adscripción a fines sanitarios de centros, servicios o establecimientos del Estado transferidos
    - f) Verificar la inexistencia de cualquier tipo de discriminación
    - g) Supervisar que el ejercicio de las competencias de sanidad se ajusta a criterios de participación democrática
  - Las funciones de A.I. se ejercerán por los órganos del Estado competentes en sanidad. Sus funcionarios son autoridad pública. Se establecerán mecanismos de coordinación y cooperación con los servicios de inspección de las CC.AA..
- **Productos farmacéuticos (30 LCC):** el MSSSI ejerce competencias del Estado en materia de EVALUACIÓN, REGISTRO, AUTORIZACIÓN, VIGILANCIA y CONTROL de los medicamentos (humanos/veterinarios).
  - Además, tiene capacidad para DECIDIR la financiación pública y fijación del precio de los fármacos (a través de la **Dirección General de Farmacia (fijar precios)** y Productos Sani-

tarios y la **Agencia Española de Medicamentos (inspeccionar, autorización y registrar fármacos)** y Productos Sanitarios.

- **El TC rechaza la creación de un catálogo de productos farmacéuticos fuera del ámbito Estatal** pues en este caso se viola el art. 149.1.16 CE que afirma que es competencia legislativa exclusiva del Estado. Así se cumple que los poderes públicos garanticen el derecho de los pacientes y usuarios que los consumen (STC 98/2004) y la universalidad de la cobertura de la Sanidad.

- **Otras competencias básicas:**

- Extracciones de órganos y piezas anatómicas (ámbito derecho de la personalidad).
- Traslado internacional de cadáveres y restos cadavéricos (riesgo sanitario tráfico internacional).

**-2) COMPETENCIA CCAA (art. 148.1.21 CE.):** Las CCAA tiene competencias exclusivas sobre SANIDAD e HIGIENE. Además tiene competencias de DESARROLLO LEGISLATIVO y EJECUCIÓN de la legislación básica del Estado.

- **Sanidad alimentaria:** las CCAA podrán desarrollar legislación Estado y las competencias organizativas e inspectoras (NO excluyendo la legislación sobre productos alimenticios específicos).
- **Autorizaciones de aditivos** que comprende la regulación sobre productos alimenticios específicos y autorizar la inscripción.
  - El sistema arbitrado está basado en la distinción de **autorización genérica de aditivos** (que es norma básica del Estado)
  - y la **específica o singular** acto de ejecución que corresponde a la competencia autonómica => 2 niveles competenciales.
- **Potestad sancionadora:** cuando ostenten competencia sobre la materia sustantiva (p. E. en SANIDAD) pueden ADOPTAR normas administrativas SANCIONADORAS.
  - No pueden sobrepasar los límites del art. 149.1.1 CE., Ni introducir sanciones que difieran (sin fundamento razonable) de los recogidos para todo el territorio, ateniéndose al PAC.
- **Conclusión:** CCAA pueden dictar leyes y reglamentos que desarrollen y ejecuten las bases dictadas por el Estado. Por tanto pueden asumir competencias:
  - **Legislativas:** desarrollando la competencia exclusiva del Estado.
  - **Ejecutivas:** materia organizativas, inspectoras, control, sancionadoras, regulación productos específicos (dentro de su territorio y con las bases establecidas por el Estado).





## 2.4 TITULARES Y BENEFICIARIOS DEL DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA

**-TITULARES (ASEGURADOS) Y BENEFICIARIOS DEL DERECHO DE ASISTENCIA SANITARIA:** Su regulación básica está contenida en la LCC y en el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, en el que se regula la condición de asegurado y beneficiario con cargo a fondos públicos.

• **TITULAR o ASEGURADO:** es el sujeto causante del derecho a la prestación (se denomina asegurado por influencia de la UE). Puede ser General y Especial.

• **GENERAL (3.2 LCC):** tienen condición de asegurado las personas que se encuentren en alguno de estos supuestos:

• **1-Ser trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia y afiliado a la seguridad social y en situación de alta o asimilada a la de alta.**

• Cuenta ajena -> Derecho del trabajo y Seguridad Social.

• Cuenta propia -> sigue manteniendo su base profesional y la necesidad de que el asegurado este afiliado, en alta o en situación asimilada al alta en el RETA.

• **2-Ostentar la condición de pensionista en la SS.** Las pensiones pueden ser tanto de la modalidad contributiva como de la modalidad no contributiva, las pensiones de jubilación e invalidez (art. 15, Real Decreto 357/1991).

• **3-Ser perceptor de otra prestación periódica de la SS** (subsidio por desempleo...).

• **4-Haber agotado la prestación o subsidio por desempleo** y encontrarse en situación de desempleo, no acreditando la condición de asegurado por cualquier otro título.

• Este supuesto fue introducido en la ley 2/2012 del 29 de junio

• **5-Conforme al art. 3.3 LCC:** los que NO cumplan los requisitos citados anteriormente podrán ser considerados ASEGURADOS siempre que acrediten que NO SUPERAN el límite de ingresos determinado reglamentariamente (100.000€ anuales), sin importar otras características como mutualidades (se tiene en cuenta todos los ingresos recibidos por RENDIMIENTOS DEL TRABAJO, del CAPITAL, de ACTIVIDADES ECONÓMICAS y por GANANCIAS PATRIMONIALES, excepto aquellas personas que NO tienen que realizar el IRPF al no llegar al límite para hacerlo).

• **6-Suscripción de un convenio especial** (Real Decreto 576/2013).

• El convenio especial deberá tener al menos el contenido recogido en el art. 5 DCEAS.

• Si tiene menos de 65 años cuota mensual de 60 euros, si tiene 65 o más cuota de 157 mensuales (puede ser aumentada en función de los aspectos complementarios de las CCAA)

• El convenio se extingue por fallecimiento del suscriptor o cuando deje de cumplir alguno de los requisitos.

• **SUPUESTOS ESPECIALES:**

• **Menores de edad sujetos a tutela administrativa (239.1 CC):** en estos casos siempre tendrán consideración de personas aseguradas, pues así lo dicta el CC para evitar la situación de desamparo de este colectivo, persiguiéndose una PROTECCIÓN para los menores afectados por las leyes para la guarda de los menores (cuando estos queden privados de la necesaria asistencia moral o material).

• **Discapacitados (LISMI y RD Legislativo 1/2013):** el artículo 8 reconoce el derecho a la asistencia sanitaria para aquellos que NO desarrollen una actividad laboral. Estos beneficiarios son los preceptores de los subsidios de garantía de ingresos mínimos y por ayuda de tercera persona previstos en su día en la LISMI.

• Mantienen su percepción siempre que continúen reuniendo los requisitos exigidos y NO opten por pasar a percibir pensión NO contributiva de la SS o asignación económica por hijo a cargo.

• El artículo 9 del Real decreto indica que estarán exentos de aportación por el consumo de

especialidades farmacéuticas, manteniéndose así el criterio establecido por la LISMI.

• **Extinción de la condición de titular (asegurado):** por FALLECIMIENTO del titular o dejar de cumplir REQUISITOS de ASEGURADO.

• **BENEFICIARIOS (3 DCA):** son los familiares del titular o del asegurado.

• **Cónyuge de la persona asegurada** o relaciones análogas (p. e. Pareja de hecho).

• **Ser ex cónyuge o separado judicialmente, y estar a cargo de la persona asegurada.**

• **Ser Descendiente de la persona asegurada o de su cónyuge** (aunque este separado judicialmente), **estar al cargo del asegurado y ser menor de 26 años o en caso de ser mayor con una discapacidad igual o superior al 65%.**

• **También se consideran descendientes:**

• **Los Menores sujetos a la tutela o al acogimiento legal de una persona asegurada** (o de su cónyuge, aunque este separado judicialmente, o de su pareja de hecho...).

• **Hermanas y hermanos de la persona asegurada.**

• **En todos estos supuestos, deben encontrarse a cargo del asegurado convivir con él y depender económicamente del asegurado.**

• **Requisitos que todos los beneficiarios han de cumplir:**

• A) No ostentar la condición de personas aseguradas

• B) Tener residencia autorizada y efectiva en España (salvo desplazamientos temporalmente a España y fuera del territorio español siempre que estos se encuentren en situación asimilada a la de alta).

• C) Cuando una persona pueda ostentar la condición de beneficiaria de dos personas, solo podrá reconocer dicha condición por una de ellas.

• **Reconocimiento y control de la condición de titular (asegurado) y de beneficiario (3 LCC y 4 DCA):** el INSS es el organismo encargado de su control y gestión. Para ello necesita de un mecanismo como el REGISTRO donde almacenen los datos de las personas y asegurados en SS.

• El reconocimiento a instancia de parte procede cuando no lo sea de oficio, requiere la presentación de una solicitud de los interesados dirigida a la Dirección Provincial del INSS correspondiente a su domicilio.

• **La solicitud debe ser acompañada por:** DNI o pasaporte (o certificado de residencia) / CERTIFICADO de RESIDIR EN ESPAÑA / EMPADRONAMIENTO / NO superar el límite de 100.000€ En el IRPF / DECLARACIÓN RESPONSABLE DE NO TENER COBERTURA SANITARIA POR OTRA VÍA (acompañada de un certificado por la administración competente del país de procedencia, excepto los apátridas que NO tienen que entregarlo).

• **Otra documentación (según el caso):** DECLARACIÓN DE DESAMPARO en caso de menores con tutela administrativa / LIBRO DE FAMILIA / Certificación de pareja de hecho si es el caso / Documento acreditativo de la condición de ex cónyuge o separado judicialmente...

• **La dirección provincial del INSS dictara resolución y la notificara en el plazo de 30 días desde el día siguiente de su recepción (silencio administrativo = desistimiento).**

• **Extinción de la condición de beneficiario:** por FALLECIMIENTO del beneficiario, o dejar de cumplir REQUISITOS de beneficiario o pasar a OSTENTAR LA CONDICIÓN DE PERSONA ASEGURADA.

• **Comunicaciones y control de la condición de titular (asegurado) o de beneficiario:** Este aspecto corresponde al INSS o a través de sus Direcciones Provinciales.

• **El hecho de la NO comunicación o la comunicación fraudulenta** -> NO impedirá los posibles efectos retroactivos que puedan darse con la obligación de reintegrar cuando proceda el coste de las prestaciones obtenidas indebidamente.



# DERECHOS Y DEBERES DE LOS CIUDADANOS

## DERECHOS DE LOS CIUDADANOS

- Derecho a la **IGUALDAD** sin discriminación (14 CE).
- Respeto a la **DIGNIDAD HUMANA** (10 CE): tiene alcance tanto en la vida como en la muerte de una persona (destino del cuerpo y sus órganos).
- **DERECHO A LA INTIMIDAD y A LA CONFIDENCIALIDAD** (18 CE y 7 LAP): tanto a nivel personal como familiar. Es un derecho fundamental y también está reconocido en la LAP como confidencialidad.
- Libertad **RELIGIOSA**, aunque es subsidiaria al derecho a la **VIDA**. Para muchas decisiones la AAPP necesitará consentimiento expreso de la persona.
- Derecho al **ACCESO** a la **INFORMACIÓN** (20 CE y 4 LGSP) y recibir información sobre sus derechos sanitarios, actuaciones, prestaciones, riesgos, etc.
- La información básica que el facultativo debe proporcionar al paciente:
  - -Consecuencias relevantes que la intervención origina con seguridad.
  - -Riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.
  - -Riesgos probables, en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.
  - -Las contraindicaciones (art. 10 LPA).
  - -Por tanto el médico **NO** debe informar al paciente sobre aquellos riesgos que, de acuerdo con la ciencia y la experiencia, nos son pre-  
visibles.
- La información se extiende a personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho (5.1 LAP), sobre todo, cuando el paciente **NO** tiene capacidad o facultad para entender dicha información (5.3 LAP).
- Normalmente la información debe ser **VERBAL**, excepto:
  - -En **Intervención quirúrgica**, procedimientos **diagnósticos** y terapéuticos invasores y en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente (8.2 LAP).
  - -En estos supuestos, deberá contener información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos (8.3 LAP).
  - -En todo caso el paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento (8.5 LAP).
- El paciente podrá **RENUNCIAR** a recibir información, si bien, esta renuncia está limitada por el interés de la salud del propio paciente.
- Si se trata de un menor de edad, es necesario el consentimiento informado previo de los padres que no estuvieran privados de la patria potestad o del representante legal del menor, a quien deba oírse si siendo menor de doce años, tuviera suficiente juicio.

## DERECHOS EN MATERIA DE DOCUMENTACIÓN

- El conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e in formaciones de cualquier índole sobre la situación y evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial. El paciente tiene derecho, no a la historia clínica en sí, sino a acceder a ella o a que le sea facilitada una copia.
- Son los centros sanitarios los que tienen que regular el procedimiento (18.1 LAP).
- Su contenido **MÍNIMO** es: DOC. relativa a la hoja clínica estadística / Autorización de ingreso / El informe de urgencia / La exploración física / La evolución / Ordenes médicas / Hoja de interconsulta / Informaciones de exploraciones complementarias / El consentimiento informado / El informe de anestesia / El informe de quirófano.
- Cuando se trate del nacimiento, la historia clínica incorporara, además de esa información, los resultados de las pruebas biométricas, medicas o analíticas.
- El acceso a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, investigación o de docencia, se rige por L.O. 15/1999 de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
- Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica, pero no necesariamente en el soporte original.

## LIBERTAD DE EXPRESIÓN Y ACCESO A LA INFORMACIÓN (20 CE)

- Derecho al **ACCESO A PRESTACIONES SANITARIA** en un **TIEMPO MÁXIMO DE ESPERA** (4 LCC) - > los ciudadanos tienen derecho a recibir asistencia sanitaria en su CCAA de residencia en un tiempo máximo, en los términos del artículo 25, siendo las CCAA quienes establecen los límites y condiciones.
- Quedan excluidas:
  - Las intervenciones quirúrgicas de trasplantes de órganos y tejidos (por posibilidad de catástrofe).
  - Las intervenciones que puedan requerir una espera para reunir las condiciones adecuadas para su realización.
  - La atención sanitaria de urgencia, incluyendo reimplantes de miembros y atención a quemados.
  - La atención sanitaria no incluida en la cartera de servicios de SNS regulada en el DCS.
- Los tiempos máximos establecidos en el Anexo DTMAS son los siguientes:
 

• Intervenciones quirúrgicas ->	Tiempo máx., de acceso (días naturales)
• Cirugía cardiaca valvular ->	180
• Cirugía cardiaca coronaria ->	180
• Cataratas ->	180
• Prótesis de cadera ->	180
• Prótesis de rodilla ->	180

  - Estos tiempos máximos de espera son asimismo de aplicación a la asistencia sanitaria prestada por el INGES, MUFACE, ISFAS, MGJ (disposición adicional única DTFAS).

## OTROS DERECHOS

- Derecho al **DERECHO DE ELECCIÓN DE MÉDICO Y DE CENTRO** (5 y 13 LAP) - > la facultad del paciente o usuario de optar, libre y voluntariamente, entre dos o más alternativas asistenciales, entre varios facultativos o entre centros asistenciales, en los términos y condiciones que establezcan los servicios los servicios de salud competentes.
- Derecho al **ACCESO A PRESTACIONES SANITARIA** en los desplazamientos temporales (4 LCC) - > los ciudadanos tienen derecho a recibir, por parte del servicio de salud de su CCAA en la que se encuentre desplazado, la asistencia sanitaria, en las mismas condiciones y garantías que los ciudadanos residentes en esa CCAA.
- Derecho a **PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA** (5 LGSP / 10.10 LGS) - > los ciudadanos, directamente o a través de las organizaciones en que se agrupen o que los representantes, tiene derecho a la participación efectiva en las actuaciones de salud pública y participar a través de las instituciones comunitarias, en las actividades sanitarias

## DEBERES DE LOS CIUDADANOS

- Deber de **COLABORACIÓN** (8 LGSP) - > facilitaran el desarrollo de las actuaciones de salud pública y se abstendrán de realizar conductas que dificulten, impidan o falseen su ejecución (Su incumplimiento puede ser muy grave si es reiterado).
- Deber de **COMUNICACIÓN** (9 LGSP) - > las personas que conozcan hechos, datos que pudieran constituir un riesgo o peligro grave para la salud de la población los pondrán en conocimiento de las autoridades sanitarias (Su incumplimiento puede ser muy grave si afecta a otras personas y poblaciones).
- Deber de **OBSERVAR EL TRATAMIENTO PRESCRITO** (102 LGSP) - > los beneficiarios de las prestaciones sanitarias del Régimen General deberá observar las prescripciones de los facultativos que les asisten. Cuando sin causa razonable rechace o abandone el tratamiento que le fuere indicado, podrá ser sancionado con la suspensión del derecho al subsidio, o con la pérdida o suspensión de las prestaciones por incapacidad permanente (ex extensible a **TODOS LOS REGÍMINES**, no sólo a la SS).



## 2.5 GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA

**-INTRODUCCIÓN:** El Sistema Nacional de Salud surge configurado como un todo UNITARIO que, sobre la base del principio de UNIVERSALIDAD, INTEGRADA y COORDINA todos los sistemas sanitarios públicos. En ese sistema hay también:

- **Entidades Gestoras de la Seguridad Social:** sus funciones y servicios NO han sido traspasados a las CCAA: MUFACE, el Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) y la Mutualidad General Judicial (MGJ).
- **Entidades colaboradoras:** Mutuas y empresas.

**-LA GESTIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA:** La gestión de la asistencia sanitaria es una de las más complicadas de los servicios públicos, que se agudiza al tener las CCAA encomendada la ejecución de las prestaciones sanitarias.

• **1) FORMAS DE GESTIÓN DIRECTA:** es la prestación y la gestión de los servicios sanitarios y socio-sanitarios bien con MEDIOS PROPIOS o bien a través de ENTIDADES COLABORADORAS.

- **a) Gestión directa de las Administraciones Públicas:** se realiza a través de los órganos competentes de las CCAA e del INGESA. Además las Corporaciones Locales tienen también competencia en esta materia, en concreto.
- **b) Las Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social:** las instalaciones y los servicios sanitarios de que disponen las Mutuas para dispensar la asistencia que tienen encomendada también forman parte del sistema de la Seguridad Social. Para estar implementados en este sistema deben reunir una serie de condiciones.
- **c) Las empresas colaboradoras:** las empresas con más de 250 trabajadores fijos afiliados y en al en el RGSS (-o con 100 trabajadores fijos y en alta cuando la empresa tenga por finalidad, prestar la asistencia sanitaria-), pueden prestar la asistencia sanitaria en la situación de incapacidad temporal (IT) derivada de contingencias profesionales, siempre que dispongan de las instalaciones apropiadas.
- **d) Las fundaciones públicas:** son organizaciones sanitarias sin ánimo de lucro constituidas por el Instituto Nacional de la Salud, que destinen y afecten un patrimonio a la realización de fines sanitarios de interés general y que tengan por objetivos la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de protección de la salud o de atención sanitaria. Su órgano de gobierno es el Patronato.
- **e) Consorcios:** las organizaciones comunes, dotadas de personalidad jurídica propia y suficiente para el cumplimiento de sus fines de gestión y administración de servicios sanitarios.
  - El contenido mínimo de sus estatutos está establecido en el artículo 49 DG y sólo pueden ser modificados mediante autorización del Consejo de Ministros.
  - Su máximo órgano de gobierno es el Consejo de Gobierno.
- **f) Sociedades estatales:** son aquellas sociedades en cuyo capital sea mayoritaria la participación del Instituto Nacional de la Salud y que se constituyan para la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de protección de la salud o atención sanitaria.
  - Su máximo órgano de gobierno es el Consejo de Administración.
  - Su actividad contractual se ajusta al Derecho Civil y Mercantil.
  - Su contratación se regula por Estatuto de Trabajadores.
- **g) Fundaciones públicas sanitarias:** Su constitución, modificación y extinción, así como sus correspondientes estatutos, han de ser aprobados por Acuerdo del Consejo de Ministros a propuesta del MSSSI.
  - Su máximo órgano de gobierno es el Consejo de Gobierno.

SISTEMA ANTERIOR A 1997

NUEVAS FORMAS (1997)

• **Principios por los que se rigen las nuevas formas de gestión directa:**

- Autonomía de la gestión.
- Coordinación y cooperación.
- Universalidad y equidad.
- Eficacia en el cumplimiento de los objetivos fijados y descentralización.
- Participación.
- Los órganos de gobierno/de dirección, de participación y de representación del personal de las nuevas formas de gestión directa. Siempre serán **colegiados**.
  - La **Junta Asistencial:** Es el órgano colegiado de asesoramiento y consulta de los órganos de dirección. Tanto en los centros hospitalarios como en atención primaria existe una Junta Asistencial.

• **2) FORMAS DE GESTIÓN INDIRECTA (art. 2, Ley 15/1997):** es aquella prestación y gestión de los servicios sanitarios y socio-sanitarios que se lleva a cabo mediante ACUERDOS, CONVENIOS o CONTRATOS con personas o entidades públicas o privadas:

- **A) Los convenios (67 LGS):** es una fórmula para que los hospitales generales del sector PRIVADO puedan FORMAR PARTE de la RED INTEGRADA DE HOSPITALES DEL SECTOR PÚBLICO mediante la suscripción de convenios singulares.
  - El convenio establecerá los derechos y obligaciones recíprocas en cuanto a la duración, prórroga, suspensión temporal, extinción definitiva del mismo, régimen económico.
  - El régimen de jornada de los hospitales del convenio será el mismo que el de los hospitales públicos de análoga naturaleza en el correspondiente ámbito territorial.
  - Los hospitales privados que mediante estos convenios queden vinculados con el Sistema Nacional de Salud.
- **B) Los conciertos (90 LGS):** se permite que las AAPP sanitarias puedan establecer conciertos para la PRESTACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS con medios ajenos a ellas.
  - En estos supuestos, la asistencia sanitaria se presta a sus mutualistas a través de los conciertos que dichas Entidades Gestoras celebran bien con instituciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud bien con entidades privadas de seguro.
  - Las personas encuadradas en dichas mutualidades que han optado por recibir asistencia sanitaria a través de las entidades de seguro deberán ser atendidas en los centros sanitarios concertados por estas entidades.
- **C) Los concesiones (90 LGS):** consiste en que una vez construido el inmueble y es recibido por la Administración, se incorpora al PATRIMONIO PÚBLICO, aunque su explotación pueda concederse a un tercero a través de un contrato.
  - A partir de entonces, el empresario cobra una cantidad caritativa por cada uno de los habitantes a los que debe atender.

**-LA ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA:** Cuando la prestación se lleva a efecto por los órganos propios de las administraciones públicas, por los órganos de las CCAA, en caso de Ceuta y Melilla deberán organizar sus servicios de acuerdo con los principios básicos de la LGS (49 LGS).

- **ÁREAS DE LA SALUD (56 LGS):** las CCAA DELIMITARÁN y CONSTITUIRÁN en su territorio DEMARCACIONES denominadas áreas de salud, debiendo tener en cuenta a tal efecto los principios básicos que en esta ley se establecen, para organizar un sistema sanitario coordinado e integral.
  - Deben tener en cuenta los FACTORES GEOGRÁFICOS, SOCIOECONÓMICOS, DEMOGRÁFICOS, LABORALES, PAREMIOLÓGICOS, CULTURALES, CLIMATOLÓGICOS y las VÍAS DE COMUNICACIÓN.

- Extienden su acción a una población NO inferior a 200.000 habitantes ni superior a 250.000 (se exceptúa, Baleares y Canarias y las ciudades de Ceuta y Melilla).
- **Cuenta, como mínimo, con lo siguientes órganos (art. 57 LGS):**
  - **De dirección:** el consejo de dirección del área, al que le corresponde formular las directrices en política de salud y controlar la gestión del área, dentro de las normas y programas generales establecidos por la administración autonómica (58 LGS).
  - **De gestión:** el gerente del área, que es nombrado y cesado por la dirección del servicio de salud de la CCAA, a propuesta del consejo de dirección del área (60 LGS).
  - **De participación:** el consejo de salud del área, órgano colegiado de participación comunitaria para la consulta y el seguimiento de la gestión (59 LGS).

• **ACTIVIDADES QUE DESARROLLAN LAS ÁREAS DE SALUD:**

- **1-ATENCIÓN PRIMARIA:** se ocupa de las zonas básicas de salud y de los centros de salud.
  - Las **áreas de salud** se dividen en **zonas básicas de salud**.
  - La **zona básica de salud** es el marco territorial de la atención primaria de salud donde desarrollan las actividades sanitarias los centros de salud centros integrales de atención primaria. Sus funciones son:
    1. Albergar la estructura física de consultas y servicios asistenciales personales correspondientes a la población en que se ubica.
    2. Albergar los recursos materiales precisos para la realización de la exploración complementaria de que se pueda disponer en la zona.
    3. Servir como centro de reunión entre la comunidad y los profesionales sanitarios.
    4. Facilitar el trabajo en equipo de los profesionales sanitarios de la zona.
    5. Mejorar la organización administrativa de la atención de salud en su zona influencia.

• **Composición del equipo de atención primaria:**

1. Médicos, pediatras, enfermeros, matronas y practicantes de zona y auxiliares de clínica, adscritos a la zona.
2. Los funcionarios técnicos del estado al servicio de sanidad local adscritos a los cuerpos médicos, practicante y matronas titulares radicados en la zona.
3. Los farmacéuticos titulares radicados en la zona colaboraran con el equipo.
4. Los veterinarios titulares radicados en la zona podrán integrarse en el equipo de atención primaria.
5. Los trabajadores sociales o asistentes sociales.
6. El personal para desempeñar las tareas de administración recepción de avisos, información, cuidados de mantenimiento.
7. En la medida en que la propia dinámica de implantación y desarrollo de los equipos lo hagan preciso, y las disponibilidades presupuestarias lo permitan, podrán incorporarse a los mismos otros profesionales.

• **Funciones:** PRESTAR ASISTENCIA SANITARIA / PROMOCIONAR LA SALUD / CONTRIBUIR A LA EDUCACIÓN SANITARIA DE LA POBLACIÓN / EVALUAR ACTIVIDADES / REALIZAR DIAGNÓSTICOS / PARTICIPAR EN PROGRAMAS DE SALUD MENTAL, LABORAL Y AMBIENTAL.

- **2-ATENCIÓN ESPECIALIZADA:** se agrupa en los CENTROS DE ESPECIALIDADES, los centros de REFERENCIA y, en especial, los HOSPITALES.

- **Atención especializada:** actividades asistenciales diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación, promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad.
- **Comprende:**
  - La asistencia ambulatoria especializada en consultas.
  - La hospitalización en régimen de internamiento.
  - La atención hospitalaria de urgencias.
- La asistencia en régimen de hospitalización se realiza por indicación del médico espe-

cialista o por razones de urgencia o riesgo vital que puedan requerir medidas terapéuticas exclusivas del medio hospitalario.

• **Centros de Referencia: para el cuidado de ENFERMEDADES RARAS.**

• **Los Hospitales:** es el establecimiento encargado tanto del internamiento clínico como de la asistencia especializada y complementaria que requiera su zona de influencia. Cada área de salud dispondrá de un hospital general.

• **Comprende:** asistencia médica, quirúrgica, obstétrica, y pediátrica o la realización de tratamiento o procedimientos diagnósticos, a pacientes que requieren cuidados continuados que precisan su internamiento.

• **Incluyen como específicos:**

- Procedimientos diagnósticos incluido el examen neonatal.
- Seguimiento de los tratamientos o procedimientos terapéuticos.
- Medicación, gases medicinales, transfusiones, curas, material fungible...
- Cuidados de enfermería necesarios para la adecuada atención del paciente.
- Implantes y otras orto prótesis y su oportuna renovación.
- Cuidado intensivo o de reanimación.
- Tratamiento posibles complicaciones que puedan presentarse durante el periodo asistencia.
- Tratamiento rehabilitación.
- Nutrición parental o enteral.
- Alimentación.
- Servicios hoteleros básicos.
- Información al alta con instrucciones para el correcto seguimiento del tratamiento.

• **Órganos colegiados de asesoramiento:**

- **Junta técnico-asistencial** = es el órgano colegiado para ASESORAR directamente al hospital y a la comisión de dirección.
- **Comisión central de garantía de calidades** = es el organismo TÉCNICO de elaboración y trabajo en las áreas de calidad asistencial y ADECUACIÓN TECNOLÓGICA.
- **Comité ético de investigación clínica** = es un órgano INDEPENDIENTE y de composición multidisciplinar cuya finalidad principal es la de velar por la PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS, SEGURIDAD y BIENESTAR DE LOS SUJETOS que participen en un proyecto de investigación biomédica y ofrecer garantía publica al respecto mediante un dictamen sobre la documentación correspondiente del proyecto.

• **LOS PROFESIONALES SANITARIOS:** La ley 44/2003 regula los aspectos básicos de las profesiones sanitarias tituladas en lo que se refiere a su ejercicio por cuenta propia o ajena, tanto si la profesión se ejerce en los servicios sanitarios públicos como en el ámbito de la sanidad privada:

• **Los profesionales sanitarios pueden ser personal:** laboral, estatutario y/o funcionario, así como trabajador autónomo.

• **Grupos:**

- **Licenciado:** en Medicina, en farmacia, en odontología, en veterinaria y ciencias de la salud.
- **Diplomados:** en enfermería, en fisioterapia, en terapia ocupacional, en podología, en óptica y optometría, en logopedia y en nutricio humana y dietética y los títulos oficiales de especialista en ciencias de la salud.
- **Tienen, asimismo, la consideración de profesionales del área sanitaria:** los que estén en posesión de los títulos de formación profesional relacionados con el área sanitaria.
- **Se estructuran en los siguientes grupos:**
  - Del grado superior.
  - Del grado medio.

## • **Formación:**

- **Formación pregraduada:** se imparte en las universidades las cuales podrán celebrar conciertos con los servicios de salud, instituciones y centros sanitarios.
- **Formación especializada en ciencias de la salud:** los profesionales de los conocimientos, técnicos, habilidades y actitudes de la progresiva asunción por el interesado de la responsabilidad inherentes al ejercicio autónomo de la misma:
  - Estar en posesión del título de licenciado o diplomado universitario.
  - Acceder al sistema de formación que corresponda, así como completar este en su integridad de acuerdo con los programas de formación que se establezcan.
  - Superar las evaluaciones que se determinen y depositar los derechos de expedición de los correspondientes títulos.
- Los residentes tienen la consideración de personal laboral temporal del servicio de salud o centro en que reciban la formación, y deben desarrollar el ejercicio profesional y las actividades asistenciales y formativas que de los programas de formación se deriven.

## • **Estatutario sanitario (6 EMPE):**

- **Personal estatutario sanitario:** es el que ostenta esta condición en virtud de nombramiento expedido para el ejercicio de una profesión o especialidad sanitaria.
- **Personal estatutario de gestión y servicios:** es quien ostenta tal condición en virtud de nombramiento expedido para el desempeño de funciones de gestión o para el desarrollo de profesiones u oficios que no tengan carácter sanitario.
- **Personal estatutario fijo:** aquél que, superado el correspondiente proceso colectivo, obtiene un nombramiento para el desempeño con CARÁCTER PERMANENTE de las funciones que de tal nombramiento se deriva.
- **Personal estatutario temporal:** por razones de NECESIDAD y URGENCIA o para el desarrollo de programas de carácter temporal, coyuntural o extraordinario, los servicios de salud podrán nombrar personal estatutario temporal.
- **Personal interino:** es para cubrir vacantes de los centros o servicios de salud.
- **Personal eventual:** es cuando se trate de la prestación de servicios determinados de naturaleza temporal, coyuntural o extraordinaria o para la prestación de servicios complementarios.

## **-RESPONSABILIDAD DEL MÉDICO Y DEL ENTE GESTOR (32-34 LRJSP):** los particulares tendrán derecho a ser INDEMNIZADOS por las ADM. Públicas correspondientes, de toda **LESIÓN que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos.**

- Solo serán indemnizables las lesiones producidas al particular proveniente de daños que este **NO tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la ley.**
- NO serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que **NO se hubiesen podido prever** o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o técnica existente en el momento de producción de aquellos (**DEMORA por colapsamiento no cuenta / Si el mal funcionamiento (ANORMAL) / hay que buscar INTENCIONALIDAD y relación de CASUALIDAD**).

## • **Requisitos:**

- Que sea efectivamente un DAÑO o PERJUICIO y sea EVALUABLE (debe evaluarse conforme a los baremos de los seguros y de la SS).
- Debe ser INDIVIDUALIZABLE, ANTIJURÍDICO y EFECTIVO (no abstracto o hipotético).
- Que el daño o lesión patrimonial sea fruto del FUNCIONAMIENTO NORMAL O ANORMAL de los servicios públicos.

- AUSENCIA DE FUERZA MAYOR (fuerza mayor exonera la responsabilidad, en cambio no ocurre lo mismo con caso fortuito).
- Que el reclamante NO tenga deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta.
- **Indemnización** = compensación en especie o ser abonado mediante pagos periódicos.
- La **solicitud deberá especificar las lesiones producidas**, así como acompañar de cuantas alegaciones, documentos e informaciones se estimen oportunas.
  - Es preceptivo SOLICITAR INFORME al servicio cuyo funcionamiento haya ocasionado la presunta lesión indemnizable, no pudiendo exceder de **10 días de su emisión** (81 LJPAC).
  - En 2 meses el órgano deberá pronunciarse sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida y valorar el daño causado.
  - Finalizado el trámite de audiencia el órgano competente resolverá o someterá la propuesta de acuerdo.
- En el supuesto de exigencia de **responsabilidad penal**, este procedimiento NO suspende los de reconocimiento de responsabilidad patrimonial (salvo que la determinación de los hechos en el orden jurisdiccional penal sea necesaria).
- **RESPONSABILIDAD DEL MÉDICO:** El acto médico ha de ser por CULPA o NEGLIGENCIA (1902 CC), por ACCIÓN u OMISIÓN PROBADA, y debe existir y probarse la RELACIÓN DE CAUSALIDAD entre la actuación culposa del médico y el resultado dañoso.
  - La relación de causalidad debe tener **certeza probatoria** (NO de meras conjeturas, deducciones o posibilidades).
  - No puede ser objetiva.
  - Se **mide la diligencia** del médico a través de comprobar que ha utilizado todos los medios de diagnósticos y de forma correcta en atención al estado del saber y las concretas circunstancias del caso. El médico que se atiene a ella no incurre en culpa.
  - La **pérdida de oportunidad** = incertidumbre acerca de que la actuación médica omita pudiera haber evitado o minorado el deficiente estado de salud del paciente, con la consecuente entrada en juego a la hora de valorar el daño así causado de dos elementos sumados de difícil concreción.
    - Siempre es una responsabilidad de MEDIOS.
- Si se pretende **imputar directamente al ente gestor**, directamente –no subsidiario/ solidario del médico-, es necesario demostrar la culpa o negligencia del propio establecimiento sanitario. Jurisprudencia señala los siguientes criterios:
  1. Responsabilidad por hecho ajeno dimanante de la existencia de una relación de dependencia contempla en los arts. 1903 y 1904 CC.
  2. Responsabilidad derivada de naturaleza contractual que contrae la entidad aseguradora de la asistencia médica frente a su aseguradora garantiza o asume el deber de prestación directa de la asistencia médica.
  3. Responsabilidad sanitaria con base en la llamada doctrina o principio de apariencia, o de los actos de publicidad que se integran en el contenido normativo del contrato con arreglo a la legislación de consumidores.
  4. Responsabilidad derivada de la existencia de una intervención directa de la aseguradora en la elección de los facultativos o en su actuación.
  5. Responsabilidad en aplicación de la ley de consumidores y usuarios.



## 2.6 EL CONTENIDO DEL DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA

**-CATÁLOGO DE PRESTACIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:** tiene por objeto garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención.

• A estos efectos se consideran **prestaciones de atención sanitaria** del SNS al conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción y mantenimiento de la salud dirigidos a los ciudadanos.

• Las prestaciones sanitarias del catálogo se hacen efectivas mediante la **cartera de servicios:**

• **1) CARTERA COMÚN:** de ámbito estatal.

• Cartera común **básica** de servicios asistenciales del SNS.

• Cartera común **suplementaria** del SNS.

• Cartera común de servicios **accesorios** del SNS.

• **2) SERVICIOS COMPLEMENTARIOS:** de ámbito autonómico (CCAA). Las CCAA podrán APROBAR sus propias carteras de servicios y establecer servicios adicionales para sus residentes, RESPETANDO el mínimo formado por las carteras comunes (las CCAA podrán mejorar el mínimo Estatal pero nunca empeorarlo).

• Esta clasificación está funcionando desde 2012, ante la ausencia de normas comunes sobre el aseguramiento en todo el territorio nacional

**-CARTERA COMÚN DE SERVICIOS DEL SNS:** es el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos (métodos, actividades y recursos...) mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias. Por tanto, TÉCNICAS MEDIOS Y PROCEDIMIENTOS

• Se actualiza mediante orden de la persona titular del MSSSI, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS. Para ello, las técnicas, tecnologías o procedimientos relevantes, han de **reunir, al menos, una de las siguientes características:**

• Representar una aportación novedosa a la prevención, al diagnóstico, a la terapéutica, a la rehabilitación, a la mejora de la esperanza de vida o a la eliminación del dolor...

• Ser nuevas indicaciones de equipos o productos ya existentes.

• Requerir para su aplicación nuevos equipos específicos.

• Modificar de modo significativo las formas o sistemas organizativos de atención a los pacientes.

• Afectar a amplios sectores de población o a grupos de riesgo.

• Suponer un impacto económico significativo en el SNS.

• Suponer un riesgo para los usuarios o profesionales sanitarios o el medio ambiente.

• De todas ellas solamente podrán incorporarse a la cartera de servicios para su financiación pública, aquellas técnicas, tecnologías o procedimientos en las que concurren estos requisitos:

A. Contribuir de **FORMA EFICAZ** a la prevención, al diagnóstico o al tratamiento de enfermedades.

B. **APORTAR una MEJORA** en términos de seguridad, eficacia, efectividad, eficiencia o utilidad demostrada, respecto a otras alternativas facilitadas actualmente.

C. **CUMPLIR LAS EXIGENCIAS QUE ESTABLEZCA LA LEGISLACIÓN VIGENTE.** Previamente a su inclusión en la cartera, resulta imprescindible que:

• Los **medicamentos** estén autorizados para su comercialización.

• Los **productos sanitarios** cuenten con el marcado CE para la indicación de que se trate.

• Los **productos dietéticos** que hayan recibido resolución favorable de la autoridad

competente.

• Otros productos sometidos a regulación específica cumplan la respectiva normativa vigente que les sea de aplicación.

• **NO se incluirán en la cartera de servicios comunes:** aquellas técnicas, tecnologías y procedimientos cuya contribución eficaz a la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y curación de las enfermedades, conservación o mejora de la esperanza de vida, autonomía eliminación o disminución del sufrimiento **NO esté suficientemente probada:**

• **Aquellas técnicas, tecnologías o procedimientos que NO estén suficientemente probados.**

• Las que **se encuentren en fase de investigación clínica** (salvo en caso de uso compasivo).

• Que **NO guarden relación con enfermedad, accidente, o malformación congénita.**

• Que tengan como **finalidad meras actividades de ocio, descanso, confort**, deporte o mejora estética, cosmética, uso de aguas, balnearios o similares.

• **La realización de reconocimientos y exámenes o pruebas biológicas voluntariamente solicitadas o realizadas por interés de terceros**, si concurre con:

• a) Falta de eficacia, efectividad o eficiencia.

• b) Haber perdido su interés sanitario como consecuencia del desarrollo tecnológico.

• c) Dejar de cumplir los requisitos establecidos por la legislación vigente.

• **Titulares de este derecho:** Son titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria a través de la cartera de servicios comunes los indicados en el art 2.2 DCS, es decir, **asegurados y beneficiarios**, INDEPENDIEMENTE del lugar del territorio nacional en que se encuentren.

• **A) La cartera COMÚN BÁSICA de servicios asistenciales del SNS:** COMPRENDE todas las actividades ASISTENCIALES de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o socio-sanitarios, así como, el transporte sanitario urgente.

• La prestación de estos servicios debe **GARANTIZAR la CONTINUIDAD ASISTENCIAL**, bajo un enfoque multidisciplinar, centrado en el paciente y garantizando la máxima calidad y seguridad en su prestación (DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO y REHABILITACIÓN).

• **1) Prestaciones de Salud Pública (11.1 LCC o Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud):** es el conjunto de iniciativas organizadas por las AAPP para PRESERVAR, PROTEGER y PROMOVER la salud de la población. Es una combinación de ciencias, habilidades y actitudes dirigidas al mantenimiento y mejora de la salud de todas las personas a través de acciones colectivas o sociales. Comprende:

• a) **INFORMAR y VIGILAR** en materia de salud pública y posibles emergencias.

• b) **DEFENDER** los fines y objetivos de la salud pública.

• c) **PROMOVER** la salud, a través de programas intersectoriales.

• d) **PREVENIR** enfermedades, discapacidades y lesiones.

• e) **EVITAR** efectos negativos.

• f) **Protección y promoción de la SANIDAD AMBIENTAL**, seguridad alimentaria y salud laboral.

• g) **EVALUAR** el impacto de salud.

• h) **CONTROLAR** los posibles riesgos para la salud derivados de la importación, exportación...

• i) **DETECTAR** enfermedades raras y **APOYAR** a las personas que las presentan y sus familias.

• **2) Atención primaria (12.1 LCC):** la atención primaria es el **NIVEL BÁSICO E INICIAL DE ATENCIÓN**, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprende:

• a) La **ASISTENCIA SANITARIA a demanda**, programada y urgente tanto en la consulta como

en el domicilio del enfermo.

- b) Indicación y realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- c) Las actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria.
- d) Actividades de información y vigilancia en la protección de la salud.
- e) La rehabilitación básica.
- f) Las atenciones y servicios específicos relativos a mujeres (p. E. Violencia de género, embarazos...), la infancia, la adolescencia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo y enfermos crónicos.
- g) La atención paliativas enfermos terminales.
- h) La atención a la salud mental
- i) La atención a la salud buco dental.

• **3) Atención especializada (13.1 LCC):** comprende actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, así como aquéllas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, cuya naturaleza aconseja que se realicen en este nivel:

- a) La asistencia especializada en consultas.
- b) La asistencia especializada en hospital de día, médico o quirúrgico.
- c) La hospitalizan en régimen de internamiento.
- d) Apoyo a la atención primaria en el alta hospitalaria precoz, u hospitalizan domiciliaria.
- e) La indicación o prescripción, y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, en los términos especificados en el anexo.
- f) La atención paliativa a enfermos terminales.
- g) Atención a la salud mental.
- h) La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

• **4) Atención de urgencia (15 LCC):** la atención de urgencia se presta al paciente en los casos en que la situación clínica obliga a una atención sanitaria INMEDIATA:

- a) Atención telefónica, a través de los centros coordinadores de urgencias sanitarias.
- b) La evaluación inicial e inmediata de los pacientes para determinar los riesgos para su salud y su vida.
- c) La realización de los procedimientos diagnósticos precisos.
- d) La monitorización, observación y reevaluación de los pacientes cuando se requiera.
- e) El transporte sanitario, terrestre, aéreo o marítimo, asistido o no asistido.
- f) La información y asesoramiento a los pacientes, o en su caso, acompañantes, sobre la atención prestada y las medidas a adoptar al finalizar dicha atención.

• **5) Transporte sanitario (19 LCC):** transporte sanitario, que necesariamente deberá ser accesible a las personas con discapacidad, consiste en el desplazamiento de enfermos por causas exclusivamente clínicas, cuya situación les impida desplazarse en los medios ordinarios de transporte.

- El transporte sanitario, puede ser terrestre, aéreo o marítimo, y se llevará a cabo por el medio más idóneo en razón de la necesidad y oportunidad, en el menor tiempo posible y por la ruta más apropiada.
- Cuando una CCAA traslade a un paciente a otra CCAA con el fin de prestarle asistencia sanitaria que no es posible facilitar con sus propios medios, proporcionará el transporte al paciente que lo precise, tanto para su desplazamiento al centro sanitario como el regreso a su domicilio.

• **B) La cartera COMÚN SUPLEMENTARIA del SNS:** Prestaciones cuya provisión se realiza mediante dispensación ambulatoria y están sujetas a aportación del usuario. Incluye:

• **1) Prestación farmacéutica:** medidas para recibir fármacos para su tratamiento. Hay que distinguir:

• **Pacientes hospitalizados:** comprende los productos farmacéuticos que precisen los pacientes de conformidad con lo indicado en el anexo III a la cartera de servicios comunes a la atención especializada. Deben respetar los principios de NO DISCRIMINACIÓN y PROTEGER a la salud humana. NO COPAGO.

• **Pacientes NO hospitalizados:** comprende medicación en el Sistema Nacional de Salud (SNS), fórmulas magistrales y preparados oficiales elaborados por las oficinas de farmacia, vacunas y alérgicos.

- Se excluyen cosméticos, dietéticos, aguas minerales, elixires, dentífricos y similares / medicamento objeto de publicidad dirigida al público / medicamentos de grupos o subgrupos terapéuticos excluidos de financiación / medicamentos homeopáticos.

• El TC ha admitido que ciertas prestaciones comunes NO básicas (suplementarias y servicios accesorios), puedan estar sujetas a una financiación adicional con cargo al usuario (tasa o copago):

- **60% del PVP para usuarios y beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 100.000 €.**
- **50% del PVP para personas que ostentan la condición de asegurado activo y sus beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 18.000 € e inferior a 100.000 €.**
- **40% para las personas que ostenten la condición de asegurado activo y sus beneficiarios y no estén incluidos en los apartados anteriores.**
- **10% del PVP para los pensionistas de la Seguridad Social, con excepción de las personas incluidas en el apartado a).**

• Están exentos de esta aportación:

- **Pensionistas y similares afectados del síndrome tóxico y personas con discapacidad de conformidad con su norma específica (Real Decreto Legislativo 1/2013).**
- **Perceptores de rentas de integración social.**
- **Perceptores de pensiones de jubilación e invalidez NO contributivas.**
- **Parados sin derecho a percibir el subsidio de desempleo.**
- **Tratamientos derivados de accidentes del trabajo y enfermedad profesional.**

• **Recetas médicas:** es el documento de carácter sanitario, normalizado y obligatorio mediante el cual los médicos, odontólogos o podólogos, prescriben a los pacientes los medicamentos o productos sanitarios sujetos a prescripción médica.

• **2) Prestación ortopédica:** utilización de productos sanitarios, implantarles o no, cuya finalidad es sustituir total o parcialmente una estructura corporal, o modificar, corregir o facilitar su función. Comprende:

- **Implantes quirúrgicos:** producto sanitario diseñado para ser implantado total o parcialmente en el cuerpo humano mediante intervención quirúrgica.
- **Prótesis externas:** producto sanitario que requiere una elaboración y/o adaptación individualizada y que no precisa de implantación quirúrgica.
- **Sillas de ruedas:** vehículo individual para favorecer el traslado de personas que han perdido de forma permanente, total o parcialmente, la capacidad deambulatoria.
- **Artesas:** producto sanitario de uso externo, no implantarle, que modifica las condiciones estructurales o funcionales del sistema neuromuscular o del esqueleto.
- **Orto prótesis especiales:** producto sanitario no implantarle que sustituye una estruc-

tura corporal o su función o facilita la deambulación y no incluido en los apartados anteriores.

- Se excluyen los accesorios y artículos ortoprotésicos destinados a uso deportivo o a la estética.

- **Son responsables de su prestación:** las Administraciones sanitarias de las Comunidades Autónomas, el INGESA, el ISM y las mutualidades de funcionarios, así como los hospitales en el caso de pacientes ingresados.

• **3) Prestación con productos dietéticos:** Comprende:

- **Tratamientos dietoterápicos:** aquellos que se llevan a cabo con alimentos destinados a usos médicos especiales para los usuarios del SNS que padezcan determinados trastornos metabólicos congénitos.

- **Nutrición enteral domiciliaria:** administración de fórmulas enterales por vía digestiva habitualmente mediante sonda, para evitar o corregir la desnutrición de los pacientes atendidos en su domicilio cuyas necesidades nutricionales NO pueden ser cubiertas con alimentos de consumo ordinario.

- **Las fórmulas enterales:** alimentos dietéticos destinados a usos médicos especiales constituidos por una mezcla definida de macro y micronutrientes.

- **No son financiables:**

- Los alimentos obtenidos total o parcialmente por deshidratación o trituración directa de alimentos.

- Los que tengan alternativas en el mercado con productos de consumo ordinario.

- Los productos cuya composición o características sean similares a las de un medicamento.

- Los alimentos dietéticos para usos médicos especiales con indicaciones exclusivamente para pacientes hospitalizados en régimen de internamiento.

- **Responsables de la indicación:** siempre deben ser recetados por médicos especialistas de unidades hospitalarias expresamente autorizados por los servicios de salud de las CCAA.

- **4) Transporte sanitario no urgente:** Está sujeto a prescripción facultativa por razones clínicas, y con un nivel de aportación del usuario acorde al determinado para la prestación farmacéutica. Consiste en el desplazamiento de enfermos o accidentados que NO se encuentran en situación de urgencia o emergencia

- Los traslados entre centros sanitarios no se consideran transporte sanitario no urgente, por lo que no están sometidos a aportación por el usuario.

- **C) La cartera COMÚN de servicios ACCESORIOS del SNS:** Incluye todas aquellas actividades, servicios o técnicas, sin carácter de prestación, que NO se consideran esenciales y/o que son coadyuvantes o de apoyo para la mejora de una patología de carácter crónico, estando sujetas a aportación y/o reembolso por parte del usuario.

- El MSSSI (previo acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS) es el encargado de aprobar la inclusión de estos servicios, los importes máximos de financiación y los coeficientes de corrección para determinar la facturación definitiva a los servicios autonómicos de salud

**-CARTERA DE SERVICIOS COMPLEMENTARIA DE LAS CCAA:** Las CCAA pueden APROBAR sus carteras de servicios que deben incluir a menos la cartera común de servicios del SNS.

- Sirve de COMPLEMENTO a la básica (del Estado) como recursos ADICIONALES.

- La CCAA debe INFORMAR previamente y de forma motivada al Consejo Interterritorial del SNS y ponerlo en conocimiento del MSSSI. El coste de su aplicación corre a cargo de la CCAA.

**-IMPORTES DE ASISTENCIA SANITARIA RECLAMABLES FRENTE A 3º OBLIGADOS AL**

**PAGO:** Los servicios públicos de salud, pueden reclamar a los terceros obligados al pago (personas jurídicas), el importe de las atenciones o prestaciones sanitarias facilitadas directamente en los siguientes supuestos:

- **A los asegurados o beneficiarios que NO hayan sido adscritos a recibir asistencia del Sistema Nacional de Salud** y pertenezcan a la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), Mutualidad General Judicial (MGJ) o al Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS).

- **Asegurados o beneficiarios de empresas** colaboradoras en la asistencia sanitaria.

- **Accidentes de trabajo** o enfermedades profesionales a cargo de las Mutuas, del INSS o ISM.

- **Seguros obligatorios** para DEPORTISTAS federados y profesionales / VEHÍCULOS a motor / VIAJEROS / CAZA / Cualquier otro seguro obligatorio.

- **Convenios o conciertos** con otros organismos o entidades.

- **Ciudadanos extranjeros:**

- Asegurados o beneficiarios de un Estado miembro de la Unión Europea, NO residentes en España, en los supuestos establecidos en los Reglamentos Comunitarios sobre SS.

- Asegurados o beneficiarios de otros países extranjeros, NO residentes en España, en los supuestos establecidos en los convenios bilaterales en materia de SS.

- **Otros obligados al pago:**

- Accidentes en eventos festivos, actividades recreativas y espectáculos públicos en que se haya suscrito un seguro de accidentes o de responsabilidad civil.

- Seguro escolar.

- Otros supuestos donde el importe de las prestaciones deba ser a cargo de las entidades o terceros correspondientes.

- Además, podrán reclamar a los usuarios, el importe de los servicios a usuarios sin derecho a la asistencia de los servicios de salud admitidos como **pacientes privados. Para ello deben:**

- En la atención primaria se aplican las mismas normas sobre asignación de equipos y libre elección que al resto de usuarios.

- El ingreso en centros hospitalarios se hace a través de la unidad de admisión por medio de una lista de espera única.

- La facturación se efectuará por las administraciones de los centros.

**-EL REINTEGRO DE LOS GASTOS:** Las entidades obligadas a prestar asistencia sanitaria NO tienen que abonar los gastos que se ocasionen cuando el beneficiario use servicios médicos distintos de los que le han sido asignados, excepto en los casos determinados reglamentariamente.

- El reintegro de los gastos sólo procede cuando concurren los requisitos establecidos en la Ley de Calidad y Cohesión del SNS y el Real Decreto por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS. Según el TS, son requisito para que proceda el reintegro:

- A) que se trate de una asistencia sanitaria URGENTE, inmediata y de carácter vital (pérdida de funcionalidad de órganos, muerte...),

- B) que el beneficiario haya intentado la dispensación por el SNS y no haya podido utilizar oportunamente los servicios del sistema público, y

- C) que la actuación NO constituya una utilización ABUSIVA o desviada de la excepción (para el TS No es abusivo si sólo existe un único tratamiento).

- En estos casos se reembolsarán los gastos de la asistencia urgente, inmediata y de carácter vital, una vez comprobado que no se pudieron utilizar los servicios del SNS y que no se trata de una utilización desviada o abusiva de esta excepción.





# 3.1 EL DERECHO A LOS SERVICIOS SOCIALES

**-ANTECEDENTES HISTÓRICOS:** el derecho a los servicios sociales nace dentro del derecho a la seguridad social. El punto de partida en la **ley 193/1963**, de bases de la seguridad social, integrando a los servicios sociales dentro de la acción protectora de la seguridad social.

- Los colectivos beneficiarios eran los DISCAPACITADOS y las PERSONAS MAYORES.
- Conforme al art. 2 del Decreto, ejercía su acción mediante:
  - a) La concesión “sirve para contribuir al sostenimiento de los gastos de educación, instrucción o recuperación de los menores”.
  - b) El establecimiento de “centros para llevar a cabo la educación, instrucción y recuperación de menores subnormales”.
- **Según Alonso Olea:** las prestaciones que concedía este servicio social eran de derecho ES-TRICTO y no de una prestación graciable.
- **Decreto 2531/1970:** se crea el servicio social de recuperación y rehabilitación de minusválidos (carácter general) y de forma específica se lleva a cabo el reconocimiento y calificación de los presuntos minusválidos, expedientado certificaciones.
- **Decreto 251/1970:** este decreto contenía unos preceptos destinados específicamente al empleo de los trabajadores minusválidos, o mejor, a promover su integración laboral.
- **SEREM:** es el tercero y último hito histórico y es un servicio social de recuperación y rehabilitación de minusválidos físicos y psíquicos.
  - El SEREM fusiono el servicio social de asistencia a subnormales y el de recuperación y rehabilitación de minusválidos.
  - Desarrolla todo tipo de acciones encaminadas a la educación, asistencia, rehabilitación, orientación, formación y empleo de minusválidos físicos y psíquicos.
  - En 1974, amplía sus competencias de INFORMACIÓN y ORIENTACIÓN para favorecer la integración social de estas personas.
  - **Ejercita su acción mediante (art.2):**
    - a) La creación y mantenimiento de centros gerontológicos, residencias, hogares, etc.
    - b) La organización de asistencia y ayuda domiciliaria a sus beneficiarios.
    - c) Cualquier otra actividad complementaria de las anteriores que redunden a favor de los beneficiarios de la seguridad social.
    - d) La impulsión, asesoramiento y promoción respecto a la creación de unidades gerontológicas por entidades públicas o privadas.
    - e) La elaboración de los proyectos de los planes o programas periódicos de la acción a desarrollar por el servicio.
- **Real Decreto 36/1978 (INSERO):** se extingue el SEREM y el SAP para dar lugar a la institución nacional de servicios sociales (INSERSO), que integra ambos servicios anteriores.
  - **Competencias:** GESTIONAR PENSIONES de invalidez y jubilación en sus modalidades NO contributivas (art. 66 LGSS) y; PROTEGER las PRESTACIONES (formación y rehabilitación).
  - Sus funciones y servicios fueron traspasadas a todas las CCAA, excepto Ceuta y Melilla.

**-LOS SERVICIOS SOCIALES TRAS LA PROMULGACIÓN DE LA CONSTITUCIÓN:** Dentro de los principios rectores de la política social y económica, aparecen 2 preceptos destinados a los servicios sociales de las personas con discapacidad (art. 49 CE) y de las personas mayores (art. 50 CE).

- La CE consagra y potencia el MODELO DE ESTADO SOCIAL.

• Los poderes públicos están obligados a PROMOVER y DOTAR los recursos necesarios para hacer efectivo un sistema de servicios sociales de CALIDAD, GARANTÍA y UNIVERSALIDAD.

• El problema reside que este sistema está desarrollado en distintos niveles según la CCAA, potenciado la desigualdad en la aplicación de la ley:

- **Dificultades a la hora de calcular presupuestos y gastos.**
- **Anarquía normativa:** por un lado existe la ley de LPNC (que regula las prestaciones económicas a favor de las personas con discapacidad y las personas mayores), pero por otro otras leyes y decretos que la complementan, dado que algunas materias han sido cedidas a las CCAA (art. 148.1.20 CE).
- **Anarquía en la organización administrativa,** teniendo unos centros y organismos de competencia estatal (CRMF y CAMF) y otros de competencia de las CCAA (CAMP y CO).
- **Clasificación de los Servicios Sociales: 1-Prestaciones de Servicios / 2-P. Económicas.**
- **A) Prestaciones de SERVICIOS:** aportaciones de servicios. Pueden agruparse en 7 tipos:
  - 1. Información, orientación, asesoramiento y diagnóstico** sobre los recursos sociales disponibles y sobre el acceso a los mismos (incluye valoración singularizada). Puede ser:
    - **Primaria:** es una prestación de acceso de carácter general para conocer los diferentes recursos del propio sistema público de servicios y ser orientado.
    - **Especializada:** es de carácter especial, dirigida a los grupos de población que son susceptibles de una atención diferenciadora.
    - **Atención telefónica:** está agrupada en 2 grupos: VIOLENCIA DE GÉNERO / MENORES / OTROS.
    - **Valoración social específica:** se realiza valoración, reconocimiento, calificación o informe para poder acceder a las prestaciones del sistema público de los servicios sociales, sea DEPENDENCIA / DISCAPACIDAD o INMIGRACIÓN.
  - 2. Autonomía personal, atención en el domicilio y respiro familiar:**
    - **Ayuda a domicilio** (incluye cuidados de carácter personal, psicosocial, educativo, técnico y doméstico, asistencia/rehabilitador...).
    - **Tele-asistencia.**
    - **Atención diurna y/o nocturna para personas mayores y/o con discapacidad.**
    - **Atención diurna y/o nocturna para personas sin hogar**
    - **Prevención de la situación de dependencia y promoción de la autonomía personal** (conjunto de medidas para prevenir la aparición de enfermedades, discapacidades, secuelas, rehabilitación, etc.).
    - **Centros ocupacionales:** comprende las actividades de terapia ocupacional y de rehabilitación de inserción personal y social.
    - **Atención psicosocial a víctimas de violencia de género y teléfono de alarma para la atención y protección para víctimas de la violencia de género** (teleasistencia móvil, con una atención permanecer las 24 horas todo el año).
  - 3. Intervención y apoyo familiar:** para facilitar su convivencia y su integración social.
    - **Intervención y orientación socio familiar.**
    - **Mediación familiar** (resolver conflictos entre familias).
    - **Puntos de encuentro familiar** (es cuando existen problemas para que un adulto visite a un menor con motivo de disputas familiares. Tiene carácter temporal).
    - **Atención socioeducativa de menores** (conjunto de atenciones fuera del horario escolar para que sea complemento de la escolarización del menor).

**4. Atención y protección de menores:** es el conjunto de actuaciones con objeto de promover el desarrollo integral de los menores. Su fin es proporcionarles estabilidad y reinserción social.

- **Atención a menores en riesgo social y familiar** (valoración, seguimiento e intervención con los menores que estén en situación de riesgo antes de que estén en situación de desamparo por sufrir malos tratos. Su objetivo es contribuir a su desarrollo personal).
- **Acogimiento residencial de menores** (a los menores que no puedan permanecer en sus hogares se les proporciona un lugar de residencia y convivencia que satisfaga las necesidades de protección, educación y desarrollo).
- **Acogimiento familiar.**
- **Adopción** (para que se integre en un núcleo familiar adecuado).
- **Atención temprana:** son las actuaciones dirigidas a la población infantil de 0-6 años; a la familia y al entorno, con el objetivo de dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presenten los niños con trastornos en su desarrollo motriz, sensorial o cognitivo. Este servicio también puede presentarse como un programa de la CCAA.

**5. Atención residencial:** es el conjunto de actuaciones destinadas a proporcionar el alojamiento temporal o permanente, a las personas y familias que lo necesiten.

- **Alojamiento de urgencia:** es un alojamiento NO permanente que está destinado para cubrir una necesidad de alojamiento sobrevenida y de urgencia (imposibilidad de permanecer en su domicilio por diversos motivos económicos, sociales, sanitarios o por ausencia de sus familiares...).
- **Para personas sin hogar** (acogimiento temporal a personas sin hogar).
- **Para víctimas de violencia de género** (acogimiento temporal para prevenir que sean maltratadas).
- **Para personas mayores y en situación de dependencia** (por razón de tutela; posible o efectivo maltrato; o por atender una situación de extraordinaria y urgente necesidad).
- **Para personas con discapacidad:** se les presta atención integral a las necesidades básicas de apoyo a su bienestar personal, incluyendo además el apoyo en el contexto socio-comunitario y atención sociocultural.

**6. Prevención e inclusión social:** es el conjunto de intervenciones dirigidas tanto a personas como a grupos de población en riesgo de exclusión social para evitar su aparición, reaparición o agravamiento.

- **Servicios de intervención comunitaria y voluntariado social:** es el conjunto de actuaciones de los profesionales de los servicios sociales y del voluntariado social dirigidas a favorecer los procesos de participación y cooperación social de las personas y colectivos de una determinada comunidad.
- **Intervención socioeducativa y acompañamiento en itinerarios de inclusión social** (medidas socioeducativa para resolver problemáticas específicas derivadas de la situación de exclusión y favorecer su inclusión en el mundo laboral).
- **Atención a necesidades básicas** (comprende la atención alimenticia, vestido y la higiene y aseo personal).

**7. Protección Jurídica:** conjunto de actuaciones para ejercitar el derecho de la tutela judicial efectiva:

- **Tutela y guarda de menores:** Es aquel servicio que tiene por objeto el ejercicio de las

AAPP de la tutela y/o guarda legal sobre el menor de edad, sustituyendo temporal y subsidiariamente a los padres en su tutela y guarda. Garantiza al menor un contexto normalizado para su desarrollo personal. Además deben velar por el **cumplimiento de medidas judiciales para menores.**

- **Tutela de adultos:** especialmente a las personas incapacitadas. Se garantiza el ejercicio y protección de sus derechos y la atención de sus necesidades.

• **B) Prestaciones ECONÓMICAS:** son aportaciones DINERARIAS previstas por las Administraciones competentes para mejorar la calidad de vida, la inclusión social, la atención a situaciones de urgencia o la cobertura de las necesidades básicas.

- Pueden ser de **carácter periódico** o de **pago único**.
- Se prevén:

**1. Renta mínima de inserción (renta básica o renta garantizada de ciudadanía):** es la prestación económica de carácter periódico para personas y familias que carezcan de recursos económicos suficientes para cubrir sus necesidades sociales básicas y que se encuentran en situación o riesgo de exclusión social.

**2. Ayuda para las víctimas de violencia de género:** es una prestación económica de pago único dirigida a las víctimas de violencia de género, siempre que entren dentro de unos requisitos (edad, situación económica, circunstancias sociales...).

**3. Prestaciones económicas para personas en situación de dependencia:** son aquellas prestaciones dirigidas a la promoción de la autonomía de las personas en situación de dependencia (normalmente cuidado en el entorno familiar, apoyo a cuidadores no profesionales, prestaciones de asistencia personal).

**4. Otras prestaciones económicas:** es el conjunto de prestaciones económicas de carácter periódico o de pago único, destinadas a apoyar económicamente a las personas, familias o unidades de convivencia, para la superación de distintas coyunturas:

- Ayudas de emergencia social.
- Acogimiento familiar.
- Eliminación de barreras y promoción de la autonomía personal.
- Dependen de las disponibilidades presupuestarias de las distintas CCAA.

**-PILARES SOBRE LOS QUE SE ASIENTA EL SISTEMA DE AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA (SAAD):**

• **EL SAAD es completamente AUTÓNOMO e INDEPENDIENTE.**

• **Amplía y complementa la acción PROTECTORA del Estado** y del Sistema de la SS.

• En paralelo a la misma, la **dependencia NO es una contingencia protegida por la SS**, ni las prestaciones de dependencia son de la SS.

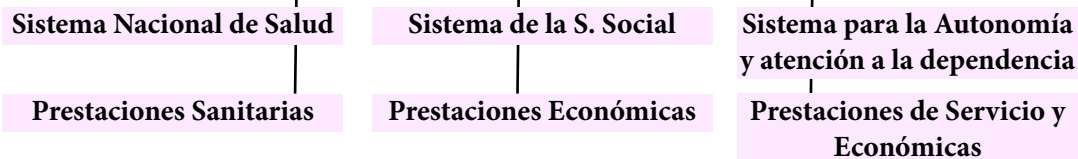
• Presenta una **trayectoria normativa muy ANÁRQUICA**, reguladas **normas rango diverso**, motivo por el que NO fueron objeto de refundición de la LGSS y que el Estado no ejerció competencias sobre legislación básica materia de servicios sociales. Asimismo, las CCAA dictaron sus respectivas leyes de servicios sociales.

• **STS de 14 de mayo de 2014 (magistrada del TS Agustí Julia):** expresa que se deben cumplir los principios de asentamiento, universalidad y unidad sistema de protección conjunto territorio nacional (art. 2.2 LGG). se debe fundamentar en:

- **Vínculo directo** (art. 31 y 50 CE), **entre SS y protección a las personas mayores en situación de dependencia** (conexión entre SS y las medidas de apoyo).

- La jurisprudencia TJUE declara que las **prestaciones de dependencia están incluidas en el campo de aplicación de los Reglamentos** de coordinación materia de SS.

### SITUACIÓN DE DEPENDENCIA



#### Definición de persona en situación de dependencia (Art. 2.2 LD):

- **Dependencia** = estado carácter PERMANENTE en el que se encuentran personas por razones derivadas de la EDAD, ENFERMEDAD, DISCAPACIDAD, PÉRDIDA de AUTONOMÍA FÍSICA, MENTAL, INTELECTUAL o SENSORIAL.
  - Este estado puede PRECISAR ATENCIÓN de otras personas.
  - Disponer e AYUDAS para desarrollar actividades básicas vida diaria.
- En un principio este estado es PERMANENTE y NO se prevé ninguna mejoría de esa persona a largo y corto plazo (aunque puede existir más tarde por avances tecnológicos).
- **Características:** proteger personas en situación que origina dependencia y con imposibilidad realizar actividades vida diaria, tareas elementales con un mínimo autonomía e independencia; cuidado personal, actividades domésticas básicas, orientarse, entender y ejecutar ordenes o tareas sencillas art. 2.3 LD.
- **Los expertos, señalan 3 elementos a saber:** falta o pérdida autonomía (déficit de la persona), necesidad asistencia y ayudas (atención de un tercero) y los cuidados y atenciones permitir a la persona llevar cierta normalidad vida diaria.
- **En palabras del TS:** La Convención tiene como destinatarios personas con discapacidad, el SAAD destinatarios a las personas en situación de dependencia (ámbito amplio: personas con discapacidad y mayores).
- **El citado concepto se fundamenta en 2 condiciones:** 1) tener reconocida situación por órgano público (resolución administrativa (Ad. Estado o CCAA). 2) Reconocimiento basado en aplicación baremo establecido legislador estatal.

### PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA



## 3.2 DERECHO CONSTITUCIONAL Y DEPENDENCIA

**-LOS SERVICIOS SOCIALES COMO PRINCIPIO RECTOR DE LA POLÍTICA SOCIAL Y ECONÓMICA:** El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) nace en desarrollo de dos preceptos contenidos en la CE dentro de los principios rectores de la política social y económica, los artículos 49 y 50 CE.

#### **-COMPETENCIA DEL ESTADO Y DE LAS CCAA EN MATERIA DE SERVICIOS SOCIALES:**

- **Estado tiene competencia exclusiva** en la regulación de las condiciones básicas que **garantizan la igualdad de todos los españoles** en el ejercicio de los derechos y deberes CE.
- La Protección Social está regulada por un **sistema mixto y transversal:** uno estatal y otros autonómicos.
- La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LD) establece una protección social sobre 2 ejes:
  - 1-La reserva de un cúmulo de competencias en favor de la Admin. General del Estado (AGE).
  - 2-El reconocimiento de un amplio volumen de funciones a las CCAA.

**-CONSEJO TERRITORIAL DE SERVICIOS SOCIALES SAAD (CTSS / SAAD):** esta competencia transversal hizo necesario la creación de este consejo territorial con el objeto de que fuese un INSTRUMENTO de COOPERACIÓN entre el ámbito estatal y autonómico. Sus funciones son atribuidas por la LD, corresponde al Consejo ejercer las siguientes:

- Acordar el Marco de cooperación interadministrativa para el desarrollo de la LD.
- Establecer los criterios para determinar intensidad de protección de los servicios del SAAD.
- Acordar las condiciones y cuantía de las prestaciones económicas previstas en la LD.
- Adoptar los criterios de participación del beneficio en el coste de los servicios.
- Acordar el baremo de la situación de dependencia y los criterios básicos del procedimiento de valoración.
- Acordar planes, proyectos y programas conjuntos.
- Adoptar criterios comunes de actuación y de evaluación del SAAD.
- Facilitar la puesta a disposición de documentos, datos y estadísticas comunes.
- Establecer los mecanismos de coordinación para el caso de las personas desplazadas en situación de dependencia.
- Informar la normativa estatal de desarrollo en materias de dependencia.
- **La LD crea:** El comité del SAAD, órgano asesor adscrito al MSSSI "mediante el cual se hace efectiva, de manera permanente, la participación social en el Sistema y se ejerce la participación institucional de las organizaciones sindicales y empresariales en el mismo".
  - Como órganos consultivos de participación institucional del SAAD los siguientes:
    - El Comité Consultivo del SAAD.
    - El Consejo Estatal de Personas Mayores.
    - El Consejo Nacional de la Discapacidad.
    - El Consejo Estatal de Organizaciones no Gubernamentales de Acción Social.

• Sus funciones son las de informar, asesorar y formular propuestas sobre materias que resulten de especial interés para el funcionamiento del Sistema.

• Se crea el Sistema de Información del SAAD (SISAAD), cuya finalidad es proporcionar a las Administraciones Públicas competentes "los instrumentos necesarios para el mantenimiento y gestión de la información relativa a los beneficiarios del mismo, para la comunicación recíproca y el intercambio de información, permitiendo la interoperabilidad de los respectivos sistemas de información de dichas administraciones".



### 3.3 TITULARES DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SAAD

- ESPAÑOLES:** son titulares de los derechos establecidos en la LD, los españoles, cualquiera que sea su edad, que cumplan con los siguientes requisitos:
- Encontrarse en situación de dependencia en alguno de los grados establecidos.
  - Residir en territorio español y haberlo hecho durante 5 años (los 2 años anteriores deberán ser inmediatamente anteriores a la fecha de la presentación de la solicitud).
  - En caso de menores de 5 años, el período de residencia se exigirá a quien ejerza su guarda y custodia.
  - El régimen jurídico de las prestaciones, va a girar en torno a lo que la LD llama "Situación de Dependencia". Debe regirse por el RD 174/2011 y los baremos de valoración (DVD).

- EMIGRANTES ESPAÑOLES:** Con respecto a los Titulares Emigrantes Españoles, dos supuestos:
- **No residentes en España:** para los cuales el Gobierno puede establecer medidas de protección.
  - **Retornados a España:** El Gobierno establecerá, previo acuerdo del CTSS/SAAD, las condiciones de acceso al SAAD.
  - **Acceso producido**, vía prestación asistencial, por el RD 1051/2013, a cuyo tenor:
    - Corresponde a la CCAA de residencia del emigrante retornado valorar la situación de dependencia, el reconocimiento del Da y en su caso, la prestación de servicio o pago de la prestación económica determinada en el programa individual de atención.
    - El Coste de los servicios y prestaciones económicas, será asumido por la AGE y la correspondiente CCAA.
    - El beneficiario debe participar en la financiación de las prestaciones reconocidas.
    - Las prestaciones se reconocen a instancia de los retornados y se extinguen, cuando el beneficiario, por cumplir el periodo de residencia exigido, pueda acceder a prestaciones del SAAD.

- EXTRANJEROS:** toda persona que carezca de nacionalidad española se rige la LO 4/2000, de Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social (Loe). Y además, por lo dispuesto en los Tratados y Convenios internacionales que se establezcan con el país de origen.
- Para que puedan tener derecho a prestaciones del SAAD:
    - Debe atenerse a lo que dispongan los Tratados, Convenios, Acuerdos o Instrumentos internacionales ratificados.
    - Deben residir legalmente en territorio español tal y como establece la LD.
    - Debe residir en territorio español por un periodo determinado, que son 5 años (2 inmediatamente anteriores a fecha de solicitud).
  - **Orden TAS/2445/2007:** se dictan normas para aplicar Decretos que desarrollan la LD en Ceuta y Melilla, donde los extranjeros deben tener su domicilio en estas ciudades y cumplir con las condiciones establecidas para cada una de las prestaciones.
  - **Menores sin nacionalidad española:** deben cumplirse además las Leyes del Menor, tanto en el ámbito estatal como en el autonómico, así como en los Tratados Internacionales.

### 3.4 LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

#### **-CLASIFICACIÓN DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA: SU FIJACIÓN SEGÚN BAREMO:**

- La situación de dependencia se clasifica en 3 grados:
  - **Grupo I (moderada):** la persona necesita ayuda para las actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal. Puntuación del baremo: 25-49 puntos.
  - **Grupo II (severa):** necesita ayuda 2 o 3 veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal. Puntuación del baremo: 50-74 puntos.
  - **Grupo III (gran dependencia):** necesita ayuda varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal. Puntuación del baremo: 75-100 puntos.
- **¿Quién valora y reconoce las dependencias?** Los órganos competentes de cada Comunidad Autónoma o el IMSERSO en caso de Ceuta y Melilla (la valoración se realiza a través de unos baremos).

#### **-CRITERIOS PARA ESTABLECER LOS BAREMOS (obligado cumplimiento):** El DVD especifica cuáles son los criterios de aplicación del baremo:

1. Debe fundamentarse en los INFORMES sobre la salud de la persona y sobre su entorno habitual, así como en las ENTREVISTAS personales y COMPROBACIÓN DIRECTA de la persona afectada.
2. Se establecen pautas para la cumplimentación del formulario.
3. En todas las tareas se identificará el nivel de desempeño según:
  - A) Desempeño positivo:** cuando la persona valorada sea capaz de desempeñar por sí misma la tarea en su entorno habitual.
  - B) Desempeño negativo:** cuando quede demostrado que la persona valorada requiere el apoyo indispensable de otra u otras personas para llevar a cabo las tareas de su entorno habitual.
  - C) Desempeño no aplicable:** cuando así corresponda por indicación expresa de la Tabla de aplicación.
4. Durante el proceso de valoración deberá tenerse en cuenta:
  - La dependencia en el estado permanente en que se encuentran las personas (edad, enfermedad, discapacidad).
  - El carácter permanente de la situación de dependencia y si hay o no posibilidad de restitución.
  - Se considera que los apoyos se precisan en las tareas cuando su intervención resulte imprescindible en la mayoría de las veces o siempre en las que éstas tengan lugar.
  - La edad, la enfermedad o la discapacidad son condiciones necesarias, pero NO lo suficientes en sí mismas, para establecer la situación de dependencia.
  - Otras valoraciones de desempeño negativo: se incluyen factores determinantes de índole cultural, social, familiar, de sobreprotección.
5. En las tareas en que se presente situación de dependencia se identificarán los problemas de desempeño según su relación con el funcionamiento global de la persona valorada.
6. En las tareas en que se presente dependencia se establecerá el tipo de apoyo (y frecuencia del apoyo de otra u otras personas).

**-LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN MENORES DE 3 AÑOS:** la situación de dependencia de menores de 3 años se realiza mediante un baremo especial denominado Escala de Valoración Específica (EVE) (regulado en el Anexo II del RD 174/2011).



## 3.5 PRESTACIONES SOCIALES Y ECONÓMICAS

**-CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LAS PRESTACIONES:** El régimen jurídico de las prestaciones de la Ley de Dependencia (LD) está desarrollado por dos reglamentos:

• **RD 1050/2013, de 27 de diciembre:** regula el nivel mínimo de protección (DNME), garantizado por la Administración General del Estado, así como los criterios y procedimientos de su asignación.

• **RD 1051/2013, de 27 de diciembre:** regula las prestaciones del sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (DPD), es decir, los SERVICIOS y PRESTACIONES ECONÓMICAS de dependencia, y los criterios para determinarlas, estableciendo márgenes e intervalos.

• **1) Niveles de protección establecidos y financiación:** Las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención de la Dependencia se realizan en función de 3 niveles:

• **Nivel Mínimo (a cargo del AGE):** El Gobierno es quien DETERMINA el nivel mínimo de protección y PROTEGE este sistema. Para ello, debe antes escuchar al CTSS/SAAD (Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia). La asignación del nivel mínimo a las CCAA se realizará considerando:

- El nº de beneficiarios
- El grado de dependencia
- La prestación reconocida, cuya financiación (de este nivel) correrá a cargo de la Administración General del Estado (AGE).

• **Requisitos que han de cumplir las CCAA para percibir las cantidades de nivel mínimo:**

1. El procedimiento de reconocimiento de la situación de dependencia debe ser INICIADO a solicitud de la persona interesada o de su representante.
2. Debe reconocerse mediante un procedimiento concreto y unos baremos vigentes para realizar la valoración (en el caso de revisión del grado de dependencia por causa prevista, será de aplicación el baremo vigente en el momento de la revisión).
3. Debe acreditarse mediante CERTIFICACIÓN MENSUAL la efectividad del derecho, es decir, que el beneficiario ha comenzado a recibir el servicio o prestación económica.
4. Todos los datos y contenidos de las resoluciones de reconocimiento de dependencia deben ser INCORPORADAS por las CCAA al SISAAD (Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y atención a la Dependencia).

• **Nivel de Cooperación interadministrativa (a cargo de la AGE y CCAA, según acuerdos suscritos):** este nivel se acuerda a través de CONVENIOS entre la Administración General del Estado (AGE) y la Administración de cada una de las CCAA. Deben fijarse los objetivos, medios y recursos para la aplicación de los servicios y prestaciones.

• **Nivel Adicional (a cargo de las CCAA):** en principio es fijado por la AGE, pero puede establecerse por las CCAA. Las Entidades Locales también pueden participar en la gestión de los servicios de atención a las personas en situación de dependencia, de acuerdo con la normativa de sus respectivas CCAA.

• **¿De qué depende la Financiación?** Depende tanto de la disponibilidad presupuestaria (tanto del Estado como CCAA) y del grado de entendimiento que lleguen a tener todas las Administraciones Públicas implicadas.

• **Requisitos para los Beneficiarios:** su RENTA (ingresos del beneficiario) y PATRIMONIO (conj. de bienes y derechos de contenido económico).

• El mínimo exento de participación económica de a persona beneficiaria vendrá referenciado a la cuantía mensual del IPREM, excluida la atención residencial.

• Una vez determinada la capacidad económica, la aportación de éstos al coste, se determinará de forma progresiva hasta un máximo del 90% del coste del servicio.

• **La aplicación progresiva de las prestaciones:** El sistema de prestaciones NO nace en un único momento, sino que se ha ido instaurando poco a poco. Todas las PRESTACIONES y SERVICIOS se llevan a cabo de forma PROGRESIVA o GRADUAL desde el 1 de enero de 2007.

• **Objetivos y normas generales de las prestaciones:**

- Las prestaciones tienen por objeto MEJORAR la CALIDAD DE VIDA y la AUTONOMÍA PERSONAL en situación de dependencia.
- Asimismo, CONSEGUIR una IGUALDAD de oportunidades y DIGNIFICAR a todas las personas en todos sus ámbitos de su vida personal, familiar y social.

• **Tipos de Prestaciones:**

• **1) Prestaciones de SERVICIOS sociales:** tienen carácter prioritario y se prestan a través de la oferta pública de la Red de servicios Sociales de las respectivas CCAA. La dependencia se determina por el grado de dependencia y por el grado de capacidad económica.

• **2) Prestaciones ECONÓMICAS:** Si no es posible atender a la persona en situación de dependencia en uno de los centros o servicios de la Red de Servicios Sociales, el beneficiario podrá tener derecho una prestación económica para que pueda él contratar a una persona que la cuide y cubrir sus gastos personales.

• Ambas **prestaciones son inembargables** (salvo en ejecución de sentencia que condene al pago de alimentos).

• 3) **Prestación económica de asistencia personal.**

• **Causas de extinción (según AGE):**

- Pérdida de la condición de residente o traslado de residencia fuera del territorio español por un tiempo superior a 30 días.
- Mejoría de la situación de dependencia.
- Incumplimiento de alguna de las condiciones o requisitos específicos exigidos.
- Percepción de prestación o ayuda incompatible.
- Fallecimiento del beneficiario.
- Sustitución de la prestación reconocida por otra prestación, como consecuencia de la modificación del grado y nivel.

• **La gestión de todas las prestaciones del SAAD, sociales y económicas las llevan a cabo las CCAA.**

• **Obligaciones de los beneficiarios:** están obligados a SUMINISTRAR toda la información que les sea requerida por las Administraciones competentes, a COMUNICAR todo tipo de ayudas personalizadas que reciban y a APLICAR las prestaciones económicas a las finalidades para las que fueron otorgadas. **La Orden/TAS/2455/2007 concreta más estas obligaciones:**

- a) Facilitar toda la información, salvo la que obre en poder de la admón.
- b) Destinar a las finalidades reconocidas y justificar su aplicación.
- c) Efectuar el pago de su participación en el coste.
- d) Comunicar los traslados de residencia, temporales superiores a 30 días o definitivos.
- e) Comunicar cualquier variación de circunstancias que puedan afectar al derecho, al contenido o a la intensidad de las prestaciones que tuvieran reconocidas en el plazo de 30 días a contar desde que se produzca la variación.

• Si el beneficiario incumple deberá de REINTEGRAR la cuantía percibida o la cantidad que le corresponda.

• Los obligados a reingresar las prestaciones son los BENEFICIARIOS, sus REPRESENTANTES (si son incapacitados y serán solidarios entre ellos) y las CAUSAHABIENTES en caso de fallecimiento del dependiente.

**-PRESTACIONES DE SERVICIOS SOCIALES: EL CATÁLOGO DE SERVICIOS (Art. 45 LD):** La Ley establece una serie de prestaciones del SAAD, pero ello NO por ello, necesariamente, todos los grados y niveles hayan de acceder a todos los servicios y prestaciones.

• **Servicios de PREVENCIÓN de las situaciones de DEPENDENCIA y Autonomía personal:** tiene como fin prevenir la aparición de enfermedades y el agravamiento de discapacidades y ayudar a estas personas a mejorar su modo de vida.

• El CTSS/SAAD, acordará los "criterios, recomendaciones y condiciones mínimas.

• **Principios sobre los que se asientan los planes:** UNIVERSALIDAD / ATENCIÓN PERSONALIZADA (integral y continua) / TRANSVERSALIDAD / IGUALDAD / EQUIDAD / CALIDAD / PARTICIPACIÓN CIUDADANA / COOPERACIÓN y COORDINACIÓN / INTERDISCIPLINARIEDAD.

• **Servicios de promoción de la autonomía personal:**

• Rehabilitación y terapia ocupacional.

• Atención temprana.

• Estimulación cognitiva.

• Promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía funcional.

• Rehabilitación pico-social para personas con enfermedad mental o discapacidad intelectual.

• Apoyos personales, atención y cuidados en alojamientos, de soporte a la inclusión comunitaria.

• La concreción de la intensidad se determinará en el programa individual de atención, de conformidad con las horas mensuales que establezca el correspondiente dictamen técnico.

• **Servicios de TELE ASISTENCIA (22 LD):** está dirigido a facilitar la asistencia a los beneficiarios mediante el uso de tecnologías de la comunicación y de la información para prevenir en caso de emergencia, inseguridad, soledad o aislamiento.

• El DPD ha instaurado este servicio para todos los Grados: III, II y I (Tras la publicación del real Decreto-ley 20/2012 de 13 de julio, han desaparecido los niveles).

• **Para Ceuta y Melilla este servicio puede comprender:**

• Apoyo inmediato a través de la línea telefónica a demandas de soledad, angustia, accidentes domésticos o enfermedad.

• Seguimiento permanente desde un centro de atención, mediante llamadas periódicas.

• Movilización de recursos ante situaciones de emergencia sanitaria, doméstica o social.

• Agenda para recordar al usuario datos importantes sobre su salud y gestiones.

• Se podrá suspender temporalmente, por el internamiento del beneficiario en una institución sanitaria o ingreso temporal en un centro residencial (24 horas al día durante todo el año).

• **Servicio de AYUDA a DOMICILIO (23 LD):** Atención a las necesidades del hogar y cuidados personales para que puedan realizar las actividades de la vida diaria.

• Puede incluir actividades para satisfacer necesidades domésticas o del hogar: limpieza, lavado, plancha, cocina u otros.

• El DPD ha instaurado este servicio para todos los Grados III, II y I, estableciendo una serie de horas para cada uno de esos grados (Real Decreto-ley 20/2012 de 13 de Julio):

• Grado III: entre 46 y 70 horas/mes

• Grado II: entre 21 y 45 horas/mes.

• Grado I: Máximo de 20 horas/mes.

• No obstante, las personas que ya lo tuviesen reconocido este derecho antes de la reforma, tienen estos parámetros:

• Grado III nivel 2: entre 70 y 90 horas mes.

• Grado III nivel 1: entre 55 y 70 horas mes.

• Grado II nivel 2: entre 40 y 55 horas mes.

• Grado II nivel 1: entre 30 y 40 horas mes.

• Grado I nivel 2: entre 21 y 30 horas mes.

• Grado I nivel 1: entre 12 y 20 horas mes.

• **Servicio de CENTRO de día y de noche (24 LD):** se ofrece una atención integral durante el periodo diurno o nocturno a las personas en situación de dependencia, con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias o cuidadores.

• Los centros se especializarán para atender a personas que así lo requieran.

• Se diferencian los siguientes centros:

• Para MAYORES.

• Para MENORES de 65 años.

• Para ATENCIÓN ESPECIALIZADA.

• Para la NOCHE.

• Horas semanales: 25 horas semanales para Grado 2 y 15 horas para Grado 1.

• **Servicio de ATENCIÓN RESIDENCIAL (art. 25 LD):** residencia para MAYORES en situación de DEPENDENCIA y Centros de atención a PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA (clasificadas en distintos tipos de discapacidad).

• Este servicio se presta por las Administraciones públicas en "centros públicos y concertados".

• El centro tiene que disponer de un Reglamento de régimen interior que regule su organización y funcionamiento.

• Para Ceuta y Melilla los centros residenciales incluirán servicios básicos (alojamiento, manutención, asistencia en las actividades de la vida diaria, atención social y sanitaria) y servicios especializados (de prevención, asesoramiento y orientación para la promoción de la autonomía, atención social, rehabilitación o atención asistencial y personal, atención médica, psicológica, de enfermería, terapia ocupacional y rehabilitación funcional).

• **Consecuencias del traslado de domicilio:** en caso de que la persona beneficiaria traslade su residencia a otra CCAA o a Ceuta y Melilla, está obligada a comunicarlo a la Administración que le haya reconocido el servicio o abone la prestación económica, en el plazo de 10 días hábiles.

• Las personas que se encuentren desplazadas de su residencia habitual dentro del territorio español mantendrán el derecho y reserva del servicio y de las prestaciones económicas mantendrán este derecho durante un tiempo máximo de 60 días al año con cargo a la Administración competente que les haya determinado el programa individual de atención.

• **Centros de referencia estatal para la promoción de la autonomía personal y atención y cuidado de situaciones de dependencia (16 LD):** El art 16.1 LD establece que la red de centros estará formada, entre otros, por los centros de referencia estatal para la promoción de la autonomía personal y para la atención y cuidados de situaciones de dependencia. En aplicación de esta disposición se han integrado y creado los siguientes centros:

• **CEPAT:** centro estatal de referencia de autonomía personal y de ayudas técnicas. Sito en Madrid, bajo la dependencia orgánica y funcional del IMSERSO.

• **CEADAT:** centro estatal de referencia de atención al daño cerebral (16 a 45 años). Sito en Madrid, bajo la dependencia orgánica y funcional del IMSERSO.

• El centro estatal de referencia para la atención a personas con grave discapacidad, es San Andrés del Rabanedo (León).

• Para personas con enfermedad de Alzheimer es Salamanca.

• Para enfermedades raras y sus familias es Burgos.

• Para el trastorno mental grave es Valencia.

**-PRESTACIONES ECONÓMICAS:** Los requisitos y las condiciones de acceso a estas prestaciones se establecen por la Comunidad Autónoma o Administración que en su caso tenga la competencia, teniendo en cuenta los acuerdos del CTSS/SAAD. Las prestaciones económicas son:

• **1) La prestación económica vinculada al servicio (17.1 LD o Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia):** es de carácter periódico y se reconocerá en los términos que se establezca, únicamente cuando NO sea posible el acceso a un servicio público o concertado de atención y cuidado en función del grado de dependencia y de la capacidad económica del beneficiario (teniendo en cuenta el convenio celebrado entre la AGE y CCAA).

• El DPD ha instaurado esta prestación para todos los Grados III, II y I.

• **2) La prestación económica para cuidados en el entorno familiar:** Esta prestación económica esta diseñada para cuando el beneficiario está excepcionalmente atendido por su entorno familiar por cuidadores NO PROFESIONALES o PROFESIONALES, siempre y cuando se den las condiciones adecuadas de convivencia y de habitabilidad de la vivienda y así lo disponga el programa individual de atención.

• El CTSS/SAAD es quien determinará las condiciones de acceso a esta prestación, en función del grado reconocido y otros criterios.

• **El cuidador NO profesional ha de ser mayor de 18 años, residir legalmente en España y comprometerse a estar en esta situación durante 3 meses como mínimo.**

• **El cuidador PROFESIONAL debe estar CONTRATADO.**

• **Las MATEP colaboran en la gestión de la prestación económica tanto de CONTINGENCIAS COMUNES como en PROFESIONALES.**

• **3) La prestación económica de asistencia personal (19 LP):** tiene como finalidad la PROMOCIÓN de la AUTONOMÍA PERSONAL en situación de dependencia en cualquiera de sus grados.

• Consiste en CONTRATAR un asistente personal, durante un número de horas.

• El asistente debe FACILITAR el acceso a la educación y al trabajo, así como una vida más autónoma.

• **4) Ayuda económica para facilitar la autonomía personal:**

• Son competencia del AGE y CCAA a través de mutuo acuerdo y los presupuestos existentes.

• Sirven para facilitar la Autonomía Personal (ayudas técnicas e instrumentos necesarios).

• Tienen la condición de SUBVENCIONES.

• Tienen carácter ANUAL.

• **Características comunes:**

• El importe de la prestación económica se determinará aplicando a la cuantía vigente para cada año y un coeficiente reductor según su capacidad económica (según establezca CCAA) y tendrán en consideración lo que se acuerde por el Consejo territorial del SAAD.

• Respecto a las deducciones, si el beneficiario es titular de cualquier prestación de análoga naturaleza y finalidad, establecida en otro régimen público de protección social, del importe a reconocer se deducirán las siguientes prestaciones:

• El complemento de gran invalidez

• El complemento de la asignación económica por hijo a cargo mayor de 18 años, con un grado de minusvalía reconocido igual o superior al 75%.

• El complemento por necesidad de tercera persona de la pensión de invalidez no contributiva, establecidos en la LGSS

• El subsidio de ayuda a tercera persona, previsto en la LISMI.

• Las prestaciones económicas serán incompatibles entre sí.

• Los servicios sociales serán incompatibles entre sí.



## 3.6 EL PROCEDIMIENTO PARA EL RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

**-PROCEDIMIENTO:** La normativa procedimental está regulada por Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC).

• **¿Quién tiene la competencia?:** El procedimiento lo ostentan **todas las CCAA** (excepto Ceuta y Melilla que la ostenta el Estado).

• **1 FASE: INICIACIÓN:** Se inicia a instancia de la persona que pueda estar afectada por algún grado de dependencia o de quien ostente su representación.

• En primer lugar debe presentarse al órgano competente de la CCAA.

• La solicitud debe contener la siguiente información (3.1 DPD):

• **Fotocopia del DNI o pasaporte** del solicitante o su representante.

• **Documentos que acrediten que se cumplen con los requisitos** (p. e. 5 años de residencia en territorio español).

• **Información sobre la discapacidad.**

• **Compromiso de seguimiento.**

• **Compromiso en la atención.**

• **Informe de Salud** (debe ser emitido por un facultativo del Sistema Nacional de Salud): contiene la información sobre las limitaciones sobre la vida diario, soporte terapéutico, alteraciones cognitivas...

• **Informe social:** debe ser elaborado por un trabajador social, en donde figura los datos relativos a la convivencia del solicitante, a la vivienda, a las características generales del apoyo que pueda percibir, al grado de minusvalía o necesidad de tercera persona.

• **Declaración responsable de situación económica (renta y patrimonio)**, autorización de comprobación.

• **Objetivos de esta fase:** CONOCER y COMPRENDER las causas de la dependencia, así como los tipos de terapia que necesita.

• **2 FASE: INSTRUCCIÓN (los órganos de valoración):** Admitida la solicitud, el órgano competente de la CA consultará los datos de que disponga y podrá requerir al interesado, a fin de dictar la resolución.

• Deben VALORAR y DETERMINAR del grado de dependencia.

• Para ello, cuentan con ESPECIALISTAS de distintas disciplinas: médicos, psicólogos y titulados medio del área sanitaria o social.

• APLICAR el baremo (y los desempeños positivos, negativos y no aplicables).

• Realizar la valoración (a través de los informes).

• Formular dictamen-propuesta.

• Acreditar la necesidad del concurso de otra persona.

• Emitir el informe social para la elaboración del programa individual de atención.

• Proporcionar asistencia técnica y asesoramiento sobre la valoración

• Otras funciones que le sean atribuidas

• Cuando la valoración no fuese posible por causa del interesado, se dictará resolución dando por caducado el expediente (art.92 LRJ-PAC)

• **3 FASE: RESOLUCIÓN:** Concluida la valoración, se procede con la fase de resolución que consiste en aceptar o denegar la solicitud.

• Debe especificarse el ORGANISMO administrativo que EXPIDE la resolución.

• **Contenido:** esta resolución debe informar sobre:

• Los SERVICIOS que se reconocen.

• Las PRESTACIONES ECONÓMICAS.

• La FECHA de EFECTIVIDAD (momento en el que será efectivo el derecho reconocido).

• Si se ha denegado, deberá señalar las CAUSAS que motivan su denegación.

• **Plazo:** 6 meses desde la presentación de la solicitud.

• En caso de SILENCIO administrativo, se considera que es POSITIVO.

• Excepto para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores NO profesionales, que quedarán sujetas a un plazo suspensivo máximo de 2 años.

• **Recurso:** contra toda resolución cabe interponer un recurso de alzada ante la Dirección General del IMSERSO (art.31 de la orden TAS/5422/2007).

• **El INSS tiene atribuida la competencia para reconocer el derecho a las prestaciones económicas.**

**-PROGRAMA INDIVIDUAL DE ATENCIÓN (29 LD):** Cuando la resolución sea favorable, los servicios sociales correspondientes del sistema público establecerán un programa individual.

• **ESTABLECE los servicios que requiere el beneficiario** (según necesidades y nivel de dependencia).

• **Contenido del programa:**

• Los datos personales y circunstancias social.

• El servicio propuesto.

• Si no es posible acceso a servicio público concertado de atención y cuidado, la prestación económica vinculada al servicio.

• Excepcionalmente, cuando el solicitante esté atendido en su entorno familiar, propuesta de prestación económica para cuidados familiares.

• **Resolución del programa:**

• Los servicios que se le reconocen al solicitante de acuerdo con su grado y nivel.

• Las prestaciones económicas, especificando la cuantía.

• La fecha de efectividad del derecho a las prestaciones.

• **Plazo:** 1 mes a partir de la fecha de la resolución del reconocimiento de la situación de dependencia. El derecho a las prestaciones debe ser notificado en el plazo de 10 días.

• **Recurso:** puede ser recurrida en alzada ante la Dirección General del IMSERSO.

**-REVISIÓN DEL GRADO O NIVEL DE DEPENDENCIA (30.1 LD):** el grado de dependencia será revisable a instancia de parte o de oficio por alguna de las siguientes causas:

• Mejoría o empeoramiento de la situación de dependencia

• Error de diagnóstico o en la aplicación del correspondiente baremo.

• **El procedimiento será el dispuesto por cada CA.** Aunque existen algunas reglas generales:

• **A instancia de parte:** NO podrá ser solicitada la revisión hasta que transcurra 2 años desde la fecha en que se haya valorado la situación de dependencia.

• Posteriormente, puede ser revisada cada 1 año.

• **De Oficio:** La valoración de la situación de dependencia será revisable de oficio hasta la edad de 18 años. A partir de esa edad, "cuando así se establezca expresamente por el órgano de valoración en el dictamen-propuesta de situación de dependencia de la persona valorada".

• Toda revisión debe ser MOTIVADA.

• El IMSERSO será el organismo de revisarlas o bien el órgano competente de la CA