

GUÍA JURÍDICA

PARA PERSONAS AFECTADAS DE
ESCLEROSIS MÚLTIPLE



FEDEMA

Federación de Asociaciones de
Esclerosis Múltiple de Andalucía

Entidad Declarada de Utilidad Pública



F E D E M A

Federación de Asociaciones de
Esclerosis Múltiple de Andalucía

Entidad Declarada de Utilidad Pública

GUÍA JURÍDICA

PARA PERSONAS AFECTADAS DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Dirección

FEDEMA

Coordinación

Reyes Valdés Pacheco

Equipo de Redacción

Carmen Fátima Ruiz Rodríguez

Águeda Alonso Sánchez

Reyes Valdés Pacheco

Edita

FEDEMA

Avda. de Altamira, 29, bl. 11 – Acc. A

41020 Sevilla

www.fedema.es

fedemaem@hotmail.com

Teléfono / Fax: 902 430 880

Depósito Legal: SE 1755-2016

ISBN 978-84-617-6175-3

ÍNDICE

Pág. 6	PRÓLOGO
Pág. 7	1. CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
	1.1. Marco legal de la discapacidad en España
	1.2. Certificado de discapacidad
	1.3. Cómo se obtiene el reconocimiento del grado de discapacidad
	1.4. Centros de valoración y orientación
	1.5. Relación de prestaciones y servicios a los que da derecho la discapacidad
	1.5.1. Servicios sociales
	1.5.2. Subvenciones y ayudas
	1.5.3. Pensiones
	1.5.4. Educación
	1.5.5. Empleo
	1.5.6. Beneficios fiscales aplicables a personas con discapacidad
Pág. 16	2. DISCAPACIDAD Y FAMILIA NUMEROSA
Pág. 20	3. INCAPACIDAD PERMANENTE
	3.1. Concepto
	3.2. Grados
	3.3. Incapacidad permanente parcial
	3.4. Incapacidad permanente total
	3.5. Incapacidad permanente absoluta
	3.6. Gran invalidez
	3.7. Calificación y revisión
	3.8. Incapacidad permanente para trabajadores por cuenta propia o autónomos
	3.9. Relación entre incapacidad permanente y grado de discapacidad
Pág. 44	4. INCAPACIDAD PERMANENTE NO CONTRIBUTIVA
Pág. 47	5. LA INCAPACITACIÓN JUDICIAL

Pág. 50	6. TRABAJAR CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE 6.1. Reconocimiento médico de empresa 6.2. Comunicación de la enfermedad al empresario 6.3. Despido por padecer Esclerosis Múltiple
Pág. 53	7. SEGURO DE INVALIDEZ ABSOLUTA PARA HIPOTECAS Y ESCLEROSIS MÚLTIPLE
Pág. 55	8. CONDUCIR CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE
Pág. 57	9. LOS DERECHOS COMO PACIENTES DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO 9.1. Relación de derechos 9.2. Derecho a ser informado 9.3. El consentimiento informado 9.4. Participar en las decisiones clínicas y negarse a tratamiento 9.5. Derechos arco (acceso, rectificación y/o cancelación de la historia clínica) 9.5.1. Derecho de acceso a la historia clínica 9.5.2. Rectificación y/o cancelación en la historia de salud 9.6. Derecho a una segunda opinión para pacientes diagnosticados de Esclerosis Múltiple 9.7. Libre elección de médico y centro 9.7.1. Libre elección de médico especialista y hospital público 9.7.2. Libre elección de médico de familia y pediatra
Pág. 81	10. PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIÓN
Pág. 83	11. MARCO NORMATIVO DEL DERECHO A LA REHABILITACIÓN

PRÓLOGO

La principal pretensión de FEDEMA con esta Guía Jurídica, es seguir ayudando a las personas afectadas de Esclerosis Múltiple en muchas de las situaciones cotidianas a las que tienen que enfrentarse y que, sin saberlo, tienen consecuencias jurídicas.

Esta Guía Jurídica es una recopilación de la Normativa existente en el momento de su publicación, relativa a los temas que con más frecuencia se consultan al Departamento Jurídico de FEDEMA. Con esta publicación no se pretende sustituir en ningún momento la necesaria consulta a un profesional del Derecho, a las distintas Asociaciones de Esclerosis Múltiple de nuestra Federación, ni por supuesto a la propia Administración, con carácter previo a realizar cualquier actuación en alguna de las materias tratadas.

Lda. Carmen Fátima Ruiz Rodríguez
Departamento Jurídico de FEDEMA

1

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

1.1. MARCO LEGAL DE LA DISCAPACIDAD EN ESPAÑA

El Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social, considera en su artículo 4 que:

“Son personas con discapacidad aquellas que presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, previsiblemente permanentes que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.

Además de lo establecido en el apartado anterior, y a todos los efectos, tendrán la consideración de personas con discapacidad aquellas a quienes se les haya reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33 por ciento. Se considerará que presentan una discapacidad en grado igual o superior al 33 por ciento los pensionistas de la Seguridad Social que tengan reconocida una pensión de incapacidad permanente en el grado de total, absoluta o gran invalidez, y a los pensionistas de clases pasivas que tengan reconocida una pensión de jubilación o de retiro por incapacidad permanente para el servicio o inutilidad”.

1.2. CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

El documento que acredita la discapacidad de una persona es el Certificado de Discapacidad. Se trata de un documento oficial emitido por el Organismo Autonómico correspondiente, en este caso la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía, a través de los Centros de Valoración y Orientación.

Este documento, que declara el grado de discapacidad que presenta la persona, es el resultado de una valoración que voluntariamente se solicita, llevada a cabo por parte de un Equipo de Valoración y Orientación, compuesto por médicos, psicólogos y trabajadores sociales.

El procedimiento para el reconocimiento, declaración y certificación del grado de discapacidad, está regulado mediante el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre. Esta norma tiene por finalidad que la valoración y calificación del grado de discapacidad que afecte a las personas sea uniforme, garantizando así la igualdad de condiciones para el acceso de los ciudadanos y ciudadanas a los beneficios, derechos económicos y servicios que los organismos públicos otorguen.

Por otro lado, la Comisión Andaluza de Valoración de Discapacidades asesora a la Dirección General de Personas con Discapacidad en todos los temas relacionados con la valoración de la discapacidad.

1.3. CÓMO SE OBTIENE EL RECONOCIMIENTO DEL GRADO DE DISCAPACIDAD

Para obtener la valoración por parte de un Equipo de Valoración y Orientación es necesario rellenar la solicitud pertinente y entregarla junto con la documentación requerida en la misma, en cualquiera de los registros pertenecientes a la Consejería para la Igualdad y Políticas Sociales.

Posteriormente, por correo certificado se envía al domicilio de la persona solicitante la citación para que se persone en el Centro de Valoración y Orientación y se haga posible la valoración.

1.4. CENTROS DE VALORACIÓN Y ORIENTACIÓN

En Andalucía, los Centros de Valoración y Orientación, dependientes de las Delegaciones Territoriales de la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía, son los centros competentes para valorar el grado de discapacidad de las personas que lo solicitan. También tramitan algunas de las prestaciones a las que da acceso el reconocimiento de un grado de discapacidad igual o superior al 33%.

Los Centros de Valoración y Orientación de Andalucía son los siguientes:

Almería.

Ctra. Ronda, s/n - 4ª Planta. Edif. Antigua Bola Azul

Tlf./Fax: 950 017 250 - 950 017 279 / 80

E-mail: cvoalmeria.csbs@juntadeandalucia.es

Cádiz

Plaza Madrid. Estadio Ramón de Carranza. Fondo Sur Bajo

Tlf./Fax: 956 007 400 - 956 007 420

E-mail: cvo.ca.csbs@juntadeandalucia.es

Algeciras

Antiguo Edificio de Cruz Roja. Paseo de la Conferencia, s/n - 4ª Planta. 11207 Algeciras

Tlf./Fax: 956 584 001 - 956 584 003

E-mail: cvoalgeciras.csbs@juntadeandalucia.es

Córdoba

Ronda de los Tejares, 16 (Pasaje)

Tlf./Fax: 957 005 300 - 957 005 340

E-mail: cvoco.csbs@juntadeandalucia.es

Granada

Ctra. Alfacar, 13. Polígono La Cartuja

Tlf./Fax: 958 024 900 - 958 024 944 - 958 024 945 / 958 024 949

E-mail: cvo.gr.csbs@juntadeandalucia.es

Huelva

C/ Hermandades, s/n

Tlf./Fax: 959 005 900 - 959 005 928

E-mail: cvohuelva.csbs@juntadeandalucia.es

Jaén

C/ Linares, 2 y 4

Tlf./Fax: 953 002 900 - 953 037 581

E-mail: centro.valoracion.orientacion.ja.csbs@juntadeandalucia.es

Málaga

Plaza Diego Vázquez Otero, 5

Tlf./Fax: 951 036 700 - 951 036 727

E-mail: info.cvoma.csbs@juntadeandalucia.es

Sevilla

C/ Japón, 37

Tlf./Fax: 955 928 880 - 955 928 944

E-mail: centrodevaloracionyorientaciondesevilla@juntadeandalucia.es

1.5. RELACIÓN DE PRESTACIONES Y SERVICIOS A LOS QUE DA DERECHO LA DISCAPACIDAD

La persona que tenga reconocido un grado de discapacidad del 33% o superior, tiene derecho a acceder a los servicios y prestaciones que se ofrecen desde las Administraciones Públicas Andaluzas y Estatales.

La siguiente relación no pretende ser exhaustiva, y como sabemos la normativa puede sufrir variaciones. *Esta guía pretende sólo ser orientativa, aconsejando siempre consultar y preguntar a cada paso que demos.*

1.5.1. SERVICIOS SOCIALES

a) COMUNITARIOS: son servicios generales a toda la población:

- Servicio de Información, Orientación y Asesoramiento.
- Servicio de Ayuda a Domicilio.
- Convivencia y Reinserción Social.
- Cooperación Social.
- Prestaciones Complementarias.

b) SERVICIO ANDALUZ DE TELEASISTENCIA

c) ESPECIALIZADOS:

1. Centros de Valoración y Orientación. Entre otras funciones:

- Valoran la discapacidad: reconocimiento de la condición de discapacidad.
- Valoran las solicitudes de la tarjeta de aparcamiento.
- Informan sobre orientación socio-laboral.

2. Centros Residenciales, Centros de Día y Programas de Respiro Familiar.

3. Entidades tutelares.

d) PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

1.5.2. SUBVENCIONES Y AYUDAS**a) SUBVENCIONES CONVOCADAS POR LA CONSEJERÍA DE IGUALDAD Y POLÍTICAS SOCIALES**

- Subvenciones individuales para personas con discapacidad:
 - La adaptación de vehículos a motor.
 - La adquisición, renovación y reparación de prótesis y órtesis, así como la adquisición, renovación y reparación de ayudas técnicas, siempre que, en los dos casos, no se encuentren en el catálogo general de prestaciones ortoprotésicas del Sistema Andaluz de Salud.
 - Los gastos de desplazamiento de personas con discapacidad al centro residencial o de día al que deban asistir, en aquellos casos en que no puedan hacer uso total o parcial del servicio disponible, así como los gastos de desplazamiento de los niños y niñas de 0 a 6 años que estén recibiendo atención temprana para desplazarse al centro al que deban asistir.

b) EN MATERIA DE TRANSPORTE

- Subsidio de movilidad y compensación por gastos de transporte.
- Tarjeta de transporte bonificado.
- Deducción por inversiones en plataformas de accesos para personas con discapacidad.
- Bono-taxi.
- Tarjeta Dorada Renfe.
- Ayudas al transporte para acceder al hospital.
- Ayudas al transporte privado.

c) VIVIENDA

- Para la rehabilitación del hogar.
- Adquisición de viviendas de protección oficial.

d) OTRAS SUBVENCIONES

- Subvenciones del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Ayudas de la Fundación ONCE.

1.5.3. PENSIONES

Las pensiones relacionadas a continuación se conceden a personas que además de tener otorgado un determinado grado de discapacidad reúnen, otros requisitos concretos para cada tipo de pensión:

- Pensión no contributiva de invalidez.
- Prestación por hijo a cargo.
- Pensión de orfandad.
- Asistencia sanitaria y prestación farmacéutica.
- Subsidio de movilidad y compensación por gastos de transporte.
- Ayudas sociales de carácter extraordinario.

1.5.4. EDUCACIÓN

A) Atención educativa en educación infantil, educación primaria y educación secundaria, siendo la discapacidad el criterio prioritario de admisión:

- Escolarización en aulas o centros de educación especial.
- Formación básica de personas adultas.
- Escolarización en enseñanzas post obligatorias: reserva del 5% de puestos escolares para estudiantes con al menos el 33% de discapacidad.
- Recursos especializados para la atención educativa.

B) Recursos especializados para la atención educativa al alumnado con necesidades educativas especiales:

- Equipos de Orientación Educativa.
- Departamentos de Orientación.
- Equipos de Orientación Educativa Especializados.
- Profesorado especializado en la atención al alumnado con necesidades educativas especiales.
- Otros profesionales que atienden al alumnado con necesidades educativas especiales.

C) Medidas curriculares para atención a la diversidad:

- Adaptaciones curriculares.
- Programa específico de formación profesional básica.

D) Otras medidas para la atención al alumnado con necesidades educativas especiales:

- Aulas hospitalarias y unidades de salud mental infantil y juvenil.
- Programas de atención educativa domiciliaria.

- Residencias escolares y escuelas hogar.
- Transporte escolar.
- Actividades extraescolares.

E) Ayudas públicas para el alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo.

F) Ámbito Universitario:

- Acceso en las condiciones adecuadas a la discapacidad.
- Reserva del 3% de las plazas disponibles.
- Gratuidad de los precios públicos en primera matriculación.
- Adaptación de determinadas materias o prácticas.

1.5.5. EMPLEO

- Subvenciones a la contratación indefinida y a la adaptación de puestos de trabajo.
- Bonificaciones empresariales a la contratación laboral de personas con discapacidad mediante el contrato temporal de fomento del empleo.
- Incentivos a la contratación de personas con discapacidad en supuestos de contratación en prácticas, contrato para la formación y contratos de duración determinada.
- Incentivos a contratos de interinidad para sustituir bajas por Incapacidad Temporal de personas trabajadoras con discapacidad y otros supuestos de interinidad.
- Medidas de empleo selectivo y beneficios a las empresas por la readmisión.
- Emisión de los informes relativos a la adecuación y adaptación de puestos de trabajo a las personas con discapacidad.

- Empleo Público:

- a) El acceso y provisión de puestos de trabajo de personas con discapacidad en la Administración General del Estado (AGE).
- b) El acceso y provisión de puestos de trabajo de personas con discapacidad en la Administración de la Junta de Andalucía.

- Autoempleo:

Se establecen un conjunto de medidas para la constitución de las personas con discapacidad como trabajadores/as autónomos/as, tanto de carácter estatal, con la posibilidad de capitalización de la prestación por desempleo y exención de la misma en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, como de gestión autonómica, con la bonificación de cuotas al Régimen Especial de Trabajadores Autónomos, tanto para perceptores/as de la prestación por desempleo en pago único como para los/as que no lo sean, y las ayudas directas para el inicio y ejercicio de la actividad empresarial.

1.5.6. BENEFICIOS FISCALES APLICABLES A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

A) Beneficios fiscales aplicables en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas:

- Rentas exentas (artículo 7 de la Ley 35/2006, del IRPF).
- Reducciones sobre rendimientos del trabajo o de actividades económicas (artículos 20 y 32 de la Ley 35/2006).
- Mínimo por descendientes (artículo 58, Ley 35/2006).
- Mínimo por ascendientes (artículo 59, Ley 35/2006).
- Mínimo por discapacidad (artículo 60, Ley 35/2006).
- Reducciones por aportaciones y contribuciones a sistemas de previsión social constituidos a favor de personas con discapacidad (artículo 53, Ley 35/2006 y disposición adicional 10).
- Reducciones por aportaciones a patrimonios protegidos de las personas con discapacidad (artículo 54, Ley 35/2006 y disposición adicional 18ª).
- Reducciones por aportaciones y contribuciones a sistemas de previsión social para personas en situación de dependencia (art. 51 de la Ley 35/2006).
- Deducciones en la cuota íntegra autonómica.
- Deducciones anticipadas por personas con discapacidad a cargo.

B) Beneficios fiscales aplicables en el Impuesto de Sociedades:

- Deducción por creación de empleo para trabajadores con discapacidad (artículo 38, Ley 27/2014).
- Deducción por actividades de investigación y desarrollo e innovación tecnológica (artículo 35, Ley 27/2014).

C) Bonificaciones específicas para cooperativas de trabajo asociado, protegidas fiscalmente, cuyos socios/as sean personas con discapacidad.

D) Beneficios Fiscales en el Impuesto sobre el Patrimonio.

E) Beneficios Fiscales en el Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones.

F) IVA:

- Tipo superreducido: se aplicará el tipo del 4% a las operaciones siguientes, cuando el sujeto pasivo tenga una discapacidad igual o superior al 33%:

- a) La adquisición y reparación de vehículos para personas con movilidad reducida y de sillas de ruedas para uso exclusivo de personas con discapacidad.

b) La adquisición y adaptación de vehículos destinados a ser utilizados como autotaxis o autoturismos especiales para el transporte de personas con discapacidad usuarias de silla de ruedas, bien directamente o previa su adaptación, así como los vehículos a motor que, previa adaptación o no, deban transportar habitualmente a personas con discapacidad usuarias de silla de ruedas o con movilidad reducida, con independencia de quién sea la persona conductora de los mismos.

c) Los servicios de reparación de los vehículos y de las sillas de ruedas comprendidos anteriormente y los servicios de adaptación de los autotaxis y autoturismos para personas con discapacidad y de los vehículos a motor a los que se refiere el párrafo segundo del mismo precepto, independientemente de quién sea el conductor de los mismos.

d) Las prótesis, órtesis e implantes internos para personas con discapacidad.

e) Los servicios de teleasistencia, ayuda a domicilio, centro de día y de noche y atención residencial, a que se refieren las letras b), c), d) y e) del apartado 1 del artículo 15 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, que no resulten exentas por ser efectuadas por entidades de Derecho público o entidades o establecimientos privados de carácter social, siempre que se presten en plazas concertadas en centros o residencias o mediante precios derivados de un concurso administrativo adjudicado a las empresas prestadores en aplicación de lo dispuesto en dicha Ley.

Para los beneficios fiscales de transporte son necesarios los siguientes requisitos:

1º Que hayan transcurrido al menos 4 años desde la matriculación de otro vehículo en análogas condiciones. No obstante, este requisito no se exigirá en supuestos de siniestro total de los vehículos, debidamente acreditado.

2º Que no sean objeto de una transmisión posterior por actos «inter vivos» durante el plazo de los cuatro años siguientes a la fecha de su matriculación.

3º Que se obtenga previamente la certificación de discapacidad del IMSERSO o entidad gestora correspondiente a la Comunidad Autónoma que tenga transferida su gestión.

La aplicación del 4% requerirá el previo reconocimiento del derecho por la Administración Tributaria, iniciándose mediante solicitud (modelo 04). Dicho reconocimiento, caso de producirse, surtirá efecto desde la fecha de su solicitud. Junto con la solicitud se deberá acompañar la documentación que acredite que el destino del vehículo es el transporte habitual de la persona con discapacidad en silla de ruedas o con movilidad reducida.

- Tipo reducido: se aplicará el tipo del 10% a los aparatos y complementos, incluidas las gafas graduadas y las lentillas que, por sus características objetivas, sean susceptibles de destinarse esencial o principalmente a suplir las deficiencias físicas, incluidas las limitativas de su movilidad y comunicación.

- G) Impuestos sobre transmisiones patrimoniales y actos jurídicos documentados.
- H) Impuesto de matriculación.
- I) Impuesto sobre vehículos de tracción mecánica.
- J) Impuesto sobre actividades económicas.
- K) Impuesto sobre construcciones, instalaciones y obras.

BIBLIOGRAFÍA

www.juntadeandalucia.es/organismos/igualdadypolicassociales/areas/discapacidad/cvo.html

www.juntadeandalucia.es/organismos/igualdadypolicassociales/areas/discapacidad/prestaciones.html

NORMATIVA

Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, y toda la normativa invocada en este apartado.

2

DISCAPACIDAD Y FAMILIA NUMEROSA

La Ley 40/2003, de 18 de noviembre, de Protección a las Familias Numerosas, es la normativa que regula el concepto de familia numerosa en España.

Las familias que estén acreditadas como familia numerosa podrán acogerse a los beneficios previstos legalmente para las mismas.

De ahí la importancia que tiene saber si la discapacidad influye en el concepto de familia numerosa.

Los beneficios establecidos al amparo de dicha Ley tienen como finalidad primordial contribuir a promover las condiciones para que la igualdad de los miembros de las familias numerosas sea real y efectiva en el acceso y disfrute de los bienes económicos, sociales y culturales.

a) Concepto de familia numerosa

El artículo 2 de la referida Ley establece que se entiende por familia numerosa:

“La integrada por uno o dos ascendientes con tres o más hijos, sean o no comunes.”

Así mismo, se equiparan a familia numerosa a los efectos de la referida Ley, las familias constituidas por:

- Uno o dos ascendientes con dos hijos, sean o no comunes, siempre que al menos uno de éstos sea discapacitado o esté incapacitado para trabajar.
- Dos ascendientes, cuando ambos fueran discapacitados, o, al menos, uno de ellos tuviera un grado de discapacidad igual o superior al 65 por ciento, o estuvieran incapacitados para trabajar, con dos hijos, sean o no comunes.
- El padre o la madre separados o divorciados, con tres o más hijos, sean o no comunes, aunque estén en distintas unidades familiares, siempre que se encuentren bajo su dependencia económica, aunque no vivan en el domicilio conyugal. En este supuesto, el progenitor que opte por solicitar el reconocimiento de la condición de familia numerosa, proponiendo a estos efectos que se tengan en cuenta hijos que no convivan con él, deberá presentar la resolución judicial en la que se declare su obligación de prestarles alimentos.

En el caso de que no hubiera acuerdo de los padres sobre los hijos que deban considerarse en la unidad familiar, operará el criterio de convivencia.

- Dos o más hermanos huérfanos de padre y madre sometidos a tutela, acogimiento o guarda que convivan con el tutor, acogedor o guardador, pero no se hallen a sus expensas.

- Tres o más hermanos huérfanos de padre y madre, mayores de 18 años, o dos, si uno de ellos es discapacitado, que convivan y tengan una dependencia económica entre ellos.
- El padre o la madre con dos hijos, cuando haya fallecido el otro progenitor.

b) Concepto de ascendiente

A los efectos de esta ley, se consideran ascendientes al padre, a la madre o a ambos conjuntamente cuando exista vínculo conyugal y, en su caso, al cónyuge de uno de ellos.

Se equipara a la condición de ascendiente la persona o personas que, a falta de los mencionados en el párrafo anterior, tuvieran a su cargo la tutela o acogimiento familiar permanente o preadoptivo de los hijos, siempre que éstos convivan con ella o ellas y a sus expensas.

c) Consideración de hijo

Tendrán la misma consideración que los hijos las personas sometidas a tutela o acogimiento familiar permanente o preadoptivo legalmente constituido. Los menores que habiendo estado en alguna de estas situaciones alcancen la mayoría de edad y permanezcan en la unidad familiar, conservarán la condición de hijos en los términos establecidos en el artículo 3 de la presente ley.

Esto es una modificación a partir de la entrada en vigor, en agosto de 2015, de la Ley de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.

d) Concepto de persona con discapacidad

A los efectos de esta Ley, se entenderá por discapacitado aquel que tenga reconocido un grado de minusvalía igual o superior al 33 por ciento y por incapaz para trabajar, aquella persona que tenga reducida su capacidad de trabajo en un grado equivalente al de la incapacidad permanente absoluta o gran invalidez.

e) Requisitos para el reconocimiento de familia numerosa

Para que se reconozca y mantenga el derecho a ostentar la condición de familia numerosa, los hijos o hermanos deberán reunir las siguientes condiciones:

- Ser solteros y menores de 21 años de edad, o ser discapacitados o estar incapacitados para trabajar, cualquiera que fuese su edad.

Tal límite de edad se ampliará hasta los 25 años de edad, cuando cursen estudios que se consideren adecuados a su edad y titulación o encaminados a la obtención de un puesto de trabajo.

- Convivir con el ascendiente o ascendientes, sin perjuicio de lo previsto en el artículo 2.2.c) para el supuesto de separación de los ascendientes. Se entenderá en todo caso que la separación transitoria motivada por razón de estudios, tra-

bajo, tratamiento médico, rehabilitación u otras causas similares no rompe la convivencia entre padres e hijos, en los términos que reglamentariamente se determinen.

- Depender económicamente del ascendiente o ascendientes. Se considerará que se mantiene la dependencia económica cuando:

1.º El hijo obtenga unos ingresos no superiores, en cómputo anual, al salario mínimo interprofesional vigente, incluidas las pagas extraordinarias.

2.º El hijo esté incapacitado para el trabajo y la cuantía de su pensión, si la percibiese, no exceda en cómputo anual, al Indicador Público de Rentas de Efectos Múltiples (IPREM) vigente, incluidas 14 pagas, salvo que percibiese pensión no contributiva por invalidez, en cuyo caso no operará tal límite.

3.º El hijo contribuya al sostenimiento de la familia y exista un único ascendiente, si éste no está en activo, en los casos y condiciones que reglamentariamente se determinen.

4.º El hijo contribuya al sostenimiento de la familia y el padre y/o la madre estén incapacitados para el trabajo, jubilados o sean mayores de 65 años de edad, siempre que los ingresos de éstos no sean superiores en cómputo anual, al salario mínimo interprofesional vigente, incluidas las pagas extraordinarias.

Los miembros de la unidad familiar deberán ser españoles o nacionales de un Estado miembro de la Unión Europea o de alguno de los restantes Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo y tener su residencia en territorio español, o, si tienen su residencia en otro Estado miembro de la Unión Europea o que sea parte del Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo que, al menos, uno de los ascendientes de la unidad familiar ejerza una actividad por cuenta ajena o por cuenta propia en España.

Los miembros de la unidad familiar, nacionales de otros países, tendrán, a los efectos de esta ley, derecho al reconocimiento de la condición de familia numerosa en igualdad de condiciones que los españoles, siempre que sean residentes en España todos los miembros que den derecho a los beneficios a que se refiere esta ley.

Nadie podrá ser computado, a los efectos de esta ley, en dos unidades familiares al mismo tiempo.

f) Categorías de familia numerosa

Las familias numerosas, por razón del número de hijos que reúnan las condiciones de los artículos 2 y 3 de esta ley, se clasificarán en alguna de las siguientes categorías:

a) Especial: las de cinco o más hijos y las de cuatro hijos de los cuales al menos tres procedan de parto, adopción o acogimiento permanente o preadoptivo múltiples.

b) General: las restantes unidades familiares.

No obstante, las unidades familiares con cuatro hijos se clasificarán en la categoría especial cuando sus ingresos anuales de las mismas, divididos por el número de miembros que las componen, no superen en cómputo anual el 75 por ciento del salario mínimo interprofesional vigente, incluidas las pagas extraordinarias.

Cada hijo discapacitado o incapacitado para trabajar, en los términos definidos en el apartado 5 del artículo 2, computará como dos para determinar la categoría en que se clasifica la unidad familiar de la que forma parte.

g) Reconocimiento de la condición de familia numerosa

La condición de familia numerosa se acreditará mediante el título oficial establecido al efecto, que será otorgado cuando concurren los requisitos establecidos en esta ley, a petición de cualquiera de los ascendientes, tutor, acogedor, guardador, u otro miembro de la unidad familiar con capacidad legal.

Corresponde a la comunidad autónoma de residencia del solicitante la competencia para el reconocimiento de la condición de familia numerosa, así como para la expedición y renovación del título que acredita dicha condición y categoría. A los efectos de esta ley, este título tendrá validez en todo el territorio nacional sin necesidad de acto alguno de reconocimiento. El contenido mínimo e indispensable para asegurar su eficacia se determinará en el desarrollo reglamentario de esta ley.

Para los casos de los nacionales de Estados miembro de la Unión Europea o de los restantes que sean parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo, que no tengan su residencia en territorio español, será competente la comunidad autónoma en la que el solicitante ejerza su actividad por cuenta ajena o por cuenta propia.

NORMATIVA

Ley 40/2003, de 18 de noviembre, de Protección a las Familias Numerosas.

3

INCAPACIDAD PERMANENTE

3.1. CONCEPTO

En la modalidad contributiva, es incapacidad permanente 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 obstará a tal calificación la posibilidad de recuperación de la capacidad laboral, si dicha posibilidad se estima médicamente como incierta o a largo plazo.

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

En la modalidad no contributiva, podrán ser constitutivas de incapacidad permanente las deficiencias, previsiblemente permanentes, de carácter físico o psíquico, congénitas o no, que anulen o modifiquen la capacidad física, psíquica o sensorial de quienes las padecen.

La incapacidad permanente habrá de derivarse de la situación de Incapacidad Temporal, salvo que afecte a quienes carezcan de protección en cuanto a dicha Incapacidad Temporal, bien por encontrarse en una situación asimilada a la de alta que no la comprenda, bien en los supuestos de asimilación a trabajadores por cuenta ajena en los que se dé la misma circunstancia, o bien en los casos de acceso a la incapacidad permanente desde la situación de no alta.

En los siguientes apartados tan sólo vamos a tratar la Incapacidad Permanente Contributiva.

3.2. GRADOS

- *Incapacidad Permanente Parcial para la profesión habitual*: aquella que, sin alcanzar el grado de total, ocasiona al trabajador una disminución no inferior al 33% en su rendimiento normal para dicha profesión, sin impedirle la realización de las tareas fundamentales de la misma.

- *Incapacidad Permanente Total para la profesión habitual*: la que inhabilita al trabajador para la realización de todas o de las fundamentales tareas de dicha profesión, siempre que pueda dedicarse a otra distinta.

- *Incapacidad Permanente Absoluta para todo trabajo*: la que inhabilita por completo al trabajador para toda profesión u oficio.

- *Gran invalidez*: la situación del trabajador afecto de incapacidad permanente y que, por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesita la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos.

Cada uno de estos grados en que se clasifica la incapacidad permanente dará derecho, en su caso, a la correspondiente prestación económica por incapacidad permanente.

3.3. INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL

a) Beneficiarios

Son las personas incluidas en el Régimen General declaradas en situación de Incapacidad Permanente Parcial, cualquiera que sea la contingencia que la origine, siempre que reúnan los siguientes requisitos:

- No tener la edad prevista en el apartado 1.a) del artículo 205 de la Ley General de la Seguridad Social en la fecha del hecho causante o no reunir los requisitos exigidos para acceder a la pensión de jubilación contributiva del Sistema, si la incapacidad deriva de contingencias comunes.

- Estar afiliada y en alta o en situación asimilada al alta.

- Cuando la incapacidad se derive de accidente de trabajo o enfermedad profesional, los trabajadores se considerarán de pleno derecho, afiliados y en alta, aunque el empresario haya incumplido sus obligaciones.

- Se considera situación de alta especial la huelga legal o cierre patronal.

- En el caso de los representantes de comercio, artistas y profesionales taurinos, se exige, además, estar al corriente del pago de cuotas en la fecha en que sobrevenga la contingencia. Si no están al corriente, siempre que las cuotas debidas no afecten al período de carencia, se advertirá de la necesidad de que se ponga al corriente, quedando condicionado el pago de la prestación al cumplimiento de dicha obligación.

- Tener cubierto un período previo de cotización, si la incapacidad deriva de enfermedad común:

- Si el causante es *menor de 31 años*: la tercera parte del tiempo transcurrido entre la fecha que cumplió 16 años y el hecho causante.
- Si el causante es *mayor de 31 años*: 1.800 días de cotización comprendidos en los diez años inmediatamente anteriores a la fecha en que se haya extinguido la Incapacidad Temporal de la que derive la incapacidad permanente.
- En el caso de los *trabajadores con contratos a tiempo parcial*, para acreditar el período de cotización exigido, a partir de 04-08-2013, se aplicarán las reglas establecidas en el Real Decreto-ley 11/2013, de 2 de agosto.

- No se exige período previo de cotización, si la incapacidad deriva de accidente, sea o no laboral, o de enfermedad profesional.

b) Hecho causante y efectos económicos

Si la incapacidad permanente surge tras haberse extinguido la Incapacidad Temporal de la que deriva, bien por agotamiento del plazo, bien por alta médica con propuesta de incapacidad permanente, el hecho causante se entiende producido en la fecha de la extinción de la Incapacidad Temporal.

Si la incapacidad permanente no está precedida de Incapacidad Temporal o ésta no se ha extinguido, el hecho causante se entiende producido en la fecha de emisión del dictamen-propuesta del Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI).

Efectos económicos: la prestación se hace efectiva a partir de la correspondiente resolución.

c) Situaciones asimiladas a la de alta

Se consideran situaciones asimiladas al alta:

- La situación legal de desempleo, total y subsidiado, y la de paro involuntario una vez agotada la prestación contributiva o asistencial, siempre que en tal situación se mantenga la inscripción como desempleado en la oficina de empleo.

- La situación del trabajador durante el período correspondiente a vacaciones anuales retribuidas que no han sido disfrutadas con anterioridad a la finalización del contrato.

- La excedencia forzosa.

- El período de tiempo en que el trabajador permanezca en situación de excedencia por cuidado de hijo, de menor acogido o de otros familiares, que exceda del período considerado de cotización efectiva en el artículo 237 de la Ley General de la Seguridad Social.

- El traslado del trabajador por la empresa fuera del territorio nacional.

- La suscripción de convenio especial en sus diferentes tipos.

- Los períodos de inactividad entre trabajos de temporada.

- Los períodos de prisión sufridos como consecuencia de los supuestos contemplados en la Ley 46/1977, de 15 de octubre, de Amnistía, en los términos regulados en la Ley 18/1984, de 8 de junio.

- La situación de aquellos trabajadores que no se encuentren en alta ni en ninguna otra de las situaciones asimiladas a la misma, después de haber prestado servicios en puestos de trabajo que ofrecieran riesgo de enfermedad profesional y a los solos efectos de que pueda declararse una incapacidad permanente debida a dicha contingencia.

- Los períodos de percepción de la ayuda equivalente a la jubilación anticipada y de ayuda previa a la jubilación ordinaria.
- La situación de Incapacidad Temporal que subsista, una vez extinguido el contrato.
- La situación de maternidad o paternidad que subsista una vez extinguido el contrato de trabajo o que se inicie durante la percepción de la prestación por desempleo.
- La situación de prórroga de los efectos de la Incapacidad Temporal.
- En el caso de los artistas y profesionales taurinos, los días que se consideren cotizados dentro de cada año natural en aplicación de las normas que regulan su cotización y que no se correspondan con los de prestación de servicios.
- En el caso de los trabajadores afectados por el síndrome tóxico que, por tal causa, cesaron en su día en el ejercicio de su actividad laboral o profesional, sin que hayan podido reanudar dicho ejercicio, y que hubieran estado en alta en alguno de los regímenes del sistema de la Seguridad Social, la situación asimilada se entenderá con respecto al régimen en que el trabajador estuviese encuadrado cuando cesó en su actividad y para las contingencias comunes.
- El período de suspensión del contrato de trabajo por decisión de la trabajadora que se vea obligada a abandonar su puesto de trabajo como consecuencia de ser víctima de la violencia de género.

d) Cuantía

La prestación consiste en una indemnización a tanto alzado.

La cuantía de la indemnización es igual a 24 mensualidades de la base reguladora que sirvió para el cálculo del subsidio de Incapacidad Temporal del que se deriva la incapacidad permanente.

En los supuestos en que no existiera Incapacidad Temporal previa, por carecer de tal protección el beneficiario, se tomará como base reguladora la que hubiera correspondido por Incapacidad Temporal, de haber tenido derecho a dicha prestación.

e) Compatibilidades

Es compatible con el desarrollo de cualquier actividad laboral, tanto por cuenta ajena como por cuenta propia.

Es compatible con el mantenimiento del trabajo que se viniera desarrollando.

f) Abono

Se abona en un pago único.

Se garantizan cuantías mínimas en los casos de Incapacidad Permanente Parcial, causada al amparo del Reglamento de Accidentes de Trabajo (aprobado por Decreto de 22-6-56), al cumplir los beneficiarios 65 años de edad.

La prestación está sujeta a tributación en los términos establecidos en las normas reguladoras del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF) y sometida, en su caso, al sistema general de retenciones a cuenta del impuesto.

La gestión y el pago se efectúan por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), con carácter general, o la mutua colaboradora cuando derive de accidente de trabajo o actividad profesional.

3.4. INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL

a) Beneficiarios

Son las personas incluidas en el *Régimen General* declaradas en situación de Incapacidad Permanente Total, cualquiera que sea la contingencia que la origine, siempre que reúnan los siguientes requisitos:

- No tener la edad prevista en el apartado 1.a) del artículo 205 de la Ley General de la Seguridad Social en la fecha del hecho causante o no reunir los requisitos exigidos para acceder a la pensión de jubilación contributiva del Sistema, si la incapacidad deriva de enfermedad común o accidente no laboral.

- Estar *afiliadas y en alta* o en situación asimilada a la de alta.

- Cuando la incapacidad se derive de accidente de trabajo o enfermedad profesional, los trabajadores se considerarán afiliados de pleno derecho y en alta, aunque el empresario haya incumplido sus obligaciones.

- Se considera situación de alta especial la huelga legal o cierre patronal.

- En el caso de los representantes de comercio, artistas y profesionales taurinos, se exige, además, estar al corriente del pago de cuotas en la fecha en que sobrevenga la contingencia. Si no están al corriente, siempre que las cuotas debidas no afecten al período de carencia, se advertirá de la necesidad de que se ponga al corriente, quedando condicionado el pago de la prestación al cumplimiento de dicha obligación.

- *Tener cubierto un período previo de cotización*, si la incapacidad deriva de enfermedad común. El período de cotización exigido varía en función de la edad del interesado:

- *Si es menor de 31 años de edad:*

- a) *Período genérico de cotización*: la tercera parte del tiempo transcurrido entre la fecha en que cumplió los 16 años y la del hecho causante.

- b) *Período específico de cotización*: no se exige.

- *Si tiene 31 o más años de edad:*

- a) *Período genérico de cotización*: un cuarto del tiempo transcurrido entre la fecha en que cumplió los 20 años y la del hecho causante, con un mínimo, en todo caso, de 5 años.

b) Período específico de cotización: un quinto del período de cotización exigible debe estar comprendido en los 10 años inmediatamente anteriores al hecho causante o en los 10 años inmediatamente anteriores a la fecha en que cesó la obligación de cotizar, si se accede a la pensión desde una situación de alta o asimilada, sin obligación de cotizar. Lo dispuesto en este párrafo se aplicará, igualmente, a quienes, sin haber completado el período específico exigible, causen la pensión desde una situación de alta, con obligación de cotizar cuando dicha situación proceda de otra inmediatamente anterior de alta o asimilada al alta, sin obligación de cotizar.

No se tendrán en cuenta, a estos efectos, las fracciones de edad inferiores a 6 meses; si son superiores, se consideran equivalentes a medio año. Los períodos de cotización resultantes serán objeto de redondeo, despreciándose, en su caso, las fracciones de mes.

• *En el caso de los trabajadores con contratos a tiempo parcial*, para acreditar el período de cotización exigido, a partir de 04-08-2013, se aplicarán establecidas en el Real Decreto-ley 11/2013, de 2 de agosto.

A estos efectos, cuando se trate de trabajadores incluidos en el *Sistema especial para empleados de hogar*, desde 2012 hasta 2018, las horas efectivamente trabajadas en el mismo se determinarán en función de las bases de cotización a que se refieren los números 1º, 2º y 3º del apartado 2.a) de la disposición adicional 39 de la Ley 27/2011, divididas por el importe fijado para la base mínima horaria del Régimen General por la Ley de Presupuestos Generales del Estado para cada uno de dichos ejercicios.

b) Hecho causante y efectos económicos

Si la incapacidad permanente surge tras haberse extinguido la Incapacidad Temporal de la que deriva, bien por agotamiento del plazo, bien por alta médica con propuesta de incapacidad permanente, el hecho causante se entiende producido en la fecha de la extinción de la Incapacidad Temporal.

Los efectos económicos se fijan en el momento de la calificación, es decir, en la fecha de la resolución del Director Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social. No obstante, podrán retrotraerse a la fecha de extinción del subsidio de Incapacidad Temporal, cuando la cuantía de la pensión de incapacidad permanente sea superior a la del subsidio que se venía percibiendo.

Si la incapacidad permanente no está precedida de Incapacidad Temporal o ésta no se ha extinguido, el hecho causante se entiende producido en la fecha de emisión del dictamen-propuesta del Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI).

Los efectos económicos se fijan en la misma fecha de emisión del dictamen-propuesta.

El porcentaje del 55% de la base reguladora puede incrementarse en un 20% más, en los casos de trabajadores mayores de 55 años, declarados en situación de Incapacidad Permanente Total, cuando se presuma, por la edad, falta de preparación general o especializada y por las circunstancias sociales y laborales del lugar de residencia, que tienen dificultad para obtener un empleo en actividad distinta de la habitual.

El incremento del 20%, en los casos de Incapacidad Permanente Total cualificada, produce efectos económicos desde la fecha de la solicitud, con una retroactividad máxima de 3 meses, siempre que concurren los requisitos necesarios para tener derecho al citado incremento.

En caso de trabajadores por cuenta propia, se exige como requisito adicional que el pensionista no ostente la titularidad de una explotación agraria o marítimo-pesquera o de un establecimiento mercantil o industrial como propietario, arrendatario, usufructuario u otro concepto análogo.

c) Cuantía

La cuantía de la pensión de Incapacidad Permanente Total se obtiene de aplicar un porcentaje a la Base Reguladora que corresponda, según la causa que origine la incapacidad.

Si deriva de enfermedad común, la cuantía de la pensión no podrá resultar inferior al 55% de la base mínima de cotización para mayores de 18 años, en términos anuales, vigente en cada momento.

d) Porcentaje

Como regla general, el 55% de la base reguladora. Dicho porcentaje puede incrementarse en un 20% más para los mayores de 55 años cuando, por su falta de preparación general o especializada y circunstancias sociales y laborales del lugar de residencia, se presuma la dificultad de obtener empleo en actividad distinta de la habitual.

En los casos en que el trabajador, alcanzada la edad ordinaria de jubilación o más años, acceda a la pensión de Incapacidad Permanente Total derivada de contingencias comunes, por no reunir los requisitos para acceder a la pensión de jubilación: el porcentaje aplicable será el que corresponda al período mínimo de cotización que esté establecido, en cada momento, para el acceso a la pensión de jubilación. Actualmente, dicho porcentaje es del 50%, que se aplicará a la base reguladora correspondiente.

En los casos de accidente de trabajo o enfermedad profesional, la prestación se aumentará, según la gravedad de la falta, de un 30% a un 50% cuando la lesión se produzca por máquinas, artefactos o en instalaciones, centros o lugares de trabajo que carezcan de los dispositivos de precaución reglamentarios, los tengan inutilizados o en malas condiciones, o cuando no se hayan observado las medidas de seguridad e higiene en el trabajo, o las elementales de salubridad o las de adecuación personal a cada trabajo, habida cuenta de sus características y de la edad, sexo y demás condiciones del trabajador. Dicho recargo recae directamente sobre el empresario infractor.

No será de aplicación a los empleados de hogar el recargo de las prestaciones económicas en caso de accidente de trabajo y enfermedad profesional por falta de medidas de prevención de riesgos laborales.

Aplicación del complemento por maternidad:

A las mujeres que hayan tenido dos o más hijos, biológicos o adoptados, se les aplicará un complemento por maternidad consistente en un porcentaje aplicable al importe de la pensión que se cause a partir del 1 de enero de 2016, calculada de acuerdo con lo indicado en los apartados anteriores. Dicho porcentaje será del 5% en el caso de dos hijos, del 10% con tres hijos y del 15% en el caso de cuatro o más hijos.

e) Base Reguladora

El cálculo de la Base Reguladora será diferente según la causa que origine la incapacidad permanente:

1. Si la incapacidad deriva de enfermedad común:

- Trabajador mayor de 52 años y menor de 65 en la fecha del hecho causante:

a) Se hallará el cociente que resulte de dividir por 112 las bases de cotización del interesado durante los 96 meses inmediatamente anteriores al mes previo al del hecho causante. El cómputo de dichas bases se realizará conforme a las siguientes reglas:

- Las bases de los 24 meses anteriores al mes previo al del hecho causante se computan en su valor nominal.

- Las restantes bases se actualizarán de acuerdo con la evolución del IPC, desde los meses a que aquéllas correspondan hasta el mes inmediato anterior a aquél en que se inicie el período de bases no actualizables a que se refiere el párrafo anterior.

b) Al resultado obtenido, se le aplicará el porcentaje que corresponda en función de los años de cotización, según la escala prevista para las pensiones de jubilación, considerándose a tal efecto como cotizados los años que le falten al trabajador, en la fecha del hecho causante, para cumplir la edad ordinaria de jubilación vigente en cada momento. En caso de no alcanzarse 15 años de cotización, el porcentaje aplicable será del 50%.

c) El importe resultante de las reglas anteriores constituirá la base reguladora a la que, para obtener la cuantía de la pensión que corresponda, habrá de aplicarse el porcentaje previsto para el grado de incapacidad reconocido.

- *Trabajador menor de 52 años en la fecha del hecho causante (al que se exige un período de cotización inferior a 8 años):* la base reguladora se obtendrá, de forma análoga al supuesto anterior, pero el cociente se hallará dividiendo la suma de las bases mensuales de cotización en número igual al de meses de que conste el período mínimo de cotización exigible, sin tener en cuenta las fracciones de mes, por el número de meses a que dichas bases se refieran, multiplicando este divisor por el coeficiente 1,1666, y excluyendo, en todo caso, de la actualización las bases correspondientes a los 24 meses inmediatamente anteriores al mes previo a aquél en que se produzca el hecho causante.

- *Trabajador con 65 o más años en la fecha del hecho causante*, que no reúne los requisitos para la jubilación: la base reguladora será el cociente que resulte de dividir por 112 las bases de cotización del interesado durante los 96 meses inmediatamente anteriores al mes previo al del hecho causante, conforme a lo establecido en la norma a).

- *Trabajador a tiempo parcial*: cuando la incapacidad permanente derive de enfermedad común, para el cálculo de la base reguladora se tendrán en cuenta las mismas reglas que en la pensión de jubilación.

2. Si la incapacidad deriva de accidente no laboral:

La base reguladora será el cociente que resulte de dividir por 28 la suma de las bases de cotización del interesado durante un período ininterrumpido de 24 meses. Dicho período será elegido por el beneficiario dentro de los 7 años inmediatamente anteriores a la fecha del hecho causante de la pensión.

Si en la fecha del hecho causante el interesado no hubiera completado el período de 24 mensualidades ininterrumpidas de cotización, la base reguladora se determinará utilizando la fórmula más beneficiosa de las dos siguientes: la prevista en el párrafo anterior o la que resulte de dividir entre 28 la suma de las bases mínimas de cotización vigentes en los 24 meses inmediatamente anteriores al hecho causante de la incapacidad, tomadas éstas en la cuantía correspondiente a la jornada laboral contratada en último término por el causante.

3. Si la incapacidad deriva de accidente de trabajo o enfermedad profesional:

La base reguladora se calcula sobre salarios reales, teniendo en cuenta que no pueden exceder del tope máximo de cotización ni ser inferiores al tope mínimo, vigentes al sobrevenir la incapacidad. Será el cociente de dividir por 12 los siguientes sumandos:

- Sueldo y antigüedad diarios del trabajador en la fecha del accidente o de la baja por enfermedad por 365 días y pagas extraordinarias, beneficios o participación, por su importe total en el año anterior al accidente.
- El cociente de dividir los pluses, retribuciones complementarias y horas extraordinarias percibidas en el año anterior al accidente, por el número de días efectivamente trabajados en dicho período. El resultado se multiplicará por 273, salvo que el número de días laborales efectivos en la actividad de que se trate sea menor, en cuyo caso, se aplicará el multiplicador que corresponda.

En el caso de trabajadores incluidos en el Sistema especial para empleados de hogar, la base reguladora será equivalente a la base de cotización del empleado de hogar en la fecha del hecho causante de la prestación.

4. Pluriactividad:

Cuando se acrediten cotizaciones a varios regímenes y no se cause derecho a pensión en uno de ellos, las bases de cotización acreditadas en este último, en régimen de pluriactividad, podrán ser acumuladas a las del régimen en que se

cause la pensión, exclusivamente para determinar la base reguladora, sin que la suma de las bases pueda exceder del límite máximo de cotización vigente en cada momento.

f) Indemnización a tanto alzado

Requisitos:

- Que se trate de un trabajador menor de 60 años.
- Que se presuma que las lesiones determinantes de la incapacidad no son susceptibles de modificación que den lugar en lo sucesivo a una revisión de la incapacidad declarada.
- Que el beneficiario realice trabajos por cuenta propia o por cuenta ajena, o se acredite que el importe de la indemnización se invertirá en la preparación o desarrollo de nuevas fuentes de ingreso como trabajador autónomo, siempre que se acredite tener aptitud suficiente para el ejercicio de la actividad de que se trate.
- Que se solicite dentro de los 3 años siguientes a la fecha de la resolución o sentencia firme que le reconozca el derecho a la pensión o, si fuese menor de 21 años de edad en dicha fecha, dentro de los 3 años siguientes al día en que cumpla dicha edad.

Cuantía:

La cuantía alcanza un máximo de 84 mensualidades de la pensión con menos de 54 años de edad y un mínimo de 12 mensualidades a los 59 años, según la siguiente escala:

EDAD CUMPLIDA - AÑOS	Nº DE MENSUALIDADES DE PENSIÓN
Menor de 54 años	84
54	72
55	60
56	48
57	36
58	24
59	12

La resolución debe ser dictada por la Dirección General del Instituto Nacional de la Seguridad Social.

La indemnización se hará efectiva a partir de la citada resolución.

Una vez autorizada la sustitución, el beneficiario no podrá solicitar que se deje sin efecto la misma para recuperar la condición de pensionista hasta que cumpla los 60 años.

Al cumplir los 60 años, el beneficiario pasará a percibir la pensión reconocida inicialmente, incrementada con las correspondientes revalorizaciones que hubieran tenido lugar desde la fecha en que se autorizó la sustitución por la indemnización.

Si el beneficiario fallece antes de cumplir los 60 años de edad, causará derecho a las prestaciones de muerte y supervivencia como si hubiera sido pensionista en tal momento.

g) Abono

Las pensiones derivadas de enfermedad común y accidente no laboral se abonan en 14 pagas, una por cada uno de los meses del año y dos pagas extraordinarias al año, que se hacen efectivas junto con las mensualidades de junio y noviembre y por el mismo importe que el de la mensualidad ordinaria correspondiente a dichos meses.

Las pensiones derivadas de accidente de trabajo y enfermedad profesional se abonan en 12 mensualidades, ya que las pagas extraordinarias están prorrateadas dentro de las mensualidades ordinarias, al haber sido tenidas en cuenta para el cálculo de la base reguladora de la pensión.

Cuando se trate de indemnizaciones, el pago se realiza de una sola vez en la cuantía que corresponda.

Se garantizan cuantías mínimas mensuales según la edad, variando el importe en función de la modalidad de convivencia y dependencia económica.

La prestación de Incapacidad Permanente Total y la de Jubilación derivada de ella, por cambio de denominación al cumplir el interesado 65 años, está sujeta a tributación en los términos establecidos en las normas reguladoras del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF).

h) Compatibilidades

- De la pensión con el trabajo:

En caso de Incapacidad Permanente Total para la profesión que ejercía el interesado o del grupo profesional en que aquélla estaba encuadrada, la pensión vitalicia correspondiente será compatible con el salario que pueda percibir el trabajador en la misma empresa o en otra distinta, siempre y cuando las funciones no coincidan con aquellas que dieron lugar a la Incapacidad Permanente Total.

- Del incremento del 20% con el trabajo y otras prestaciones. El percibo del incremento del 20% es incompatible:

- Con la realización de trabajos por cuenta ajena o propia.
- Y con las prestaciones de Seguridad Social que puedan derivarse de dichos trabajos, como son el subsidio de Incapacidad Temporal o de maternidad que persiste más allá de la relación laboral o la actividad profesional, o las prestaciones de desempleo que pudieran corresponder por los mismos.

i) Suspensión

Procederá la suspensión de la prestación:

- Cuando el beneficiario haya actuado fraudulentamente para obtener o conservar el derecho a las prestaciones.
- Cuando la incapacidad permanente sea debida o se haya agravado a consecuencia de imprudencia temeraria del beneficiario.
- Cuando la incapacidad permanente sea debida o se haya agravado a consecuencia de haber rechazado o abandonado, sin causa razonable, el tratamiento sanitario prescrito durante la situación de Incapacidad Temporal.
- Cuando el beneficiario, sin causa razonable, rechace o abandone los tratamientos o procesos de readaptación y rehabilitación procedentes.

j) Extinción

Procederá la extinción de la prestación:

- Por revisión con resultado de curación.
- Por fallecimiento del beneficiario.
- Por reconocimiento del derecho a la pensión de jubilación, cuando se opte por esta pensión.
- Por revisión de oficio dictada por la Entidad Gestora en alguno de los casos en que tal actuación esté legalmente permitida y de ella se derive la pérdida del derecho a la pensión.

3.5. INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA

a) Beneficiarios

Son las personas incluidas en el *Régimen General*, declaradas en situación de incapacidad permanente absoluta, cualquiera que sea la contingencia que la origine, siempre que reúnan los siguientes requisitos:

- No tener la edad prevista, en el apartado 1.a) del artículo 205 de la Ley General de la Seguridad Social, en la fecha del hecho causante o no reunir los requisitos exigidos para acceder a la pensión de jubilación contributiva del Sistema, siempre que la incapacidad derive de contingencias comunes.
- Estar afiliadas y en situación de alta, asimilada a la de alta o en situación de no alta.

Cuando la incapacidad se derive de accidente de trabajo o enfermedad profesional, los trabajadores se considerarán de pleno derecho, afiliados y en alta, aunque el empresario haya incumplido sus obligaciones.

Se considera situación de alta especial la huelga legal o cierre patronal.

- Tener cubierto un período previo de cotización si la incapacidad permanente deriva de enfermedad común o si la incapacidad permanente deriva de accidente no laboral y el interesado no se encuentra en situación de alta ni asimilada.

• *Si deriva de enfermedad común, en situación de alta o asimilada:*

- *Menor de 31 años de edad:*

a) Período genérico de cotización: la tercera parte del tiempo transcurrido entre la fecha en que cumplió los 16 años y la del hecho causante.

b) Período específico de cotización: no se exige.

- *De 31 o más años de edad:*

a) Período genérico de cotización: un cuarto del tiempo transcurrido entre la fecha en que cumplió los 20 años y la del hecho causante, con un mínimo, en todo caso, de 5 años.

b) Período específico de cotización: un quinto del período de cotización exigible debe estar comprendido: en los 10 años inmediatamente anteriores al hecho causante o en los 10 años inmediatamente anteriores a la fecha en que cesó la obligación de cotizar, si se accede a la pensión desde una situación de alta o asimilada, sin obligación de cotizar. Lo dispuesto en este párrafo se aplicará, igualmente, a quienes, sin haber completado el período específico exigible, causen la pensión desde una situación de alta, con obligación de cotizar cuando dicha situación proceda de otra inmediatamente anterior de alta o asimilada al alta, sin obligación de cotizar.

No se tendrán en cuenta, a estos efectos, las fracciones de edad inferiores a 6 meses; si son superiores, se consideran equivalentes a medio año. Los períodos de cotización resultantes serán objeto de redondeo, despreciándose, en su caso, las fracciones de mes.

• *Si deriva de enfermedad común o accidente no laboral, en situación de “no alta”:*

a) Período genérico de cotización: 15 años.

b) Período específico de cotización: 3 años en los últimos 10.

En el caso de los trabajadores con contratos a tiempo parcial, para acreditar el período de cotización exigido, a partir de 04-08-2013, se aplicarán establecidas en el Real Decreto-ley 11/2013, de 2 de agosto.

b) Hecho causante y efectos económicos

Si la incapacidad permanente surge tras haberse extinguido la Incapacidad Temporal de la que deriva, bien por agotamiento del plazo, bien por alta médica con propuesta de incapacidad permanente, el hecho causante se entiende producido en la fecha de la extinción de la Incapacidad Temporal.

Los efectos económicos se fijan en el momento de la calificación, es decir, en la fecha de la resolución del Director Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social. No obstante, podrán retrotraerse a la fecha de extinción del subsidio de Incapacidad Temporal, cuando la cuantía de la pensión de incapacidad permanente sea superior

a la del subsidio que se venía percibiendo, no existiendo retroacción, en ningún caso, si el trabajador se encontraba en situación de demora de la calificación.

Si la incapacidad permanente no está precedida de Incapacidad Temporal o ésta no se ha extinguido, el hecho causante se entiende producido en la fecha de emisión del dictamen-propuesta del Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI).

Los efectos económicos se fijan en la misma fecha de emisión del dictamen-propuesta.

Si la incapacidad permanente se produce desde una situación de no alta ni asimilada a la de alta, el hecho causante se entiende producido el día de la solicitud.

Los efectos económicos se fijan en la misma fecha.

c) Cuantía

La cuantía de la pensión se obtiene aplicando a la base reguladora el porcentaje correspondiente.

El porcentaje general es del 100% de la base reguladora.

En los casos de accidente de trabajo o enfermedad profesional, las pensiones se aumentarán, según la gravedad de la falta, de un 30% a un 50% cuando la lesión se produzca por máquinas, artefactos o en instalaciones, centros o lugares de trabajo que carezcan de los dispositivos de precaución reglamentarios, los tengan inutilizados o en malas condiciones, o cuando no se hayan observado las medidas de seguridad e higiene en el trabajo, o las elementales de salubridad o las de adecuación personal a cada trabajo, habida cuenta de sus características y de la edad, sexo y demás condiciones del trabajador.

Dicho recargo recae directamente sobre el empresario infractor.

No será de aplicación a los empleados de hogar el recargo de las prestaciones económicas en caso de accidente de trabajo y enfermedad profesional por falta de medidas de prevención de riesgos laborales.

En los casos en que el trabajador, alcanzada la edad ordinaria de jubilación o más años, acceda a la pensión de Incapacidad Permanente Absoluta, derivada de contingencias comunes, por no reunir los requisitos para causar derecho a la pensión de jubilación, el porcentaje aplicable será el que corresponda al período mínimo de cotización que esté establecido, en cada momento, para el acceso a la pensión de jubilación. Actualmente, dicho porcentaje es del 50%, que se aplicará a la base reguladora correspondiente.

Aplicación del complemento por maternidad: a las mujeres que hayan tenido dos o más hijos, biológicos o adoptados, se les aplicará un complemento por maternidad consistente en un porcentaje aplicable al importe de la pensión que se cause a partir del 1 de enero de 2016, calculada de acuerdo con lo indicado en los apartados anteriores. Dicho porcentaje será del 5% en el caso de dos hijos, del 10% con tres hijos y del 15% en el caso de cuatro o más hijos.

d) Base Reguladora

- *Si la incapacidad deriva de enfermedad común:* tanto si el beneficiario está en situación de alta o asimilada como en situación de “no alta”, se calcula aplicando íntegramente las mismas reglas que las señaladas para la Incapacidad Permanente Total derivada de enfermedad común.

- *Si la incapacidad deriva de accidente no laboral:* si el beneficiario está en situación de alta o asimilada, se calcula aplicando las mismas reglas que las señaladas para la incapacidad permanente total derivada de accidente no laboral.

Si el beneficiario está en situación de “no alta”, será el cociente que resulte de dividir por 112 las bases de cotización del interesado durante los 96 meses inmediatamente anteriores al mes previo al del hecho causante.

El cómputo de dichas bases se realizará conforme a las siguientes reglas:

Las bases de los 24 meses anteriores al mes previo al del hecho causante se computan en su valor nominal.

Las restantes bases se actualizarán de acuerdo con la evolución del Índice de Precios al Consumo, desde los meses a que aquéllas correspondan hasta el mes inmediato anterior a aquél en que se inicie el período de bases no actualizables a que se refiere el párrafo anterior.

- *Si la incapacidad deriva de accidente de trabajo o enfermedad profesional:* la base reguladora se calcula sobre salarios reales, aplicando las mismas reglas que las señaladas para la Incapacidad Permanente Total derivada de estas contingencias.

e) Abono

Las pensiones derivadas de enfermedad común y accidente no laboral se abonan en 14 pagas, una por cada uno de los meses del año y dos pagas extraordinarias al año, que se hacen efectivas junto con las mensualidades de junio y noviembre y por el mismo importe que el de la mensualidad ordinaria correspondiente a dichos meses.

Las pensiones derivadas de accidente de trabajo y enfermedad profesional se abonan en 12 mensualidades, ya que las pagas extraordinarias están prorrateadas dentro de las mensualidades ordinarias, al haber sido tenidas en cuenta para el cálculo de la base reguladora de la pensión.

Se garantizan cuantías mínimas mensuales, variando su importe en función de que el beneficiario tenga o no cónyuge a cargo.

Las pensiones de Incapacidad Permanente Absoluta y las de Gran Invalidez, así como las de jubilación derivadas de ellas, por cambio de denominación al cumplir el beneficiario 65 años de edad, están exentas de retención del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF).

f) Suspensión

La prestación se suspende en los mismos supuestos que para la Incapacidad Permanente Total:

- Cuando el beneficiario haya actuado fraudulentamente para obtener o conservar el derecho a las prestaciones.
- Cuando la incapacidad permanente sea debida o se haya agravado a consecuencia de imprudencia temeraria del beneficiario.
- Cuando la incapacidad permanente sea debida o se haya agravado a consecuencia de haber rechazado o abandonado, sin causa razonable, el tratamiento sanitario prescrito durante la situación de Incapacidad Temporal.
- Cuando el beneficiario, sin causa razonable, rechace o abandone los tratamientos o procesos de readaptación y rehabilitación procedentes.

g) Extinción

Al igual que en el apartado anterior, la extinción de la prestación se produce en los mismos supuestos que para la Incapacidad Permanente Total:

- Por revisión con resultado de curación.
- Por fallecimiento del beneficiario.
- Por reconocimiento del derecho a la pensión de jubilación, cuando se opte por esta pensión.
- Por revisión de oficio dictada por la Entidad Gestora en alguno de los casos en que tal actuación esté legalmente permitida y de ella se derive la pérdida del derecho a la pensión.

h) Compatibilidades

La pensión no impedirá el ejercicio de aquellas actividades, sean o no lucrativas, compatibles con el estado del beneficiario y que no representen un cambio en su capacidad de trabajo a efectos de revisión.

Si se realizan trabajos susceptibles de inclusión en alguno de los regímenes de la Seguridad Social, existe la obligación de cursar la correspondiente alta y cotizar, debiendo comunicar el pensionista a la Entidad gestora el inicio de la actividad, ya sea por cuenta ajena o propia.

El cumplimiento de estas obligaciones se entiende sin perjuicio de las facultades de revisión de la incapacidad permanente que asisten a la Entidad gestora que ha reconocido la pensión.

Con efectos de 01-01-2014, el disfrute de la pensión de Incapacidad Permanente Absoluta y de Gran Invalidez a partir de la edad de acceso a la pensión de jubilación será incompatible con el desempeño por el pensionista de un trabajo, por cuenta

propia o por cuenta ajena, que determine su inclusión en alguno de los regímenes del Sistema de la Seguridad Social, en los mismos términos y condiciones que los regulados para la pensión de jubilación en su modalidad contributiva en el apartado 1 del artículo 165 de la Ley General de la Seguridad Social.

i) Gestión y pago

La gestión se efectúa por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), con carácter general.

El pago se lleva a cabo por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) o, en su caso, el Instituto Social de la Marina (ISM), cuando la incapacidad permanente derive de enfermedad común o accidente no laboral.

Cuando la incapacidad permanente derive de enfermedad profesional, por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), o la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social.

Cuando derive de accidente de trabajo, por el Instituto Nacional de la Seguridad Social o la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social, en su caso. En los casos de pensión vitalicia, será el INSS previa constitución por la Mutua del valor actual del capital coste de la pensión.

3.6. GRAN INVALIDEZ

Es la situación del trabajador afecto de incapacidad permanente y que, por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesita la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos.

a) Beneficiarios

Se aplica la regulación de la Incapacidad Permanente Absoluta.

b) Cuantía

La cuantía de la pensión por gran invalidez estará formada por el importe de la pensión que corresponda por incapacidad permanente (total o absoluta), incrementada con un complemento destinado a remunerar a la persona que atienda al beneficiario.

El importe del complemento será el resultado de sumar el 45% de la base mínima de cotización vigente en el Régimen General, en el momento del hecho causante, cualquiera que sea el régimen en el que se reconozca la pensión, y el 30% de la última base de cotización del trabajador correspondiente a la contingencia de la que derive la situación de incapacidad permanente. En ningún caso, este complemento podrá tener un importe inferior al 45% de la pensión percibida (sin el complemento) por el trabajador.

En los casos de accidente de trabajo o enfermedad profesional, las pensiones se aumentarán, según la gravedad de la falta, de un 30% a un 50% cuando la lesión se produzca por máquinas, artefactos o en instalaciones, centros o lugares de trabajo que carezcan de los dispositivos de precaución reglamentarios, los tengan inutilizados o en malas condiciones, o cuando no se hayan observado las medidas de seguridad e higiene en el trabajo, o las elementales de salubridad o las de adecuación personal a cada trabajo, habida cuenta de sus características y de la edad, sexo y demás condiciones del trabajador.

A efectos del cálculo del recargo, se excluye el complemento de gran invalidez destinado a remunerar a la persona que atienda al gran inválido. Dicho recargo recae directamente sobre el empresario infractor.

No será de aplicación a los empleados de hogar el recargo de las prestaciones económicas en caso de accidente de trabajo y enfermedad profesional por falta de medidas de prevención de riesgos laborales.

En los casos en que el trabajador, con 65 años o más años, acceda a la pensión de Gran Invalidez, derivada de contingencias comunes, por no reunir los requisitos para acceder a la pensión de jubilación:

- El porcentaje aplicable será el que corresponda al período mínimo de cotización que esté establecido, en cada momento, para el acceso a la pensión de jubilación.
- Actualmente, dicho porcentaje es del 50%, que se aplicará a la base reguladora correspondiente de la pensión, pero no al complemento.
- A las mujeres que hayan tenido dos o más hijos, biológicos o adoptados, se les aplicará un complemento por maternidad consistente en un porcentaje aplicable al importe de la pensión que se cause a partir del 1 de enero de 2016, calculada de acuerdo con lo indicado en los apartados anteriores. Dicho porcentaje será del 5% en el caso de dos hijos, del 10% con tres hijos y del 15% en el caso de cuatro o más hijos.

c) Compatibilidades

La misma regulación que para la Incapacidad Permanente Absoluta.

d) Suspensión y extinción

Las mismas causas que para la Incapacidad Permanente Absoluta.

e) Gestión y pago

La misma regulación que para la Incapacidad Permanente Absoluta.

3.7. CALIFICACIÓN Y REVISIÓN

a) Calificación

Corresponde al Instituto Nacional de la Seguridad Social, a través de los órganos correspondientes y en todas las fases del procedimiento (cualquiera que sea la Entidad gestora o colaboradora que cubra la contingencia de que se trate), evaluar, calificar y revisar la incapacidad y reconocer el derecho a las prestaciones económicas contributivas de la Seguridad Social por incapacidad permanente, en sus distintos grados, así como determinar las contingencias causantes de la misma.

b) Causas de revisión

- Agravación.
- Mejoría.
- Error de diagnóstico.
- Realización de trabajos por cuenta ajena o propia del pensionista.

c) Plazos de revisión

Toda resolución, inicial o de revisión, por la que “se reconozca el derecho” a las prestaciones de incapacidad permanente, en cualquiera de sus grados, o “se confirme el grado reconocido previamente”, hará constar necesariamente el plazo a partir del cual se podrá instar la revisión por agravación o mejoría, en tanto que el incapacitado no haya cumplido la edad establecida en el art. 161 de la Ley General de la Seguridad Social para acceder a la pensión de jubilación.

No obstante lo dispuesto en el párrafo anterior, podrá revisarse el grado de incapacidad permanente y la prestación inicialmente reconocida, aunque el beneficiario tenga cumplida la edad establecida para acceder a la pensión de jubilación, si dicha incapacidad deriva de enfermedad profesional.

Cuando en la resolución inicial de reconocimiento de la incapacidad permanente, se haga constar un plazo, igual o inferior a dos años, para poder instar la revisión por previsible mejoría del estado incapacitante, el trabajador tendrá derecho a la reserva de su puesto de trabajo, durante un período de dos años, a contar desde la fecha de la resolución por la que se declare la incapacidad permanente.

El referido plazo de revisión es vinculante para todos los sujetos que puedan promoverla, de modo que no podrá instarse con anterioridad al cumplimiento de ese plazo, salvo en los supuestos siguientes:

- Realización por parte del pensionista de incapacidad permanente, de cualquier trabajo, ya sea por cuenta ajena o propia. El Instituto Nacional de la Seguridad Social podrá, de oficio o a instancia del propio interesado, promover la revisión, con independencia de que haya transcurrido o no el plazo señalado en la resolución.

- Error de diagnóstico. La revisión puede llevarse a cabo en cualquier momento, en tanto que el interesado no haya cumplido la edad establecida para acceder a la pensión de jubilación.
- Si concurren nuevas dolencias.

Las restantes resoluciones y, en especial, las denegatorias de las solicitudes de revisión no podrán establecer ningún plazo, pudiendo instarse una nueva revisión en cualquier momento.

d) Efectos de la revisión

- Confirmación del grado de incapacidad.
- Modificación del grado de incapacidad y, en consecuencia, de la prestación.
- Extinción de la incapacidad y, en consecuencia, de la pensión.

3.8. INCAPACIDAD PERMANENTE PARA TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA O AUTÓNOMOS

La prestación de incapacidad permanente se reconoce en los mismos términos y condiciones que en el Régimen General de la Seguridad Social, con las particularidades que se relacionan en los siguientes apartados.

a) Contingencias profesionales

Los trabajadores autónomos podrán acceder a las prestaciones derivadas de estas contingencias, siempre que hayan mejorado voluntariamente la acción protectora incorporando las contingencias por Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional, o las tengan cubiertas de forma obligatoria y, además, previa o simultáneamente, hayan optado por acogerse a la cobertura de la prestación por Incapacidad Temporal.

Concepto de Accidente de Trabajo:

a) Se considera Accidente de Trabajo el ocurrido como consecuencia directa e inmediata del trabajo que realiza por su propia cuenta y que determina su inclusión en el campo de aplicación de este régimen especial. Tienen tal consideración:

- Los acaecidos en actos de salvamento y otros de naturaleza análoga, cuando unos y otros tengan conexión con el trabajo.
- Las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y en el lugar del trabajo, cuando se pruebe la conexión con el trabajo realizado por cuenta propia.
- Las enfermedades, no consideradas profesionales, que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución de aquél.

- Las enfermedades o defectos padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente.

- Las consecuencias del accidente que resulten modificadas en su naturaleza, duración, gravedad o terminación, por enfermedades intercurrentes que constituyan complicaciones derivadas del proceso patológico determinado por el accidente mismo o tengan su origen en afecciones adquiridas en el nuevo medio en que se haya situado al paciente.

b) No tienen la consideración de Accidente de Trabajo:

- Los que sufra el trabajador al ir o volver del lugar de trabajo.

- Los que sean debidos a fuerza mayor extraña al trabajo.

- Los que sean debidos a dolo o imprudencia temeraria del trabajador.

En los supuestos de TRADE (Trabajador Autónomo Económicamente Dependiente), se considera Accidente de Trabajo toda lesión corporal del TRADE que sufra con ocasión o por consecuencia de la actividad profesional, el que sufra al ir o volver del lugar de la prestación de la actividad o por causa y consecuencia de la misma. Salvo prueba en contrario, se presume que no tiene relación con el trabajo cuando haya ocurrido fuera del desarrollo de la actividad profesional de que se trate.

Concepto de Enfermedad Profesional:

Es la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta propia en la actividad, en virtud de la cual, el trabajador está incluido en el campo de aplicación de este régimen especial, provocada por la acción de los elementos y sustancias y en las actividades especificadas en la lista de enfermedades profesionales, con las relaciones de las principales actividades capaces de producirlas, anexa al Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre.

b) Base reguladora

- Si la incapacidad deriva de contingencias comunes (enfermedad común o accidente no laboral), no existe integración de lagunas, por lo que si en el período tomado en cuenta para efectuar el cálculo apareciesen meses durante los cuales no hubiera habido obligación de cotizar, éstos no se completarán con las bases mínimas vigentes, correspondientes a los trabajadores mayores de 18 años.

- Si la incapacidad deriva de contingencias profesionales, será equivalente a la base de cotización del trabajador en la fecha del hecho causante.

c) Incapacidad Permanente Parcial

- Si deriva de contingencias comunes, no se protege.

- Si deriva de contingencias profesionales, si se protege. Se considera incapacidad permanente parcial para la profesión habitual la que, sin alcanzar el grado

de total, ocasione al trabajador una disminución no inferior al 50% de su rendimiento normal para dicha profesión sin impedirle la realización de las tareas fundamentales de aquélla.

d) Incapacidad Permanente Total

Porcentaje:

La pensión de Incapacidad Permanente Total para la profesión habitual, se incrementará en un 20% de la base reguladora que se tenga en cuenta para determinar la cuantía de la pensión, siempre que el pensionista:

- Tenga una edad igual o superior a los 55 años. Si el reconocimiento inicial de la pensión se efectúa a una edad inferior, el incremento se aplicará, previa solicitud del interesado, desde el día 1º del mes siguiente a aquél en que el trabajador cumpla los 55 años, siempre que en dicha fecha cumpla los requisitos exigidos en los dos puntos siguientes.
- Si el derecho al incremento nace en un año natural posterior al del reconocimiento inicial de la pensión, a ésta, incrementada con el 20%, se le aplicarán las revalorizaciones que hubiesen tenido lugar desde la indicada fecha.
- No ejerza una actividad retribuida, por cuenta ajena o propia, que dé lugar a su inclusión en cualquiera de los regímenes de la Seguridad Social. El incremento de la pensión quedará en suspenso durante el período en que el trabajador obtenga un empleo o efectúe una actividad lucrativa por cuenta propia que sea compatible con la pensión de incapacidad permanente total que viniese percibiendo.
- No ostente la titularidad de una explotación agraria o marítimo-pesquera, o de un establecimiento mercantil o industrial como propietario, arrendatario, usufructuario u otro concepto análogo.

Indemnización:

La pensión de Incapacidad Permanente Total, podrá ser sustituida por una cantidad a tanto alzado:

- Si deriva de contingencias comunes, se podrá sustituir por una cantidad equivalente a 40 mensualidades de la base reguladora de estas contingencias, siempre que el interesado ejerza esta opción dentro de los 30 días siguientes a la declaración de incapacidad. Se entenderá efectuada la opción en favor de la pensión vitalicia, cuando el trabajador tuviera cumplida la edad de 60 años en la fecha en que se entienda causada la prestación.
- Si deriva de contingencias profesionales, se podrá sustituir por una cantidad equivalente a 40 mensualidades de la base de cotización del trabajador en la fecha del hecho causante de la prestación.

3.9. RELACIÓN ENTRE INCAPACIDAD PERMANENTE Y GRADO DE DISCAPACIDAD

El Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, considera en su artículo 4 que:

“Son personas con discapacidad aquellas que presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, previsiblemente permanentes que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.

Además de lo establecido en el apartado anterior, y a todos los efectos, tendrán la consideración de personas con discapacidad aquellas a quienes se les haya reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33 por ciento. Se considerará que presentan una discapacidad en grado igual o superior al 33 por ciento los pensionistas de la Seguridad Social que tengan reconocida una pensión de incapacidad permanente en el grado de total, absoluta o gran invalidez, y a los pensionistas de clases pasivas que tengan reconocida una pensión de jubilación o de retiro por incapacidad permanente para el servicio o inutilidad”.

Es por tanto que a las personas que se les conceda una pensión por incapacidad permanente debe concedérseles una discapacidad de al menos un 33%.

Hasta la aprobación de la referida Ley General de Discapacidad en 2013, se había producido cierta confusión con este tema, derivada de la entrada en vigor de la Ley 51/2003, de Igualdad de Oportunidades, No discriminación y Accesibilidad Universal (LIONDAU), que actualmente se encuentra hoy derogada y refundida en la nueva Ley General de Discapacidad, ya que a partir de entonces, se empezó a pensar que todos los pensionistas de la Seguridad Social que tuvieran una incapacidad permanente total, absoluta o gran invalidez, ostentaban automáticamente, a todos los efectos, la condición de persona con discapacidad, con los derechos y ventajas que ello comporta.

Todo ello venía motivado porque en el artículo 1.2 de la referida Ley se establecía que:

“A los efectos de esta Ley, tendrán la consideración de personas con discapacidad, aquellas a quienes se les haya reconocido un grado de minusvalía igual o superior al 33%. En todo caso, se considerarán afectados por una minusvalía en grado igual o superior al 33%, los pensionistas de la Seguridad Social que tengan reconocida una pensión de incapacidad permanente en el grado de total, absoluta o gran invalidez...”

Pero el Tribunal Supremo tenía establecido que aunque en la Ley de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal, se equiparaba con las personas con discapacidad, a los pensionistas de la Seguridad Social que tuvieran otorgadas una incapacidad permanente a partir del grado de total; no era una equiparación legal de los efectos de la declaración de personas con discapacidad, ya que la Ley que establecía los requisitos para el otorgamiento de dicha declaración era la Ley de Integración del Minusválido (LISMI).

Con la aprobación de la nueva Ley de Discapacidad, que aglutina a las dos que acabamos de mencionar, entre otras, la cuestión cambia notablemente, ya que es la propia Ley, la que equipara a los pensionistas de la Seguridad Social, así como a los pensionistas de clases pasivas que tengan reconocida una pensión de jubilación o de retiro por incapacidad permanente para el servicio o inutilidad, con las personas con discapacidad *a todos los efectos*.

Por tanto a partir de Diciembre de 2013, fecha en la que entró en vigor la Ley General de Discapacidad, la concesión de una incapacidad permanente a partir del grado de total, acarrea legalmente el otorgamiento del grado de discapacidad de al menos el 33%.

BIBLIOGRAFÍA

www.seg-social.es/Internet_1/Trabajadores/PrestacionesPension10935/Incapacidadpermanen10960/index.htm

NORMATIVA

Orden de 15 de abril de 1969 por la que se establecen normas para la aplicación y desarrollo de las prestaciones por invalidez en el Régimen General de la Seguridad Social, y normativa concordante.

Ley General de Seguridad Social (RDL 8/2015) y normativa concordante.

4

INCAPACIDAD PERMANENTE NO CONTRIBUTIVA

El Estado, a través de la Seguridad Social, garantiza a las personas comprendidas en su campo de aplicación, por realizar una actividad profesional contributiva o por cumplir los requisitos exigidos en la modalidad no contributiva, la protección adecuada frente a las contingencias y en las situaciones que se contemplan en la Ley General de la Seguridad Social.

La Pensión no Contributiva de Invalidez asegura a todos los ciudadanos en situación de invalidez y en estado de necesidad una prestación económica, asistencia médico-farmacéutica gratuita y servicios sociales complementarios, aunque no se haya cotizado o se haya hecho de forma insuficiente para tener derecho a una Pensión Contributiva.

a) Requisitos

Pueden ser beneficiarios de la Pensión no Contributiva de Invalidez, los ciudadanos españoles y nacionales de otros países, con residencia legal en España, que cumplen los siguientes requisitos:

1) *Carecer de ingresos suficientes*

Existe carencia cuando las rentas o ingresos de que se disponga, en cómputo anual son inferiores a la cantidad que se determine.

No obstante, aunque sean inferiores a la cantidad que se determina individualmente, si se convive con familiares, únicamente se cumple el requisito cuando la suma de las rentas o ingresos anuales de todos los miembros de su Unidad Económica de Convivencia, sean inferiores a las cuantías que establecen para dichas Unidades Económicas de Convivencia.

Existirá Unidad Económica de Convivencia en todos los casos de convivencia del beneficiario con otras personas unidas con aquel por matrimonio o por lazos de parentesco, de consanguinidad o adopción hasta el segundo grado. El parentesco por consanguinidad hasta el 2º grado alcanza a: padres, abuelos, hijos, nietos y hermanos del solicitante.

2) *Específicos de la propia Pensión no Contributiva de Invalidez*

- Edad: tener dieciocho o más años y menos de sesenta y cinco.
- Residencia: residir en territorio español y haberlo hecho durante un período de cinco años, de los cuales dos han de ser consecutivos e inmediatamente anteriores a la fecha de la solicitud.
- Discapacidad: grado de discapacidad igual o superior al 65%.

b) Compatibilidad

El derecho a Pensión no Contributiva de Invalidez no impide el ejercicio de aquellas actividades laborales, sean o no lucrativas, compatibles con la discapacidad del pensionista y que no representen un cambio en su capacidad real para el trabajo.

Las personas que con anterioridad al inicio de una actividad laboral vinieran percibiendo una Pensión no Contributiva de Invalidez podrán compatibilizar el percibo de la pensión con los ingresos derivados de la actividad, durante los cuatro años siguientes al inicio de la actividad, si la suma de la cuantía anual de la pensión que tuviera reconocida el pensionista y de los ingresos anuales que perciba o prevea vaya a percibir de la actividad laboral no superen el límite establecido. En caso de exceder de dicho límite, la cuantía anual de la pensión se reducirá en la cuantía necesaria para no sobrepasarlo. El límite indicado es el resultado de sumar los importes anuales fijados anualmente para el Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples (IPREM), y para la Pensión de Invalidez no Contributiva.

La Pensión no Contributiva de Invalidez es incompatible con la Pensión no Contributiva de Jubilación, con las Pensiones Asistenciales (PAS) y con los Subsidios de Garantía de Ingresos Mínimos y por Ayuda de Tercera Persona contemplados en el *Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social*, así como con la condición de causante de la Asignación Familiar por Hijo a Cargo con Discapacidad.

c) Cuantía

La cuantía individual de la pensión se establece en función del número de beneficiarios de Pensión no Contributiva integrados en la misma unidad económica de convivencia, de los ingresos personales y/o de las personas que integran la unidad económica.

La cuantía individual establecida se incrementa con el complemento por necesidad de otra persona siempre que se acredite un grado de discapacidad igual o superior al 75%, así como la necesidad del concurso de otra persona para realizar los actos esenciales de la vida.

d) Obligaciones del beneficiario

- Comunicar cualquier variación de su situación que incida en la conservación o en la cuantía de la pensión, en 30 días desde que se produzca.
- Devolver las prestaciones indebidamente percibidas, desde el primer día del mes siguiente al que se produjo la variación, salvo prescripción (prescribe a los 5 años).
- Presentar declaración de los ingresos de la unidad económica del año anterior, en el primer trimestre de cada año.

Su incumplimiento provoca la suspensión cautelar de la pensión.

- Las variaciones de ingresos o rentas, referidos al año en curso. Si de ello se deriva la modificación o extinción de la cuantía de la pensión, el órgano gestor revisa la pensión o interrumpe el pago.

Efectos: desde el 1 del mes siguiente a la variación (Real Decreto 357/91).

BIBLIOGRAFÍA

www.seg-social.es/Internet_1/Trabajadores/PrestacionesPension10935/Incapacidadpermanen10960/index.htm

NORMATIVA

Ley General de Seguridad Social y normativa concordante.

5

LA INCAPACITACIÓN JUDICIAL

En este apartado explicaremos los trámites que deben seguirse para lograr la plena protección de las personas incapacitadas judicialmente.

a) Concepto

La incapacitación es un procedimiento judicial por el que un Juez decide que una persona no tiene capacidad para gobernarse por sí misma, por lo que la somete a un régimen especial de protección de su persona y/o sus bienes.

La pretensión de declaración judicial de incapacitación puede interponerse cuando concurra alguna enfermedad o deficiencia persistente de carácter físico o psíquico que impida a la persona gobernarse por sí misma (Art. 200 y 201 Código Civil).

Esto quiere decir que no hay deficiencias concretas que de por sí produzcan la incapacitación, sino que el juez sólo observará los efectos que la deficiencia produce en la persona, para comprobar si es persistente y si le impide gobernarse por sí misma.

La incapacitación sólo tiene lugar cuando hay una Sentencia firme inscrita en el Registro Civil.

No es incapacitación, el certificado de grado de discapacidad, ni se es incapaz porque cualquier otra autoridad lo haya dicho. Sólo hay incapacitación cuando lo diga una Sentencia firme de un Juez.

Tampoco es incapacitación la incapacidad laboral en cualquiera de sus grados.

b) Diferencias entre Capacidad Jurídica y Capacidad de Obrar

Todas las personas, por el hecho de serlo y desde su nacimiento, tienen capacidad jurídica. La capacidad jurídica sólo se perderá con la muerte, y la tiene toda persona con independencia de su edad, estado civil y de su salud mental y física. En virtud de la capacidad jurídica, todas las personas, incluidas las afectadas por una incapacidad, pueden ser titulares de derechos y obligaciones, y ser sujetos de las relaciones jurídicas. Esto significa que las personas incapaces pueden ser propietarias de una vivienda (con la consiguiente obligación, por ejemplo, de pagar el impuesto de bienes inmuebles), pueden ser titulares de acciones, pueden ser declaradas herederas.

Sin embargo, para ejercitar estos derechos y cumplir con sus obligaciones es necesario un complemento: la capacidad de obrar. La capacidad de obrar la tienen todas las personas mayores de edad mientras no sean privadas de ella, total o

parcialmente, mediante la incapacidad. Por los menores de edad actúan quienes ostenten la patria potestad. Las personas incapaces carecen de capacidad de obrar, lo que supone que no pueden firmar contratos de compraventa, de arrendamiento, o aceptar una herencia, etc., sin la asistencia de otra persona.

c) El proceso judicial de incapacidad

El procedimiento de incapacidad debe iniciarse ante el Juzgado de 1ª Instancia, del lugar en que reside la persona presuntamente incapaz.

¿Quién inicia el proceso? Conviene distinguir dos supuestos:

- *El presuntamente incapaz es menor de edad.* Mientras una persona es menor de edad está amparada por la patria potestad que, normalmente, será ejercida por ambos progenitores. Los padres actúan por sus hijos menores, supliendo su falta de capacidad. Al cumplir los dieciocho años, la persona adquiere la plena capacidad de obrar. Por ello, cuando sea previsible que el menor continúe siendo incapaz aún después de alcanzar la mayoría de edad, es aconsejable iniciar el procedimiento de incapacidad mientras sea menor. En este caso, iniciarán el proceso quienes ejerzan la patria potestad, o en su caso, la tutela, con el efecto de quedar la guarda automáticamente prorrogada en beneficio del menor.

- *El presunto incapaz es mayor de edad.* En esta situación puede promover la declaración de incapacidad el presunto incapaz, su cónyuge o quien se encuentre en una situación de hecho asimilable, los descendientes, los ascendientes, o los hermanos del presunto incapaz. Además, el Ministerio Fiscal deberá promover la incapacidad si las personas mencionadas anteriormente no existieran, o no la hubieran solicitado.

El procedimiento puede iniciarse:

1. Mediante solicitud dirigida a la Fiscalía del domicilio de la persona presuntamente incapaz. Según establece la Ley de Enjuiciamiento Civil, cualquier persona puede poner en conocimiento del Fiscal los hechos que determinan la incapacidad. En el caso de las autoridades y funcionarios públicos que, por razón de sus cargos, conocieran la existencia de una posible incapacidad en una persona, la Ley establece la obligación de manifestarlo al Ministerio Fiscal. De este modo, será el Ministerio Fiscal, a la vista de los informes y documentos facilitados, quien interponga la demanda, si considera que existen indicios suficientes.

2. Mediante abogado y procurador que interpondrán directamente la demanda ante el Juez competente. Si se carece de bienes suficientes para iniciar el juicio, o para defenderse en el proceso, puede solicitarse el beneficio de Asistencia Jurídica Gratuita.

d) Efectos de la Sentencia de Incapacidad

Practicadas todas las pruebas y celebrado el acto de la vista, el Juez dictará Sentencia en la que determinará la extensión y límites de la incapacidad solicitada, y establecerá el régimen de guarda al que el incapaz debe quedar sometido.

La Sentencia declarará la incapacidad total, en el caso de que se aprecie que el demandado no es capaz de cuidar de su persona, ni de administrar sus bienes.

También puede declarar la incapacidad parcial, cuando se estime que el demandado puede realizar determinados actos por sí solo, y que es capaz de adoptar algunas decisiones que atañen a su persona; pero que, para actos de mayor trascendencia o complejidad necesita el auxilio de otra persona.

En este supuesto, la Sentencia debe especificar qué actos puede el incapaz realizar por sí mismo, y para qué actos necesita asistencia.

La Sentencia de incapacitación debe adecuarse a la protección que necesita cada individuo, a sus especiales condiciones, insuficiencias y necesidades de apoyo.

Asimismo, la incapacitación deberá inscribirse en el Registro Civil y, si es necesario, en el Registro de la Propiedad.

Por último, la Sentencia determinará la persona o institución que va a ejercer la guarda del incapaz, nombrando tutor o curador al interesado, o bien, prorrogando o rehabilitando la patria potestad de sus progenitores.

NORMATIVA

Código Civil.

6

TRABAJAR CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

6.1. RECONOCIMIENTO MÉDICO DE LA EMPRESA

a) Es un derecho

Hay que partir de la base de que el reconocimiento médico es un derecho del trabajador y no una obligación para el mismo, según se desprende de lo preceptuado en el artículo 22 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

De esta manera es evidente que los reconocimientos médicos, dentro de la relación laboral, se articulan como una expresión del derecho del trabajador a la vigilancia de su salud. Por ello, este mismo precepto establece, en principio, el carácter voluntario de los exámenes médicos, aunque precisamente por la condición de derecho fundamental a vida, la integridad y la salud de los trabajadores, a veces es necesario, con el fin de proteger dichos bienes, imponer la realización de los exámenes médicos cuando fuera imprescindible para salvaguardar la propia vida o la salud del trabajador afectado, aun en contra de su voluntad. Y se hará, con mayor razón todavía, si es en aras de la tutela de la salud de los compañeros o terceros.

Se exige, en principio, el consentimiento del trabajador, que debe ser expreso, aunque no necesariamente por escrito, pudiendo ser verbal o deducirse por actos concluyentes del propio empleado.

Asimismo, resulta obligatorio que las pruebas que se vayan a realizar sean con el fin de obtener unos datos concretos relacionados y pertinentes a la específica actividad profesional realizada, y que el trabajador sea informado de esos datos que se quieran obtener con las pruebas.

Por eso el reconocimiento médico, y en particular los análisis clínicos, no pueden pretender evaluar de forma genérica cualquier tipo de factor o circunstancia personal del trabajador, aunque se haya obtenido su consentimiento para realizar la prueba. Tampoco pueden extenderse a materias sobre las que éste no haya sido previamente informado y para las que haya otorgado su expreso consentimiento.

Pero en la práctica ese derecho es transformado en muchas ocasiones por los empresarios en un instrumento de control de la salud de los trabajadores, sobre todo si se tienen sospechas de que un trabajador tiene una enfermedad crónica como la Esclerosis Múltiple.

Por dicho motivo hay que tener muy en cuenta las consecuencias de que el trabajador sea declarado como no apto en un examen médico.

b) Consecuencias del Reconocimiento Médico

El acceso a la información médica de carácter personal queda restringido al personal médico y a las autoridades sanitarias; los resultados y todos los datos médicos de carácter personal serán comunicados exclusivamente al trabajador.

Sólo se transmitirán las condiciones sobre la aptitud (apto/no apto) para el puesto de trabajo correspondiente al empresario, a los representantes legales del empleado (delegados de prevención y comité de seguridad y salud laboral) y órganos responsables de la prevención. Se podrán indicar, asimismo, tipos y condiciones de trabajo que le estuvieran contraindicadas, medidas de protección y prevención o la necesidad de introducir mejoras en su puesto. Pero nunca se podrán desvelar las concretas razones médicas de su no aptitud.

Los datos relativos a la Vigilancia de la Salud no podrán ser usados con fines discriminatorios ni en perjuicio del trabajador. El despido o no renovación de un contrato temporal, cuando se pruebe que haya sido por razones relacionadas con la salud del empleado que no inciden en el puesto de trabajo, tendrá la consideración de nulo, debiendo el empresario restituirle en su antiguo puesto y en las mismas condiciones.

6.2. COMUNICACIÓN DE LA ENFERMEDAD AL EMPRESARIO

A la pregunta que se hacen muchos afectados sobre si tienen la obligación de comunicar al empresario que padecen Esclerosis Múltiple, la respuesta es tajantemente que no, a no ser que la realización de su trabajo supusiera por causa de su enfermedad, un peligro para la persona afectada o terceras personas en función del trabajo o, asimismo, que lo regule una disposición legal por razón de inseguridades específicas y actividades especialmente peligrosas.

Fuera de estos últimos supuestos, los menos en la práctica, es decir, que se imponga por ley, los demás casos se pueden prestar a una cierta arbitrariedad, de manera que el empresario puede averiguar circunstancias personales sensibles de los trabajadores que no inciden en la relación laboral, pero que podrían dar lugar a un juicio de valor social de reproche o desvalorización y, en última instancia, a una discriminación laboral.

6.3. DESPIDO POR PADECER ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Como consecuencia de lo previsto en el apartado anterior, la siguiente pregunta que se suelen hacer los trabajadores afectados es si el empresario, llega a enterarse por cualquier vía que padece Esclerosis Múltiple, puede despedirlo por esa causa.

La respuesta como en el apartado anterior vuelve a ser tajantemente que no.

Tan sólo puede despedir a un trabajador que padece Esclerosis Múltiple si el padecerla conlleva ineptitud para el trabajo que se realiza.

La carga de la prueba de esa ineptitud, recae en el empresario, que si consigue demostrar que el padecer la enfermedad tiene como consecuencia directa dicha ineptitud para el desempeño de las funciones podría proceder al despido.

Dicho despido sería un despido objetivo del artículo 52.1 del Estatuto de los Trabajadores por “ineptitud sobrevenida con posterioridad a la colocación efectiva en la empresa”.

Las consecuencias que tendría el despido por padecer Esclerosis Múltiple dependerán de si la enfermedad conlleva o no una ineptitud acreditada.

De acreditarse dicha ineptitud, el trabajador tendría derecho a una indemnización de 20 días por año trabajado con un máximo de doce mensualidades (en el momento de publicación de esta Guía).

De no acreditarse dicha ineptitud el despido sería nulo por discriminación.

NORMATIVA

Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

Estatuto de los Trabajadores.

7

SEGURO DE INVALIDEZ ABSOLUTA PARA HIPOTECAS Y ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Las aseguradoras suelen oponer la preexistencia de enfermedades o su ocultación por el asegurado, para eludir el pago de las indemnizaciones.

En el marco de la contratación de un préstamo, es práctica habitual e indubitada que una entidad de crédito exija al prestatario la contratación simultánea de un seguro de vida/amortización del préstamo, hasta el punto de que la suscripción de éste supedita la concesión de aquél. Esta exigencia se extiende al hecho de que la contratación de ese seguro se hace con una compañía aseguradora que pertenece al mismo grupo empresarial que la entidad de crédito.

Estas circunstancias unidas a la necesidad del cliente de obtener esa financiación (bien sea por las condiciones ventajosas que le ofertan, por la premura temporal con que normalmente se afronta la contratación de ese préstamo, o bien simplemente porque siempre ha contratado con la misma sucursal,...) conllevan a que el mismo se vea abocado a suscribir dicho seguro.

En ese contexto, estos seguros de amortización/vida de un préstamo o crédito que las entidades de crédito obligan a suscribir al cliente como condición necesaria para concederle una operación crediticia y para cubrir el riesgo de fallecimiento o invalidez, pueden, y de hecho así se da en la práctica, convertirse en papel mojado cuando ocurre el siniestro, es decir, cuando fallece el titular o cuando sobreviene la situación de incapacidad o invalidez prevista en la póliza.

Con anterioridad a la firma de este seguro, la compañía aseguradora exige no solo rellenar un formulario con preguntas que aclaran la salud del asegurado, y que hace las veces de una declaración jurada de la salud de éste. Ello nos impide ocultar cualquier enfermedad demostrable, pues en caso de ocultación, la póliza queda desestimada y anulada por la compañía lo que conlleva a que en caso de fallecimiento o invalidez no se abonan las cantidades previstas.

En el caso de personas afectadas de Esclerosis Múltiple cobra especial relevancia este hecho, ya que las compañías utilizan como excusa para no indemnizar al asegurado, el hecho de que anteriormente a la suscripción del seguro haya habido episodios en los que se pueda prever la existencia de la enfermedad, con independencia de que no haya sido diagnosticada hasta después de suscribir la póliza.

Frente a ello debemos saber, que los documentos que exigen las Compañías para el pago de la indemnización son el *informe médico de diagnóstico*, y la *declaración de incapacidad permanente absoluta*.

Por tanto, si el diagnóstico se produce tras la suscripción del seguro hipotecario y se obtiene la declaración de Incapacidad Permanente Absoluta, el afectado tiene derecho al cobro de la indemnización que corresponda por tal concepto en la póliza suscrita. Todo ello con independencia de que anteriormente se tengan antecedentes clínicos, siempre y cuando los mismos no hayan supuesto un diagnóstico de Esclerosis Múltiple anterior al seguro.

Éste es un derecho que tenemos, pero que en ocasiones desconocemos, y que en otras, se intenta por parte de las aseguradoras, que no se haga efectivo, poniendo como excusa que la enfermedad es anterior al seguro, pero insistimos en que lo que tiene que ser posterior es el diagnóstico, no la enfermedad, que puede llevar latente muchos años, y que ello no impide que tengamos derecho al cobro de la indemnización que nos corresponda.

8

CONducir con ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Una de las cuestiones que más incertidumbre está creando actualmente en nuestro colectivo, es la posibilidad de obtener el permiso de conducir o la prórroga del mismo.

Todo ello está motivado porque el Real Decreto 818/2009 de 8 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento General de Conductores, en su artículo, 44.2 establece que las aptitudes psicofísicas requeridas para obtener o prorrogar el permiso o la licencia de conducción son las preceptuadas en el art. 9.1 del Anexo IV, y dichas aptitudes son las que a continuación se exponen:

“No deben existir enfermedades del sistema nervioso central o periférico que produzcan pérdida o disminución grave de las funciones motoras, sensoriales o de coordinación, episodios sincopales, temblores de grandes oscilaciones, espasmos que produzcan movimientos amplios de cabeza, tronco o miembros, ni temblores o espasmos que incidan voluntariamente en el control del vehículo”.

De lo anteriormente expuesto se desprende con claridad que las personas afectadas de Esclerosis Múltiple no pueden obtener la licencia o el permiso de conducir, ni la prórroga del mismo.

Desde la entrada en vigor del referido Reglamento General de Conductores hay una queja generalizada entre los afectados de Esclerosis Múltiple a los que se les deniega la obtención o la prórroga del permiso.

Estas quejas están más que justificadas, ya que con el Reglamento en la mano, con el simple diagnóstico de Esclerosis Múltiple, una persona no puede conducir. Y ello vulneraría los derechos de igualdad de las personas con Esclerosis Múltiple, respecto a las afectadas de otras enfermedades para las que el Reglamento si prevé la posibilidad de conducir si se aporta un informe médico.

Además se estarían conculcando los principios establecidos en el art. 9.3 de la Constitución Española, en virtud del cual hay que dar una mayor protección jurídica a los ciudadanos respecto de las normas que restringen Derechos, como es el caso de la limitación del derecho a conducir.

En este sentido la Dirección General de Tráfico ha notificado a la Federación de Asociaciones de Esclerosis Múltiple (FEDEMA) que en el caso de la Esclerosis Múltiple, la Valoración del Conductor se realiza de manera individualizada en los Centros de Reconocimiento de Conductores, y que por tanto, el sólo diagnóstico de la enfermedad no impide la obtención o la prórroga del permiso de conducción.

Dicha afirmación realizada por la Dirección General de Tráfico, choca frontalmente con lo regulado en el Reglamento General de Conductores, y con lo que se produce en muchos casos en la práctica, pero lo importante ahora es que se trata de una respuesta oficial de Tráfico en forma de recomendación, eso sí, respecto de lo que se debe hacer cuando se quiera obtener o prorrogar el permiso de conducir si se tiene Esclerosis Múltiple:

“Se debe acudir al Centro de Reconocimiento de Conductores con un informe del neurólogo, en el que haga constar su sintomatología, forma de evolución, tratamiento, y todos aquellos aspectos relativos a su enfermedad que puedan ser de interés para facilitar que el facultativo del Centro valore su aptitud para la conducción, y proponga las adaptaciones precisas, así como las limitaciones o restricciones que se consideren necesarias para garantizar su seguridad y la de terceros.

Así mismo, se ha de tener en cuenta, que al tratarse de una enfermedad progresiva, se reducirá el período de vigencia, y que el tipo de adaptaciones, limitaciones o restricciones, o el impedimento de la obtención o prórroga de la obtención del permiso, estará marcado por el grado de afectación y la repercusión de la enfermedad en cada paciente.”

Esta recomendación que por parte de Tráfico se hace a FEDEMA es un gran logro para todas las personas afectadas de Esclerosis Múltiple, ya que se encontraban en una situación de indefensión y discriminación con la entrada en vigor del Reglamento General de Conductores, que veta, sin alternativa alguna, el derecho a conducir a las personas que padezcan, entre otras enfermedades, Esclerosis Múltiple.

Y aunque no se trate de una disposición normativa, que sería lo correcto y deseable para solucionar el desaguado jurídico que actualmente existe al respecto sobre esta cuestión, sí que es un paso más en la defensa de los derechos de las personas con Esclerosis Múltiple.

9

LOS DERECHOS COMO PACIENTES DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO

9.1. RELACIÓN DE DERECHOS

En los siguientes apartados vamos a tratar los derechos que los pacientes del sistema Sanitario Público de Andalucía poseen en el mismo según la Ley de Salud de Andalucía, entrando a profundizar sobre los que resulten de mayor interés para las personas afectadas de Esclerosis Múltiple.

Según el artículo 6 de la referida Ley, los ciudadanos son titulares de los siguientes derechos respecto a los servicios sanitarios públicos de Andalucía:

- a) A las prestaciones y servicios de salud individual y colectiva, de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente.
- b) Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que puedan ser discriminados por razón alguna.
- c) A la información sobre los factores, situaciones y causas de riesgo para la salud individual y colectiva.
- d) A la información sobre los servicios y prestaciones sanitarios a que pueden acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso.
- e) A disponer de información sobre el coste económico de las prestaciones y servicios recibidos.
- f) A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y su estancia en cualquier centro sanitario.
- g) A ser advertidos de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y tratamiento que se les apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación que, en ningún caso, podrá comportar peligro adicional para su salud.

En todo caso, será imprescindible la previa autorización y por escrito del paciente y la aceptación por parte del médico y de la dirección del correspondiente centro sanitario.

h) A que se les dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.

i) A que se les extienda certificado acreditativo de su estado de salud, cuando así lo soliciten.

j) A que quede constancia por escrito o en soporte técnico adecuado de todo su proceso. Al finalizar la estancia en una institución sanitaria, el paciente, familiar o persona a él allegada recibirá su informe de alta.

k) Al acceso a su historial clínico.

l) A la libre elección de médico, otros profesionales sanitarios, servicio y centro sanitario en los términos que reglamentariamente estén establecidos.

m) A que se les garantice, en el ámbito territorial de Andalucía, que tendrán acceso a las prestaciones sanitarias en un tiempo máximo, en los términos y plazos que reglamentariamente se determinen.

n) A que se les asigne un médico, cuyo nombre se les dará a conocer, que será su interlocutor principal con el equipo asistencial. En caso de ausencia, otro facultativo del equipo asumirá tal responsabilidad.

ñ) A la libre elección entre las opciones que les presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento del paciente para la realización de cualquier intervención sanitaria, excepto en los siguientes casos:

1º Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública.

2º Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso, el derecho corresponderá a sus familiares o personas allegadas, y en el caso de no existir estos, o no ser localizados, corresponderá a la autoridad judicial.

3º Cuando la posibilidad de lesión irreversible o peligro de fallecimiento exija una actuación urgente.

o) A disponer de una segunda opinión facultativa sobre su proceso, en los términos en que reglamentariamente esté establecido.

p) A negarse al tratamiento, excepto en los casos señalados en el epígrafe ñ) 1º de este artículo y previo cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 8, apartado 6 de esta ley.

q) A la participación en los servicios y actividades sanitarios, a través de los cauces previstos en esta ley y en cuantas disposiciones la desarrollen.

r) A la utilización de las vías de reclamación y de propuesta de sugerencias, así como a recibir respuesta por escrito en los plazos que reglamentariamente estén establecidos.

s) A disponer, en todos los centros y establecimientos sanitarios, de una carta de derechos y deberes por los que ha de regirse su relación con los mismos.

Los niños, los ancianos, los enfermos mentales, las personas que padecen enfermedades crónicas e invalidantes y las que pertenezcan a grupos específicos reconocidos sanitariamente como de riesgo tienen derecho a actuaciones y programas sanitarios especiales y preferentes.

Sin perjuicio de lo dispuesto en la legislación básica del Estado, los niños, en relación con los servicios de salud de Andalucía, disfrutarán de todos los derechos generales contemplados en la presente ley y de los derechos específicos contemplados en el artículo 9 de la Ley 1/1998, de 20 de abril, de los Derechos y la Atención al Menor.

Los enfermos mentales, sin perjuicio de los derechos señalados en los apartados anteriores y de conformidad con lo previsto en el Código Civil, tendrán los siguientes derechos:

a) A que por el centro se solicite la correspondiente autorización judicial en los supuestos de ingresos involuntarios sin autorización judicial previa, y cuando, habiéndose producido voluntariamente el ingreso, desapareciera la plenitud de facultades del paciente durante el internamiento.

b) A que por el centro se reexamine, al menos trimestralmente, la necesidad del internamiento forzoso. De dicho examen periódico se informará a la autoridad judicial correspondiente.

Sin perjuicio de la libertad de empresa y respetando el peculiar régimen económico de cada servicio sanitario, los derechos contemplados en el apartado 1, epígrafes b), d), e), f), g), h), i), j), k), n), ñ), o), p), q), r), s), y en los apartados 3 y 4 del presente artículo, rigen también en los servicios sanitarios de carácter privado y son plenamente ejercitables.

Entramos pues, en los siguientes apartados, con el desarrollo de algunos de estos derechos, que son los de mayor interés para las personas afectadas de Esclerosis Múltiple.

9.2. DERECHO A SER INFORMADO

El derecho a ser informado y a consentir de manera plenamente consciente e informada, es una concreción del derecho de respeto a la integridad física y psíquica, como ocurre con la protección de los datos relativos a la salud de la persona, que son una derivación del derecho de protección de la intimidad y, que derivan todos ellos de los principios de dignidad de la persona y del libre desarrollo de la personalidad.

Afirma el art. 4 de la Ley 41/2002 que los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. La información se configura como un deber para el personal sanitario, y como un derecho básico para el paciente, sobre el que posteriormente veremos que se asienta otro derecho, como es el del consentimiento informado.

Su cumplimiento defectuoso, o incumplimiento, también puede llevar aparejada la responsabilidad civil o penal, o en su caso, patrimonial de la Administración.

La llamada información terapéutica, es la que suministra el médico para conocimiento de la situación y evolución de la enfermedad y como parte del tratamiento (necesidad de prescripción, posología, efectos secundarios, contraindicaciones, consecuencias del abandono o de la no estricta observancia al tratamiento, estilo de vida, abstención de labores, alimentos, etc.). Esta información se convierte en una modalidad normalmente continuada y fundamentalmente verbal, propia de la “lex artis” médica, que atiende a los deberes de cuidado o diligencia que impone el ejercicio profesional, cuyo cumplimiento adecuado ha de prevenir que se incurra en cualquier tipo de responsabilidad.

Finalmente, la información puede ser el requisito previo del consentimiento como presupuesto, ya sea diagnóstica, preventiva o curativa, pero cuya omisión e incorrección dará lugar a la responsabilidad específica.

a) Titular

El titular del derecho a la información es el paciente, aún cuando también deberán ser informadas las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita. El deseo del paciente de que las personas a él allegadas no sean informadas debe de manifestarse expresamente y conviene que así quede reflejado documentalmente, *Sentencia del Tribunal Supremo de 24 de mayo de 1995*.

Dicha información se debe llevar a cabo, aún cuando exista una incapacidad del paciente, en modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal, si a criterio médico carece de capacidad el titular para entender la información a causa de su estado físico-psíquico, pues deberá de ponerse en conocimiento tal información de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho, y así se recoge en el art. 5 de la Ley 41/2002.

Si el destinatario último de la información es el paciente o sus familiares y/o allegados, resulta evidente que la obligación de suministrar la información es del médico que ha asumido el tratamiento del paciente. Luego, sólo o con la colaboración de otros profesionales podrán llevar a cabo cualquier tipo de intervención o prueba a lo largo del proceso asistencial, incluidos los actos previos con propósito diagnóstico. Por ello el art. 4.3 de la Ley 41/2002, afirma que el médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento del derecho a la información, y que los profesionales que le atienden durante el proceso asistencial (o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto) también serán responsables de informarle.

b) Contenido

En cuanto al contenido de la información, además de ser verdadera, debe de ser comunicada de forma comprensible y adecuada a sus necesidades, referida al estado de cosas, situación del paciente y a la intervención médica como tal, entendiendo que cabe despejar dudas o formular explicaciones sobre el diagnóstico

y el tratamiento en sí considerado, proceso, riesgos, consecuencias accesorias, diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento (Sentencia del Tribunal Supremo de 31 de julio de 1996).

No en vano el consentimiento del paciente se extenderá hasta donde haya sido informado.

Con ello la adecuación que se predica de la información exige una cantidad y calidad, además de veracidad, donde deberá aportarse únicamente, ni menos ni más, que aquella información que sea relevante para prestar un consentimiento libre y consciente, como son; las características de la intervención, o tratamientos, los fines que se persigan, los efectos inmediatos, otros colaterales o secundarios y/o posibles, las consecuencias para la vida ordinaria, los riesgos, las alternativas, y todo ello en términos comprensibles para el paciente, o para los que deban consentir en su lugar, con lo cual se exige una adaptación al nivel intelectual, cultural y emocional del paciente, alejándonos de los recursos a los lenguajes técnicos que deberán reservarse al ámbito estrictamente profesional.

Cualquier defecto o exceso en la información transmitida provocará su inadecuación.

Para determinar el contenido del deber de información ha de estarse tanto a aspectos subjetivos, al nivel cultural, la edad, situación profesional y social del paciente, como a los aspectos objetivos, por cuanto el grado de precisión con el que debe ser informado el paciente ha de estar en relación inversa a la urgencia con la que la intervención ha sido médicamente indicada, y atendiendo a la mayor o menor peligrosidad de la intervención. Por ello el art. 10.2 de la Ley 41/2002 viene a afirmar que el médico responsable deberá ponderar en cada caso que cuanto más dudoso sea el resultado en la intervención más necesario resulta el previo consentimiento por escrito del paciente. Y así el art. 10.1 expresa, dentro de las condiciones de la información, que el facultativo debe proporcionar al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica referida a: 1) las consecuencias relevantes o de importancia; 2) los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales; 3) los riesgos probables en condiciones normales conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención y 4) las contraindicaciones.

Y es que dicha comunicación de información no se reduce necesariamente a un sólo acto, sino que en la generalidad de los casos va a requerir ulterior consentimiento, porque por la propia naturaleza de las cosas, la nueva adquisición de información, va a exigirse al necesitar nuevas pruebas y por la propia evolución del paciente. En consecuencia se producirá una continuidad en el proceso de transmisión paulatina de información para que el consentimiento mantenga su validez, y la extensión de la información estará en función de los riesgos previsibles y su ponderación.

c) Formas de transmisión

La información como regla general ha de proporcionarse al paciente de forma verbal, dejando constancia de la misma en la historia clínica. No obstante, resulta recomendable la emisión de esa información a través de un documento.

d) Límites y excepciones

El derecho a ser informado tiene límite en el respeto a la decisión del paciente de no ser informado. Así lo afirma el art. 4.1 de la Ley 41/2002, además la voluntad de no ser informado viene completada con la renuncia a recibir información que dispone el art. 9.1 de la Ley 41/2002, donde a su vez existen como premisas indiscutibles, el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y exigencias terapéuticas.

No hay duda que tal renuncia debe documentarse. En esta concepción del derecho a no saber, resulta más que aconsejable hacer constar por escrito tal voluntad para prevenir eventuales reclamaciones y poder suministrar la información a sus familiares y allegados, siempre que no haya supuesto una vulneración de la intimidad del enfermo o éste también se haya opuesto a tal transmisión a terceros.

Algo semejante ocurre con las situaciones de urgencia, en las que el paciente se encuentre inconsciente o sin capacidad para comprender la información o la trascendencia de su acto de voluntad y no es posible acudir a los familiares o allegados.

En otro orden de cosas el art. 5.4 de la Ley 41/2002 recoge como nuevo límite al deber de informar el llamado “estado de necesidad terapéutica” o privilegio terapéutico, donde en supuestos de pronóstico fatal o negativo resulta aceptable que la decisión de informar sea aplazada en el tiempo. Como recoge el art. 10.1 del Código Deontológico Español, en principio, deberá revelarse al paciente el diagnóstico, debiendo ser legítimo no comunicar al enfermo un pronóstico grave o fatal.

Matizar que la excepción al deber de información, viene dada por situaciones de inconsciencia o cualquier otro motivo que hagan incapaz al paciente debido a la urgencia que provoca el sufrimiento de un daño si no se instaura rápidamente un tratamiento, donde las demoras pueden ocasionar lesiones irreversibles.

9.3. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

a) Introducción

La actuación profesional del médico se sujeta a la información que ha de suministrar a sus pacientes a los efectos prácticos de cualquier tratamiento, terapia o intervención quirúrgica. Como contrapartida de ese deber de información, se encuentra el consentimiento que todo paciente ha de emitir en caso de que haya de sufrir alguna de dichas actuaciones.

Así, el incumplimiento por parte del médico de ese ineludible deber dará lugar a responsabilidades variadas, habiéndose incrementado las reclamaciones en los últimos tiempos, al hilo que se han producido grandes cambios legales y jurisprudenciales.

La información y el consentimiento informado se convierten en obligaciones legales como medio de contraprestación y respeto de la autonomía o autodeterminación de los pacientes, cuyos derechos fundamentales deben respetarse a toda costa.

b) ¿Qué es el consentimiento informado?

El consentimiento informado es *“la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades, después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud”* según define la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente.

Se trata de una actuación dirigida a garantizar el ejercicio de la autonomía de la persona como usuaria de un servicio en el ámbito asistencial.

c) ¿Qué dice la ley sobre el consentimiento informado?

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica se refiere al consentimiento informado en el artículo 8 del Capítulo IV cuando dice:

1. Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4 haya valorado las acciones propias del caso.
2. El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos e inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.

d) ¿Cómo se puede informar antes de firmar el consentimiento?

Es obligación del profesional sanitario proporcionar al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica siguiente:

1. Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad.
2. Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.
3. Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.
4. Las contraindicaciones.

e) ¿Cuándo se debe solicitar?

Con tiempo suficiente para que el paciente pueda reflexionar y solicitar aclaración de cuantas dudas le puedan surgir. La excepción será la urgencia vital.

El consentimiento informado es *temporal y revocable*, sin que sea necesario explicar la causa, ni aportarla por escrito.

Lo más frecuente es que información y consentimiento sean verbales. *El documento escrito se exige legalmente* en las siguientes situaciones:

1. Intervenciones quirúrgicas.
2. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores.
3. Procedimientos que supongan riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión.
4. Procedimientos de carácter experimental.

f) Consecuencias de negarse a firmar un consentimiento informado

Como pacientes tenemos el derecho a rechazar cualquier tratamiento o actuación.

Si un paciente no acepta las actuaciones o tratamientos prescritos, se le ofrecerán tratamientos alternativos, siempre y cuando existan y se practiquen en el centro médico en el que es atendido.

El hecho de rechazar una prueba, un tratamiento o un procedimiento, no implica negativa a la posibilidad de cuidados. En este sentido es obligación de los profesionales que nos atiendan ofrecernos las mejores alternativas disponibles después de rechazar la opción planteada.

g) Límites y excepciones al consentimiento informado

Las excepciones al deber de recabar un consentimiento informado son las siguientes:

- Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública.
- Cuando el paciente no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares, tutor legal o personas indicadas previamente por el usuario.
- Cuando la urgencia no permita demoras por poder ocasionarse lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.
- Cuando así lo determine el dictamen de un juez.
- Si el paciente renuncia a la información sobre su proceso.

9.4. DERECHO A PARTICIPAR EN LAS DECISIONES CLÍNICAS Y NEGARSE A TRATAMIENTO

Este derecho viene a colación del derecho a negarse a firmar el consentimiento informado al que hemos hecho referencia en el apartado anterior.

La normativa vigente establece diversos grados de participación y responsabilidad de los ciudadanos en la toma de decisiones clínicas que afectan a su salud.

Por un lado, se establece, como hemos visto anteriormente, el derecho a recibir información clínica sobre su proceso asistencial, y a que se obtenga su consen-

miento antes de proceder a cualquier actuación sanitaria, salvo en los supuestos legales establecidos. El consentimiento, como hemos dicho, será por escrito en el caso de intervenciones quirúrgicas, procedimientos invasivos y en general los que supongan riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.

Es necesario, facilitar datos verdaderos sobre la salud o estado físico, así como el de colaborar en su obtención, especialmente cuando sean necesarios por razones de interés público o con motivo de asistencia sanitaria.

Pero debemos hacer hincapié en un derecho muy importante y que casi siempre pasa desapercibido, es el derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.

No tenemos pues la obligación de conformarnos con el tratamiento propuesto por el facultativo, debemos preguntar la existencia de otras alternativas y el facultativo debe informarnos claramente sobre las mismas. Y por supuesto la última palabra la tenemos nosotros como pacientes.

Tenemos pues derecho a rechazar el tratamiento propuesto, salvo en los supuestos legales establecidos y el deber de dejar constancia escrita de esta decisión, especialmente si se trata de un alta voluntaria en el transcurso de un ingreso hospitalario.

9.5. DERECHOS ARCO (ACCESO, RECTIFICACIÓN Y/O CANCELACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA)

9.5.1. DERECHO DE ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA

a) Concepto

El acceso a la historia clínica, es un derecho regulado en la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

En la misma se recoge que el titular de la historia clínica podrá obtener los datos que figuran en ella, con las reservas que establece la precitada Ley.

Así mismo, este derecho viene recogido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y el Real Decreto 1720/2007, por el que se aprueba el Reglamento de Desarrollo de esta ley, en la cual se explicita que el interesado podrá solicitar y obtener de forma gratuita la información de sus datos y las comunicaciones realizadas o que se prevé hacer de los mismos.

El derecho de acceso a la historia clínica, puede ser ejercido por:

- El titular de la historia clínica.
- Por representación debidamente acreditada. Esta representación puede otorgarse de forma voluntaria o ser ejercida en los supuestos legalmente establecidos: menores de 16 años no emancipados y personas incapacitadas judicialmente.

- En caso de pacientes fallecidos, el acceso a la historia clínica se facilitará a las personas vinculadas al fallecido por razones familiares o de hecho, salvo que el mismo lo hubiese prohibido expresamente y así se acredite.

El *plazo máximo* establecido legalmente para resolver estas solicitudes es de un mes, a contar desde el registro de entrada de la misma.

El derecho de acceso no podrá llevarse a cabo en intervalos inferiores a doce meses, salvo causa justificada.

b) Presentación de la solicitud

¿Dónde se puede recoger la solicitud?

En cualquier Unidad de Atención a la Ciudadanía del Distrito o en cualquier centro sanitario del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

¿Dónde se puede presentar la solicitud?

La presentación de las solicitudes se realizará en el centro sanitario donde se haya originado la historia clínica, quien ejerce la custodia de la misma, con la doble finalidad de salvaguardar la intimidad y la confidencialidad de los datos que aporte la persona interesada, y posibilitar la agilización en el trámite y resolución de la petición.

En el caso de que el usuario quiera presentarla la solicitud con su documentación en la Unidad de Atención al Ciudadano del Centro de Salud, se le informará allí mismo de que recibirá una copia de su solicitud registrada por el Registro General del Distrito, así como información referente a las gestiones que se realicen en caso de derivación de su expediente a otras dependencia ajenas al Distrito.

Una vez presentada, desde la Unidad de Atención al Ciudadano del centro, se remitirá a la mayor brevedad posible, la solicitud y la documentación exigida a la Unidad de Atención al Ciudadano del Distrito.

También puede presentarla de acuerdo a la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los servicios.

El derecho de acceso a la copia de la historia clínica, puede ejercerlo la persona titular de la historia clínica o el representante, cumplimentando el formulario al efecto y aportando la documentación preceptiva para cada caso.

La presentación de la solicitud se puede realizar de las siguientes formas:

- *Mayores de 16 años o menores emancipados:* el solicitante deberá cumplimentar el “Formulario para el acceso a la historia clínica para titular de la misma o representación voluntaria”, acompañando la documentación preceptiva que se indica en el mismo: fotocopia del DNI, NIE o fotocopia compulsada del pasaporte en vigor del solicitante, y en caso de que el solicitante sea menor de 16 años emancipado, además deberá aportar fotocopia compulsada del documento judicial de emancipación.

- *Solicitud por representante voluntario*: el representante voluntario debe cumplimentar el “Formulario para el acceso a la historia clínica para titular de la misma o representación voluntaria”. Dicho formulario debe ir firmado por el titular de la historia y por el representante, y debe adjuntar la documentación que se indica en dicho formulario: fotocopia del DNI, NIE o fotocopia compulsada del pasaporte en vigor tanto de la persona a la cual pertenece la historia como del representante.

- *Solicitud por parte del representante legal*: en caso de menores de 16 años no emancipados, el representante legal deberá cumplimentar el “Formulario para el acceso a la historia clínica para representante legal de menores de 16 años y/o representante legal de personas con incapacidad judicial”. Se deberá adjuntar a la solicitud, fotocopia del DNI, NIE o fotocopia compulsada del pasaporte en vigor de la persona menor de edad (obligatorio a partir de los 14 años cumplidos), fotocopia del DNI, NIE o fotocopia compulsada del pasaporte en vigor del representante legal y fotocopia compulsada del libro de familia.

Si los padres están divorciados, separados legalmente o en cualquier otra situación, tras cese de la convivencia, además de la documentación descrita anteriormente, deberán aportar fotocopia compulsada de la Sentencia judicial actualizada que resuelve la situación del menor o de eventuales medidas acordadas, y declaración jurada de que no existen medidas cautelares de protección al menor.

En caso de personas incapacitadas judicialmente, el representante legal deberá cumplimentar el “Formulario para el acceso a la historia clínica para representante legal de menores de 16 años y/o representante legal de personas con incapacidad judicial”, acompañando la documentación preceptiva reseñada en el mismo: fotocopia del DNI, NIE o fotocopia compulsada del pasaporte en vigor de la persona incapacitada y del representante legal, así como fotocopia compulsada de la Sentencia de incapacitación judicial en la que se otorga la tutoría.

- *En el caso de personas fallecidas*: la persona que formule la petición deberá cumplimentar el “Formulario para el acceso a la historia clínica de personas fallecidas”, acompañando la documentación preceptiva reseñada en el mismo, fotocopia del DNI, NIE o fotocopia compulsada del pasaporte en vigor de la persona que formula la petición, fotocopia del certificado de defunción y documentación acreditativa de la existencia del vínculo familiar o de hecho, según la normativa vigente.

c) Registro y plazo de resolución

Una vez registrada la petición se inicia el plazo para su resolución, que será de un mes.

Es imprescindible que la solicitud tenga registro general de entrada, ya que desde la fecha en la que tenga entrada comienza el cómputo de plazos.

La Unidad de Atención a la Ciudadanía del Distrito, será la encargada de la tramitación de las solicitudes, y una vez analizadas será quien responda a los solicitantes.

Se pueden dar dos situaciones:

- Que se reúnan los requisitos exigidos, entonces el plazo máximo de resolución será de un mes.
- Que no se reúnan los requisitos. En este supuesto se requerirá al solicitante para que subsane la falta mediante carta con acuse de recibo de subsanación de requisitos, en el plazo de diez días hábiles, a contar desde el día siguiente a la recepción de la misma. En dicho momento se suspende el plazo de respuesta.

Si se subsanan los requisitos, se reinicia el cómputo de plazos de respuesta al solicitante.

Si no se subsanan los requisitos se archivará la solicitud por desistimiento, y se le comunicará el archivo mediante carta con acuse de recibo.

En los supuestos en los que a la Administración se le creen dudas o sospechas en los que pueda existir algún riesgo para alguna ex pareja o para un menor, la Administración puede solicitar a la autoridad judicial correspondiente, instrucciones al respecto. En ese caso se suspende el plazo de respuesta durante el tiempo que medie entre la solicitud de información y el recibo de la notificación. Reiniciándose el cómputo de plazos, una vez se recepcione el informe. Al solicitante se le comunica que se está recabando la información del Juzgado mediante carta con acuse de recibo.

Si se estima que por la documentación aportada no procede el acceso a la historia clínica solicitada, se dictará Resolución desestimatoria que se enviará al solicitante mediante carta certificada con acuse de recibo.

La Administración tiene por Ley la obligación de resolver la solicitud, en los plazos establecidos. Si no lo hace la petición se entiende denegada por silencio administrativo.

d) Observaciones

La solicitud la puede realizar la persona titular de la historia clínica o su representante, tanto en el formulario al efecto como mediante escrito, debiéndose comprobar que reúne los siguientes requisitos:

- Nombre y apellidos de la persona interesada y en su caso, de quien lo represente.
- Identificación del lugar que se señale a efectos de notificaciones.
- Concretar con claridad la solicitud.
- Lugar y fecha.
- Firma de la persona solicitante o acreditación de la autenticidad de su voluntad expresa por cualquier medio.
- Órgano Centro o Unidad a la que se dirige.

La petición deberá ir acompañada de la documentación indicada en la solicitud.

9.5.2. RECTIFICACIÓN Y/O CANCELACIÓN EN LA HISTORIA DE SALUD

a) Concepto

El ejercicio de este derecho viene recogido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y el Real Decreto 1720/2007, por el que se aprueba el Reglamento de Desarrollo de esta Ley.

- *Rectificación*: es el derecho del afectado a que se modifiquen sus datos de salud que resulten inexactos o incompletos.

- *Cancelación*: es el derecho que da lugar a que se supriman los datos que resulten inadecuados o excesivos, sin perjuicio del deber de bloqueo conforme a la precitada legislación.

Dada la especial protección de los datos de salud, a los que hace referencia la citada Ley Orgánica, dicha protección ha de completarse con las previsiones específicas recogidas en la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

El derecho de rectificación o cancelación de la historia clínica, puede ser ejercido por:

- El titular de la historia clínica.

- Por representación debidamente acreditada. Dicha representación puede otorgarse de forma voluntaria o ser ejercida en los supuestos legalmente de menores no emancipados y personas incapacitadas judicialmente.

- En caso de pacientes fallecidos el acceso a la historia clínica se facilitará a las personas vinculadas al fallecido por razones familiares o de hecho, salvo que el mismo lo hubiese prohibido expresamente y así se acredite.

El plazo máximo establecido legalmente para resolver estas solicitudes es de 10 días, a contar desde el registro de entrada de la misma.

b) Presentación de la solicitud

El derecho de rectificación y/o cancelación, puede ejercerlo la persona titular de la historia clínica o el representante, cumplimentando el formulario al efecto y aportando la documentación preceptiva para cada caso. Además, deberán adjuntar a las peticiones copias de los documentos en los que constan los datos que solicita modificar.

¿Dónde puede recoger la solicitud el usuario?

En cualquier Unidad de Atención a la Ciudadanía del Distrito o en cualquier centro sanitario del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

¿Dónde puede presentar la solicitud del usuario?

La presentación de estas solicitudes se realizará en el centro sanitario donde se haya originado la historia clínica, quien ejerce la custodia de la misma, al igual que en el derecho de acceso a la historia.

Igualmente que en el derecho de acceso a la historia, en el caso de que el usuario determine entregar la solicitud y la documentación preceptiva en la Unidad de Atención al Ciudadano del Centro de Salud, se le informará de que recibirá una copia de su solicitud registrada por el Registro General del Distrito, así como información referente a las gestiones que se realicen en caso de derivación de su expediente a otras dependencias ajenas al Distrito.

Una vez presentada, desde la Unidad de Atención al Ciudadano del centro se remitirá, con carácter de urgencia, la solicitud y la documentación exigida a la Unidad de Atención al Ciudadano del Distrito.

No obstante, puede presentarla en cualquier registro oficial o formularla de acuerdo a la Ley 11/2007, de 22 de junio de acceso electrónico de los ciudadanos a los servicios públicos. La documentación deberá ir acompañada de la documentación que se contempla en el formulario.

La presentación de la solicitud se puede realizar de las siguientes formas:

- *Por parte del titular de la historia clínica:* tiene que ser mayor de 16 años o menor emancipado. En cuyo caso el solicitante deberá cumplimentar el “Formulario para el titular de la historia clínica o representación voluntaria”, acompañando la documentación preceptiva reseñada en el mismo: fotocopia del DNI, NIE o fotocopia compulsada del pasaporte en vigor de la persona interesada, y en el caso de que el solicitante sea menor de 16 años emancipado, deberá aportar además la fotocopia compulsada del documento de emancipación.

- *Por parte del representante voluntario:* debe cumplimentar el “Formulario para el titular de la historia clínica o representación voluntaria”. Deberá ir firmado por el titular de la historia clínica por el titular de la historia clínica y quien lo represente, acompañando la documentación preceptiva reseñada en el mismo: fotocopia del DNI, NIE o fotocopia compulsada del pasaporte en vigor de la persona interesada y del representante.

- *Por parte del representante legal:* en caso de menores de 16 años no emancipados, el representante legal deberá cumplimentar el “Formulario para representante legal de menores de 16 años”, acompañando la documentación preceptiva reseñada en el mismo: fotocopia del DNI, NIE o fotocopia compulsada del pasaporte en vigor de la persona menor de edad (obligatorio a partir de los 14 años cumplidos), fotocopia del DNI, NIE o fotocopia compulsada del libro de familia actualizado o documento similar.

Si los padres están divorciados, separados legalmente o en cualquier otra situación, tras cese de la convivencia, además de la documentación descrita anteriormente, deberán aportar fotocopia compulsada de la Sentencia judicial actualizada que resuelve la situación del menor o de eventuales medidas acordadas, y declaración jurada de que no existen medidas cautelares de protección al menor.

En caso de personas incapacitadas judicialmente, el representante legal deberá cumplimentar el “Formulario para representante legal de pacientes con incapacidad judicial”, acompañando la documentación preceptiva reseñada en el

mismo: fotocopia del DNI, NIE o fotocopia compulsada del pasaporte en vigor del representante legal y fotocopia compulsada de la Sentencia de incapacitación judicial en la que se otorga la tutoría.

- *En el caso de persona fallecidas:* la persona que formula la petición deberá cumplimentar el “Formulario en representación de personas fallecidas”, acompañando la documentación preceptiva reseñada en el mismo: fotocopia del DNI, NIE o fotocopia compulsada del pasaporte en vigor de la persona que formula la petición, fotocopia del certificado de defunción y documentación acreditativa de la existencia de vínculo familiar o de hecho, según la normativa vigente.

c) Registro y plazo de resolución

Una vez registrada la petición se inicia el plazo para su resolución (10 días).

Al igual que en la solicitud de acceso a la historia clínica, es imprescindible que la solicitud tenga Registro General de entrada, dado que a partir de la fecha en la que tenga entrada, comienza el cómputo de plazos.

La Unidad de Atención a la Ciudadanía, es la responsable de la recepción de todas las solicitudes que por cualquier vía hayan tenido entrada, en cada centro deben revisarse si las mismas reúnen los requisitos exigidos que constan en el formulario correspondiente y valorar si se aporta la documentación preceptiva, antes de remitirla a la Unidad de Atención Ciudadana del Distrito.

La Unidad de Atención al Ciudadano del Distrito comprobará a quien pertenece su resolución y se enviará al centro correspondiente.

Se pueden dar dos situaciones:

- Reúne los requisitos exigidos, en cuyo caso se trasladará en el menor tiempo posible la petición a la unidad encargada de su valoración, que es la Dirección de Salud.

- No reúne los requisitos. En este caso al igual que en el acceso a la historia clínica, deberá proceder a requerir a la persona interesada que subsane los mismos, mediante carta para la subsanación de los requisitos, con acuse de recibo, en el plazo de diez días hábiles a contar desde el día siguiente a la recepción del mismo. En ese momento se suspende el plazo de respuesta.

Si subsana los requisitos, se reinicia el cómputo de plazos y se envía la solicitud subsanada, en el menor tiempo posible a la Dirección de Salud, que es la unidad encargada de su valoración.

Si no subsana los requisitos, al igual que en el acceso a la historia clínica, se elevará a la Dirección-Gerencia Resolución de Archivo de la solicitud por desistimiento, comunicando que se archiva la solicitud al entender que al no subsanar los requisitos, desiste de su petición. Se remitirá mediante carta certificada con acuse de recibo.

d) Valoración

Una vez recibida la solicitud, la unidad de valoración debe proceder a analizar si la petición se ajusta a derecho, si se trata de datos, inexactos, incompletos inadecuados, o excesivos. Para ello se solicitará información al facultativo y/o servicio clínico correspondiente, responsable de los datos para contrastar la información, quien debe informar sobre la pertinencia de la solicitud mediante el *informe de posicionamiento* correspondiente según el tipo de solicitud:

- De titular de la historia clínica o representación voluntaria.
- De representante legal de menores de 16 años.
- De representante legal de personas con incapacidad judicial.
- De representación de personas fallecidas.

El informe de posicionamiento se unirá al expediente. No se debe registrar dicho posicionamiento en ningún apartado de la historia clínica.

La unidad de valoración derivará el expediente al comité de ética asistencial si el facultativo/servicio clínico considera que dada la complejidad del caso resulta adecuado que se traslade, o bien la propia unidad de valoración si tras la información recabada considera pertinente obtener validación del citado comité.

En caso de derivación se dirigirá escrito de suspensión al solicitante informando del traslado de su expediente e indicándole que se produce la suspensión del plazo de respuesta.

Si el comité de ética es el que tiene que realizar el pronunciamiento deberá informar de su análisis a la unidad de valoración.

El posicionamiento puede dar lugar a dos situaciones:

- Que la petición no se ajuste a derecho. De ser así se dictará Resolución Denegatoria motivada, que la Dirección Gerencia comunicará a la persona solicitante, por medio de carta certificada con acuse de recibo.
- Que la petición se ajusta a derecho. Se comunicará al operador designado al efecto con toda claridad los datos susceptibles de rectificación o cancelación.

Paralelamente, se dictará Resolución estimatoria motivada que se enviará al solicitante a través de carta certificada con acuse de recibo.

Al igual que ocurre con las solicitudes de acceso a la historia clínica, pueden presentarse solicitudes complejas en las que ante el caso de sospecha o evidencia de que pueda existir algún riesgo para la ex pareja o el propio menor, o que concurren circunstancias judiciales que susciten dudas, se puede solicitar a la autoridad judicial correspondiente instrucciones al respecto. También en este caso se

suspende el plazo de respuesta durante el tiempo que medie desde la petición de información y el recibo de la notificación, reiniciándose el cómputo de plazos una vez que se recepcione el informe pertinente, debiendo comunicarse a la persona interesada que se está recabando la información pertinente del Juez, mediante carta certificada con acuse de recibo.

e) Observaciones

La solicitud la puede realizar la persona titular de la historia clínica o su representante, tanto en el formulario al efecto como mediante escrito, debiéndose comprobar que reúne los siguientes requisitos:

- Nombre y apellidos de la persona interesada.
- Identificación del lugar que se señale a efectos de notificaciones.
- Que se concrete con toda claridad cuál es el dato que se quiere rectificar o cancelar.
- Lugar o fecha.
- Firma de la persona solicitante o acreditación de la autenticidad de su voluntad expresada por cualquier medio.
- Órgano, centro o unidad administrativa a la que se dirige.

La petición deberá ir acompañada de la documentación indicada en cada formulario.

9.6. DERECHO A UNA SEGUNDA OPINIÓN PARA PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE

a) Conceptos básicos

Obtener una segunda opinión médica es un derecho de los usuarios del Sistema Sanitario Público cuando estos padecen una enfermedad diagnosticada como de pronóstico fatal, incurable o que compromete gravemente su calidad de vida, o bien cuando el tratamiento propuesto conlleva un elevado riesgo vital. En determinadas circunstancias, este derecho puede ser ejercido por otra persona en nombre del paciente. La Esclerosis Múltiple es una de las enfermedades cuyo diagnóstico da derecho a una segunda opinión médica.

Cuando un paciente pide una segunda opinión médica, un facultativo experto estudia la información procedente de su historia clínica y emite un informe que se envía directamente al solicitante, o a quien el paciente haya autorizado para actuar en su nombre.

Puede ser que, excepcionalmente, el facultativo experto indique alguna nueva prueba o exploración al paciente con la finalidad de emitir su opinión.

b) Solicitar segunda opinión médica en InterSAS

Los pacientes que dispongan de certificado digital Clase 2 CA pueden solicitar una segunda opinión médica a través de InterSAS. Antes de proceder a rellenar su solicitud, le sugerimos que lea detenidamente las instrucciones que aparecen en el formulario. En esta vía no cabe la posibilidad de efectuar la solicitud en nombre del paciente.

En este caso no es necesario aportar fotocopia compulsada del documento de identificación para acreditar la identidad, ya que esta función se cumple con el certificado digital. Es aconsejable enviar una copia del último informe clínico, donde conste el diagnóstico o propuesta terapéutica para la que se pide segunda opinión, a:

***Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud
del Servicio Andaluz de Salud***

*Unidad Central de Tramitación de Segunda Opinión Médica Salud Responde
Hospital Neurotraumatológico, carretera Bailén-Motril, s/n. 23071 Jaén
Teléfono: 902 505 060*

c) Solicitar una segunda opinión médica en un centro sanitario o bien por correo

Se puede presentar una solicitud de segunda opinión médica en cualquier centro dependiente de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud, o en centros dependientes de la Administración Pública, de acuerdo con la legislación vigente en materia de procedimiento administrativo común. Para ello es necesario rellenar y entregar el formulario correspondiente (que puede obtener en esta página o bien en cualquier centro sanitario).

Si prefiere enviar su solicitud por correo puede hacerlo a:

***Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud
del Servicio Andaluz de Salud***

*Unidad Central de Tramitación de Segunda Opinión Médica Salud Responde
Hospital Neurotraumatológico, carretera Bailén-Motril, s/n. 23071 Jaén
Teléfono: 902 505 060*

En este caso, la copia registrada de su solicitud le será enviada a vuelta de correo.

d) Documentación a aportar, además del formulario de solicitud debidamente rellenado

1. *Documentos a presentar para solicitar segunda opinión médica (si el solicitante es el propio paciente):* fotocopia compulsada de su documento de identidad. La compulsada de los documentos podrá hacerse en el propio centro sanitario donde se presenta la solicitud.

2. *Documentos a presentar si el solicitante es una persona autorizada por el paciente:* además de estar firmado por el paciente el apartado “autorización expresa del paciente” del formulario, se adjuntarán fotocopias compulsadas del documento de identidad del paciente y del solicitante.

3. *Documentos a presentar si el solicitante actúa en representación del paciente, pero sin su autorización expresa:* en el caso de menores, personas incapacitadas legalmente o pacientes en situación de imposibilidad física o psíquica para ejercer el derecho por sí mismos, está previsto que determinadas personas puedan solicitar una segunda opinión en nombre del paciente. La documentación acreditativa y los requisitos de esta representación dependen de cada una de las situaciones. En la solicitud se dan las instrucciones necesarias.

Es aconsejable que se adjunte una copia del último informe clínico donde conste el diagnóstico o propuesta terapéutica para la que se pide la segunda opinión.

e) Causas de denegación y limitaciones

El ejercicio del derecho está reconocido a los pacientes que sean ciudadanos españoles o extranjeros, con residencia en nuestra Comunidad Autónoma, con aseguramiento a cargo del Sistema Sanitario Público de Andalucía y que cumplan, además, con otros requisitos:

- En el paciente se da una de las circunstancias clínicas (la Esclerosis Múltiple lo es) que constituyen el ámbito del decreto.
- El paciente no requiere tratamiento urgente o inmediato.
- No habrá efectuado anteriormente, él o su representante, otra solicitud de segunda opinión para el mismo proceso asistencial.
- La enfermedad o el tratamiento propuesto para el que solicita una segunda opinión le ha sido diagnosticado en cualquier centro dependiente del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

En caso de no reunir alguno de los requisitos expuestos, la solicitud será desestimada.

f) Observaciones

Los profesionales que se hacen cargo de emitir informes de segunda opinión son facultativos especialistas pertenecientes al Sistema Sanitario Público de Andalucía, expertos en distintas áreas de conocimiento clínico, seleccionados por la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud.

En el supuesto en que un equipo de facultativos expertos proponga un tratamiento alternativo, se ofrece al paciente una relación de centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía donde pueden aplicarle el tratamiento propuesto, si lo considera conveniente.

g) Solicitantes por representación

Por autorización expresa del propio paciente, la persona que éste elija.

En el supuesto de que el paciente se encuentre en una situación de imposibilidad física o psíquica para ejercer el derecho por sí mismo, pueden hacerlo en su nombre: un familiar, su pareja de hecho, un allegado o su representante legal.

En los casos de menores: el padre, la madre o el tutor.

Los menores con dieciséis años cumplidos y los emancipados podrán ejercer el derecho por sí mismos.

En los casos de personas incapacitadas legalmente: el tutor.

h) Circunstancias clínicas para solicitar segunda opinión

- Confirmación diagnóstica de enfermedad degenerativa progresiva sin tratamiento curativo del sistema nervioso central, de una enfermedad neoplásica maligna, excepto cánceres de piel que no sean melanoma.

- Confirmación de alternativas terapéuticas en todas las neoplasias malignas, incluyendo cánceres de piel, tanto al inicio, como a la recidiva o en el momento de aparición de metástasis.

- Propuesta terapéutica para enfermedad coronaria avanzada de angioplastia múltiple o simple frente a cirugía cardíaca coronaria convencional.

- Propuesta de cirugía coronaria convencional en situación de riesgo, con o sin circulación extracorpórea, frente a revascularización transmiocárdica con láser, neoangiogénesis o trasplante.

- En cardiopatía congénita con indicación de cierre o ampliación de defecto congénito por técnica de cardiología intervencionista frente a cirugía convencional.

- Confirmación diagnóstica de tumoración cerebral o raquimedular.

- Propuesta de tratamiento quirúrgico en escoliosis de grado mayor idiopática o no idiopática.

- Confirmación de diagnóstico de enfermedad rara. Se entenderá por enfermedad rara: aquella enfermedad con peligro de muerte o invalidez crónica, incluidas las de origen genético, que tiene una prevalencia baja, es decir, menor de cinco casos por cada diez mil habitantes.

- Confirmación de alternativas terapéuticas en todas las neoplasias malignas de piel, tanto al inicio como a la recidiva o en el momento de aparición de la metástasis.

- Confirmación diagnóstica de parálisis cerebrales infantiles.

- Confirmación de alternativas terapéuticas en Epilepsia refractaria a tratamiento.

- Confirmación de intervención quirúrgica en los casos de accidentes cerebrovasculares y lesiones tromboembólicas arteriales como alternativa a otro tratamiento.

- Confirmación diagnóstica o de alternativas terapéuticas sobre patologías oftálmicas que provoquen disminución de la agudeza visual óptima igual o inferior a 0,1 bilateral (Escala de Schnellen) o disminución del campo visual bilateral hasta ser igual o inferior a 10°.

- Confirmación de alternativa terapéutica quirúrgica en el aneurisma de aorta.
- Confirmación de alternativas terapéuticas quirúrgicas en Cardiopatía isquémica.
- Propuesta de tratamiento quirúrgico en patologías de la columna vertebral con afectación medular y, en su caso, afectación radicular que afecte gravemente la calidad de vida de los pacientes previamente intervenidos por alguno de los siguientes procedimientos:
 - Reapertura de sitio de laminectomía.
 - Otra exploración y descompresión del canal espinal.
 - Excisión o destrucción de lesión de médula espinal/meninges espina.
 - Excisión o destrucción de disco intervertebral no específica.
 - Artrodesis vertebral.
 - Refusión vertebral.
 - Fusión vertebral circunferencial, acceso con incisión única.
 - Inserción de dispositivo de fusión vertebral intersomático.
- Propuesta de tratamiento quirúrgico en patologías del aparato locomotor que comprometa gravemente la calidad de vida de los pacientes previamente intervenidos por alguno de los siguientes procedimientos:
 - a) Sustitución total de cadera.
 - b) Sustitución total de rodilla.
- Confirmación de alternativas terapéuticas en pacientes incluidos en protocolo de trasplantes.

9.7. LIBRE ELECCIÓN DE MÉDICO Y CENTRO

En el Sistema Sanitario Público de Andalucía se reconoce el derecho a la libre elección de médico de familia y pediatra. Así como el derecho a elegir médico especialista en el ámbito hospitalario y hospital público, en caso de intervención quirúrgica, en los términos recogidos en la legislación vigente.

9.7.1. LIBRE ELECCIÓN DE MÉDICO ESPECIALISTA Y HOSPITAL PÚBLICO

a) Conceptos básicos

En el Sistema Sanitario Público de Andalucía se puede ejercer el derecho a elegir médico especialista y hospital público donde quiere ser asistido o intervenido.

En caso de los menores de dieciséis años no emancipados, la elección se realizará por sus representantes legales, salvo que sus condiciones de madurez le permitieran realizar tal elección.

b) Elección de especialista y hospital público

Este derecho puede ser ejercido por los usuarios de los servicios sanitarios que, a juicio de su médico de Atención Primaria, precisen ser atendidos por médicos especialistas del ámbito hospitalario.

El médico de familia o pediatra orientará a sus pacientes en la elección del especialista hospitalario, facilitándoles la información necesaria para que puedan decidir.

La elección deberá mantenerse durante todo el proceso patológico de que se trate y, en casos de procesos de larga duración, por un periodo mínimo de doce meses. No siendo posible la elección simultánea de varios facultativos para el mismo proceso.

c) Elección de centro para intervención quirúrgica

Los usuarios que se encuentren pendientes de ser intervenidos quirúrgicamente y estén incluidos en lista de espera quirúrgica, pueden elegir el hospital donde deseen ser asistidos.

A través del teléfono de Salud Responde, disponible las 24 horas del día, cualquier usuario que se encuentre en esta situación puede recibir información sobre alternativas en la asistencia a su proceso y ejercer el derecho de optar por un hospital público distinto al suyo. Salud Responde se encargará de los trámites administrativos necesarios para formalizar el cambio.

d) Observaciones

Los transportes que puedan originarse como consecuencia de la aplicación de este Decreto se regirán por lo establecido en el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

9.7.2. LIBRE ELECCIÓN DE MÉDICO DE FAMILIA Y PEDIATRA

a) Conceptos básicos

En el Sistema Sanitario Público de Andalucía se reconoce el derecho a la libre elección de médico de familia y pediatra. Los usuarios pueden elegir entre los médicos existentes en su municipio, y también entre el resto de los médicos del Distrito Sanitario al que corresponda el domicilio.

Los menores de siete años pueden elegir pediatra y los niños entre siete y catorce años, a través de sus representantes legales, pueden optar por médico general o pediatra en las condiciones expuestas anteriormente.

b) Elección a través de InterSAS

Los usuarios que disponen de certificado digital pueden elegir médico a través de InterSAS (Oficina Virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía).

En InterSAS se ofrece un listado de los médicos que se pueden elegir, con su horario de consulta. Para ser asignado a uno de ellos se debe seleccionar la opción “elegir” y confirmar el cambio de médico.

El cambio se realiza en la Base de Datos de Usuarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía, por lo que los efectos de la elección son inmediatos. Es aconsejable que imprimir el documento general de InterSAS que muestra información sobre la asignación de médico y centro.

c) Elección en el centro de atención primaria

En los centros de atención primaria se facilita información sobre los médicos ofertados, los horarios de consultas, los programas que se realizan, etc. Una vez decidido el médico, los usuarios deberán entregar la solicitud correspondiente. En el caso de no recibir respuesta formal por parte del Distrito Sanitario antes de 45 días, aceptando o denegando su solicitud si existe una justificación para hacerlo, se entiende que ha sido aceptada.

d) Causas de denegación y limitaciones

Los usuarios pueden efectuar su elección de médico de familia y pediatra, en las condiciones descritas al principio, sin necesidad de justificación y con la única condición de que hayan transcurrido al menos tres meses desde la última elección de médico.

La solicitud de asignación de médico puede denegarse cuando en aras de una mayor calidad asistencial no sea conveniente la asignación de más usuarios a un determinado médico (cupos máximo, tiempo medio de consulta, frecuentación, porcentaje de menores y de mayores de 65 años, etc.) o bien existan otras dificultades que lo justifiquen (dispersión geográfica, problemas especiales que eleven la demanda asistencial, etc.).

e) Observaciones

El cambio de médico para personas sin certificado digital y para menores sólo puede realizarse en el propio centro. El cambio también debe realizarse en el propio centro cuando se quiere elegir un centro que está en un municipio en el que no se reside.

Por otra parte, las funciones que realizan los centros y que tienen carácter territorial, entre otras las que suponen desplazamiento al domicilio del usuario, las pueden desarrollar profesionales del centro más cercano a su domicilio. Esto es así aunque el usuario haya elegido un facultativo de una Zona Básica de Salud distinta.

BIBLIOGRAFÍA

www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/farmaciadsevilla/portalsevilla/index.php?option=com_content&view=article&id=482&Itemid=3099

http://ws003.juntadeandalucia.es/pls/intersas/servicios.informacion_segunda_opinion

www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=gr_derechos_libreeleccion

NORMATIVA

Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía.

Decreto 127/2003 de 13 de mayo por el que se establece el ejercicio del derecho a la segunda opinión médica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Orden de 24 de agosto de 2004, que desarrolla el anterior Decreto.

Decreto 128/97, de 6 de mayo, por el que se regula la libre elección de médico especialista y de hospital en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Decreto 60/99, de 9 de marzo, sobre libre elección de médico y pediatra.

Orden de 6 de junio de 1999, de la Consejería de Salud, por la que se regula el procedimiento para la libre elección y se establecen las normas de asignación de médico general y pediatra en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

Orden de 27 de febrero de 2002, por la que se establece la efectividad del carácter individual de la libre elección de médico y su gestión por la base de datos de usuarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

10

PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIÓN

a) Libro de Sugerencias y Reclamaciones de la Junta de Andalucía

El Libro de Sugerencias y Reclamaciones de la Junta de Andalucía, se creó como instrumento para facilitar la participación de los ciudadanos, para que cualquier persona natural o jurídica que, en sus relaciones con la Administración Autónoma, considere que ha sido objeto de desatención, tardanza o cualquier otra anomalía, consecuencia de supuesto mal funcionamiento de los Servicios, pueda denunciarlo en el correspondiente Libro de Sugerencias y Reclamaciones, donde también podrá formular cuantas sugerencias estime oportunas en orden a mejorar la eficacia de tales Servicios.

b) ¿Dónde se encuentra?

Existen Libros de Sugerencias y Reclamaciones en los registros generales de todas las Delegaciones Territoriales y en muchos otros Centros, en formato papel. También está disponible en Internet en formato electrónico.

c) ¿Cómo realizar una reclamación?

La persona que pretenda formalizar una denuncia o sugerencia podrá hacerlo:

- De la manera tradicional, rellenando las hojas autocopiativas del Libro en el Centro directamente afectado (si existiera) y, en todo caso, en el disponible en el registro general de la Delegación Territorial de la que dependa, o bien, con carácter general, en el de la Delegación del Gobierno de la Junta de Andalucía o en el de la Consejería de Justicia y Administración Pública.
- Rellenando el formulario electrónico que se encuentra en la página de la Consejería de Hacienda y Administración Pública.

d) ¿Dónde presentar una reclamación?

Depende de cómo se haya realizado la sugerencia o reclamación:

- Si la realiza en una hoja autocopiativa: en los registros existentes en todas las dependencias de la Junta de Andalucía.
- Si la realiza por Internet y se dispone de un certificado digital: no es necesario hacer nada más, la sugerencia o reclamación es firmada y presentada electrónicamente en el registro de entrada de la página de la Consejería de Hacienda y Administración Pública.
- Si la realiza por Internet pero no se dispone de un certificado digital: se deberá imprimir en papel, firmar y presentarla en los registros existentes en todas las dependencias de la Junta de Andalucía, donde se le devolverá su copia sellada.

e) Tramitación de la reclamación

Recibida la denuncia en la dependencia afectada, ésta, en el plazo de 15 días y previas las aclaraciones que estime pertinente recabar de la persona interesada, informará al órgano directivo del que dependa, quien notificará al denunciante o la denunciante las actuaciones realizadas y las medidas, en su caso, adoptadas, dando traslado del informe evacuado y de la notificación al interesado, a la Inspección General de Servicios (Inspector Territorial).

En caso de no reflejar en la correspondiente denuncia o sugerencia los datos identificativos o la dirección completa, ésta deberá ser admitida por el órgano correspondiente, si bien quien haya denunciado debe conocer que tal déficit en la hoja de reclamación, además de dificultar la posible investigación de los hechos denunciados, imposibilitaría la obtención de la respuesta del órgano reclamado.

Si la reclamación fue presentada por Internet sin firmarla (ni electrónica ni manualmente), dependiendo de la naturaleza de la misma, el denunciante podría ser requerido para que la firmase dándole validez.

f) Efectos legales

Las denuncias formuladas de acuerdo con lo previsto en el Decreto que regula este Libro de Sugerencias y Reclamaciones no tendrán, en ningún caso la calificación de recursos administrativos, ni paralizarán los plazos establecidos en la normativa vigente para interponerlos.

Las personas interesadas, con independencia de la denuncia que formulen en el Libro de Sugerencias y Reclamaciones, podrán presentar las reclamaciones y recursos previstos en las normas reguladoras del procedimiento administrativo que estimen convenientes.

BIBLIOGRAFÍA

www.juntadeandalucia.es/haciendayadministracionpublica/lsr/lsr/inicio.jsp#

NORMATIVA

Decreto 262/1988, de 2 de agosto, por el que se establece el Libro de Sugerencias y Reclamaciones, en relación con el funcionamiento de los Servicios de la Junta de Andalucía.

11

MARCO NORMATIVO DEL DERECHO A REHABILITACIÓN

a) Reconocimiento y competencias para hacer efectivo el derecho a la salud

El artículo 43 de la Constitución Española reconoce el derecho a la protección de la salud y establece que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

El art. 55 del Estatuto de Autonomía de Andalucía, establece competencias para la regulación y ordenación de las actuaciones, prestaciones y servicios de la salud pública en el ámbito territorial de Andalucía, para mejorar la seguridad sanitaria de la ciudadanía, promover la salud, la prevención de las enfermedades y la protección de la salud, de acuerdo con el art. 43 de la Constitución.

Por todo lo anteriormente expuesto, debemos concluir que, para que el derecho a la salud que establece el art. 43 de la Constitución Española y demás normas concordantes, sea efectivo, se requiere que los poderes públicos adopten las medidas oportunas.

b) El derecho a rehabilitación como parte del derecho a la salud

Existen numerosas normas que recogen el derecho a la rehabilitación como parte del derecho fundamental a la salud:

- La Ley 16/2003, de 28 de Mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, en el art. 7.1, establece que el catálogo de prestaciones del Servicio Nacional de Salud tiene por objeto garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado.

Dicha Ley establece además que se elaborarán planes integrales de salud sobre las patologías más prevalentes, relevantes o que supongan una especial carga sociofamiliar, garantizando una atención sanitaria integral, que comprenda su prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

El artículo 8 de la citada ley contempla que las prestaciones sanitarias del catálogo se harán efectivas mediante la cartera de servicios comunes.

- En 2006 se aprueba Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización en cuyo ANEXO II se establece la Cartera de servicios comunes de atención primaria.

El punto 5 de ese Anexo se refiere a la rehabilitación básica, que comprende las actividades entre otras de rehabilitación que son susceptibles de realizarse en el ámbito de atención primaria, en régimen ambulatorio, previa indicación médica y de acuerdo con los programas de cada servicio de salud, incluyendo la asistencia domiciliaria si se considera necesaria por circunstancias clínicas o por limitaciones en la accesibilidad.

Incluye:

- 5.1 Prevención del desarrollo o de la progresión de trastornos musculoesqueléticos.
- 5.2 Tratamientos fisioterapéuticos para el control de síntomas y mejora funcional en procesos crónicos musculoesqueléticos.
- 5.3 Recuperación de procesos agudos musculoesqueléticos leves.
- 5.4 Tratamientos fisioterapéuticos en trastornos neurológicos.
- 5.5 Fisioterapia respiratoria.
- 5.6 Orientación/formación sanitaria al paciente o cuidador/a, en su caso.

• En el marco más concreto de la normativa relativa a personas con discapacidad el *Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social* establece en su artículo 14, lo siguiente:

Artículo 14. *Habilitación o rehabilitación médico-funcional.*

1. La habilitación o rehabilitación médico-funcional tiene como objetivo conseguir la máxima funcionalidad de las capacidades físicas, sensoriales, mentales o intelectuales. Este proceso se inicia con la detección e identificación de las deficiencias y necesidades psicosociales de cada persona y continuará hasta la consecución y mantenimiento del máximo desarrollo y autonomía personal posible.
2. A estos efectos, toda persona que presente alguna deficiencia en sus estructuras o funciones corporales o psicosociales, de la que se derive o pueda derivarse una limitación en la actividad calificada como discapacidad según lo dispuesto en esta ley, tendrá derecho a beneficiarse de los procesos de habilitación o rehabilitación médico-funcional necesarios para mejorar y alcanzar la máxima autonomía personal posible y poder lograr con los apoyos necesarios su desarrollo personal y participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con las demás.
3. El proceso habilitador o rehabilitador que se inicie en servicios específicos se desarrollará en íntima conexión con los centros de intervención en donde deba continuarse y proseguirá, si fuera necesario, como tratamiento domiciliario o bien en el entorno en el que la persona con discapacidad desarrolla su vida, con los recursos comunitarios existentes.
4. Los programas de habilitación y rehabilitación se complementarán con el suministro, la adaptación, conservación y renovación de tecnologías de apoyo, prótesis y órtesis, dispositivos, vehículos, y otros elementos auxiliares para las personas con discapacidad cuyas circunstancias personales lo aconsejen.

En base a todo lo anterior, tenemos fundamentación jurídica suficiente para afirmar que existe un derecho a la rehabilitación, como parte de la asistencia sanitaria pública, y que ese derecho debe hacerse efectivo a través de la actuación de los poderes públicos, en nuestro caso de la Comunidad Autónoma de Andalucía que es quien tiene delegadas las competencias en materia de sanidad.

ENTIDADES ADHERIDAS A FEDEMA

FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE DE ANDALUCÍA

FEDEMA

Entidad Declarada de Utilidad Pública

Avda. de Altamira, 29 – Blq.11 – Acc. A. 41020 Sevilla

Tlf. / Fax: 902 430 880

e-mail: fedemaem@hotmail.com

web: www.fedema.es

ASOCIACIÓN DE EM DE ALMERÍA

C/ Chafarinas, 3. 04002 Almería

Tlf.: 950 106 343 / Fax: 950 100 620

Móvil: 606 741 277

e-mail: aemalmeria@hotmail.es

web: www.aemaalmeria.es

ASOCIACIÓN GADITANA DE EM Y UED “ALFONSO PERALES”

Plaza del Arroyo, 40 Dup.

11403 Jerez de la Frontera (Cádiz)

Tlf.: 956 335 978 / Fax: 956 344 484

e-mail: agdem2@yahoo.es

ASOCIACIÓN CORDOBESA DE EM

Edificio Florencia.

Plaza Vista Alegre, 11

14004 Córdoba

Tlf./Fax: 957 468 183 / Móvil: 685 846 563

e-mail: acodem@alcavia.net

web: www.alcavia.net/acodem

ASOCIACIÓN GRANADINA DE EM

Quinto Centenario, 1, Bajo.

18100 Armilla (Granada)

Tlf./Fax: 958 572 448

e-mail: emgranada5@hotmail.com

web: www.agdem.es

ASOCIACIÓN DE EM ONUBENSE

C/ Hélice, 4. 21006 Huelva

Tlf./Fax: 959 233 704 / Móvil: 660 424 179

e-mail: ademo@esclerosismultiplehuelva.org

web: www.esclerosismultiplehuelva.org

ASOCIACIÓN JIENENSE DE EM “VIRGEN DEL CARMEN”

Acera de la Trinidad, 1 - Bajo. 23440 Baeza (Jaén)

Tlf.: 953 740 191 / Móvil: 675 250 989

e-mail: esclerosismultiplejaen@yahoo.es

web: www.ajdem.org

ASOCIACIÓN MALAGUEÑA DE FAMILIARES Y AFECTADOS DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE

“Centro Ciudadano de Portada Alta”

C/ Archidona, 23

Tlf.: 951 438 181 / Móvil: 606 582 463

e-mail: amfaem@hotmail.com

Web: <http://amfaem.wix.com/amfaem>

ASOCIACIÓN MARBELLA-SAN PEDRO DE EM “NUEVO AMANECER”

Centro Cívico Divina Pastora

C/ Presbítero Juan Anaya, s/n

29601 Marbella (Málaga)

Tlf./Fax: 952 859 672 / Móvil: 627 025 490

e-mail: ampemna@yahoo.es

Web: www.asociacionesclerosismultiplenuevoamanecer.com

DELEGACIÓN DE LA ASOCIACIÓN DE EM DE MARBELLA

Calle del Senado s/n. Centro Cultural “Entre-Todos”

29680 Estepona (Málaga)

Tlf.: 952 859 672 / Móvil: 627 025 490

ASOCIACIÓN SEVILLANA DE EM

Avda. de Altamira, 29. Blq. 11 - Acc. A. 41020 Sevilla

Tlf./Fax: 954 523 811

e-mail: esclerosismultiple@hotmail.com

web: www.emsevilla.es



Federación de Asociaciones de Esclerosis Múltiple de Andalucía

FEDEMA

(Entidad Declarada de Utilidad Pública)

Avda. de Altamira, 29 – Blq. 11 – Acc. A. 41020 Sevilla. Tlf. / Fax: 902 430 880

e-mail: fedemaem@hotmail.com

web: www.fedema.es

Nombre y apellidos

D.N.I.

Domicilio

Código Postal **Localidad**

Provincia **Teléfono**

e-mail

Soy afectado/a: ☐ **Sí** ☐ **No**

DATOS BANCARIOS:

IBAN |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_|

DESEO SER:

☐ **SOCIO: 104 € / año** - ☐ **DONATIVO LIBRE:** _____ **€**

Estas cantidades son desgravables en la Declaración de la Renta

FORMA DE PAGO:

☐ **Semestral** ☐ **Anual**

En **, a** **de** **de 20**

Firma:

De acuerdo con lo establecido en la LO 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Federación de Asociaciones de Esclerosis Múltiple de Andalucía (FEDEMA), le informa que sus datos serán objeto de tratamiento automatizado en nuestros ficheros, con la finalidad del mantenimiento de la relación y gestión interna.

Asimismo, consiente expresamente que:

- Sus datos de salud, necesarios para elaborar informes y estadísticas a nivel de control, sean incorporados a las bases de datos de FEDEMA.
- Sus datos sean cedidos a la empresa de distribución, con el objetivo del envío de revistas y publicaciones en general de Esclerosis Múltiple.
- Sus datos sean cedidos a la asociación provincial a la que desee pertenecer, con la finalidad de que pueda llevar un control y seguimiento de la gestión contable y administrativa en su ámbito organizativo.
- Sus datos sean cedidos a AEDEM-COCEMFE, para inclusión en sus bases de datos, a fin de poder participar de los beneficios que ello pueda aportarle.
- Consiente el envío de correspondencia.

Si se opone a alguno de los tratamientos mencionados, le rogamos lo señale con una "X".

☐ El consentimiento se entenderá prestado en tanto no comunique por escrito la revocación del mismo.

☐ El titular de los datos se compromete a comunicar por escrito cualquier modificación que se produzca en los datos aportados.

En cualquier momento, usted podrá ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición en los términos establecidos en la LO 15/1999. El responsable del fichero es FEDEMA, con domicilio en Avda. de Altamira, 29, bl. 11-Acc. A, 41020 de Sevilla.

GUÍA JURÍDICA

PARA PERSONAS AFECTADAS DE
ESCLEROSIS MÚLTIPLE



F E D E M A

Federación de Asociaciones de
Esclerosis Múltiple de Andalucía

Entidad Declarada de Utilidad Pública

Avda. de Altamira, 29. Bloque 11 - Acc. A

41020 Sevilla

Teléfono / fax: 902 430 880

fedemaem@hotmail.com

www.fedema.es

Con la colaboración de:



NOVARTIS

SANOFI GENZYME



ISBN 978-84-617-6175-3



9 788461 761753