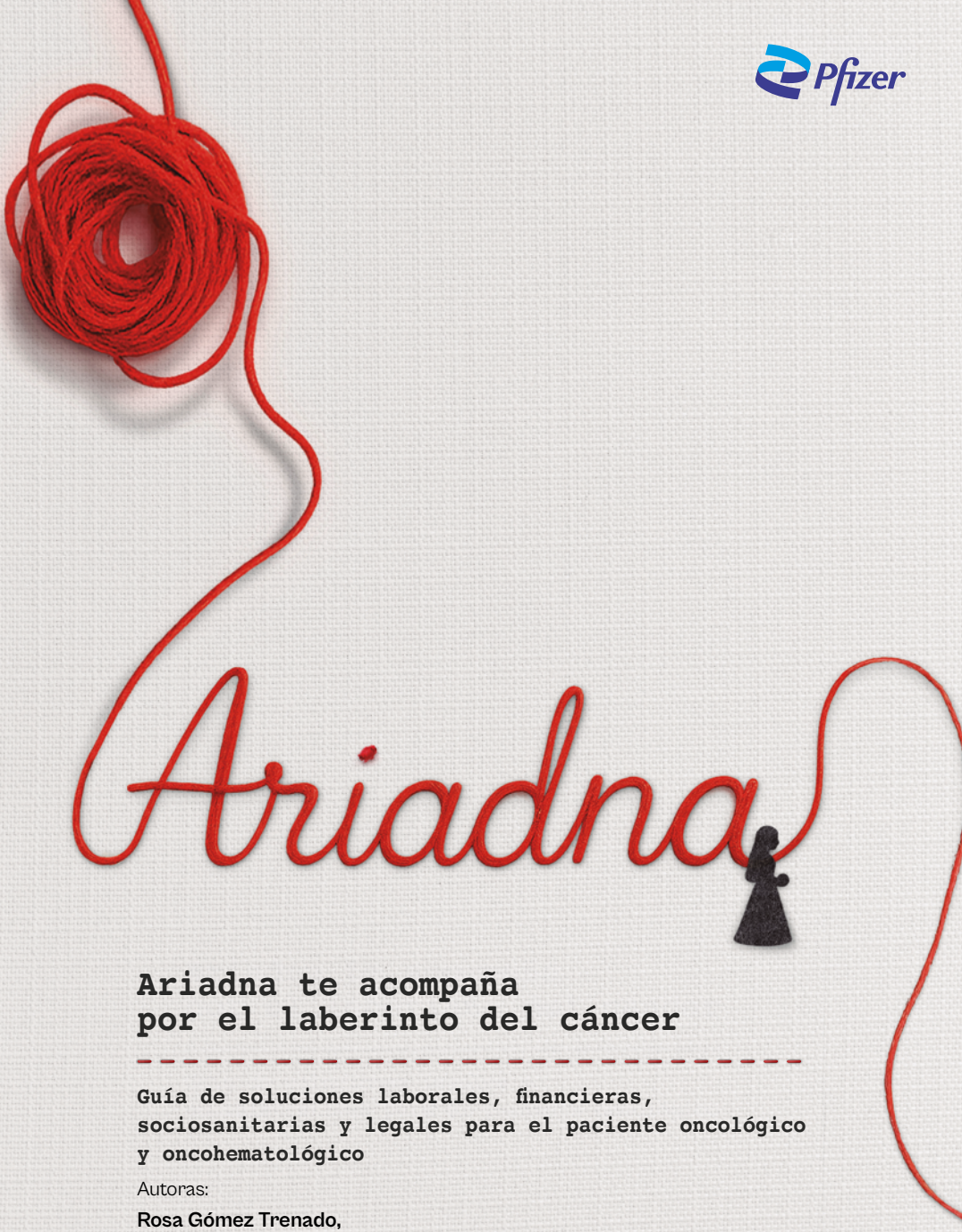


Ariadna te acompaña por el laberinto del cáncer

Guía de soluciones laborales, financieras, sociosanitarias y legales para el paciente oncológico y oncohematológico

Autoras:

Rosa Gómez Trenado,
Trabajadora social en el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS)

Ana Gómez Hernández,
Abogada y socia de Ceca Magán Abogados

Esta Guía, presentada por Pfizer, tiene como objetivo ofrecer una orientación general sobre cuestiones socio-legales que pueden afectar a pacientes con enfermedades oncológicas u oncohematológicas. El contenido, opiniones, criterios y/o conclusiones de la Guía han sido elaborados por distintos autores especialistas en derecho y trabajo social. Pfizer no ha revisado los contenidos de la Guía, y no garantiza ni se hace responsable de la exactitud, actualidad o exhaustividad de los contenidos incluidos en la Guía, ni de las consecuencias derivadas de su uso.

La información contenida en la Guía no sustituye la consulta con un profesional del Derecho.
Le recomendamos que se ponga en contacto con su abogado o asesores legales para asesoramiento u opinión sobre cualquier situación personal.

Toda información contenida en esta Guía está actualizada a fecha de su publicación.
El contenido podrá ser objeto de futuras actualizaciones para su precisión y revisión.

Con el aval de:

Con el Aval Científico de:

AGRADECIMIENTOS

La elaboración de esta guía (y su versión para profesionales) ha sido posible gracias a la valiosísima colaboración de diversas asociaciones, cuyo compromiso y cercanía han permitido orientar este trabajo hacia las necesidades reales de las personas afectadas por una enfermedad oncológica u oncohematológica. Asimismo, es preciso agradecer al grupo de especialistas que, con su experiencia clínica y conocimiento directo del proceso asistencial, contribuyeron a identificar las dudas más frecuentes y relevantes que afrontan sus pacientes durante el curso de su enfermedad. Gracias en particular a:

César Comuñas Alfaro
Vicepresidente de Asociación de Cáncer de Próstata (ANCAP).

Stéphanie Oyonarte da Rocha
Vocal de la Asociación Española de Afectados de Cáncer de Pulmón (AEACaP).

Bernard Gaspar
Presidente de la Asociación Española de Afectados de Cáncer de Pulmón (AEACaP).

Antonia Gimón
Presidenta de la Federación Española de Cáncer de Mama (FECMA).

Teresa Regueiro
Presidenta de la Comunidad Española de Pacientes con Mieloma Múltiple (CEMMP).

Ascensión Hernández
Presidenta de GRUPO 0.

Ana Belén Martín
Responsable de cohesión asociativa en la Federación Nacional de Asociaciones ALCER.

Dra. Virginia Martínez
Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Dra. María Eugenia Olmedo
Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Dra. Teresa Alonso
Hospital universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Dra. Esther González
Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón.

La implicación y generosidad de este grupo de personas han sido fundamentales para el desarrollo de un documento riguroso, útil y centrado en el paciente.

Todos los laberintos tienen una salida

Es un cambio que va más allá de la enfermedad.

Esta guía nace para ayudar a pacientes y familiares en el intrincado laberinto que se abre tras el diagnóstico.

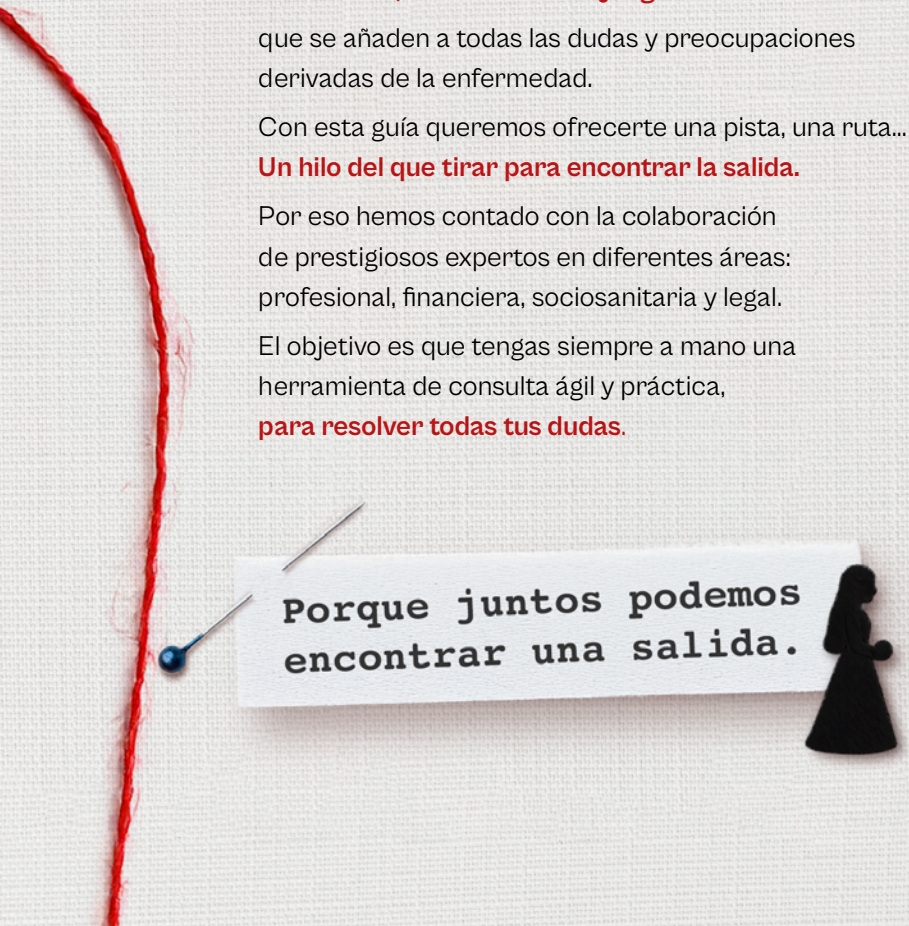
Un laberinto formado también por **aspectos laborales, financieros, sociosanitarios y legales...**

que se añaden a todas las dudas y preocupaciones derivadas de la enfermedad.

Con esta guía queremos ofrecerte una pista, una ruta...
Un hilo del que tirar para encontrar la salida.

Por eso hemos contado con la colaboración de prestigiosos expertos en diferentes áreas: profesional, financiera, sociosanitaria y legal.

El objetivo es que tengas siempre a mano una herramienta de consulta ágil y práctica, **para resolver todas tus dudas**.





El Hilo de Ariadna. Una guía en el camino

Nuestra guía está inspirada en la historia de una persona que se perdió en un laberinto y encontró la salida.

Una historia inmortal e inspiradora.

La Historia



“Hace miles de años, en la Isla de Creta había un laberinto donde vivía el mítico Minotauro...

Era un laberinto tan intrincado, tan complejo, que ninguna de las personas que había entrado en él encontró nunca una salida.

Un día, llegó a la Isla un valiente príncipe llamado Teseo. A Teseo le encantaban los retos. Y aquel laberinto sería el mayor al que se hubiera enfrentado nunca.



Sin embargo, Ariadna, hija de Minos, el rey de Creta, temía que nuestro héroe se perdiese para siempre. Así que le entregó en secreto un ovillo de hilo mágico.

-”Ata un extremo del hilo a la entrada del laberinto” - susurró Ariadna- “y mientras camines, ve desenrollándolo”.

Teseo le hizo caso: entró en el laberinto, y caminó por él durante horas, hasta que se sintió totalmente desorientado.

Entonces, solo tuvo que seguir el Hilo de Ariadna para encontrar su camino hasta la salida.”

“Esta guía es nuestro Hilo de Ariadna. Cuando sientas que te has perdido en el laberinto, recurre a ella. Tu Guía Ariadna te dará un hilo del que tirar para encontrar una salida a tus dudas e inquietudes.”



Índice

1. Dudas laborales/profesionales

1.1. Tramitación y condiciones de la baja laboral 9
1.2. Reincorporación al mercado laboral 16
1.3. Gestión de ausencias de los cuidadores 21
1.4. Particularidades específicas de los trabajadores por cuenta propia (autónomos) 24
1.5. Reconocimiento de la incapacidad 27
1.6. Resumen. Dudas laborales 32

2. Dudas financieras

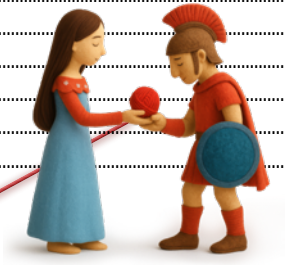
2.1. Gestión de hipotecas y préstamos 35
2.2. Solicitud de ayudas económicas 38
2.3. Gastos de farmacia 60
2.4. Resumen. Dudas financieras 63

3. Dudas sociosanitarias

3.1. Incapacidad y discapacidad 66
3.2. Autonomía personal y dependencia 69
3.3. Pacientes sin recursos y/o en situación irregular 74
3.4. Solicitud de segundas opiniones en una comunidad autónoma diferente 76
3.5. Tratamiento en una comunidad autónoma diferente 76
3.6. Asistencia en el sistema público para pacientes con seguros privados 77
3.7. Renovación del permiso de conducción 77
3.8. Resumen. Dudas sociosanitarias 81

4. Dudas legales

4.1. Derecho a la información 84
4.2. Protección de datos personales 87
4.3. Derecho al olvido oncológico 88
4.4. Gestión de últimas voluntades 90
4.5. Derecho a una muerte digna 92
4.6. Gestión de reclamaciones 95
4.7. Resumen. Dudas legales 97




Dudas
laborales/
profesionales

1. Dudas laborales/ profesionales

Por favor, tenga en cuenta que el contenido de este capítulo consiste únicamente en orientación sobre supuestos generales e hipotéticos elaborado por un profesional del Derecho. No obstante, su contenido tiene carácter meramente informativo y no constituye asesoramiento legal personalizado. En caso de duda o ante una situación concreta o en el caso de encontrarse ante una situación descrita en la guía y decidir actuar es fundamental consultar directamente con un abogado o con especialistas jurídicos que puedan ofrecerle orientación adaptada a su caso.

1.1 Tramitación y condiciones de la baja laboral

La baja laboral: ¿qué es y cómo se tramita?

La baja laboral por razones médicas es una situación en la que **una persona trabajadora no puede realizar su trabajo –temporal o permanentemente– debido a una enfermedad o accidente.**

El procedimiento para tramitarla tiene lugar en cuatro pasos:

1. **Profesionales del servicio público de salud** (o, en algunos casos, de la **mutua o empresa colaboradora**) evalúan el estado de la persona con diagnóstico oncológico u oncohematológico.
   Si se confirma que no puede desempeñar de manera temporal su trabajo habitual, se emite un parte de baja médica.
2. El **Servicio de Salud o la Mutua** remiten los datos del parte al **Instituto Nacional de la Seguridad Social** (INSS) de forma telemática, generalmente el mismo día o al siguiente.
3. El **INSS comunica a la empresa** la situación de baja, a efectos administrativos. A su vez, **la empresa tiene la obligación de confirmar esa información al INSS** a través del sistema RED en un plazo máximo de tres días hábiles.
4. El **INSS valida los datos** y, en coordinación con la **Tesorería General de la Seguridad Social** (TGSS) o la mutua, organiza el **pago de la prestación económica.**

> **Aunque ya no es obligatorio que la persona con diagnóstico oncológico u oncohematológico entregue el parte médico a la empresa, es recomendable que, al menos, informe a la empresa de la situación de baja médica como parte del deber de buena fe que rige toda relación laboral.**



(Referencias: Arts. 2 y 7, RD 625/2014; art.173.1 LGSS).

¿Qué es la incapacidad temporal y qué supone a efectos prácticos?

La incapacidad temporal (IT) es la baja médica más común.

En caso de IT, la persona con diagnóstico oncológico u oncohematológico tendrá derecho con carácter general a una prestación económica que pretende cubrir la falta de ingresos derivados de esa situación.

Lo mismo ocurre con la **incapacidad permanente (IP),** aunque con otros requisitos. Para más información, se puede consultar página 27.

La prestación económica asociada a la incapacidad dependerá del tipo de contingencia:

- **Contingencias comunes:** derivan de enfermedades o accidentes no relacionados con el trabajo.
- **Contingencias profesionales:** tienen su origen directo en la actividad laboral o en el entorno de trabajo.

Las enfermedades oncológicas y oncohematológicas suelen considerarse contingencias comunes, ya que solo entre el 0,1% y el 0,22% de los casos se reconocen como de origen profesional.



Para conocer en qué situaciones puede considerarse una **contingencia profesional,** así como los detalles sobre la cuantía de la prestación o el procedimiento de solicitud, puede consultarse el artículo (en inglés) accediendo a esta nota de prensa: Consenso SEOM-AEEMT sobre el reconocimiento de contingencia profesional en cáncer.

Los requisitos de cotización mínima para la IT en España varían según el motivo de la baja. Para la **enfermedad común, se necesitan 180 días cotizados en los 5 años anteriores a la baja.** Si la incapacidad es por accidente de trabajo o enfermedad profesional, no se requiere un período mínimo de cotización.

En la web de la **Seguridad Social** se puede consultar más información sobre otro tipo de prestaciones: Prestaciones y pensiones de trabajadores.

(Referencias: arts. 156, 157, 158, 169, 264 y 266 LGSS).

¿Qué cuantía va a tener mi prestación por baja laboral o incapacidad temporal?

La cuantía de la prestación por incapacidad temporal (IT) **se calcula tomando como referencia la base reguladora** de la persona trabajadora y aplicando sobre ella **un porcentaje que varía según la causa de la baja y los días transcurridos desde su inicio.**

Para conocer con detalle cómo se calcula en cada situación específica, se recomienda consultar la página oficial de la **Seguridad Social:** Cuantía de la prestación por incapacidad temporal.

En las bajas por **enfermedad común** o accidente no laboral, que es el **supuesto habitual para pacientes oncológicos y oncohematológicos:**

- Los tres primeros días no generan derecho a prestación, salvo que el convenio colectivo lo prevea o en determinados supuestos especiales recogidos en la normativa.
- Del 4.° al 20.° día, se percibe el 60% de la base reguladora.
- Desde el 21.° día, se percibe el 75%.

La prestación se calcula y se paga teniendo en cuenta todos los días naturales que dure la baja, e incluye la parte proporcional de las pagas extraordinarias, ya que estas forman parte de la base de cotización.



Ejemplo:

Persona con diagnóstico oncológico u oncohematológico en situación de baja laboral desde el **1 al 27 de mayo.**

- Sueldo bruto de **1.200 €/mes.**
- Base de cotización con prorrateo de pagas extras **1.400 €/mes.**
- Base reguladora diaria **1.400/30 días (abril) = 46,66 €.**

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
27	28	29	30	1	2	3
				no corresponde contraprestación		
4	5	6	7	8	9	10
60% de 46,66 = 27,99 €/día						
11	12	13	14	15	16	17
60% de 46,66 = 27,99 €/día						
18	19	20	21	22	23	24
60% de 46,66 = 27,99 €/día			75% de 46,66 = 34,99 €/día			
25	26	27	28	29	30	31
75% de 46,66 = 34,99 €/día			recibe el alta			

La empresa abona a su costa la prestación entre los días 4 y 15. A partir del día 16, el abono corresponde a la empresa y se sigue realizando a través de la nómina, pero lo costean el INSS o la mutua.

En los **supuestos de recaída,** es decir, **cuando se produce una nueva baja por la misma patología (o similar) dentro de los 180 días siguientes al alta médica,** se considera continuación del proceso anterior. En cambio, si han transcurrido más de 180 días o la causa es distinta se considera un nuevo proceso.

> **“Los convenios colectivos pueden mejorar estas cuantías complementando la prestación hasta un porcentaje superior o incluso hasta el 100% del salario, pero esa mejora depende exclusivamente de lo pactado en cada sector o empresa.”**

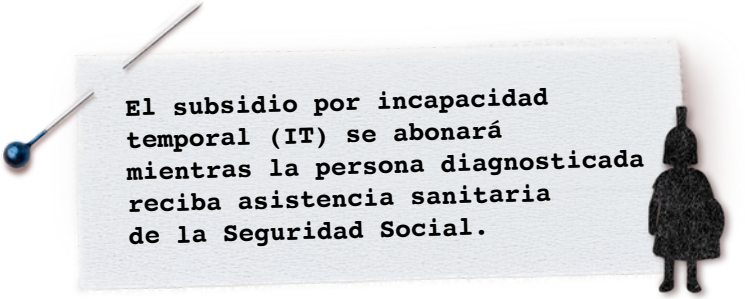


(Referencias: LGSS art.161, 171 y 173; D 3158/1966 art.2; D 1646/1972 art.14; RD 53/1980).

¿Cuánto va a durar mi prestación por baja laboral o incapacidad temporal?

El subsidio por incapacidad temporal (IT) se abonará mientras la persona diagnosticada reciba asistencia sanitaria de la Seguridad Social y esté impedida para el trabajo por un **período de duración máxima inicial de 365 días,** que puede ampliarse de forma excepcional **hasta un total de 545 días (año y medio).** Si al agotarse este tiempo el/la paciente no se ha curado, el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) dispone de hasta 90 días adicionales para valorar si corresponde reconocer una incapacidad permanente (IP). Cuando existe una expectativa clara de recuperación, esta decisión puede demorarse y prolongarse los efectos de la IT **hasta un máximo de 730 días (2 años) desde el inicio de la baja.**

Durante los primeros 365 días, el seguimiento lo realizan los servicios médicos del sistema público de salud, que emiten los **partes de baja, confirmación y alta.** No obstante, en los procesos derivados de contingencias profesionales (accidente de trabajo o enfermedad profesional) el seguimiento médico lo puede realizar directamente la mutua, que emite también los partes médicos. Además, en casos de contingencia común, las mutuas pueden proponer el alta médica y hacer seguimiento de la prestación económica desde el primer día de la baja.



El derecho a la prestación finalizará cuando:

- Se emita **parte de alta médica** por curación o mejoría que permite reincorporarse al trabajo.
- Se reconozca una **pensión de jubilación o una IP.**
- El/la paciente no acuda a las revisiones médicas oficiales convocadas por el INSS o la mutua.
- Se produzca el fallecimiento.

(Referencias: LGSS art.169, 170, 173 y 174).

¿Cómo debo tramitar la baja laboral si tengo un seguro privado de salud?

La tramitación de la baja laboral solo puede hacerse a través del sistema público de salud o las mutuas. Los médicos privados pueden diagnosticar y recomendar reposo, pero no tienen autoridad legal para emitir partes de baja válidos ante la Seguridad Social. Por ello, **aunque la atención médica se reciba en una clínica privada, siempre es necesario acudir a su centro de salud de la Seguridad Social** aportando los informes médicos privados, para que se valore la situación y, en su caso, emita la baja (tal y como aparece en página 9).

¿Existe alguna prestación especial para personas con un diagnóstico oncológico u oncohematológico?

No existen prestaciones económicas específicas por el hecho de tener un diagnóstico oncológico u oncohematológico, más allá de la prestación general por incapacidad temporal (IT), que es la ayuda económica habitual mientras dure la baja médica, y la prestación por incapacidad permanente (IP) que cuenta con distintos grados y requisitos, que se explican en las siguientes preguntas de esta guía.

> **“Algunos convenios colectivos, acuerdos de empresa o políticas corporativas pueden prever ayudas adicionales a cargo de la empresa. No se trata de una prestación pública, sino de un complemento privado pactado en cada sector o empresa.”**



La única prestación relacionada de manera indirecta con el padecimiento de cáncer es el **subsidio para los cuidadores de menores con cáncer o enfermedad grave.** Esta prestación compensa la pérdida de ingresos de las personas que reducen su jornada laboral por la necesidad de cuidar de sus hijos o menores a su cargo durante el tiempo de hospitalización y del tratamiento continuado de la enfermedad.
Puede solicitarse, como mínimo, una reducción del 50% de la jornada laboral y un máximo del 99,99%. Se recomienda consultar página 38.

¿Qué va a pasar con mi prestación por baja laboral o incapacidad temporal cuando se cumplan 12 meses? ¿Y a partir de los 18 meses?

Una vez cumplidos los **365 días (12 meses),** el control de la prestación pasa al Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), que es el único organismo competente. A partir de ese momento, el INSS puede:

- **Emitir el alta médica, ya sea por curación, mejoría o por incomparecencia injustificada a los reconocimientos médicos.** En ese caso, el/la paciente debe reincorporarse a su trabajo, aunque puede impugnar la resolución, en cuyo caso la reincorporación podría no ser inmediata.
- **Iniciar un expediente de incapacidad permanente (IP)** si considera que las lesiones son irreversibles. Mientras se resuelve, se mantienen los efectos económicos de la incapacidad temporal (IT).
- **Mantener la situación de prórroga de la IT hasta un máximo de 180 días más (18 meses en total), siempre que se estime que puede producirse la curación o la mejoría durante ese tiempo.** En esta fase, ya no se emiten partes médicos de confirmación y todas las comunicaciones se realizan a través del INSS. La obligación de cotizar sigue vigente.

Transcurridos **545 días (18 meses)** después de inicio, pueden darse varias situaciones:

- Si se **emite parte de alta médica por curación o mejoría,** la persona debe reincorporarse a su trabajo.
- Si el **alta es con propuesta de IP,** la relación laboral sigue suspendida y, para evitar que el/la paciente se quede sin ingresos, se prolongan los efectos económicos de la IT. En este caso se distinguen dos escenarios:
  - **Examen de incapacidad permanente (hasta 90 días):** el INSS tiene un plazo de 90 días naturales para evaluar a la persona afectada y decidir si corresponde reconocer la IP. Durante ese tiempo, **se mantiene la suspensión del contrato y el/la paciente sigue percibiendo la prestación de IT** (que pasa a abonarse por el INSS o la mutua) hasta que se notifique la resolución, aunque finalmente no se le reconozca la IP.



- **Demora de la calificación:** en algunos casos, **cuando se considera que la persona afectada aún puede mejorar con el tratamiento médico,** el INSS puede aplazar la decisión y mantener la situación de IT hasta alcanzar un máximo de **730 días (2 años) desde el inicio de la baja.** Durante este tiempo también **se prolongan los efectos económicos de la IT y el contrato sigue suspendido.**

Es importante señalar que, en esta fase, ya no existe obligación de cotizar a la Seguridad Social; sin embargo, los pacientes oncológicos u oncohematológicos siguen protegidos y manteniendo derecho al subsidio mientras dure este periodo de prolongación.

(Referencias: LGSS art.169-171 y 174

1.2 Reincorporación al mercado laboral

¿Tiene mi empresa la obligación de adaptar o cambiar mi puesto de trabajo a mi nueva situación de salud?

La empresa está obligada a adaptar el puesto de trabajo a la situación de salud de la persona trabajadora siempre que ello sea razonable y posible.

El derecho a reincorporarse al puesto tras una baja de larga duración es uno de los más importantes para cualquier persona trabajadora que vuelve de una incapacidad temporal (IT).

Tras una baja médica de larga duración, **la empresa está obligada, a través del servicio de prevención, a realizar un reconocimiento médico laboral previo a la reincorporación de la persona trabajadora** para valorar su aptitud y determinar si es necesario adaptar el puesto de trabajo a las nuevas circunstancias de salud. Dichas adaptaciones pueden consistir en cambios en el entorno laboral, ajustes en las funciones asignadas o la provisión de equipos especiales. La empresa debe evaluar estas necesidades y, siempre que sean razonables y viables, aplicarlas para facilitar la reincorporación.

Los resultados de la revisión pueden ser: **«apto», «apto con limitaciones» o «no apto». En los dos últimos casos, corresponde a la empresa llevar a cabo los cambios necesarios, siempre que sean razonables,** para permitir que la persona trabajadora continúe desarrollando su actividad laboral.

En caso de incapacidad permanente (IP), la empresa debe primero intentar llevar a cabo ajustes en el puesto de trabajo o recolocaciones. Solo si estas medidas son inviables o suponen una carga excesiva para la empresa podrá extinguirse el contrato y siempre como último recurso. Durante este proceso:

- La persona trabajadora dispone de 10 días para manifestar si quiere seguir en la empresa.
- La empresa cuenta con 3 meses para analizar si puede adaptar el puesto o reubicar a la persona trabajadora.
- Durante ese tiempo, el contrato de trabajo queda suspendido, pero con reserva del puesto.

> **“Los tribunales ya han señalado que despedir a una persona trabajadora sin haber intentado antes realizar estas adaptaciones se puede considerar como un despido nulo.”**

(Referencias: ET art.48, 49.2 y 52; LPRL art. 22 y 25).

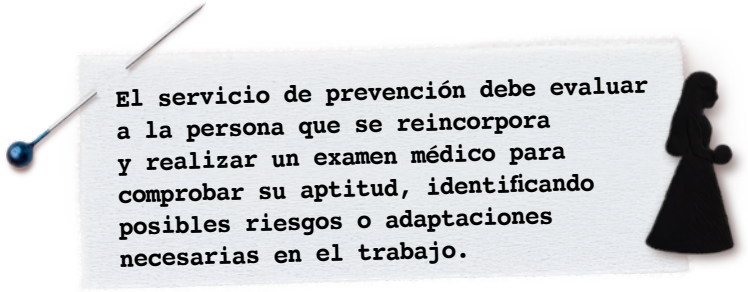
¿Quién puede ayudarme para negociar con mi empresa la adaptación de mi puesto de trabajo?

Tras un periodo de incapacidad temporal (IT), la persona trabajadora que precise una adaptación de su puesto de trabajo puede contar con distintos apoyos para iniciar un proceso de diálogo con la empresa.

- **Los representantes legales de los trabajadores si existen en la empresa.** Los delegados de personal o el comité de empresa pueden actuar como interlocutores con la dirección para plantear y negociar medidas de adaptación adecuadas a las circunstancias de la persona trabajadora.



- **Los servicios de prevención de riesgos laborales de la empresa.** El servicio debe evaluar a la persona que se reincorpora y realizar un examen médico para comprobar su aptitud, identificando posibles riesgos o adaptaciones necesarias en el trabajo. El informe del servicio de prevención ayuda a determinar limitaciones y medidas preventivas y sirve como respaldo en la negociación con la empresa para justificar ajustes y asegurar una reincorporación segura y adecuada.



- **El personal médico de trabajo o la mutua colaboradora** con la Seguridad Social pueden emitir informes que acrediten la conveniencia o necesidad de modificar tareas, funciones o condiciones del puesto.

> **“En caso de que la empresa no adopte medidas o no colabore en el proceso, la persona trabajadora tiene la posibilidad de acudir a la Inspección de Trabajo, que puede actuar para comprobar si se está dando cumplimiento a las obligaciones en materia de prevención de riesgos laborales, de conformidad con lo previsto en la Ley 31/1995.”**



(Referencias: Arts. 19 y 64 ET; Arts. 14 y 25, LPRL Art. 25 y 22).

Reincorporación laboral: ¿qué situaciones pueden darse cuando vuelva a mi puesto de trabajo?

Tras un problema de salud como el cáncer, en la vuelta a la vida laboral se pueden dar las siguientes situaciones:

- **Volver con continuidad de la actividad que se ejercía si la enfermedad no afecta directamente al desempeño.** Ante esta situación, una reincorporación bien planificada reduce el riesgo de recaídas por causas asociadas a la actividad laboral, por lo que una buena planificación puede conseguir una mejora del bienestar de la persona trabajadora a nivel emocional y físico. Como se ha mencionado en las preguntas anteriores, es importante que la planificación incluya la valoración de prevención de riesgos laborales. Según marca la **Ley de Prevención de Riesgos Laborales,** la empresa debe garantizar la vigilancia de la salud por las condiciones sensibles que pueda presentar la persona trabajadora tras una baja prolongada.
- **Volver con necesidad de adaptación al puesto de trabajo.** Al retomar el puesto, los trabajadores disponen de ciertos derechos protegidos por la normativa vigente que garantizan su seguridad y bienestar. Tal y como se ha comentado, existe el derecho a someterse a un reconocimiento médico laboral tras una baja de larga duración, especialmente si esta se originó debido a una enfermedad que afecte a la capacidad de desempeño. El principal objetivo de este examen es confirmar su aptitud para el puesto y, si procede, recomendar una adaptación del puesto de trabajo que minimice cualquier riesgo. Además, en aplicación del principio de no discriminación y accesibilidad universal protegido en la **Ley 15/2022 de Igualdad de Trato,** se garantiza el derecho a que se adopten ajustes razonables en el puesto de trabajo, lo que puede incluir desde cambios en el horario, tareas o herramientas, incluyendo la posibilidad de cambiar a una modalidad de trabajo en remoto, en función de las limitaciones médicas.
- **Volver con algún grado de discapacidad.** Si tras la enfermedad aparece alguna dificultad para el desempeño laboral, los centros base de la comunidad autónoma donde resida la persona trabajadora pueden valorar la obtención de una discapacidad. Estos mismos centros ofrecen servicios de orientación laboral adaptados. Está disponible para su consulta un listado de centros base de valoración de la discapacidad.



Reorientación laboral: ¿cómo puedo encontrar un nuevo empleo adaptado a mis condiciones de salud actuales?

Existen varios **servicios de búsqueda de empleo** adaptado según las necesidades:

- **Búsqueda de nuevo empleo** a través del Servicio Público de Empleo Estatal (SEPE). Los servicios de la Cartera Común del Sistema Nacional de Empleo, aprobada por el Real Decreto 438/2024 de 30 de abril, tienen como finalidad ayudar a las personas trabajadoras a encontrar un empleo adecuado a sus características y, a las personas y entidades empleadoras, a contratar personas trabajadoras que se ajusten a las necesidades del puesto. La normativa reguladora se describe en el BOE número 106.
  La persona interesada deberá solicitar cita en el SEPE a través de su página web y acudir a la oficina de empleo del distrito de residencia, donde se le hará una entrevista para la búsqueda de empleo acorde a su perfil y características.
- **Si se ha optado a un grado de discapacidad, la persona puede acudir a los centros base de valoración y orientación a personas con discapacidad.** En este caso se deberá pedir cita en el centro base que corresponda (asignado por demarcación territorial) para una entrevista de orientación profesional.
- **Agencias municipales para el empleo.** Existen servicios de orientación para el empleo en los municipios a través de los ayuntamientos. En estas oficinas se puede recibir información, orientación, formación y ofertas de empleo adaptadas a necesidades concretas.
- **Las entidades u organizaciones no gubernamentales especializadas en discapacidad** también tienen servicios de orientación laboral especializados para la integración en el mercado laboral normalizado.



1.3 Gestión de ausencias y prestaciones para los cuidadores

¿Tiene derecho mi acompañante a faltar a su trabajo para acudir conmigo a una cita médica?

Actualmente, el Estatuto de los Trabajadores no contempla un permiso retribuido específico para que una persona acompañe a familiares, parejas o amistades a una cita médica. Por tanto, la persona empleadora no está obligada a conceder un permiso retribuido por este motivo.

Sin embargo, es muy importante **consultar el convenio colectivo de la empresa,** ya que algunos incluyen permisos retribuidos para acompañar a familiares a consultas médicas, especialmente en casos graves o tratamientos largos. También pueden existir permisos por asuntos propios o días libres que permiten ausentarse sin justificar motivo médico, siempre y cuando se informe previamente a la empresa, siguiendo el convenio colectivo o la política interna de la compañía en cada caso.

Si el convenio no incluye ninguna de estas posibilidades, cualquier persona puede solicitar igualmente el permiso, pero la empresa decidirá si lo concede y si será retribuido o no. También existe la opción de solicitar un día de vacaciones o un día de permiso recuperable, sujeto también a autorización por parte de la empresa.

Por tanto, se recomienda:

1. Revisar el convenio colectivo aplicable para confirmar si existe este tipo de permiso.
2. Hablar con el departamento de recursos humanos o la persona responsable de personal de la empresa.
3. Solicitar por escrito el permiso, indicando la necesidad de acompañar a la persona con diagnóstico oncológico u oncohematológico, adjuntando la cita médica y posterior justificante médico de asistencia.

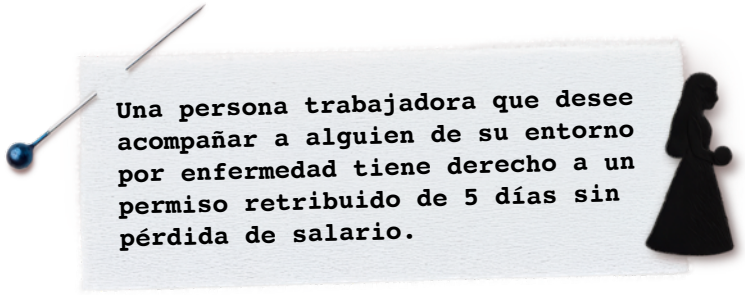


¿Cuántos días de permiso retribuido tiene mi acompañante si estoy en el hospital?

Una persona trabajadora que desee acompañar a alguien de su entorno por enfermedad tiene derecho a un permiso retribuido de 5 días sin pérdida de salario en caso de hospitalización, enfermedad grave, accidente, o intervención quirúrgica sin hospitalización que requiera reposo domiciliario de la persona afectada, según el artículo 37.3 b) del Estatuto de los Trabajadores.

Este permiso se aplica si la persona con diagnóstico oncológico u oncohematológico tiene con el acompañante uno de los siguientes vínculos:

- Es su **cónyuge o pareja de hecho.**
- Es **familiar hasta segundo grado por consanguinidad o afinidad,** incluido el familiar consanguíneo de la pareja de hecho (padres, hijos, suegros, yerno/nuera, abuelos, nietos, hermanos, cuñados, abuelos del cónyuge y cónyuge de nietos).
- Es una **persona que,** pese a no tener ningún vínculo familiar, **convive con el/la paciente en el mismo domicilio y este requiere cuidados efectivos** por su parte.



En cualquier caso, es fundamental que la persona que acompaña acredite el vínculo o la convivencia, así como la necesidad de cuidado efectivo. Además, se recomienda consultar el convenio colectivo aplicable en la empresa de la persona acompañante, ya que este podría mejorar las condiciones del permiso o ampliar su duración.

(Referencias: Art. 37.3 b) del ET; CC de aplicación en la empresa del acompañante).

Si mi acompañante es un conviviente, pero no es familiar, ¿tiene derecho a un permiso retribuido si estoy hospitalizado?

Con carácter general quien acompaña a la persona enferma tendría derecho al permiso retribuido de 5 días, aunque no exista un vínculo familiar, siempre que se cumplan los requisitos que marca el artículo 37.3 b) del Estatuto de los Trabajadores.

Este acompañante debe demostrar que comparte residencia habitual con la persona con diagnóstico oncológico u oncohematológico mediante certificado de empadronamiento o contrato de arrendamiento conjunto, por ejemplo.

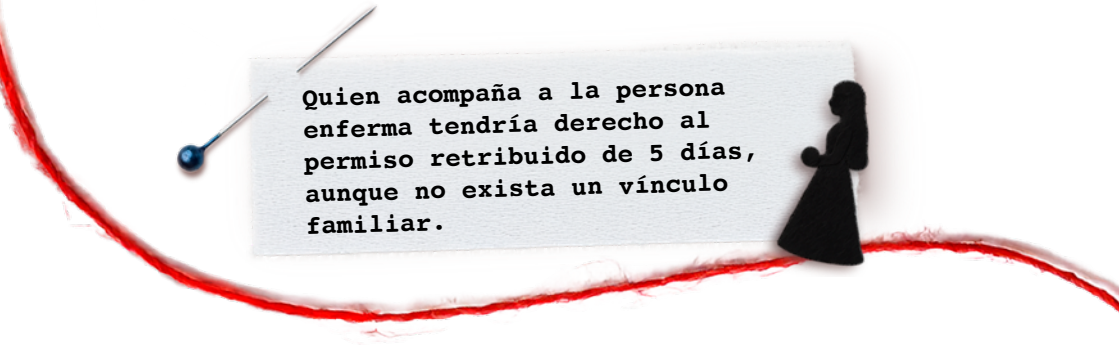
Por otro lado, es importante recalcar que **la norma exige que la persona hospitalizada «requiera cuidados efectivos»** por parte de la persona trabajadora. En la práctica, suele ser suficiente con **justificar la hospitalización y la convivencia** para que la empresa reconozca el derecho, aunque cada caso puede depender de la interpretación que haga la compañía o de los criterios internos aplicables, por lo que es posible que se solicite documentación adicional para acreditar la situación.

Como en todos los casos, es imprescindible revisar el convenio colectivo aplicable porque puede recoger una regulación al respecto.

(Referencias: Art. 37.3 b) del ET y CC aplicable al acompañante).

¿Cómo puede pedir un permiso retribuido mi acompañante si estoy hospitalizado?

Para disponer del permiso retribuido por hospitalización, quien acompañe a la persona hospitalizada debe solicitarlo directamente a su empresa, preferiblemente en cuanto tenga conocimiento del ingreso. La petición puede realizarse a través del departamento de recursos humanos o de la persona responsable de gestionar las ausencias en el centro de trabajo.



Con carácter general, las empresas suelen solicitar la siguiente documentación:

- **Justificante médico** de hospitalización.
- **Documentación que acredite el parentesco** o, en su caso, **la convivencia:**
  - **Para familiares:** libro de familia, certificado de matrimonio, certificado de nacimiento, inscripción de pareja de hecho, certificado oficial del Registro Civil (en el caso de abuelos, nietos, hermanos, etc.) o incluso DNI o pasaporte cuando en el documento figure la filiación que acredita la relación.
  - **Para convivientes no familiares:** certificado de empadronamiento conjunto, contrato de arrendamiento en el que figuren ambas personas o cualquier otro documento oficial que demuestre la convivencia habitual.

1.4 Particularidades para los trabajadores autónomos

Si trabajo por cuenta propia y tengo cáncer; ¿qué derechos tengo?

Los trabajadores autónomos cuentan con coberturas en asistencia sanitaria en los casos de maternidad, enfermedad común o profesional y accidentes, según los términos y condiciones legales de la acción protectora del Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos (RETA). Asimismo, se garantiza el acceso a prestaciones económicas en situaciones como incapacidad temporal, riesgo durante el embarazo, nacimiento y cuidado de menor, ejercicio corresponsable del cuidado del lactante, riesgo durante la lactancia, cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave, incapacidad permanente, jubilación, muerte y supervivencia, así como prestaciones familiares por hijos a cargo.

Finalmente, la acción protectora también abarca la cobertura por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, siempre que se haya optado por incluir estas contingencias en la cotización.

(Referencias: Ley 20/2007, del Estatuto del trabajo autónomo. art.4 y 26; LGSS. art 305, 314 a 317; 327 a 343).

Si trabajo por cuenta propia, ¿puedo pedir una baja?

Los trabajadores autónomos pueden solicitar la baja médica o incapacidad temporal (IT) cuando una enfermedad o accidente le impida temporalmente desarrollar su actividad profesional. Para poder acceder a la prestación por IT, es necesario cumplir con los siguientes requisitos:

- Afiliación y alta en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos (RETA).
- Estar al corriente en el pago de las cuotas a la Seguridad Social.
- En caso de enfermedad común, haber cotizado al menos 180 días en los últimos 5 años.
- Tener cubiertas las contingencias comunes, a través de la adhesión obligatoria a una mutua colaboradora.
- Presentar una **declaración oficial** indicando una de estas dos opciones:
  - Quién se hará cargo del negocio durante la baja.
  - El cese temporal o definitivo de la actividad.

Esta declaración debe presentarse en un **plazo máximo de 15 días desde la fecha de baja médica,** junto con el parte correspondiente.

Durante el periodo de baja, esta declaración puede ser requerida de nuevo por la mutua o el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) cada seis meses.

A continuación, se detallan los pasos que deben seguir los trabajadores autónomos desde el momento en que se le diagnostica con una enfermedad oncológica u oncohematológica que le incapacite para ejercer su actividad.

- **Cuando se produce una enfermedad común, debe acudirse al centro de salud.** El personal médico de atención primaria valorará su situación y, si procede, emitirá el parte de baja médica.
- **Una vez emitido el parte, debe conservarlo y remitirlo a su mutua en un plazo máximo de tres días hábiles.** Este documento es el que inicia el procedimiento de IT y permite que se estudie la solicitud.
- **La solicitud debe presentarse ante la mutua colaboradora con la Seguridad Social** –o, en su caso, el INSS–, que será la encargada de gestionar todo el proceso. Para ello, es necesario entregar el **parte de baja médica, la declaración responsable sobre la actividad y el** formulario oficial de solicitud.

(Referencias: LGSS art.47, 315, 316, 317, 321; RD 1273/2003 art.12; INSS Resol

¿Qué cuantía va a tener mi prestación por baja laboral si trabajo por cuenta propia?

La cuantía diaria de la prestación se calcula aplicando a la base reguladora unos determinados porcentajes. La base reguladora de la prestación está constituida por la base de cotización correspondiente al mes anterior al de la baja médica dividida entre 30. Los porcentajes a aplicar, en caso de que la incapacidad temporal (IT) derive de contingencias comunes, son los siguientes:

- **Desde el día 4° al 20° de la baja,** ambos inclusive: el **60%** de la base reguladora.
- **A partir del día 21°:** el **75%** de la base reguladora.



En los casos en que la incapacidad temporal derive de una contingencia profesional (accidente de trabajo o enfermedad profesional), la prestación económica será del 75% de la base reguladora, desde el día siguiente a la baja médica.

(Referencias: LGSS art.316, 321.2; RD 1273/2003 art.6.2 y 11).

¿Cuánto va a durar mi prestación por baja laboral si trabajo por cuenta propia?

La duración ordinaria de la incapacidad temporal es de 365 días naturales (12 meses). No obstante, si al finalizar ese periodo se considera que existe posibilidad de recuperación, el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) puede conceder una **prórroga extraordinaria de hasta 180 días más (18 meses en total).**

Una vez alcanzado el plazo máximo de 545 días (18 meses), si no se ha producido el alta médica, se abre un periodo de evaluación por parte del INSS para valorar si procede declarar una incapacidad permanente (IP). En ese momento, la persona trabajadora pasa a una situación conocida como **«asimilada al alta»,** lo que implica que mantiene los derechos derivados del alta en el sistema, aunque ya no tenga que seguir cotizando.

La prestación se mantiene mientras persista la situación de incapacidad y la persona trabajadora cumpla con los requisitos establecidos en la normativa. Sin embargo, existen determinados supuestos que implican la finalización del derecho a percibir la prestación:

- Alta médica por curación o mejoría que permita reanudar la actividad laboral habitual.
- Agotamiento del plazo máximo de 545 días naturales desde el inicio de la baja médica.
- Alta médica con o sin declaración de IP.
- Reconocimiento de una pensión de jubilación.
- Incomparecencia injustificada a cualquiera de las convocatorias médicas realizadas por el INSS o por la mutua colaboradora.
- Fallecimiento de la persona afectada.
- Sanción impuesta por infracción.

(Referencias: LGSS art.321.1; RD 1273/2003 art.6.1, 9 y 10; OM ESS/1187/2015 art.9 y 10).

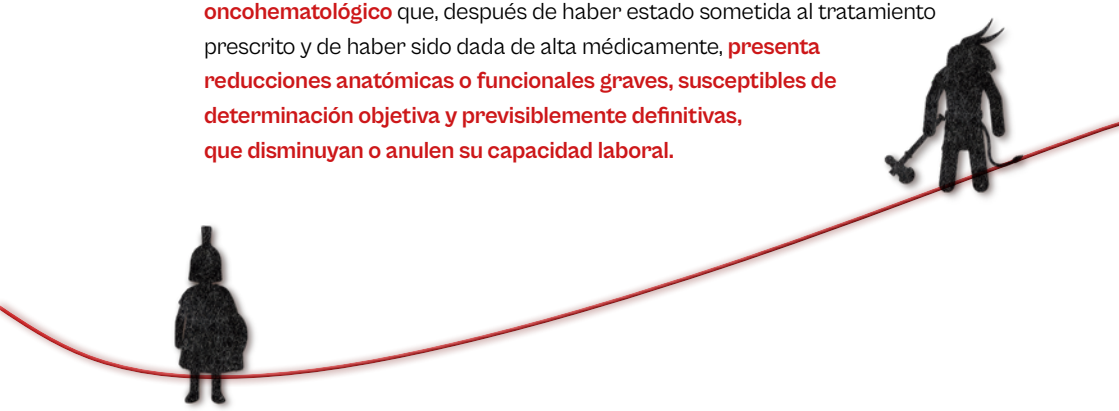
1.5 Reconocimiento de la incapacidad

¿Qué tipos de incapacidad existen?

Existen dos tipos principales de incapacidad: la **temporal (IT)** y la **permanente (IP).**

La **IT** es la situación en la que una **persona con diagnóstico oncológico u oncohematológico se encuentra imposibilitada temporalmente para trabajar y recibe asistencia sanitaria de la Seguridad Social.**
La información sobre esta situación se encuentra en página 9.

La **IP** es la **situación de persona con diagnóstico oncológico u oncohematológico** que, después de haber estado sometida al tratamiento prescrito y de haber sido dada de alta médicamente, **presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral.**



En España hay varios grados de IP, según el nivel de limitación que produzca la enfermedad:

- **IP parcial para la profesión habitual:** existe una disminución de al menos un 33% en el rendimiento en la profesión habitual, pero aún puede realizar las tareas principales del trabajo.
- **IP total para la profesión habitual:** no se pueden realizar las tareas fundamentales de la profesión habitual, aunque sí puede dedicarse a otro tipo de trabajo diferente.
- **IP absoluta:** no se puede desempeñar ningún tipo de trabajo ni profesión.
- **Gran incapacidad** (antes denominada gran invalidez): la persona trabajadora, debido a sus limitaciones físicas o funcionales, necesita la ayuda de otra persona para realizar actividades básicas de la vida diaria, como vestirse, comer o desplazarse.

También es importante destacar, aunque no lleguen a constituir una IP, las lesiones permanentes no incapacitantes como lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo causadas por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales que suponen una disminución o alteración de la integridad física de la persona trabajadora.

(Referencias: art. 194 LGSS y Capítulo XII arts. 201-203 LGSS).

¿La incapacidad permanente es definitiva?

A pesar de su denominación, **la incapacidad permanente (IP) puede revisarse,** ya que es reflejo de una reducción anatómica o funcional previsiblemente definitiva y el **Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) puede volver a valorar la situación del paciente para comprobar si ha habido cambios:**

- La IP puede mantenerse igual.
- La IP puede aumentarse a un grado superior si el estado empeora.
- La IP puede reducirse o incluso retirarse si hay mejoría.

Estas revisiones suelen fijarse en la resolución inicial, y se harán de oficio por el INSS, **normalmente a los dos años de la fecha de resolución.** Sin embargo, esto puede variar por lo que se recomienda que cada paciente se fije en la fecha que se indica en la carta de resolución.

También **pueden solicitarse revisiones de manera voluntaria** por la persona interesada, que deberá presentar un escrito y aportar informes médicos que acrediten el deterioro o la mejoría de la situación haya o no transcurrido el plazo señalado en la resolución.

(Referencias: art. 200 LGSS).

Quiero solicitar una incapacidad, ¿cómo lo hago?

En el caso de **incapacidad temporal,** se debe solicitar una baja médica tal y como aparece en página 9.

Para solicitar una **incapacidad permanente (IP)** –en caso de una enfermedad o lesión que impida trabajar total o parcialmente–, **el procedimiento puede iniciarse de oficio por la Seguridad Social o por la persona interesada.** Normalmente viene derivada de una situación de incapacidad temporal.

- **Si el procedimiento se inicia de oficio,** los órganos competentes de la Seguridad Social se encargarán de impulsar los trámites pertinentes.
- **Si el procedimiento se inicia por la persona interesada,** esta deberá presentar el modelo de solicitud de IP con la documentación exigida. Se puede realizar el trámite en un Centro de Atención e Información de la Seguridad Social solicitando cita previa o de manera online si se dispone de certificado digital.

El procedimiento de solicitud de IP finaliza con la resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social, que evalúa los informes médicos y decide sobre la existencia de incapacidad, su grado, la cuantía de la prestación y el plazo a partir del cual puede instarse la revisión.

> **“Si dicha solicitud de IP fuera denegada, la persona con diagnóstico oncológico u oncohematológico puede presentar una reclamación previa en vía administrativa para impugnar esa resolución del INSS y si aun así no prospera, queda abierta la vía judicial donde un juez puede revisar y reconocer ese derecho.”**



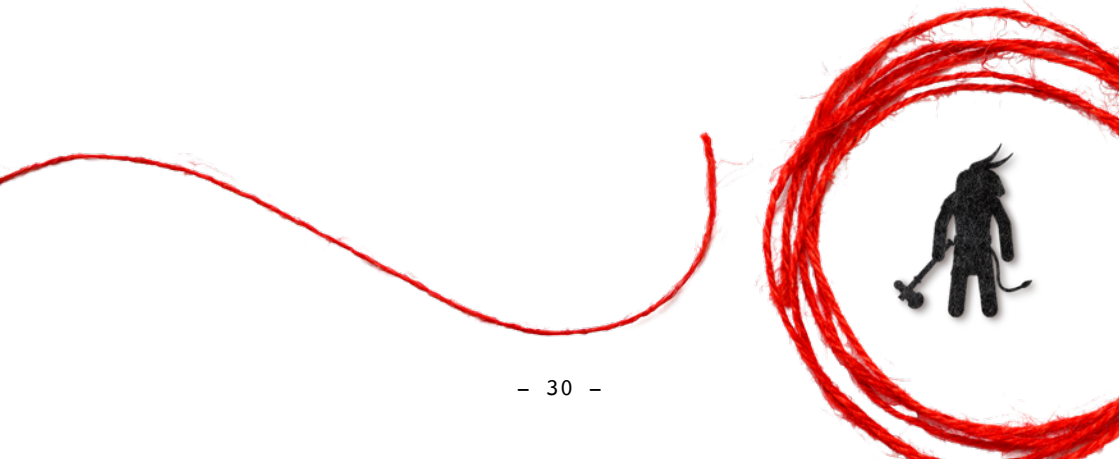
(Referencias: LGSS art.71.3 y 200.1; RD 1300/1995 art.1.a y 2; OM 18-1-1996 art.1 y 2).

Me han reconocido una incapacidad, pero quiero seguir trabajando, ¿qué hago?

En caso de incapacidad temporal (IT), se puede seguir trabajando a través de la solicitud de alta voluntaria por parte de la persona afectada. Es importante precisar que esto no se puede exigir, ya que la decisión final corresponde al personal médico responsable, o en su caso, al Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), en función de la causa de la baja y el tiempo que el/la paciente lleve de IT. Por tanto, el responsable de emitir ese parte de alta va a ser diferente:

- En el primer año de baja por enfermedad común en una situación de IT habrá que solicitarlo al personal médico de atención primaria o a la mutua colaboradora.
- A partir del primer año de baja y hasta el fin de la IT, únicamente se podrá solicitar el alta al INSS, si bien se exige contar con un informe médico que acredite esa mejoría.

En caso de incapacidad permanente (IP), el único responsable va a ser el INSS, que será quien revise la solicitud de alta voluntaria de la persona interesada, quien deberá acreditar una mejoría a través de su informe médico. Esto puede dar lugar a la confirmación o modificación del grado o a la extinción de la incapacidad y su pensión.



Si en el momento de declaración de la IP la persona interesada desea seguir trabajando, su empresa debe intentar adaptar el puesto de trabajo, o, en su caso, ofrecer otro que esté disponible y sea compatible con las limitaciones de la persona con diagnóstico oncológico u oncohematológico. Algunas adaptaciones podrían ser: cambios físicos en el entorno, ajustes horarios, redistribución de tareas o reubicación del puesto, entre otras.

Esta obligación empresarial se mantiene siempre que la adaptación no suponga una carga excesiva para la empresa, que realmente exista un puesto vacante adecuado y que la persona no rechace la adaptación o el nuevo puesto ofrecido.

> **“Si la persona interesada quiere seguir trabajando, debe manifestar a la empresa su intención en el plazo de 10 días desde la resolución del INSS en la que se ha reconocido la IP. A partir de ese momento, la empresa dispone de un plazo máximo de tres meses para intentar adaptar el puesto de trabajo. Esto no significa que el empleo esté garantizado, pero sí que se abre un periodo en el que la empresa debe hacer todo lo posible para facilitar la continuidad de la persona trabajadora.”**

(Referencias: art. 49.1.n) ET y Ley 2/2025 de 29 de abril).



1.6 Resumen.
Dudas laborales

Baja laboral e incapacidad temporal (Págs. 9-16)

- ¿Qué es una baja laboral y cómo se tramita?
- ¿Cuánto voy a cobrar durante la baja?
- ¿Cuánto puede durar?
- ¿Qué ocurre a los 12 y 18 meses?
- ¿Puedo tramitar la baja si tengo seguro privado?
- ¿Existen ayudas específicas por cáncer?

Reincorporación y empleo (Págs. 16-20)

- ¿Qué puede pasar cuando vuelva al trabajo?
- ¿Tiene mi empresa obligación de adaptar mi puesto?
- ¿Quién puede ayudarme a negociar adaptaciones?
- ¿Cómo puedo reorientar mi carrera laboral?
- ¿Dónde puedo buscar empleo adaptado?

Derechos de acompañantes y cuidadores (Págs. 21-24)

- ¿Mi acompañante puede faltar al trabajo para acompañarme?
- ¿Tiene derecho a permisos retribuidos?
- ¿Qué documentación necesita presentar?

Personas trabajadoras autónomas (Págs. 24-27)

- ¿Qué derechos tengo como autónomo/a?
- ¿Cómo solicito una baja?
- ¿Cuánto cobraré y cuánto durará la prestación?

Reconocimiento de la incapacidad (Págs. 27-31)

- ¿Qué tipos existen?
- ¿Cómo se solicita?
- ¿Es definitiva?
- ¿Puedo seguir trabajando con una incapacidad reconocida?

Resumen.
Dudas laborales

Los imperdibles:

- La **baja laboral** siempre debe tramitarse a través de la **Seguridad Social.**
- La cuantía de la **prestación** depende del **tiempo de baja** y de la **contingencia.**
- La incapacidad temporal puede durar **hasta 2 años** en algunos casos.
- La **reincorporación laboral debe planificarse,** pudiendo hacer uso de recursos de apoyo laboral y orientación.
- La empresa debe intentar **adaptar el puesto de trabajo** cuando sea necesario.
- La **incapacidad permanente** es compatible con algunos trabajos y puede revisarse.
- Consulta siempre a **organismos oficiales, revisa los convenios laborales** y acude a servicios de **recursos humanos** de tu empresa o **trabajadores sociales.**





El cáncer y las enfermedades oncohematológicas pueden afectar profundamente la vida laboral, pero existen derechos, prestaciones, adaptaciones y recursos que pueden ayudar a mantener la protección económica, laboral y social durante todo el proceso.

Dudas financieras



2. DUDAS FINANCIERAS

Por favor, tenga en cuenta que el contenido de este capítulo consiste únicamente en orientación sobre supuestos generales e hipotéticos elaborado por un profesional del Derecho. No obstante, su contenido tiene carácter meramente informativo y no constituye asesoramiento legal personalizado. En caso de duda o ante una situación concreta o en el caso de encontrarse ante una situación descrita en la guía y decidir actuar es fundamental consultar directamente con un abogado o con especialistas jurídicos que puedan ofrecerle orientación adaptada a su caso.

2.1 Gestión de hipotecas y préstamos

¿Qué va a pasar con mi préstamo o mi hipoteca? ¿Puedo congelarlo o amortizarlo?

En España existen **normas y mecanismos dirigidos a proporcionar protección económica y jurídica en situaciones de enfermedad grave, aunque no son específicos de pacientes oncológicos u oncohematológicos:**

- **Medidas para reforzar la protección a los deudores hipotecarios, reestructuración de deuda y alquiler social** (Ley 1/2013, de 14 de mayo prorrogado hasta el 15 de mayo de 2028 por el Real Decreto-Ley 1/2024). Esta medida consiste en la suspensión de los desahucios por impago de hipotecas a aquellas personas consideradas vulnerables (concepto que incluye a quienes tienen ingresos reducidos, están en desempleo, sufren una discapacidad igual o superior al 33%, tienen dependencia reconocida o padecen de una enfermedad grave que les impida trabajar). Quien pretenda acogerse a esta medida debe demostrar que el pago de la hipoteca supone un esfuerzo económico excesivo en comparación con los ingresos familiares, de conformidad con los parámetros señalados en dicha Ley. Ha de tratarse, además, de un crédito que recaiga sobre la única vivienda en propiedad de la persona deudora, y que se haya obtenido para la adquisición de dicha vivienda.



- **Negociación directa con el banco de la modificación temporal de la hipoteca.** Normalmente se negocia con la entidad financiera un llamado periodo de carencia, que consiste en pagar solo intereses durante un tiempo o incluso aplazar completamente las cuotas. No es obligatorio para las entidades conceder esta carencia, pero es un recurso negociable entre el cliente y la entidad para afrontar situaciones complicadas de impago por la persona deudora con carácter sobrevenido, como puede ser situaciones de incapacidad laboral, ya sea temporal o permanente.
- **Seguros vinculados a la hipoteca.** En muchos casos, la contratación de una hipoteca lleva asociada la contratación de un seguro de vida o de protección de pagos. Estos seguros pueden cubrir total o parcialmente la amortización (pago total o parcial de la deuda pendiente) en caso de enfermedad grave, como el cáncer. Por ello, es recomendable leer con detalle las cláusulas de la póliza para comprobar si existe esta cobertura y reclamarla en caso necesario.

Hay más información disponible en la web del **Ministerio de Sanidad:**

Prórroga de la suspensión de desahucios por impago de hipotecas.

(Referencias: art. 209 y 210 del Real Decreto-ley 5/2023, art. 10 de la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro).

¿Puedo solicitar un nuevo préstamo o hipoteca?

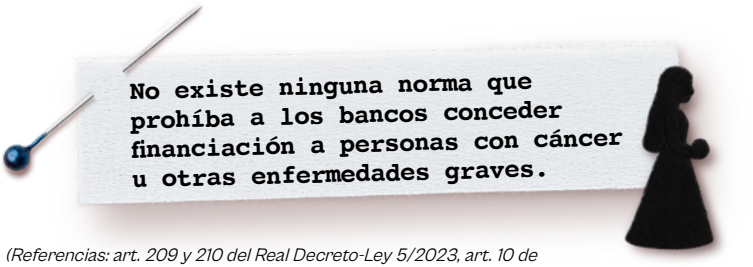
En España, tener una enfermedad oncológica u oncohematológica no impide legalmente solicitar un nuevo préstamo o una hipoteca.

No existe ninguna norma que prohíba a los bancos conceder financiación a personas con cáncer u otras enfermedades graves.

Sin embargo, en la práctica, las entidades financieras suelen valorar dos aspectos fundamentales antes de conceder su crédito:

- La **capacidad de pago de la persona solicitante,** que se mide a través de ingresos, la estabilidad laboral, el endeudamiento previo y el patrimonio.
- El **riesgo para la entidad,** que con frecuencia se traslada a productos complementarios como los seguros de vida o seguros de protección de pagos vinculados a la hipoteca.





(Referencias: art. 209 y 210 del Real Decreto-Ley 5/2023, art. 10 de la Ley 50/1980 deContrato de Seguro).

¿Tengo obligación de comunicar mi enfermedad si voy a pedir un préstamo o hipoteca?

Desde 2023 está en vigor en España el derecho al olvido oncológico, introducido por el Real Decreto Ley 5/2023. Este derecho protege a las personas que han superado un cáncer si han pasado al menos 5 años desde la finalización del tratamiento radical sin recaídas.
El «tratamiento radical» es aquel que busca la eliminación completa de la enfermedad y no incluye tratamientos paliativos o de mantenimiento.

Cumplido este plazo de cinco años, la persona solicitante no está obligada a declarar su historial oncológico al pedir un préstamo o hipoteca ni las entidades financieras o aseguradoras pueden usar esa información para imponer condiciones más desfavorables, como intereses más altos o seguros más caros, lo que asegura un acceso justo y no discriminatorio al crédito. Si lo hicieran, dichas cláusulas serían nulas (carecen de validez legal) o ineficaces (aunque estén incluidas en el contrato, no producirían efectos jurídicos). Esta regulación es uniforme en todo el territorio español y de obligado cumplimiento para bancos y aseguradoras.

En cambio, si el/la paciente se encuentra en tratamiento activo o aún no han transcurrido 5 años desde el final del tratamiento radical, las entidades financieras o aseguradoras sí que pueden solicitar información médica y valorarla en su estudio de riesgo. Esto no implica automáticamente una denegación del préstamo, pero puede afectar a las condiciones contratadas.

Ahora bien, es importante señalar que el historial médico es un documento confidencial y privado por lo que los bancos no pueden tener acceso directo al historial médico de los clientes, sin autorización expresa del titular de dicha información (según la normativa reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información, documentación clínica, así como la **Ley Orgánica de Protección de Datos).**

“El Ministerio de Sanidad ha publicado una guía oficial de preguntas y respuestas oficiales sobre el derecho al olvido oncológico (Real Decreto Ley 5/2023), en la que se explica qué significa «tratamiento radical», qué ocurre si el/la paciente sigue con tratamiento hormonal, cómo aplicar el derecho al olvido al renovar seguros y préstamos, y criterios jurídicos para definir cuándo alguien está «libre de enfermedad». Puede consultarlo en el siguiente enlace: Preguntas y respuestas oficiales sobre el derecho al olvido oncológico (Ministerio de Sanidad).”



(Referencias: art. 209 y 210 del Real Decreto-Ley 5/2023, art. 7 de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos Personales).

2.2 Solicitud de ayudas económicas

¿Qué ayudas económicas puedo solicitar?

Si se está atravesando una enfermedad oncológica u oncohematológica es importante conocer las distintas ayudas económicas disponibles. Existe un amplio espectro dentro de las ayudas económicas tanto a nivel estatal como autonómico. Estas ayudas están diseñadas para dar respuesta a diferentes situaciones personales, laborales y familiares: personas trabajadoras o funcionarios, contar con un grado de incapacidad, estar al cuidado de un menor o encontrarse en situación de dependencia, entre otros casos.

En la siguiente tabla se resumen las principales ayudas disponibles.

Políticas sociales en situaciones oncológicas/ oncohematológicas	Objetivo de las ayudas	Tipos	Lugar de Tramitación
Prestaciones del INSS (consultar epígrafe A.1 de este apartado)	Prestaciones económicas que garantizan la cobertura económica a personas que sí han cotizado en el sistema contributivo de la Seguridad Social	Pensiones de invalidez contributivas	Instituto Nacional de la Seguridad Social
		Prestaciones por hijo a cargo	
		Prestaciones por incapacidad temporal o permanente	
Ayudas económicas derivadas del Sistema de dependencia (SAAD)	Ayudas para la adquisición de un servicio de cuidados (Consultar epígrafe A.2 de este apartado)	PECEF. Ayuda de carácter periódico, que se reconoce cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado de atención y cuidado PEVS. Ayuda mensual que se concede cuando es un familiar quien ejerce el cuidado en casa en lugar de un servicio profesional	Comunidad Autónoma/Servicios Sociales de los ayuntamientos
	Ayudas para facilitar la accesibilidad de las personas mayores	Convocatorias de ayudas públicas individuales para personas mayores y dependencia	
Vivienda	Subvenciones para fomentar la adaptación de las viviendas donde residan personas con discapacidad/o dependencia mediante la eliminación de barreras arquitectónicas facilitando la movilidad	Ayudas Públicas Individualizadas	Servicios Sociales de los ayuntamientos
		Ayudas en Materia de vivienda. Plan de recuperación/ Programa 11	Comunidad Autónoma
Ayudas económicas generales	Ayudas destinadas a la cobertura de gastos ordinarios o extraordinarios en situaciones de grave necesidad, que no puedan ser atendidas por otros recursos y sean producto de hechos imprevistos y no calculables y/o de gastos relacionados con la salud	El Bono social eléctrico/Bono social térmico (consultar epígrafe A.3 de este apartado)	Compañía eléctrica contratada
		Ayudas de emergencia social	Ayuntamientos
		Reintegro de gastos	Centros de salud

Políticas sociales en situaciones oncológicas/ oncohematológicas	Objetivo de las ayudas	Tipos	Lugar de Tramitación
Ayudas derivadas de la discapacidad	Ayudas para facilitar la accesibilidad de las personas con discapacidad	Ayudas públicas para la compra de productos ortoprotésicos	Centros de Salud
		Convocatorias de ayudas públicas individuales para personas con discapacidad	Comunidad Autónoma/Servicios Sociales de los ayuntamientos
Pensiones no contributivas (PNC)	Prestaciones económicas para personas que no han cotizado en el sistema contributivo de la Seguridad Social	PNC por jubilación	Comunidad Autónoma/Servicios Sociales de los ayuntamientos
		PNC por invalidez	
Transporte	Ayudas para garantizar el acceso al transporte cotidiano y especializado y/o adaptación del transporte privado	Tarjeta dorada Renfe (consultar epígrafe A.4 de este apartado)	Renfe
		Ayudas individualizadas al transporte *(consultar páginas 53 y 57)*	Comunidad Autónoma/Servicios Sociales de los ayuntamientos
Ayudas desplazamiento, manutención y alojamiento sanitario	Ayudas para personas con derecho a la asistencia sanitaria pública que requieran de desplazamiento para recibir dicha asistencia en otra comunidad autónoma y dispongan de autorización del servicio de salud de su comunidad	Ayudas económicas por reintegro de gastos *(consultar página 53)*	Centros de salud
Ayudas para gastos secundarios de la quimioterapia y radioterapia	Ayudas para cubrir necesidades derivadas de los distintos tratamientos	Ayudas económicas	Asociación española contra el cáncer



Políticas sociales en situaciones oncológicas/ oncohematológicas	Objetivo de las ayudas	Tipos	Lugar de Tramitación
Menores y salud *(Consultar pagina 46)*	Ayudas para compensar la pérdida de ingresos derivada de la necesidad de cuidar de manera directa, continua y permanente de los hijos o menores a su cargo, durante el tiempo de hospitalización y tratamiento continuado de la enfermedad	Prestación económica por cuidado de menores afectados por cáncer	Instituto Nacional de la Seguridad Social

A continuación, se describen algunas ayudas de forma más detallada.

A.1. Prestaciones de la Seguridad Social

La Seguridad Social ofrece distintas prestaciones a personas con enfermedades oncológicas u oncohematológicas que no puedan trabajar o necesiten reducir su jornada, como la incapacidad temporal o incapacidad permanente, detalladas en página 27.

Además, se ofrecen prestaciones por cuidado de menores con cáncer u otra enfermedad grave. En estos casos, existe la posibilidad de reducir la jornada y recibir un subsidio que compense la pérdida de ingresos en caso de tener hijos enfermos menores de 18 años. Esta prestación puede mantenerse hasta que los hijos cumplan los 23 años si una vez alcanzada la mayoría de edad persiste el padecimiento de la enfermedad y subsiste la necesidad de hospitalización, tratamiento y cuidado; e incluso hasta los 26 años cuando se pueda acreditar un grado de discapacidad igual o superior al 65% antes de los 23 años.
Para más información, se recomienda consultar página 46.

Estas ayudas se tramitan en el **Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)** o, en algunos casos, a través de la mutua laboral. Se puede acceder a la solicitud de estas prestaciones a través de los siguientes enlaces:

- Prestaciones por enfermedad y accidentes de la Seguridad Social
- Prestaciones / Pensiones de Trabajadores de la Seguridad Social

Los **mutualistas o personas beneficiarias de MUFACE** pueden acceder a la solicitud de ayuda para personas con enfermedad oncológica u oncohematológica habilitada en la web del Ministerio para la Transformación Digital y de la Función Pública (MITDFD).

A.2. Sistema de dependencia

El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia es una red de uso público que coordina centros y servicios, públicos y privados, reconociendo apoyos para personas a quienes el cáncer les limita la autonomía en la vida diaria. Regulado por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, incluye un sistema de ayudas que comprende las siguientes prestaciones de tipo económico:

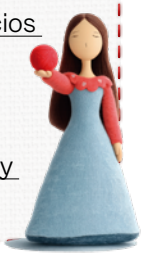
- **Prestación económica vinculada al servicio (PEVS):** se trata de una ayuda que tiene carácter periódico, y se reconoce cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado de atención y cuidado, de acuerdo con lo previsto en el convenio celebrado entre la Administración General del Estado y la correspondiente comunidad autónoma. Esta ayuda que concede la Administración debe destinarse a pagar un servicio acreditado por el sistema de dependencia (por ejemplo, una plaza en un centro de día o residencia o un servicio de ayuda a domicilio). Está condicionado al grado de dependencia y los ingresos.
- **Prestación económica para cuidados en el entorno familiar (PECEF):** se trata de una ayuda mensual que se concede cuando es un familiar quien ejerce el cuidado en casa en lugar de un servicio profesional. Permite el alta en la Seguridad Social de la persona cuidadora, reconociendo así la tarea de cuidador como actividad. La cuantía varía según el grado de dependencia y la situación económica de la familia, así como el tipo de cuidados requerido en función del grado de dependencia.

Hay un tercer tipo de prestación económica de asistencia personal (PEAP) para favorecer la autonomía de las personas dependientes en sus actividades básicas de la vida diaria, pero está orientada en la práctica a casos de diversidad funcional y no suele aplicar a pacientes oncológicos u oncohematológicos.

Para **solicitar estas ayudas,** primero se debe **pedir el reconocimiento de dependencia en los servicios sociales de la comunidad autónoma correspondiente** (detallado en página 69). Una vez asignado el grado, se debe elaborar un Programa Individual de Atención (PIA) en el que se decide la ayuda que mejor se adapta a cada caso.

Enlaces de interés:

- Donde se ofrece la información y se tramitan los servicios: Buscador de Consejerías de Servicios Sociales por comunidad autónoma
- Donde se ofrece información sobre la Ley de dependencia: IMSERSO: Autonomía Personal y Dependencia



A.3. Bono social eléctrico

El Bono social eléctrico es un descuento en la factura de la luz destinado a proteger a los hogares en situación de vulnerabilidad económica o social. Para los pacientes oncológicos u oncohematológicos puede ser especialmente útil, ya que aplica a aquellas unidades familiares en que algún miembro de la unidad de convivencia:

- Cuente con el reconocimiento de una **discapacidad igual o superior al 33%.**
- Se encuentre en situación de **dependencia reconocida de grado 2 o 3.**
- Sea una **persona con electro dependencia.**

El descuento aplicado depende del nivel de vulnerabilidad del consumidor/a:

- **Vulnerable:** reducción del 25%-35% en la factura eléctrica.
- **Vulnerable grave:** reducción del 40%-50%.
- **En riesgo de exclusión social:** la factura puede quedar cubierta en un 100%, ya que los servicios sociales locales o autonómicos asumen el coste restante.

Además, quienes reciben este bono también acceden automáticamente al **Bono social térmico,** una ayuda anual para calefacción y agua caliente que gestiona la comunidad autónoma.

Para solicitar el bono social:

- Es necesario tener contratada la tarifa regulada de electricidad (PVPC) con una comercializadora de referencia (Endesa, Iberdrola, Naturgy, Repsol, etc.).
- Presentar la solicitud a la compañía, adjuntando:
  - DNI del titular del contrato.
  - Certificado de empadronamiento de todos los miembros de la unidad familiar.
  - Certificado de discapacidad (si procede) o documentación que justifique pensiones mínimas.
  - Libro de familia o certificado del Registro Civil, en su caso.
- La compañía tiene 15 días para resolver y aplicar el descuento en la factura.

Enlaces de interés:

- Ministerio de Industria y Turismo
- Ministerio para la Transición Ecológica



A.4. Descuentos en transporte ferroviario

La Tarjeta Dorada Renfe **es una tarjeta personal que ofrece descuentos significativos al viajar en tren,** pensada para personas mayores, discapacitados o pensionistas.

Para los pacientes oncológicos y oncohematológicos acceder a ella es posible con un **grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33% o si se percibe una pensión de incapacidad permanente.**

La tarjeta tiene un **coste anual de unos 6 euros** y ofrece descuentos entre el **25% y el 40% en billetes de tren:** AVE, Larga Distancia, Avant, Media Distancia y Cercanías. Los descuentos se aplican directamente al comprar el billete, tanto en taquillas como en la web o la aplicación de Renfe.

Cómo solicitarla:

- Puede adquirirse en las taquillas de las estaciones de Renfe o en agencias de viajes autorizadas.
- Es necesario presentar el DNI junto con el certificado de discapacidad o la documentación que acredite la pensión de incapacidad.
- Se renueva anualmente abonando la misma cantidad.

A.5. Fiscalidad

El sistema fiscal ofrece distintos beneficios a las personas con cáncer y un grado de discapacidad reconocido que están pensados para reducir la carga del IRPF, facilitar deducciones adicionales y, en algunos casos, eximir de tributar ciertas pensiones. Cada año, se lanzan programas específicos de ayudas y deducciones fiscales, tales como el régimen especial "Todos contra el cáncer", creado en el año 2024. Asimismo, la **Agencia Tributaria** publica anualmente guías de las deducciones autonómicas, por lo que se recomienda estar al tanto de las mismas.

Enlaces de interés:

- Manuales prácticos de la Agencia Tributaria
- Régimen especial "Todos contra el cáncer" de la Agencia Tributaria



Cabe matizar que los procedimientos administrativos de solicitud de ayudas y subvenciones suelen ser similares, pero variarán en función del tipo de ayuda y del organismo que la conceda.

Las deducciones del IRPF aplicadas dependen de la comunidad autónoma en cuestión, por lo que es importante consultar estos manuales actualizados.



Se recomienda consultar los siguientes enlaces en los que se explica de forma más exhaustiva el procedimiento de reconocimiento de la discapacidad y el procedimiento de solicitud de ayudas:

- Ayudas prácticas para pacientes con cáncer de la AECC
- Servicios, prestaciones, ayudas y beneficios dirigidos a personas con discapacidad de la Comunidad de Madrid

¿Cuál es la prestación económica por cuidado de menores con cáncer?

La **prestación económica por cuidado de menores afectados por cáncer** u otra enfermedad grave consistirá en un subsidio equivalente al 100% de la base reguladora establecida para la prestación por incapacidad temporal, derivada de contingencias profesionales (o la derivada de contingencias comunes cuando no se haya optado por la cobertura de las contingencias profesionales), aplicando el porcentaje de reducción que experimente la jornada de trabajo.

Para pedir el subsidio por cuidado de menores con cáncer u otra enfermedad grave, hay que **seguir estos pasos:**

- Rellenar el modelo de solicitud del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) o, en su caso, de la mutua que cubra las contingencias.
- Aportar la documentación necesaria, que incluye un informe médico que acredite la enfermedad del/de la menor, así como los datos de reducción de jornada laboral.
- Presentar la solicitud y la documentación en el INSS o en la mutua colaboradora con la Seguridad Social.
- La solicitud debe hacerse en los tres meses siguientes al inicio de la reducción de jornada. Si se presenta más tarde, solo se pagará con una retroactividad máxima de tres meses.

Para consultar la documentación que debe aportarse y ampliar información sobre este subsidio, se puede acceder a la web de la **Seguridad Social:** Subsidio por cuidado de menores con enfermedad grave.

(Referencias: LGSS art.193, 169.1.a; RD 1148/2011, de 29 de julio).

¿Existen ayudas para la compra de productos ortoprotésicos? ¿Cómo las puedo solicitar?

Existen ayudas públicas para la compra de productos ortoprotésicos en el Sistema Nacional de Salud (SNS) y en el Sistema Público de Servicios Sociales de los ayuntamientos. También se puede encontrar apoyo a través de los servicios sociales en las entidades y/o asociaciones especializadas, como la Asociación Española contra el Cáncer (AECC) u otras a nivel autonómico o de distrito.

> **“Esta información se puede consultar con los trabajadores sociales de los servicios sociales o los centros de salud, donde se puede acudir con cita previa.”**

A) AYUDAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS)

El SNS establece el acceso financiado a las prestaciones de salud para todos los ciudadanos, según la calificación como activos (trabajadores) o pensionistas, calculados sobre los ingresos actualizados anualmente por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS). En función de este cálculo se obtendrá mayor o menor financiación en las prestaciones farmacéuticas u ortoprotésicas.

Las **prestaciones básicas** para las ayudas ortoprotésicas financiadas por el SNS serán iguales en todo el territorio nacional. Además, las comunidades autónomas podrán añadir otras prestaciones según lo que consideren relevante para los pacientes de su comunidad por darse mayor demanda o necesidad en ellas; estas serán las llamadas **prestaciones adicionales.**



Las prestaciones básicas incluyen:

- Los **implantes quirúrgicos** forman parte de una tramitación interna del propio sistema que gestionan los especialistas del sistema público.
- Las **prótesis externas** serán sillas de ruedas, órtesis (sistemas que se usan para corregir, soportar, alinear o asistir el movimiento de una parte del cuerpo) y ortoprótesis especiales (sistemas que dan soporte para el aparato locomotor y ayudan a caminar). Estas prótesis deben ser prescritas por el personal médico especialista del SNS y la solicitud de ayuda ha de ser tramitada por los propios pacientes.

El SNS puede dar financiación total o parcial a la ortoprótesis según su modalidad. El **importe máximo de financiación** es el límite económico que el SNS cubre por un determinado tipo de producto ortoprotésico:

- Si el coste real es inferior a ese límite, el SNS lo cubre totalmente.
- Si el coste real es superior al límite, es posible que el/la paciente deba abonar la diferencia siempre y cuando la normativa autonómica lo permita, puesto que cada comunidad puede aplicar diferentes fórmulas de copago o tramitación.

Para conocer el **estado de financiación** de cada producto se recomienda:

- Consultar el Catálogo Común De Prestaciones Ortoprotésicas publicado por el Ministerio de Sanidad.
- Revisar el catálogo ortoprotésico de cada comunidad autónoma.
- Preguntar directamente en la farmacia o centro ortopédico autorizado, ya que pueden consultar el listado actualizado o acceder al sistema de tramitación.

Se debe tener en cuenta que quedan **excluidos de la prestación ortoprotésica:**

- Los artículos denominados de préstamo.
- Los artículos de segunda mano.
- Las recuperaciones.
- Las reparaciones.
- El alquiler de material ortoprotésico.

Uno de los requisitos del reintegro de gastos en salud es la factura que avala la compra de los dispositivos. Por tanto, el/la paciente debe pagar por adelantado el gasto derivado de la compra de la prótesis previo a la concesión de la ayuda económica.



Si algún/a paciente presenta dificultades para realizar el pago por adelantado de la prótesis podría acogerse al **sistema de endoso.** El pago de una ortoprótesis por endoso permite que la ortopedia solicite la ayuda directamente a la comunidad autónoma, evitando que la persona afectada tenga que pagar por adelantado. En este caso, la ortopedia debe gestionar la tramitación con la administración y, una vez aprobada la ayuda, el/la paciente recibiría el producto y la administración pagaría directamente el coste de la prótesis al centro ortopédico.

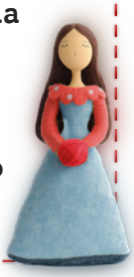
Están exentos de pago los pacientes que se encuentran en estos supuestos:

- **Personas con discapacidad beneficiarias de LISMI** (antigua prestación por discapacidad aún vigente) o que se encuentren en supuestos de exención contemplados en su normativa específica.
- Personas afectadas de **síndrome tóxico.**
- Perceptores de **rentas de integración social o Ingreso Mínimo Vital.**
- Personas con tratamientos derivados de **accidente de trabajo y enfermedad profesional.**
- Personas desempleadas que han **perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo.**
- Perceptores de **pensiones no contributivas.**



En el caso del funcionariado, la mutua podrá cubrir las ayudas incluyendo siempre (como mínimo establecido) las prestaciones comunes del SNS.

> **“Existe un servicio de préstamos de los materiales ortoprotésicos genéricos para la movilidad en los centros de salud de atención primaria y en los centros hospitalarios, habitualmente en las unidades administrativas. Se recomienda consultar con el personal del centro para conocer esta información.”**



El proceso de solicitud de estas ayudas dependerá de varios aspectos:

- En el caso de los **implantes quirúrgicos,** será la propia administración sanitaria la responsable de la gestión y el personal médico iniciará el procedimiento de tramitación.
- En el caso de **ortoprótesis externas,** se deberá emitir la prescripción desde el hospital o centro de salud responsable de la atención al propio paciente.
- **Si procede una compra, se podrá adquirir la prótesis financiada** en el porcentaje que establezca el Ministerio de Sanidad y cada comunidad autónoma en caso de no encontrarse en los supuestos de financiación completa. Se deberá realizar la compra **siempre después de la prescripción médica** para poder optar a financiación posterior.
- **Si procede el préstamo, alquiler, recuperación o reparación de los artículos,** el procedimiento contemplará la posibilidad de que el/la paciente no tenga que adelantar el importe de los productos cuando se trate de situaciones en las que sus recursos económicos se vean comprometidos. Se puede **solicitar el préstamo en el centro sanitario** correspondiente.
- **Para la renovación de la prótesis,** los responsables de la prestación ortoprotésica establecerán el periodo de renovación de los productos. El mero hecho del transcurso del plazo de renovación del producto no genera automáticamente la necesidad de renovación, sino que deberá ser valorada específicamente en cada caso por el personal prescriptor.

B) SERVICIOS SOCIALES DE LOS AYUNTAMIENTOS

El Sistema Público de Servicios Sociales (mediante el IMSERSO y a través de las comunidades autónomas) cuentan con **convocatorias de ayudas públicas individuales para personas mayores y/o personas con discapacidad y dependencia,** que dan cobertura a prótesis, entre otros.

En estas convocatorias, se debe presentar la factura de gastos realizados en este tipo de productos. Las condiciones de obtención de ayudas se publican en las bases de las convocatorias publicadas anualmente por las comunidades autónomas. Habitualmente, este tipo de convocatorias se encuentran bajo las denominadas **«otras prestaciones de carácter social domiciliaria/ambulatoria»** que incluyen:

- Recuperación médico funcional: fisioterapia o terapia ocupacional.
- Medicina ortoprotésica: incluye la adquisición o renovación de gafas o lentillas y de prótesis.

Las convocatorias de ayudas públicas individuales para personas mayores y personas con discapacidad y dependencia se tramitan en los servicios sociales del ayuntamiento o bien a través de la web oficial de cada comunidad autónoma. El modelo de solicitud específico está disponible cuando se abre la convocatoria. La solicitud y los documentos requeridos se pueden enviar por cualquier registro electrónico de la Administración (local, autonómica o estatal) o en los centros de servicios sociales.

Por otro lado, existen las **ayudas de emergencia social** para gastos ordinarios o extraordinarios, destinadas a situaciones de grave necesidad que no puedan ser atendidas por otros recursos y sean producto de hechos imprevistos y no calculables. Estas ayudas están a disposición de la población, previa valoración positiva de los profesionales, y se pueden tramitar en el centro de servicios sociales correspondiente por distrito. La solicitud puede descargarse en cualquier momento, ya que es una convocatoria abierta permanentemente. La solicitud cumplimentada y los documentos requeridos pueden enviarse por cualquier registro electrónico de la Administración (local, autonómica o estatal). Se puede consultar la página web de los servicios sociales del ayuntamiento para obtener información sobre estas ayudas.

> **“En caso de duda, se recomienda acudir siempre al personal de trabajo social del centro de servicios sociales.”**



C) AYUDAS DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER (AECC)

La AECC ofrece ayudas económicas para pacientes, que incluyen **ayudas de emergencia para cubrir gastos básicos en situaciones de vulnerabilidad y ayudas para el material de apoyo** (préstamo o ayudas sociales para camas, sillas de ruedas, pelucas, etc.). Entre ellas se pueden encontrar:

- **Ayudas de emergencia.** Se otorgan a familias en situación de vulnerabilidad económica para cubrir gastos básicos como facturas del hogar o medicamentos. Estas solicitudes son evaluadas por el equipo de trabajadores sociales de la AECC.
- **Material de apoyo.** La AECC ofrece un préstamo gratuito para materiales como camas articuladas, sillas de ruedas, pelucas o prótesis mamarias, si no se cuenta con los recursos económicos suficientes para adquirirlos.
- **Ayudas sociales.** La asociación ofrece ayudas económicas específicas para aquellos pacientes que no tienen recursos económicos mínimos para acceder a los materiales de apoyo,
- **Servicio de préstamos de material ortoprotésico.**

En el teléfono gratuito de **Infocáncer (900 100 036),** los profesionales de la AECC ofrecen asesoramiento sobre aquellas cuestiones que se necesiten.

D) IMPUESTO SOBRE LA RENTA DE LAS PERSONAS FÍSICAS (IRPF)

En la declaración de la renta cualquier contribuyente se puede **deducir un 10% de los gastos y honorarios profesionales abonados durante el año por la prestación de servicios sanitarios** por motivo de enfermedad, salud, embarazo y nacimiento de hijos, accidentes e invalidez, tanto propios como de las personas que se incluyan en el mínimo familiar. Para obtener esta deducción, es necesario presentar las facturas abonadas durante el año en el momento de presentar la declaración de la renta anual.

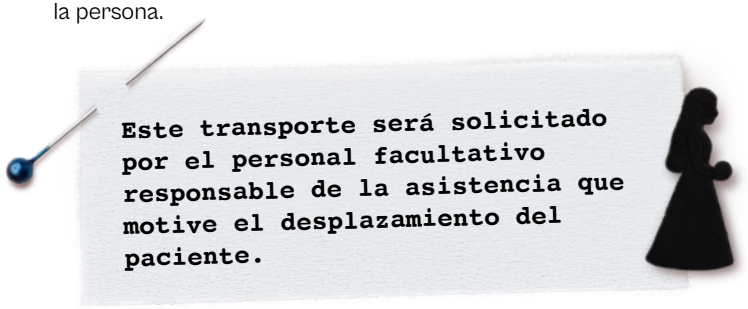
¿Existen ayudas para el transporte a los centros hospitalarios? ¿Cómo las puedo solicitar?

Existen diferentes ayudas según el tipo de transporte requerido:

A) TRANSPORTE SANITARIO URGENTE O PROGRAMADO

Este transporte será solicitado por el personal facultativo responsable de la asistencia que motive el desplazamiento del/de la paciente, de acuerdo con la normativa de cada comunidad autónoma, atendiendo a causas estrictamente clínicas y siempre que no suponga un riesgo añadido para su salud. Se distinguen varios tipos de transporte a centros hospitalarios:

- **Transporte urgente.** Comprende el transporte especial de personas enfermas o accidentadas cuando concurra una situación de urgencia que implique riesgo vital o daño irreparable para la salud de la persona.



- **Transporte sanitario programado no urgente.** Consiste en el desplazamiento por causas exclusivamente clínicas (para tratamientos, rehabilitaciones, etc.) de pacientes cuya situación les impida desplazarse en los medios ordinarios de transporte y que, por tanto, precisa realizarse en vehículo especialmente acondicionado. Tienen derecho a la prestación de este servicio las personas enfermas o accidentadas a las que se lo prescriba un médico, cuando reciban asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud (SNS), en centros propios o concertados y que, por imposibilidad física u otras causas exclusivamente clínicas, no puedan utilizar transporte ordinario para desplazarse a un centro sanitario o a su domicilio tras recibir la atención sanitaria correspondiente, en caso de que persistan las causas que justifiquen su necesidad. Los pacientes pueden ir acompañados cuando la edad o situación clínica lo requiera.

> **Todo transporte sanitario prescrito por el personal facultativo va a estar financiado por el SNS. El copago de ambulancias sigue el marco legal del SNS y la normativa autonómica, que prevé exenciones y topes basados en el nivel de renta. Esto dependerá, una vez más, del código establecido en la tarjeta sanitaria de cada paciente según sus ingresos y su situación laboral o de jubilación.**



B) TRANSPORTE SANITARIO A OTRA COMUNIDAD

Cuando una comunidad autónoma decida trasladar a un/a paciente a otra comunidad con el fin de prestarle asistencia sanitaria que no es posible facilitar con sus propios medios **proporcionará el transporte sanitario necesario tanto para su desplazamiento al centro sanitario, como para el regreso a su domicilio** si persisten las causas que justifican la necesidad de esta prestación. En caso de utilizarse transporte aéreo o marítimo, la comunidad receptora se hará cargo del traslado de los pacientes desde el aeropuerto, helipuerto o puerto hasta el centro sanitario, así como del regreso desde este hasta el aeropuerto, helipuerto o puerto si persisten las causas que motivan la necesidad de transporte sanitario.

En el caso de **pacientes sometidos a tratamientos periódicos,** como diálisis o rehabilitación, que se desplazan a otra comunidad autónoma durante un periodo de tiempo, es esta comunidad la que, aplicando los criterios que utiliza para autorizar el uso de transporte sanitario en su ámbito, se hace cargo de facilitar esta prestación para recibir dichos tratamientos a los usuarios que lo requieran por causas estrictamente médicas.

Cuando un/a paciente desplazado transitoriamente a otra comunidad autónoma ha recibido asistencia sanitaria urgente, la comunidad de origen es la que se hace cargo del transporte sanitario que precise por causas estrictamente médicas para su traslado a la comunidad de origen, bien a su domicilio o a otro centro sanitario.

Estas prestaciones se solicitan mediante la propia institución sanitaria, según los protocolos establecidos para los cargos de acuerdo con la comunidad remitente y receptora. **En ningún caso los pacientes asumen cargos establecidos para esta cobertura.**

C) TRANSPORTE PRIVADO A UN CENTRO SANITARIO DE OTRA COMUNIDAD

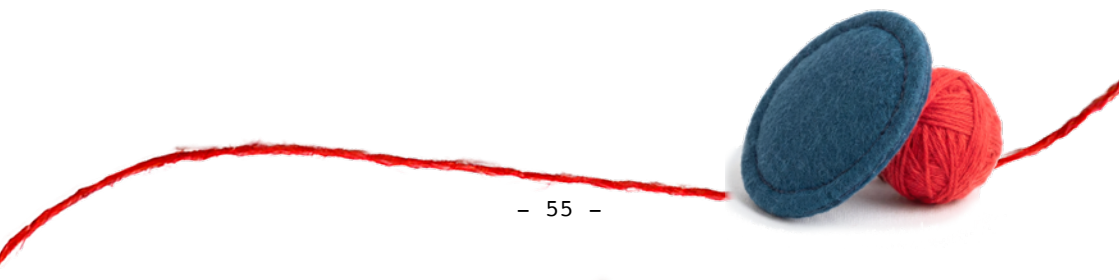
Se puede realizar el desplazamiento a otra comunidad autónoma con el fin de completar un estudio clínico y/o realizar un tratamiento que no sea factible o no se encuentre disponible en el servicio de salud de la comunidad de residencia, siempre que se trate de prestaciones sanitarias financiadas por el SNS.

Las personas con derecho a la asistencia sanitaria pública podrán solicitar estas ayudas siempre y cuando el desplazamiento para recibir asistencia sanitaria en otra comunidad autónoma haya sido autorizado previamente por el servicio de salud que los atiende en su comunidad.

Estas ayudas tienen por objeto compensar los gastos por manutención, hospedaje y desplazamiento en transporte no sanitario de pacientes y, en su caso, de un/a acompañante, cuando sea preciso el tratamiento. Se pueden tramitar por **reintegro de gastos** a través de la web de cada comunidad autónoma o en el área de trabajo social del centro sanitario. Es necesario cumplimentar la solicitud específica y adjuntar la documentación requerida en cada caso.

D) TRATAMIENTO MÉDICO PROGRAMADO EN OTRO ESTADO DE LA UE

Podrán solicitar estas ayudas aquellas personas que, en aplicación de los Reglamentos (CE) Núm. 883/2004 y Núm. 987/2009, estuvieran autorizadas previamente a recibir tratamiento médico programado en otro estado de la UE con cargo al servicio público. Esta ayuda se tramita en el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) mediante el **formulario S2,** que autoriza al organismo del seguro de salud a cubrir los costes del tratamiento en el extranjero. Solo es válido si se solicita y se aprueba **antes de iniciar la atención médica.**



E) AYUDAS PÚBLICAS INDIVIDUALES EN LOS SERVICIOS SOCIALES PARA TRANSPORTE

Mediante el IMSERSO y a través de las comunidades autónomas se publican **convocatorias de ayudas públicas individuales para personas mayores y/o personas con discapacidad y dependencia.** Estas ayudas dan cobertura, dentro de las subvenciones complementarias, al **transporte para rehabilitación y atención especializada** y para el uso de **transporte especial,** entre otras.

Los pacientes deberán presentar la factura de gastos realizados de este tipo. Las condiciones de obtención de ayudas se publican en las bases de las convocatorias. Se podrán tramitar en los servicios sociales del ayuntamiento o bien a través de la web oficial de cada comunidad autónoma. Será necesario cumplimentar la solicitud específica y presentarla junto a los documentos requeridos. Se podrá enviar por cualquier registro electrónico de la Administración (local, autonómica o estatal).

F) SUBVENCIONES PARA EL TRANSPORTE PÚBLICO POR MOVILIDAD

Este tipo de ayuda tiene como objetivo facilitar el acceso y uso del transporte público a aquellas personas que lo necesiten por su situación económica. Puede tratarse de **descuentos en los abonos mensuales o incluso de la gratuidad del transporte.** Se puede disponer también del **bono taxi,** que es una ayuda económica individual para facilitar el desplazamiento en taxi a personas con discapacidad física que tengan problemas de movilidad y que no puedan utilizar los medios de transporte públicos. Los requisitos pueden variar según la comunidad autónoma a cargo de su concesión, por lo que se recomienda acudir al personal responsable de trabajo social del distrito para obtener información más detallada.

> **“Para los pacientes que se acojan a MUFACE, el transporte sanitario es una prestación sanitaria cubierta que está incluida en su concierto, tanto en caso de urgencia como de transporte no urgente.”**



¿Existen ayudas para la adaptación de mi vehículo? ¿Cómo las puedo solicitar?

Existen ayudas específicas para adaptar el vehículo a las circunstancias de salud a las que se accede a través de:

A) SISTEMA PÚBLICO DE SERVICIOS SOCIALES

Las **convocatorias de ayudas públicas para personas mayores y/o personas con discapacidad del IMSERSO** gestionadas a través de las comunidades autónomas dan cobertura a la **adaptación de vehículos.** Las condiciones de obtención de estas ayudas se publican en las bases de las convocatorias anuales y se deberán presentar las facturas de gastos realizados en este tipo de productos.

Esta ayuda aplica tanto para la compra de un vehículo ya adaptado como para proceder a su adaptación, e incluyen adaptaciones para automóviles y motocicletas y ciclomotores especiales (motos de 3 y 4 ruedas).

Una vez publicadas las convocatorias, los interesados deberán presentar la correspondiente solicitud en modelo normalizado, el cual se publicará como anexo a las convocatorias, así como la restante documentación que se requiera en la misma, en la sede del órgano convocante o en las sedes de los servicios sociales. La presentación se realiza por medios telemáticos, por lo que las solicitudes estarán disponibles para su cumplimentación a través de una aplicación informática a la que se podrá acceder a través de la página web cuya dirección se indicará en la correspondiente convocatoria.

B) SISTEMA FISCAL

Si una persona con una discapacidad igual o superior al 33% va a usar el coche habitualmente (ya sea como conductor/a o pasajero/a), estas son las ventajas fiscales a las que se tiene derecho al comprar el vehículo:

- **IVA reducido del 4%.** El vehículo se debe comprar sin matricular o, en caso de estar ya matriculado, se debe adquirir a una empresa que pueda emitir facturas con IVA. Además, la persona titular no puede haber comprado otro vehículo con las mismas ventajas fiscales en los últimos cuatro años, siempre y cuando no se haya producido un siniestro total. La persona titular tampoco puede vender el coche hasta pasados los cuatro años de la compra. La rebaja en el IVA debe solicitarse a la Agencia Tributaria mediante el formulario 04.

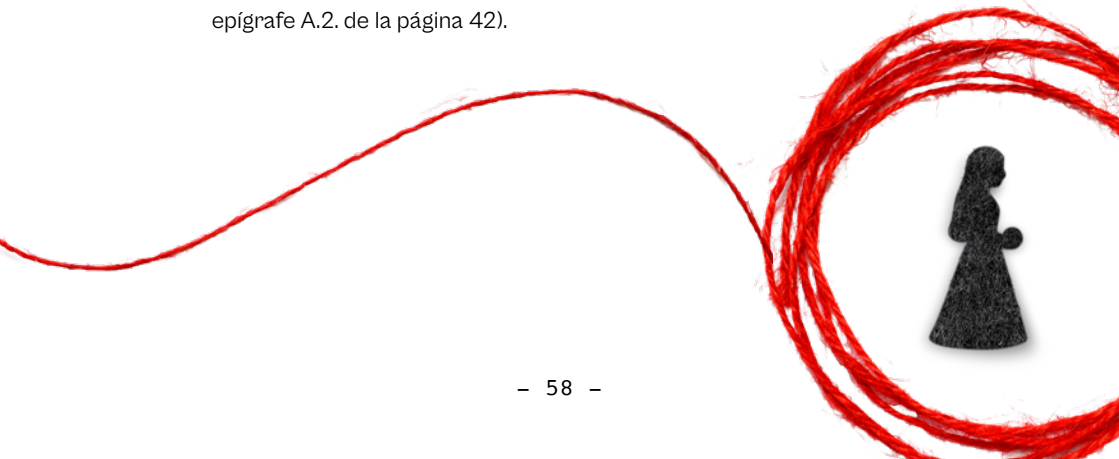
- **Exención del impuesto de matriculación.** Las personas con discapacidad están exentas de pagar el impuesto de circulación en la compra de un vehículo nuevo. Para acceder a la exención de este impuesto es necesario solicitarlo al concesionario antes de la compra.
- **Exención del impuesto de circulación.** Se trata de un impuesto municipal, por lo que será necesario pedir su exención al ayuntamiento donde se está empadronado/a. Como requisito adicional, no se puede acceder a la exención si la persona titular ya tiene otro vehículo registrado a su nombre.

¿Existen ayudas para contratar a un cuidador? ¿Cómo las puedo solicitar?

Se puede acceder a una **prestación de cuidados por la Ley de Dependencia** tal y como se describe en la primera pregunta de esta sección relativa a ayudas económicas estatales, mediante tres vías de acceso:

A) TRAMITACIÓN DE UNA PRESTACIÓN ECONÓMICA POR LA LEY DE DEPENDENCIA

En primer lugar, el/la paciente debe haber sido valorado de un grado de dependencia. En este contexto, se podría solicitar la **prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales (PECEF) (artículo 18 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia).** Cuando la persona beneficiaria esté siendo atendida por su entorno familiar y se reúnan las condiciones establecidas en el artículo 14.4, se reconocerá una prestación económica para cuidados familiares (para más detalle, consultar el epígrafe A.2. de la página 42).



B) CUANDO EXISTA UN GRADO DE DEPENDENCIA, DISCAPACIDAD O EL/LA PACIENTE SEA MAYOR DE 65 AÑOS

Cada administración autonómica ofrece ayudas mediante subvenciones individuales (convocatoria de ayudas públicas individuales para personas mayores y/o discapacidad o dependencia). Estas subvenciones están dirigidas a la atención especializada y comprenden servicios de atención personal domiciliaria:

- **Prestación temporal de servicios personales.** Incluye los servicios de lavandería y plancha, el aseo personal (servicio diario) y la sustitución temporal de familiares directos.
- **Prestación permanente de servicios personales.** Incluye la prestación anual de los servicios señalados en el párrafo anterior, excepto la sustitución temporal de familiares directos.

Una vez publicadas las convocatorias, los interesados deberán presentar la correspondiente solicitud en modelo normalizado, el cual se publicará como anexo a las convocatorias, así como la restante documentación que se requiera en la misma, en la sede del órgano convocante o en las sedes de los servicios sociales. La presentación se realiza por medios telemáticos, por lo que las solicitudes estarán disponibles para su cumplimentación a través de una aplicación informática, a la que se podrá acceder a través de la página web cuya dirección se indicará en la correspondiente convocatoria.

C) SOLICITUD DE AYUDAS PARA PERSONAS MENORES DE 65 AÑOS, SIN GRADO DE DEPENDENCIA O DISCAPACIDAD

Los servicios sociales del ayuntamiento disponen del **servicio público de atención personalizada en el domicilio,** complementario a otras prestaciones de los servicios sociales para facilitar la continuidad de las personas en su medio habitual de vida. Atendiendo a circunstancias especiales podrán prestarse otras actuaciones complementarias o excepcionales que se consideren imprescindibles para lograr los objetivos del servicio y el bienestar de la persona.

En este caso, la persona debe ser evaluada por el personal de trabajo social del centro de servicios sociales que corresponda por distrito para poder optar a la ayuda.

Además de las ayudas oficiales, la **Asociación Española Contra el Cáncer (AECC)** puede facilitar un servicio de ayuda a domicilio de apoyo al cuidador a través de la atención social (la asociación no concede ayudas económicas directas). Se puede obtener más información llamando al **900 100 036.**

2.3 Gastos de farmacia

¿Existen ayudas para la compra de fármacos? ¿Cómo las puedo solicitar?

Los medicamentos oncológicos u oncohematológicos de uso hospitalario se dispensan sin coste para los pacientes en la farmacia del hospital, mientras que para los fármacos adquiridos en farmacias comunitarias (como analgésicos específicos, antieméticos o productos de soporte), el precio que paga cada paciente depende de su nivel de renta y de su condición laboral o social.

Las ayudas específicas para la compra de medicamentos exigen algunas condiciones. Las personas que tengan derecho a asistencia sanitaria y cuenten con una **prescripción oficial** de algún producto incluido en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud (SNS), pueden solicitar el reintegro de los gastos derivados de su adquisición cuando:

- Se trate de productos farmacéuticos para los que el Anexo III del Real Decreto 1348/2003 de 31 de octubre prevé en **determinadas enfermedades o situaciones una aportación reducida del 10%.** El importe a reembolsar será **la diferencia entre la aportación realmente abonada y la reducida del 10%,** con un tope de 4,24€ al mes. El personal médico prescriptor conocerá esta información.
- En **situaciones de urgencia o circunstancias excepcionales,** como las prescripciones en caso de atención sanitaria concertada. Si una persona necesita adquirir y pagar productos farmacéuticos prescritos sin obtener previamente la autorización necesaria, se procederá al reembolso siempre que los productos estén financiados por el SNS y se cumplan los requisitos aplicables.
- **En caso de no poder abonar los gastos de los medicamentos,** los servicios sociales del ayuntamiento tienen a disposición de la población (previa valoración positiva de los profesionales) las ayudas de emergencia social para gastos ordinarios o extraordinarios.

Estas ayudas están destinadas a situaciones de grave necesidad que no puedan ser atendidas por otros recursos y sean producto de hechos imprevistos y no calculables.

En cuanto a la solicitud de estas ayudas es importante tener en cuenta que:

- **El reintegro de gastos** se debe tramitar desde la web de la consejería de salud de la comunidad autónoma correspondiente o bien solicitarla en el área de trabajo social del centro sanitario donde se reciba tratamiento.
- **Las ayudas de emergencia social** se pueden tramitar en el centro de servicios sociales correspondiente por distrito. La solicitud puede descargarse en cualquier momento ya que es una convocatoria abierta permanentemente. La solicitud cumplimentada y los documentos requeridos pueden enviarse por cualquier registro electrónico de la Administración (local, autonómica o estatal). Se puede consultar la página web de los servicios sociales del ayuntamiento para obtener información sobre estas ayudas.

> **"En caso de duda, se recomienda acudir siempre al personal de trabajo social del centro de servicios sociales."**



¿Hay alternativas terapéuticas o productos sanitarios más baratos que los que me han prescrito?

En ocasiones puede haber alternativas más económicas a los tratamientos prescritos, si bien **es crucial que el personal sanitario esté al corriente de cualquier cambio en la medicación,** ya que podrán sugerir la alternativa más segura y eficaz para cada situación.

Algunas **estrategias para reducir el costo de los medicamentos** pueden ser:

- **Pedir genéricos o biosimilares.** Los medicamentos genéricos son versiones más baratas de los medicamentos de marca con el mismo ingrediente activo y nivel de eficacia.

- **Explorar programas de descuento.** Pueden existir programas de descuento para medicamentos o coberturas suplementarias que pueden ayudar a reducir el precio en las farmacias.
- **Considerar farmacias en línea o por correo.** En algunos casos, las farmacias en línea pueden ofrecer precios más bajos, pero es importante asegurarse de usar farmacias legítimas y seguras.
- **Siempre consultar con el personal sanitario especialista.** Es fundamental no sustituir un medicamento recetado por otro, o cambiar la dosis, sin hablar primero con el/la especialista. Los profesionales de la salud proporcionarán la ayuda para encontrar la mejor alternativa en cada situación.

Existen ayudas de emergencia social en los servicios sociales de los ayuntamientos, destinadas para gastos ordinarios o extraordinarios en situaciones de grave necesidad que no puedan ser atendidas por otros recursos y sean producto de hechos imprevistos y no calculables, como el concepto gasto-farmacia. Para más información, se puede consultar en el centro de servicios sociales que corresponda por distrito de cada ayuntamiento.



2.4 Resumen.
Dudas financieras

Hipotecas, préstamos y seguros (Págs. 35-38)

- ¿Qué ocurre con mi hipoteca si enfermo?
- ¿Puedo negociar pagos o carencias?
- ¿Los seguros vinculados cubren el cáncer?
- ¿Puedo pedir un préstamo o hipoteca teniendo cáncer?
- ¿Debo comunicar mi enfermedad?
- ¿Pueden discriminarme bancos o aseguradoras?

Ayudas económicas y prestaciones (Págs. 38-46)

- ¿Qué ayudas económicas existen?
- ¿Qué prestaciones ofrece la Seguridad Social?
- ¿Cuáles son las ayudas por dependencia, discapacidad o cuidado de menores?

Productos ortoprotésicos (Págs. 47-52)

- ¿Existen ayudas para prótesis o sillas de ruedas?
- ¿Qué tipo de productos ortoprotésicos se incluyen en las ayudas?

Transporte y desplazamientos sanitarios (Págs. 53-58)

- ¿Hay ayudas para desplazamientos al hospital?
- ¿Qué ocurre si debo tratarme en otra comunidad autónoma?
- ¿Puedo solicitar reintegro de gastos?
- ¿Puedo solicitar ayudas para adaptar el vehículo?

Cuidadores (Págs. 58-60)

- ¿Hay ayudas para contratar cuidadores?
- ¿Qué condiciones se deben dar para solicitar estas ayudas?

Gastos de farmacia (Págs. 60-62)

- ¿Existen ayudas para medicamentos?
- ¿Puedo solicitar reintegros?
- ¿Y si hay alternativas más económicas?

Resumen.
Dudas financieras

Los imperdibles:

- Existen mecanismos de **protección frente a dificultades económicas** como la negociación de hipotecas o seguros vinculados que podrían cubrir deudas.
- **Tras 5 años** desde el final del tratamiento radical sin recaída **no es obligatorio declarar antecedentes oncológicos.**
- Existen **ayudas económicas públicas y sociales** relacionadas con dependencia, discapacidad, cuidados, vivienda, transporte, ortopedia, farmacia y suministros básicos.
- Los **servicios sociales y trabajo social** sanitario son una vía fundamental para la orientación y tramitación de ayudas económicas y recursos, tanto en **centros sanitarios como ayuntamientos.**
- Muchas ayudas pueden solicitarse **online a través de registros electrónicos** en las webs de ayuntamientos o comunidades autónomas.



Existen múltiples ayudas económicas, sociales y sanitarias destinadas a reducir el impacto financiero del cáncer y las enfermedades oncohematológicas, pero acceder a ellas requiere conocer los recursos disponibles y apoyarse en los servicios sociales y sanitarios especializados.



Dudas socio sanitarias

3. Dudas sociosanitarias

Por favor, tenga en cuenta que el contenido de este capítulo consiste únicamente en orientación sobre supuestos generales e hipotéticos elaborado por un profesional del Derecho. No obstante, su contenido tiene carácter meramente informativo y no constituye asesoramiento legal personalizado. En caso de duda o ante una situación concreta o en el caso de encontrarse ante una situación descrita en la guía y decidir actuar es fundamental consultar directamente con un abogado o con especialistas jurídicos que puedan ofrecerle orientación adaptada a su caso.

3.1 Incapacidad y discapacidad

¿Cuál es la diferencia entre incapacidad y discapacidad? ¿Cómo afecta una a la otra?

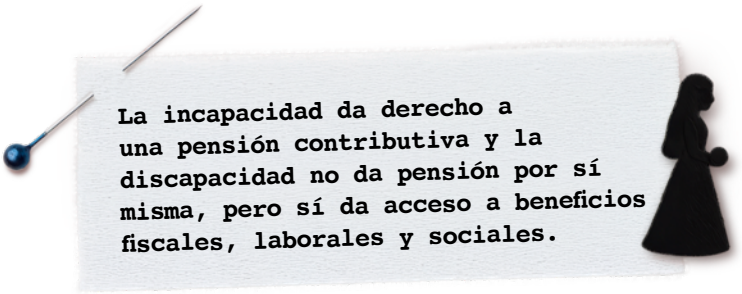
La incapacidad laboral es una situación reconocida por la Seguridad Social en la cual una persona trabajadora ve reducida o anulada su capacidad para trabajar (dependiendo de si la incapacidad es temporal o permanente). Dicha incapacidad, da un derecho a obtener una prestación económica (subsidio o pensión) y afecta directamente a la relación laboral.

La discapacidad es un reconocimiento administrativo que mide el grado de limitación en la actividad diaria o participación social debido a una deficiencia física, sensorial, intelectual o mental. Se valora en porcentajes, y a partir del 33% es cuando se considera oficialmente persona con discapacidad. Por tanto, esta **no está vinculada solo al trabajo, sino también a la integración social y al acceso a beneficios fiscales y medidas de apoyo.**

Una incapacidad laboral derivada de una enfermedad oncológica u oncohematológica puede derivar en un reconocimiento de discapacidad si las secuelas afectan a la vida diaria de la persona trabajadora; mientras que una discapacidad puede derivar en una incapacidad si la persona no puede ejercer de forma efectiva su trabajo. Sin embargo, no siempre hay correspondencia:

- **Se puede tener discapacidad sin incapacidad laboral;** por ejemplo, una persona con un 40% de discapacidad que puede trabajar sin limitaciones.
- **Se puede tener incapacidad laboral sin discapacidad reconocida;** por ejemplo, una persona trabajadora con lesión que le impide su profesión, pero sin limitaciones relevantes en la vida diaria.

En ocasiones, ambas situaciones coexisten. Las compatibilidades más frecuentes son recibir una pensión por incapacidad más una discapacidad del 33% o superior, y la pensión de la gran incapacidad más el reconocimiento de un grado de discapacidad del 65% o superior.



(Referencias: Real Decreto Legislativo 8/2015 (LGSS), Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre).

Una vez concedida la incapacidad, ¿cómo puedo tramitar la discapacidad?

Aunque incapacidad laboral y discapacidad son figuras distintas, pueden coexistir. **La concesión de una incapacidad laboral no implica automáticamente el reconocimiento de un grado de discapacidad** y este debe solicitarse en un procedimiento independiente.

La discapacidad se tramita a través de los **centros de valoración y orientación o servicios equivalentes de la comunidad autónoma** donde resida la persona. Estos son los pasos a tener en cuenta para dicho trámite:

- **Cita previa** ante la entidad encargada de la valoración de la discapacidad en cada comunidad.
- **Solicitud:** se debe presentar la solicitud de valoración de la discapacidad en la oficina correspondiente. Esta solicitud puede descargarse de la web oficial de la Seguridad Social.

- **Evaluación:** un equipo multiprofesional (médicos, psicólogos, trabajadores sociales) evalúa la situación, examina a la persona y aplica el baremo oficial de discapacidad. Este baremo mide el grado de limitación en la actividad y la participación social expresado en porcentaje.
- **Resolución:** la Administración emite una resolución sobre la puntuación obtenida en los baremos para determinar la necesidad del concurso de otra persona o las dificultades de movilidad, si proceden. Dicha resolución se comunica por escrito a la persona que lo ha solicitado y esta puede recurrirla si no está de acuerdo con la valoración realizada.

> **"Es importante destacar que el grado de discapacidad puede revisarse si se prevé una modificación de las circunstancias que dieron lugar a su reconocimiento siempre que hubieran pasado al menos dos años desde la fecha de la resolución."**



(Referencias: arts. 6, 7, 8, 9 12 Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre).

¿Qué beneficios e implicaciones pueden tener para mí los diferentes tipos de incapacidad y discapacidad?

En los casos de incapacidad temporal e incapacidad permanente, los principales beneficios derivan de las prestaciones económicas recibidas para cubrir la pérdida de ingresos que sufre la persona trabajadora cuando por enfermedad o accidente ve reducida o anulada su capacidad laboral. Esta situación aparece más detallada en la sección **Dudas laborales/ Profesionales** de esta guía.

En el caso de discapacidad, las personas precisan de una mayor protección debido a las necesidades específicas derivadas de su situación y las barreras para su participación plena en la sociedad en igualdad de condiciones.

La **Ley General de los Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social,** reconoce a dichas personas una serie de derechos y establece el régimen de infracciones y sanciones que garantizan las condiciones básicas en materia de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal.

Si la persona presenta un grado de discapacidad superior al 65% se establecerá un acceso a prestaciones no contributivas (PNC de incapacidad) acorde con el baremo de ingreso que se establece anualmente, según los convivientes en la unidad familiar y los ingresos. Se encargarán de su gestión y reconocimiento los servicios sociales de las comunidades autónomas.

Se establece un sistema especial de prestaciones para las personas que no cumplan con los requisitos económicos o no desarrollen una actividad laboral, que incluyen: 1) subsidio de garantía de ingresos mínimos, 2) subsidio por ayuda de tercera persona, 3) subsidio de movilidad y compensación por gastos de transportes (SMGT), y 4) gratuidad en la asistencia sanitaria para la prestación farmacéutica (asistencia sanitaria sin copagos y prestación farmacéutica, ASPF).

(Referencias: art. 174.5 LGSS, Real Decreto 383/1984, de 1 de febrero, Real Decreto 1/2013 de 29 de noviembre).

3.2 Autonomía personal y dependencia

¿Cómo puedo solicitar las ayudas a la dependencia?

En primer lugar, **se debe obtener el reconocimiento del grado de dependencia** mediante la solicitud disponible en la web de cada comunidad autónoma, centro de salud adjudicado o centro de servicios sociales del ayuntamiento. Junto a la solicitud se deberá presentar de forma genérica, copia del DNI, informe médico y certificado de empadronamiento. La documentación puede presentarse en ventanilla única del ayuntamiento donde se está empadronado, de manera telemática o a través de los servicios sociales.

Un **equipo de valoración** visita el domicilio y evalúa la situación para asignar un grado de dependencia. Una vez obtenido el reconocimiento del grado de dependencia la persona dependiente puede acogerse a la **Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia,** que otorga:

- **Prestaciones económicas:** vinculadas a un servicio (centro de día, residencia), para cuidados en el entorno familiar o para contratar asistencia personal.
- **Servicios públicos de apoyo:** como teleasistencia, ayuda a domicilio, centros de día o plazas residenciales.

Así pues, el tipo de ayuda depende del **grado de dependencia** reconocido (1, 2 o 3) y de la situación económica de la persona solicitante.

¿Cómo puedo solicitar la teleasistencia?

El servicio de teleasistencia puede obtenerse mediante dos vías principales:

- **Mediante el sistema público de atención a la dependencia.** Es un servicio gratuito disponible para aquellas personas que tienen reconocido el grado de dependencia. El procedimiento para el reconocimiento del grado de dependencia se recoge en la pregunta previa. El recurso de teleasistencia es siempre un servicio complementario a cualquier otra prestación de dependencia, por lo que se podrá solicitar otro recurso junto a ella y únicamente será incompatible con un recurso residencial.
- **A través de recursos privados,** cuyo coste mensual oscila entre 15 y 30 euros para servicios básicos, y más de 35 euros para servicios avanzados.

La solicitud se puede realizar:

- **En línea,** a través de los 'Registros Electrónicos' de las comunidades autónomas o del ayuntamiento del lugar de residencia (requiere identificación y firma electrónica).
- **Presencialmente:**
  - En los **centros municipales de servicios sociales** del distrito municipal donde se esté empadronado/a, con cita previa obligatoria.
  - En las **oficinas de asistencia en materia de registro,** así como en los registros de otras administraciones públicas. También podrán remitirse mediante las demás formas previstas en el artículo 16.4 de la **Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.**
  - Para un **recurso privado,** se puede buscar información en los servicios sociales o entidades sociales de reconocido prestigio que garanticen un adecuado servicio.

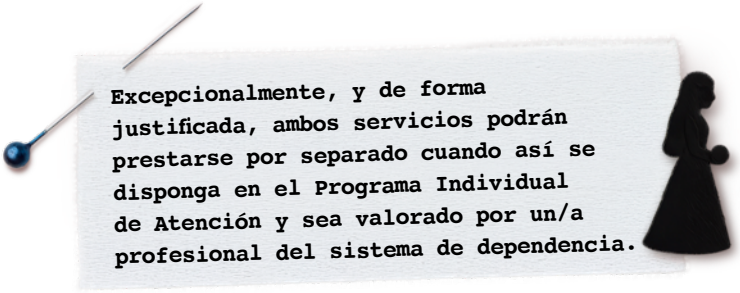


¿Cómo puedo solicitar la asistencia domiciliaria para la limpieza y/o el aseo personal?

El servicio de ayuda a domicilio puede obtenerse mediante el servicio público de sistema de atención a la dependencia donde, según los ingresos, puede resultar en copago. Para solicitar esta ayuda es necesario haber obtenido previamente el grado de dependencia (consultar página 69).

El **servicio de ayuda a domicilio (SAD)** comprende:

- **Servicios relacionados con la atención personal** en la realización de las actividades de la vida diaria.
- **Servicios relacionados con la atención de las necesidades domésticas o del hogar:** limpieza, lavado, cocina u otros. Estos servicios solo podrán prestarse juntamente con los señalados en el apartado anterior.



La solicitud de estos servicios se puede realizar:

- **En línea,** a través de los 'Registros Electrónicos' de las comunidades autónomas o del ayuntamiento del lugar de residencia (requiere identificación y firma electrónica).
- **Presencialmente:**
  - En los **centros municipales de servicios sociales** del distrito municipal donde se encuentre empadronada la persona solicitante, con cita previa obligatoria.
  - En las **oficinas de asistencia en materia de registro,** así como en los registros de otras administraciones públicas. También podrán remitirse mediante las demás formas previstas en el artículo 16.4 de la **Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.**

¿Existe la posibilidad de que me lleven la comida a mi domicilio a diario? ¿Cómo lo solicito?

Existe la posibilidad de recibir comida a domicilio por diferentes vías **según los servicios disponibles de cada ayuntamiento:**

- **Servicio de *catering*.** Es un servicio municipal disponible en algunos ayuntamientos.
- **Preparación de comidas en el hogar.** Existe la posibilidad de recibir la ayuda a domicilio para la elaboración de la comida en casa de la persona usuaria, que es quien realiza la compra de los alimentos y productos básicos.

A nivel privado existen empresas especializadas en el sector de la dependencia que dan cobertura a la comida a domicilio. En este caso es importante asegurarse que estos servicios estén autorizados por la administración pública para la prestación de servicios sociales a la dependencia, para que se den con calidad y garantía.

La solicitud de estos servicios se puede realizar:

- **En línea,** a través de los 'Registros Electrónicos' de las comunidades autónomas o del ayuntamiento del lugar de residencia (requiere identificación y firma electrónica).
- **Presencialmente:**
  - En los **centros municipales de servicios sociales** del distrito municipal donde se encuentre empadronada la persona solicitante, con cita previa obligatoria.
  - En las **oficinas de asistencia en materia de registro,** así como en los registros de otras administraciones públicas. También podrán remitirse mediante las demás formas previstas en el artículo 16.4 de la **Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.**

No tengo la autonomía suficiente para poder seguir en mi casa ¿puedo solicitar mi ingreso en una residencia?

Se puede solicitar el ingreso en una residencia mediante la tramitación de la Ley de Dependencia (consultar página 69).
El primer paso sería solicitar la valoración para obtener el grado de dependencia (1, 2, 3 o 3+ que se aplicará a personas con necesidades de atención ininterrumpida). Una vez obtenido el grado se podrá acceder al **Servicio de Atención Residencial.**

Cuando se tramita el grado de dependencia, existe la posibilidad de elegir el ingreso residencial en la misma solicitud en la cual se debe indicar el centro de preferencia (que puede ser de financiación pública o privada). Cuando se solicita un recurso residencial privado, es adecuado pedir una prestación vinculada al servicio, ya que el ingreso privado lo debe gestionar el futuro residente, quien recibirá una ayuda económica de la comunidad autónoma para ayudar con el pago. Esta ayuda nunca va a cubrir la cuantía total de la plaza y varía según la comunidad autónoma en la que resida la persona solicitante.

Para el acceso a la plaza pública, tras tramitar el grado y seleccionar este recurso, la persona solicitante ingresa en una lista de espera en la que tendrán prioridad de acceso las personas con grados 3 y menor nivel de rentas.

Para obtener el **reconocimiento del grado de dependencia** se debe cumplimentar la solicitud disponible en la web de cada comunidad autónoma, centro de salud adjudicado o centro de servicios sociales del ayuntamiento. Junto a la solicitud se deberá presentar de forma genérica, copia del DNI, informe médico y certificado de empadronamiento. La documentación puede presentarse en la ventanilla única del ayuntamiento donde se está empadronado/a, de manera telemática o a través de los servicios sociales.

> **“En caso de pasar a lista de espera de la atención residencial se puede solicitar una Prestación Vinculada al Servicio (PVS) como ayuda transitoria para poder acceder a una residencia privada mientras se accede a la pública.”**



Cuando se obtenga la plaza pública se puede cambiar de centro, o bien permanecer en la privada con la prestación vinculada al servicio (PVS). Es importante tener en cuenta que, habitualmente, la subvención asociada a la residencia pública es mayor que la que se obtiene en la residencia privada con la PVS.

Otra opción para un ingreso más rápido sería **ingresar por vía privada** (con costes a cargo de la persona usuaria) y, una vez allí, tramitar la **Ley de Dependencia.** Es importante **asegurarse de que el centro esté concertado con la comunidad autónoma** como centro de dependencia para poder recibir la ayuda económica en caso de querer permanecer en el centro privado.

Tengo que desplazarme en taxi al hospital ¿puedo solicitar alguna ayuda para el transporte? ¿Cómo lo hago?

Las ayudas para taxi se gestionan a nivel de comunidad autónoma, pero no todas ofrecen este servicio. Algunas de ellas ofrecen el llamado **bono taxi,** una ayuda económica individual para facilitar el desplazamiento a las personas con discapacidad física que tengan problemas de movilidad y que no puedan utilizar los medios de transporte públicos. Para solicitar el **bono taxi,** generalmente se debe tramitar en el ayuntamiento de cada localidad (si lo ofrece como servicio), cumpliendo con requisitos de empadronamiento, ingresos y discapacidad o movilidad reducida, según lo especifique cada municipio. Estos requisitos pueden variar según la comunidad autónoma, responsable de su concesión. La concesión suele estar limitada al tiempo que dure el tratamiento o a revisiones médicamente justificadas.

3.3 Pacientes sin recursos y/o en situación irregular

Si alguien se encuentra en situación irregular o en proceso de solicitar asilo ¿tiene derecho a asistencia sanitaria?

En primer lugar, es importante diferenciar ambos casos:

- **Situación administrativa irregular.** Condición de los extranjeros que se encuentran en un país sin la documentación necesaria para su estancia legal, esto puede incluir la entrada sin visado, quienes han superado el periodo de autorización o que no han renovado su permiso de residencia.
- **Solicitantes de asilo.** Las personas solicitantes de asilo son aquellas que necesitan protección internacional. Su solicitud de reconocimiento de la condición de refugiado o de protección complementaria aún está en trámite; también es posible que tengan previsto solicitar asilo, pero aún no lo hayan hecho.

Tienen **derecho a la asistencia sanitaria las personas en situación administrativa irregular** (según el Real Decreto 180/2026, de 11 de

marzo) cuando cumplan los siguientes requisitos:

- No estar obligado a suscribir un seguro médico de enfermedad.
- No contar con cobertura de asistencia sanitaria pública por ninguna otra vía.
- No poder exportar el derecho a la asistencia sanitaria a cargo de otro país.
- Que no existe un tercero obligado al pago de mi asistencia sanitaria.
- Que no dispongo de un visado de estancia en vigor, ni estoy inscrito en el Registro de Ciudadanos de la Unión Europea ni dispongo de Tarjeta de Identificación de Extranjero en vigor.

Las **mujeres extranjeras embarazadas no registradas ni autorizadas como residentes** en España, tendrán derecho a que el Sistema Nacional de Salud les proporcione la asistencia al embarazo, parto y postparto con la misma extensión reconocida a las personas que se encuentren en alguno de los supuestos previstos en el artículo 3.2 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo.

Las **personas solicitantes de protección internacional** recibirán asistencia sanitaria desde el momento de formulación de la solicitud de protección internacional, con la extensión prevista en la cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud.

En caso de no tener asistencia sanitaria en España, y tener ingresos económicos, puede obtener un seguro en el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS).

¿Quién puede ayudar a alguien en situación irregular a recibir asistencia médica en España?

Dentro de los distintos niveles asistenciales de salud, las **áreas de trabajo social** son las destinadas a dar información, tramitar y orientar a los pacientes en esta materia.

Si existe una barrera idiomática con un paciente, ¿qué se puede hacer?

Todos los niveles asistenciales de salud tienen **servicios de teleinterpretación** o teléfonos especiales para contactar a un centro de traducción profesional.

3.4 Solicitud de segundas opiniones en una comunidad autónoma diferente

¿Puedo solicitar una segunda opinión de un/a profesional de otra comunidad autónoma? ¿Quién puede ayudarme?

En principio, **la segunda opinión médica se ofrecerá dentro de la misma comunidad autónoma.** No obstante, si solo existe un centro con la especialidad correspondiente, se puede solicitar que la segunda opinión se realice en un centro concertado o en un centro público de otra comunidad.

La solicitud de segunda opinión médica generalmente se tramita a través de los **servicios de atención al paciente o de admisión** de los hospitales involucrados, tanto en el ámbito público como en el privado. Pueden existir modelos de solicitud específicos según el centro.

3.5 Tratamiento en una comunidad autónoma diferente

El tratamiento que necesito no está disponible en mi comunidad, ¿puedo recibirlo en otra en la que sí esté disponible? ¿Quién tramita la derivación?

El derecho a la asistencia sanitaria cubre todo el territorio nacional, tanto la cobertura de gastos como la derivación si es necesaria.

Cuando, por decisión médica, una comunidad autónoma decida trasladar a un/a paciente a otra comunidad con el fin de prestarle asistencia sanitaria que no es posible facilitar con sus propios medios, proporcionará el **transporte sanitario** a la persona que lo precise, tanto para su desplazamiento al centro sanitario, como para el regreso a su domicilio si persisten las causas que justifican la necesidad de esta prestación. Para más detalle sobre ayudas para el transporte a centros hospitalarios, consultar página 53.

Si voy a recibir tratamiento en otra comunidad autónoma distinta a la que resido, ¿alguien se va a hacer cargo de los gastos de desplazamiento?

Una vez autorizado el traslado, **los gastos relacionados con la estancia pueden reembolsarse por reintegro de gastos** en la web de la consejería de salud de cada comunidad autónoma o bien solicitarla en el área de trabajo social del centro sanitario donde el/la paciente recibe tratamiento. Para esta tramitación existe un modelo de solicitud específico disponible en la web de la consejería de sanidad de cada comunidad autónoma.

3.6 Asistencia en el sistema público para pacientes con seguros privados

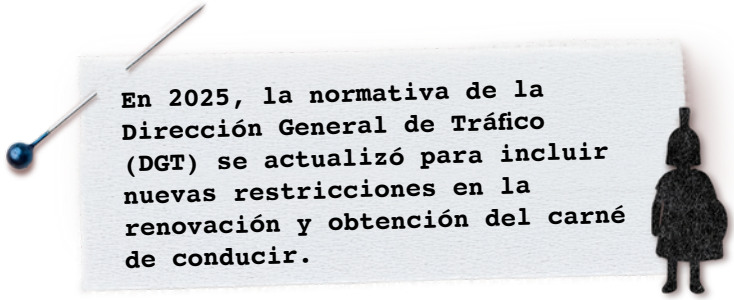
¿Me puede atender un médico de la Seguridad Social si tengo contratada una póliza privada de salud?

La tenencia de un seguro privado no es incompatible con recibir asistencia en la sanidad pública. Los funcionarios públicos que estén en MUFACE pueden ser atendidos vía urgencia en el sistema público. Asimismo, pueden pasarse al sistema sanitario público mediante las convocatorias anuales, en las que el cuerpo de funcionarios puede elegir el tipo de sanidad al que quiere pertenecer.

3.7 Renovación del permiso de conducción

¿En qué circunstancias puedo o no puedo conducir?

El Real Decreto 818/2009, de 8 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento General de Conductores, en los apartados 5 y 14 de su Anexo IV, regula las **aptitudes psicofísicas requeridas para obtener o prorrogar la vigencia del permiso o de la licencia de conducción.**



Estas restricciones incluyen: problemas visuales graves que no puedan ser compensados con lentes o tratamientos, deterioro neurológico progresivo o causante de crisis, trastorno mental grave que impida el control de impulsos, la diabetes mal controlada, el riesgo alto de eventos cardiovasculares, las enfermedades respiratorias crónicas que puedan causar somnolencia diurna, los trastornos musculoesqueléticos que dificulten el manejo del vehículo o el uso de medicamentos que interfieran en la capacidad de conducción.

Con respecto a los **pacientes oncológicos,** gracias a una **modificación del Reglamento General de Conductores del 26 de mayo de 2023, Orden**

PCM/518/2023, por la que se modifica el Anexo IV del Reglamento General de Conductores, aprobado por el Real Decreto 818/2009, de 8 de mayo se eliminaron los procesos oncológicos de las restricciones en la renovación y obtención del carné de conducir, siempre y cuando estos procesos «no puedan constituir la incapacidad para conducir o comprometer la seguridad vial». Por tanto, está contemplado explícitamente que los pacientes oncológicos (no así los hematológicos) puedan seguir conduciendo siempre que la enfermedad o los efectos del tratamiento no afecten a las capacidades necesarias para la conducción (visión, reflejos, coordinación, fuerza, concentración).

En los casos en que el proceso oncológico afecte a estas capacidades, algunos pacientes podrán obtener o prorrogar el permiso de conducir con un período de vigencia de 1 año, siempre y cuando presenten un informe favorable de su oncólogo/a en el que quede reflejado:

- La ausencia de enfermedad cerebral.
- La ausencia de neuropatía periférica de grado 2 o superior.
- La sintomatología actual, el momento evolutivo, el tipo de tratamiento y las repercusiones del mismo (no consumir fármacos que afecten a las capacidades visuales, motoras o sensitivas).

Los **pacientes oncológicos en remisión** (no así los hematológicos) podrán acceder al permiso de conducir con una vigencia que corresponda con su razón de edad. Para ello deberán:

- No tener evidencia de su enfermedad ni estar en tratamiento.
- Presentar un informe favorable del especialista y a criterio facultativo.

Los **pacientes oncohematológicos,** no se admiten a obtener o prorrogar el permiso de conducir hasta transcurridos 10 años de remisión completa. Sin embargo, de forma excepcional, los pacientes podrán obtener o prorrogar el permiso por un período máximo de un año siempre y cuando:

- No muestren alteraciones graves de las series hematológicas durante al menos tres meses.
- Presenten un informe favorable del especialista en el que quede reflejada la sintomatología actual, el momento evolutivo y el tipo de tratamiento y efectos derivados del mismo.

Además, superados los tres primeros años en remisión completa acreditada por un informe oncológico o hematológico, a criterio facultativo se podrá obtener o prorrogar el permiso de conducción por el período que le corresponda por razón de su edad.

Los permisos y licencias de conducción, en función de las aptitudes psicofísicas de los conductores, serán ordinarios o extraordinarios:

- **Permiso ordinario:** El/la paciente puede optar a un permiso de conducir ordinario si la enfermedad o problema físico no requiere de adaptaciones especiales para conducir. Como excepción, puede optar a este permiso si únicamente necesita el uso de gafas o audífonos para cumplir con los requisitos mínimos de vista u oído.
- **Permiso extraordinario:** Si la enfermedad oncológica u oncohematológica que padece requiere la implantación de adaptaciones (en el coche, en la forma de conducir o en cuándo puede conducir), la persona interesada puede obtener un permiso extraordinario, siempre que se cumplan los requisitos médicos.

¿Cada cuánto tiempo tengo que renovar el permiso de conducción?

Si la persona cumple todos los requisitos (haber pasado por el tratamiento oncológico, estar en remisión y no tener efectos secundarios que incidan en su capacidad de conducción), el periodo de vigencia del permiso de conducir será el que le corresponda por rango de edad, en las mismas condiciones que cualquier otro ciudadano: **cada 10 años en las personas hasta los 65 años y cada 5 años en las personas de más de 65 años.**

El periodo de vigencia de los permisos de motocicleta, coche y moto, AM, A1, A2, A, B, y Licencias de Conducción es de 10 años hasta los 65 años y a partir de esa edad, la renovación se realiza cada 5 años. Los permisos profesionales de camión y autobús, C, C1, D, D1, EC, EC1, ED, ED1, se renovarán cada cinco años mientras su titular no cumple 65 y cada tres años, a partir de esa edad.

¿Qué consecuencias puede tener conducir si legalmente no estoy en condiciones para ello?



Conducir sin reunir las condiciones médicas necesarias no es una mera imprudencia y puede tener consecuencias graves:

- Retirada del permiso de conducción por la Dirección General de Tráfico, si se demuestra la falta de aptitudes psicofísicas.

- Sanciones económicas si se circula sin cumplir los requisitos legales.
- En caso de accidente, el seguro podría negarse a cubrir los daños, tanto propios como a terceros, si se demuestra que la persona conductora no estaba en condiciones médicas aptas.
- Además, puede implicar responsabilidad penal si la conducción pone en peligro la seguridad vial.

Si existe duda sobre la capacidad para conducir, lo más seguro es esperar al alta médica o consultar al especialista antes de ponerse al volante.

> **“La validez del permiso depende de la edad de la persona solicitante, pero también de su estado de salud. Si durante el reconocimiento médico el/la profesional sanitario comprueba que la persona solicitante padece una enfermedad o deficiencia que, si bien de momento no impide la renovación, es susceptible de agravarse, el periodo de validez del permiso de conducción será menor.”**

¿Puedo conducir un ciclomotor u otro tipo de vehículo?

Se puede conducir un ciclomotor y otro tipo de vehículo si se dispone de permiso adecuado, no exista ningún impedimento que ponga en riesgo la propia integridad y la de los demás, y no se incurra en ninguna de las causas establecidas en salud por la que la Dirección General de Tráfico lo impida.



3.8 Resumen.
Dudas sociosanitarias

Incapacidad y discapacidad (Págs. 66-69)

- ¿Cuál es la diferencia entre incapacidad y discapacidad?
- ¿Cómo se tramita el reconocimiento de discapacidad?
- ¿Qué ayudas o beneficios existen?
- ¿Puede revisarse el grado de discapacidad?

Dependencia y autonomía personal (Págs. 69-74)

- ¿Cómo solicitar ayudas a la dependencia?
- ¿Cómo pedir teleasistencia?
- ¿Cómo acceder a ayuda domiciliaria?
- ¿Cómo acceder a una residencia?

Pacientes sin recursos o en situación irregular (Págs. 74-75)

- ¿Las personas en situación irregular tienen derecho a asistencia sanitaria?
- ¿Quién puede ayudar con estos trámites?
- ¿Qué hacer si existe barrera idiomática?

Segunda opinión y derivaciones (Págs. 76-77)

- ¿Puedo pedir segunda opinión médica en otra comunidad?
- ¿Puedo recibir tratamiento fuera de mi comunidad autónoma?
- ¿Me puede atender un médico de la Seguridad Social si tengo contratada una póliza privada de salud?

Conducción y permiso de conducir (Págs. 77-80)

- ¿Puedo seguir conduciendo durante o después del tratamiento?
- ¿Qué requisitos existen para renovar el carnet?
- ¿Qué ocurre si conduzco sin estar apto/a médicamente?

Resumen.
Dudas sociosanitarias

Los imperdibles:

- La **incapacidad afecta a la capacidad laboral** y prestaciones económicas mientras que la **discapacidad evalúa limitaciones en la vida diaria** y acceso a apoyos sociales.
- La **discapacidad** debe solicitarse mediante un **procedimiento específico** a través de cada **comunidad autónoma** y puede revisarse con el tiempo.
- La **Ley de Dependencia** da acceso a ayudas y servicios como teleasistencia, ayuda a domicilio, asistencia personal, centros de día, residencias y prestaciones económicas según el grado de dependencia conocido.
- Los **servicios sociales municipales** son el principal punto de apoyo para gestionar temas de dependencia, teleasistencia, ayudas domiciliarias y orientación sociosanitaria.
- La mayoría de los trámites requieren **informes médicos actualizados,** una valoración funcional y una evaluación multiprofesional del paciente.



Los pacientes oncológicos y oncohematológicos pueden acceder a múltiples recursos sociosanitarios, ayudas públicas y servicios de apoyo que buscan mantener la autonomía, mejorar la calidad de vida y garantizar una atención integral durante todas las fases de la enfermedad.



Dudas legales



4. Dudas legales

Por favor, tenga en cuenta que el contenido de este capítulo consiste únicamente en orientación sobre supuestos generales e hipotéticos elaborado por un profesional del Derecho. No obstante, su contenido tiene carácter meramente informativo y no constituye asesoramiento legal personalizado. En caso de duda o ante una situación concreta o en el caso de encontrarse ante una situación descrita en la guía y decidir actuar es fundamental consultar directamente con un abogado o con especialistas jurídicos que puedan ofrecerle orientación adaptada a su caso.

4.1 Derecho a la información

¿Tengo derecho a conocer todos los detalles sobre mi enfermedad y sobre los tratamientos que me administren?

Los pacientes tienen derecho a conocer todos los detalles relativos a su enfermedad en la medida en que dichos datos forman parte de su información personal de salud, considerada por el artículo 4.15 del Reglamento General de Protección de Datos (en adelante, RGPD) como «datos relativos a la salud» y catalogada como categoría especial de datos en el artículo 9.1 RGPD.

> **“Los artículos 13 y 14 del RGPD obligan a los responsables a informar a los pacientes sobre aspectos esenciales del tratamiento de sus datos: la finalidad (asistencia, investigación, gestión), la base jurídica, los posibles destinatarios, el tiempo de conservación y los derechos que pueden ejercerse.”**

Como también el artículo 4 de la Ley 41/2002, establece 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».

En el ámbito sanitario, **los pacientes pueden acceder a todos los datos personales generados durante su atención** (diagnóstico, evolución, resultados de pruebas, tratamientos propuestos, etc.), ya que es información que le identifica directa o indirectamente (según lo dispuesto en la normativa de protección de datos, a través del derecho de acceso, art. 15 RGPD).

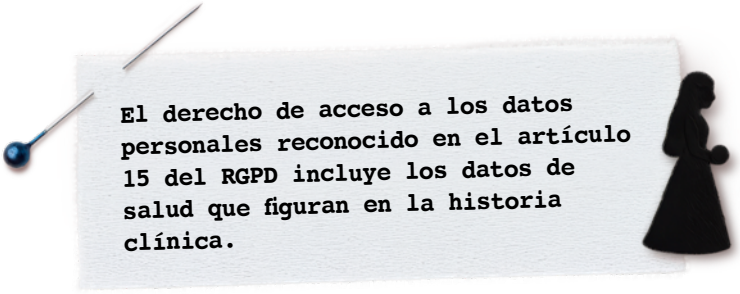
Además, **no solo tienen derecho a recibir información sobre el tratamiento de sus datos médicos, sino también a comprender el alcance y las consecuencias de dicho tratamiento:** qué datos se recogen, con qué finalidad, quién accede a ellos y por cuánto tiempo se conservan (según el principio de transparencia (art. 5.1.a RGPD).

Por último, cabe señalar que **los pacientes tienen derecho a no ser informados si así lo manifiestan expresamente** (Ley 41/2002, art. 4.2), salvo en aquellos supuestos en los que la falta de información pueda suponer un riesgo para la salud de terceros.

(Referencias: arts. 4.15, 5.1, a), 9.1, 13 y 14 RGPD; art. 4 de la Ley 41/2022).

¿Mi oncólogo o hematólogo tiene la obligación de prepararme todos los informes y certificados que le solicite?

La persona afectada tiene derecho a acceder a la información contenida en la historia clínica y a obtener copia de los documentos que forman parte de ella, pero ello no implica que el personal de oncología o hematología esté obligado a elaborar todos los informes o certificados que se soliciten.



Este acceso debe ser íntegro y comprensible, permitiendo conocer en cada caso qué información se ha recogido, con qué finalidad y quién ha accedido a ella.

Por tanto, **los pacientes pueden exigir el acceso a estos documentos ya existentes en el historial, pero no la creación de informes adicionales al margen de lo previsto en la normativa.** Además, el artículo 18 establece límites: el acceso no puede perjudicar la confidencialidad de terceros ni afectar a las anotaciones subjetivas de los profesionales sanitarios.

> **"La historia clínica es el conjunto de documentos relativos a los procesos asistenciales, que debe conservarse de forma ordenada, segura y accesible. Incluye documentos como la anamnesis, las exploraciones, los informes de urgencias, de pruebas complementarias o el informe de alta. (Ley 41/2002, art. 14 y siguientes). El artículo 18 de esta Ley reconoce expresamente el derecho de los pacientes a acceder a la documentación clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella."**



(Referencias: arts. 14 y siguientes de la Ley 41/2002).

¿Puedo decidir quién tiene acceso y quién no a mi información médica?

Solo el personal sanitario estrictamente necesario para la atención de los pacientes puede acceder a esos datos, en aplicación de los principios de minimización de datos (art. 5.1.c RGPD) y limitación de la finalidad (art. 5.1.b RGPD), según la base que legitima el acceso a la información de datos para fines de diagnóstico médico, prestación de asistencia sanitaria o gestión de sistemas sanitarios (art. 9.2.h RGPD).

Para cualquier otro acceso, por ejemplo, por parte de familiares, aseguradoras o terceros es necesario el consentimiento explícito del/de la paciente (art. 9.2.a RGPD), el cual debe ser informado y verificable, de manera que no es suficiente una autorización verbal o genérica.

Al mismo tiempo, **los pacientes conservan siempre la capacidad de ejercer sus derechos de limitar o restringir quién puede acceder a sus datos** (reconocidos en los arts. 15 a 22 RGPD, como posibilitar

acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y portabilidad). En particular, el derecho a la limitación del tratamiento (art. 18 RGPD) les permite solicitar que su información solo sea accesible a determinados profesionales o en circunstancias concretas.

No obstante, la normativa contempla ciertas **excepciones en las que el acceso puede producirse sin autorización expresa de los pacientes:** cuando lo exija la Ley 41/2002 por motivos de salud pública (art. 9.2.i RGPD), cuando sea necesario para proteger intereses vitales de cada paciente en situaciones de urgencia (art. 9.2.c RGPD) o en el marco de obligaciones legales a cargo de las personas profesionales responsables del tratamiento.

4.2 Protección de datos personales

¿Mi empresa puede pedirme los informes médicos sobre mi enfermedad?

La empresa únicamente puede conocer la información estrictamente necesaria para gestionar la relación laboral, pero no el diagnóstico ni detalles clínicos. En el contexto laboral, solo pueden tratarse datos personales que sean adecuados, pertinentes y limitados a lo necesario en relación con los fines para los que se tratan (según el principio de minimización de datos del artículo 5.1 c) RGPD).

La empresa debe garantizar la vigilancia periódica del estado de salud de las personas trabajadoras, siempre adaptada a los riesgos propios del puesto (según establece el artículo 22 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales). **Con carácter general, estos reconocimientos son voluntarios y requieren el consentimiento de la persona trabajadora,** salvo en determinados supuestos en los que resulten imprescindibles (por ejemplo, cuando sea necesario evaluar el impacto de las condiciones de trabajo en la salud, comprobar si el estado de la persona trabajadora puede suponer un peligro para sí mismo/a o para terceros, o cuando así lo exija una norma específica para actividades de especial peligrosidad). Los reconocimientos deben realizarse con las menores molestias posibles y de forma proporcional al riesgo existente, respetando en todo momento la intimidad, dignidad y confidencialidad de los datos médicos. **Los resultados se comunican directamente a la propia persona trabajadora, y la información médica personal solo puede ser tratada por el personal sanitario o las autoridades de salud laboral.**

> **La empresa no puede acceder a los informes clínicos ni a los datos médicos concretos. Únicamente puede recibir una comunicación limitada con las conclusiones necesarias para la prevención: por ejemplo, si la persona trabajadora es apta o no para su puesto o si es preciso adoptar o mejorar medidas de protección y prevención.**



Los datos médicos no pueden utilizarse de manera discriminatoria o en perjuicio de la persona trabajadora. Además, en ciertos casos en que los riesgos lo exijan, la vigilancia de la salud puede mantenerse incluso tras la finalización de la relación laboral, y siempre deberá ser realizada por personal sanitario cualificado. Además, conforme al artículo 9.2.h RGPD, el tratamiento de datos de salud en el contexto laboral solo se justifica cuando sea necesario para la evaluación de la capacidad laboral de la persona empleada, siempre bajo el principio de confidencialidad y secreto profesional.

(Referencias: art. 5.1 c), 9.2 h) RGPD, art. 22 LPRL).

4.3 Derecho al olvido oncológico

¿Puedo obviar mi enfermedad al contratar un seguro de vida, de viaje, solicitar un préstamo o al renovar el permiso de conducción?

Los pacientes y supervivientes de cáncer puede optar al reconocimiento del **derecho al olvido oncológico,** por lo que no están obligados a declarar una enfermedad oncológica superada al contratar un seguro de vida o de salud, un seguro de viaje, un préstamo o una hipoteca, ni tampoco al renovar el permiso de conducción, siempre que se cumplan los requisitos legales.

Aquellos pacientes oncológicos para los que hayan transcurrido 5 años desde la finalización del tratamiento radical, sin recaída posterior, no tienen la obligación de declarar si han padecido cáncer, y los antecedentes oncológicos no podrán ser tenidos en cuenta para valorar el riesgo en la contratación.



Aquellos pacientes oncológicos para los que hayan transcurrido 5 años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior no tienen la obligación de declarar si han padecido cáncer y los antecedentes oncológicos no podrán ser tenidos en cuenta para valorar el riesgo en la contratación (según el Real Decreto-Ley 5/2023, de 28 de junio, que modificó la **Ley 50/1980 de Contrato de Seguro,** para incorporar medidas dirigidas a impedir la discriminación de las personas que han padecido cáncer). Además, se declara la nulidad de aquellas cláusulas contractuales que excluyan a una persona por este motivo, y se prohíbe a las aseguradoras establecer condiciones más gravosas, denegar el acceso o imponer limitaciones derivadas de haber sufrido una patología oncológica en el pasado.

Esta regulación se extiende al terreno de los productos financieros, como préstamos o hipotecas. Por tanto, las entidades no pueden utilizar el historial oncológico superado como criterio para denegar o restringir el acceso al crédito.

La Guía de preguntas y respuestas sobre el derecho al olvido oncológico publicada por el Ministerio de Sanidad confirma que el objetivo de esta regulación es evitar cualquier tipo de discriminación en el acceso a seguros y productos financieros, y aclara cuestiones prácticas como la interpretación de «tratamiento radical» y la aplicación del plazo de cinco años en distintas situaciones clínicas.

En caso de que una aseguradora o entidad financiera incumpla estas obligaciones, la Guía previamente citada señala que los pacientes pueden presentar reclamaciones:

- Ante la **Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (DGSFP):** a través de su servicio de reclamaciones, una vez formulada la queja ante el servicio de atención al cliente de la aseguradora.
- Ante la **Agencia Española de Protección de Datos (AEPD):** cuando la negativa o trato discriminatorio se base en un uso ilícito de datos de salud puede solicitarse el cese del tratamiento indebido y la adopción de medidas correctivas.

En cuanto a la renovación del permiso de conducción, **las personas que hayan superado un cáncer y se encuentren en remisión completa pueden renovar su permiso de conducir por los mismos plazos que corresponden al resto de conductores/as** en función de la edad, sin discriminación por su historial médico (según la Orden PCM/518/2023, de 26 de mayo, que modificó el Anexo IV del Reglamento General de Conductores para eliminar las limitaciones que antes imponían plazos reducidos de renovación en función de los antecedentes oncológicos).

4.4 Gestión de últimas voluntades

¿Puedo decidir cómo quiero ser tratado si mi enfermedad me impide decidirlo por mí mismo? ¿Cómo lo hago?

La persona con cáncer puede decidir cómo ser tratada en caso de que la enfermedad le impida la toma de decisiones en un momento dado. Este derecho se regula a través del documento de instrucciones previas, también conocido como **Documento de Voluntades Anticipadas (DVA) o testamento vital,** según la comunidad autónoma. Se trata de un documento en el que se deja constancia por escrito de:

- Preferencias sobre cómo ser atendido en el final de la vida.
- Criterios sobre la percepción personal de calidad de vida.
- Situaciones clínicas concretas en las que la persona desea que se respeten sus instrucciones o deseos.
- Instrucciones o deseos relacionados con la atención sanitaria, como tratamientos médicos o cuidados de salud.
- Instrucciones sobre el destino del cuerpo o de los órganos.
- La solicitud de prestación de ayuda para solicitar la eutanasia.
- Designación de un representante.

> **“Este documento será tenido en cuenta por los profesionales sanitarios en caso de no poder expresar la voluntad. Se puede redactar libremente o usar el modelo que ofrece cada comunidad autónoma.”**



El otorgamiento de instrucciones previas debe hacerse siempre por escrito por una de las vías siguientes:

- **En las instituciones y centros sanitarios y sociosanitarios, públicos y privados** (unidades administrativas y servicios de atención al paciente): se deberá acudir presencialmente con el DNI y cumplimentar el formulario correspondiente. El funcionariado volcará el documento en la aplicación habilitada al efecto (ARETEO) para su inscripción en el registro autonómico.
- **Ante tres testigos,** cumplimentando los formularios correspondientes, y presentando el DNI del/de la otorgante y los testigos.

- **Los pacientes de manera excepcional y en un contexto de riesgo vital podrán manifestar sus instrucciones previas en cualquier soporte** que, de forma fehaciente, exprese su libre e inequívoca voluntad. En este supuesto, dicha voluntad deberá incorporarse en la historia clínica y será precisa la firma de los profesionales sanitarios responsables de dicha atención (medicina y enfermería).

En caso de otorgar las **instrucciones previas ante tres testigos** se puede proceder de las siguientes maneras para solicitar su inscripción en el registro autonómico:

- Acudir personalmente con los tres testigos a una de las unidades administrativas habilitadas para ello, donde volcarán su documento en la aplicación habilitada al efecto (ARETEO).
- Solicitar la inscripción de forma telemática en los centros de salud autorizados para el otorgamiento y solicitud de registro.
- Solicitar la inscripción a través de un apoderado o representante, de forma telemática o presencial.

Cada comunidad tiene su propio procedimiento, pero todos los documentos se integran en el Registro Nacional de Instrucciones Previas (RNIP) del Ministerio de Sanidad.

No obstante, para prever fallos en el sistema, se puede valorar otorgar un poder notarial a favor del representante a estos efectos.

¿Puedo tomar decisiones sobre cómo quiero que sean los momentos posteriores al final de mi vida? ¿Cómo lo hago?

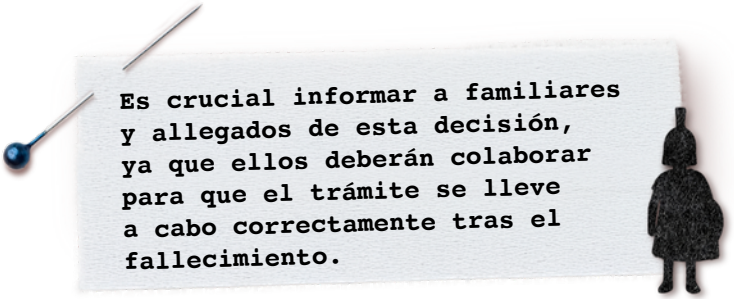
La persona puede decidir libremente sobre:

- Si desea ser enterrado o incinerado.
- Dónde se deben realizar los actos funerarios.
- Si desea un funeral religioso, civil o ninguno.
- Dónde se prefiere que estén las cenizas (en caso de elegir cremación).
- Si desea la donación de órganos.

Para poder llevarlo a cabo, se puede comunicar de la siguiente manera:

- De forma verbal a familiares o personas cercanas.
- Por escrito en un documento privado (por ejemplo: una carta, una declaración jurada o una sección del testamento).
- Anexo al Documento de Instrucciones Previas, aunque no todos los registros lo recogen formalmente.

En caso de que la elección sea donar el cuerpo a la ciencia, es preciso contactar con la facultad de medicina de una **universidad pública o la Asociación Nacional de Donantes de Cuerpo a la Ciencia** para conocer sus requisitos específicos y completar un formulario de solicitud.



Esta decisión no se puede tomar por terceros y es un acto voluntario que se debe gestionar en vida.

4.5 Derecho a una muerte digna

Llegado el caso, ¿puedo solicitar la eutanasia? ¿Cómo y cuándo?

En España se puede solicitar la eutanasia, ya que está legalmente reconocida desde la entrada en vigor de la **Ley Orgánica 3/2021 de Regulación de la Eutanasia** del 25 de junio de 2021.

Según esta Ley, se puede solicitar la eutanasia si se cumplen los siguientes requisitos:

- Ser mayor de edad (18 años).
- Ser español/a o residente legal en España.
- Capacidad (legal y de obrar) para decidir por uno/a mismo/a en el momento de la solicitud.
- En caso de una de estas dos situaciones:
  - Enfermedad grave e incurable con sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable, sin posibilidad razonable de curación o mejora.
  - Padecimiento grave y crónico que genera una pérdida de autonomía física, sufrimiento físico o psicológico constante e insoportable.

Antes de empezar el proceso de solicitud es importante cerciorarse de que el/la profesional sanitario al que se va a pedir la eutanasia no es objetor de conciencia. Si lo fuera, es imprescindible solicitar un cambio a otro que no lo sea. El proceso de solicitud consta de varios pasos:

- **Paso 1. El proceso empieza formalmente con una petición de eutanasia, por escrito (con fecha y firma),** al personal sanitario habitual de la persona que quiere adelantar su muerte. El/la profesional debe firmar la solicitud, incorporarla a la historia clínica y verificar que la petición cumple con los requisitos que marca la ley. Tras la primera petición se celebra un proceso deliberativo, de un máximo de 2 días, en el que profesional sanitario y paciente deben discutir las alternativas terapéuticas disponibles, así como la posibilidad de acceder a cuidados paliativos. Antes de 5 días desde la petición debe remitir la información sobre sus alternativas, por escrito, a la persona solicitante.
- **Paso 2.** La persona que pide la eutanasia debe **realizar una segunda solicitud al sanitario, con al menos 15 días de diferencia con la primera,** para que el proceso pueda seguir su curso. Tras esta segunda petición se celebrará un segundo proceso de deliberación con los mismos plazos que el primero. **Un día después del segundo proceso deliberativo,** el profesional debe preguntar a su paciente si desea seguir adelante con el proceso. En caso afirmativo, el profesional sanitario debe informar al equipo asistencial y familiares (si así se acuerda), y el/la paciente debe firmar un consentimiento informado.
- **Paso 3.** Tras la firma del consentimiento informado, **el profesional sanitario principal (responsable) debe ponerse en contacto con un segundo profesional (consultor/a),** con el que no tenga relación (ni con la persona solicitante), que debe evaluar si la petición cumple con los requisitos previstos por la ley.
- **Paso 4. El profesional consultor se entrevista con la persona solicitante** y debe emitir un informe (favorable o desfavorable) en un máximo de 10 días, que se incorporará a la historia clínica.
- **Paso 5.** Si ambos médicos coinciden en que la petición de eutanasia se ajusta a lo previsto por la ley, el profesional responsable remite un informe con toda la información a la presidencia de la **Comisión de Garantías y Evaluación (CGE) autonómica.**

- **Paso 6.** La CGE debe designar **en 2 días un equipo** formado por un/a médico/a y un/a jurista para que evalúen el caso.
- **Paso 7.** El equipo de la CGE tiene **7 días para elaborar un informe.**
- **Paso 8.** Deben **notificar su resolución a la presidencia** de la CGE.
- **Paso 9.** Si es favorable, deben notificárselo al profesional responsable en 2 días.
- **Paso 10.** A partir de este momento, **entre 30 y 40 días tras la petición original, ya se puede llevar a cabo la eutanasia** en el momento en el que decida la persona que la solicitó (no tiene por qué ser inmediatamente después de recibir la autorización). Cinco días después de la ayuda médica para morir, el médico debe remitir a la CGE un informe sobre todo el procedimiento.

> **“Si se rechaza la prestación, se puede presentar un recurso. Si tras la reclamación la decisión sigue siendo desfavorable, el/la paciente puede acudir a los tribunales, específicamente a la jurisdicción contencioso administrativa, para impugnar la decisión de la comisión.”**

Se puede encontrar más información respecto a este proceso en la web de la Asociación Derecho a Morir Dignamente.

¿Los médicos pueden negarse a administrar la eutanasia si he expresado mi voluntad?

Los profesionales sanitarios pueden ejercer su derecho a la objeción de conciencia y no participar, pero **el sistema de salud debe garantizar** que otro profesional lo lleve a cabo sin retrasos.

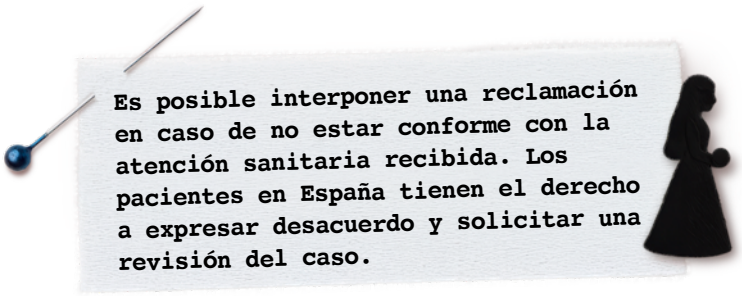


4.6 Gestión de reclamaciones

No estoy conforme con el manejo de mi enfermedad, ¿puedo poner una reclamación?

Es posible interponer una reclamación en caso de no estar conforme con la atención sanitaria recibida. Los pacientes en España tienen el derecho a expresar desacuerdo y solicitar una revisión del caso si se percibe haber sido objeto de:

- Mala atención médica o trato inadecuado.
- Falta de información sobre el diagnóstico o el tratamiento.
- Retrasos injustificados en pruebas o intervenciones.
- Negación de atención o prestación sanitaria.
- Falta de respeto a los derechos (como la autonomía, intimidad o confidencialidad).
- Irregularidades en la aplicación del Documento de Voluntades Anticipadas.



En cualquiera de los casos mencionados, la reclamación se puede presentar:

- En el **centro sanitario** donde se recibió la atención.
- En la **Unidad de Atención al Paciente (UAP)** del hospital o centro de salud.
- **Online,** a través del **portal de salud de cada comunidad autónoma.**
- Por **correo postal** dirigido al **servicio de salud autonómico.**

Si la respuesta recibida no es satisfactoria existen varias opciones:

- **Pedir una segunda opinión médica** (derecho reconocido legalmente).
- **Acudir al Defensor del Paciente** (asociaciones independientes).
- **Acudir al Defensor del Pueblo** en caso de vulneración de derechos fundamentales.
- **Presentar una reclamación judicial** en caso de una negligencia médica grave (es aconsejable consultar con abogados especializados).

¿Puedo solicitar un cambio de especialista en oncología o hematología?

En el sistema público de salud se puede solicitar un cambio de especialista en oncología o hematología si:

- No se está conforme con el trato recibido o la forma de comunicación.
- No se confía en el criterio o enfoque terapéutico.
- Hay falta de seguimiento o comunicación.
- Se considera que no se están explicando adecuadamente las opciones de tratamiento.
- Se siente que no se respetan las decisiones o preferencias como paciente.

No es necesario justificar la solicitud en detalle, aunque **es recomendable explicar los motivos** de forma respetuosa para facilitar el proceso. Para solicitarlo, se recomienda seguir los siguientes pasos:

1. Hablar primero con los profesionales de Atención Primaria:
    - Pueden ayudar a iniciar el trámite o valorar la situación.
    - También pueden derivar a otro especialista si lo considera oportuno.

2. Solicitar el cambio en el hospital:
    - Dirigirse a la Unidad de Atención al Paciente del hospital donde se recibe tratamiento.
    - Pedir el formulario de cambio de especialista y explicar la solicitud.
    - Se puede presentar también una queja formal si ha habido alguna situación especialmente grave.

3. Se puede realizar a través del portal de salud de la comunidad autónoma de residencia si está habilitado online (en algunas comunidades se permite).

El cambio puede ser denegado si:

- No hay otro/a profesional disponible en ese hospital o servicio.
- El cambio puede afectar negativamente a la continuidad del tratamiento.
- Se considera que no hay razones clínicas ni organizativas suficientes.



En ese caso, se podría solicitar:

- Una segunda opinión médica en otro centro.
- Ser derivado a otro hospital (dentro de la misma comunidad autónoma) si existe convenio o posibilidad.

4.7 Resumen.
Dudas legales

Derecho a la información médica (Págs. 84-87)

- ¿Tengo derecho a conocer todos los detalles sobre mi enfermedad?
- ¿Puedo acceder a mi historia clínica?
- ¿Puede mi médico negarse a hacer determinados informes?
- ¿Quién puede acceder a mis datos médicos?

Protección de datos y privacidad (Págs. 87-88)

- ¿Puede mi empresa pedirme informes médicos?
- ¿Qué información sanitaria puede conocer mi empleador?
- ¿Puedo limitar el acceso a mis datos médicos?

Derecho al olvido oncológico (Págs. 88-89)

- ¿Tengo obligación de declarar un cáncer superado al contratar seguros o préstamos?
- ¿Pueden discriminarme por antecedentes oncológicos?
- ¿Qué ocurre con la renovación del permiso de conducir?

Voluntades anticipadas y decisiones al final de la vida (Págs. 90-94)

- ¿Cómo puedo hacer un testamento vital?
- ¿Puedo decidir cómo quiero ser tratado/a si no puedo decidir más adelante?
- ¿Puedo decidir sobre mi funeral, donación de órganos o cremación?
- ¿Cómo se solicita la eutanasia en España?

Reclamaciones y derechos asistenciales (Págs. 95-96)

- ¿Cómo puedo reclamar si no estoy conforme con mi atención médica?
- ¿Puedo pedir una segunda opinión?
- ¿Puedo cambiar de especialista responsable de mi seguimiento?

Resumen.
Dudas legales

Los imperdibles:

- La **información sanitaria pertenece a los pacientes,** y estos tienen derecho a conocer toda su información médica, o no ser informado si así se decide.
- Los **datos médicos están especialmente protegidos** y se consideran **confidenciales,** con acceso limitado a terceros mediante el consentimiento explícito de cada paciente.
- Existe **derecho al olvido oncológico,** según el cual, no es obligatorio declarar antecedentes oncológicos tras 5 años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída.
- El paciente puede realizar el **Documento de Voluntades Anticipadas** que incluye la designación de representante, decisiones sobre tratamientos y cuidados futuros.
- La **eutanasia está regulada legalmente en España** y su solicitud consta de unos procesos administrativos y deliberativos que incluyen intervención médica y jurídica.
- Los pacientes pueden **reclamar, solicitar segundas opiniones y pedir cambios** de especialista.



Los pacientes oncológicos y oncohematológicos tienen derechos legales, sanitarios y de protección de datos que les permiten participar activamente en sus decisiones médicas, proteger su privacidad y defenderse frente a situaciones de discriminación o mala atención.

ANEXO I

- Buscador de CONSEJERÍAS DE SANIDAD por comunidad autónoma.
- Buscador de CONSEJERÍAS DE SERVICIOS SOCIALES por comunidad autónoma.
- Buscador de AYUNTAMIENTOS (SERVICIOS SOCIALES) por provincias.

ANEXO II

Abreviatura	Significado
AEEMT	Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo
AEPD	Agencia Española de Protección de Datos
ARETEO	Aplicación para el Registro de Instrucciones Previas en algunas comunidades autónomas
ART	Artículo
ASPF	Asistencia Sanitaria y Prestación Farmacéutica
CC	Convenio Colectivo
CCAA	Comunidad autónoma
D	Decreto
DGT	Dirección General de Tráfico
DNI	Documento Nacional de Identidad
DVA	Documento de Voluntades Anticipadas
ET	Estatuto de los Trabajadores
INSS	Instituto Nacional de la Seguridad Social
IP	Incapacidad Permanente
IT	Incapacidad Temporal
IVA	Impuesto Sobre el Valor Añadido
IVTM	Impuesto sobre Vehículos de Tracción Mecánica
LETA	Ley del Estatuto del Trabajador Autónomo
LGSS	Ley General de la Seguridad Social
LPRL	Ley de Prevención de Riesgos Laborales
MITDFD	Ministerio para la Transformación Digital y de la Función Pública
MUFACE	Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado
OM	Orden Ministerial
PEAP	Prestación Económica de Asistencia Personal
PECEF	Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar
PEVS	Prestación Económica Vinculada al Servicio
PNC	Prestación No Contributiva
PVPC	Precio Voluntario para el Pequeño Consumidor
RD	Real Decreto
Resol.	Resolución
RETA	Régimen Especial de Trabajadores Autónomos
RGPD	Reglamento General de Protección de Datos
RNIP	Registro Nacional de Instrucciones Previas
SAAD	Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia
SEOM	Sociedad Española de Oncología Médica
SEPE	Servicio Público de Empleo Estatal
SNS	Sistema Nacional de Salud
TGSS	Tesorería General de la Seguridad Social
UAP	Unidad de Atención al Paciente

PP-UNP-ESP-2228 08/2026.
©2026 Pfizer, S.L.U. Todos los derechos reservados.