



Comisión
Europea

La Seguridad Social

en Finlandia

La información que figura en la presente guía se ha redactado y actualizado en estrecha colaboración con los corresponsales nacionales del Sistema de Información Mutua sobre Protección Social (MISSOC). Para más información sobre la red MISSOC, véase: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=es&catId=815>.

La presente guía ofrece una descripción general de las disposiciones en materia de Seguridad Social de cada país. Puede obtenerse más información en otras publicaciones de MISSOC, disponibles en el enlace anterior. Asimismo, es posible dirigirse a las autoridades y las instituciones competentes que figuran en la lista del anexo I de esta guía.

Ni la Comisión Europea ni ninguna persona que actúe en su nombre serán responsables del uso que pudiera hacerse de la información contenida en la presente publicación.

ÍNDICE

Capítulo I. Introducción, organización y financiación	5
Introducción.....	5
Organización de la protección social	5
Financiación	6
Capítulo II. Asistencia sanitaria	7
Nacimiento del derecho a la asistencia sanitaria.....	7
Alcance de la cobertura	7
¿Cómo se accede a la asistencia sanitaria?.....	8
Capítulo III. Prestaciones de enfermedad en metálico	11
Nacimiento del derecho a las prestaciones de enfermedad en metálico	11
Alcance de la cobertura	11
¿Cómo se accede a las prestaciones de enfermedad en metálico?	11
Capítulo IV. Prestaciones de maternidad y paternidad	13
Nacimiento del derecho a las prestaciones de maternidad y paternidad	13
Alcance de la cobertura	13
¿Cómo se accede a las prestaciones de maternidad y paternidad?.....	14
Capítulo V. Prestaciones de invalidez.....	15
Nacimiento del derecho a las prestaciones de invalidez.....	15
Alcance de la cobertura	16
¿Cómo se accede a las prestaciones de invalidez?.....	17
Capítulo VI. Pensiones y prestaciones de vejez	19
Nacimiento del derecho a las prestaciones de vejez.....	19
Alcance de la cobertura	19
¿Cómo se accede a las prestaciones de vejez?.....	21
Capítulo VII. Prestaciones de supervivientes	22
Nacimiento del derecho a las prestaciones de supervivientes.....	22
Alcance de la cobertura	23
¿Cómo se accede a las prestaciones de superviviente?	23
Capítulo VIII. Prestaciones de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales ..	25
Nacimiento del derecho a las prestaciones de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.....	25
Alcance de la cobertura	26
¿Cómo se accede a las prestaciones de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales?	26
Capítulo IX. Prestaciones familiares	28
Nacimiento del derecho a las prestaciones familiares.....	28
Alcance de la cobertura	28
¿Cómo se accede a las prestaciones familiares?.....	29
Capítulo X. Desempleo	30
Nacimiento del derecho a las prestaciones de desempleo	30
Alcance de la cobertura	30
¿Cómo se accede a las prestaciones de desempleo?	31
Capítulo XI. Recursos mínimos	32
Nacimiento del derecho a prestaciones relativas a los recursos mínimos	32
Alcance de la cobertura	33
¿Cómo se accede a las prestaciones de recursos mínimos?	33
Capítulo XII. Dependencia	34
Nacimiento del derecho a las prestaciones de dependencia	34
Alcance de la cobertura	34
¿Cómo se accede a las prestaciones de dependencia?.....	35

Anexo. Direcciones de instituciones y sitios web útiles.....36

Capítulo I. Introducción, organización y financiación

Introducción

En Finlandia, todos los residentes están cubiertos por regímenes de Seguridad Social que regulan las pensiones básicas (pensiones nacionales y pensión mínima garantizada), las prestaciones de enfermedad y maternidad, y las prestaciones familiares. Además, todos los trabajadores por cuenta ajena tienen derecho a prestaciones basadas en el empleo, como la pensión legal de jubilación y las prestaciones por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, así como en el desempleo. Todos los residentes de municipios tienen acceso a asistencia sanitaria y servicios sociales.

En Finlandia, el sistema legal de jubilación incluye la pensión de jubilación y la pensión nacional. Entre las prestaciones de estos dos regímenes figuran la pensión de invalidez, la pensión de supervivencia y la pensión de vejez.

La pensión de jubilación está destinada a garantizar al trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia el mismo nivel de vida del que disfrutaba durante el ejercicio de su actividad. El sistema de pensiones de jubilación se basa en una serie de leyes. La principal es la Ley sobre la Jubilación de los Trabajadores por Cuenta Ajena (TyEL), que se aplica a los trabajadores por cuenta ajena del sector privado, es decir, el 60 % de los trabajadores. Hay leyes específicas que rigen la jubilación de los trabajadores autónomos, trabajadores del mar, agricultores y funcionarios.

Las pensiones nacionales y las pensiones mínimas garantizadas están destinadas a garantizar un ingreso mínimo a los jubilados que no perciben otra pensión o para los cuales la cobertura de la pensión es débil. La cuantía de la pensión nacional disminuye a medida que aumentan los ingresos de la pensión de jubilación y se deja de abonar superado determinado límite máximo de la pensión de jubilación. La cuantía de la pensión mínima garantizada depende de otros ingresos de pensiones.

En Finlandia, la parte de los regímenes de jubilación complementaria no obligatorios es bastante limitada puesto que todos los trabajadores por cuenta ajena y autónomos pertenecen al sistema de pensiones de jubilación. No existe ningún límite máximo de los ingresos que se tienen en cuenta para calcular la jubilación profesional y la cuantía de la pensión no está acotada.

Se pueden recurrir las decisiones en materia de Seguridad Social. El procedimiento y las instancias de recursos de las distintas prestaciones se indican en las siguientes secciones.

Organización de la protección social

El Ministerio de Asuntos Sociales y Sanidad (*Sosiaali-ja terveystieteiden ministeriö*) es responsable de la Seguridad Social en Finlandia.

Hay varias organizaciones que participan en la puesta en práctica del sistema de la Seguridad Social. El sistema de la Seguridad Social presenta la particularidad de

confiar a las compañías de seguros privadas (autorizadas) la gestión de parte de la protección social.

La Fundación de Seguros Sociales (*Kansaneläkelaitos*, o Kela) es un organismo autónomo de derecho público que gestiona el régimen general de la Seguridad Social en función de la residencia. Los servicios de salud dependen de los municipios.

Empresas de seguros de jubilación, cajas de jubilación y fondos de pensiones autorizados gestionan el régimen de pensiones laborales del sector privado. El Centro de Pensiones finlandés (*Eläketurvakeskus*, o ETK) es el órgano responsable de coordinar el sistema de pensiones de jubilación. Asimismo, es competente en materia de pensiones y seguros en el ámbito internacional. La Oficina de Control Financiero ejerce la supervisión de los organismos aseguradores y de jubilación.

El *Keva* gestiona el régimen de jubilación de los agentes del Estado y de los trabajadores de los ayuntamientos.

Los organismos aseguradores de accidentes están encargados de los seguros de accidentes y enfermedades profesionales de los trabajadores del sector privado. El Tesoro Público es responsable de los seguros de accidentes de los agentes del Estado. La Federación de Organismos Aseguradores de Accidentes es la organización pública encargada de las cuestiones relativas a los seguros por accidente. Actúa en especial como institución del lugar de residencia o de estancia de conformidad con las obligaciones internacionales de Finlandia.

La protección contra el desempleo depende de la Kela respecto a los subsidios de base. Las cajas de desempleo vinculadas principalmente a los sindicatos proporcionan subsidios de desempleo proporcionales a los ingresos. La afiliación a estas cajas no es obligatoria.

Financiación

El Estado financia las prestaciones familiares. El Estado y las autoridades locales financian de manera conjunta el apoyo al mercado de trabajo. Las prestaciones de desempleo están financiadas por las cotizaciones del desempleo de empresarios y trabajadores, las obligaciones de los afiliados a las cajas de desempleo así como por fondos públicos; el Estado financia la parte básica. Los municipios financian los servicios de sanidad pública gracias a los ingresos de los impuestos locales y los pagos de los usuarios. El Estado paga además a los municipios una contribución destinada a la financiación de los servicios sanitarios y sociales. La financiación de las pensiones de jubilación está garantizada por las cotizaciones al seguro abonadas por empresarios y trabajadores. El Estado subvenciona los regímenes para los agricultores, los marineros y los trabajadores autónomos. Las pensiones nacionales y las pensiones mínimas garantizadas están financiadas por el estado. Los trabajadores por cuenta ajena, los autónomos, los empresarios, los asegurados y el Estado participan en la financiación del seguro de enfermedad. El seguro por accidentes depende de las cotizaciones al seguro abonadas por los empresarios.

Capítulo II. Asistencia sanitaria

Nacimiento del derecho a la asistencia sanitaria

La responsabilidad básica de prestar servicios sanitarios incumbe a las autoridades locales. Todos los residentes de municipios tienen derecho a asistencia sanitaria. Los servicios sanitarios públicos se complementan con la asistencia sanitaria privada.

Los trabajadores por cuenta ajena y los trabajadores autónomos están igualmente asegurados en función de determinados requisitos, incluso si no residen en Finlandia de manera permanente.

Alcance de la cobertura

Servicios públicos de salud

Las disposiciones legislativas determinan los servicios que debe garantizar obligatoriamente cada municipio. El municipio puede organizar los servicios por sí mismo, en asociación con otros municipios o contratando los servicios a otro municipio o a un prestador público o privado. Los servicios organizados por el municipio incluyen la educación y las visitas sanitarias, los cuidados médicos, los servicios de rehabilitación (que no pertenezcan a otro sistema), la salud mental, el transporte de los pacientes, los tratamientos dentales, los servicios de orientación, la medicina escolar, universitaria y la medicina del trabajo, así como los exámenes sistemáticos y de detección.

Seguro de enfermedad

El sistema del seguro de enfermedad reembolsa los medicamentos prescritos en el marco de la atención ambulatoria así como los desplazamientos necesarios en caso de enfermedad; asimismo, abona prestaciones económicas de enfermedad, maternidad y paternidad.

El sistema del seguro de enfermedad reembolsa asimismo los gastos en servicios sanitarios del sector privado, concretamente parte de los honorarios de los médicos independientes, el coste de la atención hospitalaria y médica, incluidos el cuidado dental, los tratamientos y la fisioterapia, al igual que los exámenes efectuados por un psicólogo o por el personal de laboratorio.

Asimismo, se reembolsan los preparados dietéticos especiales prescritos para el tratamiento de afecciones graves, así como las pomadas destinadas al tratamiento de enfermedades persistentes de la piel.

Se reembolsan los gastos de transporte, deducido de la cuantía el ticket moderador a tanto alzado por cada trayecto. El desplazamiento puede incluir una visita para recibir cuidados o una visita de médicos especialistas al paciente. Si los gastos de transporte superan la franquicia anual durante un año civil, se reembolsa asimismo íntegramente la suma superior a esta cuantía.

¿Cómo se accede a la asistencia sanitaria?

Servicios públicos de salud

En la sanidad pública, la atención se dispensa fundamentalmente en los centros de salud y los hospitales. Estos servicios sanitarios están, ante todo, destinados a las personas empadronadas en el municipio en cuestión. En los centros de salud, la atención es dispensada por médicos generalistas. El médico, independientemente de que ejerza en un centro de salud o a título independiente, remitirá el paciente, en caso necesario, a un especialista que ejerce en un hospital. En caso de urgencia, también es posible acudir directamente al hospital sin acudir previamente al generalista.

Los pacientes pueden acceder a los servicios de los centros de salud incluso fuera del municipio donde residen si se encuentran en otro municipio de manera regular o a largo plazo, por ejemplo por motivos de trabajo, ocio, por atender a un familiar u otro motivo similar. El paciente deberá notificar al centro de salud del otro municipio las necesidades de su servicio al menos tres semanas antes de la primera visita. Además, deberá contar con un plan de cuidados, que deberá determinar el centro de salud del municipio en el que reside; el plan establece los servicios a los que tiene derecho el paciente en otro centro de salud. El plan de cuidados se exige para servicios no urgentes. En los casos de urgencia, sigue siendo posible acudir a los servicios de cualquier municipio.

Además, el paciente puede cambiar de centro de salud en el municipio en el que reside o en la zona de cooperación una vez al año. El paciente debe notificar el cambio tanto al nuevo centro de salud como al antiguo tres semanas antes de la primera visita. Asimismo, es posible elegir una unidad de asistencia sanitaria especializada dentro de la llamada zona de responsabilidad, que está compuesta por los distritos hospitalarios más cercanos. El paciente elige la unidad de asistencia sanitaria especializada en cooperación con el médico que emite el volante.

La atención de urgencia se proporciona al paciente de inmediato. En lo que respecta a los tratamientos que no son urgentes, los plazos de espera están determinados por la ley. Los centros de salud deben estar disponibles directamente durante su horario de apertura. A menudo, se puede determinar el tratamiento que requiere el paciente durante la propia conversación telefónica que puede ser mantenida con un profesional sanitario que no sea el médico. En los casos en los que la evaluación de los cuidados necesarios requiera una visita al centro de salud, deberá organizarse una en los tres días siguientes a la entrevista telefónica. Los cuidados dispensados en el centro de salud se inician por lo general desde la primera visita del paciente. Cuando no es posible, se debe proponer un tratamiento en un plazo máximo de tres meses. En el hospital, la evaluación de los cuidados necesarios debe iniciarse en las tres semanas siguientes a la recepción de la solicitud de asistencia del paciente. Si de los exámenes se deriva que el paciente requiere atención hospitalaria, ésta debe iniciarse a más tardar en los seis meses posteriores a la evaluación. Los tratamientos que se estimen necesarios para los niños y jóvenes en materia de salud mental deben suministrarse en un plazo de tres meses. Todo tratamiento odontológico que se estime necesario deberá ser suministrado en un plazo razonable, como máximo de seis meses.

Los centros de salud solicitan, por lo general, el pago de una cuantía fija. El paciente que sigue un tratamiento ambulatorio en el hospital debe pagar una cuantía fija por consulta; la tarifa hospitalaria es una cuantía fija al día. Los cuidados de cirugía ambulatoria están fijados en una cuantía fija. En caso de enfermedad de larga duración, los gastos se determinan fundamentalmente en función de los ingresos.

Los servicios por los que el paciente ya ha abonado una cierta suma en un período de doce meses son gratuitos a partir de dicho límite máximo. Para los cuidados de corta duración (menos de tres meses) en un establecimiento, éste puede no obstante cobrar una cuantía fija.

Es posible solicitar una rectificación de la factura de cuidados médicos a la Comisión Municipal de Sanidad o al organismo correspondiente, o al organismo que haya ordenado los cuidados médicos especializados. La solicitud de rectificación debe presentarse por escrito en los catorce días siguientes al de notificación de la factura al interesado.

El paciente puede dirigir una reclamación sobre cualquier otra cuestión relativa a los cuidados médicos y hospitalarios o al tratamiento correspondiente al director del centro de salud o del hospital en cuestión. Asimismo, el paciente puede presentar una queja ante las autoridades de supervisión de los establecimientos médicos y hospitalarios.

Seguro de enfermedad

El reembolso de los honorarios médicos de los exámenes y los cuidados se efectúa según las tarifas convencionales. Estas tarifas precisan la cuantía de los honorarios retenidos como base de reembolso por la Fundación de Seguros Sociales. Los honorarios médicos se subsidian al 60 % de la tarifa convencional. Los costes de los exámenes y los cuidados se reembolsan al 75 % de los costes que superen el copago, con arreglo al régimen de tarifas. En la práctica, sin embargo, el reembolso es un porcentaje menor de los costes reales.

Los honorarios del dentista, los exámenes y los medicamentos que prescriba éste, así como los gastos de desplazamiento, se reembolsan según los mismos criterios que los actos prescritos y realizados por un médico.

El seguro de enfermedad reembolsa parcial o íntegramente los medicamentos reembolsables prescritos por el médico en el marco del tratamiento. El reembolso de los medicamentos se efectúa en función de tres categorías de indemnización. El reembolso se calcula por producto como porcentaje de los gastos farmacéuticos. El paciente paga el ticket moderador de cada medicamento para los productos de la categoría de reembolso especial superior. No existe un ticket moderador por medicamento para los productos de la categoría de reembolso de base y la categoría de reembolso especial inferior.

El reembolso de base de los medicamentos suministrados por prescripción médica asciende al 42 % del coste de los medicamentos. Para determinadas enfermedades graves y de larga duración, los gastos farmacéuticos se reembolsan al 72 % o 100 %, una vez deducido el ticket moderador. Los gastos farmacéuticos a cargo del usuario tienen un límite máximo anual. Superado este límite máximo, se reembolsan los medicamentos al 100 %, una vez deducido el ticket moderador por medicamento.

La solicitud de reembolso de los gastos de enfermedad debe presentarse en los seis meses siguientes al pago de los honorarios o de los cuidados.

Siempre existe el derecho a recurrir en materia del seguro de enfermedad. Debe dirigir el recurso a la oficina de la Fundación de Seguros Sociales o la Caja Profesional que haya dictaminado la decisión que recurre, que analizará si es posible una rectificación. Si no se cumplen los requisitos necesarios para proceder a una

rectificación a ese nivel, la Comisión de Recursos de la Seguridad Social analizará el recurso. Se puede apelar la decisión de esta comisión ante el Tribunal de la Seguridad Social.

Capítulo III. Prestaciones de enfermedad en metálico

Nacimiento del derecho a las prestaciones de enfermedad en metálico

Están cubiertos todos los residentes con edades comprendidas entre los 16 y los 67 años, y los no residentes que trabajan por cuenta ajena o por cuenta propia en Finlandia durante al menos 4 meses. El derecho al subsidio nace a los nueve días laborables tras la aparición de la enfermedad (sin incluir el día en que se declara la misma). El subsidio diario por enfermedad se abona durante un máximo de trescientos días laborables.

Alcance de la cobertura

Subsidio de enfermedad

El empresario abona el salario completo durante los 9 primeros días si la relación de trabajo ha durado al menos un mes. Si la relación de trabajo ha durado menos de un mes, se abona el 50 % del salario. De conformidad con los convenios colectivos, la mayoría de los empresarios paga el salario completo durante el primer mes o los primeros dos meses.

Prestaciones de enfermedad en metálico

El importe diario de la prestación en metálico por enfermedad se calcula en función del ingreso anual declarado y comprobado del asegurado o en función de sus ingresos semestrales. La prestación diaria aumenta en función de los ingresos anuales del asegurado.

Se abona una prestación en metálico por enfermedad a un progenitor que esté a cargo del cuidado y la rehabilitación de un hijo suyo menor de 16 años que esté hospitalizado.

Los subsidios diarios están sujetos al impuesto sobre la renta. El examen de los requisitos de recursos tiene en cuenta los demás ingresos del asegurado y de su cónyuge.

Subsidio de rehabilitación

Se abona un subsidio de rehabilitación durante el tratamiento si éste está diseñado para permitir la continuación o recuperación de una actividad profesional o la entrada en la vida activa. Por regla general, la cuantía del subsidio de rehabilitación se fija siguiendo los mismos requisitos del subsidio diario de enfermedad.

¿Cómo se accede a las prestaciones de enfermedad en metálico?

Las solicitudes de prestaciones se dirigen a la oficina local de la Fundación de Seguros Sociales o a la Caja Profesional.

La solicitud de readaptación y del subsidio correspondiente se dirige a la oficina local de la Fundación de Seguros Sociales. Salvo los programas de rehabilitación organizados a título facultativo, es posible recurrir la decisión ante la Comisión de Recursos de la Seguridad Social y apelar la decisión de esta última ante el Tribunal de la Seguridad Social.

Capítulo IV. Prestaciones de maternidad y paternidad

Nacimiento del derecho a las prestaciones de maternidad y paternidad

Tienen derecho a esta ayuda todos los residentes. Además, están cubiertos de inmediato los no residentes que trabajan por cuenta ajena o por cuenta propia en Finlandia durante al menos 4 meses.

Tanto la madre (prestación por maternidad, *äitiysraha*, y prestación parental, *vanhempainraha*) como el padre (prestación por paternidad, *isyysraha*, y prestación parental, *vanhempainraha*) deben haber sido residentes en Finlandia durante al menos 180 días inmediatamente antes de la fecha prevista para el parto.

Para tener derecho a prestaciones en especie, no se requiere ninguna duración mínima de la afiliación.

Alcance de la cobertura

La prestación por maternidad se abona a la madre durante los ciento cinco primeros días. El derecho a percibir la prestación por maternidad nace entre treinta y cincuenta días laborables antes de la fecha prevista del parto. La prestación parental se abona durante los 158 días laborables siguientes, o bien a la madre o bien al padre si este último elige quedarse en casa para ocuparse del hijo. No se abonará la prestación parental simultáneamente al padre y a la madre. Los padres adoptivos percibirán asimismo la prestación parental si el hijo adoptado tiene menos de siete años.

La mujer embarazada tiene derecho a un subsidio especial de maternidad durante el embarazo cuando un producto químico, radiaciones o una enfermedad contagiosa relacionados con su trabajo o su lugar de trabajo pueden poner en peligro el desarrollo del feto o el embarazo. Sólo se aplicará esta disposición si es imposible asignar a la mujer a otro puesto de trabajo.

Tras el parto, el padre puede solicitar una prestación y una excedencia de paternidad de una duración máxima de dieciocho días laborables que cogerá en cuatro ocasiones a lo largo del período de abono de la prestación por paternidad y la prestación parental. El derecho a la prestación por paternidad se prolonga de uno a doce días laborables si el padre ha percibido una prestación parental al menos durante los doce últimos días laborables del período de concesión de la prestación parental.

La prestación de maternidad y la prestación parental son iguales al subsidio diario de enfermedad. Los padres cuyo hijo menor de dieciséis años reciba asistencia sanitaria o una rehabilitación en el hospital o, en determinados supuestos, a domicilio, pueden percibir una prestación especial de asistencia sanitaria. Por lo general, se abona esta prestación en total durante un máximo de sesenta días laborables por hijo durante un año civil. La cuantía de la prestación especial de asistencia sanitaria por hijo es igual al subsidio diario.

Importes de las prestaciones

La prestación diaria aumenta de acuerdo con los ingresos anuales del beneficiario. Se establece una prestación en metálico mínima.

Prestaciones en especie

Las exploraciones médicas en los centros de asistencia sanitaria materno-infantil en el transcurso y después del embarazo son gratuitas.

¿Cómo se accede a las prestaciones de maternidad y paternidad?

Las solicitudes de prestaciones se dirigen a la oficina local de la Fundación de Seguros Sociales o a la Caja Profesional. Debe solicitar la prestación por maternidad con dos meses de antelación a la fecha prevista del parto, y la prestación de paternidad en un plazo de dos meses respecto a la fecha deseada para iniciar el abono de las prestaciones. Es necesario presentar las solicitudes de prestaciones parentales un mes antes de la fecha deseada de inicio de abono de las mismas.

Existe derecho de reclamación en materia de prestaciones parentales. Deberá dirigir el recurso a la oficina de la Fundación de Seguros Sociales o a la Caja Profesional que haya dictaminado la decisión que quiere recurrir, que analizará si es posible una rectificación. Si no se cumplen los requisitos necesarios para proceder a una rectificación a ese nivel, la Comisión de Recursos de la Seguridad Social analizará el recurso. Se puede apelar la decisión de esta comisión ante el Tribunal de la Seguridad Social.

Capítulo V. Prestaciones de invalidez

Nacimiento del derecho a las prestaciones de invalidez

Las prestaciones de invalidez forman parte principalmente del régimen de pensiones.

En Finlandia hay un sistema dual:

- un sistema de seguro (pensión legal vinculada a los ingresos, *Työeläke*) financiado por las cotizaciones que cubre a todas las personas que ejerzan una actividad económica (trabajadores por cuenta ajena, autónomos, agricultores) con edades comprendidas entre los 18 y los 68 años;
- un sistema de protección universal financiado por los ingresos tributarios (pensión nacional, *Kansaneläke* y pensión mínima garantizada, *Takuueläke*) que garantiza una pensión mínima a todos los residentes con edades comprendidas entre los 16 y los 65 años.

Los regímenes de pensiones están integrados y, cuando una pensión legal vinculada a los ingresos supera un determinado límite, no se abona ninguna pensión nacional ni pensión mínima garantizada.

Para tener derecho a la **pensión nacional** o a la **pensión mínima garantizada**, son necesarios 3 años de residencia después de cumplir los 16 años de edad. Si una persona no ha residido en Finlandia durante tres años, se contabilizarán los períodos de residencia en otros estados miembros de la Unión Europea, Islandia, Liechtenstein, Noruega y Suiza. No obstante, es obligatorio haber residido un año en Finlandia.

Para los trabajadores por cuenta ajena, el derecho a la **pensión legal vinculada a los ingresos** no está supeditado a una duración mínima de la afiliación. Los trabajadores autónomos deben haber completado un periodo de actividad por cuenta propia de al menos 4 meses.

Tanto en el sistema nacional como en el vinculado a los ingresos, las prestaciones pueden adoptar diferentes formas:

- La pensión de invalidez se concede a una persona asegurada que ha perdido su capacidad para el trabajo, ya sea por una enfermedad que se estime provoque una incapacidad de al menos un año de duración, o bien debido a una malformación o lesión permanente. Para recibir una pensión de invalidez de acuerdo con el sistema vinculado a los ingresos, el asegurado debe haber perdido al menos 3/5 de su capacidad para el trabajo (2/5 en el caso de la pensión de invalidez parcial). De conformidad con el régimen de pensiones nacionales, el requisito es la pérdida de capacidad para el trabajo de al menos 3/5 (no se abona ninguna pensión parcial). A partir de los 60 años de edad, se aplican criterios menos estrictos a la pensión de invalidez. Las personas menores de 20 años de edad no pueden recibir una pensión hasta que se hayan evaluado sus perspectivas de rehabilitación. Por lo general, se abona la pensión de invalidez cuando la persona ha percibido prestaciones por enfermedad durante un período aproximado de trescientos días;
- El subsidio de rehabilitación se abona al trabajador cuando parece probable que su estado de invalidez, debido a una deficiencia o a una enfermedad, mejorará gracias a cuidados o a una rehabilitación. La concesión de esta rehabilitación exige un programa de cuidados y rehabilitación.

Alcance de la cobertura

Pensión de discapacidad

La pensión de invalidez es abonable desde el final del periodo máximo de pago de la prestación de enfermedad (300 días) mientras se cumplan las condiciones y hasta que se pueda recibir la pensión de vejez (63 años de edad para el régimen de pensiones vinculadas a los ingresos y 65 para el régimen de pensiones nacionales).

En el régimen vinculado a los ingresos, el cálculo de la pensión de invalidez tiene en cuenta, bajo determinadas condiciones, el período futuro (que incluye desde la realización del riesgo hasta la edad de la jubilación). Por lo general, la remuneración del período futuro se define en función de los ingresos profesionales durante los cinco años anteriores al año de realización del riesgo (período de referencia). Sólo se tienen en cuenta en el período de referencia los ingresos del trabajo o asegurados en virtud de la ley finlandesa sobre jubilaciones. La pensión de invalidez parcial equivale al 50 % de la pensión de invalidez completa.

En el régimen de pensiones nacionales, el importe de las prestaciones depende de la duración de la residencia en Finlandia, del estado civil y del importe de otras pensiones generadas a través del empleo. El importe íntegro se abona si la persona ha residido en Finlandia durante el 80 % del tiempo transcurrido después de cumplir los 16 años de edad y antes de que comience la pensión. De lo contrario, la pensión se ajusta a la duración de la residencia. Por encima de un determinado límite máximo, el importe de la pensión se reduce en un 50 % del importe de la pensión legal vinculada a los ingresos y otras pensiones finlandesas y extranjeras.

Pensión mínima garantizada

Un residente que reciba una pensión de invalidez completa tiene derecho a una pensión mínima garantizada si los ingresos totales brutos de su pensión son inferiores al importe íntegro de la pensión mínima garantizada. También los inmigrantes (es decir, los residentes que no tienen derecho a una pensión nacional) que no sean beneficiarios de una pensión nacional pueden percibir una pensión mínima garantizada si tienen al menos 16 años y sufren alguna discapacidad definida en la Ley de pensiones nacionales.

El importe de la pensión mínima garantizada se ve afectado por cualquier otro ingreso de pensiones que una persona pueda recibir de Finlandia o del extranjero. Los otros ingresos de pensiones se deducen del importe total de la pensión mínima garantizada, que no se reduce con el salario, los ingresos de capital o los activos. Su importe tampoco se ve afectado por la ayuda por dependencia para pensionistas, la asignación de vivienda para pensionistas o la ayuda por dependencia para cuidados no profesionales.

Subsidio de rehabilitación

Antes de conceder la pensión de invalidez, el proveedor de la pensión debe cerciorarse de que las perspectivas de rehabilitación del solicitante se han investigado.

El proveedor de la pensión abona una prestación de rehabilitación durante los meses en los cuales el asegurado no puede ejercer una actividad remunerada debido a los

cuidados de readaptación profesional. El titular de una pensión percibe un importe de pensión incrementado durante el período de readaptación.

El subsidio de rehabilitación se abona durante un período definido.

En el régimen vinculado a los ingresos, el subsidio de rehabilitación equivale a la pensión de invalidez completa más un incremento de rehabilitación del 33 % durante los períodos de rehabilitación activa.

En el régimen de pensiones nacionales, el subsidio de rehabilitación corresponde al 75 % de los ingresos y es abonable después de un período de carencia de 1 o 1+9 días. Se abona cuando el período de rehabilitación dura más de 30 días. El subsidio de rehabilitación es un 10 % adicional al importe de la pensión nacional del pensionista, y los costes de los servicios de rehabilitación están cubiertos por completo.

Otras prestaciones de invalidez

Cabe destacar:

- Ayuda por dependencia (*Eläkettä saavan hoitotuki*), que es una prestación que se abona a los pensionistas con arreglo a tres tasas diferentes, en función de la necesidad de asistencia o para compensar los costes surgidos de la asistencia a domicilio u otros gastos especiales ocasionados por enfermedad o accidente;
- subsidio de incapacidad (*16 vuotta täyttäneen vammaistuki*), que se paga a las personas de entre 16 y 64 años de edad que no reciben una pensión y cuya salud se ha debilitado debido a una enfermedad o a un accidente, y tiene por objeto compensar las dificultades, los servicios necesarios, etc. El importe depende del grado de invalidez, la necesidad de asistencia y los gastos adicionales.
- asignación de vivienda para pensionistas (*Eläkkeensaajan asumistuki*), que puede concederse a pensionistas que residen en Finlandia. La cuantía es proporcional a los ingresos del pensionista y los costes de la vivienda, además de aplicarse otros factores.

¿Cómo se accede a las prestaciones de invalidez?

Debe presentarse una solicitud al proveedor de pensiones correspondiente.

El grado de invalidez se establece en relación con el estado de salud del asegurado. Además de los informes médicos, la evaluación del grado de invalidez tiene en consideración otros factores, en particular el nivel de formación, la experiencia profesional, la edad y la capacidad para encontrar trabajo.

El subsidio de rehabilitación puede suspenderse si hay un cambio en la capacidad para trabajar del asegurado o si este se niega a recibir tratamiento de rehabilitación sin motivo justificado.

En el régimen vinculado a los ingresos, la pensión de invalidez completa y la prestación de rehabilitación completa se pueden transformar en una pensión de invalidez parcial y una prestación de rehabilitación parcial en caso de modificación de la capacidad para el trabajo y de las rentas.

En caso de que surjan controversias relacionadas con prestaciones de invalidez, el solicitante podrá interponer un recurso ante el proveedor de pensiones, que

considerará la posibilidad de realizar una corrección. Si ello no es posible a este nivel, el solicitante será remitido a la Comisión de Recursos de la Seguridad Social o a la Comisión de Recursos de Pensiones Vinculadas a los Ingresos. Las decisiones de las comisiones de recursos podrán apelarse ante el Tribunal de la Seguridad Social.

Capítulo VI. Pensiones y prestaciones de vejez

Nacimiento del derecho a las prestaciones de vejez

Finlandia cuenta con dos regímenes de pensiones: el régimen de pensiones vinculadas a los ingresos y el régimen de pensiones nacionales (incluida la pensión mínima garantizada, *Takuueläke*). El régimen de pensiones vinculadas a los ingresos proporciona pensiones vinculadas a los ingresos y basadas en el seguro, mientras que el régimen general de pensiones nacionales concede pensiones mínimas basadas en la residencia.

Juntas, estas dos pensiones forman la pensión legal total. Ambas están integradas y, cuando una pensión legal vinculada a los ingresos supera un determinado límite, no se abona ninguna pensión nacional ni pensión mínima garantizada.

En el **régimen vinculado a los ingresos**, es posible jubilarse entre los 63 y los 68 años.

Las pensiones vinculadas a los ingresos en el sector privado las gestionan alrededor de 30 proveedores de pensiones. Si el interesado se ha visto cubierto por varias leyes de pensiones diferentes (es decir, si ha tenido diferentes proveedores de pensiones), el último proveedor de pensiones concede y abona toda la pensión.

Quienes residan en Finlandia o en otro Estado miembro y hayan cumplido 65 años tienen derecho a la **pensión de vejez del régimen general** y a la **pensión mínima garantizada**. Los ciudadanos finlandeses y los nacionales de otros Estados miembros deben haber residido en Finlandia al menos tres años desde que cumplieron los dieciséis. Si una persona no ha residido en Finlandia durante tres años, se contabilizarán los períodos de residencia en otros estados miembros de la Unión Europea, Islandia, Liechtenstein, Noruega y Suiza. No obstante, es obligatorio haber residido un año en Finlandia.

Tanto en el régimen vinculado a los ingresos como en el régimen nacional, el beneficiario puede, si así lo desea, solicitar la liquidación anticipada de su pensión al cumplir 62 años. En este caso, el importe de la pensión se minora de manera definitiva un 0,6 % o un 0,4 %, respectivamente, por cada mes entre el momento en que se toma efectivamente la jubilación hasta la edad legal estatutaria. La liquidación de la pensión de vejez puede diferirse pasada la edad normal de la jubilación, lo que genera un incremento de la cuantía de la pensión abonada.

Alcance de la cobertura

Pensión legal vinculada a los ingresos

En el régimen de la pensión de jubilación, los períodos que le dan derecho a percibir la pensión de vejez son los años trabajados entre los 18 años y los 68 años.

Las pensiones se calculan tomando como base reguladora el salario anual o las rentas anuales consolidadas de los trabajadores autónomos. El derecho a pensión se incrementa en los porcentajes siguientes en función de la edad:

- 1,5 % de 18 a 52 años;
- 1,9 % de 53 a 62 años;
- 4,5 % de 63 a 68 años.

Si el beneficiario sigue trabajando después de recibir su pensión, o si acepta un nuevo trabajo después de jubilarse, el derecho anual a la pensión derivada de este trabajo equivale a un 1,5 % al año. Asimismo, el derecho a pensión se incrementa en función de las remuneraciones resultantes de las prestaciones de la Seguridad Social contributivas (por ejemplo, la prestación de enfermedad).

Los estudios sancionados por un diploma y los períodos de custodia de los hijos menores de 3 años reportan un incremento del derecho a pensión de jubilación financiada por el Estado.

Pensión nacional

La pensión de vejez nacional está vinculada a la pensión: No se abona si se supera un determinado nivel de pensión. Esto se aplica a las pensiones abonadas por Finlandia y por un país extranjero, así como las indemnizaciones duraderas con carácter de pensión. Las pensiones amparadas por el ámbito de aplicación del Reglamento (CE) n° 883/2004 que emanan del seguro del mismo individuo y son abonadas por otros Estados miembros no tendrán la consideración de ingresos.

El importe de la pensión nacional depende también de la duración del tiempo que se ha residido en Finlandia entre los 16 y los 65 años. Para obtener la pensión completa es necesario acreditar al menos 40 años de residencia. Si los años de residencia son menos del 80 % del tiempo transcurrido entre los 16 y los 65 años de edad, la pensión se ajusta en proporción a la duración de la residencia.

La pensión puede incluir un suplemento para hijos a cargo.

Además, existen otros suplementos especiales para beneficiarios de pensiones de vejez:

- Ayuda por dependencia (*Eläkettä saavan hoitotuki*), que es una prestación que se abona a los pensionistas con arreglo a tres tasas diferentes, en función de la necesidad de asistencia o para compensar los costes surgidos de la asistencia a domicilio u otros gastos especiales ocasionados por enfermedad o accidente;
- Asignación para vivienda de pensionistas (*Eläkkeensaajan asumistuki*), que puede concederse a los pensionistas residentes en Finlandia y cuyo importe es proporcional a los ingresos del pensionista y los costes de la vivienda, así como algunos otros factores.

Pensión mínima garantizada

Un residente que reciba una pensión de vejez tiene derecho a una pensión mínima garantizada si los ingresos totales brutos de su pensión son inferiores a la cuantía íntegra de la pensión mínima garantizada. También los inmigrantes (es decir, los residentes que no tienen derecho a una pensión nacional) que no sean beneficiarios de

una pensión nacional tienen derecho a una pensión mínima garantizada a partir de los 65 años de edad.

El importe de la pensión mínima garantizada se ve afectado por cualquier otro ingreso de pensiones que una persona pueda recibir de Finlandia o del extranjero. Los otros ingresos de pensiones se deducen del importe total de la pensión mínima garantizada, que no se reduce con el salario, los ingresos de capital o los activos. Su importe tampoco se ve afectado por la ayuda por dependencia para pensionistas, la asignación de vivienda para pensionistas o la ayuda por dependencia para cuidados no profesionales.

¿Cómo se accede a las prestaciones de vejez?

La solicitud debe presentarse ante el proveedor de pensiones correspondiente. El Centro de Pensiones finlandés (*Eläketurvakeskus, ETK*) es el órgano central del régimen vinculado a los ingresos. El sector público cuenta con sus propios proveedores de pensiones. La Fundación de Seguros Sociales (*Kansaneläkelaitos, Kela*) administra las pensiones nacionales y las pensiones mínimas garantizadas.

En caso de que surjan controversias relacionadas con prestaciones de vejez, el solicitante podrá interponer un recurso ante el proveedor de pensiones, que considerará la posibilidad de realizar una corrección. Si ello no es posible a este nivel, el solicitante será remitido a la Comisión de Recursos de la Seguridad Social o a la Comisión de Recursos de Pensiones Vinculadas a los Ingresos. Las decisiones de las comisiones de recursos podrán apelarse ante el Tribunal de la Seguridad Social.

Capítulo VII. Prestaciones de supervivientes

Nacimiento del derecho a las prestaciones de supervivientes

Al igual que ocurre con otras prestaciones ([vejez](#) e [invalidez](#)), en Finlandia existe un sistema dual: una pensión vinculada a los ingresos y basada en el seguro, por un lado, y un sistema de protección universal financiado por los ingresos tributarios y basado en las cotizaciones que ofrece una pensión mínima, por otro lado.

El cónyuge supérstite (incluida la pareja supérstite en una pareja civil registrada), un cónyuge divorciado si tiene derecho a pensión alimenticia antes del fallecimiento (esto atañe únicamente a la pensión legal vinculada a los ingresos) y los hijos (hijo propio; hijo acogido del fallecido o del cónyuge supérstite; hijo por el cual el fallecido pagaba una pensión alimenticia; niño que vivía en el mismo hogar que el fallecido si este estaba casado con el progenitor del niño) tienen todos derecho a prestación.

En ambos regímenes, la pensión de viudedad se suspende si el cónyuge superviviente se vuelve a casar antes de cumplir cincuenta años. En este supuesto, se le abona un subsidio a tanto alzado equivalente a tres años de pensión.

Pensión vinculada a los ingresos

El cónyuge siempre tiene derecho a percibir esta pensión de viudedad si tiene un hijo fruto del matrimonio. Si la pareja no tiene hijos, es necesario:

- que el cónyuge superviviente tenga 50 años en el momento del fallecimiento, o
- que el cónyuge superviviente perciba una pensión de invalidez desde al menos tres años antes.

Además, es necesario que se haya contraído matrimonio antes de que el cónyuge superviviente haya cumplido 50 años y el matrimonio debe haber durado al menos 5 años. El cónyuge superviviente, sin hijos, nacido antes del 1 de julio de 1950, tiene derecho a percibir una pensión de viudedad cumpliendo unos requisitos menos estrictos.

Pensión nacional

Se concede una pensión de viudedad tras el fallecimiento del cónyuge si:

- el fallecido tenía menos de 65 años en el momento de contraer matrimonio;
- el cónyuge superviviente tiene menos de 65 años y no percibe una pensión nacional;
- el fallecido había residido en Finlandia durante 3 años después de cumplir los 16 años de edad;
- el cónyuge superviviente reside en Finlandia o en otro Estado miembro;
- el cónyuge superviviente tiene un hijo con el difunto. Si no hay un hijo común, sólo se podrá conceder la pensión si el superviviente tenía más de 50 años en el momento del fallecimiento de su cónyuge y menos de 50 años en el momento de contraer matrimonio y la unión ha durado al menos 5 años.

Se deben cumplir todos estos requisitos.

Alcance de la cobertura

Pensión legal vinculada a los ingresos

La **pensión de viudedad** oscila entre el 17 % y el 50 % de la pensión del fallecido, en función de cuántos hijos tengan derecho a una pensión por hijo. La pensión equivale a la pensión del fallecido cuando los beneficiarios son un viudo o viuda y dos hijos. Si el fallecido no estaba jubilado en el momento del fallecimiento, la pensión de los supervivientes se calcula sobre la base de la pensión de invalidez a la que el fallecido habría tenido derecho en el momento del fallecimiento. La pensión de viudedad se integra en su pensión propia (o anticipada). Si esta es superior a un determinado importe, la pensión de viudedad se reduce en consecuencia. La pensión de supervivientes que se ha de abonar se calcula entonces con arreglo a la fórmula siguiente: 50 % de la pensión del fallecido – 50 % (pensión propia del viudo o viuda – importe base).

En el caso de que exista un cónyuge divorciado anterior, la pensión del cónyuge se divide. La parte que se ha de pagar al cónyuge anterior depende del importe de la pensión alimenticia que dicho cónyuge reciba como parte del acuerdo de divorcio.

La **pensión de orfandad** puede abonarse a los hijos menores de 18 años. . La pensión oscila entre el 33 % y el 83 % de la pensión del fallecido, en función de cuántos hijos tengan derecho a una pensión por hijo.

Pensión nacional

Durante los 6 primeros meses, el cónyuge recibe una pensión inicial, que es una suma mensual fija (ajustada a la duración de la residencia en Finlandia del fallecido). Después de estos 6 meses, **la pensión de viudedad** se conserva si el cónyuge superviviente está manteniendo a un hijo menor de 18 años de edad, con un importe básico y con un suplemento sujeto a comprobación de recursos. Si no hay ningún hijo, importe básico no se abonará.

La **pensión de orfandad** se abona al huérfano de padre y/o de madre menor de 18 años y residente en Finlandia o en otro Estado miembro. Esta pensión se abona hasta cumplir 21 años si el beneficiario es estudiante. El huérfano de padre y de madre percibe una pensión independiente por cada uno de los progenitores.

La pensión de orfandad siempre incluye una cuantía de base. Se puede conceder además un complemento de la pensión. La cuantía de dicho complemento depende de las demás pensiones de superviviente percibidas por los hijos. Los hijos con edades comprendidas entre dieciocho y veinte años sólo perciben la cuantía de base.

¿Cómo se accede a las prestaciones de superviviente?

La solicitud debe presentarse ante el proveedor de pensiones correspondiente. El Centro de Pensiones finlandés (*Eläketurvakeskus, ETK*) es el órgano central del régimen vinculado a los ingresos. El sector público cuenta con sus propios proveedores de pensiones, Keva. La Fundación de Seguros Sociales (*Kansaneläkelaitos, Kela*) administra las pensiones nacionales.

En caso de que surjan controversias relacionadas con prestaciones de supervivientes, el solicitante podrá interponer un recurso ante el proveedor de pensiones, que

considerará la posibilidad de realizar una corrección. Si ello no es posible a este nivel, el solicitante será remitido a la Comisión de Recursos de la Seguridad Social o a la Comisión de Recursos de Pensiones Vinculadas a los Ingresos. Las decisiones de las comisiones de recursos podrán apelarse ante el Tribunal de la Seguridad Social.

Capítulo VIII. Prestaciones de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales

Nacimiento del derecho a las prestaciones de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales

El principal régimen de indemnización de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales en el marco del seguro de enfermedad y del seguro legal de pensiones es el seguro legal contra los accidentes de trabajo. En virtud del seguro contra los accidentes de trabajo, el asegurado tiene derecho a percibir una indemnización en caso de perjuicio económico provocado por un accidente de trabajo o una enfermedad profesional. El seguro legal contra los accidentes está gestionado por compañías de seguros privadas. Éstas no se pueden negar a conceder y mantener en vigor un seguro solicitado legalmente.

El seguro de accidente de los agricultores autónomos depende de la Fundación de Seguros Sociales de los Agricultores Autónomos. Es el Tesoro Público finlandés el que, en caso de accidente, abona los subsidios a los funcionarios y personal contratado por el Estado.

La empresa está obligada a asegurar a todo trabajador contratado más de 12 días durante un año civil. Si la empresa incumple su obligación de asegurar legalmente al trabajador, o si no está sujeta a esta obligación, el trabajador que haya padecido un perjuicio tendrán no obstante derecho a percibir las indemnizaciones previstas por la ley sobre el seguro de accidentes. El examen de la solicitud y el abono de los subsidios serán efectuados por la Federación de Organismos Aseguradores de Accidentes.

Conforme a la ley sobre los seguros de accidentes, el derecho a los subsidios está vinculado a la existencia de una relación de trabajo en el sector público o privado. Este seguro cubre los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales. Se entiende por accidente de trabajo aquel que se produzca en el trabajo o en circunstancias relacionadas con el mismo, en el trayecto entre el domicilio y el lugar de trabajo o en el marco de una tarea o misión encargada por el empresario. Se considera enfermedad profesional toda afección cuya causa principal pueda ser imputada probablemente a factores físicos, biológicos o químicos relacionados con el trabajo desempeñado durante un período de empleo.

Están asegurados todos los trabajadores que tienen una relación de trabajo en el sector público o privado, salvo los miembros de la familia del empresario y los directivos de la empresa que, a título individual o colectivo con los miembros de sus familias, posean la mitad de la misma. Por lo general, los estudiantes en prácticas laborales también están asegurados. Por regla general, el seguro contra los accidentes cubre asimismo a los trabajadores enviados en misión al extranjero.

Si bien los propietarios de la empresa y los miembros de su familia, así como los directivos mencionados antes no están amparados por el seguro de accidentes obligatorios pueden, no obstante, suscribir en virtud de la ley sobre los seguros de accidentes un seguro voluntario que ofrece las mismas prestaciones que el seguro obligatorio.

Alcance de la cobertura

El régimen legal del seguro de accidentes garantiza la indemnización de la atención médica esencial y la pérdida de rentas. En caso de incapacidad temporal para el trabajo se abonan subsidios diarios durante un máximo de un año. Durante las cuatro primeras semanas a partir del accidente, la cuantía es igual al subsidio de enfermedad. El subsidio diario será a continuación igual a 1/360 parte del salario anual del trabajador accidentado. El salario anual se calcula, por regla general, tomando como base reguladora los ingresos en el momento del accidente.

Si el accidente implica una incapacidad para el trabajo de una duración superior a un año, el trabajador percibirá una pensión por accidente de trabajo. La cuantía de la misma abonada a un trabajador con una invalidez total asciende al 85 % del salario anual hasta los 65 años, y a partir de entonces percibirá una pensión que representará el 70 % de su salario anual.

Se podrán abonar subsidios diarios y una pensión por accidente de trabajo parcial en caso de una incapacidad parcial. Estos subsidios y esta pensión constituyen rentas imponibles. Las cantidades reembolsadas por los gastos de los cuidados médicos no están sujetas a tributación.

Si una lesión provocada por un accidente de trabajo o una enfermedad profesional genera una invalidez general permanente, el asegurado tendrá derecho a un subsidio por inconvenientes. Las lesiones y enfermedades se agrupan en 20 categorías de discapacidad con arreglo a su gravedad, en base a una sentencia del Ministerio de Asuntos Sociales y Sanidad. Esta ayuda no está sujeta a tributación. El subsidio por incapacidad es una prestación que no está sujeta a tributación. En caso de defunción, se abona una prestación por los gastos del sepelio al patrimonio del fallecido o a las personas que han corrido con los gastos del sepelio y una pensión de superviviente al cónyuge superviviente así como a los hijos menores de dieciocho años o de veinticinco si estudian. La pensión de superviviente constituye una renta imponible.

Los gastos de rehabilitación médica y de readaptación profesional están cubiertos asimismo por el seguro de accidentes. La rehabilitación tiene como principal objetivo permitir que el trabajador vuelva a encontrar una actividad remunerada adecuada y facilitar su autonomía en la vida diaria. Se prevé el reembolso individual de los gastos legítimos de rehabilitación o readaptación, así como de la pérdida de ingresos, normalmente en forma de una pensión por accidente de trabajo.

¿Cómo se accede a las prestaciones de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales?

En caso de accidente, el trabajador debe informar de inmediato a su empresario, quien le suministrará el certificado del seguro. Previa presentación de este documento, los tratamientos médicos y medicamentos prescritos por el médico serán asumidos por el organismo del seguro de accidentes. El empresario debe remitir al organismo asegurador una declaración del accidente, siendo esta formalidad la que permite iniciar el procedimiento de indemnización.

En caso de que surjan controversias relacionadas con prestaciones de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, el solicitante podrá interponer un recurso ante el proveedor de pensiones, que considerará la posibilidad de realizar una corrección. Si

ello no es posible a este nivel, el solicitante será remitido a la Comisión de Recursos de Accidentes Profesionales; su decisión podrá apelarse ante el Tribunal de la Seguridad Social.

Capítulo IX. Prestaciones familiares

Nacimiento del derecho a las prestaciones familiares

Se abonan prestaciones por hijos a cargo por cada hijo residente en Finlandia hasta que cumpla 17 años.

La futura madre que reside en Finlandia tiene derecho a un subsidio de maternidad si está embarazada desde al menos 154 días y se ha sometido a un examen médico en el transcurso de los cuatro primeros meses de gestación. Los padres que adoptan un hijo menor de dieciocho años también tiene derecho a esta ayuda.

Como alternativa a las estructuras de acogida propuestas por el municipio, la familia puede optar por una ayuda por custodia de los hijos si tiene un hijo menor de tres años. En estos supuestos, el derecho a percibir la ayuda se amplía asimismo a los demás hijos de la familia en edad preescolar.

Alcance de la cobertura

Prestaciones por hijos a cargo

La cuantía de la prestación por hijos a cargo depende del número de hijos con derecho a prestación. La prestación por hijos a cargo aumenta para cada hijo de una familia monoparental. Las prestaciones por hijos a cargo están exentas de tributación.

Subsidio de maternidad

La ayuda prenatal se concede, a elección de la madre, bien como una ayuda financiera bien como una «canastilla» con ropa y productos de cuidado infantil. La prestación por maternidad no está sujeta a tributación.

Asignaciones para cuidado de los niños

La asistencia a domicilio para el cuidado de los niños está a disposición de las familias que, en lugar de recurrir a la atención de día ofrecida por los municipios, cuidan de sus hijos menores de 3 años de edad en casa o de alguna otra forma. Esta prestación consta de una parte básica, un incremento por hermano y un complemento, si se cumplen determinados requisitos de recursos.

Cuando la familia organiza el cuidado del hijo de manera privada, se abona una asignación para cuidado privado de los niños. Además del importe básico, se puede abonar un complemento, si se cumplen determinados requisitos de recursos. La asignación se abona directamente al prestador de los cuidados.

Se abona una asignación parcial para cuidado de los niños a un progenitor que tenga un hijo menor de 3 años de edad o durante los 2 primeros años escolares del hijo y que reduzca sus horas de trabajo a un máximo de 30 horas a la semana.

¿Cómo se accede a las prestaciones familiares?

La solicitud de prestaciones por hijos a cargo se dirige a la oficina local de la Fundación de Seguros Sociales. Se puede recurrir la decisión de dicha institución ante la Comisión de Recursos de la Seguridad Social. Se puede recurrir la decisión de dicha institución ante la Comisión de Recursos de la Seguridad Social.

Debe dirigir la solicitud del subsidio de maternidad a la oficina local de la Fundación de Seguros Sociales a más tardar dos meses antes de la fecha prevista del parto. Los padres adoptivos deben presentar la solicitud de ayuda prenatal antes de que el hijo cumpla un año.

La solicitud del subsidio de maternidad puede presentarse al mismo tiempo que la de la prestación de maternidad, paternidad, y las prestaciones parentales y por hijos a cargo.

Capítulo X. Desempleo

Nacimiento del derecho a las prestaciones de desempleo

Las prestaciones de desempleo constan de una prestación vinculada a las rentas, una prestación de base y apoyo del mercado de trabajo. La mayoría de los trabajadores por cuenta ajena están cubiertos por la caja del seguro de desempleo de su propio sector, en cuyo caso tienen derecho a una prestación vinculada a las rentas. La caja del seguro de desempleo abona la prestación. La Fundación de Seguros Sociales (*Kansaneläkelaitos, Kela*) abona la prestación de base y el subsidio de empleo.

Para percibir prestaciones de desempleo de cualquier tipo, debe cumplir los siguientes requisitos:

- estar desempleado contra su voluntad;
- no trabajar;
- ser capaz de trabajar;
- estar inscrito como demandante de empleo;
- estar a disposición de la oficina de empleo; y
- residir en Finlandia.

Seguro de desempleo

Las prestaciones de base se abonan a los desempleados demandantes de empleo de 17 a 64 años con un total de 34 semanas de actividad en los 28 meses anteriores a la situación de desempleo. Los trabajadores autónomos deben por su parte haber ejercido una actividad por cuenta propia durante 18 meses en los 48 meses inmediatamente anteriores a la situación de desempleo y esta actividad profesional debe haber sido de una escala sustancial.

Los mismos límites de edad y duraciones mínimas de afiliación son aplicables a las prestaciones vinculadas a las rentas, pero la duración mínima de afiliación debe satisfacerse mientras se esté inscrito en una caja del seguro de desempleo. La afiliación a la Caja de Seguros de Desempleo es voluntaria.

Subsidio de empleo

Los desempleados de 17 a 64 años que residen en Finlandia y que o bien no tienen derecho a la prestación de desempleo o bien han agotado su derecho, pueden recibir el subsidio de empleo. Las personas de 17 a 24 años tienen derecho a esta prestación mientras dure la participación en las medidas de promoción del empleo (prueba de trabajo, aprendizaje, formación de mercado de trabajo o rehabilitación).

Quienes accedan por primera vez al mercado de trabajo pasan primero por un periodo de formación de cinco meses. Esto no se aplica a los alumnos de formación profesional.

Alcance de la cobertura

Seguro de desempleo

Las prestaciones de desempleo de base y vinculadas a las rentas se abonan a los trabajadores desempleados inscritos en una agencia de empleo a partir del séptimo día laborable transcurrido durante 8 semanas consecutivas.

Las prestaciones se abonan cinco días por semana durante un máximo de quinientos días laborables.

Los desempleados de edad avanzada que cumplen el requisito relativo a los antecedentes profesionales tienen derecho a una prestación de desempleo ampliada.

Cuantía de las prestaciones

La prestación de desempleo de base (*peruspäiväraha*) es una prestación a tanto alzado por día de la semana.

El importe de las prestaciones vinculadas a las rentas corresponde a la suma de la prestación de base y el 45 % de la diferencia entre el salario diario y la prestación de base. Si el salario mensual es más de 105 veces superior al importe básico, el importe es el 20 % de la cuantía que supera dicha suma. En determinadas condiciones, el componente vinculado a las rentas se incrementa.

Ayuda para acceder al mercado de trabajo

El apoyo para acceder al mercado de trabajo se abona a los trabajadores desempleados inscritos en una agencia de empleo a partir del quinto día laborable transcurrido durante 8 semanas consecutivas.

Dicho subsidio de empleo es una prestación igual a la prestación de desempleo de base. El examen de los recursos tiene en cuenta el conjunto de rentas propias del interesado y el tramo de ingresos percibidos por su cónyuge o sus padres por encima de determinado límite máximo.

El apoyo del mercado de trabajo se abona sin requisitos de recursos durante 180 días después de la concesión de las prestaciones de desempleo durante el período máximo de 500 días, durante la participación en las medidas de promoción del empleo y para determinados desempleados de edad más avanzada.

El apoyo para acceder al mercado de trabajo puede abonarse de manera indefinida.

¿Cómo se accede a las prestaciones de desempleo?

La solicitud de prestaciones de base y del subsidio de empleo se dirige a la oficina local de la Fundación de Seguros Sociales y la solicitud de la prestación vinculada a las rentas a la Caja de Seguros de Desempleo del afiliado. La Agencia de Empleo comunica a la Fundación de Seguros Sociales o a la Caja de Seguros de Desempleo un dictamen vinculante sobre los requisitos necesarios en virtud de la política de empleo para la concesión de la prestación.

Es posible apelar la decisión de la Fundación de Seguros Sociales o de la Caja de Seguros de Desempleo respecto a la protección contra el desempleo ante la oficina de la Fundación o la Caja que haya tomado la decisión, que analizará la posibilidad de rectificar. Si no se cumplen los requisitos para una rectificación en este nivel la Comisión del Seguro de Desempleo analizará la queja. Se puede apelar la decisión de la Comisión del Seguro de Desempleo recurriendo al Tribunal de la Seguridad Social.

Capítulo XI. Recursos mínimos

Nacimiento del derecho a prestaciones relativas a los recursos mínimos

Asistencia social general

La asistencia social es una forma de asistencia de último recurso diseñada para garantizar la subsistencia mínima de la persona (familia). La asistencia se proporciona cuando, temporalmente o durante un período más corto o más largo, una persona (o una familia) carece de medios suficientes para afrontar los costes necesarios para vivir. El pago de la prestación corre a cargo del municipio de la zona en la que reside la persona (o la familia).

El derecho a asistencia social está disponible para todos los residentes permanentes. No está supeditado a condiciones de edad ni de nacionalidad.

Recursos mínimos específicos

La **ayuda de dependencia** es una prestación que se abona a pensionistas y se clasifica en tres categorías en función de la necesidad de asistencia o para compensar los costes derivados de los cuidados prestados en el domicilio u otros gastos especiales generados por enfermedad o lesión.

La **prestación de ayuda a las personas discapacitadas** está destinada a ayudar económicamente a las personas discapacitadas de 16 a 64 años en su vida diaria, así como en su actividad profesional y sus estudios. Se puede conceder esta prestación a las personas que no perciben ninguna otra pensión. La cuantía de esta ayuda se escalona en tres categorías.

El **subsidio de vivienda para pensionistas** se abona a las personas mayores de 65 años que residen permanentemente en Finlandia o a los pensionistas de 16 a 64 años de edad. Esta prestación se concede para los gastos de alojamiento razonables que superen en un 85 % determinada franquicia. El gobierno fija cada año los límites máximos teniendo en cuenta el coste del alojamiento en función del municipio en el que se encuentra y el tamaño de la familia. La cuantía de la prestación depende, además, de los vínculos familiares y de la magnitud de los ingresos y bienes del interesado.

El **subsidio de vivienda general** cubre el 80 % de los costes de vivienda razonables que superan una franquicia básica (el importe que la unidad familiar debería abonar en cualquier caso). La cuantía de la franquicia depende del emplazamiento de la vivienda, el tamaño de la unidad familiar y los ingresos brutos anuales de la unidad familiar. Las cuantías de la franquicia básica se establecen cada año. Las unidades familiares cuyos ingresos les dan derecho a percibir el subsidio de vivienda íntegro están exentos de franquicia básica.

Ayuda para acceder al mercado de trabajo
[Véase el apartado sobre desempleo.](#)

Alcance de la cobertura

Asistencia social general

Esta prestación consta de un importe básico fijado y una asistencia adicional que varía según las necesidades. El importe depende de la composición de la familia, como se especifica a continuación:

- personas solteras y progenitores solteros: importe básico mensual;
- otras personas mayores de 18 años: el 85 % del importe básico;
- hijos de 18 o más años que viven con sus padres: 73 % del importe básico;
- hijos de entre 10 y 17 años: el 70 % del importe básico;
- niños menores de 10 años; el 63 % del importe básico;
- familias con hijos menores de 17 años de edad: el importe básico se reduce en un 5 % a partir del segundo hijo y en un 10 % por cada hijo a partir del tercero.

Los gastos médicos sustanciales se tienen en cuenta mediante un examen caso por caso mientras se determina el importe de la asistencia social.

Otros gastos por los que se puede conceder una asistencia social adicional incluyen el 100 % de los costes de alojamiento, los costes de la atención de día de los hijos y otros costes que se consideren esenciales.

¿Cómo se accede a las prestaciones de recursos mínimos?

El municipio concede la asistencia social durante un período fijado, normalmente por períodos de un mes. El procedimiento se rige por los requisitos legales del municipio y sigue las normas administrativas habituales.

El beneficiario tiene la obligación de informar a la autoridad competente de cualquier cambio que afecte a las circunstancias en las que se basa la decisión. La necesidad de asistencia se vuelve a evaluar en tales casos.

Capítulo XII. Dependencia

Nacimiento del derecho a las prestaciones de dependencia

Todos los residentes tienen derecho a una atención a largo plazo, sin ninguna duración mínima de la afiliación ni límite de edad.

Las personas con una necesidad constante y periódica de asistencia o atención (generalmente al menos una vez a la semana) están cubiertas.

No hay una definición universal del derecho a la prestación, ya que este depende del régimen y del municipio.

Alcance de la cobertura

Prestaciones en especie

Pueden prestarse servicios a domicilio y servicios para los discapacitados (servicios de transporte, asistente personal, reforma de la casa), así como apoyo para cuidados no profesionales (ayuda por dependencia, baja legal para el cuidador, apoyo y asesoramiento).

También se ha previsto un alojamiento que ofrezca los servicios pertinentes para las personas de edad avanzada y las personas con discapacidad que necesitan apoyo externo y asistencia, los cuales no pueden dispensarse en una vivienda ordinaria.

Los servicios de asistencia institucional legal incluyen los servicios institucionales prestados en las residencias para personas de edad avanzada, en las salas hospitalarias de los centros sanitarios municipales y en las unidades de cuidados especializados para las personas con discapacidades mentales. La asistencia institucional a largo plazo se presta en diferentes tipos de residencias y hogares para veteranos de guerra discapacitados. Varias organizaciones no gubernamentales y empresas privadas también prestan asistencia institucional en residencias para personas de edad avanzada y en hospitales privados.

La participación personal en la atención a largo plazo (más de 3 meses) organizada públicamente está vinculada a los ingresos. La tarifa no puede superar el 85 % de los ingresos mensuales netos del interesado. Con independencia de esto, debe reservarse un importe mínimo al mes para su uso personal.

Prestaciones en metálico

La ayuda por dependencia para pensionistas (*Eläkkeensaajien hoitotuki*) se clasifica en tres categorías en función de la necesidad de asistencia:

- Subsidio básico: abonable en caso de enfermedad o accidente que provoque una necesidad de asistencia al menos semanal en las actividades personales de la vida cotidiana y orientación o supervisión al respecto;
- Tasa incrementada: abonable en caso de enfermedad o accidente que provoque una necesidad de asistencia diaria en varias actividades personales o una necesidad de orientación o supervisión periódicas;

- Tasa especial: abonable en caso de enfermedad o accidente que provoque una necesidad de asistencia las 24 horas y orientación por parte de otra persona.

Otros importes en metálico de atención a largo plazo (dependencia) incluyen:

- Prestación por discapacidad de los hijos y prestación por discapacidad: ambas prestaciones tienen tres tasas en función de la gravedad. La primera prestación por hijos a cargo se abona para cuidar de un niño cuyo estado, debido a una enfermedad o a una deficiencia o a una lesión requiere, durante al menos seis meses, unos cuidados y una rehabilitación de tal naturaleza que constituyen una carga especial, económica o de otro tipo. La segunda está destinada a ayudar a las personas discapacitadas de 16 a 64 años en su vida diaria, así como en su actividad profesional y sus estudios. Únicamente se abona a las personas que no reciben ninguna otra pensión;
- Subsidio por cuidados a una persona dependiente: Esta prestación depende del municipio. Aquellos cuidadores que han formalizado un contrato con el municipio tienen derecho a tres días libres al mes.

¿Cómo se accede a las prestaciones de dependencia?

Los municipios prestan los servicios, y a ellos se les deben presentar las solicitudes. Los municipios son responsables de los servicios, que pueden correr a cargo del propio municipio o de una agrupación de municipios, o que se pueden prestar sobre la base de un contrato con un proveedor de servicios privado.

Anexo. Direcciones de instituciones y sitios web útiles

Para obtener información más pormenorizada sobre las condiciones exigidas y las prestaciones personales de la seguridad social en Finlandia, debe dirigirse a las instituciones públicas que gestionan el sistema de protección social.

Las solicitudes de información sobre la incidencia de los periodos de afiliación en dos o más Estados miembros sobre las prestaciones deben dirigirse a:

Kansaneläkelaitos
(Fundación de Seguros Sociales)

Solicitudes de información individuales:
Oficina local correspondiente (domicilio o lugar de estancia del interesado)

Otras informaciones:
Nordenskiöldinkatu 12
PL 450
00101 Helsinki
Tfno.: 020 434 11
Fax: 020 434 5058
Correo electrónico: International.affairs@kela.fi
<http://www.kela.fi>

Eläketurvakeskus
Centro de Pensiones finlandés)
00065 Eläketurvakeskus Tel.
Tfno.: 010 7511
<http://www.etk.fi>

Tapaturmavakuutuslaitosten liitto
(Federación de Organismos del Seguro de Accidentes)
Bulevardi 28
00120 Helsinki Tel.
Tfno.: (09) 680 401
Correo electrónico: <mailto:tv1@vakes.fi>
<http://www.tv1.fi>

Työttömyyskassojen Yhteisjärjestö ry (TYJ)
(Federación de Cajas de Desempleo de Finlandia)
Mäkelänkatu 2 C
00500 Helsinki
<http://www.tyj.fi>

Instituciones de Jubilación Profesional

Eläke-Fennia
00041 Eläke-Fennia Tel.
Tfno.: 010 5031

Tapiola
PL 9
02010 Tapiola
Tfno.: (09) 4531

Varma
PL 1
00098 Varma
Tfno.: 010 51513

Ilmarinen
00018 Ilmarinen Tel.
Tfno.: (09) 1841

Pensions-Alandia
PB 121
22101 Mariehamn
Tfno.: (018) 29 000

Veritas
PL 133
20101 Turku
Tfno.: 010 55 010

Etera
PL 20
00241 Helsinki
Tfno.: 010 553 300

Las cajas de jubilación y los fondos de pensiones dependen de la empresa y su dirección es la del empresario correspondiente.

Maatalousyrittäjien eläkelaitos
(Fundación de Seguros Sociales de los Agricultores Autónomos)
PL 16
02101 Espoo
Tfno.: (09) 43 511

Merimieseläkekassa
(Caja de Jubilación de los Trabajadores del Mar)
PL 327
00121 Helsinki Tel.
Tfno.: 010 633 990

Keva
PL 425
00101 Helsinki
Tfno.: 010 3141

Finanssivalvonta
(Oficina de Control Financiero)
PL 449
00101 Helsinki
Tfno.: (09) 415 5950