



Comisión
Europea

La Seguridad Social

en Suiza

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	10
Nacimiento del derecho a la asistencia sanitaria.....	10
Alcance de la cobertura	10
¿Cómo se accede a la asistencia sanitaria?.....	11
Capítulo III. Prestaciones de enfermedad en metálico	13
Nacimiento del derecho a las prestaciones de enfermedad en metálico	13
Alcance de la cobertura	13
¿Cómo se accede a las prestaciones de enfermedad en metálico?	14
Capítulo IV. Prestaciones de maternidad y paternidad	15
Nacimiento del derecho a las prestaciones de maternidad y paternidad	15
Alcance de la cobertura	15
¿Cómo se accede a las prestaciones de maternidad y paternidad?.....	16
Capítulo V. Prestaciones de invalidez.....	17
Nacimiento del derecho a las prestaciones de invalidez.....	17
Alcance de la cobertura	18
¿Cómo se accede a las prestaciones de invalidez?.....	21
Capítulo VI. Pensiones y prestaciones de vejez	22
Nacimiento del derecho a las prestaciones de vejez.....	22
Alcance de la cobertura	22
¿Cómo se accede a las prestaciones de vejez?.....	24
Capítulo VII. Prestaciones de supervivientes	25
Nacimiento del derecho a las prestaciones de supervivientes.....	25
Alcance de la cobertura	26
¿Cómo se accede a las prestaciones de superviviente?	26
Capítulo VIII. Prestaciones de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales ..	27
Nacimiento del derecho a las prestaciones de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.....	27
Alcance de la cobertura	27
¿Cómo se accede a las prestaciones de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales?	30
Capítulo IX. Prestaciones familiares	31
Nacimiento del derecho a las prestaciones familiares.....	31
Alcance de la cobertura	31
¿Cómo se accede a las prestaciones familiares?.....	32
Capítulo X. Desempleo	33
Nacimiento del derecho a las prestaciones de desempleo	33
Alcance de la cobertura	33
¿Cómo se accede a las prestaciones de desempleo?	35
Capítulo XI. Recursos mínimos	36
Nacimiento del derecho a prestaciones relativas a los recursos mínimos	36
Alcance de la cobertura	36
¿Cómo se accede a las prestaciones de recursos mínimos?	37
Capítulo XII. Dependencia	38
Nacimiento del derecho a las prestaciones de dependencia	38
Alcance de la cobertura	39
¿Cómo se accede a las prestaciones de dependencia?.....	40

Anexo. Direcciones de instituciones y sitios web útiles.....41

Capítulo I. Introducción, organización y financiación

Introducción

Seguridad Social

El seguro de enfermedad suizo incluye un seguro obligatorio de asistencia sanitaria (asunción de los costes de las prestaciones de asistencia sanitaria en caso de enfermedad, maternidad y, a título subsidiario, en caso de accidente) y el seguro voluntario de subsidios diarios.

El seguro de accidentes y enfermedades profesionales cubre todo tipo de lesiones y enfermedades profesionales. Es obligatorio para los trabajadores por cuenta ajena y opcional para los trabajadores autónomos. Las personas no aseguradas contra lesiones con arreglo a la Ley sobre el Seguro de Accidentes están cubiertas por un seguro de enfermedad, en lo referente a la asistencia sanitaria.

La protección de la vejez, los supervivientes y la invalidez se organiza a través de sistema basado en un régimen público de pensiones (seguro federal de base) que cubre a toda la población. Se complementa con un régimen profesional de pensiones para los trabajadores por cuenta ajena, parte del cual es obligatorio para los que alcanzan un determinado nivel de ingresos y opcional para el resto, en cuyo caso la elección corresponde al empresario (planes de previsión profesional). Además, existe un plan de ahorros privados, de carácter voluntario, que se beneficia de medidas incentivadoras (medidas de previsión privada de carácter individual). La suma de todo ello forma el denominado «sistema de tres pilares» de Suiza.

En el marco del sector agrícola, las prestaciones familiares están reguladas a escala federal. En otros sectores están sujetas a las legislaciones cantonales y a una ley de armonización federal.

El seguro de desempleo es obligatorio para todos los trabajadores por cuenta ajena.

Asistencia social

Por lo general, la prestación de asistencia social —el último recurso de protección social— es competencia de los cantones, si bien son los municipios los responsables de su aplicación. La ayuda social se apoya, pues, fundamentalmente en veintiséis regímenes cantonales, un sistema que genera disparidades significativas. Las recomendaciones de la Conferencia Suiza de Instituciones de Acción Social (CSIAS) contribuyen a mantener un determinado nivel de armonización en relación con estas prestaciones.

Organización de la protección social

Seguridad Social

Cada rama de la Seguridad Social está gestionada por una entidad diferente.

El seguro de enfermedad está gestionado por las Cajas de Enfermedad reconocidas y por los aseguradores privados autorizados para proporcionar seguros sociales de enfermedad. Quienes están sujetos a la obligación de afiliación pueden elegir libremente entre los aseguradores reconocidos de su lugar de residencia.

El seguro de accidentes está gestionado por la Caja Nacional Suiza de Seguros de Accidentes (*Caisse Nationale Suisse d'assurance en cas d'Accidents, CNA*), que asegura a más de la mitad del total de los trabajadores por cuenta ajena a través de aseguradoras públicas o privadas.

El seguro de vejez, supervivientes e invalidez (*AHV-AVS/IV-AI*, primer pilar) está gestionado por las cajas de compensación cantonales, federales y profesionales, y por una Oficina Central de Compensación. El seguro de invalidez también está gestionado por las oficinas cantonales del régimen *IV-AI*.

El régimen APG (prestaciones en metálico en caso de maternidad) está gestionado por los organismos del seguro de vejez y supervivientes (*AHV-AVS*).

Los cantones determinan las entidades responsables de recibir y examinar las solicitudes, y de establecer y abonar las *prestaciones* complementarias del primer pilar. Normalmente, las entidades designadas son las cajas de compensación cantonales.

Los planes de previsión profesional relativa a vejez, supervivientes e invalidez (segundo pilar) están gestionados por las entidades de previsión registradas.

En el régimen federal, las prestaciones familiares están gestionadas por las cajas de compensación cantonales, y, en los regímenes cantonales, por las cajas de prestaciones familiares (cajas profesionales o interprofesionales y cajas cantonales reconocidas).

El seguro de desempleo está gestionado por varios organismos, principalmente cajas de desempleo públicas, cajas de desempleo privadas reconocidas, autoridades designadas por los cantones y determinados organismos del seguro de vejez y supervivientes (*AHV-AVS*).

Las ramas relativas a enfermedad y accidentes están bajo la *supervisión* de la Oficina Federal de Salud Pública (OFSP), que forma parte del Departamento Federal (Ministerio) del Interior. Las ramas de vejez, supervivientes e invalidez, el régimen de subsidios de compensación de ingresos (régimen APG) y las prestaciones familiares están gestionadas por la Oficina Federal de Seguros Sociales (OFAS), que forma parte del mismo Departamento. El seguro de desempleo es competencia de la Secretaría de Estado de Asuntos Económicos, que forma parte del Departamento Federal de Asuntos Económicos.

Asistencia social

Véase la Introducción.

Financiación

Las distintas ramas de la Seguridad Social se financian por lo general, en primer lugar, mediante las cotizaciones de los asegurados y de sus empresarios y, en segundo lugar, por las imposiciones fiscales.

Prestaciones en especie de enfermedad y maternidad

Para las prestaciones en especie de enfermedad y maternidad la prima individual está fijada por el asegurador y aprobada por el órgano de vigilancia. Los asegurados que residen en una misma región pagan primas idénticas al mismo asegurador. Los aseguradores tienen la posibilidad de escalar el importe de las primas y los costes difieren en función de cada cantón y región. Se fija una prima reducida para los hijos (de edad inferior o igual a 18 años) y los jóvenes (de edad inferior o igual a 25 años).

La prima media aplicable en Suiza por adulto (cobertura de accidentes incluida) es de 382 CHF (318 EUR) al mes.

Los poderes públicos conceden a las personas con una situación socioeconómica modesta una disminución de las primas.

Prestaciones en metálico de enfermedad y maternidad

El asegurador establece la prima relativa a las prestaciones en metálico de enfermedad. Las primas son iguales si las prestaciones aseguradas son las mismas, pero existe la posibilidad de escalar las primas en función de la edad de afiliación y las regiones.

Las prestaciones por pérdida de ganancia en caso de maternidad y servicio (APG) están financiadas por los asegurados y los empresarios:

- 0,5 % del salario bruto (en total, el trabajador y el empresario contribuyen con un 0,25 % cada uno);
- 0,5 % de los ingresos profesionales brutos de los trabajadores autónomos; se contempla una minoración de la base de cotización según un baremo regresivo a partir de un umbral de rentas;
- no existe umbral o límite máximo de cotización para la población activa;
- Los no activos pagan una cotización de entre 23 CHF (19 EUR) y 1 150 CHF (957 EUR) al año en función de su situación social.

Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales

Las primas por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales se fijan en tantos por ciento de la ganancia asegurada y corren a cuenta del empresario. Las empresas se clasifican en las categorías y grados de la tarifa de las primas en función de su naturaleza y condiciones propias; la clasificación tiene en cuenta fundamentalmente el riesgo de accidente y la situación de las medidas de prevención. Se fija un límite máximo de la ganancia asegurada de 126 000 CHF (104 889 EUR) al año.

Accidentes no profesionales

Las primas por accidentes no profesionales se fijan en tantos por ciento de la ganancia asegurada y corren por cuenta del trabajador; quedan autorizados los convenios contrarios a favor del trabajador. Los asegurados se reparten en categorías de riesgo (en función de las empresas que los contratan). El límite máximo de la ganancia asegurada está fijado en 126 000 CHF (104 889 EUR) al año.

Invalidez

El seguro de invalidez (primer pilar, régimen de base) está financiado por:

- el 1,4 % del salario bruto (en total, el trabajador y el empresario contribuyen con un 0,7 % cada uno);
- el 1,4 % de los ingresos profesionales brutos de los trabajadores autónomos; se contempla una minoración de la base de cotización según un baremo regresivo a partir de un umbral de rentas;
- no existe umbral o límite máximo de cotización para la población activa.
- los no activos pagan una cotización de entre 65 CHF (54 EUR) y 3 250 CHF (2 705 EUR) al año en función de su situación social.

En el régimen de base la Confederación cubre el 37,7 % de los gastos anuales. Además, entre 2011 y 2017, se asigna al seguro de invalidez un porcentaje de los ingresos totales del IVA, que asciende al 3,98 % en 2011 y a 4,99 % entre 2012 y 2017.

La ayuda por dependencia y las pensiones extraordinarias están financiadas exclusivamente por la Confederación.

Previsión profesional (segundo pilar, mínimo legal): cada institución de pensiones establece la base de cotización necesaria para cubrir el riesgo de invalidez.

Vejez y fallecimiento

El seguro de vejez y supervivientes (primer pilar, régimen de base) está financiado por:

- el 8,4 % del salario bruto (en total, el trabajador y el empresario contribuyen con un 4,2 % cada uno);
- el 7,8 % de los ingresos profesionales brutos de los trabajadores autónomos; se contempla una minoración de la base de cotización según un baremo regresivo a partir del umbral de rentas;
- no existe umbral o límite máximo de cotización para la población activa;
- los no activos pagan una cotización de entre 387 CHF (322 EUR) y 19 350 CHF (16 108 EUR) al año en función de su situación social.

En el régimen de base la Confederación cubre el 19,55 % de los gastos anuales. Se asigna al seguro de vejez y de supervivientes el 13,33 % de los ingresos totales del IVA, así como los ingresos del impuesto sobre los locales de juego de azar.

La ayuda por dependencia está financiada exclusivamente por la Confederación.

Previsión profesional (segundo pilar, mínimo legal): Las cotizaciones varían entre un 7 % y un 18 % del salario asegurado, en función de la edad de la persona asegurada (créditos de vejez). El salario asegurado («salario coordinado») es la parte del salario anual comprendida entre 24 360 CHF (20 279 EUR) y 83 520 CHF (69 526 EUR). La suma de las cotizaciones del empresario debe ser al menos igual a las cotizaciones de sus trabajadores.

Desempleo

El seguro de desempleo está financiado por:

- el 2,2 % del salario bruto (el empresario y el trabajador contribuyen con un 1,1 % cada uno); el límite máximo es de 10 500 CHF (8 741 EUR) al mes.
- Una cotización de solidaridad del 1 % (el 0,5 % de este porcentaje procede del empresario y el otro 0,5 % del trabajador por cuenta ajena) del salario entre 10 500 CHF (8 741 EUR) y 26 250 CHF (21 852 EUR) al mes.
- Los trabajadores autónomos y los inactivos no están asegurados.

La Confederación contribuye a sufragar los gastos del servicio de empleo y de los programas activos del mercado de trabajo con un porcentaje del 0,159 % del importe total de los salarios sujetos a cotización. En caso necesario, la Confederación concede préstamos a corto plazo con arreglo a las condiciones del mercado.

Prestaciones familiares

Prestaciones familiares del régimen federal agrícola: Las prestaciones familiares para los agricultores autónomos están financiadas con fondos públicos (la Confederación aporta dos tercios del total y los cantones el tercio restante) y las prestaciones familiares para los trabajadores agrícolas por cuenta ajena se financian con las cotizaciones de los empresarios (2 % del salario bruto). En este último caso, el déficit se cubre con aportaciones de la Confederación (dos terceras partes) y de los cantones (una tercera parte del total).

Regímenes cantonales: otras categorías de trabajadores (en algunos cantones, se incluye a los trabajadores autónomos): los trabajadores por cuenta ajena no pagan ninguna cotización (excepto en el cantón de Valais, donde pagan una cotización del 0,3 %), y los empresarios pagan entre un 0,1 % y un 4 %, en función del cantón y la caja. Los cantones financian las prestaciones familiares para las personas que no poseen un empleo remunerado.

Capítulo II. Asistencia sanitaria

Nacimiento del derecho a la asistencia sanitaria

El seguro de asistencia sanitaria es obligatorio para todas las personas residentes en Suiza.

El seguro es individual. Toda persona que fije su residencia en Suiza está obligada a afiliarse en un plazo de 3 meses. La afiliación al seguro de asistencia sanitaria no incumbe al empresario. El Gobierno puede ampliar la obligatoriedad de la afiliación a las personas sin residencia en Suiza, al igual que puede excluir del seguro obligatorio a determinadas categorías de personas.

Si la afiliación se produce a tiempo, el seguro tiene efecto desde la fecha de inicio de la residencia. Si la afiliación se produce con retraso, el seguro tiene efecto desde el momento de la misma. La cobertura obligatoria en materia del seguro de enfermedad se concede sin reservas y sin que se pueda tener en cuenta una enfermedad existente.

Es posible suscribir un seguro complementario de derecho privado para las prestaciones no cubiertas por el seguro obligatorio de asistencia sanitaria. Los aseguradores pueden asegurar o no a las personas que solicitan el seguro complementario. En efecto, pueden imponer límites de edad e invocar una reserva a la suscripción del seguro por problemas de salud existentes.

Alcance de la cobertura

El seguro de asistencia sanitaria concede prestaciones en especie en caso de enfermedad, maternidad o accidente (a título subsidiario, en caso de ausencia de cobertura del seguro de accidentes).

El seguro obligatorio de asistencia sanitaria asume los costes de las prestaciones para diagnosticar o tratar una enfermedad y sus secuelas. Estas prestaciones deben ser eficaces, pertinentes y económicas. Todos los aseguradores que ofrecen el seguro de asistencia sanitaria deben hacerse cargo de las mismas prestaciones, según lo dispuesto por la ley:

- los exámenes y tratamientos en forma ambulatoria, en un medio hospitalario o en un establecimiento médico social, así como la atención en un hospital, llevados a cabo por médicos, quiroprácticos o personas que suministran prestaciones por prescripción u orden médica;
- la contribución a los cuidados ambulatorios suministrados por prescripción médica a pacientes para los que se establezca la necesidad de asistencia;
- los cuidados intensivos y de transición necesarios tras la hospitalización, prescritos por el médico del hospital (durante un máximo de dos semanas)
- los análisis, medicamentos, medios y aparatos diagnósticos o terapéuticos prescritos por un médico o, dentro de los límites fijados por el Consejo Federal, por un quiropráctico;
- una participación en los gastos de los tratamientos en balnearios prescritos por un médico;

- las medidas de rehabilitación efectuadas o prescritas por un médico;
- la estancia en la división común de un hospital;
- la estancia en un centro de maternidad en caso de parto;
- una contribución a los gastos del transporte médicamente necesario y a los gastos de salvamento;
- las prestaciones de los farmacéuticos (asesoramiento) en el momento de la entrega de los medicamentos prescritos debidamente;
- la realización de determinadas pruebas de detección y determinadas medidas de prevención efectuadas o prescritas por un médico;
- el cuidado dental que se derive de una enfermedad grave e inevitable del sistema de masticación o de cualquier otra enfermedad grave o de sus efectos secundarios (por ejemplo, la leucemia o el SIDA) o que sea necesario para el tratamiento de una enfermedad grave o de sus efectos secundarios, o en los casos en que las lesiones del sistema de masticación estén causadas por un accidente no cubierto por el seguro de accidentes.

El seguro obligatorio de accidentes de los trabajadores cubre los accidentes no profesionales siempre que el trabajador ejerza una actividad por cuenta ajena al menos 8 horas por semana para un mismo empresario.

Los trabajadores autónomos y los no activos no están sujetos a la obligación de asegurarse contra los accidentes, de forma que, en su caso, los costes del tratamiento de los accidentes no profesionales y profesionales están cubiertos por el seguro de asistencia sanitaria.

¿Cómo se accede a la asistencia sanitaria?

Cada persona puede elegir libremente a su médico. La aseguradora abonará los costes hasta la tarifa aplicable en el lugar de residencia o de trabajo de la persona asegurada o en el área cercana (excepto en casos de emergencia o por razones médicas). El asegurador puede ofrecer a la persona asegurada una modalidad de seguro con una posibilidad de elección limitada (médico de atención primaria, *HMO*) a cambio de una reducción de la prima.

Salvo acuerdo contrario, el asegurado debe realizar el pago, que es reembolsado posteriormente por el asegurador (sistema de «garantías de terceros»).

Los asegurados deben participar en el coste de las prestaciones que perciben. Esta participación obligatoria en el caso de los adultos (es decir, a partir de los 18 años cumplidos) incluye una cuantía fija por año (una franquicia de 300 CHF (250 EUR) para un adulto) y un tipo de participación en los costes que superen la *franquicia* (una contribución a los costes del 10 % del total de los costes que superen el importe de la franquicia). En el caso de los niños, solo se abona la contribución a los costes. Hay un máximo fijado para la contribución a los costes (700 CHF (583 EUR) anuales para los adultos y 350 CHF (291 EUR) anuales para un niño o 1 000 CHF (832 EUR) anuales para varios niños de la misma familia). Las personas adultas aseguradas pueden optar por una franquicia más elevada que da derecho a una minoración de la prima u a optar por una franquicia para sus hijos.

La contribución a los costes equivale al 20 % para medicamentos cuyo precio supere en más de un 20 % el precio medio del tercio más barato de los medicamentos que contienen el mismo principio activo. Por otro lado, no se requiere ninguna franquicia

para determinadas medidas de prevención aplicadas en el marco de programas nacionales o cantonales (actualmente, estos son los programas cantonales de detección de cáncer de mama mediante mamografías y los programas cantonales de vacunación contra el virus del papiloma humano).

También se proporciona asistencia sanitaria en los hospitales públicos y privados que figuran en la lista cantonal de hospitales autorizados. El pago lo realiza directamente el asegurador (sistema de «pagos de terceros»).

Para los tratamientos hospitalarios se fija la misma contribución que en el caso de las consultas externas. Además, los asegurados mayores de 25 años abonan una contribución diaria por los gastos de estancia (15 CHF (12 EUR) diarios).

Las decisiones en materia de prestaciones corresponden a las aseguradoras. El asegurado puede recurrir estas decisiones en un plazo de 30 días. La resolución del recurso puede apelarse ante el tribunal cantonal competente, cuya decisión, a su vez, puede recurrirse ante el Tribunal Federal.

Capítulo III. Prestaciones de enfermedad en metálico

Nacimiento del derecho a las prestaciones de enfermedad en metálico

No existe un seguro obligatorio contra la incapacidad temporal de ganancia por una enfermedad. Se contempla un seguro opcional para las personas que residen o ejercen una actividad remunerada en Suiza con edades comprendidas entre 15 y 65 años.

Los aseguradores están obligados a concluir un seguro voluntario de subsidios diarios (de conformidad con la legislación en materia de Seguridad Social) incluso en los supuestos en que el solicitante esté enfermo. Sin embargo, puede excluirse de la cobertura del seguro una enfermedad ya existente en el momento de la afiliación, mediante una reserva del asegurador (para un periodo máximo de 5 años).

En caso de enfermedad y de embarazo, de conformidad con las disposiciones del Derecho laboral (Código de Obligaciones), el empresario está obligado a seguir abonando el salario del trabajador incapacitado para el trabajo durante un periodo limitado. Durante el primer año de servicio, la duración de este periodo es de 3 semanas. Cualquier otro periodo más extenso se fija sobre una base «equitativa». A menudo, los convenios colectivos prevén condiciones más favorables.

Si los subsidios diarios sustituyen a la obligación de mantener el salario de los trabajadores en virtud del Derecho del trabajo en caso de enfermedad y embarazo, el empresario está obligado a asumir al menos la mitad de las primas debidas.

La obligación de suscribir un seguro puede derivarse del contrato de trabajo o de un convenio colectivo. En este último caso se puede contratar el seguro de los subsidios diarios (*Taggeldversicherung/assurance d'indemnités journalières*) en forma de contrato de seguro colectivo. Cuando finaliza el contrato de trabajo, es posible acceder a un seguro de subsidios diarios individual sin que el asegurador pueda invocar una reserva nueva por razón de una enfermedad existente. Esta regla no se aplica a los seguros de subsidios diarios fuera del Derecho de los seguros sociales celebrados con arreglo al Derecho de los seguros privados.

Alcance de la cobertura

El asegurador acordará con el asegurado el importe de los subsidios diarios (*Taggeld/indemnités journalières*). Salvo acuerdo contrario, el derecho a los subsidios diarios se hace efectivo a partir del tercer día posterior al inicio de la enfermedad. El subsidio deberá pagarse durante al menos 720 días en un periodo de 900 días.

Se prevén normas particulares para los desempleados. Las personas con una incapacidad laboral superior al 50 % reciben subsidios diarios íntegros, y las personas con una incapacidad laboral de entre el 25 % y el 50 % reciben la mitad de dichos subsidios.

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

La incapacidad laboral debe ser certificada por un médico. La incapacidad debe ser de al menos un 50 %. Los subsidios diarios por enfermedad deben solicitarse al empresario o al asegurador, en función de quién esté obligado a su pago.

Las decisiones en materia de prestaciones corresponden a los aseguradores. El asegurado puede recurrir estas decisiones en un plazo de 30 días. La resolución del recurso puede recurrirse ante el tribunal cantonal competente, cuya decisión, a su vez, puede recurrirse ante el Tribunal Federal.

Capítulo IV. Prestaciones de maternidad y paternidad

Nacimiento del derecho a las prestaciones de maternidad y paternidad

Prestaciones en especie

El seguro de asistencia sanitaria es obligatorio para todas las personas residentes en Suiza (para obtener información adicional, véase el apartado sobre asistencia sanitaria). El seguro de asistencia sanitaria también proporciona prestaciones en especie en caso de maternidad. La cobertura del seguro se concede sin reservas y sin que se pueda tener en cuenta una situación de embarazo ya existente.

Prestaciones/licencia por maternidad

Puede percibir prestaciones en metálico en caso de maternidad (asignaciones por maternidad) toda mujer que haya ejercido una actividad lucrativa y esté afiliada al seguro de vejez y supervivientes (AHV-AVS) obligatorio del régimen suizo durante los 9 meses inmediatamente anteriores al parto y que, durante este periodo, haya ejercido una actividad lucrativa durante al menos 5 meses y en el momento del parto trabaje por cuenta ajena o por cuenta propia. Además, la mujer debe haber dejado de trabajar de manera efectiva durante el periodo de licencia por maternidad.

Alcance de la cobertura

Prestaciones en especie

El seguro obligatorio de asistencia sanitaria cubre las prestaciones generales en caso de enfermedad (para obtener información adicional, véase el apartado sobre asistencia sanitaria) y una serie de prestaciones específicas para los casos de maternidad:

- los exámenes de control, efectuados por un médico o una matrona o prescritos por un médico durante y después del embarazo;
- una contribución a los cursos de preparación para el parto;
- el parto a domicilio, en un hospital o en un centro de maternidad, así como la asistencia de un médico o una matrona;
- los consejos necesarios en caso de lactancia;
- los cuidados del recién nacido en buena salud y su estancia el tiempo que permanezca en el hospital con su madre;

Excedencia y prestaciones por maternidad/paternidad

De conformidad con las disposiciones del Derecho laboral (Código de Obligaciones), en caso de que el embarazo incapacite para el trabajo, el empresario está obligado a seguir abonando el salario de la persona afectada durante un periodo limitado. Durante el primer año de servicio, la duración de este periodo es de 3 semanas. De ahí en adelante, cualquier otro periodo más extenso se fija sobre una base «equitativa». A menudo, los convenios colectivos prevén condiciones más favorables.

El derecho al subsidio de maternidad surte efecto el día del parto y se prolonga como máximo hasta el nonagésimo octavo día (es decir, 14 semanas). Cesa antes de este plazo si la madre reinicia una actividad lucrativa a tiempo parcial o completo o si fallece.

La prestación por maternidad equivale al 80 % de los ingresos medios de la actividad lucrativa obtenidos antes del inicio del derecho a la prestación, con una cuantía máxima de 196 CHF (163 EUR) al día.

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

Puede accederse a la asistencia sanitaria a través del médico de cabecera o en los hospitales públicos y privados que figuren en la lista cantonal de hospitales autorizados. No se exige ninguna participación en los costes del tratamiento si se trata de prestaciones en caso de maternidad.

El régimen *APG* (prestaciones en metálico en caso de maternidad) está gestionado por los organismos del seguro de vejez y supervivientes (*AHV-AVS*), ante los que deben presentarse las solicitudes de subsidios de maternidad.

Las decisiones en materia de prestaciones corresponden a los aseguradores. El asegurado puede recurrir estas decisiones en un plazo de 30 días. La resolución puede recurrirse ante el tribunal cantonal competente. A su vez, la resolución de este tribunal puede ser objeto de recurso ante el Tribunal Federal.

Capítulo V. Prestaciones de invalidez

Nacimiento del derecho a las prestaciones de invalidez

Invalidez

Se define la invalidez como la incapacidad total o parcial de ganancia que se presume permanente o de larga duración. Se considera incapacidad de ganancia toda disminución del conjunto o de una parte de las posibilidades de ganancia del asegurado en un mercado de trabajo equilibrado si esta disminución se debe a una discapacidad física, mental o psíquica y persiste tras los tratamientos y medidas de rehabilitación exigibles. La invalidez puede ser debida a una patología perinatal, una enfermedad o un accidente.

La previsión de invalidez, vejez y supervivientes descansa sobre un concepto que incluye tres pilares.

Primer pilar

El primer pilar constituye la previsión estatal e incluye el seguro de vejez y supervivientes (*AHV-AVS*), así como el seguro de invalidez (*IV-AI*). Las prestaciones de renta de estos dos seguros se destinan a cubrir las necesidades fundamentales. En determinados supuestos, es posible percibir prestaciones complementarias (*PC*) no contributivas para financiar los medios de subsistencia esenciales. El primer pilar es obligatorio para todas las personas que residan o ejerzan una actividad lucrativa en Suiza. Ello implica que, además de los trabajadores por cuenta ajena, los trabajadores autónomos y los no activos están sujetos a la obligación de asegurarse. Quedan exentas de esta obligación las personas que cumplan las condiciones del seguro obligatorio únicamente durante un periodo de tiempo relativamente corto.

Quienes ejercen una actividad lucrativa están obligados al pago de las cotizaciones a partir del 1 de enero siguiente a su decimoséptimo cumpleaños. Los no activos están asimismo sujetos a la obligación de cotizar a partir del 1 de enero siguiente a su vigésimo cumpleaños. Para tener derecho a las prestaciones de invalidez se requiere haber cotizado al menos durante 3 años. Pueden solicitarse las prestaciones cuando el solicitante tenga una edad mínima de 18 años (y hasta la edad de jubilación).

Los ciudadanos suizos y los nacionales de los Estados miembros del Espacio Económico Europeo que viven en un tercer Estado pueden afiliarse al seguro opcional siempre que hayan estado afiliados al seguro obligatorio *AHV-AVS/IV-AI*, justo antes, durante al menos 5 años consecutivos.

Segundo pilar

El segundo pilar, a saber, las prestaciones de previsión profesional de vejez, supervivientes e invalidez, viene a completar el primero. Juntos, estos dos pilares deben permitir el mantenimiento del nivel de vida anterior de manera adecuada.

Los asegurados en el marco de las prestaciones de previsión profesional obligatoria son los asegurados obligatorios del seguro *AHV-AVS* y están sujetos a la obligación de cotizar por los ingresos provenientes de una actividad por cuenta ajena, teniendo en cuenta determinados límites mínimo y máximo del salario anual. Las instituciones de

previsión (Cajas de Pensiones) pueden prever, en su reglamento, prestaciones superiores al mínimo obligatorio. En particular, pueden asegurar un salario inferior al límite mínimo o superior al límite máximo (hasta un determinado importe máximo del salario).

Desde el 1 de enero posterior a su decimoséptimo cumpleaños, los trabajadores están asegurados a título obligatorio por los riesgos de invalidez y fallecimiento, siempre que reciban determinado salario anual de un mismo empresario. Tras cumplir 24 años, además de los riesgos de invalidez y fallecimiento, están asegurados a título obligatorio por el riesgo de vejez. Los desempleados están asimismo asegurados por los riesgos de invalidez y fallecimiento con arreglo a determinadas condiciones restrictivas.

Todo empresario que tenga contratados a trabajadores por cuenta ajena sujetos al seguro obligatorio debe estar afiliado a una institución inscrita en el registro oficial de instituciones de previsión.

Están exentos de esta obligación, por ejemplo, los trabajadores contratados por un empresario que no esté obligado a pagar las contribuciones del primer pilar, los trabajadores contratados de manera temporal —para un periodo no superior a 3 meses—, las personas con una invalidez de al menos el 70 % y algunos familiares de los agricultores, cuando trabajen para la empresa de estos.

El seguro opcional está disponible para los trabajadores por cuenta ajena y para los trabajadores independientes no sujetos al seguro obligatorio.

Tercer pilar

El tercer pilar incluye la previsión individual opcional destinada a cubrir otras necesidades individuales. Es posible asegurarse o ahorrar a título individual para percibir prestaciones de invalidez, vejez y fallecimiento celebrando un contrato de previsión con las compañías de seguros, fundaciones bancarias o compañías de seguros de vida.

Alcance de la cobertura

Primer pilar

Las prestaciones previstas por el seguro de invalidez (*IV-AI*) están diseñadas para prevenir, reducir o eliminar la invalidez gracias a medidas de rehabilitación pertinentes, sencillas y adecuadas, a compensar los efectos económicos permanentes de la invalidez cubriendo las necesidades fundamentales de manera apropiada y a ayudar a los asegurados afectados a llevar una vida autónoma y responsable.

▪ Medidas de rehabilitación

Los asegurados inválidos o con riesgo de una invalidez inminente tienen derecho a medidas de rehabilitación en la medida en que sean necesarias y adecuadas para restablecer, mantener o mejorar la capacidad de ganancia o la capacidad de realizar sus trabajos habituales (por ejemplo, las tareas domésticas). Las medidas de rehabilitación comprenden las medidas médicas para los asegurados menores de 20 años, las medidas de readaptación que sirven de preparación para la rehabilitación profesional, las medidas profesionales, la provisión de equipos auxiliares y las medidas de nueva rehabilitación para beneficiarios de pensiones. Se puede conceder

además un subsidio diario durante el periodo de rehabilitación en determinadas condiciones. Se aplica el principio de rehabilitación antes de concesión de la pensión.

▪ **Pensión de invalidez**

Puede solicitar una *pensión de invalidez (Invalidenrente/rente d'invalidité)* cualquier persona asegurada que presente una incapacidad laboral de al menos el 40 % en el transcurso de un año, siempre que se encuentre en condiciones de demostrar un mínimo de 3 años de contribuciones al régimen *AHV-AVS/IV-AI*.

El importe de la pensión se establece en función del grado de invalidez:

- un grado de invalidez del 70 % da derecho a la pensión completa,
- si es del 60 %, da derecho a las tres cuartas partes de la pensión,
- si es del 50 % da derecho a la mitad de la pensión y
- un nivel de invalidez del 40 % da derecho a la cuarta parte de la pensión.

Para el cálculo de la pensión de invalidez se utilizan los mismos principios que en el caso del seguro de vejez y supervivientes (para obtener información adicional, véase el apartado sobre pensiones y prestaciones de vejez). El importe de la pensión depende del número de años de cotización (que determina la escala de pensiones) y de los ingresos medios anuales (que determina el importe de la pensión dentro de la escala de pensiones aplicable).

En cuanto a los cónyuges que no ejercen una actividad lucrativa, se considera que su cotización está pagada siempre que su cónyuge activo haya abonado al menos el doble de la cotización mínima en el marco del régimen *AHV-AVS/IV-AI*. Esta condición se aplica asimismo en el marco de una pareja civil registrada.

En el caso de los no activos, para el cálculo de su pensión, sus cotizaciones se convierten y se contabilizan como ingresos procedentes de un trabajo remunerado.

Los importes de la pensión completa son los mismos que los del seguro de vejez y supervivientes. Si el grado de invalidez sufre una modificación notable, se adapta la pensión en consecuencia.

El derecho a una pensión de invalidez se extingue cuando el asegurado deja de estar inválido o puede solicitar la pensión de vejez, o en caso de defunción.

Para evaluar el grado de invalidez se comparan los ingresos que podría obtener el asegurado si no fuera inválido con los que podría obtener ejerciendo una actividad que se le pueda exigir razonablemente tras los tratamientos y las medidas de rehabilitación en un mercado de trabajo equilibrado.

La invalidez de los asegurados que no ejercen una actividad lucrativa y a los cuales no se les puede exigir razonablemente que realicen una se evalúa en función de su capacidad para realizar sus trabajos habituales (por ejemplo, las tareas domésticas).

Los beneficiarios de una pensión de invalidez también tienen derecho a percibir una pensión por cada hijo que tuviera derecho a una pensión de orfandad en caso de fallecimiento del beneficiario (hasta un importe máximo correspondiente al 40 % de la totalidad de la pensión de invalidez).

▪ Ayuda por dependencia

Puede solicitar la ayuda por dependencia todo asegurado que, debido a un atentado a su salud, tiene necesidad de manera permanente de la ayuda de un tercero o de una vigilancia personal para realizar los actos elementales de la vida diaria. La dependencia puede ser grave, media o leve (para obtener información adicional, véase el apartado sobre dependencia).

▪ Ayuda para asistencia personal

El objetivo de la ayuda para asistencia personal consiste en permitir al asegurado vivir de forma independiente. La persona que percibe una ayuda de dependencia y que vive o quiere vivir por su cuenta tiene derecho a una ayuda de asistencia personal que le permita contratar a una persona física (proveedor de asistencia) para que le proporcione la asistencia necesaria.

Segundo pilar

Quienes tengan un grado de invalidez de al menos el 40 % de conformidad con el seguro de invalidez (primer pilar) y que, en el momento de producirse la incapacidad para el trabajo, estaban asegurados en virtud de la previsión profesional (segundo pilar), pueden solicitar una pensión de invalidez en virtud del mismo. El grado de invalidez afecta al importe de la pensión (al igual que en el primer pilar).

La pensión se calcula como un porcentaje de los activos de jubilación (compuestos por las cotizaciones y los intereses), teniendo en cuenta los activos previstos (hasta la jubilación) y el tipo de conversión de la pensión (un 6,9 % para los hombres y un 6,85 % para las mujeres).

La pensión de invalidez se sustituye por una prestación de capital cuando es inferior al 10 % de la pensión mínima de vejez del seguro de vejez y supervivientes o cuando el reglamento de la institución de previsión así lo prevé.

Los beneficiarios de una pensión de invalidez pueden solicitar una pensión complementaria por cada hijo que, en caso de defunción, tuviera derecho a una pensión de orfandad. El importe es el 20 % de la totalidad de la pensión de invalidez.

En el marco del segundo pilar no se prevén medidas de rehabilitación.

Tercer pilar

Las condiciones para poder acceder a las prestaciones previstas en el marco de la previsión opcional en caso de invalidez dependen de las disposiciones previstas en el contrato de seguro individual y del producto de previsión en cuestión. Los trabajadores por cuenta ajena y los trabajadores autónomos disfrutan de ventajas fiscales hasta un máximo de un determinado importe en virtud de la previsión individual ligada.

Normalmente, las prestaciones de previsión individual ligada no se abonan salvo que se realice el riesgo.

Además de las prestaciones previstas en el marco de los tres pilares, se pueden percibir asimismo prestaciones en caso de invalidez en virtud del seguro de accidentes.

¿Cómo se accede a las prestaciones de invalidez?

Las prestaciones de invalidez del primer pilar deben solicitarse en la oficina cantonal competente del seguro de invalidez. La oficina cantonal competente del seguro de invalidez comunicará a la persona asegurada la decisión que vaya a adoptar en relación con las prestaciones. El asegurado tiene derecho a una vista previa (*Vorbescheid/préavis*). Posteriormente se adopta la resolución final, que puede recurrirse ante el tribunal cantonal competente, cuya decisión, a su vez, puede recurrirse ante el Tribunal Federal.

Las prestaciones de previsión profesional relativa a vejez, supervivientes e invalidez (segundo pilar) están gestionadas por las entidades de previsión registradas, ante las cuales deben presentarse las solicitudes de prestaciones. Los litigios entre las entidades de previsión y los asegurados pueden remitirse al tribunal cantonal competente. A su vez, la resolución de este tribunal puede ser objeto de recurso ante el Tribunal Federal.

La invalidez puede ser objeto de una nueva evaluación en cualquier momento hasta la edad de jubilación.

Capítulo VI. Pensiones y prestaciones de vejez

Nacimiento del derecho a las prestaciones de vejez

Se conceden prestaciones de vejez en virtud de la base estatal del seguro de vejez y supervivientes (*AHV-AVS*, primer pilar), de la previsión profesional (segundo pilar), y, en su caso, de la previsión individual (tercer pilar).

Todas las personas que residan o ejerzan una actividad lucrativa en Suiza están cubiertas por el seguro del primer pilar.

Los hombres y mujeres que hayan cumplido respectivamente 65 y 64 años pueden solicitar una pensión de vejez y supervivientes, siempre que tengan al menos un año entero de cotizaciones al régimen *AHV-AVS/IV-AI*.

La cobertura obligatoria en el marco del segundo pilar (previsión profesional) se aplica a los trabajadores con una edad superior a 24 años, que cuenten con una afiliación en el marco del primer pilar y reciban de un mismo empresario un salario anual superior a 20 880 CHF (17 382 EUR). Los trabajadores que no están cubiertos por el seguro obligatorio y los trabajadores autónomos pueden concluir un seguro opcional.

Quienes estén asegurados en un régimen de previsión profesional pueden solicitar las prestaciones de vejez correspondientes a la misma edad a la que puedan solicitar una pensión de vejez y supervivientes (es decir, 65 años en el caso de los hombres y 64 en el de las mujeres). No se ha estipulado ningún periodo mínimo de cotización.

Las condiciones para la concesión de las prestaciones de vejez correspondientes al tercer pilar dependen de las disposiciones previstas en el contrato de seguro individual y de la previsión en cuestión.

Alcance de la cobertura

Seguro de vejez y supervivientes. Primer pilar

La pensión se calcula sobre la base de los ingresos medios anuales (que determinan el importe de la pensión en la escala de pensiones aplicable) y los años de cotización (que determinan la escala de pensiones). Estos ingresos se corresponden con los derivados de la actividad lucrativa y cualquier bonificación para la educación de los hijos y para tareas de asistencia.

Los padres pueden solicitar una bonificación para tareas educativas (*Erziehungsgutschriften/bonification pour tâches éducatives*) por los años en los que han ejercido la autoridad parental sobre uno o varios hijos menores de 16 años.

Quienes tomen a su cargo a parientes de línea ascendente o descendente, así como a hermanos y hermanas que perciben una prestación de vejez y supervivientes o del seguro de invalidez por una invalidez de al menos grado medio pueden solicitar una bonificación por tareas de asistencia (*Betreuungsgutschriften/bonification pour tâches d'assistance*), si se encuentran cerca del pariente que necesita cuidados.

Las rentas que han obtenido los cónyuges durante su matrimonio se reparten y se asigna la mitad a cada uno. Las parejas civiles registradas reciben el mismo trato que un matrimonio.

Se recibe la pensión completa si la duración de las cotizaciones es completa, es decir, si el asegurado ha cumplido el mismo número de años de cotización que el de su clase de edad. Si la duración de las cotizaciones es incompleta, el asegurado únicamente tendrá derecho a una pensión parcial.

La pensión mensual se compone de una fracción de la pensión mínima de vejez (importe fijo) y una fracción de los ingresos medios anuales de referencia (importe variable). La pensión mínima es de 1 160 CHF (966 EUR) al mes y la máxima es de 2 320 CHF (1 931 EUR) al mes (o 3 480 CHF (2 891 EUR) para una pareja).

Es posible obtener un abono anticipado de la pensión de 1 o 2 años (pensión anticipada), aplicándose un tipo reductor por cada año de antelación (es decir, un 6,8 % por año). Asimismo, es posible postergar de 1 a 5 años el inicio del pago de la pensión, en cuyo caso se incrementará en determinado porcentaje (entre un 5,2 % y un 31,5 %, en función del número de meses de aplazamiento).

Los beneficiarios de una pensión de vejez (*Altersrente/rente de vieillesse*) tienen derecho a una pensión por cada hijo que tuviera derecho a una pensión de orfandad en caso de fallecimiento del beneficiario (*Waisenrente/rente d'orphelin*). El importe es el 40 % de la pensión de vejez.

El régimen *AHV-AVS* concede prestaciones por dependencia a quienes tengan necesidad de forma permanente de la ayuda de un tercero o de una vigilancia personal para realizar los actos elementales de la vida diaria (para obtener información adicional, véase el apartado sobre dependencia).

Previsión profesional. Segundo pilar

Las pensiones de vejez en virtud de la previsión profesional se calculan como porcentaje del haber de vejez del asegurado (activos de jubilación, *Altersguthaben/avoir de vieillesse*). Dicho haber de vejez incluye las cotizaciones y los intereses.

La pensión anual es el 6,9 % para los hombres y el 6,85 % para las mujeres de los activos de jubilación adquiridos por el asegurado hasta alcanzar la edad de jubilación.

En principio, el derecho a una pensión nace al materializarse el riesgo de previsión. No obstante, en determinados supuestos, como por ejemplo cuando el asegurado inicia una actividad como trabajador autónomo, o accede a la propiedad de su alojamiento, es posible un abono anticipado (parcial).

Es posible acogerse a la jubilación anticipada si el reglamento de la institución de previsión así lo prevé. El asegurado puede solicitar que se le abone la cuarta parte de su haber de vejez, determinante para el cálculo de la prestación de vejez, como una prestación en forma de una entrega de capital. Es posible percibir una prestación en forma de entrega de capital en vez de las prestaciones de renta o si el reglamento de la institución de jubilación lo permite previa solicitud del asegurado.

Además, los pensionistas pueden percibir pensiones por hijos (un 20 % de la pensión de vejez) en las mismas condiciones que en lo referente al primer pilar.

Previsión individual. Tercer pilar

Las condiciones para la concesión de las prestaciones de la previsión de vejez y fallecimiento dependen de las disposiciones previstas en el contrato de seguro individual y de la previsión en cuestión. Es posible un abono anticipado en determinadas condiciones.

¿Cómo se accede a las prestaciones de vejez?

Las prestaciones de vejez del primer pilar deben solicitarse a la Caja de Compensación competente. Ante cualquier resolución de este organismo, cabe interponer recurso y solicitar la revisión judicial.

Las prestaciones de previsión profesional relativa a vejez, supervivientes e invalidez (segundo pilar) están gestionadas por las entidades de previsión registradas, ante las que deben presentarse las solicitudes de prestaciones. Los litigios entre las entidades de previsión y los asegurados pueden remitirse al tribunal cantonal competente. A su vez, la resolución de este tribunal puede ser objeto de recurso ante el Tribunal Federal.

Capítulo VII. Prestaciones de supervivientes

Nacimiento del derecho a las prestaciones de supervivientes

Además de las prestaciones previstas en virtud de la base estatal del seguro de vejez y supervivientes (*AHV-AVS*, primer pilar), también se conceden prestaciones de supervivientes en virtud de la previsión profesional (segundo pilar) y, en su caso, de la previsión individual (tercer pilar). Asimismo, este tipo de prestaciones de supervivientes se proporcionan en virtud del seguro de accidentes (como se describe en el apartado sobre [prestaciones de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales](#)).

Seguro de vejez y supervivientes. Primer pilar

Todas las personas que residan o ejerzan una actividad lucrativa en Suiza están obligadas a afiliarse al seguro de vejez y supervivientes (*AHV-AVS*, primer pilar). Los viudos y viudas que, al fallecer su cónyuge, tienen uno o más hijos pueden solicitar una pensión de viudedad. Para ello, el asegurado fallecido debería haber acumulado al menos un año de cotizaciones.

Un viudo o una persona en una pareja civil registrada solo tiene derecho a una pensión de viudedad en tanto en cuanto los hijos sean menores de 18 años. Por otra parte, una viuda puede solicitar la pensión de viudedad si tiene hijos, pero también si ha cumplido los 45 años y ha estado casada durante al menos 5 años. Las personas divorciadas y las que han formado parte de una pareja civil registrada disuelta tienen derecho a la pensión si cumplen determinadas condiciones (por ejemplo, tener un hijo o haberse divorciado después de haber cumplido los 45 años, en ambos casos siempre que el matrimonio haya durado al menos 10 años). El derecho a percibir la pensión de viudedad se extingue en caso de un segundo matrimonio o de fallecimiento.

Los hijos cuyo padre o madre haya fallecido tienen derecho a una pensión de orfandad con arreglo al régimen *AHV-AVS*. Este derecho se extingue al cumplir 18 años, al cumplir 25 años (en caso de aprendizaje o estudios), o por fallecimiento del huérfano.

Previsión profesional. Segundo pilar

En el marco de la previsión profesional, en caso de defunción del trabajador por cuenta ajena asegurado o del beneficiario de una pensión de vejez o de invalidez en virtud de la previsión profesional, se conceden asimismo prestaciones de superviviente. Es posible solicitar una pensión de viudedad cuando el cónyuge superviviente, o pareja legal, tiene uno o varios hijos a su cargo, o cuando ha cumplido 45 años y ha estado casado, o en pareja civil, durante al menos 5 años. También puede solicitarla el cónyuge divorciado a cargo, si el matrimonio duró al menos 10 años. El derecho a percibir la pensión de viudedad se extingue en caso de contraer un segundo matrimonio o de fallecimiento.

Las pensiones de orfandad se abonan hasta que se cumplen los 18 años, o hasta los 25 en caso de aprendizaje o de estudios, o si el huérfano tiene un grado de invalidez de al menos el 70 % y es incapaz de ejercer una actividad lucrativa. La pensión de orfandad se extingue asimismo en caso de fallecimiento del huérfano.

Previsión individual. Tercer pilar

Las condiciones de concesión de las prestaciones en el marco de la previsión voluntaria (tercer pilar) en caso de fallecimiento dependen de las disposiciones previstas en el contrato de seguro individual y del producto de previsión en cuestión. Los beneficiarios son, en caso de fallecimiento del tomador del seguro, los herederos directos o, en su defecto, las personas que haya designado.

Alcance de la cobertura

Seguro de vejez y supervivientes. Primer pilar

El importe de la pensión de viudedad corresponde al 80 % de la pensión de vejez del causante; el de la pensión de orfandad es el 40 % de dicha pensión. Los huérfanos de padre y madre tienen derecho a dos pensiones de orfandad (*Waisenrenten/rentes d'orphelin*). El importe de estas pensiones se reduce cuando superan conjuntamente el 60 % de la pensión de vejez máxima.

El cálculo descansa sobre los mismos principios que la pensión de vejez del régimen AHV-AVS. Se establece una pensión mínima (928 CHF (773 EUR) al mes para el cónyuge o pareja civil superviviente, y 464 CHF (386 EUR) al mes para los huérfanos) y una pensión máxima (1 856 CHF (1 545 EUR) al mes para el cónyuge o pareja civil superviviente, y 928 CHF (773 EUR) al mes para los huérfanos).

Previsión profesional. Segundo pilar

El importe de la pensión de viudedad corresponde al 60 % de la pensión de invalidez íntegra del causante; el de la pensión de orfandad (para cada hijo) es el 20 % de dicha pensión. Los huérfanos de padre y madre tienen derecho a dos pensiones de orfandad.

Cuando las pensiones son muy bajas, se puede conceder el abono de la indemnización de capital. Esta posibilidad existe asimismo en otros supuestos según el reglamento previsto por la institución de previsión.

¿Cómo se accede a las prestaciones de superviviente?

Las prestaciones de supervivientes del primer pilar deben solicitarse en la Caja de Compensación competente. Ante cualquier resolución de este organismo, cabe recurso y revisión judicial.

Las prestaciones de previsión profesional relativa a vejez, supervivientes e invalidez (segundo pilar) están gestionadas por las entidades de previsión registradas, ante las cuales deben presentarse las solicitudes de prestaciones. Los litigios entre las entidades de previsión y los asegurados pueden remitirse al tribunal cantonal competente. A su vez, la resolución de este tribunal puede ser objeto de recurso ante el Tribunal Federal.

Capítulo VIII. Prestaciones de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales

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

El seguro de accidentes cubre los accidentes de trabajo, las enfermedades profesionales así como los accidentes no profesionales siempre que, en este último supuesto, el trabajador ejerza una actividad por cuenta ajena al menos ocho horas por semana para un mismo empresario. También quedan cubiertos los accidentes que se produzcan en el trayecto entre el domicilio del asegurado y el lugar de trabajo. Los beneficiarios de subsidios diarios del seguro de desempleo también están cubiertos contra los accidentes no profesionales.

Los trabajadores por cuenta ajena (incluidos los trabajadores a domicilio, los aprendices, las personas en formación, los trabajadores voluntarios y las personas que trabajan en centros de formación o en talleres protegidos) están obligados a asegurarse, en tanto que el seguro de accidentes es opcional para los trabajadores autónomos y sus familiares colaboradores.

Por accidente se entiende toda acción perjudicial súbita e involuntaria contra el cuerpo humano por causa exterior extraordinaria que compromete la salud física, mental o psíquica o que causa el fallecimiento de la persona.

Una enfermedad profesional es cualquier enfermedad causada de forma exclusiva o predominante, durante el ejercicio de la actividad profesional, por sustancias nocivas, determinados trabajos (listas de sustancias y trabajos), así como las demás enfermedades para las que se haya demostrado que han sido causadas exclusivamente de manera netamente predominante por el ejercicio de la actividad profesional (cláusula general).

Alcance de la cobertura

Asistencia sanitaria

El seguro de accidentes prevé las siguientes prestaciones de asistencia sanitaria:

- tratamiento médico adecuado:
 - tratamiento ambulatorio por parte del médico o el dentista,
 - medicamentos y análisis prescritos por el médico o dentista,
 - tratamiento, alimentación y alojamiento en sala común del hospital con el que se hayan concertado las tarifas,
 - tratamientos complementarios o tratamientos de baños prescritos por el médico,
 - medios y aparatos necesarios para la curación;
- medios auxiliares de un modelo sencillo y adecuado entregado en préstamo o en plena propiedad;
- daños materiales: la persona asegurada tiene derecho a recibir una indemnización por los daños causados por el accidente a los objetos que sustituyen morfológica o funcionalmente una parte del cuerpo (los gastos de sustitución de gafas, aparatos

acústicos y prótesis dentales sólo se asumirán si la lesión corporal necesita tratamiento);

- gastos necesarios de salvamento, así como los gastos médicos necesarios de viaje y de transporte;
- gastos de transporte del cadáver y gastos del sepelio.

Se prevé la prestación de medidas de rehabilitación en virtud del seguro de invalidez (como se describe en el apartado sobre prestaciones de invalidez.

Prestaciones en metálico

Subsidios diarios

En el supuesto de incapacidad total para el trabajo, la persona asegurada percibirá indemnizaciones por la pérdida de ganancia correspondientes al 80 % de la ganancia asegurada desde el tercer día posterior al accidente (durante los primeros 3 días, el empresario debe pagar el 80 % del salario). Si la incapacidad es tan solo parcial, se produce una minoración proporcional del importe del subsidio. El derecho al subsidio por pérdida de ganancias se extingue desde el momento en que la persona asegurada ha recuperado su plena capacidad para el trabajo, desde que se abona una pensión o desde su fallecimiento. La ganancia asegurada corresponde al último salario que ha percibido el asegurado antes del accidente hasta un máximo de la ganancia diaria máxima fijada (346 CHF (288 EUR)).

Se pueden aplicar deducciones en virtud de la participación en los gastos de mantenimiento en caso de hospitalización, salvo para los asegurados que tienen a su cargo hijos menores que estudian o tienen contratos de aprendizaje.

Se puede suscribir un seguro complementario de Derecho privado por la pérdida de ganancia no cubierta por el seguro de accidentes.

Prestación de invalidez

El derecho a la prestación nace desde que no ha lugar a esperar una mejora sensible del estado del asegurado con la continuación del tratamiento médico, y tras haber aplicado todas las medidas de rehabilitación necesarias correspondientes al seguro de invalidez. El derecho se extingue cuando la pensión se sustituye íntegramente por una indemnización en forma de capital, cuando se recompra o cuando fallece el asegurado.

Si el asegurado tiene una invalidez de al menos el 10 %, tiene derecho a una prestación por invalidez. Para evaluar el grado de invalidez se comparan los ingresos que podría obtener el asegurado si no fuera inválido con los que podría obtener ejerciendo una actividad que se le pueda exigir razonablemente tras los tratamientos y las medidas de rehabilitación en un mercado de trabajo equilibrado.

En caso de incapacidad laboral permanente, el asegurado tiene derecho a una pensión. En caso de invalidez total, la pensión de invalidez corresponde al 80 % de la ganancia asegurada. Si la invalidez solo es parcial, se reduce el importe de la prestación de manera proporcional. La ganancia asegurada corresponde al último salario que ha percibido el asegurado antes del accidente hasta un máximo de la ganancia anual máxima fijada (126 000 CHF (104 889 EUR)).

Cuando se puede deducir de la naturaleza del accidente y del comportamiento del asegurado que este último recuperará su capacidad de ganancia si recibe una indemnización única, se dejan de abonar las prestaciones y el asegurado recibe una

prestación en forma de capital de una cuantía máxima correspondiente a tres veces la ganancia anual asegurada.

Indemnización por atentado a la integridad

Se entiende por indemnización por atentado a la integridad (*Integritätsentschädigung/indemnité pour atteinte   l'intégrité*) una prestación en forma de capital como compensación por los perjuicios inmateriales en caso de atentado grave y permanente a la integridad física, psíquica o psicológica. Esta prestación en capital está escalonada en función de la gravedad del atentado a la integridad y se calcula en porcentaje de la ganancia anual máxima asegurada en el momento del accidente, sin que pueda superar dicho importe.

Ayuda por dependencia

La ayuda por dependencia (*Hilflosenentschädigung/allocation pour impotent*) se proporciona a una persona que, debido a un atentado a su salud, tiene necesidad de manera permanente de la ayuda de un tercero o de una vigilancia personal para realizar los actos elementales de la vida diaria. La ayuda por dependencia se fija en función del grado de dependencia (para obtener información adicional, véase el apartado sobre dependencia).

Pensión de superviviente

En casos de defunción, los supervivientes del asegurado tienen normalmente derecho a una pensión de superviviente.

Los cónyuges supérstites con derecho a pensión son los siguientes:

- viudas y viudos que, al fallecer su cónyuge, tienen a uno o más hijos con derecho a una pensión o con una invalidez de al menos dos tercios;
- viudas que tienen uno o varios hijos que ya no tienen derecho a una pensión o que han cumplido 45 años;
- viudas con derecho a una indemnización de capital cuando no cumplen los requisitos de concesión de una pensión;
- el cónyuge divorciado est  asimilado a la viuda o viudo si el asegurado que ha sido víctima del accidente estaba obligado al pago de una pensión alimentaria.

La pensión de superviviente corresponde al 40 % de la ganancia asegurada que debe pagarse a los viudos y viudas, y al 20 % de la ganancia asegurada para el cónyuge divorciado con el máximo de la contribución de mantenimiento debida. La pensión de orfandad corresponde al 15 % de la ganancia asegurada para el huérfano de padre o de madre, y al 25 % de la ganancia asegurada para el huérfano de padre y de madre.

En los supuestos en que haya varios supervivientes, las pensiones de superviviente ascienden como máximo y en total al 70 % de la ganancia asegurada (90 % cuando existe además una pensión por cónyuge divorciado).

El derecho a la pensión del cónyuge superviviente se extingue en caso de fallecimiento del derechohabiente o por la recompra de la pensión. Además, el derecho a la pensión del cónyuge supérstite se extingue en caso de que este contraiga un segundo matrimonio, y el derecho a la pensión de orfandad se extingue al cumplir 18 años o, en caso de aprendizaje o estudios, a los 25 años cumplidos.

Durante su existencia como tal, las parejas civiles registradas equivalen a los matrimonios. La pareja civil registrada supérstite se asimila a un viudo o una viuda. La disolución jurídica de la pareja civil registrada equivale a un divorcio.

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

Los accidentes de trabajo o las enfermedades profesionales deben comunicarse de forma inmediata al asegurador o al empresario.

La asistencia sanitaria la presta el médico, el dentista, el quiropráctico, la farmacia o el establecimiento hospitalario que haya elegido libremente el asegurado. No se exige ninguna participación del asegurado en los costes de la asistencia sanitaria.

El seguro de accidentes está gestionado por la Caja Nacional Suiza de Seguros de Accidentes (CNA) o cualquier otro asegurador autorizado, en función de la categoría del trabajador. Las solicitudes de prestaciones en metálico deben presentarse ante estos organismos. Ante cualquier resolución del asegurador, cabe interponer recurso y solicitar la revisión judicial.

Capítulo IX. Prestaciones familiares

Nacimiento del derecho a las prestaciones familiares

Las prestaciones familiares en la agricultura están reglamentadas a nivel federal. Para los demás sectores, las prestaciones familiares están reglamentadas en 26 leyes cantonales y en una ley de armonización federal. Es posible solicitar otras prestaciones para las familias, por ejemplo, sobre la base del contrato individual de trabajo o en virtud de los convenios colectivos.

Los hijos que dan derecho a las prestaciones familiares son los hijos de padres casados o solteros, los hijos adoptados, los hijos del cónyuge o pareja registrada, los niños de acogida, y los hermanos y nietos, si están a cargo del derechohabiente de forma predominante.

La ayuda por hijo se abona hasta que el hijo cumple 16 años de edad (20 años si el hijo está incapacitado para desempeñar una actividad remunerada). Se paga una ayuda de formación profesional hasta que el hijo cumple los 25 años de edad.

Prestaciones familiares en la agricultura

Los trabajadores agrícolas y los agricultores autónomos pueden solicitar prestaciones familiares. Además, los trabajadores agrícolas tienen derecho a una ayuda familiar cuando conviven con su cónyuge o sus hijos.

Prestaciones familiares en otros sectores

Las prestaciones familiares las puede solicitar cualquier trabajador y aquellas personas que no disponen de un empleo remunerado y cuyos ingresos no superan un determinado importe (41 760 CHF (34 763 EUR) al año). En trece cantones, los trabajadores autónomos también tienen derecho a prestaciones familiares.

Alcance de la cobertura

Prestaciones familiares en la agricultura

El importe de la ayuda por hijo es de 200 CHF (166 EUR) mensuales por hijo en las regiones llanas y de 220 CHF (183 EUR) mensuales por hijo en las regiones montañosas. El importe de la ayuda de formación profesional es de 250 CHF (208 EUR) mensuales por hijo en las regiones llanas y de 270 CHF (225 EUR) mensuales por hijo en las regiones montañosas.

Además, los trabajadores agrícolas pueden recibir una ayuda familiar (*Haushaltungszulage/allocation de ménage*) de 100 CHF (83 EUR) mensuales.

Prestaciones familiares en otros sectores

La ayuda por hijo debe tener un importe mínimo de 200 CHF (166 EUR) mensuales por hijo. La ayuda de formación profesional debe tener un importe mínimo de 250 CHF (208 EUR) mensuales por hijo. Los cantones pueden conceder unas ayudas de mayor importe.

Además de las prestaciones familiares, en algunos cantones es posible solicitar otras prestaciones, como ayudas por nacimiento o ayudas por adopción.

¿Cómo se accede a las prestaciones familiares?

En el marco del régimen agrícola, las prestaciones familiares deben solicitarse en la Caja de Compensación cantonal competente. Para el resto de sectores, la solicitud se realizará en la caja de prestaciones familiares competente.

Capítulo X. Desempleo

Nacimiento del derecho a las prestaciones de desempleo

El seguro de desempleo está diseñado para garantizar a los asegurados una compensación conveniente de la falta de ingresos por desempleo (total o parcial), reducción del horario de trabajo, inclemencias meteorológicas y por insolvencia del empresario. Las medidas relativas al mercado de trabajo en beneficio de los asegurados están diseñadas para proteger contra los riesgos de desempleo, combatir el desempleo existente y promover su integración duradera y rápida en el mercado de trabajo.

Están asegurados contra la situación de desempleo los afiliados al régimen obligatorio *AHV-AVS* y sujetos al pago de las cotizaciones en virtud de una actividad por cuenta ajena y que no han cumplido aún la edad de la jubilación. No existe la posibilidad de un seguro voluntario.

Se otorga una prestación contributiva de desempleo en el caso de que el asegurado cumpla los siguientes requisitos:

- no tener trabajo o estar parcialmente desempleado;
- haber padecido una pérdida de trabajo a tener en consideración (con pérdida de salario) al menos durante 2 días consecutivos;
- estar domiciliado en Suiza (pueden aplicarse normas especiales a los residentes con nacionalidad de un Estado miembro de la UE o del EEE);
- haber culminado la escolarización obligatoria y no haber cumplido aún la edad para percibir una pensión de vejez del régimen *AHV-AVS* y no cobrar una pensión de dicho régimen.
- haber ejercido una actividad lucrativa durante al menos 12 meses en los 2 últimos años anteriores a la situación de desempleo y de inscripción en la Oficina de Empleo (quienes no hayan podido tener un contrato de trabajo debido a una formación, una enfermedad, un accidente, una detención, etc., quedan exentos de las condiciones relativas al periodo de cotización). Por lo general se prorroga este plazo de 2 años por 2 años más en el caso de un asegurado que ha iniciado una actividad como trabajador autónomo sin ayuda del seguro de desempleo, o que se ha dedicado a la educación de su hijo o que ha quedado desempleado en los 4 años anteriores a la edad que da derecho a una pensión de vejez del régimen *AHV-AVS* y cuya colocación resulta muy difícil.
- estar dispuesto y en medida de aceptar un empleo;
- estar a disposición del servicio de empleo para su colocación, cumpliendo las exigencias de control y de búsqueda de trabajo por sí mismo.

Alcance de la cobertura

Por lo general, la prestación de desempleo asciende al 70 % del salario medio sujeto a cotización de los 6 últimos meses con el límite máximo fijado (10 500 CHF (8 741 EUR) mensuales). Los asegurados que tengan obligaciones de mantenimiento de hijos menores de 25 años de edad, o cuya prestación de desempleo no alcance determinado importe mínimo (140 CHF (117 EUR)) o presenten alguna discapacidad,

tienen derecho al 80 % de su último salario sujeto a cotización. Asimismo, los asegurados con hijos tienen derecho a prestaciones familiares.

La prestación de desempleo se abona en forma de subsidios diarios, a razón de cinco subsidios por semana. Por regla general, el derecho a la prestación se inicia tras un periodo de carencia de 5 días de desempleo controlado. En determinadas circunstancias, se puede reducir o ampliar este plazo. El periodo de carencia general no se aplica a los asegurados cuyo salario asegurado se encuentre por debajo de determinados límites mínimos.

Se aplica un periodo de carencia especial de 120 días (además de los 5 días ordinarios) a las personas exentas del cumplimiento de los requisitos relativos al periodo de cotización por motivos de formación, enfermedad, accidente, maternidad o detención. El periodo de carencia general se extiende a 5 días para las demás personas exentas del cumplimiento de las condiciones relativas al periodo de cotización, y a un día para los trabajadores temporeros, para los trabajadores de las profesiones en las que el cambio de empleador es un hecho frecuente y para las personas con contratos de trabajo temporales.

Puede solicitarse la prestación de desempleo para un periodo determinado durante 2 años, es decir:

- 200 subsidios diarios para las personas menores de 25 años que no tengan obligaciones de mantenimiento de hijos;
- 260 subsidios diarios para un periodo de cotización de un total de 12 meses;
- 400 subsidios diarios para un periodo de cotización de un total de 18 meses;
- 520 subsidios diarios a partir de 55 años si el asegurado justifica un periodo de cotización mínima de 22 meses;
- 520 subsidios diarios si el asegurado cobra una pensión de invalidez correspondiente a un grado de invalidez de al menos el 40 % y justifica un periodo de cotización mínimo de 22 meses;
- 90 subsidios diarios para las personas exentas de las condiciones relativas al periodo de cotización.

Los desempleados de edad avanzada que perdieron su empleo durante los 4 años anteriores a la edad que da derecho a una pensión de vejez del régimen *AHV-AVS*, y cuya colocación resulte muy difícil, tienen derecho a 120 subsidios diarios adicionales.

Si el asegurado pertenece a la categoría de desempleados de difícil colocación por motivos inherentes al mercado de trabajo, puede participar, con el acuerdo de la Oficina de Empleo, en medidas de formación continua o de reinserción al tiempo que sigue percibiendo los subsidios diarios.

Se puede suspender el derecho a percibir la prestación de desempleo durante cierto tiempo, por ejemplo, si el desempleado deja su trabajo sin un motivo válido, no hace suficientes esfuerzos para buscar trabajo por sí mismo, rechaza un trabajo que le ha sido asignado por la Oficina de Empleo o proporciona información falsa o incompleta. La suspensión puede durar de 1 a 60 días, en función de la gravedad de la infracción.

El seguro de desempleo también concede prestaciones en caso de desempleo parcial. Estas prestaciones se conceden a las personas que buscan únicamente un trabajo a tiempo parcial, o que tienen un trabajo a tiempo parcial e intentan sustituirlo por un trabajo a tiempo completo o complementarlo con otro trabajo a tiempo parcial. Los trabajadores que vean reducida su jornada habitual de trabajo, o cuya actividad se

suspenda, tienen derecho al subsidio por reducción del horario de trabajo (*Kurzarbeitsentschädigung/indemnité en cas de réduction de l'horaire de travail*). Los trabajadores de aquellos ámbitos de actividad donde sean frecuentes las interrupciones del trabajo a raíz de las condiciones meteorológicas tienen derecho al subsidio de inclemencias meteorológicas (*Schlechtwetterentschädigung/indemnité en cas d'intempéries*).

También pueden concederse prestaciones en virtud del seguro de desempleo en caso de insolvencia del empresario, así como prestaciones económicas en virtud de las medidas relativas al mercado de trabajo.

¿Cómo se accede a las prestaciones de desempleo?

Los asegurados deberán inscribirse personalmente dentro del plazo establecido o, a más tardar, el primer día para el que tienen intención de solicitar la prestación de desempleo. En función del cantón, esta inscripción debe llevarse a cabo en el ayuntamiento de su lugar de residencia o en la Oficina Regional de Colocación correspondiente. El desempleado debe someterse a las prescripciones de control y participar en las entrevistas de asesoramiento en las Oficinas Regionales de Colocación (ORP) competentes. La prestación de desempleo se abona por una Caja de Desempleo elegida libremente en el momento de la inscripción en la Oficina de Empleo. Los desempleados están obligados a aceptar cualquier trabajo conveniente que les sea propuesto.

Capítulo XI. Recursos mínimos

Nacimiento del derecho a prestaciones relativas a los recursos mínimos

La Constitución Federal, en su artículo 12, consagra el derecho a obtener una ayuda en situación de desamparo: «Quien se encuentre en situación de desamparo y no pueda asumir su manutención tiene derecho a ser auxiliado y asistido, y de recibir los medios indispensables para llevar una existencia digna de su condición humana».

El Suiza, la ayuda social es, con contadas excepciones, competencia de los cantones, quedando su ejecución por lo general delegada a los ayuntamientos. La ayuda social se apoya pues en 26 sistemas cantonales distintos. No obstante, la Conferencia Suiza de Instituciones de Acción Social (CSIAS), organismo compuesto fundamentalmente de especialistas y representantes de los servicios sociales de los cantones y municipios, define líneas directrices en materia de ayuda social para las autoridades sociales de los cantones, municipios e instituciones sociales privadas. La mayoría de los cantones aplica las normas.

Por consiguiente, no existe un régimen general de carácter no contributivo de ámbito federal. No obstante, pueden otorgarse prestaciones sociales a categorías específicas de personas en forma de prestaciones complementarias a las del primer pilar (*Ergänzungsleistungen, EL/Prestations complémentaires, PC*). Las prestaciones del primer pilar, junto con las prestaciones complementarias, deben responder a las necesidades básicas de los ancianos, de las personas con discapacidad y de los supervivientes.

Pueden concederse prestaciones complementarias en función de los recursos a los beneficiarios de una pensión de vejez o de supervivientes del seguro de vejez y supervivientes (*AHV-AVS*), o a los de una pensión de invalidez o una ayuda por dependencia del seguro de invalidez (*IV-AI*). La nacionalidad suiza no es un requisito para acceder a estas prestaciones, pero sí lo es la residencia en Suiza. Además, los extranjeros deben haber residido ininterrumpidamente en Suiza durante los 10 años inmediatamente anteriores a la fecha en que realicen la solicitud de prestaciones complementarios (para los refugiados y los desplazados este periodo está establecido en 5 años).

Alcance de la cobertura

El importe anual de las prestaciones complementarias corresponde a la parte de los gastos reconocidos que excede los ingresos que determinan la prestación. Entre los gastos reconocidos se incluyen el importe necesario para cubrir las necesidades básicas, el alquiler y los costes asociados (hasta un importe máximo), los gastos profesionales, los costes de mantenimiento de la propiedad y de los intereses de la hipoteca, las cotizaciones de los seguros sociales (para el seguro de enfermedad obligatorio: una suma a tanto alzado correspondiente a la prima cantonal media) y el pago de pensiones alimenticias en virtud del derecho de familia.

Los gastos reconocidos para el cálculo de las prestaciones complementarias incluyen un importe que cubre las necesidades básicas, que varía en función de la composición de la familia, es decir:

- 19 050 CHF (15 858 EUR) por año para una sola persona;
- 28 575 CHF (23 787 EUR) por año para matrimonios y uniones registradas;
- 9 945 CHF (8 279 EUR) por año para cada uno de los dos primeros hijos;
- 6 630 CHF (5 519 EUR) por año para cada uno de los hijos tercero y cuarto;
- 3 315 CHF (2 760 EUR) por año para hijo del quinto en adelante.

El importe anual de las prestaciones complementarias se calcula en forma de prestación diferencial (es decir, los gastos menos los ingresos). Estas prestaciones se abonan siempre que se cumplan las condiciones pertinentes.

Según las normas de la CSIAS para la ayuda social cantonal, la cobertura de las necesidades fundamentales incluye una cuantía a tanto alzado para cubrir la manutención, los gastos de alojamiento y los gastos médicos de base.

¿Cómo se accede a las prestaciones de recursos mínimos?

Las cajas de compensación cantonales son las responsables de evaluar el derecho a prestaciones complementarias. De manera periódica, y como mínimo cada 4 años, estos organismos vuelven a evaluar la situación económica del solicitante (es decir, fijan los ingresos y los gastos reconocidos).

Las prestaciones complementarias que hayan sido solicitadas sin tener derecho a ello (por fraude o por violar la obligación de información) deberán ser reembolsadas por el beneficiario, su representante legal o sus herederos. El reembolso puede ser objeto de suspensión si se demuestra que la persona ha actuado de buena fe y si con dicho reembolso se dejaría a la persona en una situación difícil.

Capítulo XII. Dependencia

Nacimiento del derecho a las prestaciones de dependencia

En Suiza no existe un régimen especial de dependencia. Las prestaciones se proporcionan a través de diversas ramas de la Seguridad Social.

La asistencia sanitaria se presta en el marco del seguro obligatorio de salud, el seguro de accidentes y el seguro de invalidez (medidas médicas del seguro de invalidez).

Además, puede otorgarse la ayuda por dependencia en el marco del régimen de pensiones de base (seguros de vejez y supervivientes [AHV-AVS] y seguros de invalidez [IV-IA]) y del seguro de accidentes. Las personas con derecho a este tipo de prestaciones son las que, como consecuencia de un deterioro de su salud, necesitan de forma permanente la atención de un tercero o una supervisión personal para llevar a cabo las actividades cotidianas elementales (por ejemplo, ponerse en pie, sentarse, acostarse, comer, vestirse y desvestirse, lavarse, ir al cuarto de baño, desplazarse).

Se distinguen tres grados de dependencia:

- dependencia grave: el asegurado necesita ayuda regular y sustancial para llevar a cabo todas las actividades cotidianas básicas y requiere atención o supervisión personal permanente.
- dependencia moderada: la persona asegurada necesita ayuda regular y sustancial para llevar a cabo la mayor parte de las actividades cotidianas básicas, o necesita ayuda regular y sustancial para llevar a cabo al menos dos actividades diarias básicas y, además, requiere de supervisión personal permanente.
- dependencia leve: el asegurado necesita ayuda regular y sustancial para llevar a cabo al menos dos actividades diarias básicas, o requiere supervisión personal permanente, o, por su discapacidad, necesita de forma permanente una atención de particular exigencia, o, debido a un grave deterioro de los órganos sensoriales o a una discapacidad física grave, el asegurado solo puede entrar en contacto social con su entorno si recibe unos servicios importantes y regulares.

Se puede proporcionar una ayuda para asistencia personal en el marco del régimen de pensión básico (AHV-AVS/IV-AI). El propósito de esta prestación consiste en permitir al asegurado vivir de forma independiente. La persona que percibe una ayuda por dependencia y que vive o quiere vivir por su cuenta tiene derecho a una ayuda de asistencia personal que le permita contratar a una persona física (proveedor de asistencia) para que le proporcione la asistencia necesaria. Una persona que percibe una ayuda para asistencia personal hasta la edad de jubilación sigue teniendo derecho a ella hasta el importe percibido hasta ese momento.

Los costes especiales pueden reembolsarse mediante el régimen de [prestaciones complementarias](#), proporcionando prestaciones en función de los recursos a los ancianos, las personas con discapacidad y los supervivientes (como se describe en el).

Alcance de la cobertura

Prestaciones en especie

El tratamiento domiciliario, ambulatorio o en un hospital se presta en el marco del régimen del seguro de salud), así como en el de los seguros de invalidez y de accidentes).

Prestaciones en metálico

Los importes de las ayudas por dependencia dependen del grado de dependencia. En el marco del régimen del seguro de invalidez, los importes mensuales son los siguientes:

- 464 CHF (386 EUR) para la dependencia leve;
- 1 160 CHF (966 EUR) para la dependencia moderada;
- 1 856 CHF (1 545 EUR) para la dependencia grave;

Si el asegurado recibe atención en una institución, la ayuda de dependencia equivale a un cuarto de estos importes.

Los menores de edad que necesitan una atención intensiva y no han ingresado en una institución tienen derecho a un complemento a la ayuda por dependencia. El importe depende de la intensidad de la atención que requieran.

En el marco del régimen del seguro de vejez y supervivientes, la ayuda por dependencia alcanza un importe mensual de 232 CHF (193 EUR) (para la dependencia leve), de 580 CHF (483 EUR) (para la dependencia moderada) o de 928 CHF (773 EUR) (para la dependencia grave).

En virtud del seguro de accidentes, el importe mensual de la ayuda por dependencia asciende a las siguientes sumas (en 2011):

- 692 CHF (576 EUR) para la dependencia leve;
- 1 384 CHF (1 152 EUR) para la dependencia moderada;
- 2 076 CHF (1 728 EUR) para la dependencia grave;

La ayuda para asistencia personal equivale en principio a 32,50 CHF (27 EUR) por hora. Si el proveedor de asistencia debe tener cualificaciones especiales debido a la discapacidad del asegurado, el importe de la ayuda para asistencia personal asciende a 48,75 CHF (41 EUR) por hora. Se aplica una tarifa especial para ayuda prestada durante la noche (con un máximo de 86,70 CHF (72 EUR) por noche).

En el marco del régimen de prestaciones complementarias del primer pilar, está prevista la posibilidad de reembolsar los costes especiales de ayuda y asistencia hasta un determinado importe. Los cantones determinarán los costes que deben ser objeto de reembolso.

¿Cómo se accede a las prestaciones de dependencia?

La necesidad de asistencia sanitaria deberá ser evaluada por un médico competente. La dependencia se determina en las oficinas del seguro de invalidez (en el seguro de vejez y supervivientes y en el del seguro de invalidez) y a través de los aseguradores de accidentes (en el marco del seguro de accidentes).

La dependencia se evalúa periódicamente.

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 Suiza, debe dirigirse a las instituciones públicas que gestionan el sistema de protección social.

Para las cuestiones de Seguridad Social que afectan a más de un país de la UE, puede buscar una institución de contacto en el Directorio Público de Instituciones de Seguridad Social Europeas que mantiene la Comisión Europea en la siguiente página: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=26&langId=es>.

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

Oficina Federal de Salud Pública

Bundesamt für Gesundheit
Office Fédéral de la Santé Publique
3003 Bern
Tfno.: +41 (0)31 322 21 11
Fax: +41 (0)31 322 95 07
<http://www.bag.admin.ch>

Secretaría de Estado de Asuntos Económicos

Staatssekretariat für Wirtschaft
Secrétariat d'État à l'Économie
Effingerstrasse 31
3003 Bern
Tfno.: +41 (0)31 322 56 56
Fax: +41 (0)31 322 27 49
<http://www.seco.admin.ch>

Oficina Federal de Seguros Sociales

Bundesamt für Sozialversicherungen
Office Fédéral des Assurances Sociales
Effingerstrasse 20
3003 Bern
Tfno.: +41 (0)31 322 90 11
Fax: +41 (0)31 322 78 80
<http://www.bsv.admin.ch>

Organismos de enlace

1. Enfermedad y maternidad

Organismo común establecido en virtud de la Ley de Seguro de Enfermedad

Gemeinsame Einrichtung KVG
Institution commune LAMal
Gibelinstrasse 25
4503 Solothurn
Tfno.: +41 (0)32 625 30 30
Fax: +41 (0)32 625 30 90
Correo electrónico: info@kvg.org
<http://www.kvg.org>

2. Vejez, supervivientes e invalidez

- Primer pilar

Caja de Compensación de Suiza
Die Schweizerische Ausgleichskasse
Caisse suisse de compensation
Avenue Edmond-Vaucher 18
Case postale 3100
1211 Genève 2
Tfno.: +41 (0)22 795 91 11
Fax: +41 (0)22 795 97 05
<http://www.zas.admin.ch>

- Segundo pilar

Fondo de Garantía LPP
Sicherheitsfonds BVG
Fonds de garantie LPP
Eigerplatz 2
Case postale 1023
3000 Berne 14
Tfno.: +41 (0)31 380 79 71
Fax: +41 (0)31 380 79 76
Correo electrónico: info@sfbvg.ch
<http://www.sfbvg.ch>

3. Accidentes y enfermedades profesionales

Caja Nacional Suiza de Seguros de Accidentes

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
Fluhmattstrasse 1
6002 Lucerne
Tfno.: +41 (0)41 419 51 11
Fax: +41 (0)41 419 58 28
<http://www.suva.ch>

4. Prestaciones familiares

Oficina Federal de Seguros Sociales
Bundesamt für Sozialversicherungen
Office Fédéral des Assurances Sociales
Effingerstrasse 20
3003 Bern
Tfno.: +41 (0)31 322 90 11
Fax: +41 (0)31 322 78 80
<http://www.bsv.admin.ch>

5. Subsidio de desempleo

Secretaría de Estado de Asuntos Económicos
Staatssekretariat für Wirtschaft
Secrétariat d'État à l'Économie
Effingerstrasse 31
3003 Bern
Tfno.: +41 (0)31 322 56 56
Fax: +41 (0)31 322 27 49
<http://www.seco.admin.ch>