

Protección social en enfermedades neurodegenerativas y de alta complejidad: estudio crítico de una respuesta jurídica en construcción

Guillermo García González

*Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social.
Universidad Internacional de La Rioja (España)*
guillermo.garcia@unir.net | <https://orcid.org/0000-0002-5927-4124>

Extracto

La Ley 3/2024, destinada a mejorar la calidad de vida de las personas con esclerosis lateral amiotrófica (ELA) y otras enfermedades irreversibles de gran complejidad, constituye un hito normativo fruto de la movilización social de pacientes y asociaciones. Se eleva, de este modo, un interés inicialmente difuso –la dignidad de las personas afectadas y su derecho a cuidados adecuados– a la categoría de derecho exigible con alcance supraindividual.

El estudio se estructura siguiendo la sistemática del articulado de la ley. En primer lugar, se analiza su ámbito de aplicación, que combina la eficacia inmediata para la ELA con una apertura condicionada a otras enfermedades irreversibles. Este diseño normativo configura un marco jurídico asimétrico, que resulta controvertido desde la perspectiva de la seguridad jurídica y de la equidad. Posteriormente, se examinan los tres ejes básicos del sistema de protección: la discapacidad, con avances en el reconocimiento automático y en la revisión; la dependencia, donde se introduce un automatismo vinculado al diagnóstico; y la incapacidad permanente, cuyo acceso se flexibiliza. Cada apartado examina tanto los avances como, especialmente, las limitaciones dogmáticas del diseño legislativo. Asimismo, se abordan las eventuales dificultades derivadas de la aplicación administrativa y judicial de la norma, que condicionan de manera decisiva la eficacia real de unas reformas cuya fuerza jurídica convive con la fragilidad de su aplicación.

Palabras clave: esclerosis lateral amiotrófica; dependencia; derecho a la salud; discapacidad; enfermedades neurodegenerativas; incapacidad permanente; protección social.

Recibido: 27-08-2025 / Aceptado: 29-10-2025 / Publicado: 09-01-2026

Cómo citar: García González, G. (2026). Protección social en enfermedades neurodegenerativas y de alta complejidad: estudio crítico de una respuesta jurídica en construcción. *Revista de Trabajo y Seguridad Social. CEF*, 490, 20-55. <https://doi.org/10.51302/rtss.2026.24773>

Social Protection in Neurodegenerative and Highly Complex Diseases: A Critical Analysis of an Emerging Legal Response

Guillermo García González

Professor of Labour and Social Security Law.

International University of La Rioja (Spain)

guillermo.garcia@unir.net | <https://orcid.org/0000-0002-5927-4124>

Abstract

Law 3/2024, enacted to improve the quality of life of individuals with amyotrophic lateral sclerosis (ALS) and other irreversible and highly complex diseases, represents a landmark statute born of the social mobilization of patients and associations. In this way, what was initially a diffuse interest –the dignity of those affected and their right to adequate care– is elevated to the category of an enforceable right with a supra-individual dimension.

This study is organized according to the systematic structure of the statute. It begins with an analysis of its scope of application, which combines immediate effectiveness for ALS with a conditional extension to other irreversible diseases. This normative design produces an asymmetric legal framework, one that is controversial from the standpoint of legal certainty and equity. The discussion then turns to the three basic pillars of the protection system: disability, with advances in automatic recognition and review; dependency, where an automatism linked to diagnosis is introduced; and permanent incapacity, where access has been made more flexible. Each section examines both the legislative advances and, in particular, the doctrinal limitations of the statutory design. Finally, the study considers the practical difficulties arising from the administrative and judicial implementation of the statute, which decisively shape the real effectiveness of reforms whose legal force nonetheless coexists with the fragility of their implementation.

Keywords: amyotrophic lateral sclerosis; dependency; right to health; disability; neurodegenerative diseases; permanent disability; social protection.

Received: 27-08-2025 / Accepted: 29-10-2025 / Published: 09-01-2026

Citation: García González, G. (2026). Social Protection in Neurodegenerative and Highly Complex Diseases: A Critical Analysis of an Emerging Legal Response. *Revista de Trabajo y Seguridad Social. CEF*, 490, 20-55. <https://doi.org/10.51302/rtss.2026.24773>

Sumario

1. Introducción
2. El ámbito aplicativo de la Ley 3/2024: asimetrías y exclusiones
3. El sistema de reconocimiento y revisión de la discapacidad: progresos, limitaciones y riesgos de ineficacia práctica
 - 3.1. El reconocimiento automático de la discapacidad con base en otros sistemas de protección
 - 3.2. La revisión urgente del grado de discapacidad: garantías normativas y deficiencias aplicativas
 - 3.3. El nuevo alcance del baremo de movilidad
 - 3.4. El refuerzo de medios como garantía estructural de eficacia: entre el mandato normativo y la incertidumbre financiera
4. El nuevo régimen de reconocimiento y revisión de la dependencia: avances y limitaciones sistémicas
 - 4.1. El automatismo diagnóstico: implicaciones conceptuales y prácticas
 - 4.2. Los nuevos plazos de resolución en los procedimientos de dependencia: avances formales y debilidades estructurales
5. La flexibilización de los requisitos de acceso a la incapacidad permanente: alcance, significado y omisiones normativas
 - 5.1. Los nuevos criterios de acceso a la incapacidad permanente y su inspiración jurisprudencial
 - 5.2. Algunos retos pendientes: omisiones normativas y disfunciones prácticas
6. A modo de conclusiones
- Referencias bibliográficas

1. Introducción

Desde los inicios del siglo XX, el sistema español de protección social ha seguido una trayectoria de paulatina ampliación de sus prestaciones, acompañada de un constante perfeccionamiento normativo e institucional. Este proceso se ha dirigido al incremento de la cobertura, al ensanchamiento de derechos y al refuerzo de garantías, en coherencia con el desarrollo del Estado social y democrático de derecho.

La Ley 3/2024, de 30 de octubre, para mejorar la calidad de vida de personas con esclerosis lateral amiotrófica y otras enfermedades o procesos de alta complejidad y curso irreversible, constituye un claro ejemplo de la vis expansiva del modelo de protección social. La norma lo concibe como integral en su enfoque protector y, al mismo tiempo, específico en relación con su población destinataria y reforzado en el alcance de sus medidas. El texto legal representa un avance significativo, no solo porque fortalece garantías ya existentes, sino, principalmente, porque enfoca su tutela hacia un colectivo definido por dolencias irreversibles que exigen apoyos sanitarios y sociales de alta exigencia, con la ELA como caso paradigmático.

Su promulgación obedece a una movilización social articulada y sostenida en el tiempo, protagonizada por pacientes y asociaciones de ELA. Durante la tramitación parlamentaria, el debate trascendió el marco inicialmente circunscrito a esta patología, proyectándose hacia la configuración de un esquema normativo extensible a procesos análogos, conforme a criterios reglados y verificables (Fundación Luzón, 2024, pp. 52-69). La ley, aprobada por unanimidad en el Congreso, se erige en un hito histórico y constituye uno de los escasos supuestos de consenso nacional en la presente legislatura, lo que evidencia un elevado grado de sensibilización y compromiso colectivo ante la crudeza de esta patología (Aguilar Calahorra, 2025, p. 149).

Esa sensibilización no se explica por la prevalencia de la enfermedad, relativamente baja en términos epidemiológicos, sino por su extrema severidad clínica y social. En este sentido, se calcula que en España entre 4.000 y 4.500 personas conviven con ELA (Fundación Luzón, 2024, p. 22), con una supervivencia media tras el diagnóstico de entre dos y cinco años (Vasta *et al.*, 2025). Esta realidad conlleva la necesidad de medidas de asistencia social y de apoyo sanitario complementario, que en la práctica suelen recaer en cuidadores informales, generalmente familiares, quienes asumen una carga física, emocional y económica considerable (Yang *et al.*, 2024). Es este contexto el que refuerza la urgencia de una respuesta jurídico-institucional singular, que encuentra su plasmación en la Ley 3/2024.

Siguiendo la construcción doctrinal de los intereses supraindividuales, la ley transforma un interés inicialmente difuso –la dignidad de las personas con ELA y el derecho a cuidados adecuados, ambos vinculados al derecho a la protección de la salud y a una vida digna en situaciones de gran dependencia– en un derecho exigible de alcance supraindividual, que trasciende tanto al individuo como al colectivo inmediato (Vigoriti, 1980).

Con este anclaje dogmático, la norma propone un modelo de carácter integral, aunque con un alcance limitado, que se articula en torno a tres instituciones básicas del entramado de protección social: discapacidad, dependencia e incapacidad permanente, con el objetivo de agilizar los procedimientos en patologías irreversibles de rápida progresión, adecuando, de este modo, la tutela jurídica a la realidad clínica.

El presente estudio se estructura de acuerdo con la sistemática del articulado de la ley. Se parte de su ámbito de aplicación, definido por la eficacia inmediata respecto de las personas diagnosticadas con ELA y, al mismo tiempo, por la posibilidad, supeditada a un ulterior desarrollo reglamentario, de extenderse a otras patologías irreversibles y de elevada complejidad. Preciado este marco, los apartados siguientes se centran en el análisis de las modificaciones introducidas en los tres ejes esenciales de protección: la discapacidad, la dependencia y la incapacidad permanente. La revisión de cada una de estas instituciones se orienta a identificar tanto los avances sustantivos y procedimentales incorporados por el legislador, como las limitaciones y desafíos que aún plantea su aplicación práctica.

Antes de iniciar el estudio, conviene formular dos advertencias preliminares. En primer lugar, este trabajo se centra en el examen de los preceptos de directa aplicación, dejando al margen, salvo menciones puntuales, las disposiciones programáticas, los mandatos de planificación y otras previsiones de política pública contenidas en la Ley 3/2024, cuya eficacia es mediata o instrumental. En segundo lugar, el enfoque adoptado es estrictamente jurídico, sustentado en un análisis dogmático y sistemático del texto legal y de su proyección práctica. No obstante, por la propia naturaleza del objeto de investigación, en determinados pasajes se incorporan incursiones puntuales en materia de políticas públicas y de las ciencias de la salud, siempre que resulten necesarias para comprender el alcance de la *ratio legis* y las implicaciones que de ella se derivan en la praxis administrativa y jurisdiccional.

Una vez efectuadas las precisiones anteriores, corresponde adentrarse en el estudio, que, como se ha señalado, se inicia con el examen del ámbito de aplicación de la Ley 3/2024.

2. El ámbito aplicativo de la Ley 3/2024: asimetrías y exclusiones

El artículo 2 de la Ley 3/2024 delimita su ámbito de aplicación a través de una estructura dual, compleja e incompleta. Esta opción legislativa encuentra su explicación en el propio

origen de la norma, condicionado por un decidido impulso social de las personas afectadas por ELA y de sus familiares, canalizado a través de una intensa movilización asociativa.

En este contexto, el ámbito de la Ley 3/2024 presenta una arquitectura asimétrica. Por una parte, resulta de aplicación directa e inmediata a las personas diagnosticadas con ELA (art. 2.1). Por otra, abre la posibilidad de extender su eficacia a otras patologías –neurológicas y no neurológicas–, siempre que sean irreversibles y de elevada complejidad, y concurren acumulativamente cuatro condiciones: (i) irreversibilidad y reducción significativa de la supervivencia; (ii) ausencia de alternativas terapéuticas eficaces o falta de respuesta significativa al tratamiento; (iii) necesidad de cuidados complejos, preferentemente domiciliarios, con alto impacto en el entorno familiar; y (iv) rápida progresión que justifique simplificar los procedimientos administrativos de discapacidad o dependencia (art. 2.2 y 2.3 Ley 3/2024).

Con todo, la incorporación de esas patologías a la Ley 3/2024 queda supeditada a un desarrollo reglamentario ulterior, que deberá ser dictado en el plazo de un año desde la publicación de la norma (*vid.* art. 2.4 y disp. final séptima Ley 3/2024). Ese desarrollo se ha materializado en el Real Decreto (RD) 969/2025, de 28 de octubre, por el que se establecen los criterios que definen los procesos irreversibles y de alta complejidad de cuidados que conforman el ámbito de aplicación de la Ley 3/2024. La regulación contenida en este real decreto confirma la orientación ya apuntada durante la fase de audiencia pública (Ministerio de Sanidad, 2025) y permite perfilar con mayor precisión los requisitos de acceso de afecciones distintas de la ELA a la Ley 3/2024. A este respecto, cabe señalar cuatro elementos fundamentales.

Como primer elemento, se establece un sistema abierto de inclusión, que se aparta de la técnica clásica de remisión a clasificaciones nosológicas cerradas. En lugar de ceñirse a taxonomías diagnósticas rígidas, la ley –y también su desarrollo reglamentario– se articula sobre la categoría más amplia de «enfermedades o procesos». Esta técnica normativa persigue asegurar la igualdad en la tutela, evitando que una denominación clínica demasiado estricta pueda excluir injustificadamente a personas que presenten necesidades asistenciales equivalentes.

En segundo lugar, la efectividad de la inclusión de las patologías se subordina a la valoración administrativa de la concurrencia de los criterios previstos en el artículo 2.2 de la Ley 3/2024 en cada persona afectada y en cada situación clínica concreta. Ello introduce cierta inseguridad jurídica y limita la virtualidad expansiva de la fórmula adoptada por el legislador. El desarrollo reglamentario define con mayor detalle tales requisitos, concretando, por ejemplo, la irreversibilidad del proceso y la reducción significativa de la supervivencia, que se identifica con un daño estructural y funcional grave sin expectativa de recuperación con los tratamientos disponibles con reducción significativa de la supervivencia; y la necesidad de cuidados complejos, precisada en la exigencia de ayuda continuada para las actividades básicas de la vida diaria, la cual debe concurrir con el uso prolongado de dispositivos de soporte vital o funcional, como la ventilación mecánica, la gastrostomía endoscópica percutánea o los comunicadores. Se advierte así que los presupuestos legales reproducen en gran medida el patrón clínico de la ELA, lo que refleja la influencia del origen de la norma en su formulación técnica.

En tercer lugar, con la sola excepción de la ELA, no existe ninguna patología cuya incorporación a la Ley 3/2024 se reconozca automáticamente. Así, aunque el anexo I del RD 969/2025 incorpora un listado no exhaustivo de patologías neurológicas con alta probabilidad de cumplir las exigencias legales, dicho listado tiene valor orientativo, y las afecciones incluidas deben someterse igualmente al proceso de verificación del cumplimiento de los requisitos, al igual que cualquier otra¹.

Por último, el real decreto regula el procedimiento de inclusión bajo un esquema clásico de iniciación a instancia de parte, tramitación conforme a la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las Administraciones públicas (LPACAP), y resolución por la Administración autonómica competente con efectos en todo el territorio. Este diseño procedimental atribuye a la persona afectada –o a su representante–, en un contexto de extrema vulnerabilidad, la responsabilidad de iniciar y sostener un procedimiento administrativo complejo, lo que colisiona con la vocación protectora y el objetivo de agilización que inspira la Ley 3/2024. En este marco, el anexo II del RD 969/2025 incorpora un cuestionario de verificación dirigido a orientar la actuación de los equipos profesionales y a homogeneizar la aplicación de los criterios operativos, con el fin de determinar si una enfermedad o proceso puede considerarse comprendido en el ámbito de la norma.

El régimen jurídico descrito adolece de diversos déficits en su diseño que permiten cuestionar su idoneidad, tanto en el plano normativo como en su dimensión práctica. Desde su génesis, el sistema revela un desequilibrio estructural en el acceso a la garantía social. Mientras que la ELA se inserta de manera directa en el campo de aplicación de la Ley 3/2024, la extensión a otras patologías depende de la concurrencia de condiciones de formulación abierta, así como de la concreción reglamentaria. Pese al esfuerzo de precisión que introduce el desarrollo reglamentario, los criterios operativos continúan apoyándose en conceptos jurídicos indeterminados y en parámetros de difícil objetivación clínica, lo que abre la puerta a interpretaciones divergentes en su aplicación práctica. Además, la configuración acumulativa de tales exigencias puede derivar en la exclusión de personas afectadas por patologías de gran impacto funcional y elevada carga de cuidados que, sin embargo, no cumplan de manera estricta todos los presupuestos para poder ser consideradas formalmente «enfermedades o procesos de alta complejidad y curso irreversible». Así, determinadas entidades clínicas podrían situarse extramuros de la Ley 3/2024 pese a su elevada gravedad asistencial, como, entre otros, la tetraplejia ventilador-dependiente (Shavelle *et al.*, 2006), la distrofia muscular de Duchenne (Landfeldt *et al.*, 2020), la atrofia muscular espinal tipo II en adultos (Whitney *et al.*, 2023), y los parkinsonismos atípicos, en particular la atrofia multisistémica (Goh *et al.*, 2023).

¹ El anexo I del RD 969/2025 recoge, a título meramente orientativo, las siguientes patologías neurológicas: enfermedades de neurona motora neurodegenerativas distintas a la ELA –atrofia muscular progresiva (CIE-10: G12.25) y esclerosis lateral primaria (CIE-10: G12.23)–; encefalopatías espongiformes transmisibles; infarto cerebral en la protuberancia que comporte síndrome de cautiverio; y atrofia muscular espinal tipo I y II no respondedora al tratamiento.

Finalmente, otro límite relevante radica en el esquema procedimental diseñado, que resulta difícilmente cohonestable con la finalidad tutelar de la norma. La Ley 3/2024 se presenta como un instrumento para acortar y simplificar los trámites de reconocimiento de la discapacidad, la dependencia y la incapacidad permanente; sin embargo, el RD 969/2025 introduce un nuevo procedimiento administrativo específico, con pautas de valoración propias, que se superpone a los ya existentes. Esta opción no solo incrementa la carga burocrática, sino que puede producir un efecto contrario a la intención legislativa, alargando en la práctica los plazos de acceso a la protección.

Más allá de su proyección jurídica, el tratamiento asimétrico entre la ELA y el resto de las patologías ha suscitado un amplio debate en distintos foros. Desde la práctica clínica, se ha denunciado que dicho diseño genera inequidad y se ha reclamado su extensión al resto de las enfermedades neurodegenerativas (Sociedad Española de Neurología, 2025). También diferentes asociaciones de pacientes han reivindicado la incorporación de sus afecciones al marco propio de la Ley 3/2024 (Esclerosis Múltiple España *et al.*, 2024).

La resolución de estos déficits no parece tarea sencilla, no únicamente por razones estrictamente jurídicas, sino también por el contexto institucional y socioeconómico en el que se insertan. La falta de medios humanos y materiales, junto con las dificultades de coordinación interadministrativa y la persistente desigualdad territorial en la gestión del sistema de bienestar social en España, están llamadas a condicionar de manera decisiva la integración de patologías distintas de la ELA en la Ley 3/2024 (Ferrando García, 2024)². En este sentido, parece necesario replantear el sistema regulatorio, reforzando la objetividad y previsibilidad de los requisitos de inclusión mediante guías técnicas claras y vinculantes, y articulando procedimientos más ágiles que permitan la iniciación de oficio y reduzcan la sobrecarga administrativa de las personas afectadas. Solo de este modo parece posible alcanzar el propósito garantista que inspira la Ley 3/2024, evitando que la cobertura social dependa de interpretaciones restrictivas o de desigualdades territoriales.

3. El sistema de reconocimiento y revisión de la discapacidad: progresos, limitaciones y riesgos de ineficacia práctica

La Ley 3/2024 concibe el reconocimiento de la discapacidad como uno de los instrumentos fundamentales para favorecer la mejora de la calidad de vida de las personas afectadas por ELA y por otras patologías de elevada complejidad y carácter irreversible. Ya en su preámbulo, la norma subraya expresamente como uno de sus objetivos «la agilización de los trámites administrativos para el reconocimiento de la discapacidad». Esta finalidad resulta especialmente significativa si se considera que uno de los criterios delimitadores de

² Vid. *infra* epígrafe 3.4.

su ámbito de aplicación es que las patologías presenten «una rápida progresión [...] que requiera acelerar procesos administrativos de valoración y reconocimiento del grado de discapacidad» (art. 2.2 d) Ley 3/2024).

En su articulado, la norma prioriza la reducción de los tiempos de tramitación y la flexibilización de los procedimientos de reconocimiento para las personas afectadas por ELA y por otras patologías complejas e irreversibles. Este planteamiento sirve de fundamento a los artículos 3 y 4, que regulan tanto el régimen específico de reconocimiento como el de revisión, y se acompaña de medidas estructurales como el refuerzo de los recursos disponibles y la actualización del baremo de valoración. Los siguientes apartados examinan estas aportaciones, subrayando sus avances, pero también las limitaciones y los riesgos que pueden comprometer la efectividad práctica de la reforma.

3.1. El reconocimiento automático de la discapacidad con base en otros sistemas de protección

El artículo 3 de la Ley 3/2024 regula el reconocimiento automático de un grado de discapacidad igual o superior al 33 % para las personas afectadas por ELA y por otras enfermedades graves comprendidas en su ámbito de aplicación, mediante su coordinación con otros sistemas de protección social. Con ello, se evitan duplicidades, cumpliéndose así la finalidad de acortar tiempos y reducir cargas procedimentales.

En su primer apartado, el precepto dispone que se considerará, «a todos los efectos», que presentan dicho grado de discapacidad quienes sean pensionistas de la Seguridad Social con pensión de incapacidad permanente en el grado de total, absoluta o gran invalidez, así como los pensionistas de clases pasivas con pensión de jubilación o retiro por incapacidad permanente para el servicio o inutilidad. En su apartado segundo, se extiende este reconocimiento automático a quienes tengan reconocida la situación de dependencia en cualquiera de sus grados, sin necesidad de someterse a un procedimiento específico de valoración de la discapacidad³.

En relación con el primer apartado, la norma recuerda la previsión originaria contenida en el artículo 4.2 del Real Decreto legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley general de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social (LGDPD), que establecía de forma automática y con alcance pleno el reconocimiento de un grado de discapacidad del 33 % para los pensionistas de incapacidad permanente total, absoluta o gran invalidez y para los pensionistas de clases pasivas

³ En los trabajos parlamentarios se plantearon otras fórmulas más ambiciosas, que proponían reconocer de forma inmediata el grado 3 de discapacidad desde el diagnóstico de la ELA y elevarlo automáticamente al grado 4 transcurrido un año.

en situación de jubilación o retiro por incapacidad permanente para el servicio o inutilidad. Sin embargo, esta equiparación, en su redacción inicial, fue objeto de una corrección jurisprudencial sustantiva.

El Tribunal Supremo consideró que la fórmula «a todos los efectos» introducida en el texto refundido constituía un exceso *ultra vires* respecto de la delegación normativa conferida por la disposición final segunda de la Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que únicamente autorizaba la refundición del régimen previo. En consecuencia, el reconocimiento debía limitarse a los concretos efectos previstos en la refundida Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (art. 1.2). De este modo, el Alto Tribunal recortó de manera significativa el alcance del precepto, rechazando que la incapacidad permanente pudiera traducirse automáticamente en un reconocimiento general de discapacidad válido en cualquier ámbito jurídico⁴.

La reforma introducida por la Ley 3/2023, de 28 de febrero, de empleo, adecua el precepto a la interpretación del Tribunal Supremo, y en su disposición final segunda modifica expresamente el artículo 4.2 de la LGDPD, restringiendo la equiparación a ámbitos muy concretos: vida independiente, participación e inclusión social, igualdad de oportunidades y, específicamente, derecho al trabajo (art. 35.1 LGDPD). Con ello, se excluye, al menos aparentemente, cualquier pretensión de homologación automática y plena entre incapacidad permanente y discapacidad.

No obstante, lejos de lo que podría parecer, la cuestión sigue resultando controvertida. Frente a una mayoría de resoluciones que acogen la configuración legal derivada de la reforma introducida por la Ley 3/2023, de empleo, y la doctrina consolidada del Tribunal Supremo⁵, se han dictado algunos pronunciamientos aislados que, apoyándose en la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) y en el renovado artículo 49 de la Constitución española (CE), se apartan de dicha interpretación literal. Estos fallos fundamentan su posición en la primacía de los tratados internacionales de derechos humanos en el ordenamiento español (art. 96 CE y Ley 25/2014, de 27 de noviembre, de tratados y otros acuerdos internacionales) y aplican un canon herme-

⁴ Sentencias del Tribunal Supremo (SSTS) de 29 de noviembre de 2018 (rec. 3382/2016); 12 de mayo de 2020 (rec. 2778/2018); 27 de abril de 2023 (rec. 3185/2020); y 29 de mayo de 2024 (rec. 1777/2022); y Sentencia del Tribunal Supremo (STS) (Sala de lo Contencioso-Administrativo) de 23 de diciembre de 2024 (rec. 7398/2022). Todas las sentencias citadas en el presente trabajo han de entenderse referidas al orden social, salvo que se indique expresamente otro orden jurisdiccional.

⁵ Sentencia del Tribunal Superior de Justicia (STSJ) del País Vasco de 29 de abril de 2025 (rec. 2276/2024); STSJ de Cataluña de 31 de julio de 2024 (rec. 6302/2023); STSJ de Galicia (Sala de lo Contencioso-Administrativo) de 5 de abril de 2024 (rec. 7308/2023).

néutico de protección reforzada⁶. Aunque se trate todavía de resoluciones excepcionales, su mera existencia pone de relieve la persistencia de una fractura interpretativa que genera inseguridad jurídica: por una parte, un modelo de lectura estrictamente literal, inspirado en la reforma legislativa y en la doctrina mayoritaria del Tribunal Supremo; por otra, una aproximación expansiva e inclusiva, en clave de control de convencionalidad, que concibe la discapacidad como un estatuto jurídico ligado a la limitación efectiva de la capacidad laboral y a sus repercusiones en la participación social.

La Ley 3/2024, con rango legal expreso, restablece la homologación plena del grado mínimo de discapacidad «a todos los efectos», aunque lo hace con un alcance subjetivo restringido: únicamente para las personas afectadas por ELA y por otras patologías graves incluidas en su ámbito de aplicación. De esta forma, la norma logra un doble objetivo: superar la inseguridad jurídica que había acompañado al reconocimiento automático, y acortar los plazos y cargas burocráticas que afronta un colectivo de gran vulnerabilidad. En todo caso, debe entenderse que este reconocimiento directo se limita al grado del 33 % de discapacidad, lo que implica que si las personas beneficiarias de las pensiones de incapacidad permanente quieren obtener un grado mayor, han de someterse al proceso de valoración ordinario regulado en el RD 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad (De Cossío Rodríguez, 2021, pp. 179-181)⁷.

Respecto al segundo supuesto, la norma atribuye automáticamente un grado de discapacidad igual o superior al 33 % a las personas con ELA u otras patologías graves que tengan reconocida la situación de dependencia en cualquiera de sus grados. Ello supone la incorporación de la dependencia como criterio autónomo de acceso al reconocimiento automático de la discapacidad. Esta previsión adquiere especial relevancia si se tiene en cuenta que, en el caso de la ELA y de las demás patologías incluidas en el ámbito de aplicación de la Ley 3/2024, el diagnóstico implica –previa solicitud administrativa– el reconocimiento del grado I de dependencia (art. 5). En consecuencia, toda persona con diagnóstico de ELA tiene derecho a que se le reconozca el grado I de dependencia y, por efecto del artículo 3.2, su condición de persona con discapacidad con un grado igual o superior al 33 %, sin necesidad de someterse a una valoración específica. Al igual que en el supuesto de la incapacidad permanente, el reconocimiento de un mayor grado de discapacidad requerirá someterse al procedimiento ordinario de valoración.

En términos generales, la equiparación entre dependencia y discapacidad puede entrañar ciertos riesgos, como el hecho de que no toda persona dependiente cumpla estrictamente

⁶ STSJ del País Vasco de 12 de noviembre de 2024 (rec. 2033/2024).

⁷ Vid. artículo 2 del RD 1414/2006, de 1 de diciembre, por el que se determina la consideración de persona con discapacidad a los efectos de la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.

tamente los criterios de discapacidad, o el carácter potencialmente transitorio de algunas situaciones de dependencia. En el ámbito de la ELA y de otras patologías complejas e irreversibles, estas objeciones pierden relevancia práctica. Sin embargo, la técnica empleada no deja de reproducir, de forma indirecta, las tensiones dogmáticas que serán señaladas más adelante a propósito del automatismo diagnóstico en materia de dependencia, al tiempo que difumina la lógica diferenciada de ambos sistemas, orientados a finalidades distintas⁸.

La medida legislativa cuenta con una justificación jurídica y práctica evidente. En primer lugar, elimina la necesidad de que las personas afectadas inicien y completen un procedimiento autónomo de valoración de la discapacidad cuando ya existe un reconocimiento administrativo previo –dependencia o incapacidad– que implica, por definición, limitaciones significativas en la autonomía personal. En segundo lugar, evita duplicidades procedimentales y retrasos innecesarios, reforzando el principio de eficacia administrativa consagrado en el artículo 103 de la CE. Desde la perspectiva de los derechos de las personas con discapacidad, esta previsión se alinea con el principio de accesibilidad administrativa recogido en el artículo 9 de la CDPD, por cuanto reduce cargas y simplifica trámites para un colectivo que ya afronta importantes barreras físicas y sociales, intensificadas por la rápida evolución de la enfermedad. Al mismo tiempo, garantiza un acceso más rápido a prestaciones y recursos vinculados al reconocimiento de la discapacidad, reforzando la finalidad protectora de la norma y reduciendo al mínimo la espera entre el diagnóstico y la efectividad de la protección social (Ferrando García, 2024).

Queda pendiente determinar cómo operará en la práctica este reconocimiento, que deberá desarrollarse reglamentariamente. Ello exige una actualización inaplazable del RD 1414/2006 para, entre otros extremos, incorporar la dependencia como vía de reconocimiento de la discapacidad. Asimismo, debe asegurarse la máxima simplificación posible del procedimiento de reconocimiento automático, de conformidad con los artículos 28.2 y 53.1 d) de la LPACAP y con los principios de coordinación interadministrativa.

3.2. La revisión urgente del grado de discapacidad: garantías normativas y deficiencias aplicativas

El artículo 4 de la Ley 3/2024 establece un procedimiento urgente de revisión del grado de discapacidad en favor de las personas afectadas por ELA y por otras patologías incluidas en su ámbito de aplicación. La norma reconoce expresamente al sujeto interesado el derecho a solicitar la revisión en cualquier momento, fijando un plazo máximo de tres meses para que la Administración resuelva. Se configura así un régimen excepcional, circunscrito a enfermedades irreversibles y de rápida evolución, que requieren una respuesta ágil y proporcional a la severidad de sus efectos.

⁸ Vid. *infra* epígrafe 4.1 y STS de 9 de julio de 2020 (rec. 1603/2016).

La regulación introducida por la Ley 3/2024 incorpora dos mejoras sustanciales respecto al régimen ordinario del RD 888/2022. Por un lado, reconoce el derecho de la persona interesada a solicitar la revisión en cualquier momento, sin necesidad de esperar un plazo mínimo; por otro, impone a la Administración el deber de resolver en un plazo máximo de tres meses.

El régimen general contemplado en el artículo 12 del RD 888/2022 condiciona la revisión del grado a reglas estrictas. A instancia de parte, solo puede solicitarse cuando hayan transcurrido dos años desde la resolución inicial, salvo que se acrediten cambios sustanciales en las circunstancias o errores materiales cuya corrección implique una modificación del grado reconocido. Respecto a la resolución de la revisión, el RD 888/2022 no fija un plazo específico para la misma, lo que ha llevado a que muchas comunidades autónomas hayan optado por establecer en sus propias regulaciones un plazo de seis meses, con el fin de homogeneizar la revisión con el procedimiento de reconocimiento⁹.

Frente a ello, la Ley 3/2024 suprime la exigencia de esperar un plazo mínimo y reconoce el derecho a instar la revisión en cualquier momento, fijando además un plazo máximo de tres meses para dictar resolución. De este modo, lo que en el régimen común era una excepción sometida a amplia discrecionalidad administrativa –la revisión anticipada por circunstancias graves sin plazo específico de resolución– se convierte en la Ley 3/2024 en regla general, configurando un verdadero derecho subjetivo de las personas afectadas por ELA y por otras enfermedades o procesos complejos e irreversibles.

La especialidad introducida por la Ley 3/2024 se justifica en la naturaleza de las patologías comprendidas en su ámbito de aplicación. Enfermedades como la ELA provocan en plazos muy breves un deterioro sustancial de las capacidades funcionales y una necesidad urgente de apoyos técnicos, humanos y prestacionales. En este contexto, la exigencia del régimen general de esperar dos años desde la resolución inicial para poder solicitar la revisión resultaba contraria al principio de efectividad en el ejercicio de los derechos, derivado del artículo 24 de la CE, pues obligaba a las personas a esperar más allá del momento en que realmente necesitaban la protección. Del mismo modo, la unificación del plazo máximo de resolución a tres meses se ajusta a los principios de eficacia y servicio a la ciudadanía (art. 103 CE), y se alinea con el mandato de la CDPD, que impone a los Estados la obligación de garantizar un acceso rápido y sin dilaciones indebidas a los apoyos necesarios para el ejercicio de los derechos en igualdad de condiciones.

No obstante, este régimen presenta dos limitaciones relevantes. La primera, de naturaleza jurídica, deriva del mantenimiento del silencio administrativo negativo: pese al plazo máximo de tres meses, si la Administración incumple su deber de resolver, la solicitud de

⁹ Entre otras, Cantabria, Orden PRE/142/2023, de 20 de noviembre; La Rioja, Decreto 2/2025, de 28 de enero; Canarias, Decreto-Ley 4/2025, de 29 de julio; y Andalucía, Decreto 255/2021, de 30 de noviembre.

revisión se presume desestimada. Este aspecto reduce la eficacia práctica del procedimiento, ya que la protección automática queda supeditada a la diligencia administrativa, y obliga a la persona afectada a interponer recurso para la garantía de su derecho (Arenas Gómez, 2024)¹⁰. La segunda limitación, de carácter material o estructural, consiste en la insuficiencia de medios personales y materiales de las unidades administrativas encargadas de estas valoraciones, circunstancia que dificulta la tramitación ágil de los expedientes y compromete el cumplimiento del plazo legal¹¹.

3.3. El nuevo alcance del baremo de movilidad

La disposición final cuarta de la Ley 3/2024 introduce una modificación inmediata en el procedimiento de evaluación regulado por el RD 888/2022, mediante un ajuste técnico del anexo IV, «Baremo de evaluación de las capacidades/limitaciones en la actividad» (BLA). A diferencia de otras medidas de la ley, esta previsión no se limita a la ELA ni al resto de enfermedades del artículo 2, sino que despliega efectos generales sobre el conjunto del sistema de valoración de la discapacidad, alcanzando también a personas con patologías respiratorias graves o insuficiencia cardíaca, aunque no estén incluidas en el ámbito subjetivo de la Ley 3/2024.

En concreto, dispone que, a efectos de la referencia a450 del «Baremo de evaluación de las limitaciones en las actividades de movilidad» (BLAM, parte integrante del BLA), se tendrán en cuenta las limitaciones de aquellas personas que, aun pudiendo caminar o desplazarse, lo hacen con dificultad debido a la afectación de la musculatura respiratoria, a patologías respiratorias graves o a insuficiencia cardíaca. Esta precisión resulta especialmente relevante, si se tiene en cuenta que el BLAM es determinante para el reconocimiento de la «movilidad reducida y dificultad de movilidad para utilizar transporte colectivo» (Arenas Gómez, 2025).

En la redacción originaria del RD 888/2022, la referencia a450 del BLAM se limita a evaluar la capacidad de «caminar, andar», asignando distintos porcentajes de limitación según la mayor o menor dificultad en la deambulación. Esta formulación tendía a infravalorar los supuestos en que la persona conservaba la capacidad mecánica de caminar, pero veía gravemente reducida su resistencia y autonomía funcional debido a la debilidad de la musculatura respiratoria o a patologías respiratorias graves. Este déficit resultaba especialmente problemático en enfermedades como la ELA, en las que la afectación respiratoria aparece tempranamente y condiciona de forma directa la autonomía personal y la capacidad de realizar actividades básicas. La ausencia de una previsión expresa generaba un riesgo de

¹⁰ Vid. STSJ de Andalucía/Málaga, de 29 de marzo de 2017 (rec. 2206/2016), y Sentencia del Juzgado de lo Social (SJS) n.º 8 de Madrid, de 27 de febrero de 2025 (proc. 869/2023).

¹¹ Vid. *infra* epígrafe 3.4.

infravaloración del grado de discapacidad, con consecuencias negativas en el acceso a apoyos técnicos, prestaciones y servicios de asistencia personal.

La reforma introducida por la Ley 3/2024 tiene, en esta materia, dos efectos principales. En primer lugar, refuerza la objetividad de la valoración, al garantizar que el baremo mida con mayor precisión las limitaciones funcionales relevantes para la vida autónoma. En segundo lugar, da cumplimiento a la obligación derivada del artículo 4.2 de la CDPD, que impone a los Estados el deber de ajustar sus procedimientos de evaluación a las características específicas de determinados perfiles de discapacidad, evitando enfoques uniformes susceptibles de generar discriminación indirecta.

Desde una perspectiva sistemática, esta modificación refuerza la coherencia interna del modelo de protección, al alinear la herramienta de valoración con el objetivo declarado en el artículo 1 de la Ley 3/2024: garantizar la mejor calidad de vida posible de las personas con ELA y otras enfermedades de curso irreversible y alta complejidad. Esa coherencia se traduce, además, en una garantía material: la disposición final cuarta de la Ley 3/2024 asegura que la calificación del grado de discapacidad refleje fielmente la situación funcional de las personas con afectación respiratoria o cardíaca grave, evitando la infravaloración de la discapacidad, reduciendo los retrasos en el acceso a las prestaciones y reforzando el principio de igualdad de oportunidades en la aplicación del sistema de protección social.

3.4. El refuerzo de medios como garantía estructural de eficacia: entre el mandato normativo y la incertidumbre financiera

La disposición adicional primera de la Ley 3/2024 contiene un mandato expreso dirigido a las Administraciones públicas competentes, con el fin de asegurar que los equipos multidisciplinares responsables de la calificación y reconocimiento del grado de discapacidad cuenten con los recursos necesarios para cumplir con las exigencias de celeridad fijadas por la norma. En su apartado primero, vincula este refuerzo de medios con el plazo máximo de tres meses previsto en el artículo 4.2, e incorpora la obligación de habilitar valoraciones no presenciales o telemáticas cuando proceda, lo que representa un avance en términos de flexibilidad procedimental. En su apartado segundo, impone además la creación de protocolos, canales y mecanismos específicos de recepción y tramitación individualizada de solicitudes, adaptados a las necesidades de las personas incluidas en su ámbito de aplicación.

Estas previsiones se insertan en un marco normativo más amplio. El artículo 27 del RD 193/2023, de 21 de marzo, por el que se regulan las condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad para el acceso y utilización de los bienes y servicios a disposición del público, ya imponía a todas las Administraciones públicas la obligación de garantizar la accesibilidad universal de sus servicios de información y orientación, así como la formación de su personal. Por su parte, el artículo 8.3 del RD

888/2022 prevé, aunque de manera facultativa, que el órgano competente pueda acordar la realización de la valoración telemática, de oficio o a instancia de la persona interesada, cuando las circunstancias lo aconsejen. La aportación de la nueva ley radica, más que en la creación *ex novo* de esta modalidad, en su conversión en un verdadero mandato dirigido a las Administraciones en el caso de la ELA u otras enfermedades incluidas dentro del ámbito aplicativo de la Ley 3/2024. Se pasa, de este modo, de un régimen de discrecionalidad administrativa a una obligación que, en teoría, refuerza la garantía de accesibilidad y celeridad; no obstante, su eficacia real seguirá dependiendo de la disponibilidad de recursos técnicos y humanos, así como de la capacitación de los equipos de valoración.

Como ya ha sido apuntado, la disposición adicional primera de la Ley 3/2024 responde a la necesidad de asegurar la viabilidad práctica del procedimiento urgente de revisión recogido en su artículo 4. La experiencia administrativa demuestra que la fijación por la norma de plazos breves, sin el correlativo refuerzo organizativo, conduce de forma inevitable a su incumplimiento y convierte la garantía en meramente formal. De ahí que el mandato de dotación de medios funcione como garantía estructural del derecho subjetivo a una tramitación ágil. La incorporación de valoraciones telemáticas constituye, además, un elemento de modernización imprescindible para las personas con movilidad reducida o que requieren soporte vital, para quienes el desplazamiento físico a los centros de valoración comporta un riesgo o un coste desproporcionado.

Sin embargo, y más allá de su carácter imperativo («las administraciones competentes dotarán»; «las administraciones competentes habilitarán»), las obligaciones de los poderes públicos se formulan de manera programática, sin concretar plazos ni medidas específicas de ejecución. Tampoco se precisa la vía de financiación de estos recursos adicionales, cuestión que puede condicionar gravemente su efectividad (Arenas Gómez, 2024).

La anterior indefinición entraña riesgos significativos, pues la insuficiencia de medios materiales y humanos constituye una de las principales causas de demora en la resolución de expedientes; demoras que, en el caso de enfermedades de rápida progresión, revisten una especial trascendencia. El Defensor del Pueblo, en su Informe de 2024, volvió a advertir sobre la situación crítica de los procedimientos de valoración de la discapacidad, destacando dilaciones que, en algunos casos, superaban los cuatro años. Entre los factores que explican estas disfunciones se identifican el incremento de solicitudes, la dificultad para completar los equipos multidisciplinares, la complejidad técnica de los nuevos baremos introducidos ex RD 888/2022 y los problemas de implantación de la aplicación informática BAREDI (Defensor del Pueblo, 2025, pp. 234-237).

En relación con los plazos medios de valoración de la discapacidad por enfermedades neurodegenerativas, la variabilidad entre comunidades autónomas resulta particularmente acusada. En 2022, los tiempos de espera alcanzaban los 365 días en Cantabria y Canarias, 266 en Andalucía y 225 en Madrid, frente a cifras sensiblemente inferiores en Navarra y Galicia, donde apenas llegaban a 30 días (Ministerio de Sanidad, 2023, pp. 115-116). En el

caso de la ELA, la Fundación Luzón (2024, p. 142) señala un plazo medio nacional de cinco meses, con un rango que oscila entre cero y doce meses según la comunidad autónoma.

Estas desigualdades territoriales obedecen a la configuración de la estructura político-administrativa que sustenta la protección social española. Aunque el Estado define el marco normativo básico, la gestión de los procedimientos de reconocimiento y revisión del grado de discapacidad recae en las comunidades autónomas, salvo en Ceuta y Melilla, que dependen del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, de conformidad con el artículo 5 del RD 888/2022 y los artículos 148 y 149 de la CE. A las competencias estatales y autonómicas cabe añadir las locales en materia de servicios sociales (art. 26.1 de la Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las bases del régimen local), que suelen integrar competencias en materia de discapacidad (Jerónimo Sánchez-Beato, 2022, p. 543). Esta marcada descentralización administrativa puede generar no solo desigualdades territoriales, sino también dificultades de coordinación interadministrativa.

Igualmente, si se atiende a la perspectiva comparada, los datos disponibles evidencian el déficit estructural de España en este ámbito. En Francia, el tiempo medio de concesión de la tarjeta de discapacidad y prioridad (*carte mobilité inclusion*) a las personas con ELA se situaba en 2018 entre 3,4 y 4,4 meses, mientras que en Irlanda el intervalo entre la solicitud y la concesión de una tarjeta de discapacidad para pacientes con ELA se había reducido a menos de diez días (European ALS Coalition, 2023, p. 20).

Si bien las Administraciones autonómicas han desplegado planes de choque y diversas medidas organizativas –como la incorporación de otros perfiles sanitarios a los equipos, la habilitación de valoraciones no presenciales o el establecimiento de criterios de priorización para colectivos especialmente vulnerables, entre ellos las personas con ELA–, los plazos siguen resultando excesivos. Los mecanismos autonómicos de tramitación preferente o urgente de solicitudes de valoración de la discapacidad en pacientes con enfermedades neurodegenerativas de evolución rápida han mostrado un alcance significativamente desigual. En 2022, de las diecisiete comunidades autónomas y del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, responsable de la sanidad en Ceuta y Melilla, únicamente nueve disponían de esta vía preferente, mientras que las restantes carecían de ella (Ministerio de Sanidad, 2023, pp. 111-112).

En este escenario, y aunque la Ley 3/2024 constituye un avance normativo indudable en la agilización del reconocimiento legal de la discapacidad para quienes padecen ELA y otras enfermedades de alta complejidad, su virtualidad práctica se encuentra condicionada no ya por la solidez técnica de sus preceptos, sino también por la existencia de recursos financieros suficientes y de una coordinación interadministrativa eficaz¹². Solo mediante la

¹² A tal fin obedece la disposición adicional sexta de la Ley 3/2024, que, bajo la rúbrica «Garantía de un plazo máximo para la recepción de prestaciones», establece que:

El Gobierno propondrá al Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía

financiación adecuada, la aplicación de criterios homogéneos de actuación y el establecimiento de sistemas de control compartidos podrá garantizarse un acceso efectivo, en condiciones de igualdad y sin dilaciones, a la protección social que la ley proclama (Ferrando García, 2024; López Aniorte, 2024).

4. El nuevo régimen de reconocimiento y revisión de la dependencia: avances y limitaciones sistémicas

La Ley 3/2024 introduce un régimen jurídico singular en materia de dependencia, orientado a reforzar la protección de las personas afectadas por ELA y por otras patologías de carácter irreversible incluidas en su ámbito de aplicación. El núcleo central de estas medidas reside en facilitar el acceso a los apoyos del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), en la medida en que la demora administrativa vaciaría de contenido el derecho reconocido. Así lo subraya el preámbulo de la norma, al señalar la necesidad de «acelerar los procesos de reconocimiento y revisión de la situación de dependencia» para garantizar la efectividad de la protección social.

Con ese propósito, el legislador diseña un modelo que altera parcialmente la lógica fundacional instaurada por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD), basada en la acreditación objetiva de necesidades mediante baremo. Frente a ese esquema, la nueva norma desplaza el eje hacia la mera determinación clínica, introduciendo un mecanismo automático de reconocimiento que plantea interrogantes desde el punto de vista dogmático. Junto a ello, se establecen también adaptaciones procedimentales destinadas a agilizar tanto la calificación inicial como la revisión del grado de dependencia. A analizar ambos aspectos se dirigen los siguientes epígrafes¹³.

y Atención a la Dependencia la creación de un grupo de trabajo interinstitucional, en el que estarán representados distintos ministerios además de las comunidades autónomas, con la finalidad de abordar la mejora del funcionamiento de los servicios públicos y, en concreto, el establecimiento de un tiempo máximo de respuesta para la recepción de las prestaciones sociales más importantes como las del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

¹³ En relación con la dependencia, la Ley 3/2024 incluye también previsiones relativas a las personas cuidadoras (disps. adics. segunda y tercera), así como mandatos programáticos orientados a la adaptación futura de determinadas prestaciones (disp. adic. cuarta). Sin perjuicio de su relevancia, tales previsiones no inciden en el nuevo régimen de reconocimiento y revisión de la dependencia, por lo que no serán objeto de análisis en el presente epígrafe. Tras la aceptación de este trabajo se ha aprobado el Real Decreto-Ley 11/2025, de 21 de octubre, que incorpora en la Ley 39/2006 un nuevo grado III+ de dependencia extrema para las personas incluidas en el ámbito de aplicación de la Ley 3/2024 que ya tienen reconocido un grado III. Esta modificación introduce un refuerzo significativo de la protección económica y de los apoyos domiciliarios en la fase más avanzada del proceso, pero no afecta al régimen de acceso inicial al Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia ni a los

4.1. El automatismo diagnóstico: implicaciones conceptuales y prácticas

El artículo 5 de la Ley 3/2024 establece que la resolución de calificación del grado de dependencia y del derecho a las prestaciones debe otorgar, en los supuestos de ELA y de las demás patologías comprendidas en el ámbito de aplicación de la ley, al menos un grado I de dependencia desde el momento del diagnóstico¹⁴.

Se configura así un mínimo prestacional que pretende garantizar la entrada inmediata en el sistema. Esta previsión no implica la supresión del procedimiento general de la LAPAD. La Administración ha de tramitar el expediente y aplicar el Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD) siempre que se pretenda un grado superior al otorgado automáticamente. En cambio, si la persona interesada solicita únicamente el reconocimiento del grado I garantizado en el artículo 5, cabe sostener que la resolución puede dictarse sin necesidad de aplicar el baremo, simplificando el procedimiento en analogía con lo que sucede en la homologación prevista entre gran invalidez y grado I de dependencia (De Cossío Rodríguez, 2021, p. 160; Maldonado Molina, 2022, p. 30).

Como se ha señalado, el artículo 5 de la Ley 3/2024 introduce una presunción legal *iuris et de iure* en virtud de la cual, constatado el diagnóstico de ELA, o de las demás patologías incluidas en la Ley 3/2024, se presume una dependencia mínima equivalente al grado I¹⁵. En consecuencia, toda persona diagnosticada es considerada dependiente en ese nivel –restando únicamente la tramitación formal del procedimiento–, incluso en el supuesto, muy excepcional en el caso de la ELA, de que no existan aún limitaciones funcionales apreciables. Se altera, con ello, la correlación originaria entre situación de necesidad objetivable y grado reconocido, que constituye la lógica originaria de la LAPAD, desplazando el eje de la valoración desde la comprobación técnica de la necesidad hacia la mera constatación de la patología.

El diseño de la LAPAD descansa en un sistema técnico y uniforme que tiene como base la valoración mediante baremo, con la finalidad de garantizar seguridad jurídica y equidad territorial (Mercader Uguina, 2007). Su artículo 27 establece que la situación de dependencia se determinará exclusivamente a través del baremo oficial, regulado por el RD 174/2011, de 11 de febrero, que mide parámetros verificables de autonomía y necesidad de apoyos.

aspectos procedimentales analizados en este epígrafe, cuyo contenido permanece sustancialmente inalterado.

¹⁴ En el proceso de elaboración de la norma se consideraron alternativas de mayor alcance, que incluían la posibilidad de otorgar desde el diagnóstico el reconocimiento directo del grado II, e incluso del grado III.

¹⁵ Nótese que este automatismo diagnóstico proyecta también efectos en el ámbito de la discapacidad, conforme al artículo 3.2 de la Ley 3/2024. *Vid. supra* epígrafe 3.1.

En este esquema, el diagnóstico médico cumple una función meramente auxiliar, orientada a informar el proceso, sin eficacia constitutiva (art. 27.5 LAPAD)¹⁶.

La lógica del sistema de dependencia se centra, por tanto, no en la determinación clínica, sino en la evaluación técnica de la necesidad de apoyos en las actividades básicas de la vida diaria, a través de un instrumento uniforme (Monereo Pérez, 2007; Rodríguez-Piñero y Bravo-Ferrer, 2007). La única excepción reconocida hasta ahora se limitaba a los mecanismos de homologación previstos en el propio sistema de dependencia, ligados a la gran invalidez o a la necesidad de tercera persona, ex disposición adicional novena de la LAPAD y disposición adicional primera del RD 174/2011 (De Cossío Rodríguez, 2021, pp. 156-161)¹⁷.

Frente a este modelo general, cimentado en el principio de necesidad técnicamente objetivable, el artículo 5 de la Ley 3/2024 modifica el eje central de la institución protectora. La protección ya no se activa a partir de la necesidad acreditada, sino por la simple verificación diagnóstica. De este modo, se produce una alteración parcial de la coherencia del sistema, en la medida en que lo que antes era un elemento auxiliar, pasa a erigirse en un criterio esencial y constitutivo de la situación de dependencia. Esta construcción normativa, además de plantear tensiones relevantes con el principio de necesidad asistencial que inspira el sistema de dependencia, suscita numerosas incógnitas en relación con el principio de igualdad.

Resulta evidente que esta construcción normativa encuentra su justificación en el principio de acción positiva consagrado en el artículo 9.2 de la CE, dada la especial vulnerabilidad del colectivo afectado y la necesidad de facilitar apoyos inmediatos en el marco de una enfermedad de curso rápido e irreversible. En este sentido, la fórmula adoptada por el legislador, además de presentar indudables ventajas en términos de seguridad jurídica, conlleva un efecto psicosocial positivo, al actuar como legitimación institucional de la situación de la persona diagnosticada, reduciendo su incertidumbre. Asimismo, integra una evidente función de garantía, al impedir exclusiones en la fase inicial de la patología y reconocer jurídicamente su gravedad desde la constatación de la enfermedad.

¹⁶ En este sentido, la referencia que realiza el artículo 30.1 b) de la LAPAD al error de diagnóstico como causa de revisión del grado ha de interpretarse en su proyección sobre el BVD, en la medida en que un diagnóstico equivocado puede viciar la correcta aplicación de dicho baremo, que se basa en capacidad funcional, apoyos y entorno, y no en la etiqueta diagnóstica (art. 27 LAPAD y anexo III RD 174/2011).

¹⁷ La disposición adicional primera del RD 174/2011, en relación con la disposición adicional novena de la LAPAD, dispone que quienes tengan reconocido el complemento de gran invalidez (art. 196.4 Ley general de la Seguridad Social) o la necesidad de tercera persona –determinada conforme al RD 888/2022– se considerarán en situación de dependencia. En el primer caso, se garantiza como mínimo el grado I; en el segundo, se prevé una tabla de equivalencias con el BVD. A diferencia de la técnica adoptada en el artículo 5 de la Ley 3/2024, la homologación prevista para la gran invalidez y la necesidad de tercera persona se apoya en una previa constatación funcional –aunque efectuada de forma mediata–, lo que refuerza su coherencia con la lógica estructural del sistema. *Vid.* STS, 9 de julio de 2020 (rec. 1603/2016).

Sin embargo, tales razones no eliminan la fricción conceptual que se genera respecto del principio de necesidad asistencial, que debe activarse únicamente tras la comprobación de limitaciones efectivas en las actividades básicas de la vida diaria, mediante la aplicación del BVD (art. 27 LAPAD). El legislador opta, de este modo, por sacrificar en parte esa coherencia dogmática en favor de la efectividad del derecho, priorizando la tutela inmediata sobre la depuración técnica del sistema.

Más allá de estas tensiones dogmáticas, el automatismo implementado por la Ley 3/2024 suscita también interrogantes en su proyección práctica.

En primer lugar, respecto de la ELA, su diagnóstico suele establecerse tras un retraso medio de entre 12 y 17 meses desde la aparición de los primeros síntomas, en función del fenotipo clínico, de modo que, en la práctica, la mayoría de los pacientes presentan ya una pérdida funcional significativa en ese momento (Amaral *et al.*, 2024; Requardt *et al.*, 2021). No obstante, la literatura médica también describe escenarios menos frecuentes en los que algunos pacientes mantienen una funcionalidad relativamente preservada, mientras que otros presentan un deterioro muy avanzado. Así, aunque se trate de supuestos excepcionales, puede ocurrir que, en casos de evolución más lenta o de identificación en fases muy iniciales, la ELA no produzca todavía limitaciones funcionales significativas (Amaral *et al.*, 2024; Requardt *et al.*, 2021). En tales hipótesis, el reconocimiento automático previsto en el artículo 5 de la Ley 3/2024 podría dar lugar a una declaración legal de dependencia no acompañado todavía de una necesidad efectiva de apoyos, lo que generaría una disonancia entre el reconocimiento *ope legis* y la necesidad asistencial¹⁸.

Por otra parte, el automatismo puede conducir a resultados materialmente injustos. En el caso de la ELA, su identificación presenta una elevada complejidad clínica y, en sus primeras manifestaciones, puede confundirse con otras patologías, principalmente neuromusculares y neurológicas (Jacobson *et al.*, 2016; Masrori y Van Damme, 2020; Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2018, p. 22). Ello podría dar lugar al reconocimiento indebido de derechos en el caso de falsos positivos o diagnósticos erróneos¹⁹. Para tales supuestos, el artículo 30.1 b) de la LAPAD prevé expresamente el error de diagnóstico como causa de revisión del grado, contemplando también la posibilidad de modificar o extinguir las prestaciones «cuando se produzca una variación de cualquiera de los requisitos establecidos para su reconocimiento» (art. 30.2 LAPAD). Con todo, la articulación práctica de estas previsiones frente al automatismo legal del artículo 5 de la Ley 3/2024 suscita dudas en términos de implementación y seguridad jurídica.

¹⁸ STSJ de Madrid de 13 de marzo de 2025 (rec. 817/2024).

¹⁹ STSJ de Castilla y León/Burgos de 21 de diciembre de 2022 (rec. 719/2022); y STSJ de Extremadura de 4 de diciembre de 2018 (rec. 650/2018).

Junto con lo anterior, existe el riesgo de que la práctica administrativa derive en una aplicación mecánica del artículo 5, limitándose a asignar el grado I de dependencia sin una valoración rigurosa mediante el BVD. Este rigor resulta especialmente necesario en el caso de la ELA (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2018, p. 34). Tal dinámica, favorecida por la sobrecarga de los servicios competentes (Defensor del Pueblo, 2025, pp. 240-241), puede desembocar en situaciones de infraprotección, pues pacientes que ya presenten limitaciones funcionales significativas cuando se determina clínicamente la enfermedad, podrían ser reconocidos en un grado inferior al que objetivamente les correspondería.

Por último, si bien en su configuración actual el impacto económico de la medida es residual, dado que la ELA es una enfermedad poco frecuente en España, no puede descartarse que la técnica del reconocimiento automático ligado al diagnóstico se extienda a otras patologías ex artículo 2 de la Ley 3/2024, o incluso a través de nuevos cauces jurídicos²⁰.

Las consideraciones expuestas invitan a reflexionar sobre si la fórmula adoptada por el legislador resulta la más idónea o si, por el contrario, podrían haberse ponderado alternativas más equilibradas, capaces de preservar la consistencia estructural del sistema sin renunciar a la protección reforzada de las personas afectadas por ELA y por el resto de patologías incluidas en el ámbito de la Ley 3/2024.

En este sentido, quizás hubiera resultado más coherente con la estructura del sistema que, en lugar de una presunción absoluta ligada a la determinación clínica, el artículo 5 hubiera establecido una presunción *iuris tantum* reforzada, susceptible de desvirtuarse si la Administración competente, en aplicación del BVD, constatará excepcionalmente la ausencia de limitaciones funcionales. Todo ello debería haberse acompañado, además, de una previsión expresa de silencio administrativo positivo (Arenas Gómez, 2024). De este modo, se habría logrado una vía intermedia entre el automatismo absoluto del artículo 5 y el modelo ordinario de la LAPAD, asegurando una tutela inmediata de las personas afectadas y, al mismo tiempo, evitando la distorsión del principio de necesidad asistencial.

4.2. Los nuevos plazos de resolución en los procedimientos de dependencia: avances formales y debilidades estructurales

El artículo 5 de la Ley 3/2024 establece que la resolución de la calificación del grado de dependencia deberá dictarse, para las personas afectadas por ELA y por el resto de patologías incluidas en su ámbito de aplicación ex artículo 2, en un máximo de tres meses desde la solicitud, reduciendo así a la mitad el plazo general de seis (disp. final primera LAPAD).

²⁰ Vid. *supra* epígrafe 2.

El mismo plazo será aplicable a la revisión del programa individual de atención (PIA), así como a la del grado de dependencia y de la prestación reconocida (arts. 29 y 30 LAPAD).

En su configuración básica, el marco procedimental del SAAD se encuentra escasamente estructurado. La LAPAD ofrece una regulación incompleta en esta materia, que ha sido integrada por una normativa autonómica particularmente heterogénea (Llano Sánchez, 2014). Con el fin de unificar esta dispersión, la disposición final primera.² de la LAPAD, en la redacción dada por el Real Decreto-Ley 8/2010, de 20 de mayo, introdujo un plazo máximo de seis meses «entre la fecha de entrada de la solicitud y la de resolución de reconocimiento de la prestación de dependencia». En cambio, la revisión del PIA y la del grado de dependencia carecen de un límite explícito de resolución en la norma estatal, lo que ha dado lugar a regímenes jurídicos muy dispares en su ordenación autonómica (Llano Sánchez, 2014, pp. 124-131).

En este marco, la Ley 3/2024 incorpora dos previsiones fundamentales aplicables específicamente a las personas incluidas en su ámbito. En primer lugar, establece que la resolución de la calificación del grado de dependencia y el reconocimiento del derecho a las prestaciones del SAAD reguladas en el artículo 28 de la LAPAD deben dictarse en un máximo de tres meses desde la solicitud. En segundo lugar, fija la misma limitación temporal para la resolución de la revisión del PIA y del grado de dependencia, previstas en los artículos 29 y 30 de la LAPAD, respectivamente.

Resulta destacable la aceleración procedimental que el legislador prevé en relación con la ELA y otras patologías análogas. La agilización de los procedimientos del SAAD para colectivos especialmente vulnerables responde a prioridades identificadas desde hace años, tanto por la doctrina como en las estrategias de políticas públicas (Barrios Baudor, 2014, p. 106; Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2018, pp. 24-25). *Prima facie*, el acortamiento de los tiempos presenta ventajas evidentes, pues permite adecuar las prestaciones a la evolución funcional de la enfermedad, evitar situaciones de desprotección prolongada y, en definitiva, reconocer jurídicamente la realidad clínica de patologías caracterizadas por un rápido deterioro y por la necesidad de apoyos de alta intensidad. Con todo, la efectividad de la medida legislativa queda condicionada por los problemas estructurales de los que adolece el sistema.

La reducción del tiempo de resolución en la calificación del grado de dependencia aporta cierta unificación y seguridad jurídica. No obstante, su impacto práctico es limitado, ya que muchas comunidades autónomas habían previsto plazos semejantes en sus normativas²¹. En lo que respecta a la revisión del PIA y del grado de dependencia, la previsión de

²¹ Entre otros, artículo 14.3 del Decreto 1/2009, de 9 de enero, de Extremadura; artículo 11.4 del Decreto 62/2017, de 19 de mayo, de la Comunidad Valenciana; y artículo 18.1 del Decreto 91/2019, de 5 de diciembre, de las Islas Baleares.

un marco temporal explícito refuerza la coherencia y homogeneidad del sistema, aunque su repercusión efectiva sigue siendo reducida si se considera que varias comunidades autónomas ya habían establecido previamente periodos equivalentes²².

Más allá de lo referido, la Ley 3/2024 no contempla otras cuestiones relevantes que habrían podido reforzar el procedimiento. En primer lugar, habría resultado conveniente que esta reducción se acompañara de la previsión de un silencio administrativo positivo que, además de garantizar la efectividad del derecho, habría permitido clarificar los problemas derivados de la dispersión y heterogeneidad autonómica en esta materia (Arenas Gómez, 2024; Llano Sánchez, 2014, pp. 122-131)²³. En segundo lugar, la reducción introducida no evita los problemas derivados de la aplicación que hacen las comunidades autónomas de los artículos 22.1 d) y 23 de la LPACAP, que permiten la suspensión del procedimiento por petición de informes preceptivos y la ampliación excepcional de la tramitación por insuficiencia de medios, lo que en la práctica conduce a la dilación de la resolución (Llano Sánchez, 2014, pp. 123-124)²⁴. Finalmente, tampoco se aprovecha la reforma para extender a todo el territorio algunas previsiones procedimentales positivas ya presentes en normativa autonómica, como la ampliación de la legitimación activa para iniciar el procedimiento al guardador de hecho²⁵.

En el plano de la realidad administrativa, la reducción de plazos que incorpora la Ley 3/2024 plantea serias dudas sobre su viabilidad. En España, el tiempo medio de valoración de la dependencia por enfermedades neurodegenerativas asciende a 174 días, con una variabilidad territorial muy acusada: en 2022 alcanzaba los 730 días en Canarias, 322 en Andalucía y 240 en Asturias (Ministerio de Sanidad, 2023, pp. 115-116). En el caso específico de la ELA, la Fundación Luzón (2024, p. 142) sitúa la media nacional de reconocimiento de la dependencia en 4,7 meses, con un rango que oscila entre cero y doce meses según la comunidad autónoma. Estas demoras guardan una estrecha relación con la insuficiencia de recursos disponibles en el SAAD (Defensor del Pueblo, 2025, pp. 240-241; Maldonado Molina, 2022, pp. 33-35).

En este contexto, la exigencia de resolver en tres meses solo puede hacerse efectiva si va acompañada de la dotación de medios suficientes y de una coordinación interadminis-

²² A modo ilustrativo, artículos 15.5 y 18.4 del Decreto 1/2009, de 9 de enero, de Extremadura; artículo 14.3 del Decreto 62/2017, de 19 de mayo, de la Comunidad Valenciana; artículo 18.2 de la Orden CDS/456/2019, de 17 de abril, de Aragón; y artículo 23 del Decreto 4/2023, de 27 de enero, de Asturias.

²³ Vid. STS (Sala de lo Contencioso-Administrativo) de 16 de octubre de 2012 (rec. 6464/2011).

²⁴ Vid. artículo 9.5 del Decreto 1/2019, de 8 de enero, de Castilla-La Mancha; y artículo 12.3 del Decreto 74/2011, de 20 de mayo, de Murcia.

²⁵ Artículo 7 del Decreto 1/2009, de 9 de enero, de Extremadura; artículo 5 del Decreto 62/2017, de 19 de mayo, de la Comunidad Valenciana; artículo 6.1 de la Orden CDS/456/2019, de 17 de abril, de Aragón; y artículo 5.1 del Decreto 1/2019, de 8 de enero, de Castilla-La Mancha.

trativa eficaz²⁶. En caso contrario, la medida corre el riesgo de quedarse en el terreno de las declaraciones programáticas, lo que resulta especialmente grave en el caso de la ELA y de otras patologías irreversibles y de rápida progresión.

5. La flexibilización de los requisitos de acceso a la incapacidad permanente: alcance, significado y omisiones normativas

La incapacidad permanente es una de las instituciones del sistema español de Seguridad Social de más compleja delimitación, por cuanto su régimen jurídico se estructura sobre una abstracción (Alonso Olea, 1983, p. 175). En este sentido, su configuración normativa se asienta en conceptos jurídicos indeterminados, cuya concreción se produce mediante un proceso de valoración técnico-jurídica en el que intervienen tanto órganos administrativos como, en su caso, jurisdiccionales. La naturaleza abierta de estas nociones confiere a la institución una singular elasticidad interpretativa y una elevada capacidad de adaptación a la realidad sociolaboral, lo que posibilita un abordaje individualizado de cada caso (Álvarez de la Rosa, 1982). Esta flexibilidad conceptual, sin embargo, no siempre se traduce en una respuesta efectiva en las patologías de alta complejidad y curso irreversible, como la ELA. En estas enfermedades, los plazos de tramitación y los requisitos previos pueden desnaturalizar la finalidad protectora de la incapacidad permanente, al no acompañarse con la rapidez de la evolución clínica.

Consciente de esta problemática, el legislador introdujo en la Ley 3/2024 modificaciones en la incapacidad permanente, con el objetivo declarado en su preámbulo de agilizar su tramitación. Tal finalidad resulta razonable si se tiene en cuenta que la norma persigue mejorar la calidad de vida de las personas con ELA u otras patologías irreversibles de rápida progresión. La elevada incidencia de la ELA en personas en edad laboral, que alcanza aproximadamente a un 50 % de quienes la padecen, convierte a la incapacidad permanente en un instrumento esencial de protección social en estos supuestos (Levison *et al.*, 2024; Longinetti y Fang, 2019; Pradas, 2013; Traynor *et al.*, 2000). En los apartados siguientes se examinan las principales modificaciones introducidas por la Ley 3/2024 en esta materia, así como algunos desafíos regulatorios que continúan pendientes de resolución.

²⁶ A esta finalidad responde la disposición adicional sexta de la Ley 3/2024, que determina que el Gobierno propondrá al Consejo Territorial de Servicios Sociales y del SAAD la creación de un grupo de trabajo interinstitucional con la finalidad de abordar la mejora del funcionamiento de los servicios públicos y, en concreto, el establecimiento de un tiempo máximo de respuesta para la recepción de las prestaciones del SAAD.

5.1. Los nuevos criterios de acceso a la incapacidad permanente y su inspiración jurisprudencial

La reforma de la incapacidad permanente operada por la Ley 3/2024 se concreta en su disposición final segunda y tiene por objeto flexibilizar los requisitos de acceso a la prestación previstos en el artículo 193 del Real Decreto legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley general de la Seguridad Social (LGSS). Este precepto, en su apartado primero, define la incapacidad permanente como «la situación de la persona trabajadora que, después de haber estado sometida al tratamiento prescrito, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral». Por su parte, su apartado segundo dispone que «la incapacidad permanente habrá de derivarse de la situación de incapacidad temporal, salvo que afecte a quienes carezcan de protección en cuanto a dicha incapacidad temporal».

La disposición final segunda de la Ley 3/2024 introduce excepciones a ambos apartados. Así, el requisito de haber seguido previamente el tratamiento prescrito podrá no ser exigible

en aquellos supuestos en los que, atendiendo a las características de la patología de la persona trabajadora, el estadio de la enfermedad, su previsible evolución, y la gravedad de las reducciones anatómicas y funcionales, estas queden suficientemente objetivadas y sean previsiblemente definitivas.

De modo análogo, tampoco será necesario que la incapacidad permanente derive de una situación de incapacidad temporal cuando concurren las mismas circunstancias.

La modificación introducida tiene un alcance general y no se limita a la ELA ni al resto de las enfermedades incluidas en la Ley 3/2024 (art. 2.3 y disp. final séptima). En consecuencia, las excepciones incorporadas al artículo 193 de la LGSS resultan aplicables a cualquier proceso patológico, siempre que las reducciones anatómicas y funcionales de la persona trabajadora cumplan los requisitos fijados por el legislador. Este planteamiento responde a la lógica tradicional de nuestro modelo protector, que pone el acento en las limitaciones funcionales y no en la etiología o naturaleza de los padecimientos que las provocan (Roqueta Buj, 2000, p. 34).

No cabe duda de que la flexibilización introducida por la Ley 3/2024 facilita el acceso a la incapacidad permanente de las personas con ELA y otras patologías irreversibles de alta complejidad, que en ocasiones veían retrasado su reconocimiento por la exigencia de haber estado en incapacidad temporal o de haberse sometido al tratamiento prescrito (López Anierte, 2024). Con todo, el alcance práctico de esta reforma resulta relativamente limitado, dado que los criterios ahora explicitados en la norma ya venían aplicándose en nuestro ordenamiento jurídico a través de la doctrina jurisprudencial.

En este sentido, la jurisprudencia interpretó que los requisitos de incapacidad temporal previa y de tratamiento prescrito constituían una regla general de articulación de la protección, pero no condiciones autónomas e inexcusables. La redacción anterior del artículo 193 de la LGSS describía el itinerario habitual de la incapacidad permanente: tratamiento médico, alta y valoración de secuelas. No obstante, el propio precepto contemplaba supuestos en los que podía prescindirse de la incapacidad temporal, como las situaciones asimiladas al alta que no incluyen la protección por incapacidad temporal (arts. 166 y 155.2 LGSS) o el acceso a la incapacidad permanente desde la situación de no alta (art. 195.4 LGSS). Los tribunales entendieron que esta enumeración no era cerrada, y que cabía su ampliación análoga cuando la finalidad de la norma así lo exigía.

Desde esta perspectiva finalista, las exigencias de incapacidad temporal previa y de sometimiento al tratamiento prescrito carecen de sentido cuando las lesiones o secuelas presentan, desde su aparición, un carácter definitivo, intratable e irreversible, sin margen para un proceso de curación. Ello incluye tanto la aparición súbita de una patología incapacitante como el curso prolongado de la enfermedad durante el cual la persona trabajadora ha permanecido en activo hasta que la gravedad ha hecho inviable el desempeño de su profesión²⁷. Por ello, no cabe denegar la prestación por ausencia de incapacidad temporal previa cuando el estado invalidante se encuentra consolidado, debiendo prevalecer una interpretación que evite dejar sin protección situaciones de necesidad manifiesta²⁸. Este criterio jurisprudencial ha sido ampliamente compartido por la doctrina (Blasco Segura, 1975, pp. 145-146; De Cossío Rodríguez, 2021, pp. 63-70; López Gandía y Romero Rodenas, 2011, p. 9; Martín Puebla, 2000, p. 61).

En consecuencia con lo expuesto, la reforma introducida por la Ley 3/2024 no supone una ruptura con el modelo protector previo, sino la positivización de una doctrina jurisprudencial consolidada durante décadas, que ya había relativizado la exigencia de incapacidad temporal previa y de sometimiento a tratamiento cuando la situación incapacitante se presentaba desde el inicio como definitiva, objetivada e irreversible. La nueva redacción legal, al enumerar expresamente los elementos a valorar, afianza este criterio y refuerza la seguridad jurídica, favoreciendo su aplicación uniforme. Si bien la concreción normativa puede reducir ligeramente el margen de apreciación, ello no debe impedir que continúe primando la interpretación finalista y garantista que ha venido caracterizando a la jurisprudencia en este punto.

²⁷ SSTs de 2 de febrero de 1970 y 26 de mayo de 1972.

²⁸ Por todas, SSTs de 13 de febrero de 2001 (rec. 2129/2000); y 1 de octubre de 2001 (rec. 4396/2000). Recogen estas sentencias la histórica y asentada interpretación mantenida por el Tribunal Supremo en esta materia.

5.2. Algunos retos pendientes: omisiones normativas y disfunciones prácticas

La nueva regulación de la Ley 3/2024, pese a tener entre sus objetivos «agilizar la tramitación de la incapacidad permanente contributiva» de las personas con ELA y otras patologías irreversibles de alta complejidad, no aborda muchos de los problemas que este marco protector presenta en la práctica. A diferencia de lo previsto para la discapacidad (arts. 3 y 4) y la dependencia (art. 5), la norma no contempla un procedimiento urgente para la declaración de incapacidad permanente ni para la revisión de grado, lo que constituye uno de sus déficits más significativos (Arenas Gómez, 2024). Esta carencia reviste especial trascendencia en patologías de rápida progresión, donde la celeridad del trámite administrativo resulta determinante para la efectividad de la protección.

En el caso de la ELA, los equipos de valoración de incapacidades suelen reconocer inicialmente una incapacidad permanente absoluta o, con menor frecuencia, una gran invalidez. En no pocas ocasiones se concede primero el grado de absoluta y, tras una revisión, se declara la gran invalidez, al necesitar la persona afectada la asistencia de un tercero (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009, p. 86). Sin embargo, el régimen general de revisión previsto en el artículo 200.2 de la LGSS no siempre permite una adecuación ágil del grado a la situación real de la persona beneficiaria²⁹, y los plazos de tramitación –que pueden alcanzar los seis meses– resultan excesivos³⁰. Ello provoca que, en no pocos casos, el reconocimiento del grado más elevado llegue cuando la persona ya ha fallecido³¹.

A ello se suma la ausencia de criterios uniformes para graduar la incapacidad permanente en el caso de la ELA. Con frecuencia, las resoluciones del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) son objeto de recurso judicial, lo que en este contexto se traduce en una carga procesal desproporcionada para la persona afectada. No es infrecuente que el INSS reconozca inicialmente una incapacidad permanente total o absoluta, siendo el órgano judicial quien, tras la demanda, declara un grado superior³². En otros supuestos, el juzgado de lo social deniega el grado solicitado, obligando a la persona enferma a acudir a la

²⁹ STSJ de Aragón de 8 de noviembre de 1999 (rec. 622/1998). Cfr. STSJ de Navarra de 24 de noviembre de 2003 (rec. 391/2003).

³⁰ Artículo 6 del RD 1300/1995, de 21 de julio, sobre incapacidades laborales del sistema de la Seguridad Social, en relación con el artículo 30 de la LPACAP.

³¹ STSJ de Andalucía/Granada de 20 de enero de 2022 (rec. 1481/2021). Este problema también se evidencia en otras patologías que podrían incluirse en el ámbito de la Ley 3/2024, como la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, donde el reconocimiento se produce frecuentemente de forma póstuma. Vid. STSJ de Castilla y León/Burgos de 27 de octubre de 2016 (rec. 509/2016); y STSJ de Andalucía/Málaga de 14 de noviembre de 2023 (rec. 854/2023).

³² SJS n.º 1 de Cáceres de 25 de junio de 2021 (proc. 447/2020).

segunda instancia³³. También se dan casos en que, pese a estimar la pretensión de la persona trabajadora en primera instancia, el INSS recurre ante el tribunal superior de justicia, que acaba confirmando el fallo inicial³⁴. Incluso, en situaciones puntuales, se ha llegado a denegar cualquier tipo de incapacidad permanente a personas con diagnóstico confirmado de ELA, reconocimiento que finalmente solo se obtiene en vía judicial³⁵.

Esta disparidad de criterios genera inseguridad jurídica y retrasa el acceso al complemento económico por asistencia de tercera persona vinculado a la gran invalidez, con un impacto especialmente grave en patologías de rápida evolución. Consciente de esta situación, cierta jurisprudencia ha adoptado un enfoque más humanizador, flexibilizando el régimen jurídico de la revisión de grado y valorando la situación clínica en el momento del juicio, en lugar de atenerse estrictamente a la fecha de la resolución administrativa³⁶. Sin embargo, esta orientación no cuenta con respaldo normativo expreso, lo que perpetúa la dispersión de criterios y prolonga procedimientos que, por la propia naturaleza de la enfermedad, requieren una respuesta inmediata y coherente en todo el territorio.

Además, esta ausencia de uniformidad en sede administrativa y judicial difícilmente puede corregirse mediante recurso de unificación de doctrina ante el Tribunal Supremo, que solo procede si los hechos probados y las secuelas apreciadas son sustancialmente idénticos, circunstancia que rara vez se da en el ámbito de la incapacidad permanente, ni siquiera en enfermedades como la ELA³⁷.

La persistencia de esta diversidad aplicativa explica que, durante el trámite parlamentario de la Ley 3/2024, se valoraran distintas fórmulas para garantizar la homogeneidad y la rapidez en la protección, entre ellas el reconocimiento automático de la incapacidad permanente absoluta para las personas diagnosticadas de ELA. PSOE y Sumar defendieron esta opción, mientras que Junts per Catalunya se limitó a proponer una agilización del procedimiento de reconocimiento. Finalmente, prevaleció esta última posición (Fundación Luzón, 2024, p. 64). Esto supuso que la reforma se limitara a flexibilizar los requisitos de acceso a la incapacidad permanente, sin entrar a regular el grado de la prestación. De este modo,

³³ STSJ de la Comunidad Valenciana de 6 de octubre de 2022 (rec. 393/2022); y STSJ de Castilla-La Mancha de 7 de julio de 2000 (rec. 398/2000).

³⁴ STSJ de Cataluña de 5 de febrero de 2020 (rec. 3943/2019); STSJ de Castilla-La Mancha de 16 de diciembre de 1999 (rec. 1123/1999); STSJ Castilla y León/Valladolid de 6 de junio de 2022 (rec. 1361/2021); SSTSJ de Galicia de 18 de diciembre de 2023 (rec. 3665/2023); y 12 de julio de 2024 (rec. 713/2024); STSJ de Asturias de 14 de diciembre de 2021 (rec. 2470/2021); y STSJ de la Comunidad Valenciana de 5 de octubre de 2001 (rec. 2144/1999).

³⁵ STSJ Castilla y León/Valladolid de 12 de septiembre de 2005 (rec. 1370/2005).

³⁶ SJS n.º 1 de Cáceres de 25 de junio de 2021 (proc. 447/2020); y STSJ de la Comunidad Valenciana de 20 de mayo de 2020 (rec. 2195/2019). *Vid.* STSJ de Navarra de 24 de noviembre de 2003 (rec. 391/2003).

³⁷ Auto del Tribunal Supremo de 10 de febrero de 2011 (rec. 1433/2009).

quedó sin abordar la problemática derivada de la graduación, que sigue generando divergencia de valoraciones y una litigiosidad elevada.

La opción del automatismo legislativo hubiera proporcionado una seguridad inmediata a los sujetos beneficiarios, evitando dilaciones y disparidad de criterios. De hecho, parte de la doctrina ha defendido una regulación expresa que permita a las personas con ELA obtener directamente la declaración de gran invalidez, centralizando su tramitación en el INSS para garantizar uniformidad y rapidez en todo el territorio (Arenas Gómez, 2024). Desde una perspectiva de justicia material, esta alternativa podría considerarse más humanista, al priorizar la protección de quienes afrontan una enfermedad de evolución rápida y devastadora. Con todo, existen sólidos argumentos para cuestionar la conveniencia de este automatismo legislativo.

En primer lugar, y desde un plano dogmático, vincular de manera automática un diagnóstico con un grado concreto de incapacidad permanente contradice la lógica estructural de nuestro sistema protector, centrada en la valoración de las limitaciones funcionales y no en la mera naturaleza o etiología de la enfermedad; de hecho, los pocos automatismos que subsistían en esta materia han sido eliminados, precisamente porque cualquier patología puede generar efectos muy distintos según las condiciones físicas y psíquicas del individuo (Losada Moreno, 2024)³⁸. A ello se añade que la ELA no siempre presenta un cuadro clínico homogéneo ni de fácil identificación, siendo relativamente frecuente su confusión inicial con otras enfermedades neuromusculares o neurodegenerativas, lo que entraña un evidente riesgo de reconocimientos erróneos³⁹. Incluso dentro del espectro clínico de la ELA, se observan formas atípicas de evolución lenta –con supervivencias superiores a una década– en las que, al menos en fases iniciales, la incapacidad permanente absoluta o la gran invalidez no reflejarían fielmente la situación real de la persona afectada⁴⁰.

En segundo lugar, desde la óptica del test de proporcionalidad, el automatismo diagnóstico difícilmente superaría el juicio de necesidad. Aunque la finalidad de dotar de rapidez y certeza al reconocimiento es legítima y la medida idónea para alcanzarla, existen alternativas igualmente eficaces y menos lesivas para el principio funcionalista que rige nuestro modelo protector. Entre ellas, la creación de un procedimiento preferente con plazos abreviados y la flexibilización de la prueba, que podría llegar a contemplar la inversión de la carga probatoria en presencia de determinados marcadores clínicos objetivos, ampliamente utilizados en la práctica asistencial de la ELA (por ejemplo, valores reducidos en la escala ALSFRS-R, dependencia ventilatoria significativa o disfagia severa). Con base en estos indicadores, podría configurarse una presunción *iuris tantum* de incapacidad permanente absoluta o,

³⁸ Vid. STS de 16 de marzo de 2023 (rec. 3980/2023).

³⁹ STSJ de Castilla y León/Burgos de 21 de diciembre de 2022 (rec. 719/2022); y STSJ de Extremadura de 4 de diciembre de 2018 (rec. 650/2018).

⁴⁰ STSJ de Madrid de 13 de marzo de 2025 (rec. 817/2024).

en su caso, de gran invalidez, que mantenga el principio de valoración funcional, permita la graduación ajustada a la severidad del cuadro y favorezca la uniformidad de criterios en todo el territorio, reduciendo así la litigiosidad.

En tercer lugar, un automatismo estricto podría desatender la obligación de promover ajustes razonables y medidas de readaptación profesional, reconocida tanto en el derecho internacional como en la legislación interna⁴¹.

Por último, si bien la Ley 3/2024 extiende su ámbito aplicativo a otras patologías irreversibles y de alta complejidad (art. 2.3 y disp. final séptima), acotar a ellas el automatismo podría generar discriminación indirecta respecto a otras que, aun presentando un perfil clínico y funcional equiparable, no cumplan todos los criterios acumulativos o no hayan sido objeto de evaluación formal. Esta diferencia de trato, difícil de justificar desde la perspectiva de la equidad, tensionaría el principio constitucional de igualdad ante la ley y afectaría a la coherencia interna del sistema.

Los argumentos expuestos permiten concluir que, en lugar de automatismos puramente diagnósticos, la opción más coherente pasa por procedimientos abreviados y flexibles, sustentados en indicadores clínicos objetivos que actúen como presunciones cualificadas *iuris tantum*. Con ello se preserva el principio estructural de valoración funcional y se garantiza una respuesta más rápida, equitativa y ajustada a la realidad de estas enfermedades.

Junto con estas carencias en el procedimiento y la graduación de la incapacidad, la Ley 3/2024 tampoco introduce cambios respecto a la limitación establecida en el artículo 195.1 de la LGSS, que impide reconocer una pensión de incapacidad permanente derivada de contingencias comunes cuando, en la fecha del hecho causante, la persona trabajadora ya ha alcanzado la edad legal de jubilación y cumple los requisitos para acceder a ella. La aplicación estricta de esta regla puede generar situaciones de desprotección en enfermedades de evolución rápida o diagnóstico tardío, como la ELA⁴².

Las anteriores consideraciones evidencian que la reforma en materia de incapacidad permanente no resuelve la problemática asociada al procedimiento de reconocimiento de la prestación ni a la dinámica de su graduación en enfermedades como la ELA, de curso rápido e irreversible. La solución finalmente adoptada por el legislador resulta inespecífica

⁴¹ Vid. entre otras disposiciones, en el ámbito internacional, artículos 2, 5 y 27 de la CDPD; artículo 5 de la Directiva 2000/78/CE del Consejo, de 27 de noviembre de 2000, relativa al establecimiento de un marco general para la igualdad de trato en el empleo y la ocupación; y artículos 21 y 26 de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea; y, en el ámbito nacional, artículos 9.2, 14 y 49 de la CE; artículos 10 y 35 de la LGDPD; artículo 9 de la Ley 15/2022, de 12 de julio, integral para la igualdad de trato y la no discriminación; y artículo 25 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales.

⁴² Vid. STSJ de Cataluña de 5 de mayo de 2005 (rec. 4111/2004).

y poco ambiciosa. Hubiera sido deseable que la norma incorporara un procedimiento ágil que permitiera adecuar con rapidez el grado de incapacidad a la evolución de la enfermedad, reforzando la coherencia interna del sistema y evitando que la rigidez procedimental lamine la protección reconocida, en línea con las prioridades identificadas desde hace años en las estrategias de políticas públicas (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2018, pp. 24-25).

6. A modo de conclusiones

La Ley 3/2024 constituye un hito en el sistema español de protección social, no solo por su objeto, sino también, y especialmente, por su origen: una movilización social persistente que convirtió la dignidad y el derecho a cuidados de las personas con ELA en un derecho exigible de alcance supraindividual. Ese tránsito, de un interés difuso a una tutela jurídica reforzada de carácter colectivo, refleja, como pocas disposiciones recientes, la capacidad del derecho para dar respuesta a situaciones de extrema vulnerabilidad.

El modelo protector que diseña la ley es, al mismo tiempo, integral y limitado. Se apoya en las instituciones de la discapacidad, la dependencia y la incapacidad permanente, y las entrelaza mediante reconocimientos automáticos que buscan eliminar duplicidades y acortar plazos. Con ello se aporta seguridad jurídica y se otorga una legitimación institucional inmediata a la gravedad de la ELA.

Sin embargo, esta opción supone una alteración, siquiera parcial, de la lógica originaria de cada institución. Así, la dependencia deja de fundarse en una necesidad objetivable para pivotar sobre el diagnóstico; la discapacidad se aproxima a situaciones previamente reconocidas como incapacidad o dependencia; y la incapacidad permanente flexibiliza requisitos clásicos de acceso, ya relativizados por la jurisprudencia, que hasta ahora operaba solo en clave interpretativa. Se prioriza así una tutela inmediata frente a la coherencia dogmática, lo que difumina las fronteras conceptuales entre instituciones de distinta naturaleza y erosiona la coherencia del sistema en su conjunto.

A la tensión dogmática se suma la asimetría estructural de la norma. La aplicación automática para la ELA contrasta con la remisión reglamentaria para el resto de patologías, condicionada a criterios relativamente indeterminados, acumulativos y de difícil objetivación clínica. Tal diseño plantea riesgos de inseguridad jurídica y exclusión, y abre un debate ético sobre la inequidad respecto de otras enfermedades, neurodegenerativas o no, de similar severidad e intensidad en los cuidados.

No obstante, y más allá de lo expuesto, la verdadera eficacia de la norma dependerá, en último término, de la existencia de recursos suficientes para implementar sus disposiciones. El refuerzo de medios al que la ley alude constituye una condición indispensable

para evitar que las medidas que incorpora se reduzcan a una mera declaración retórica. El actual contexto político, la ausencia de concreción financiera y la dependencia de una coordinación interadministrativa, que hasta ahora ha mostrado significativas limitaciones, hacen posible prever que la efectividad de la norma quede gravemente comprometida. La disparidad territorial y la falta de recursos humanos y materiales se erigen, de este modo, en un obstáculo estructural que trasciende la coherencia conceptual del sistema y amenaza con impedir que los avances jurídicos se traduzcan en garantías reales para la ciudadanía.

En última instancia, la Ley 3/2024 no deja de evidenciar una paradoja recurrente en nuestra tradición jurídico-laboral. El legislador alcanza consensos solemnes sobre principios protectores de indudable legitimidad, pero no garantiza los instrumentos normativos, materiales y de gobernanza necesarios para hacerlos efectivos. En este escenario, la proclamación de derechos sin medios suficientes corre el riesgo de convertirse en un gesto retórico que, lejos de satisfacer las expectativas que suscita, genere mayor frustración y desconfianza en el modelo. De este modo, avanzado el siglo XXI, superar la distancia entre el reconocimiento normativo y la efectividad real sigue presentándose como uno de los grandes retos históricos del derecho social español.

Referencias bibliográficas

- Aguilar Calahorra, V. (2025). Gobernar con una mayoría frágil: crónica política y legislativa del año 2024. *Revista Española de Derecho Constitucional*, 133, 139-164. <https://doi.org/10.18042/cepc/redc.133.05>
- Alonso Olea, M. (1983). *Instituciones de Seguridad Social*. Civitas.
- Álvarez de la Rosa, J. M. (1982). *Invalidez permanente y Seguridad Social*. Civitas.
- Amaral, D. M., Soares, D. F., Gromicho, M., de Carvalho, M., Madeira, S. C., Tomás, P. y Aidos, H. (2024). Temporal stratification of amyotrophic lateral sclerosis patients using disease progression patterns. *Nature Communications*, 15, 5717. <https://doi.org/10.1038/s41467-024-49954-y>
- Arenas Gómez, M. (31 de octubre de 2024). Por fin, se ha publicado la Ley 3/2024 para mejorar la calidad de vida de las personas con ELA. *Otroblogmás, pero éste es el mío!* <https://miguelonarenas.blogspot.com/2024/10/por-fin-se-ha-publicado-la-ley-32024.html>
- Arenas Gómez, M. (16 de enero de 2025). Intentando comprender el RD 888/2022 para el reconocimiento del grado de discapacidad. Modelo de reclamación previa, BRP y guía de estudio. *Otroblogmás, pero éste es el mío!* <https://miguelonarenas.blogspot.com/2025/01/intentando-comprender-el-rd-8882022.html>
- Barrios Baudor, G. L. (2014). La valoración de la dependencia. *Documentación Laboral*, 102, 93-111.
- Blasco Segura, B. (1975). Calificaciones jurisprudenciales en torno a la incapacidad permanente absoluta. *Revista de Política Social*, 106, 148-174.

- Cossío Rodríguez, M. P. de. (2021). *La gran invalidez como grado autónomo de la incapacidad permanente*. Atelier.
- Defensor del Pueblo. (2025). *Informe anual 2024*. Defensor del Pueblo. https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2025/03/Defensor-del-Pueblo_Informe-anual-2024.pdf
- Esclerosis Múltiple España, AEDEM-COCEMFE y AELEM. (2024). *Respuesta a la consulta pública previa sobre el Proyecto de Real Decreto de desarrollo de la Ley 3/2024*. <https://www.aelem.org/images/Ley%20ELA/Def%20Respuesta%20Consulta%20Publica%20Normativa%20mas%20Fundamento%20%20EME%20AEDEM%20Y%20AELEM.pdf>
- European ALS Coalition. (2023). *Amyotrophic Lateral Sclerosis, a rare neurodegenerative disease: European landscape assessment and policy recommendations for improved diagnosis, care, and treatment*. European ALS Coalition. https://alscoalition.alsliga.be/wp-content/uploads/2024/08/European-ALS-Coalition-Policy-Paper-2023_0.pdf
- Ferrando García, F. M. (14 de noviembre de 2024). La ley ELA: un paso importante en la mejora de la calidad de vida de las personas con esclerosis lateral amiotrófica y otras enfermedades o procesos de alta complejidad. *Asociación Española de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social*. <https://www.aedtss.com/la-ley-ela-un-paso-importante-en-la-mejora-de-la-calidad-de-vida-de-las-personas-con-esclerosis-lateral-amiotrofica-y-otras-enfermedades-o-procesos-de-alta-complejidad/>
- Fundación Luzón. (2024). *Observatorio ELA. Informe de resultados 2024*. https://www.ffluzon.org/wp-content/uploads/2025/04/Observatorio-ELA_2024_Fundacion-Luzon.pdf
- Goh, Y. Y., Saunders, E., Pavey, S., Rushton, E., Quinn, N., Houlden, H. y Chelban, V. (2023). Multiple system atrophy. *Practical Neurology*, 23(3), 208-221. <https://doi.org/10.1136/pn-2020-002797>
- Jacobson, R. D., Goutman, S. A. y Callaghan, B. C. (2016). Pearls & Oy-sters: The importance of atypical features and tracking progression in patients misdiagnosed with ALS. *Neurology*, 86(13), e136-e139, <https://doi.org/10.1212/WNL.000000000000252>
- Jerónimo Sánchez-Beato, E. (2022). Evolución del régimen jurídico de los derechos de las personas con discapacidad. *Revista Ratio Juris (UNAULA)*, 17(35), 523-552. <https://doi.org/10.24142/raju.v17n35a6>
- Landfeldt, E., Thompson, R., Sejersen, T., McMillan, H. J., Kirschner, J. y Lochmüller, H. (2020). Life expectancy at birth in Duchenne muscular dystrophy: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Epidemiology*, 35(7), 643-653. <https://doi.org/10.1007/s10654-020-00613-8>
- Levison, L. S., Blicher, J. U. y Andersen, H. (2024). Incidence and mortality of ALS: A 42-year population-based nationwide study. *Journal of Neurology*, 272(1), 44. <https://doi.org/10.1007/s00415-024-12743-0>
- Llano Sánchez, M. (2014). El marco procedimental del sistema de atención a la dependencia: balance crítico de los desarrollos normativos y de la práctica administrativa. *Documentación Laboral*, 102, 113-141.
- Longinetti, E. y Fang, F. (2019). Epidemiology of amyotrophic lateral sclerosis: An update of recent literature. *Current Opinion in Neurology*, 32(5), 771-776. <https://doi.org/10.1097/WCO.0000000000000730>

- López Aniorte, M. del C. (20 de noviembre de 2024). ¿Cubre la Ley ELA todas las necesidades de atención sociosanitaria de las personas incluidas en su ámbito de aplicación? *NET21*. <https://www.net21.org/cubre-la-ley-ela-todas-las-necesidades-de-atencion-sociosanitaria-de-las-personas-incluidas-en-su-ambito-de-aplicacion/>
- López Gandía, J. y Romero Ródenas, M. J. (2011). *La incapacidad permanente: acción protectora, calificación y revisión*. Bomarzo.
- Losada Moreno, N. (2024). Prestaciones de Seguridad Social. Cambio de doctrina del Tribunal Supremo: la ceguera dejará de ser considerada de forma automática constitutiva de una gran invalidez. *Temas Laborales: Revista andaluza de trabajo y bienestar social*, 171, 249-265.
- Maldonado Molina, J. A. (2022). La simplificación del procedimiento para el reconocimiento del grado y prestaciones por dependencia. *Revista Internacional de Doctrina y Jurisprudencia*, 28, 27-45.
- Martín Puebla, E. (2000). *La protección social de la incapacidad permanente para el trabajo*. Comares.
- Masrori, P. y Van Damme, P. (2020). Amyotrophic lateral sclerosis: A clinical review. *European Journal of Neurology*, 27(10), 1918-1929. <https://doi.org/10.1111/ene.14393>
- Mercader Uguina, J. R. (2007). Titularidad, valoración y reconocimiento de las situaciones de dependencia. *Temas Laborales: Revista andaluza de trabajo y bienestar social*, 89, 149-180.
- Ministerio de Sanidad. (2023). *Evaluación de la Estrategia en enfermedades neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud: informe de resultados*. Ministerio de Sanidad. https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/enfermedadesNeurodegenerativas/docs/Informe_resultados._ACCESIBLE.pdf
- Ministerio de Sanidad. (31 de julio de 2025). *Proyecto de Real Decreto por el que se regula el reglamento que establece los criterios que definen los procesos irreversibles y de alta complejidad de cuidados en el ámbito de aplicación de la Ley 3/2024, de 30 de octubre*. https://www.sanidad.gob.es/normativa/audiencia/docs/2025.07.31_DG_46_25_PRD_CRITERIOS_CUIDADOS_L_3_2024_ELA.pdf
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2018). *Abordaje de la esclerosis lateral amiotrófica: Estrategia en enfermedades neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud*. https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/enfermedadesNeurodegenerativas/docs/Abordaje_de_la_Esclerosis_Lateral_Amiotrofica_2017.pdf
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). *Guía para la atención de la esclerosis lateral amiotrófica (ELA) en España*. <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/docs/esclerosisLA.pdf>
- Monereo Pérez, J. L. (2007). El modelo de protección de la dependencia: el derecho subjetivo de ciudadanía social. *Documentación Administrativa*, 276-277, 569-630.
- Pradas, J., Puig, T., Rojas-García, R., Viguera, M. L., Gich, I. y Logroscino, G. (2013). Amyotrophic lateral sclerosis in Catalonia: A population based study. *Amyotrophic Lateral Sclerosis and Frontotemporal Degeneration*, 14(4), 278-283. <https://doi.org/10.3109/21678421.2012.749915>

- Requardt, M. V., Görlich, D., Grehl, T. y Boentert, M. (2021). Clinical determinants of disease progression in amyotrophic lateral sclerosis: A retrospective cohort study. *Journal of Clinical Medicine*, 10(8), 1623. <https://doi.org/10.3390/jcm10081623>
- Rodríguez-Piñero y Bravo-Ferrer, M. (2007). La cobertura de la situación de dependencia. *Relaciones Laborales: Revista crítica de teoría y práctica*, 1, 55-67.
- Roqueta Buj, R. (2000). *La incapacidad permanente*. Consejo Económico y Social de España.
- Shavelle, R. M., DeVivo, M. J., Strauss, D. J., Paculdo, D. R., Lammertse, D. P. y Day, S. M. (2006). Long-term survival of persons ventilator dependent after spinal cord injury. *Journal of Spinal Cord Medicine*, 29(5), 511-519. <https://doi.org/10.1080/10790268.2006.11753901>
- Sociedad Española de Neurología. (19 de junio de 2025). *Nota de prensa por el Día Internacional de la ELA*. <https://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link479.pdf>
- Traynor, B. J., Codd, M. B., Corr, B., Forde, C., Frost, E. y Hardiman, O. M. (2000). Clinical features of amyotrophic lateral sclerosis according to the El Escorial and Airlie House diagnostic criteria: A population-based study. *Archives of Neurology*, 57(8), 1171-1176. <https://doi.org/10.1001/archneur.57.8.1171>
- Vasta, R., De Mattei, F., Tafaro, S., Canosa, A., Manera, U., Grassano, M., Palumbo, F., Cabras, S., Matteoni, E., Di Pede, F., Zocco, G., Pellegrino, G., Minerva, E., Pascariu, D., Iazzolino, B., Callegaro, S., Fuda, G., Salamone, P., De Marchi, F., Mazzini, L., Moglia, C., Calvo, A. y Chiò, A. (2025). Changes to average survival of patients with amyotrophic lateral sclerosis (1995-2018): Results from the Piemonte and Valle d'Aosta Registry. *Neurology*, 104(8), e213467. <https://doi.org/10.1212/WNL.00000000000213467>
- Vigoriti, V. (1980). Metodi e prospettive di una recente giurisprudenza in tema di interessi diffusi e collettivi. *Giurisprudenza italiana*, IV, 305-317.
- Whitney, D. G., Knierbein, E. E. N. y Daunter, A. K. (2023). Prevalence of morbidities across the lifespan for adults with spinal muscular atrophy: A retrospective cohort study. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 18(1), 258. <https://doi.org/10.1186/s13023-023-02872-6>
- Yang, K., Xue, H., Li, L. y Tang, S. (2024). Caregivers of ALS patients: Their experiences and needs. *Neuroethics*, 17(4). <https://doi.org/10.1007/s12152-023-09537-y>

Guillermo García González. Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad Internacional de La Rioja. Director del Grupo de Investigación «Trabajo líquido y riesgos emergentes en la sociedad de la información». <https://orcid.org/0000-0002-5927-4124>