INFORMACIÓN SOBRE LA NORMA

ASUNTO: Real Decreto 957/2026, de 4 de noviembre, de desarrollo del régimen jurídico de la prestación económica por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave en el sistema de la Seguridad Social.

ENLACE AL BOE: https://www.boe.es/eli/es/rd/2026/11/04/957

FECHA DE PUBLICACIÓN EN BOE: 5 DE NOVIEMBRE 2026

ENTRADA EN VIGOR: El real decreto establece su **entrada en vigor** a los dos meses de su publicación en el Boletín Oficial del Estado.

RESUMEN

El Real Decreto 957/2026, de 4 de noviembre, de desarrollo del régimen jurídico de la prestación económica por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave en el sistema de la Seguridad Social, establece una nueva regulación reglamentaria de esta prestación, cuya finalidad es compensar la pérdida de ingresos derivada de la reducción de jornada necesaria para prestar cuidado directo, continuo y permanente. Desarrolla los artículos 190 a 192 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

La norma **se aplica a todos los regímenes del sistema de la Seguridad Social**, con las particularidades que establece. Queda excluido el personal funcionario comprendido en el Estatuto Básico del Empleado Público, que se rige por su artículo 49.e) y por las normas de Función Pública de desarrollo. El preámbulo presenta la reforma como una actualización y sistematización dirigida a adaptar la protección a las necesidades asistenciales y familiares y a homogeneizar su gestión por las entidades gestoras y las mutuas colaboradoras.

La **situación protegida** comprende la reducción de jornada de las personas progenitoras, guardadoras con fines de adopción o acogedoras permanentes para atender a una persona menor a su cargo afectada por cáncer u otra enfermedad grave, cuando ambas trabajen o exista una familia monoparental. La enfermedad debe requerir ingreso hospitalario o encontrarse en una situación asimilada. Se contemplan también determinadas instituciones extranjeras equivalentes, la tutela de menores por familiares que no puedan adoptarlos y la curatela cuando atribuya facultades representativas plenas y generales, incluidas las de atención y cuidado. En el trabajo autónomo, la protección se refiere al cese parcial de la actividad; la recaída permite un nuevo reconocimiento mediante la correspondiente acreditación médica.

Una de las principales novedades es la **regulación de las situaciones asimiladas al ingreso hospitalario**: hospitalización a domicilio, tratamientos ambulatorios o continuados, cuidados domiciliarios derivados de terapias especializadas y complejas y otros cuidados domiciliarios complejos prescritos facultativamente. En todos los casos debe existir necesidad de cuidado directo, continuo y permanente, y la ausencia de hospitalización no puede responder a una menor intensidad de los cuidados, sino a criterios clínicos, terapéuticos u organizativos del

sistema sanitario. La escolarización es compatible con la prestación cuando persistan circunstancias clínicas que requieran la disponibilidad efectiva de la persona cuidadora. La realización por la persona causante de actividades que determinen su inclusión en la Seguridad Social queda excluida, salvo las prácticas formativas admitidas por la norma y siempre que subsista la necesidad de cuidado.

El cáncer o la enfermedad grave y la necesidad de cuidado se acreditan mediante declaración del personal facultativo de atención primaria o especializada del servicio público de salud responsable de la asistencia, también cuando el diagnóstico y tratamiento se hayan efectuado en servicios privados. La declaración debe ajustarse al modelo del anexo II. Este recoge el diagnóstico, el ingreso o situación asimilada, las necesidades concretas de tratamiento, vigilancia y cuidados, la escolarización y el periodo estimado durante el que se precisa la atención.

Pueden ser **beneficiarias** las personas trabajadoras por cuenta ajena, por cuenta propia o asimiladas que reduzcan su jornada al menos un 50 %, estén afiliadas y en alta y acrediten la cotización exigida. Cuando existen dos personas cuidadoras, ambas deben estar afiliadas y en alta, salvo la incorporación obligatoria de una de ellas a una mutualidad profesional. Respecto de quien no solicita la prestación, el requisito se considera cumplido si percibe una pensión contributiva de incapacidad permanente absoluta o gran incapacidad, o si tiene suscrito un convenio especial por trabajar en un país sin instrumento internacional de Seguridad Social. También puede acceder el cónyuge o pareja de hecho de la persona causante mayor de dieciocho años, así como la única persona cuidadora en familias monoparentales, reuniendo los requisitos generales.

El real decreto permite reconocer la prestación a una sola persona cuidadora o a ambas, de manera alternativa o simultánea, cuando cumplan los requisitos. En nulidad, separación, divorcio, extinción de pareja de hecho o violencia de género, corresponde a quien conviva con la persona causante, aunque la otra persona no trabaje; la convivencia puede acreditarse mediante empadronamiento o cualquier medio de prueba admitido en derecho. La alternancia se acuerda por periodos no inferiores a quince días, salvo la vinculada al régimen de convivencia compartida en los supuestos de ruptura, que se ajusta a dicho régimen. Mientras una persona percibe la prestación, el derecho de la otra queda suspendido. Si existen varias personas causantes, pueden reconocerse prestaciones a ambas cuidadoras, vinculando cada reducción al cuidado correspondiente y cumpliendo individualmente las condiciones exigidas.

Los **periodos mínimos de cotización** se determinan según la edad de la persona trabajadora al iniciar la reducción. No se exige cotización mínima antes de los veintiún años. Desde esa edad y antes de los veintiséis, se requieren noventa días cotizados en los siete años anteriores o, alternativamente, ciento ochenta días durante la vida laboral. Desde los veintiséis años, se exigen ciento ochenta días en los siete años anteriores o trescientos sesenta días durante la vida laboral. Quienes sean responsables del ingreso de sus cuotas deben encontrarse al corriente de pago, con aplicación del mecanismo de invitación al pago.

La regulación contempla el trabajo a tiempo parcial, el pluriempleo y la pluriactividad. En esta última puede percibirse la prestación en cada régimen en el que se cumplan los requisitos; si no se reúnen en ninguno, se totalizan las cotizaciones no superpuestas y se reconoce por el régimen con más días cotizados. En pluriempleo se atiende a la reducción del conjunto de las jornadas y a las bases de las distintas empresas, respetando el tope máximo de cotización. Para el trabajo

a tiempo parcial se exige igualmente una reducción mínima del 50 %, referida a la jornada de una persona trabajadora a tiempo completo comparable.

La **cuantía general** consiste en el 100 % de la base reguladora de la incapacidad temporal correspondiente, al que se aplica el porcentaje de reducción de jornada, con devengo diario. Se utiliza la base de contingencias profesionales o, cuando no exista esa cobertura, la de contingencias comunes en los términos establecidos. El porcentaje se calcula respecto de una jornada completa comparable, sin computar otras reducciones previas por guarda legal, cuidado de familiares u otras causas; para autónomos, la referencia es una jornada de cuarenta horas semanales. En el disfrute simultáneo por ambas personas cuidadoras de la misma persona causante, cada una percibe el 50 % de su respectiva base reguladora, con independencia de su porcentaje individual de reducción, debiendo cumplir ambas los requisitos de acceso y mantenimiento.

Para las personas contratadas a tiempo parcial, la base reguladora diaria se obtiene dividiendo las bases de cotización de los tres meses inmediatamente anteriores al mes previo al inicio de la reducción entre los días naturales de ese periodo; si la antigüedad es inferior, se utiliza el periodo acreditado. La base reguladora de las personas asalariadas puede actualizarse por modificaciones de las bases de cotización legalmente previstas, a solicitud de la persona interesada. En autónomos, las bases provisionales tomadas en consideración durante la prestación se consideran definitivas y no quedan sujetas a regularización anual, aunque pueden actualizarse a petición de la persona interesada con efectos desde el primer día del mes siguiente.

El derecho nace el día de inicio de la reducción de jornada si se solicita dentro de los tres meses siguientes; presentada después, la retroactividad económica máxima es de tres meses. El reconocimiento inicial tiene una duración de cuatro meses, la primera prórroga es de seis meses y las sucesivas de ocho, siempre que continúe la necesidad de cuidado. Las prórrogas pueden solicitarse durante los tres meses anteriores al vencimiento o en esa fecha. Si la declaración médica acredita una necesidad de cuidado de duración inferior, el reconocimiento se limita al periodo indicado.

Transcurridos los primeros veinticuatro meses desde el reconocimiento, y posteriormente cada dos años, se exige un informe vinculante de la Inspección Médica del servicio público de salud sobre la persistencia de la enfermedad y de la necesidad de cuidado. Debe emitirse en treinta días desde su solicitud. Su falta de emisión permite continuar provisionalmente el pago; si tampoco se emite durante los ocho meses de prórroga provisional, la prestación se extingue al agotarse ese periodo, salvo que se haya solicitado una nueva prórroga y aportado la declaración facultativa correspondiente.

La mayoría de edad no determina por sí sola la finalización de la protección. La prestación puede mantenerse hasta los veintitrés años cuando la enfermedad se haya diagnosticado antes de los dieciocho y persistan las condiciones asistenciales exigidas; también cabe su reconocimiento inicial después de los dieciocho y hasta los veintitrés años bajo esas condiciones. Puede prolongarse hasta los veintiséis si antes de los veintitrés se acredita una discapacidad igual o superior al 65 %. Excepcionalmente, puede mantenerse más allá de los veintiséis años con ese grado de discapacidad o con un grado III de dependencia, siempre que continúen la convivencia y la necesidad de cuidado. Las estancias temporales de respiro o corta duración en recursos

residenciales o viviendas de apoyo no impiden considerar mantenida la convivencia si se acredita el ejercicio efectivo y continuado del cuidado.

La **prestación se suspende** durante la incapacidad temporal, la suspensión contractual por nacimiento y cuidado de menor, el riesgo durante el embarazo o la lactancia natural y, en general, cuando concurra otra causa de suspensión de la relación laboral. Si la persona beneficiaria no puede atender a la causante por incapacidad temporal o por nacimiento y cuidado, puede reconocerse una nueva prestación a la otra persona cuidadora que reúna los requisitos. También opera la suspensión durante los periodos de alternancia en que corresponde percibirla a la otra persona.

La **extinción** se produce, entre otras causas, por reincorporación plena o reanudación total de la actividad, desaparición de la necesidad de cuidado, realización de trabajos distintos de los considerados para reconocer la prestación, inclusión de la persona causante en la Seguridad Social fuera de la excepción de prácticas formativas, pérdida de las condiciones de mantenimiento o fallecimiento. El cese laboral de cualquiera de las personas cuidadoras también determina la extinción, con la excepción prevista para ruptura familiar o violencia de género: en estos casos se atiende al cese de quien convive con la persona causante y tiene reconocido el derecho. El matrimonio o constitución de pareja de hecho de la persona causante extingue la prestación de quien venía percibiéndola, sin perjuicio de su posible reconocimiento al cónyuge o pareja que reúna los requisitos.

Las personas beneficiarias deben comunicar en treinta días cualquier circunstancia que modifique, suspenda o extinga el derecho. Las entidades gestoras y las mutuas pueden comprobar en cualquier momento los requisitos distintos de la necesidad médica de cuidado. Cuando el informe vinculante de la Inspección Médica sea desfavorable, debe tramitarse un expediente de extinción con audiencia de diez días y traslado de las alegaciones a la Inspección. Si esta modifica los fundamentos esenciales y mantiene su criterio desfavorable, procede una nueva audiencia. Finalizada la instrucción, la resolución debe dictarse y notificarse en un máximo de treinta días, y puede impugnarse mediante reclamación administrativa previa.

La gestión corresponde, como regla general, a la entidad gestora o mutua que cubra las contingencias profesionales; subsidiariamente, a la responsable de la incapacidad temporal por contingencias comunes o a la entidad gestora correspondiente. El pago se efectúa por mensualidades vencidas. La solicitud y las prórrogas pueden presentarse presencial o electrónicamente y deben acompañarse de la acreditación de la reducción de jornada, declaración médica, documentación familiar y de convivencia cuando proceda, bases de cotización y demás justificantes aplicables. La norma contempla la subsanación y fija treinta días desde la recepción de la solicitud para resolver y notificar; el silencio tiene efecto desestimatorio y las resoluciones expresas o presuntas son impugnables conforme a la legislación procesal social.

El anexo I actualiza el listado de enfermedades graves, agrupadas en diecisiete categorías, e incluye, entre otras, el trastorno del espectro autista de nivel 3 de apoyo y el síndrome de Neurodesarrollo Poirier Bienvenu. Numerosas categorías contienen cláusulas para otras enfermedades graves de la especialidad, sujetas a indicación facultativa expresa y a las condiciones asistenciales previstas. Se habilita la incorporación de nuevas enfermedades por orden ministerial, previo informe del Ministerio de Sanidad y los estudios correspondientes.

Además, se prevé elaborar, en los seis meses siguientes a la entrada en vigor, una guía técnica orientativa para favorecer una valoración homogénea de la necesidad de cuidado.

El régimen transitorio dispone que los procedimientos y prestaciones en curso se rijan íntegramente por la nueva regulación desde su entrada en vigor, conservando las actuaciones válidamente realizadas. Las disposiciones más favorables se aplican preferentemente incluso respecto de actuaciones anteriores. Para nuevas solicitudes pueden acreditarse ingresos o situaciones asimiladas anteriores a la entrada en vigor si no se ha producido alta médica desde el diagnóstico y subsisten los demás requisitos. En las prestaciones en curso, la exigencia del informe de la Inspección Médica comenzará a aplicarse a los dos años desde la última prórroga reconocida.

Deroga expresamente el Real Decreto 1148/2011, de 29 de julio y la Orden TMS/103/2019, de 6 de febrero, relativa al listado de enfermedades y al modelo de declaración médica.

El real decreto establece su **entrada en vigor** a los dos meses de su publicación en el Boletín Oficial del Estado (05/11/2026).