

Regímenes de prestaciones de enfermedad: Desafíos y enfoques

22 Marzo 2022

Las prestaciones de enfermedad son un componente fundamental de la protección social de la salud. Promueven el derecho humano a la salud y la seguridad social, y previenen el empobrecimiento debido a la pérdida de ingresos durante la enfermedad. La crisis de la COVID-19 ha puesto de manifiesto la importancia de las prestaciones de enfermedad para frenar la propagación de la enfermedad y garantizar la protección de los ingresos de las personas que la contraen. Al mismo tiempo, la pandemia ha sacado a la luz las deficiencias en la cobertura, así como algunas cuestiones fundamentales que hay que abordar para que las prestaciones de enfermedad cumplan su objetivo.

El propósito de la seguridad social es proteger frente a los riesgos que puedan surgir durante todo el ciclo de vida, y abarca todos los programas que suministran prestaciones, monetarias o en especie, para garantizar la protección en caso de falta de ingresos procedentes del trabajo (o de ingresos insuficientes) debido a una enfermedad, entre otras situaciones. Históricamente, los regímenes de prestaciones monetarias de enfermedad han sido de los primeros regímenes en adoptarse en el marco de la seguridad social. En un principio, los objetivos de estos regímenes eran proporcionar ingresos de sustitución y prevenir la pobreza en caso de problemas de salud temporales, permitir a las personas recuperarse adecuadamente antes de volver al trabajo y reducir las responsabilidades de los empleadores.

Desde el comienzo de la crisis del coronavirus, estos regímenes han recibido una atención renovada, y los gobiernos han adaptado con celeridad la cobertura, el alcance, los requisitos para tener derecho a prestaciones y los criterios de ejecución de los sistemas existentes.

La pandemia también ha sacado a la luz los efectos adversos de las deficiencias en la cobertura de las prestaciones de enfermedad. La falta de cobertura hace que las personas vayan a trabajar estando enfermas, cuando deberían estar en cuarentena, lo que aumenta el riesgo de que la enfermedad se propague. Asimismo, la pérdida de ingresos durante la enfermedad acentúa el riesgo de pobreza al que se exponen los trabajadores y sus familias.

En el marco de las estrategias nacionales para contrarrestar los efectos de la COVID-19, las prestaciones monetarias de enfermedad han demostrado ser un instrumento fundamental para prevenir la pobreza y la pérdida de empleos debido al absentismo. Aun así, quedan muchos desafíos por delante. En este artículo se ofrece un panorama general de las prioridades que hay que abordar.

Nociones y distinciones fundamentales

Las nociones que suelen utilizarse en este ámbito son la licencia de enfermedad, el subsidio de enfermedad y la prestación de enfermedad, que pueden distinguirse de la siguiente manera (Vanhercke, Bouget y Spasova, 2017):

- La *licencia de enfermedad* se refiere al derecho que tiene todo trabajador de ausentarse del trabajo mientras esté enfermo y de regresar cuando esté recuperado.
- El *subsidio de enfermedad* es el pago continuo, durante un tiempo limitado, del salario del trabajador (o parte de este) por parte del empleador mientras el trabajador esté enfermo.
- La *prestación de enfermedad* es abonada por el sistema de protección social y equivale a un porcentaje fijo de los ingresos anteriores o a un importe fijo. Estas prestaciones garantizan unos ingresos adecuados durante la licencia de enfermedad, cuando se suspende el pago del salario.

Las prestaciones de enfermedad difieren de otras prestaciones de seguridad social que cubren riesgos sociales similares o relacionados (OIT, 2020a). Las *prestaciones de asistencia médica* incluyen los cuidados y tratamientos curativos y preventivos, o consisten en pagos en efectivo que permiten acceder a dichos cuidados en caso de enfermedad. Las *prestaciones de invalidez o de incapacidad (a largo plazo)* se conceden en caso de incapacidad para participar en cualquier actividad lucrativa, siempre que sea permanente o persista después de haberse agotado los derechos a prestaciones de enfermedad.

Las medidas temporales puestas en marcha durante la pandemia desdibujaron la distinción entre el subsidio de enfermedad y la prestación de enfermedad debido a la mayor participación del Estado, que realizó el reembolso de los pagos efectuados por los empleadores o dio acceso directo a las prestaciones de enfermedad. Durante la COVID-19, la licencia de enfermedad no solo se concedía en caso de enfermedad, sino también de cuarentena obligatoria y/o de necesidad de confinarse.

Antes de la pandemia ya se habían introducido algunas innovaciones significativas en lo que respecta a la protección de los ingresos durante la enfermedad. Una de las más importantes son las prestaciones a corto plazo acordadas a las personas que no pueden trabajar porque deben cuidar de un hijo enfermo o de un familiar dependiente. Se trata de prestaciones específicas (como las que existen en el Canadá y en 10 países europeos), o de disposiciones

que proporcionan acceso a las principales prestaciones de enfermedad en las circunstancias mencionadas (es el caso en 10 países de Europa, Asia y África) (perfiles nacionales de la AISS). (Léase también nuestro análisis titulado *Prestaciones e indemnización por cuidado de los hijos durante la crisis de la COVID-19*).

Prestaciones de enfermedad y protección social de la salud

El objetivo de la protección social en caso de enfermedad es garantizar el acceso a la atención de salud y una protección financiera adecuada. La licencia de enfermedad, el subsidio de enfermedad que pagan los empleadores y los regímenes de prestaciones de enfermedad son instrumentos de protección social fundamentales para “sustituir la pérdida de ingresos durante los periodos de enfermedad. Las prestaciones y licencias de enfermedad son esenciales para impedir el deterioro de la salud, la pobreza relacionada con la salud y la pérdida de productividad” (OIT, 2015).

A escala internacional, el derecho a una licencia de enfermedad y a prestaciones de enfermedad adecuadas se recoge en el Convenio sobre la seguridad social (norma mínima) (núm. 102) de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el Convenio sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad de la OIT (núm. 130), que define las normas relativas a las prestaciones, la Agenda de Trabajo Decente de la OIT, la Iniciativa del Piso de Protección Social dirigida por la OIT y la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Declaración Universal de Derechos Humanos (artículos 22 y 25) y, por último, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ICESCR, artículo 9).

Según los convenios y las recomendaciones, las prestaciones de enfermedad deberían ser accesibles para todos y suministrarse de la manera más efectiva y eficiente posible sobre la base de la mancomunación de riesgos y la solidaridad, por ejemplo, por medio de regímenes universales de prestaciones, regímenes nacionales de seguro social, regímenes de asistencia social o una combinación de dichos regímenes. El costo de estas prestaciones y de su administración deben asumirse colectivamente, y no correr únicamente por cuenta del empleador o del trabajador (OIT, 2021).

Regímenes de prestaciones de enfermedad: Diversidad de medios y enfoques

En todo el mundo, la seguridad de ingresos durante la enfermedad se proporciona por varios medios y aplicando distintos enfoques. Según estimaciones de la OIT, el 62 por ciento de la población activa mundial, que representa el 39 por ciento de la población en edad de trabajar, tiene legalmente derecho a algún tipo de seguridad de ingresos en forma de licencia de enfermedad pagada por el empleador, por un régimen de prestaciones de enfermedad (suministradas por un seguro social o por medio de la asistencia social), o por una combinación de ambos mecanismos. Se observan grandes diferencias entre las regiones, con altas tasas de cobertura legal en los Estados Árabes, Asia Central y Europa, y menores tasas en África y la región de Asia y el Pacífico (OIT, 2021).

- Las primeras disposiciones adoptadas a escala nacional, en general mediante la introducción de una cláusula en el código del trabajo, establecían la responsabilidad de los empleadores de seguir pagando los salarios durante la licencia de enfermedad. En estas condiciones, la licencia de enfermedad pagada establecida por ley es responsabilidad del empleador (“obligación del empleador”). Según los últimos datos que se indican en los Perfiles nacionales de la AISS (2018-2019), 59 (es decir, el 32 por ciento) de los 184 países y territorios¹ analizados suministran únicamente subsidios de enfermedad (en lugar de prestaciones de enfermedad).

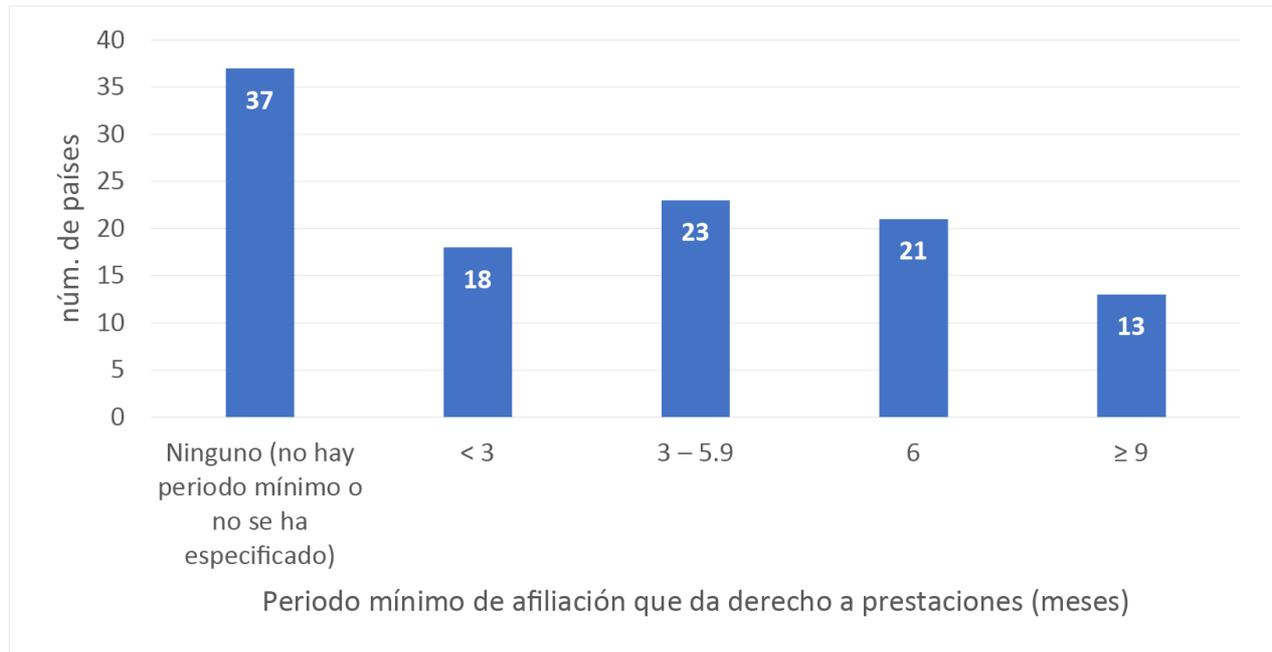
Los sistemas que se basan únicamente en la obligación del empleador presentan ciertas limitaciones. Por definición, excluyen a los trabajadores por cuenta propia de la cobertura. Dependiendo de la definición de cada país, también pueden excluir a los trabajadores temporales u ocasionales, así como a los trabajadores que cobran su salario por horas, de forma que no se protege adecuadamente a los trabajadores con varios empleos. Su aplicación puede verse obstaculizada por la falta de conocimiento por parte de los empleadores y los trabajadores del código del trabajo, por la falta de medios de los servicios de inspección del trabajo y la doble carga que conlleva para los empleadores, que deben pagar al trabajador ausente y al que lo sustituye. Además, estas prestaciones suelen estar disponibles únicamente durante un periodo de tiempo corto; apenas la mitad de los países garantizan hasta seis semanas de subsidio de enfermedad y la mayoría exige el pago completo. Esto merma su capacidad de protección en los casos de enfermedad grave.

- Las prestaciones de enfermedad son otra manera de garantizar la protección de los ingresos en caso de enfermedad. De los 184 países analizados, 112 (es decir, el 61 por ciento) ofrecen algún tipo de prestación de enfermedad —normalmente por medio de un sistema de seguro social (106 países, o el 95 por ciento), un sistema combinado u otro tipo de sistema.

Las prestaciones de enfermedad ofrecen una mejor protección por varias razones. En primer lugar, se financian con las cotizaciones o los ingresos del Estado, lo que reduce la presión sobre los flujos de efectivo a corto plazo de las empresas. En segundo lugar, el pago periódico de las cotizaciones puede aumentar la concienciación sobre los derechos y las responsabilidades, y animar así a los trabajadores que cumplen los requisitos a solicitar las prestaciones. Por último, estos sistemas tienden a ofrecer una cobertura más amplia. En concreto, de los 112 países que ofrecen prestaciones monetarias de enfermedad, la mayoría cubre a los trabajadores por cuenta propia de manera obligatoria o voluntaria (68 y 18 países, respectivamente). Tailandia garantiza la cobertura no solo a los trabajadores del sector formal, sino también a los del sector informal. Solo una minoría de países excluye formalmente a los trabajadores por cuenta propia (26 países). Del mismo modo, es muy raro que se excluya formalmente a los trabajadores temporales u ocasionales, aunque es posible que estos grupos carezcan de una cobertura efectiva por no cumplir el período mínimo de afiliación que da derecho a prestaciones.

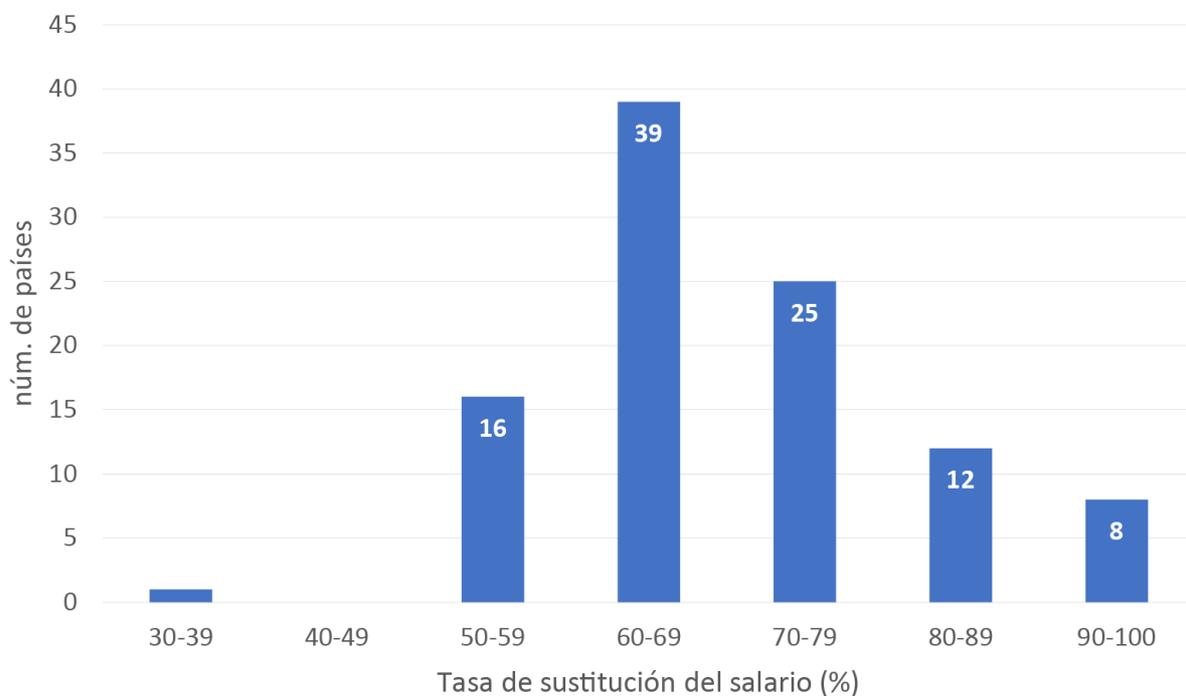
Con respecto a dicho periodo mínimo, los enfoques de los distintos países difieren considerablemente. Mientras que en un tercio de los países no se exige ningún periodo mínimo, los otros dos tercios establecen un periodo mínimo de entre menos de tres meses y más de nueve, como se muestra en el gráfico 1.

Gráfico 1. Periodo mínimo² de afiliación que da derecho las prestaciones monetarias de enfermedad (núm. de países: 112)



De manera similar, la cuantía y la duración de las prestaciones varían considerablemente. La gran mayoría de los países (101 países, o el 90 por ciento) calculan las prestaciones basándose en un porcentaje de los salarios anteriores. Como se muestra en el gráfico 2 a continuación, esta tasa varía entre el 38 por ciento y el 100 por ciento de los ingresos anteriores. La tasa de sustitución del salario puede variar a lo largo del tiempo y aumentar (12 países) o disminuir (ocho países). Además, nueve países ofrecen una tasa de sustitución del salario más elevada a los trabajadores que hayan cotizado durante más tiempo. Sudáfrica es el único país que ajusta la tasa de sustitución del salario en función de los ingresos, de modo que las personas con ingresos más bajos reciben un porcentaje más alto de sus ingresos que las que tienen mayores ingresos.

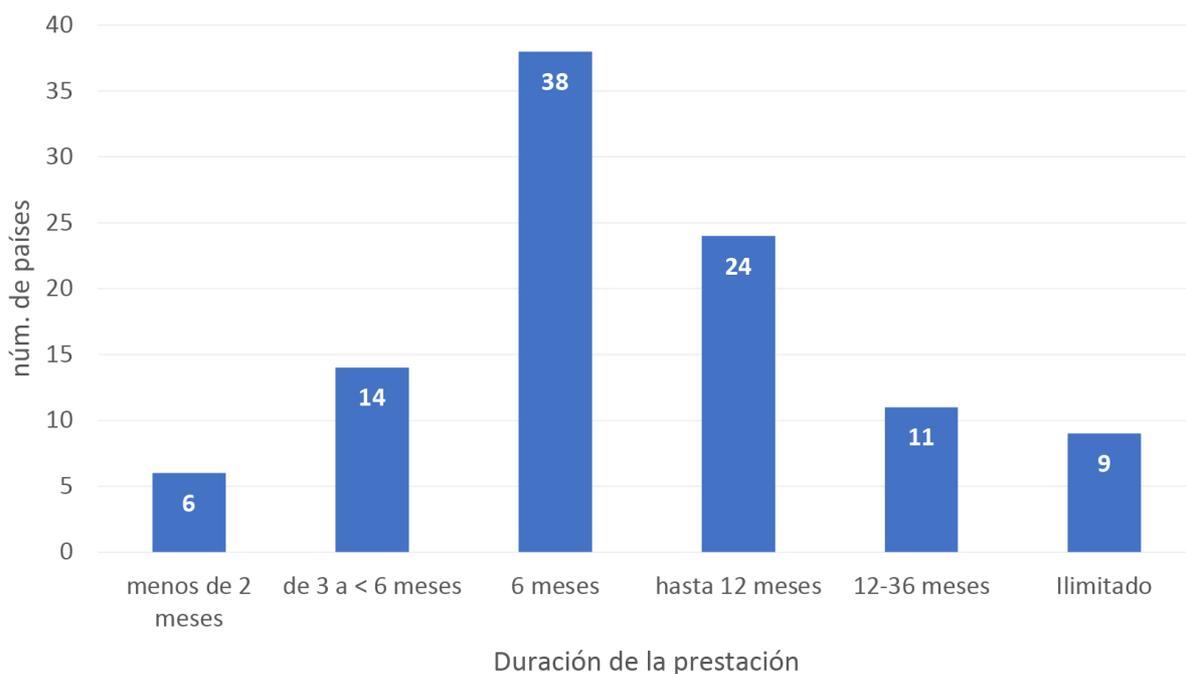
Gráfico 2. Tasa de sustitución del salario (núm. de países: 101)



Nota: En los casos en que la tasa de sustitución varía con el tiempo o en función de las cotizaciones abonadas, se indica la tasa correspondiente al periodo inicial o al periodo mínimo más corto.

La duración de las prestaciones de enfermedad también varía considerablemente de un país a otro. Algunos ofrecen prestaciones durante solo siete días y otros hasta tres años, o incluso hasta que el trabajador se haya recuperado totalmente (véase el gráfico 3). La duración de las prestaciones de enfermedad suele ser de seis meses (38 países), seguida de la de 12 meses (21 países). Después de este tiempo, los trabajadores afectados pueden en principio solicitar las prestaciones de invalidez.

Gráfico 3. Duración de las prestaciones (núm. de países: 102)



Nota: Cuando la duración varía según el historial de cotizaciones, mostramos la tasa correspondiente al periodo de cotización más bajo. Hemos excluido los...

La pertinencia de las prestaciones de enfermedad durante la pandemia de COVID-19

La crisis de la COVID-19 colocó estos regímenes de prestaciones a corto plazo en el centro de las medidas adoptadas por los gobiernos para hacer frente a las consecuencias sanitarias, económicas y sociales de la pandemia, ampliando su función original de régimen de prestaciones monetarias de enfermedad (léase nuestro análisis *Crisis de la COVID-19: una atención renovada a los regímenes de prestaciones de enfermedad* (AISS, 2020)).

Además de garantizar el suministro de las prestaciones a los trabajadores que hubieran contraído la COVID-19, algunos países ampliaron dicho suministro para cubrir a los trabajadores en cuarentena o que estuvieran cuidando de familiares enfermos. Asimismo, algunos países eliminaron ciertos requisitos para tener derecho a prestaciones, redujeron los periodos mínimos de afiliación, aumentaron la cuantía de las prestaciones o ampliaron la duración del pago de dichas prestaciones para garantizar una cobertura más amplia y una mejor protección.

- En Irlanda, el periodo de mínimo para acceder a las prestaciones monetarias de enfermedad se eliminó para las personas infectadas por el coronavirus o para las que debían autoconfinarse por motivos médicos. Además, la cuantía de las prestaciones se aumentó significativamente. Otros países como el Canadá, Dinamarca, los Estados Unidos y Suecia eliminaron los periodos mínimos.
- En el Japón, entre las medidas adoptadas figuraba la extensión del acceso a las prestaciones monetarias de enfermedad para las personas en cuarentena o para aquellas que se les hubiera diagnosticado la COVID-19, sin obligación de obtener un certificado médico. En España se adoptaron medidas especiales para garantizar la sustitución de ingresos a los trabajadores por cuenta propia en caso de infección por coronavirus o de cuarentena.

Las medidas descritas son temporales y aplicables únicamente durante la pandemia. En la mayoría de los casos, no han afectado al funcionamiento general de los regímenes de prestaciones y subsidios de enfermedad, sino que solo se han aplicado a las situaciones directamente relacionadas con la COVID-19, ya sea infección, cuarentena y autoconfinamiento a causa del virus.

Además, en varios países, la infección por COVID-19 contraída en el lugar de trabajo o durante el ejercicio de la actividad profesional ha sido reconocida (o considerada) como enfermedad profesional o accidente de trabajo. (Baptista y otros, 2021) (Léase nuestro análisis *¿Puede la COVID-19 considerarse una enfermedad profesional?*).

Avances recientes

Varios países están mejorando sus regímenes de prestaciones de enfermedad, pues la enfermedad afecta a todas las personas, independientemente del tipo de contrato de trabajo y de si son personas empleadas, desempleadas o inactivas. Con todo, como se ha indicado anteriormente, el acceso a los subsidios y a las prestaciones de enfermedad es distinto en cada caso.

En la República de Corea, a pesar de que las prestaciones de enfermedad se especifican en la ley del seguro de salud, los intentos de aplicar el régimen han fracasado debido en parte a la falta de presupuesto. La pandemia ha hecho que las prestaciones de enfermedad establecidas por ley ocupen un lugar prioritario en el marco del programa llamado *New Deal* (Nuevo Acuerdo) para el crecimiento económico del país. En 2020, durante la pandemia, la propagación de las enfermedades infecciosas empeoró debido al presentismo, es decir que los trabajadores siguen trabajando mientras están enfermos. Aparte del riesgo de contagiar a los demás trabajadores, este fenómeno puede dar lugar a una pérdida de productividad y a una ausencia más prolongada del trabajo en una etapa posterior, lo que puede provocar enfermedades crónicas (Vanhercke, Bouget et Spasova, 2017). A partir de 2022, la República de Corea prevé poner en marcha un proyecto piloto en seis regiones. El proyecto abarca tres tipos distintos de prestaciones de enfermedad, con una tasa de sustitución del 60 por ciento del salario mínimo. Además, el Servicio Nacional del Seguro de Enfermedad (*National Health Insurance Service* – NHIS) está desarrollando un sistema operativo electrónico.

La crisis de la COVID-19 ha acelerado el proceso de digitalización en muchos países y ha forzado a las instituciones de seguridad social a tramitar las solicitudes de prestaciones de enfermedad de manera más rápida y eficiente utilizando las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC). Durante la primera ola de la pandemia, las instituciones de seguridad social se enfrentaron a un aumento considerable del número de solicitudes de prestaciones de enfermedad y modificaron los requisitos que dan derecho a prestaciones. En este contexto se crearon y se pusieron en marcha rápidamente sistemas de solicitud simplificados (Francia), evaluaciones médicas por teléfono o por Internet (Alemania y Noruega) y medidas para reforzar los canales de comunicación y de información en línea (Italia).

- Finlandia, que tiene un nivel de digitalización alto, suministra prestaciones de enfermedad por medio de servicios en línea. Según la Institución del Seguro Social (*Kansaneläkelaitos*), un 73,5 por ciento de las solicitudes se realizaron en línea en 2020, lo que significa que los servicios prestados por medios electrónicos son de fácil acceso para los ciudadanos y mejoran la eficiencia operativa del proceso de solicitud de prestaciones.
- Turquía ha desarrollado un sistema en línea que permite enviar informes médicos por medios electrónicos simultáneamente al Instituto del Seguro Social (*Sosyal Güvenlik Kurumu*) y a los empleadores, lo que evita los retrasos en los pagos electrónicos.

En el contexto de la crisis sanitaria provocada por la COVID-19, las ventanillas únicas —que se definen como un punto de acceso único a los servicios de varias organizaciones de seguridad social en una región determinada— han demostrado ser un modo eficaz y prometedor de maximizar, de forma eficiente y efectiva, el acceso a los servicios de seguridad social. Este punto de acceso único puede ser muy útil, especialmente cuando no se pueden realizar los trámites de manera presencial, por ejemplo, cuando una persona enferma necesita solicitar las prestaciones de enfermedad.

En el Perú, EsSalud - Seguro Social de Salud, ha puesto en marcha la Ventanilla Integrada Virtual del Asegurado – VIVA (Seguro Social de Salud, 2020). Con esta ventanilla no se pretende únicamente ofrecer a los beneficiarios un nuevo canal por medio del cual realizar

trámites y consultar sus datos de EsSalud, sino también mejorar la calidad de los servicios, reduciendo el tiempo de tramitación de los seguros y las prestaciones (AISS, 2021a).

Además, los procesos digitalizados ofrecen herramientas para controlar y vigilar mejor los errores y el fraude. Como se señaló en el *Webinario de la AISS: Prestaciones de enfermedad - desafíos y estrategias nacionales* (AISS, 2021b), según la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad (*Caisse nationale de l'assurance maladie* – CNAM) de Francia, aproximadamente un 8 por ciento de los pagos de prestaciones de enfermedad se calculan mal. Para cometer fraude contra el sistema se utilizan distintos mecanismos, como el robo de identidades, nóminas falsas con los ingresos inflados o recetas médicas no justificadas. Francia ha adoptado medidas de prevención eficaces, que consisten en identificadores digitales únicos y en herramientas de detección mejoradas.

Las prestaciones de enfermedad también pueden ayudar a evitar las prestaciones de enfermedad a largo plazo y la salida del mercado de trabajo. El aumento del número de ausencias prolongadas por motivo de enfermedad son un problema mundial. Por lo tanto, algunos países han introducido programas de rehabilitación y reinserción en el mercado de trabajo como parte de sus estrategias para abordar la ausencia del trabajo debido a una enfermedad. En sus primeras fases, estos programas son fundamentales para evitar que las personas con enfermedades de larga duración abandonen definitivamente el mercado de trabajo solicitando la jubilación anticipada o un subsidio de incapacidad. (Léase nuestro análisis *Desafíos relativos a la rehabilitación en las sociedades que envejecen: La necesidad de adoptar un enfoque integral*).

Lo ideal sería que las políticas en materia de prestaciones de enfermedad estuvieran respaldadas por un programa de prevención integral, especialmente en lo que respecta a las enfermedades mentales y las prestaciones de rehabilitación por enfermedades (o lesiones) que merman la capacidad para trabajar.

Conclusión

La pandemia ha puesto de manifiesto la importancia de dos objetivos fundamentales de los sistemas de protección social, a saber, el acceso a la atención de salud sin dificultades y la seguridad de ingresos durante un periodo de enfermedad. Los regímenes han recibido una atención renovada durante la crisis del coronavirus y los gobiernos han adaptado con celeridad la cobertura, el alcance, los requisitos para tener derecho a prestaciones y los criterios de ejecución de los sistemas existentes, adoptando medidas temporales.

También se ha demostrado la importancia de establecer regímenes de prestaciones de enfermedad y de extender la cobertura de los regímenes existentes a las personas que ejercen un empleo atípico, sobre todo durante la pandemia de COVID-19. A escala mundial, los países están ampliando gradualmente las prestaciones de enfermedad para cubrir este tipo de empleo.

No obstante, esta extensión de la cobertura implica varios desafíos y requiere de adaptaciones constantes en un contexto que evoluciona con rapidez. Es crucial compartir experiencias nacionales para asegurarse de que los países que introduzcan sistemas de prestaciones de enfermedad aprendan de las experiencias y de las dificultades de los demás.

Referencias

AISS. 2020. *Crisis del COVID-19: una atención renovada a los regímenes de prestaciones de enfermedad* (Análisis), Ginebra, Asociación Internacional de la Seguridad Social.

AISS. 2021a. *Ventanilla única digital: Buenas prácticas en América Latina* (Análisis). Ginebra, Asociación Internacional de la Seguridad Social.

AISS. 2021b. *Prestaciones de enfermedad - desafíos y estrategias nacionales* (Webinario, 17 de noviembre). Ginebra, Asociación Internacional de la Seguridad Social.

Baptista, I. y otros 2021. *Social protection and inclusion policy responses to the COVID-19 crisis. An analysis of policies in 35 countries.* (European Social Policy Network ESPN). Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.

EsSalud - Seguro Social de Salud. 2020. *Ventanilla Integrada Virtual del Asegurado (VIVA)* (Buenas prácticas de seguridad social). Ginebra, Asociación Internacional de la Seguridad Social.

OIT. 2015. *Informe Mundial sobre la Protección Social 2014/15: hacia la recuperación económica, el desarrollo inclusivo y la justicia social.* Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo.

OIT. 2020a. *Review of international experience in social insurance sickness benefits for gig workers* (Policy Brief). Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo.

OIT. 2020b. *Prestaciones de enfermedad durante la licencia de enfermedad y la cuarentena: Respuestas de los países y consideraciones de política en el contexto de la pandemia de COVID-19* (Foco en la protección social). Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo.

OIT. 2020c. *Prestaciones de enfermedad. Introducción* (Foco en la protección social). Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo.

OIT. 2021. *World Social Protection Report 2020-22: Social protection at the crossroads – in pursuit of a better future.* Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo.

Peres, A. y otros 2021. “Perspectivas de la protección social ante el COVID-19: próximos desafíos”, en *Policy in Focus*, vol. 19, núm. 2.

Vanhercke, B., Bouget, D., Spasova, S. 2017. *Sick pay and sickness benefit schemes in the European Union: background report for the Social Protection Committee's: in-depth review on sickness benefits.* Bruselas, Comisión Europea.

