



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE TRABAJO, MIGRACIONES
Y SEGURIDAD SOCIAL

Nº 238

Octubre
2019

Revista de

**ACTUALIDAD
INTERNACIONAL
SOCIOLABORAL**

Nº 238
Octubre
2019



MINISTERIO DE TRABAJO, MIGRACIONES Y SEGURIDAD SOCIAL
SUBSECRETARÍA-SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA
SUBDIRECCIÓN GENERAL DE RELACIONES INTERNACIONALES
SOCIOLABORALES

NIPO: 854-19-068-4

La Revista de Actualidad Internacional Sociolaboral se elabora a partir de la información facilitada por las Consejerías de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social, procedente a su vez de diversas fuentes, oficiales o privadas, de sus respectivos países de acreditación.

Las opiniones contenidas en los artículos e informes publicados en la revista corresponden a sus respectivos autores y no necesariamente coinciden con los criterios del Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social. Su inclusión responde al interés por ofrecer a los lectores de la revista la información internacional más variada posible en materia laboral y social.

*Para cualquier consulta y solicitud de documentos dirigirse a:
Subdirección General de Relaciones Internacionales Sociolaborales
(sgrsi@mitramiss.es)*

*Catálogo General de Publicaciones del Estado:
<https://cpage.mpr.gob.es>.*

*Revista de
Actualidad Internacional Sociolaboral
Nº 238
Número monográfico*

**Estudio comparado de los
sistemas de protección por
Incapacidad Temporal**

Sumario

La incapacidad temporal en España, 5

La incapacidad temporal en el mundo, 19

Alemania, 21

Argentina, 43

Austria, 45

Bélgica, 55

Bolivia, 65

Canadá, 71

Costa Rica, 79

Chile, 81

Dinamarca, 85

Ecuador, 91

El Salvador, 95

Estados Unidos, 97

Finlandia, 105

Francia, 109

Gambia, 123

Grecia, 125

Guatemala, 127

Honduras, 129

Irlanda, 131

Italia, 141

México, 147

Noruega, 149
Nicaragua, 159
Países Bajos, 161
Panamá, 165
Paraguay, 167
Perú, 169
Polonia, 177
Portugal, 181
Reino Unido, 187
Rumanía, 197
Senegal, 201
Suecia, 205
Suiza, 211
Uruguay, 221

Uno

La incapacidad temporal en España

La incapacidad temporal en España

Información sobre la Incapacidad Temporal en España recogida en la Guía Laboral editada por el Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social.

CONCEPTO

- Se entiende por incapacidad temporal la situación en la que se encuentran los trabajadores impedidos temporalmente para trabajar debido a enfermedad común o profesional y accidente, sea o no de trabajo, mientras reciban asistencia sanitaria de la Seguridad Social. También tendrán la consideración de situaciones determinantes de incapacidad temporal los períodos de observación por enfermedad profesional en los que se prescriba la baja en el trabajo durante los mismos.

CAUSAS

- Enfermedad común o profesional.
- Accidente, sea o no de trabajo.
- Período de observación de enfermedades profesionales, cuando sea necesaria la baja médica.

REQUISITOS

- Estar afiliado y en alta en la Seguridad Social o en situación asimilada al alta.
- Tener cubierto un período de cotización de:
 - Por enfermedad común: 180 días en los cinco años inmediatamente anteriores al hecho causante.
 - En el caso de los trabajadores contratados a tiempo parcial, para acreditar el período de cotización necesario para causar derecho a la prestación, se aplicarán las siguientes reglas:
 - Se tendrán en cuenta los distintos períodos durante los cuales el trabajador haya permanecido en alta con un contrato a tiempo parcial, cualquiera que sea la duración de la jornada realizada en cada uno de ellos.

A tal efecto, el coeficiente de parcialidad, que viene determinado por el porcentaje de la jornada realizada a tiempo parcial respecto de la jornada realizada por un trabajador a tiempo completo comparable, se aplicará sobre el período de alta con contrato a tiempo parcial, siendo el resultado el número de días que se considerarán efectivamente cotizados en cada período.

Al número de días que resulten se le sumarán, en su caso, los días cotizados a tiempo completo, siendo el resultado el total de días de cotización acreditados computables.

- Una vez determinado el número de días de cotización acreditados, se procederá a calcular el coeficiente global de parcialidad, siendo este el porcentaje que representa el número de días trabajados y acreditados como cotizados exclusivamente sobre los últimos cinco años.
- El período mínimo de cotización exigido será el resultado de aplicar al período regulado con carácter general el coeficiente global de parcialidad indicado.
 - Por accidente, sea o no de trabajo, y enfermedad profesional: no se requiere período previo de cotización.

SITUACIONES ASIMILADAS AL ALTA

- La percepción de prestaciones por desempleo de nivel contributivo.
- Trabajadores trasladados por sus empresas fuera del territorio nacional.
- Convenio especial de diputados, senadores y gobernantes y parlamentarios de Comunidades Autónomas.
- Los períodos de reincorporación al trabajo de los trabajadores fijos discontinuos, si procediera su llamamiento por antigüedad y se encuentren en incapacidad temporal.
- El período correspondiente a vacaciones anuales retribuidas que no hayan sido disfrutadas con anterioridad a la finalización del contrato.
- Huelga legal y cierre patronal (alta especial).

CUANTÍA DEL SUBSIDIO

La prestación económica consiste en un subsidio diario calculado en función de la base reguladora y el origen de la incapacidad, que se abonará durante los días naturales en que el interesado se encuentre en la situación de incapacidad temporal:

- Por enfermedad común o accidente no laboral: el 60 por 100 de la base reguladora entre el cuarto y el vigésimo día, y el 75 por 100 a partir del vigésimo primero.
- Por enfermedad profesional y accidente de trabajo: el 75 por 100 de la base reguladora desde el día siguiente al de la baja.
- Cuando el trabajador agote el período máximo de duración de la incapacidad temporal, y hasta el momento de la calificación de la incapacidad permanente, continuará percibiendo el importe de las prestaciones en concepto de prolongación de efectos de incapacidad temporal.
- Cuando el trabajador esté percibiendo la prestación por desempleo total y pase a la situación de incapacidad temporal que constituya recaída de un proceso anterior iniciado durante la vigencia de un contrato de trabajo, percibirá la prestación por esta contingencia en igual cuantía a la prestación por desempleo. En el supuesto de que el trabajador continuase en situación de incapacidad temporal una vez finalizado el período de duración establecido inicialmente para la prestación por desempleo, seguirá percibiendo la prestación por incapacidad temporal en la misma cuantía en la que la venía percibiendo.

Cuando el trabajador esté percibiendo la prestación por desempleo total y pase a la situación de incapacidad temporal que no constituya recaída de un proceso anterior durante la vigencia de un contrato de trabajo, percibirá la prestación por esta contingencia en igual cuantía a la prestación por desempleo. Si el trabajador continuase en situación de incapacidad temporal una vez finalizado el período de duración establecido inicialmente para la prestación por desempleo, seguirá percibiendo la prestación por incapacidad temporal en cuantía igual al 80 por 100 del indicador público de renta de efectos múltiples (IPREM) mensual.

Cuando el trabajador se encuentre en situación de incapacidad temporal derivada de contingencias comunes y durante la misma se extinga su contrato, seguirá percibiendo la prestación por incapacidad temporal en cuantía igual a la prestación por desempleo hasta que se extinga dicha situación, pasando entonces a la situación legal de desempleo si reúne los requisitos necesarios (ver apartado 20.1).

El período que el trabajador haya permanecido en situación de incapacidad temporal, a partir de la fecha de extinción del contrato de trabajo, se descontará del período de percepción de la prestación por desempleo que le corresponda.

Cuando el trabajador se encuentre en situación de incapacidad temporal derivada de contingencias profesionales y durante la misma se extinga su contrato de trabajo, seguirá percibiendo la prestación por incapacidad temporal, en cuantía igual a la que tuviera reconocida, hasta que se extinga dicha situación, pasando entonces a la situación legal de desempleo si reúne los requisitos necesarios (ver apartado 20.1). En este caso no procede descontar del período de percepción de la misma el tiempo que hubiera permanecido en situación de incapacidad temporal.

- El Servicio Público de Empleo Estatal efectuará las cotizaciones a la Seguridad Social del trabajador, cuando tras la IT derivada de contingencias comunes, sin solución de continuidad, se pase a las situaciones de incapacidad permanente, jubilación o fallecimiento que de derecho a prestaciones de muerte y supervivencia por el período que se descuenta como consumido, incluso cuando no se haya solicitado la prestación por desempleo.

BASE REGULADORA

Para su cálculo debe tenerse en cuenta el origen de la incapacidad:

- En caso de enfermedad común o accidente no laboral: es el cociente de dividir la base de cotización por contingencias comunes del trabajador del mes anterior a la fecha de baja, por el número de días a que corresponde dicha cotización.
- En caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional: es el cociente de dividir la base de cotización por contingencias profesionales del trabajador del mes anterior a la fecha de la baja, por el número de días a que corresponde dicha cotización (teniendo en cuenta que en el caso de haberse realizado horas extraordinarias se tomará el promedio de las cotizaciones efectuadas por este concepto en los doce meses precedentes).
- En el caso de los trabajadores contratados para la formación y el aprendizaje, la base reguladora es la base mínima de cotización del Régimen General.
- En el caso de los trabajadores contratados a tiempo parcial, la base reguladora diaria será la que resulte de dividir la suma de las bases de

cotización a tiempo parcial acreditadas desde la última alta laboral con un máximo de tres meses inmediatamente anteriores al del hecho causante entre el número de días naturales en dicho período.

La prestación se abonará durante todos los días naturales en que el interesado se encuentre en la situación de incapacidad temporal.

RECONOCIMIENTO DEL DERECHO Y ABONO DEL SUBSIDIO

- El reconocimiento del derecho corresponde:
 - Al Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) o a la Mutua colaboradora con la Seguridad Social, en función de con cuál de ellos el empresario hubiere optado para la cobertura de esta contingencia.
 - A las empresas autorizadas a colaborar voluntariamente en la gestión del Régimen General, cuando derive de contingencias profesionales.
- El abono de la prestación económica lo efectúa la empresa con la misma periodicidad que los salarios, bien por delegación a través de colaboración obligatoria, bien a su cargo a través de colaboración voluntaria, en virtud de la colaboración de las empresas en la gestión de la protección de la Incapacidad Temporal y de la asistencia sanitaria.
- En los supuestos de enfermedad común o de accidente no laboral, el abono del subsidio se distribuye:
 - Entre el día cuarto al decimoquinto de baja en el trabajo, ambos inclusive, el abono corresponde al empresario.
 - A partir del decimosexto día de baja, la responsabilidad del abono incumbe al Instituto Nacional de la Seguridad Social o a la Mutua colaboradora con la Seguridad Social, en su caso, aun cuando la materialidad del pago se lleve a cabo en concepto de pago delegado por el empresario.
 - Cuando el trabajador este percibiendo prestaciones por desempleo total y pase a la situación de incapacidad temporal, el Servicio Público de Empleo Estatal abonará la prestación, por pago delegado, hasta agotarse la duración de la prestación por desempleo, a partir de dicho momento, la prestación será abonada por el Instituto Nacional de la Seguridad Social.
- El Instituto Nacional de la Seguridad Social o la Mutua colaboradora con la Seguridad social, en su caso, son responsables del pago directo del subsidio en los siguientes casos:
 - Por incumplimiento del empresario del pago delegado.
 - Empresas con menos de diez trabajadores y más de seis meses consecutivos de abono del subsidio, que lo soliciten reglamentariamente.
 - Extinción de la relación laboral estando el trabajador en situación de Incapacidad Temporal.
 - En los supuestos de agotamiento de la incapacidad temporal por el transcurso del plazo máximo de trescientos sesenta y cinco días, durante la prolongación de la situación de incapacidad temporal (de

365 a 545 días) o durante la prórroga de los efectos hasta la calificación de incapacidad permanente.

DURACIÓN DEL SUBSIDIO

- Por situaciones debidas a enfermedad común o profesional y a accidente, sea o no de trabajo, la duración máxima será de trescientos sesenta y cinco días, prorrogables por otros ciento ochenta días cuando se presuma que durante ellos el trabajador pueda ser dado de alta médica por curación. Para la determinación del período máximo se computarán los de recaída, así como los períodos de observación. Se considerará que existe recaída en un mismo proceso cuando se produzca una nueva baja médica por la misma o similar patología dentro de los ciento ochenta días naturales siguientes a la fecha de efectos del alta médica anterior o de la resolución denegatoria de incapacidad permanente.
- Agotado el plazo de duración de trescientos sesenta y cinco días, el Instituto Nacional de la Seguridad Social, a través de los órganos competentes para evaluar, calificar y revisar la incapacidad permanente del trabajador, será el único competente para reconocer la situación de prórroga expresa con un límite de ciento ochenta días más, o bien para determinar la iniciación de un expediente de incapacidad permanente, o bien para emitir el alta médica, por curación o por incomparecencia injustificada a los reconocimientos médicos convocados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social. De igual modo, el Instituto Nacional de la Seguridad Social será el único competente para emitir una nueva baja médica en la situación de incapacidad temporal cuando aquélla se produzca en un plazo de ciento ochenta días naturales posteriores al alta médica por la misma o similar patología.
- En el supuesto de que el INSS emita resolución por la que se acuerde el alta médica, conforme a lo indicado anteriormente, cesará la colaboración obligatoria de las empresas en el pago de la prestación el día en que se dicte dicha resolución, abonándose directamente por la entidad gestora o la mutua colaboradora con la Seguridad Social el subsidio correspondiente durante el periodo que transcurra entre la fecha de la citada resolución y su notificación al interesado. Las empresas que colaboren en la gestión de la prestación económica por incapacidad temporal conforme a lo previsto en el artículo 102.1 a) o b) de la Ley general de la Seguridad Social, vendrán igualmente obligadas al pago directo del subsidio correspondiente al referido periodo.
- En los casos de alta médica, frente a la resolución recaída podrá el interesado en el plazo máximo de cuatro días naturales, manifestar su disconformidad ante la inspección médica del servicio público de salud, la cual, si discrepara del criterio de la entidad gestora, tendrá la facultad de proponer, en el plazo máximo de siete días naturales, la reconsideración de la decisión de aquélla, especificando las razones y fundamento de su discrepancia.

Si la inspección médica se pronunciara confirmando la decisión de la entidad gestora o si no se produjera pronunciamiento alguno en el plazo de los once días naturales siguientes a la fecha de la resolución, adquirirá plenos efectos la mencionada alta médica. Durante el período de tiempo transcurrido entre la fecha de alta y aquella en la que la misma adquiera plenos efectos se considerará prorrogada la situación de incapacidad temporal.

Si, en el plazo máximo, la inspección médica hubiera manifestado su discrepancia con la resolución de la entidad gestora, ésta se pronunciará expresamente en el transcurso de los siete días naturales siguientes, notificando la correspondiente resolución al interesado, que será también comunicada a la inspección médica. Si la entidad gestora, en función de la propuesta formulada, reconsiderara el alta médica, se reconocerá al interesado la prórroga de su situación de incapacidad temporal a todos los efectos. Si, por el contrario, la entidad gestora se reafirmara en su decisión, para lo cual aportará las pruebas complementarias que fundamenten aquélla, sólo se prorrogará la situación de incapacidad temporal hasta la fecha de la última resolución.

- Los períodos de observación por enfermedad profesional tendrán una duración máxima de seis meses, prorrogables por otros seis cuando se estime necesario para el estudio y diagnóstico de la enfermedad.
- Cuando la situación de incapacidad temporal se extinga por el transcurso del plazo de quinientos cuarenta y cinco días, se examinará necesariamente, en el plazo máximo de tres meses, el estado del incapacitado a efectos de su calificación, en el grado de incapacidad permanente que corresponda.
- No obstante, en aquellos casos en los que continuando la necesidad de tratamiento médico por la expectativa de recuperación o la mejora del estado del trabajador, con vistas a su reincorporación laboral, la situación clínica del interesado hiciera aconsejable demorar la calificación de incapacidad permanente, ésta podrá retrasarse por el período preciso, sin que en ningún caso se puedan rebasar los setecientos treinta días naturales sumados los de incapacidad temporal y los de prolongación de sus efectos. Durante los períodos de tres meses y de demora de la calificación, no subsistirá la obligación de cotizar.
- En el supuesto de alta médica anterior al agotamiento del plazo máximo de duración de la situación de incapacidad temporal (545 días), sin que exista ulterior declaración de incapacidad permanente, subsistirá la obligación de cotizar mientras no se extinga la relación laboral o hasta la extinción del citado plazo de 545 días naturales, de producirse con posterioridad dicha declaración de inexistencia de incapacidad permanente.
- La regla general es que extinguido el derecho a la prestación de IT por el transcurso de 545 días naturales de duración máxima, con o sin declaración de IP, solo podrá causarse derecho al subsidio de IT por la misma o similar patología si transcurre un periodo superior a 180 días naturales desde la resolución de la IP.

No obstante, aunque se hubiese agotado un proceso de 545 días naturales y no hubiesen transcurrido 180 días naturales desde la denegación de la IP, podrá iniciarse, por una sola vez, un nuevo proceso de IT cuando el INSS –a través de los órganos competentes para evaluar, calificar y revisar la incapacidad permanente del trabajador- considere que el trabajador puede recuperar su capacidad laboral.

CAUSAS DE EXTINCIÓN DEL DERECHO

- Transcurso del plazo máximo de 545 días naturales desde la baja médica.

- Por alta médica por curación o mejoría que permita al trabajador realizar su trabajo habitual.
- Ser dado de alta el trabajador, con o sin declaración de incapacidad permanente.
- Reconocimiento de pensión de jubilación.
- Por la incomparecencia injustificada a cualquiera de las convocatorias para los exámenes o reconocimientos establecidos por los médicos adscritos al INSS o a la Mutua.
- Fallecimiento.
- Iniciación por el INSS de expediente de Incapacidad Permanente al agotamiento de los 365 días de Incapacidad Temporal.
- Iniciación por el INSS de expediente de Incapacidad Permanente durante la prórroga de la situación de Incapacidad Temporal.

PÉRDIDA O SUSPENSIÓN DEL DERECHO

El derecho al subsidio por incapacidad temporal podrá ser denegado, anulado o suspendido:

- Cuando el beneficiario haya actuado fraudulentamente para obtener o conservar dicha prestación.
- Cuando el beneficiario trabaje por cuenta propia o ajena.

También podrá ser suspendido el derecho al subsidio cuando, sin causa razonable, el beneficiario rechace o abandone el tratamiento que le fuere indicado.

La incomparecencia del beneficiario a cualquiera de las convocatorias realizadas por los médicos adscritos al INSS y a las Mutuas para examen y reconocimiento médico producirá la suspensión cautelar del derecho, al objeto de comprobar si aquella fue o no justificada.

GESTIÓN Y DOCUMENTACIÓN DE LA PRESTACIÓN

- La emisión del parte médico de baja es el acto que origina la iniciación de las actuaciones conducentes al reconocimiento del derecho al subsidio por incapacidad temporal. La declaración de la baja médica, en los procesos de incapacidad temporal, cualquiera que sea la contingencia determinante, se formulará en el correspondiente parte médico de baja expedido por el médico del Servicio Público de Salud que haya efectuado el reconocimiento del trabajador afectado.

En el caso de que la causa de la baja médica sea un accidente de trabajo o una enfermedad profesional y el trabajador preste servicios en una empresa asociada, para la gestión de la prestación por tales contingencias, a una Mutua colaboradora con la Seguridad Social, o se trate de un trabajador por cuenta propia adherido a una Mutua para la gestión de la prestación, o cuando se trate de trabajadores asegurados por su propia empresa, en virtud de la colaboración prevista en el artículo 102.1.a) de la Ley General de la Seguridad Social, los correspondientes partes de baja, de confirmación de la baja o de alta serán expedidos por los servicios médicos de la propia Mutua.

- Todo parte médico de baja irá precedido de un reconocimiento médico del trabajador que permita la determinación objetiva de la incapacidad temporal para el trabajo habitual.
- El Servicio Público de Salud o la empresa colaboradora o la Mutua, según cual sea la entidad facultada para emitir el parte de baja, remitirá por vía telemática al Instituto Nacional de la Seguridad Social, de manera inmediata, y, en todo caso, en el primer día hábil siguiente al de su expedición, los datos personales del trabajador, los datos obligatorios del parte de baja relativos a la fecha de la baja, a la contingencia causante, al código de diagnóstico, al código nacional de ocupación del trabajador, a la duración estimada del proceso y, en su caso, la aclaración de que el proceso es recaída de uno anterior, así como, en este caso, la fecha de la baja del proceso inmediatamente anterior y la fecha de la baja del proceso que origina la recaída. Asimismo, hará constar la fecha en que se realizará el siguiente reconocimiento médico.
- Los partes de baja y de confirmación de la baja se extenderán en función del período de duración que estime el médico que los emite. A estos efectos se establecen cuatro grupos de procesos:

- En los procesos de duración estimada inferior a cinco días naturales, el facultativo del servicio público de salud, o de la empresa colaboradora o de la mutua, emitirá el parte de baja y el parte de alta en el mismo acto médico.

El facultativo, en función de cuando prevea que el trabajador va a recuperar su capacidad laboral, consignará en el parte la fecha del alta, que podrá ser la misma que la de la baja o cualquiera de los tres días naturales siguientes a esta.

No obstante, el trabajador podrá solicitar que se le realice un reconocimiento médico el día que se haya fijado como fecha de alta, y el facultativo podrá emitir el parte de confirmación de la baja, si considerase que el trabajador no ha recuperado su capacidad laboral.

- En los procesos de duración estimada de entre 5 y 30 días naturales, el facultativo del servicio público de salud, o de la empresa colaboradora o de la mutua, emitirá el parte de baja consignando en el mismo la fecha de la revisión médica prevista que, en ningún caso, excederá en más de siete días naturales a la fecha de baja inicial. En la fecha de revisión se extenderá el parte de alta o, en caso de permanecer la incapacidad, el parte de confirmación de la baja. Después de este primer parte de confirmación, los sucesivos, cuando sean necesarios, no podrán emitirse con una diferencia de más de catorce días naturales entre sí.
- En los procesos de duración estimada de entre 31 y 60 días naturales, el facultativo del servicio público de salud, o de la empresa colaboradora o de la mutua, emitirá el parte de baja consignando en el mismo la fecha de la revisión médica prevista que, en ningún caso, excederá en más de siete días naturales a la fecha de baja inicial, expidiéndose entonces el parte de alta o, en su caso, el correspondiente parte de confirmación de la baja. Después de este

primer parte de confirmación, los sucesivos, cuando sean necesarios, no podrán emitirse con una diferencia de más de veintiocho días naturales entre sí.

- En los procesos de duración estimada de 61 o más días naturales, el facultativo del servicio público de salud, o de la empresa colaboradora o de la mutua, emitirá el parte de baja en el que fijará la fecha de la revisión médica prevista, la cual en ningún caso excederá en más de catorce días naturales a la fecha de baja inicial, expidiéndose entonces el parte de alta o, en su caso, el correspondiente parte de confirmación de la baja. Después de este primer parte de confirmación, los sucesivos, cuando sean necesarios, no podrán emitirse con una diferencia de más de treinta y cinco días naturales entre sí.
- En todo caso, el facultativo del servicio público de salud, o de la empresa colaboradora o de la mutua, expedirá el parte de alta cuando considere que el trabajador ha recuperado su capacidad laboral.
- Siempre que se produzca una modificación o actualización del diagnóstico, se emitirá un parte de confirmación que recogerá la duración estimada por el médico que lo emite. Los siguientes partes de confirmación se expedirán en función de la nueva duración estimada.
- El facultativo que expida los partes médicos de baja, confirmación y alta entregará al trabajador dos copias del mismo, una para el interesado y otra con destino a la empresa.
- En el plazo de tres días contados a partir del mismo día de la expedición del parte médico de baja y de confirmación de la baja, el trabajador entregará a la empresa la copia destinada a ella.

Dentro de las 24 horas siguientes a su expedición, el parte médico de alta será entregado por el trabajador a la empresa.

- Las empresas, una vez recibido el parte de baja, confirmación de la baja y alta procederá a su cumplimentación con los datos que correspondan a la empresa, y lo remitirán al Instituto Nacional de la Seguridad Social, con carácter inmediato y, en todo caso, en el plazo máximo de tres días hábiles contados a partir de la recepción del parte, a través del sistema RED.
- Si durante el período de baja médica se produjese la finalización del contrato, el trabajador vendrá obligado a presentar al INSS o Mutua, según corresponda, en el mismo plazo fijado para la empresa, las copias de los partes de confirmación de baja y de alta.
- El Instituto Nacional de la Seguridad Social dará el trámite que corresponda a los partes médicos destinados a él mismo y, a su vez, también mediante los medios informáticos establecidos distribuirá y reenviará de manera inmediata, y, en todo caso, en el primer día hábil siguiente al de su recepción, los partes destinados al Instituto Social de la Marina y a las mutuas, según la entidad a quien corresponda la gestión del proceso.

INFORMES COMPLEMENTARIOS Y DE CONTROL

- En los procesos de incapacidad temporal cuya gestión corresponda al servicio público de salud y su duración prevista sea superior a 30 días naturales, el

segundo parte de confirmación de la baja irá acompañado de un informe médico complementario expedido por el facultativo que haya extendido el parte anterior, en el que se recogerán las dolencias padecidas por el trabajador, el tratamiento médico prescrito, las pruebas médicas en su caso realizadas, la evolución de las dolencias y su incidencia sobre la capacidad funcional del interesado. En los procesos inicialmente previstos con una duración inferior y que sobrepasen el periodo estimado, dicho informe médico complementario deberá acompañar al parte de confirmación de la baja que pueda emitirse, en su caso, una vez superados los 30 días naturales. Los informes médicos complementarios se actualizarán, necesariamente, con cada dos partes de confirmación de baja posteriores.

- En los procesos cuya gestión corresponda al servicio público de salud, trimestralmente, a contar desde la fecha de inicio de la baja médica, la inspección médica del servicio público de salud o el médico de atención primaria, bajo la supervisión de su inspección médica, expedirá un informe de control de la incapacidad en el que deberá pronunciarse expresamente sobre todos los extremos que justifiquen, desde el punto de vista médico, la necesidad de mantener el proceso de incapacidad temporal del trabajador.
- Los informes médicos complementarios, los informes de control, sus actualizaciones y las pruebas médicas realizadas en el proceso de incapacidad temporal forman parte de este, por lo que tendrán acceso a los mismos los inspectores médicos adscritos al Instituto Nacional de la Seguridad Social, al Instituto Social de la Marina y los facultativos de las mutuas respecto de los procesos por contingencias comunes correspondientes a los trabajadores protegidos por las mismas, al objeto de que puedan desarrollar sus funciones.
- Asimismo, exclusivamente los inspectores médicos del propio servicio público de salud y los inspectores médicos adscritos al Instituto Nacional de la Seguridad Social o, en su caso, al Instituto Social de la Marina tendrán acceso, preferentemente por vía telemática, a la documentación clínica de atención primaria y especializada.

COMPROBACIÓN, SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA PRESTACIÓN

- El Instituto Nacional de la Seguridad Social, el Instituto Social de la Marina, en su caso, y las mutuas, a través de su personal médico y personal no sanitario, ejercerán el control y seguimiento de la prestación económica de la incapacidad temporal objeto de gestión, pudiendo realizar a tal efecto aquellas actividades que tengan por objeto comprobar el mantenimiento de los hechos y de la situación que originaron el derecho al subsidio, a partir del momento en que se expida el parte médico de baja, sin perjuicio de las competencias que corresponden a los servicios públicos de salud en materia sanitaria.
- Los actos de comprobación de la incapacidad temporal que lleven a cabo los médicos del respectivo servicio público de salud, los inspectores médicos del Instituto Nacional de la Seguridad Social o, en su caso, del Instituto Social de la Marina, así como los médicos dependientes de las mutuas deberán basarse tanto en los datos que fundamenten los partes médicos de baja y de confirmación de la baja, como en los derivados de los reconocimientos médicos e informes realizados en el proceso. A tal efecto, aquellos podrán

acceder a los informes médicos, pruebas y diagnósticos relativos a las situaciones de incapacidad temporal, a fin de ejercitar sus respectivas funciones.

- Con el fin de que las actuaciones médicas de seguimiento y control cuenten con el mayor respaldo técnico, se pondrá a disposición de los médicos a los que competan dichas actuaciones tablas de duraciones óptimas, tipificadas para los distintos procesos patológicos susceptibles de generar incapacidades, así como tablas sobre el grado de incidencia de dichos procesos en las diversas ocupaciones laborales.

EXPEDICIÓN DE PARTES MÉDICOS DE ALTA POR LOS SERVICIOS MÉDICOS DEL INSS

- Hasta el cumplimiento del plazo de duración de trescientos sesenta y cinco días de los procesos de incapacidad temporal, el Instituto Nacional de la Seguridad Social ejercerá, a través de los inspectores médicos adscritos a dicha entidad, las mismas competencias que la Inspección de Servicios Sanitarios de la Seguridad Social u órgano equivalente del respectivo Servicio Público de Salud, para emitir un alta médica a todos los efectos, así como para considerar que existe recaída en un mismo proceso, cuando se produzca una nueva baja médica por la misma o similar patología dentro de los ciento ochenta días naturales siguientes a la fecha de efectos del alta anterior. Cuando el alta haya sido expedida por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, este será el único competente, a través de sus propios médicos, para emitir una nueva baja médica producida por la misma o similar patología en los ciento ochenta días siguientes a la citada alta médica.

Con anterioridad al cumplimiento de los 365 días en incapacidad temporal el parte médico de alta podrá ser extendido por el facultativo adscrito al Instituto Nacional de la Seguridad Social bien por propia iniciativa o de una Mutua colaboradora con la Seguridad Social. Para ello, una vez reconocido el trabajador y cuando, a juicio del facultativo del Instituto Nacional de la Seguridad Social corresponda expedir el alta, se procederá inmediatamente a la extensión de un parte de alta.

- Expedido el parte médico de alta, en el mismo acto se hace entrega al trabajador de dos copias, una para el interesado y otra con destino a la empresa.
- La prestación económica de incapacidad temporal quedará extinguida desde el día de efectos del alta médica extendida.

ENLACES A LA NORMATIVA REGULADORA:

- [\(O.M. 25-XI-1966\)](#)
- [\(D. 3158/1966\)](#)
- [\(O.M. 13-X-1967\)](#)
- [\(D.1646/1972\)](#)
- [\(R.D. 53/1980\)](#)
- [\(O.M. 27-I-1982\)](#)

- (R.D. 1300/1995)
- (R.D. 1993/1995)
- (O.M. 18-I-1996)
- (Ley 13/1996, art. 78)
- (R.D. 576/1997)
- (O.M. 20-IV-1998)
- (R.D. 1131/2002)
- (Resol. 16-I-2006)
- (R.D. 1299/2006)
- (Resol. 28-XI-2006)
- (Resol. 29-XI-2006)
- (O.TAS/1, 2-I-2007)
- (Resol. 19-IX-2007)
- (Resol. 14-I-2008)
- (R.D. 1430/2009)
- (Resol. 15-XI-2010)
- (R.D. 1622/2011)
- (R.D.1630/2011)
- (R.D. 625/2014)
- (O.ESS/1187/2015)
- (LGSS: R.D. LG. 8/2015)
- (R.D. 231/2017)
- (R.D.L. 28/2018)

Dos

La incapacidad temporal en el mundo

La incapacidad temporal en Alemania - Normativa

Índice:

1. Regulación de la incapacidad temporal
 - 1.1. Definición
 - 1.2. Marco legal
 - 1.3. Parte de baja
 - 1.4. Derecho a seguir percibiendo salario
 - 1.5. Despido por enfermedad
 - 1.6. Otros aspectos de la IT
2. Prestaciones por incapacidad temporal
 - 2.1. Prestaciones por enfermedad o accidente
 - 2.2. Prestaciones por accidente de trabajo o enfermedad profesional
3. Medidas de reinserción gradual al trabajo
4. Peritaje médico
5. Finalización de la incapacidad temporal

1. NORMATIVA DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL (*Arbeitsunfähigkeit*)

1.1. Definición

El concepto de incapacidad laboral temporal no está definido por ley, pero el Tribunal Federal de Asuntos Sociales (BSG) ha desarrollado su definición basándose en la jurisprudencia de la Oficina Imperial del Seguro (RVA) del extinto Imperio alemán: la incapacidad laboral temporal es un estado físico o mental irregular causado por enfermedad o accidente que impide al trabajador afectado continuar ejerciendo su anterior actividad remunerada o sólo la puede seguir realizando bajo el riesgo de un serio empeoramiento de su estado salud en un futuro previsible (BSGE 19, 179).

Según esta definición, no es posible una incapacidad laboral temporal parcial o reducida. Sin embargo, el art. 74 del tomo V del Código Social (SGB V) contempla la posibilidad de reinserción gradual en el trabajo, lo que no es sinónimo de incapacidad temporal parcial (ver punto 3).

1.2. Marco legal

Las leyes que regulan principalmente la incapacidad temporal son:

- Código Social, Tomo V – Seguro Obligatorio de Enfermedad
- Código Social, Tomo VII – Seguro Obligatorio de Accidentes

- Ley sobre el derecho a retribución durante la baja laboral (*Entgeltfortzahlungsgesetz, EntgFG*)

1.3. Parte de baja: obligación de informar y aportar justificantes

El procedimiento en caso de incapacidad laboral está regulado en el artículo 5 de la Ley sobre el derecho a retribución durante la baja laboral (*Entgeltfortzahlungsgesetz, EntgFG*), que estipula que:

- los trabajadores están obligados a informar “inmediatamente” (el primer día de la enfermedad al comienzo de la jornada laboral) a su empleador sobre una enfermedad o una cita médica,
- la ley no prescribe la vía que se debe usar para informar,
- el incumplimiento de esta obligación puede dar lugar a un apercibimiento o, en caso de reincidencia, al despido por conducta.

Si la incapacidad para trabajar dura más de tres días:

- el empleador deberá recibir a más tardar el cuarto día (y el seguro de enfermedad a más tardar el séptimo día) un parte de baja por incapacidad temporal expedida por el médico, en el que se indique la duración prevista de la baja,
- el empleador tiene derecho a solicitar la presentación del parte de baja con anterioridad a este plazo y en determinados acuerdos en los contratos de trabajo o convenios colectivos pueden acortar este plazo,
- el trabajador no está obligado a informar al empleador sobre el tipo de enfermedad que causa la baja, excepto en casos excepcionales (por ejemplo, por riesgo de contagio),
- si la incapacidad temporal se prolongara más allá de la fecha de la baja por enfermedad, deberá presentarse inmediatamente un nuevo parte de prolongación de la baja.

Según una sentencia dictada por el Tribunal Regional de Asuntos Laborales de Colonia en 1988, también existe la obligación de informar y aportar justificantes por parte del trabajador aún cuando este no siga percibiendo el salario por no cumplir los requisitos establecidos por la Ley sobre el derecho a retribución durante la baja laboral (ver punto 1.4.).

1.4. Derecho a seguir percibiendo el salario

Según el artículo 3, párrafo 1, de la Ley sobre el derecho a retribución durante la baja laboral (*Entgeltfortzahlungsgesetz – EntgFG*), un trabajador incapacitado para trabajar tendrá derecho a seguir percibiendo el salario completo por parte del empleador durante un periodo máximo de 6 semanas si:

- su relación laboral tenía una antigüedad de al menos 4 semanas al comenzar la baja médica (con excepción del sector público),
- la situación de incapacidad para el trabajo se ha producido de forma involuntaria.

Si el trabajador volviera a estar incapacitado para el trabajo como consecuencia de la misma enfermedad, no perdería el derecho a percibir el salario por otras seis semanas debido a la nueva incapacidad para el trabajo siempre que:

- no haya estado incapacitado para el trabajo en los seis meses anteriores a esta nueva incapacidad laboral como consecuencia de la misma enfermedad, o
- haya transcurrido un período de doce meses desde el inicio de la primera incapacidad por la misma enfermedad.

1.5. Despido por enfermedad

En principio, la incapacidad laboral no protege contra el despido, ya que en determinadas circunstancias podría darse un despido “por causas objetivas del empleado”. La rescisión de un contrato por una enfermedad está permitida si la relación contractual entre ambas partes se ve considerablemente perturbada, situación a justificar para que el despido sea efectivo.

Así lo corrobora la jurisprudencia, que requiere la existencia de tres condiciones para que el despido por enfermedad se pueda hacer efectivo:

1. Pronóstico negativo de salud: el trabajador no puede cumplir con las obligaciones acordadas en el contrato de trabajo debido a su estado de salud y no puede preverse fecha de reincorporación. El empleador debe fundamentar o justificar esta suposición con hechos.
2. Influencia negativa de los intereses operativos o económicos: el proceso y evolución de la empresa se ven afectados notoriamente por la ausencia del empleado.
3. Sopesar los intereses de ambas partes: como resultado no debe haber otra opción. En este proceso se incluyen parámetros como la duración de la relación laboral, razones de la enfermedad, tiempos medios de ausencia de otros compañeros de trabajo y la edad del trabajador en cuestión. Si este balance es negativo para el empleado y no puede ser transferido a otro puesto de trabajo dentro de la empresa, podría ser razón suficiente para el despido efectivo.

1.6. Otros aspectos destacables de la incapacidad laboral

- Los días de incapacidad laboral no se pueden contabilizar como vacaciones anuales; esto también se aplica si un trabajador se enferma durante sus vacaciones.
- El empleador no está obligado a aceptar un certificado de incapacidad laboral si tiene dudas justificadas al respecto (por ej. si el empleado ha amenazado previamente con una incapacidad laboral o es sorprendido trabajando mientras está de baja por enfermedad). En caso de duda, tanto el empleador como el seguro de enfermedad pueden solicitar un informe al Servicio Médico del seguro de enfermedad (art. 275, párr. 1, núm. 3b, Código Social, Tomo V - SGB V).
- En caso de incapacidad laboral por enfermedad del hijo, el trabajador tiene derecho a seguir recibiendo su salario o a percibir el subsidio por enfermedad siempre que en su contrato o por convenio colectivo aplicable no se estipule regulación en sentido contrario.
- Tras un largo período de incapacidad laboral, podrá producirse una reinserción gradual en el empleo, siempre y cuando el trabajador y el empleador así lo acuerden. Cada procedimiento puede durar de seis semanas a seis meses, dependiendo del estado de salud del trabajador.

- Los trabajadores que se encuentran en el extranjero al producirse la enfermedad o incapacidad laboral, además de informar inmediatamente al empleador sobre la situación, deberán facilitar la dirección del lugar de estancia y comunicar la fecha de regreso al país tanto al empleador como al seguro de enfermedad.

2. PRESTACIONES POR INCAPACIDAD TEMPORAL

2.1. Prestaciones por enfermedad

Subsidio por enfermedad (*Krankengeld*)

El abono es competencia del Seguro Obligatorio de Enfermedad

Se adquiere el derecho a esta prestación si se presenta una incapacidad temporal causada por las siguientes razones:

- enfermedad,
- interrupción no ilícita del embarazo,
- esterilización no ilícita y
- enfermedad del hijo.

En cuanto al tiempo de percepción, esta prestación se abonará durante un máximo de 78 semanas dentro de un plazo de tres años desde el inicio de la incapacidad, o de 72 semanas si el trabajador ya ha percibido su salario durante las primeras seis semanas de la baja (art. 48 SGB V).

El inicio de la prestación será a partir:

- de la fecha en que el médico determine y certifique que la persona está incapacitada para trabajar por enfermedad si el trabajador no tiene derecho a percibir el salario por parte del empleador (por ej. por encontrarse en una relación laboral que no ha superado las 4 semanas, como se ha indicado en el punto 1.4), o
- de la séptima semana de baja por incapacidad temporal si el trabajador tiene derecho a seguir percibiendo su salario del empleador durante seis semanas.

El importe dependerá del salario que percibe el trabajador en el momento de la baja. De acuerdo con el art. 47y sig. del Tomo V del Código Social (SGB V), el seguro de enfermedad reembolsará:

- como mínimo el 70% de los ingresos brutos que recibía en el momento de la baja
- el máximo se estipula en el 90% del salario neto.

Otras condiciones:

- incluso aunque surja otra enfermedad o alguna similar a la anterior en ningún caso se podrá exceder el tiempo máximo de percepción de esta prestación,
- el derecho al subsidio de enfermedad vuelve a surgir transcurridos tres años, incluso si la enfermedad se repite,
- durante la percepción de esta prestación, el asegurado no está obligado a cotizar al seguro de enfermedad. No obstante, deberán abonarse las cuotas respectivas al seguro de pensiones, de desempleo y de dependencia y
- también se adquiere el derecho a esta prestación en caso de ingreso hospitalario o centro de rehabilitación.

Al igual que se suspende el derecho al subsidio por enfermedad durante el pago continuado del salario por parte del empleador, la Caja del Seguro de Enfermedad tampoco abonará la prestación, aunque exista un derecho general, mientras los asegurados perciban las siguientes prestaciones:

- Prestación para el permiso paternal (*Elternzeit*).
- Subsidio de maternidad (*Mutterschaftsgeld*).
- Prestación contributiva por desempleo (*Arbeitslosengeld I*).
- Subsidio por jornada reducida (*Kurzarbeitgeld*).
- Subsidio por accidente o subsidio de enfermedad para víctimas de la guerra y la violencia (*Verletztengeld oder Versorgungskrankengeld*).
- Subsidio transitorio (*Übergangsgeld*).

Los sujetos con derecho al subsidio por enfermedad son las siguientes:

- Trabajadores con afiliación obligatoria a la Seguridad Social.
- Asegurados voluntariamente.
- Personas con un midiempleo (salario superior a 450 € mensuales).
- Perceptores de la prestación contributiva por desempleo. En este caso, la Agencia Federal de Empleo sigue pagando inicialmente la prestación contributiva por desempleo durante seis semanas. La duración del derecho a prestación contributiva de desempleo no se amplía por esta circunstancia. A partir de la séptima semana comienza el pago por parte del seguro de enfermedad.

Por el contrario, no se adquiere el derecho a la prestación de forma automática en los siguientes supuestos:

- Familiares beneficiarios de los asegurados.
- Estudiantes en el seguro obligatorio de enfermedad.
- Becarios en el seguro obligatorio de enfermedad.
- Perceptores de pensiones (pensión total por jubilación, pensión por incapacidad laboral).
- Perceptores de la prestación no contributiva por desempleo.
- Personas con un miniempleo (salario inferior a 450 € mensuales).
- Trabajadores por cuenta propia asegurados voluntariamente.

Los trabajadores autónomos que estén cubiertos por el seguro obligatorio deben hacerse cargo de su propio seguro médico en caso de enfermedad. Si se paga al seguro de enfermedad la cuota normal obligatoria por los ingresos brutos más la cuota complementaria, tendrán derecho a percibir el subsidio de enfermedad. No obstante, también tienen la opción de contratar una tarifa opcional del seguro de enfermedad obligatorio o asegurarse a través del seguro privado de enfermedad.

Subsidio por enfermedad del hijo (art. 45 SGB V)

Si enferma el hijo del trabajador y deja este de percibir su salario por parte del empleador, el seguro de enfermedad obligatorio cubrirá esta deficiencia de ingresos pagando el denominado subsidio por enfermedad de hijos a cargo.

Se abonará:

- Por cada hijo durante un máximo de diez días laborables al año, o 20 días en el caso de familias monoparentales y por un máximo de 25 y 50 días respectivamente.
- Por importe de hasta un máximo del 90% del salario neto.
- Hasta el 100% de los ingresos netos si el trabajador no ha recibido ningún pago único en los últimos doce meses, como pagas extraordinarias de navidad o verano.

De conformidad con el artículo 45 del Código Social, Tomo V (SGB V), los requisitos para percibir esta prestación son:

- Ser trabajador y tener al hijo asegurado en el seguro obligatorio.
- Un médico debe certificar la enfermedad y la necesidad de cuidar al hijo.
- El hijo no debe haber cumplido aún los 12 años ni tener una discapacidad.
- Ninguna otra persona que viva en el hogar puede cuidar al hijo.

2.2. Prestaciones por accidente laboral o enfermedad profesional

Subsidio de accidentes (*Verletztengeld*)

Se trata de una prestación compensatoria del Seguro Obligatorio por Accidente regulada por el Tomo VII del Código Social, que compensa la pérdida de ingresos y garantiza el sustento de la persona lesionada y de sus familiares.

En caso de incapacidad laboral por accidente de trabajo o enfermedad profesional y durante el período de rehabilitación médica, las mutuas pagarán el subsidio de accidentes al trabajador (art. 45 SGB VII). Si bien esta prestación también se abona a través del seguro de enfermedad, no debe equipararse con el subsidio por enfermedad ya que difiere tanto en las condiciones de acceso como en los importes de la prestación.

Las condiciones para adquirir derecho a esta prestación (§ 45 párrafo 1 SGB VII) son:

- tener la incapacidad laboral temporal debido a:
 - un accidente laboral, un accidente *in itinere* o a una enfermedad profesional
 - no poder ejercer una actividad remunerada a tiempo completo debido a tratamiento médico
- y que inmediatamente antes del inicio de la incapacidad laboral o del tratamiento médico, la persona tuviera derecho a uno de estos ingresos:
 - salario o a una retribución por el trabajo,
 - subsidio por enfermedad,
 - subsidio por accidente laboral o enfermedad profesional,
 - subsidio por enfermedad para víctimas de la guerra y la violencia,
 - la prestación transitoria,
 - subsidio por jornada reducida,
 - prestación de asistencia,
 - prestación contributiva por desempleo,
 - prestación no contributiva por desempleo o
 - subsidio de mantenimiento.

También se tiene derecho a la prestación (art. 45 del SGB VII)

- cuando son necesarias prestaciones para participar en la vida laboral y estas prestaciones no pueden concederse inmediatamente después del tratamiento médico por motivos ajenos a la voluntad del asegurado. Es requisito previo que se haya percibido inmediatamente antes una de las prestaciones mencionadas anteriormente y que el asegurado no pueda reanudar entretanto su actividad profesional anterior u otra actividad laboral admisible
- los alumnos y estudiantes universitarios, si tenían un empleo remunerado al inicio de la incapacidad laboral.

Respecto del inicio de la prestación, según el § 46 del SGB VII, el derecho al pago del subsidio comienza

- el día de la determinación médica de la incapacidad laboral o
- el día del inicio de un tratamiento médico.

Pero por regla general se percibe a partir de la séptima semana, después de que haya transcurrido el periodo de seis semanas de continuación del pago salarial por el empresario. Si no se percibiera salario, se tendría derecho a esta prestación desde el primer día de la baja.

Asimismo, finalizará:

- el último día de incapacidad laboral, o
- el último día de impedimento para trabajar en una actividad remunerada a tiempo completo debido a tratamiento médico, o
- en caso de tener derecho a percibir la prestación transitoria, a partir del día en que surja dicho derecho (por ejemplo, al inicio de una medida de rehabilitación profesional), o
- si ya no puede adquirirse nuevamente la capacidad para trabajar y tampoco entran en consideración medidas de rehabilitación laboral, terminará este derecho a más tardar en la 78ª semana, aunque no antes de que finalice el tratamiento hospitalario. Entonces será posible pasar a percibir una pensión del seguro de accidentes o del seguro de pensiones.

Según el art. 48 del SGB VII, en el caso de volver a enfermar por la misma causa del accidente, se adquirirá el derecho a percibir el subsidio por accidente desde el inicio teniendo en cuenta los art. 45-47.

El importe según el art. 47, del Código Social, Volumen VII (SGB VII),

- ascenderá al 80% del salario bruto
- no superará el salario neto.

Además, debe señalarse al respecto que:

- se tendrán en cuenta en el cálculo también los pagos únicos de los últimos 12 meses anteriores a la incapacidad laboral.
- se deducirán del importe las cuotas de cotización al seguro de pensiones y al seguro de desempleo. Las cuotas al seguro de enfermedad y de dependencia son pagadas en su totalidad por el seguro de accidentes. Las personas sin hijos abonarán por su cuenta el suplemento al seguro de dependencia (0,25 %),
- el importe se adaptará anualmente a la evolución de los salarios (art. 70, párr. 3, Código Social IX), de acuerdo con el ajuste del subsidio por enfermedad

- el subsidio por accidente está exento de impuestos. Sin embargo, se tiene en cuenta a la hora de calcular el tipo impositivo.

Disposiciones especiales

Según el artículo 47, párrafo 5, del Código Social VII, el cálculo del subsidio por accidente para los empresarios y sus cónyuges que trabajen con él, siempre y cuando al inicio de la incapacidad temporal hayan tenido ingresos (p. ej. como trabajador por cuenta propia), se basará en la 360^a parte de los ingresos obtenidos en el año civil anterior al inicio de la incapacidad laboral.

Si la persona en baja por accidente laboral o enfermedad profesional participa en medidas de rehabilitación laboral entonces empezará a percibir el subsidio transitorio.

Subsidio por accidente para el cuidado del hijo (*Kinderpflege-Verletztengeld*)

El derecho a esta prestación está regulado por artículo 45, párrafo 4 del SGB VII, en conexión con el artículo 45 del SGB V. Un progenitor que tenga que ausentarse del trabajo por accidente del hijo en virtud del Seguro Obligatorio de Accidentes legal podrá percibir esta prestación durante un período limitado si:

- un parte médico certifica que se tiene que ausentar del trabajo para poder cuidar a su hijo lesionado
- otra persona que vive en el hogar no puede encargarse del niño, y
- el hijo aún no ha cumplido los 12 años.

Subsidio transitorio (*Übergangsgeld*)

Si la persona que ha sufrido un accidente laboral o una enfermedad profesional participa en una medida de rehabilitación profesional, tendrá derecho al subsidio transitorio, de conformidad con el artículo 50 del SGB VII. El objetivo es compensar la falta de ingresos y fomentar su disposición a participar en esta medida.

El importe de esta prestación depende, en principio, del importe de los ingresos antes de que iniciara la incapacidad laboral y de la situación familiar de la persona lesionada en el momento de iniciar las medidas de rehabilitación profesional. La base de cálculo para todos los asegurados en régimen de trabajo autónomo asciende al 80% de los ingresos brutos y no superará los ingresos netos.

La prestación asciende:

- al 75% de la base de cálculo si el trabajador tiene al menos un hijo o una persona dependiente,
- al 68% para el resto de los trabajadores asegurados.

En caso de interrupción anticipada de la medida de rehabilitación profesional o de darse una situación de desempleo tras la finalización de esta medida, puede seguir pagándose esta prestación durante un período limitado bajo determinadas condiciones.

Además del subsidio transitorio, el afectado puede percibir adicionalmente una pensión si cumple las condiciones para ello.

Subsidio por dependencia (*Pflegegeld*)

Esta prestación está regulada por el art. 44, párrafos 1 y 2 del Código Social, Volumen VII. A los asegurados dependientes se les abona una prestación para la asistencia a domicilio o en residencias. La finalidad es compensar a tanto alzado los gastos adicionales ocasionados por los cuidados a fin de garantizar, en la medida de lo posible, el cuidado y la asistencia necesarios en las actividades cotidianas y facilitar a las personas dependientes continuar con una vida autodeterminada.

El grado de necesidad de asistencia y, por lo tanto, la cuantía de la prestación depende del estado de salud del asegurado y su necesidad de ayuda prestada por terceras personas.

3. MEDIDAS DE REINSERCIÓN GRADUAL AL TRABAJO

La reinserción laboral gradual (el llamado modelo de Hamburgo) tiene por objeto reinsertar gradualmente a los trabajadores que no pueden trabajar al 100% después de un largo período de enfermedad, facilitando con esta medida la transición hacia el pleno empleo.

Durante el periodo de la reintegración gradual, el trabajador se encuentra todavía de baja por enfermedad.

Esta medida forma parte de las medidas de rehabilitación médica y la entidad encargada de los gastos se determina en función del inicio de esta medida y de la situación del afectado:

- Seguro de pensiones: si tiene lugar justo después de una medida de rehabilitación médica, es decir tiene lugar en un margen de 4 semanas después de haber salido de una clínica de rehabilitación.
- Seguro de enfermedad: en la mayoría de las veces el seguro de desempleo.
- Agencia de empleo.
- Seguro de accidentes.

Condiciones:

Independientemente de la entidad encargada de los gastos, se deben cumplir las siguientes condiciones previas:

- el médico determinará que el trabajo anterior puede ser reanudado al menos parcialmente,
- existe una incapacidad laboral temporal para trabajar antes y durante la medida de reinserción,
- el empleador y el trabajador acuerdan la implementación de la medida,
- se empleará al trabajador en el mismo lugar de trabajo.

Los trabajadores con una discapacidad grave tienen derecho al consentimiento del empleador para participar en una medida de reinserción laboral gradual si existe un plan de reintegración desde el punto de vista médico y un pronóstico sobre cuándo puede esperarse una empleabilidad total o parcial. El empleador puede comprobar, así, si el empleado puede desarrollar el puesto de trabajo y podrá rechazar la medida por inadmisibilidad solo en casos concretos.

Duración:

La duración de la medida de reinserción gradual en el trabajo depende del estado de salud del trabajador. Puede durar hasta 6 meses y por regla general se concede por un periodo de tiempo que entre 4 y 8 semanas.

Prestación económica:

Por regla general, la persona con incapacidad laboral temporal seguirá percibiendo mientras participe en una medida de reinserción laboral gradual las denominadas prestaciones sustitutorias del salario (ej. subsidio de enfermedad del Seguro Obligatorio de Enfermedad, subsidio de transición transitorio del Seguro de Pensiones, subsidio de accidente de trabajo del Seguro de Accidentes (mutuas) o subsidio de desempleo de la Agencia de Empleo).

Si el empleador paga voluntariamente la remuneración al trabajador durante la implementación de esta medida, se tendrán estos ingresos en cuenta y darán lugar a reducciones o a la suspensión de la prestación sustitutoria. No obstante, no hay obligación de pago para el empleador.

4. INFORME MÉDICO

Peritaje en caso de enfermedad o accidente no laboral

El Servicio Médico del Seguro de Enfermedad (*Medizinische Dienst der Krankenversicherung*, MDK) actúa como servicio de asesoramiento y evaluación para las cajas del seguro de enfermedad. En cada *land* hay oficinas regionales para este fin. La evaluación de los pacientes registrados como incapacitados para trabajar es parte de sus competencias.

En principio, el MDK puede realizar una inspección sobre la incapacidad laboral por dos razones diferentes:

- preventivas: comprobar la incapacidad laboral del afectado con el objetivo principal de evaluar si se puede mantener la capacidad de la persona para trabajar mediante la identificación de las medidas preventivas y rehabilitación necesarias en una fase temprana. La ley obliga a las cajas del seguro de enfermedad a obtener una evaluación del servicio médico en determinados casos de incapacidad laboral. El objetivo es asegurar el éxito del tratamiento y restaurar la capacidad para trabajar (por ej. mediante medidas de rehabilitación del Seguro de Pensiones). De este modo, se hace frente también al riesgo de precariedad social del trabajador y a las consecuencias que de él se derivan.
- en caso de dudas: para disipar dudas que existan por parte del seguro de enfermedad competente o del empresario sobre la incapacidad laboral.

El dictamen pericial que emite el MDK determina si la incapacidad laboral puede ser rescindida directamente, en un futuro previsible o por el momento no puede darse por finalizada. A menudo, el informe final también incluye otras medidas terapéuticas que se recomiendan al paciente, un cambio de trabajo o un traslado dentro de la empresa.

Peritaje en caso de accidente laboral o enfermedad profesional

El informe médico es una prueba importante para la aclaración de los hechos (art. 21, apartado 1, décimo libro del Código Social - SGB X) y base esencial a la hora de

determinar las prestaciones por accidente de trabajo (incluido accidente *in itinere*) y enfermedades profesionales.

En base a los resultados médicos recopilados y evaluados por los peritos, el Seguro de Accidentes (institución UV) tomará una decisión sobre cuestiones legalmente relevantes. Por lo tanto, la actividad como experto implica un alto grado de responsabilidad y tiene un significado social especial.

Antes de solicitar un peritaje, se nombrarán varios peritos adecuados entre los que podrá elegir el asegurado (art. 200, párr. 2, Tomo VII, del Código Social - SGB VII). También el asegurado podrá proponer un perito apropiado, que sólo podrá ser rechazado por causas justificadas.

Los peritos deben ser imparciales, independientes, personales y profesionalmente cualificados, contar con el espacio y el personal necesarios para llevar a cabo las investigaciones necesarias, deben estar familiarizados con el estado actual de la ciencia médica y con los fundamentos jurídicos del Seguro Obligatorio de Accidentes.

Sin embargo, la responsabilidad de la evaluación legal y de la decisión recae exclusivamente en el seguro de accidentes, que comprobará cada dictamen pericial de forma exhaustiva, como parte de la evaluación de las pruebas y comprobar que esté completo y sea concluyente.

5. INCAPACIDAD LABORAL PERMANENTE TOTAL O PARCIAL (*Erwerbsunfähigkeit*)

Cuando la persona ya no puede ejercer ninguna ocupación surge la incapacidad laboral permanente, que sería total si la persona no puede trabajar más de tres horas al día después de haber sufrido una enfermedad o accidente y sería parcial si el tiempo que puede trabajar es superior a tres horas, pero inferior a seis horas. Se reconocería, en cada caso, una pensión.

La incapacidad temporal en Alemania - Incidencia¹

Índice:

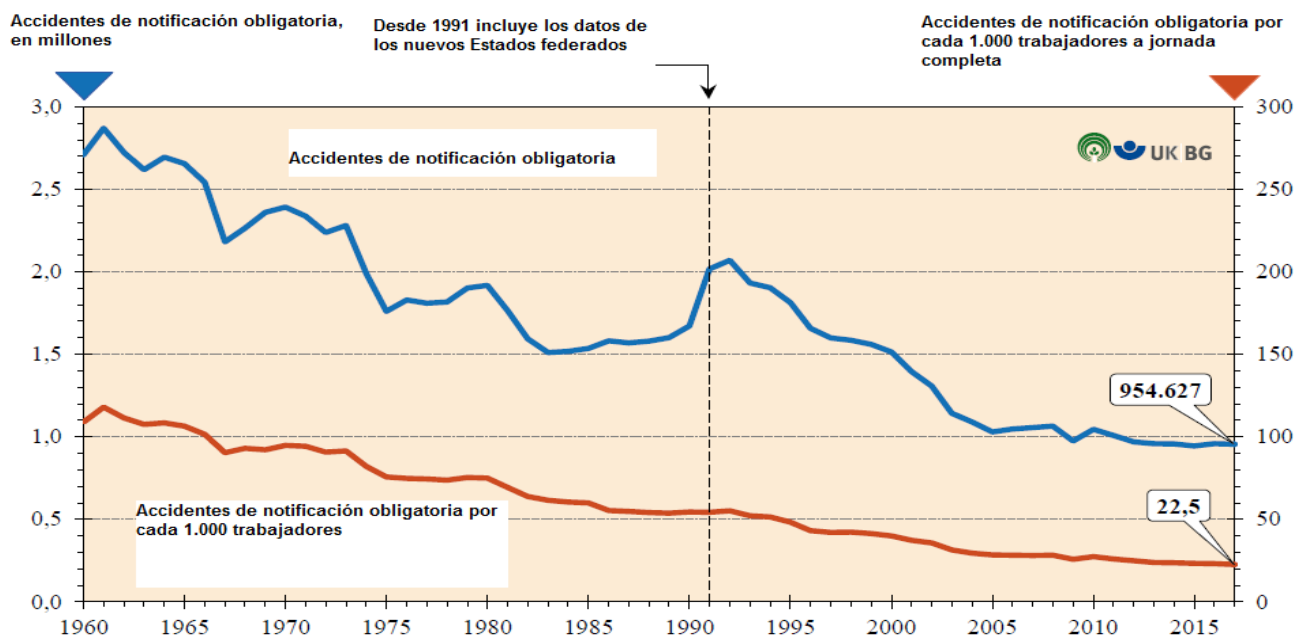
1. Seguridad y salud laboral
2. Bajas por incapacidad temporal
3. Los principales diagnósticos de IT: las enfermedades del sistema muscular / óseo y de los tejidos conectivos y las enfermedades síquicas
 - 3.1. La incidencia de las enfermedades síquicas
 - 3.2. Las IT por enfermedades del sistema muscular / óseo y de los tejidos conectivos
4. El coste de la IT

1. SEGURIDAD Y SALUD LABORAL

El Gobierno federal aprobó a finales de 2018 el informe sobre la protección laboral en 2017, que recoge los datos más significativos tanto en lo relativo a la situación de la protección laboral como al gasto del sistema.

En 2017 el número **accidentes de trabajo de notificación obligatoria** ha vuelto a caer hasta los 954.627, después de haber registrado una ligera subida en 2016 (2016: 959.266; 2015: 944.744, +14.522), mientras que la **tasa de siniestralidad laboral** por cada 1.000 trabajadores con jornada completa alcanza su nivel histórico más bajo con 22,5 (2016: 23,2).

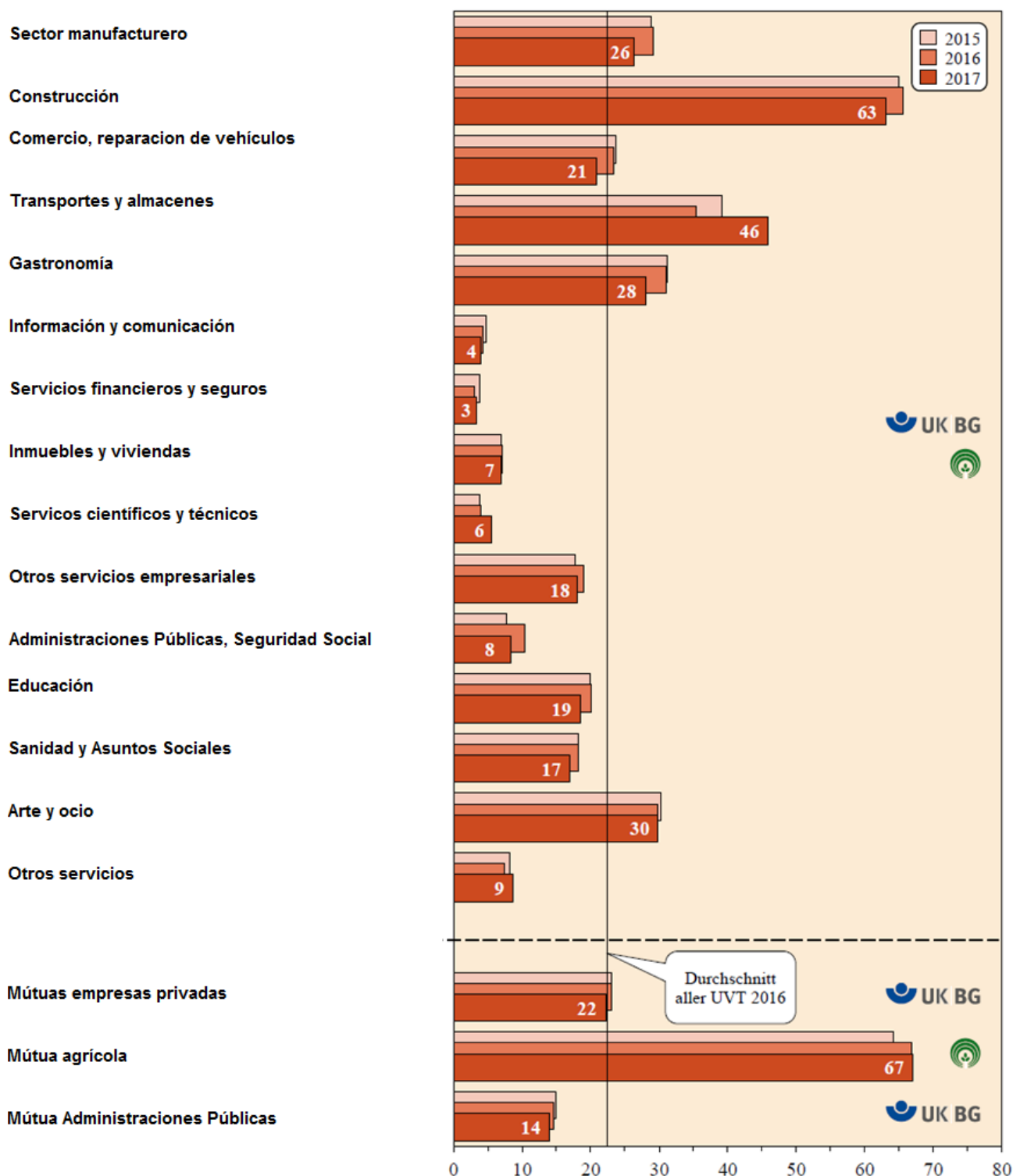
Accidentes de notificación obligatoria total y por cada 1.000 trabajadores a jornada completa, 1960 a 2017



¹ Deutscher Bundestag (2018): Bericht der Bundesregierung über den Stand von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit und über das Unfall- und Berufskrankheitengeschehen in der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 2017. Drucksache 19/6500

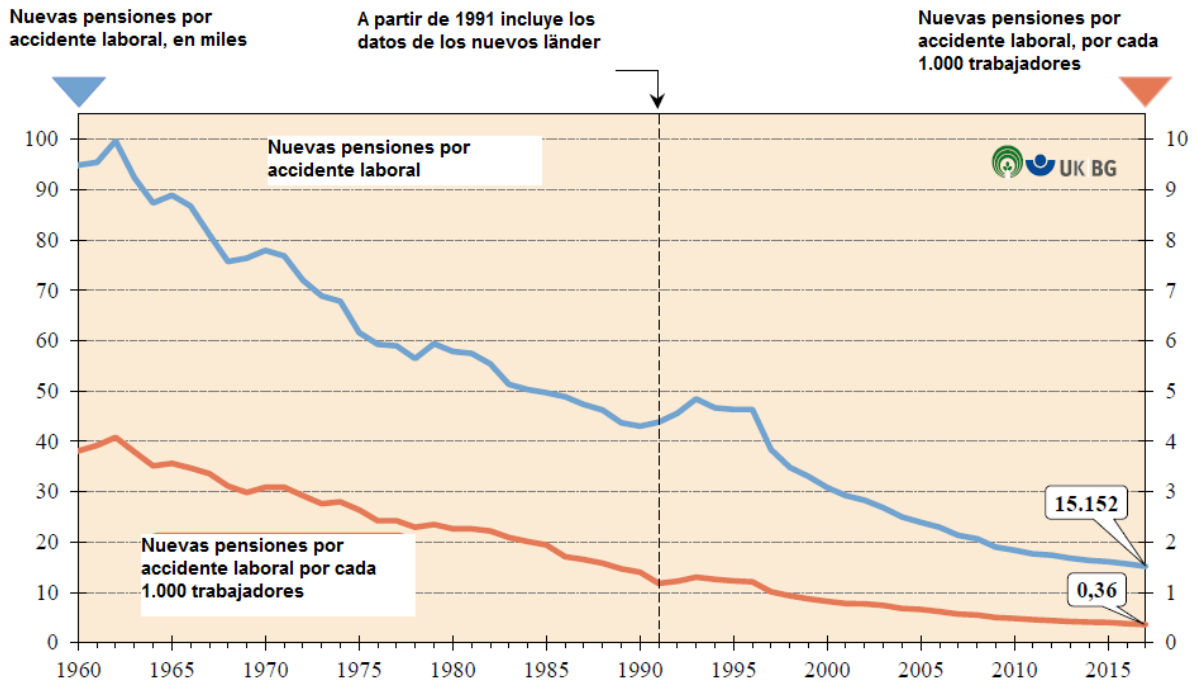
Por sectores destaca la agricultura con 67 accidentes laborales por cada 1.000 trabajadores con jornada completa, seguida de la construcción (63) y los transportes y almacenes (46). El sector del arte / ocio con 30, la gastronomía y hostelería con 28 y el sector industrial con 26 presentan una tasa de accidentes ligeramente por encima de la media de 22,5.

Accidentes de notificación obligatoria Total y por cada 1.000 trabajadores a jornada completa, 1960 a 2017



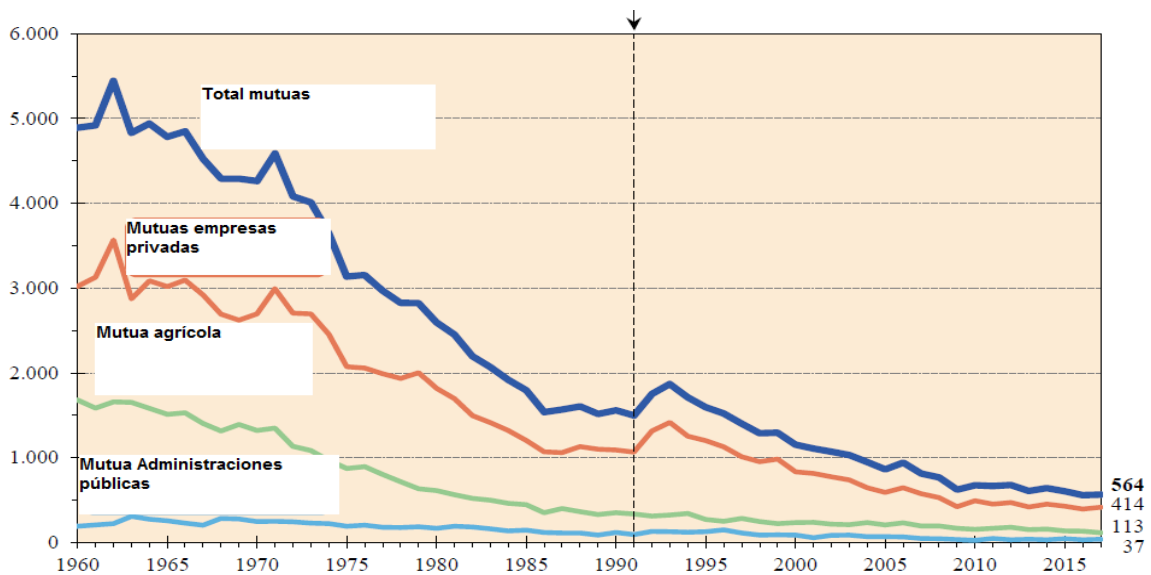
El número de trabajadores que por sufrir un **accidente laboral pasaron a la jubilación** en 2017 se situó en 15.512 (2016: 15.673), una reducción del 7,2% en comparación a 2014.

Nuevas pensiones por incapacidad derivada de accidente laboral 1960 a 2017



El número de **accidentes laborales que han causado fallecimiento** pasó de casi 5.000 en 1960 a 564 en 2017 (2016: 557), lo que supone una reducción del 11,7% en comparación a 2014 y del 59,8% frente a 1997. Tomando como referencia la tasa de accidentes mortales por cada 1.000 trabajadores ha pasado de 0,037 en 1997 a 0,013 en 2017.

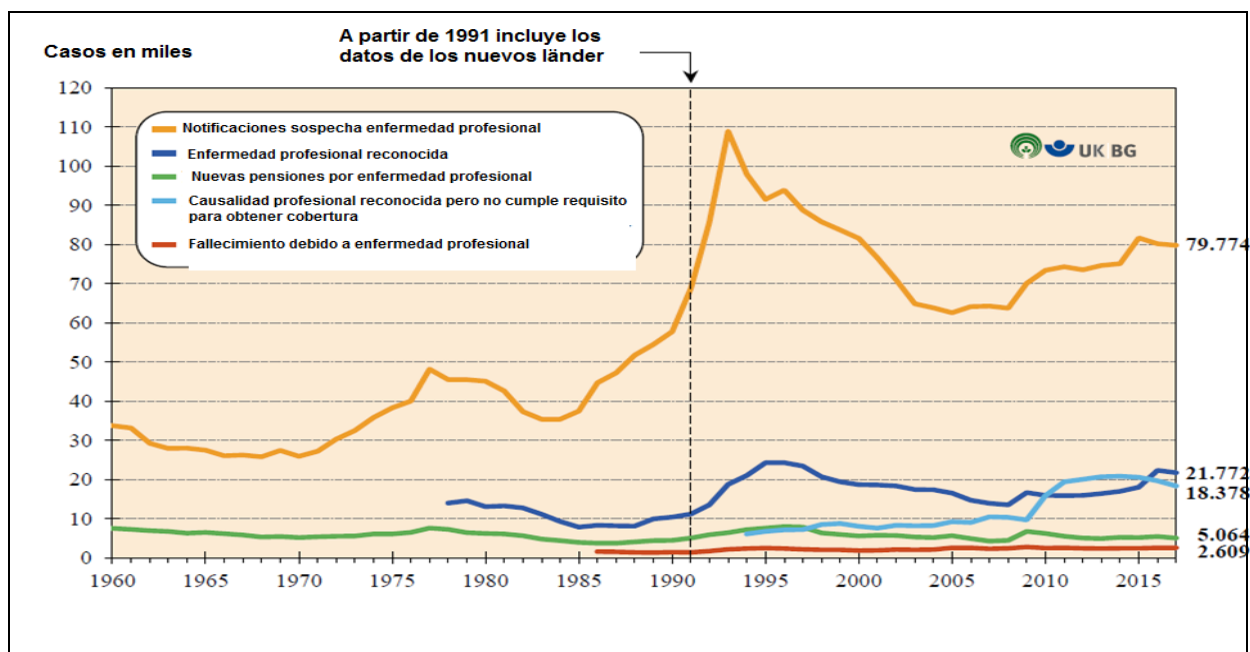
Accidentes laborales mortales, 1960 a 2017 Total y por grupos de mutuas



El número de **accidentes *in itinere* de notificación obligatoria** sigue aumentando en comparación con los años anteriores, alcanzando en 2017 los 193.150, lo que supone un incremento del 9,5% en comparación a 2014. También aumenta la tasa de accidentes *in itinere* por cada 1.000 trabajadores a jornada completa (2014: 3,55; 2015: 3,58, 2016: 3,65, 2017: 3,66). En total se produjeron 286 fallecimientos a causa de un accidente *in itinere*, 46 menos que en 2014.

En cuanto a las notificaciones en caso de sospecha de una **enfermedad profesional**, en 2017 éstas se situaron en 79.774, una ligera bajada en comparación al año (2015: 80.163) mientras que el número de casos de enfermedad profesional reconocida pasó de 22.320 en 2016 a 21.772 en 2017. El número de nuevas pensiones por enfermedad profesional pasó de 5.485 a 5.064 y el de fallecimientos debidos a una enfermedad profesional aumentó ligeramente de 2.576 en 2017 a 2.609 en 2018.

Notificaciones de enfermedad profesional, de 1960 a 2017

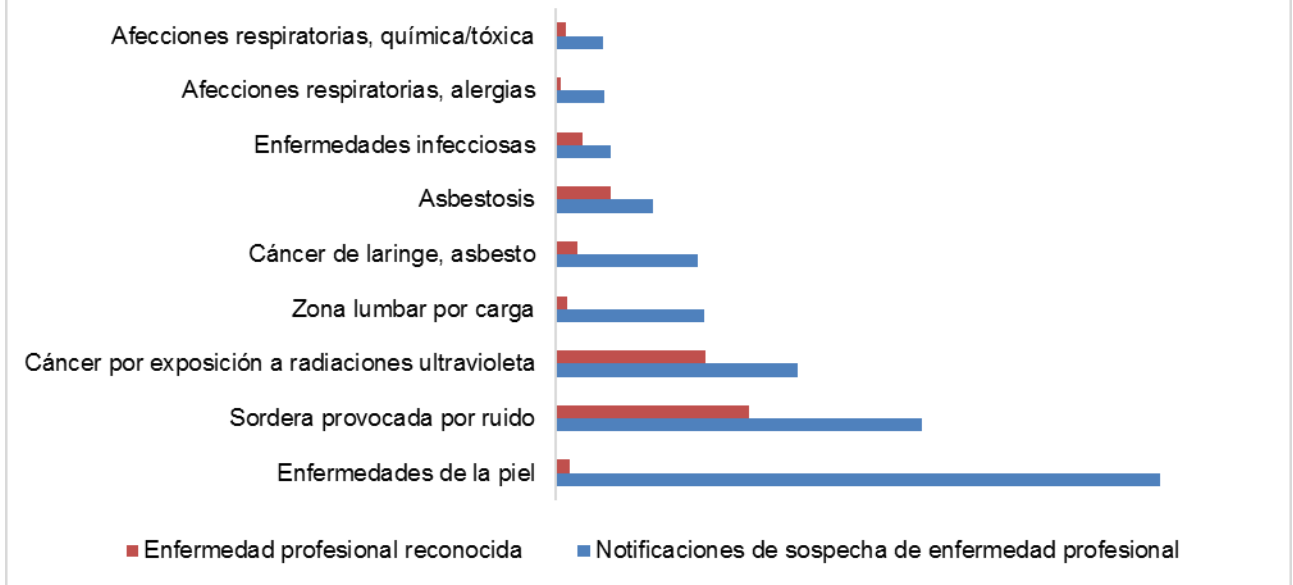


En lo relativo a las enfermedades profesionales destacan las 21.402 notificaciones de sospecha de enfermedades de la piel (2016: 22.966), de las cuales solamente (2016: 537) fueron reconocidas como enfermedad profesional. Le siguen la sordera por ruido con 12.995 casos, el cáncer de piel por exposición a radiaciones ultravioleta con 8.557 casos y las enfermedades de la zona lumbar por carga excesiva con 5.280 casos.

En total fueron reconocidas 21.772 casos de enfermedad profesional, destacando la sordera por ruido (6.849) y el cáncer de piel por exposición a radiaciones ultravioleta (5.318).

El mesotelioma motivado por exposición al asbesto es la enfermedad profesional que motiva el mayor número de pensiones por enfermedad profesional, seguida del cáncer de laringe por exposición al asbesto.

Notificaciones de sospecha de enfermedad profesional y enfermedad profesional reconocida, 2017

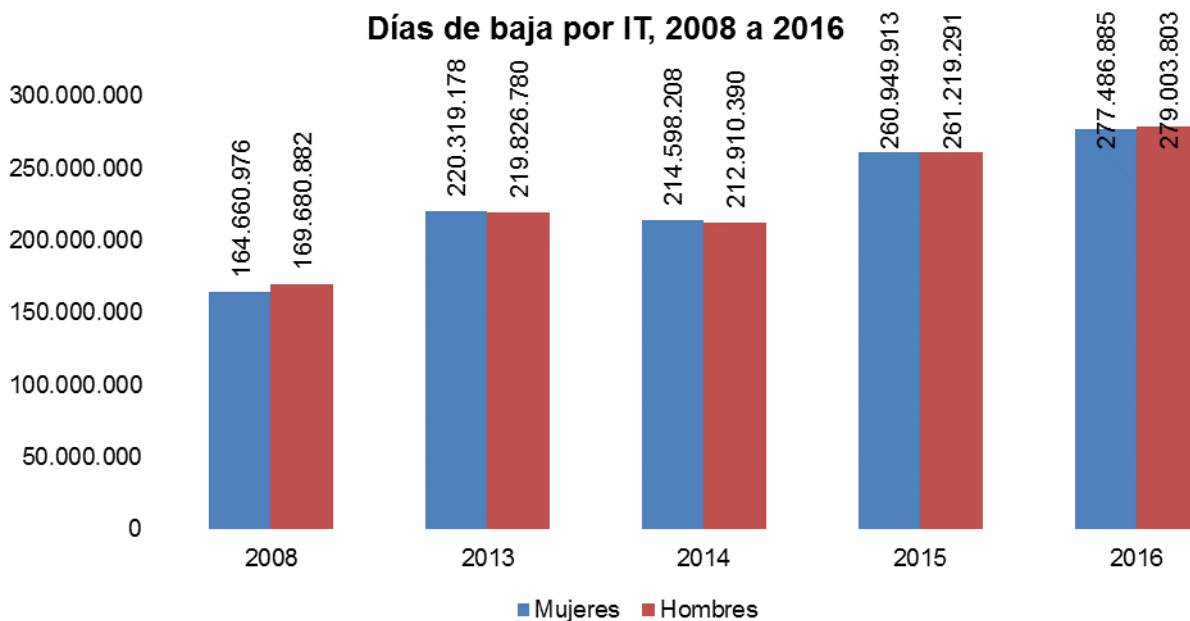


2. BAJAS POR INCAPACIDAD TEMPORAL

Un informe del Gobierno Federal en respuesta a una interpelación del grupo parlamentario de La Izquierda analiza la incidencia de las incapacidades temporales en Alemania², los últimos datos sobre el conjunto del sistema corresponden al año 2016.

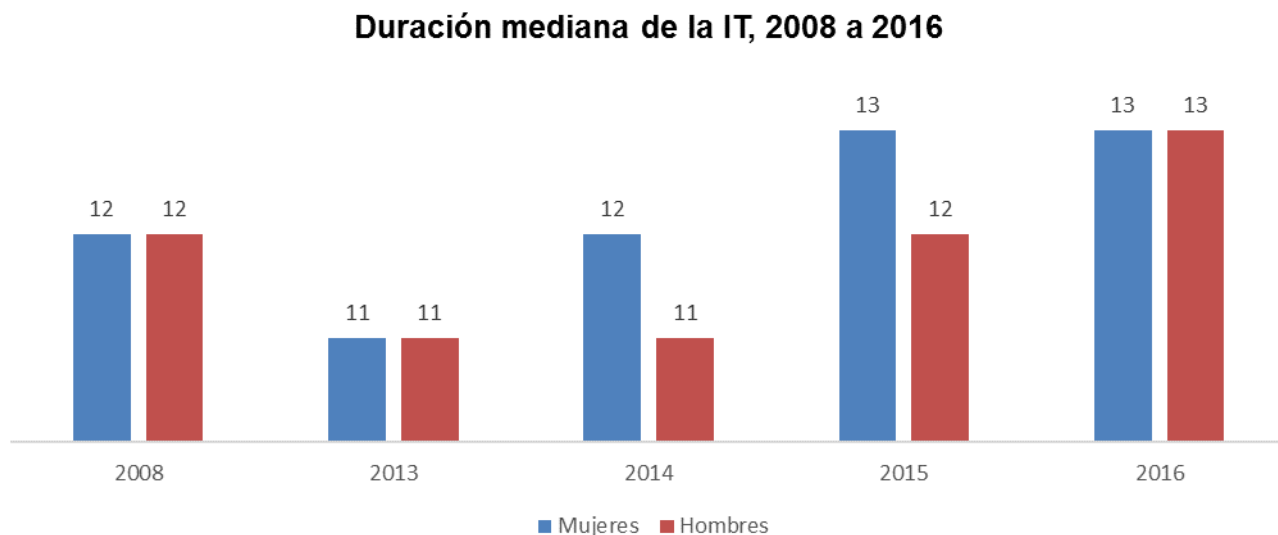
De acuerdo con este informe el número de días de **baja por IT** entre 2008 y 2016 pasó para los hombres de 169.680.882 en 2008 a 279.003.803 y de 164.660.976 a 277.486.885 para las mujeres.

² Deutscher Bundestag (2018): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Jutta Krellmann, Susanne Ferschl, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. – Drucksache 19/4332 –: Krankenstände in Deutschland



En lo referente a las personas afectadas por una IT pasó de 13.998.432 a 21.632.500 en el caso de los hombres y de en el caso de las mujeres de 13.235.963 a 21.551.083.

La duración media de la IT apenas ha sufrido variación, pasando entre 2008 y 2016 de 12 a 13 días tanto para hombres como para mujeres, experimentando en esos años ligeras oscilaciones hacía arriba como abajo.



3. LOS PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS DE IT: LAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA MUSCULAR / ÓSEO Y DE LOS TEJIDOS CONECTIVOS Y LAS ENFERMEDADES SÍQUICAS

Los dos principales grupos de enfermedades que motivan IT son las enfermedades del sistema muscular / óseo y de los tejidos conectivos, con el 22,5% sobre el total de las IT, y las enfermedades síquicas con el 16,0%.

3.1. Las IT por enfermedades del sistema muscular / óseo y de los tejidos conectivos³

El número de días laborales perdidos por un IT relacionada con enfermedades del sistema muscular / óseo y de los tejidos conectivos pasó de 103,6 millones en 2007 a 150,4 millones en 2017, el porcentaje sobre el total bajo ligeramente, pasando del 23,7% al 22,5%.

En lo relativo a las diferencias por sexo, los datos generales apenas presentan diferencias. En 2015 el 24% del conjunto de los días perdidos por hombres correspondía a una IT motivada por enfermedades del sistema muscular / óseo y de los tejidos conectivos, dos puntos más que las mujeres. Sin embargo, las mujeres jóvenes este tipo de IT representa solo el 15% de las IT.

Por sectores destacan la construcción, sector en el que las IT por enfermedades del sistema muscular / óseo y de los tejidos conectivos representan el 28,6% del conjunto de las IT, seguido de la industria productiva (sin la construcción con el 26,4% y la agricultura y pesca con el 25,7%.

De acuerdo con el informe del Gobierno, este grupo de enfermedades está vinculado al nivel de formación de los trabajadores. Así, por ejemplo, en el grupo de hombres entre 30 y 44 años el 28,2 % de los que tienen un nivel de formación bajo ejercen trabajos que se realizan sobre todo sentado frente al 79,7% de los trabajadores con un nivel de formación elevado. Por otra parte, el 24,1% de este grupo de edad con una formación baja realiza trabajos sobre todo con carga física frente al 3,2% de aquellos que tienen un nivel de formación alto.

En 2017 las pérdidas por este grupo de enfermedades suma 47.700 millones de euros, el 1,4% del PIB, lo que supone un incremento de 23.800 millones de euros.

	Pérdida		Enfermedades del sistema muscular / óseo y de los tejidos conectivos
2017	Pérdida producción	miles de millones	17,2 miles de millones
		% del PIB	0,5%
	Pérdida valor agregado	miles de millones	30,5 miles de millones
		% del PIB	0,9%
2006	Pérdida producción	miles de millones	8,5 miles de millones
		% del PIB	0,4%
	Pérdida valor agregado	miles de millones	15,4 miles de millones
		% del PIB	0,7%

³ Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Jutta Krellmann, Susanne Ferschl, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. – Drucksache 19/10335 –

3.2. La incidencia de las enfermedades psíquicas⁴

Un informe del Gobierno publicado en marzo de este año refleja la importancia que están teniendo las IT motivadas por razones psíquicas. Entre 2007 y 2017 el número de días perdidos por esta causa pasó de 47,9 a 107,0 millones. Sobre el conjunto de las IT, las causadas por motivos síquicos representaban en 2007 el 10,9% y en 2017 ya el 16,0%.

Días perdidos por IT por disfunciones síquicas y de la conducta, 2007 a 2017						
	2017		2016		2007	
	total	%	total	%	total	%
Disfunciones síquicas y de la conducta	107,0	16,0	109,2	16,2	47,9	10,9
Todos los grupos de enfermedades	668,6	100,0	674,5	100,0	437,7	100,0

% sobre el conjunto de los días perdidos por IT por disfunciones síquicas y de la conducta, 2017

	Hombres	Mujeres
2008	16	9
2017	21	14

Por sexo llama la atención que el porcentaje sobre el conjunto de los días perdidos es mucho mayor en el caso de los hombres (21%) que en el de las mujeres (14%).

En lo relativo a las pérdidas ocasionadas las IT debidas a disfunciones síquicas y de la conducta, en 2017 estas ascendieron a un total 33.900 millones de euros (2007: 12.400 millones), lo que equivale al 1,1% del PIB (2007: 0,5%).

Pérdida por IT debidas a disfunciones psíquicas y de la conducta, 2007 y 2017				
	Pérdida		Disfunciones síquicas y de la conducta	Conjunto de las pérdidas por IT
2017	Pérdida producción	miles de millones	12,2 miles de millones	76,4 miles de millones
		% del PIB	0,4%	2,3%
	Pérdida valor agregado	miles de millones	21,7 miles de millones	135,5 miles de millones
		% del PIB	0,7%	4,1%
2007	Pérdida	miles de	4,4 miles de millones	40,0 miles de

⁴ Deutscher Bundestag (2019): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Jutta Krellmann, Susanne Ferschl, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. – Drucksache 19/8159 – Arbeitsbezogene psychische Belastungen in Deutschland.

	producción	millones		millones
		% del PIB	0,2%	1,7%
	Pérdida valor agregado	miles de millones	8,0 miles de millones	73,0 miles de millones
		% del PIB	0,3%	3,0%

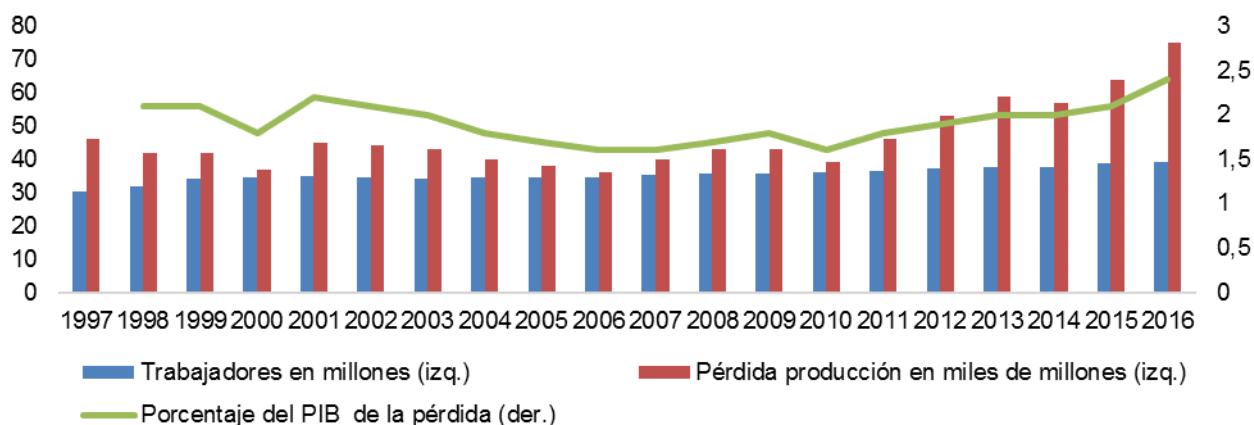
En lo relativo a los sectores más afectados por las IT debidas a disfunciones psíquicas y de la conducta el informe del Gobierno remite a un estudio de dos organismos públicos que identifican diversos factores laborales que pueden ser causa de una IT por motivos psíquicos como la encomienda de tareas múltiples, presión en cuanto a plazos, repetición de procesos, ritmo elevado del trabajo y así como trabajos relacionados con una elevada carga emocional. Destacan los trabajadores de la sanidad y de los servicios sociales que dicen tener una media de siete de estos factores. Le sigue la gastronomía con una media de seis.

El Gobierno afirma que entre finales de los 90 y mediados de los años 2000 se ha producido un importante incremento de la carga psíquica en el mundo laboral, que se ha mantenido estable en un nivel muy elevado desde entonces. Afirma que entre los motivos importantes para esta evolución está la transformación de la sociedad hacia los servicios, la fuerte implantación de las TIC, la mayor corresponsabilidad de los trabajadores en los procesos laborales, la aceleración de los procesos productivos y comunicativos, la creciente complejidad de las habilidades y conocimientos y la discontinuidad de las vidas laborales.

4. EL COSTE DE LA IT

El Gobierno cifra el coste para la economía alemana tomando como referencia los 668.6 millones de días perdidos por incapacidad temporal (2016: 674,5 millones). Cifra las pérdidas para la producción en 76.000 millones de euros (2016: 75.000 millones) y la merma del valor agregado bruto en 136.000 millones de euros (2016: 133.000 millones). Las pérdidas de producción equivalen al 2,3% del PIB (2016: 2,4%).

Pérdidas causadas por la IT, 1997 a 2016



Por sectores económicos la mayor merma del valor agregado bruto se produjo en la industria (sin construcción) con 42.200 millones de euros (pérdida de producción: 24.900 millones), seguido de las AA.PP, el resto de los servicios, sanidad y educación con 31.600 millones (26.100 millones), el comercio, transportes, gastronomía, información y comunicación con 27.400 millones (18.400 millones), los sectores financieros, seguros, servicios empresariales e inmobiliarios con 26.000 millones (18.400 millones), la construcción con 6.200 millones (4.400 millones) y la agricultura, silvicultura y pesca con 600 millones (400 millones).

Por grupos de diagnóstico destacan las enfermedades del sistema muscular/óseo que suman el 0,5% del PIB y las enfermedades síquicas y de conducta con el 0,4%. El conjunto de la merma del valor agregado equivale al 4,1% del PIB. El primer lugar lo ocupan las enfermedades del sistema muscular/óseo que suman el 0,9% del PIB, las enfermedades síquicas y de conducta con el 0,7% y las enfermedades de las vías respiratorias con el 0,6%.

La contingencia de la incapacidad temporal en España: lecciones para el caso argentino

El tratamiento legal y administrativo en Argentina de la situación del trabajador que, por razón de alteración de la salud debida a enfermedad o accidente, se ve privado temporalmente de la capacidad de prestar sus servicios al empleador, presenta notables diferencias respecto al que conocemos en España.

La principal distinción aparece en lo que en España denominamos contingencia de incapacidad temporal por contingencias comunes. Como sabemos, esta situación supone, por un lado, la suspensión de la relación jurídica laboral (art. 45.1 c) del Estatuto de los Trabajadores) y, por otro, una contingencia protegida por el sistema de Seguridad Social (art. 158 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social) que da lugar a prestaciones económicas (subsidio) y en especie (sanitarias). Por el contrario, en Argentina, el art. 208 de la Ley n° 20.744, reguladora del contrato de trabajo, atribuye a lo que denomina *accidente o enfermedad inculpable*, la condición de licencia retribuida del trabajador que la padece, manteniendo los efectos de la relación laboral por lo que se refiere al empresario, concretamente la obligación de abono del salario, y autorizando al trabajador enfermo o accidentado a no asistir a su puesto de trabajo por un período de tiempo que puede llegar hasta un máximo de doce meses, en función de la antigüedad en la empresa y las cargas familiares del empleado. Vencido el plazo de la licencia sin que el trabajador hubiese recuperado la capacidad laboral, el empresario tiene la obligación de conservarle el puesto de trabajo por un año, sin abono de salarios (art. 211 de la Ley n° 20.744). Transcurrido dicho plazo sin reincorporación del trabajador, el empresario puede resolver la relación laboral sin indemnización.

Por lo que se refiere a las contingencias profesionales, las similitudes con el sistema español son mucho mayores, aunque guarda todavía notables diferencias. La *incapacidad laboral temporaria*, en terminología argentina (art. 7 de la Ley n° 24.557 de riesgos del trabajo, por accidente de trabajo o enfermedad profesional, a diferencia de lo que ocurre con la enfermedad inculpable, es una contingencia protegida por la Seguridad Social. Da lugar a una prestación económica de pago periódico y duración temporal en cuantía del 100 % del *valor mensual del ingreso base* (arts. 12 y 13.1 de la Ley n° 24.557), esto es, de la mensualidad salarial sobre la que se calculan los *aportes* (cotizaciones). Cesa la obligación del empresario de abonar salarios, pero se mantiene la realizar los aportes (art. 13, apartados 2 y 3 de la Ley 24.557). El plazo máximo de duración de la prestación económica es de un año (art.7.2 c) de la citada Ley) y la prestación de los primeros diez días es a cargo del empresario (art. 13.1, inciso segundo).

La gestión y el abono, tanto de las prestaciones económicas como en especie (sanitarias) corresponde a las Aseguradoras de Riesgos de Trabajo (ART). Las ART son entidades privadas que, a diferencia de nuestras Mutuas Colaboradoras, tiene la naturaleza de sociedades mercantiles con ánimo de lucro, aunque operan bajo la

supervisión y fiscalización de la Superintendencia de Riesgos de Trabajo, entidad pública autónoma (*autárquica*, en terminología argentina, art. 35 de la Ley 24.557) vinculada al Ministerio de Producción y Trabajo.

Regulación y funcionamiento de la incapacidad temporal en Austria

1. RÉGIMEN JURÍDICO

Podría decirse que en Austria existen **dos niveles de protección** en caso de incapacidad temporal. El **primer nivel** lo constituye la protección ofrecida en el Código Civil Austriaco, en la Ley que regula el pago de salario en caso de enfermedad y en las disposiciones aplicables a las relaciones laborales de carácter especial, que obligan a la empresa a continuar pagando salario en caso de enfermedad o accidente. Podría decirse que se trata de una protección enmarcada en el derecho laboral.

El **segundo nivel** estaría constituido por la protección y **prestaciones** ofrecidas por la **Seguridad Social** en caso de incapacidad laboral, tras agotarse el derecho a salario de la empresa.

Con carácter general, en el **Código Civil Austriaco** (ABGB)⁵ (Art. 1.154b) se establece el derecho del trabajador al cobro de salario en caso de enfermedad y de accidente y la duración depende de la antigüedad. Y en la **Ley federal de 26 de junio de 1974 sobre continuación del pago de salario en caso de incapacidad por enfermedad** común, accidente o enfermedad profesional (EFZG)⁶, se amplía este derecho. Esta ley se aplica a las relaciones laborales amparadas en un contrato de trabajo de derecho privado. No se aplica a los empleados públicos y a las relaciones laborales de carácter especial indicadas en la misma debido a que para estos colectivos existe una regulación propia.

Una vez **agotada la prestación de la empresa**, la persona incapacitada para el trabajo puede percibir las **prestaciones por enfermedad** previstas en la **Ley General de la Seguridad Social (ASVG)**⁷, entre las que destacan la **Prestación por enfermedad (Krankengeld)**, la **Prestación por rehabilitación (Rehabilitationsgeld)** y la **Prestación por reinserción (Wiedereingliederungsgeld)**.

⁵ Código Civil: Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch (ABGB)

<https://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Dokumentnummer=NOR40009450>

⁶ Ley federal sobre pago de salario por incapacidad laboral debido a enfermedad o accidente (Bundesgesetz vom 26. Juni 1974 über die Fortzahlung des Entgelts bei Arbeitsverhinderung durch Krankheit (Unglücksfall), Arbeitsunfall oder Berufskrankheit (Entgeltfortzahlungsgesetz – EFZG)

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008308>

⁷ Ley General de la Seguridad Social: Bundesgesetz vom 9. September 1955 über die Allgemeine Sozialversicherung (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – ASVG.)

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008147>

En cuanto a la **gestión** de las prestaciones por incapacidad temporal de la Seguridad Social, destacar que las Cajas de enfermedad se ocupan en Austria de recaudar las cotizaciones sociales pero también de gestionar las prestaciones sanitarias, incluidas las de incapacidad temporal. Su régimen jurídico se encuentra en la Ley General de la Seguridad Social.

2. CONCEPTO DE IT

Las normas consultadas no establecen una verdadera definición de la incapacidad temporal. En el Código Civil Austriaco solo se hace referencia al derecho del trabajador al cobro de salario si se encuentra incapacitado para el trabajo por enfermedad o accidente siempre y cuando no hubiera provocado la incapacidad o hubiera actuado con imprudencia temeraria. En la Ley federal sobre continuación del pago de salario en caso de incapacidad por enfermedad común, accidente o enfermedad profesional se retoma esta definición. Y en la Ley General de la Seguridad solo se establece que las personas aseguradas obligatoriamente y asimiladas tienen derecho a la prestación por enfermedad a partir del cuarto día de incapacidad laboral.⁸

El hecho causante de la enfermedad se produce cuando se surge un trastorno físico o psíquico que requiere un tratamiento médico.⁹

3. CAUSAS / SITUACIONES PROTEGIDAS

- Enfermedad común o profesional
- Accidente sea o no de trabajo
- Proceso de rehabilitación o reinserción profesional.
- Estancias en centros de recuperación.

4. BENEFICIARIOS / REQUISITOS

Continuación del pago de salario por parte de la empresa: Si tenemos en cuenta la prestación por enfermedad derivada de la aplicación del Código Civil Austriaco¹⁰ o de la Ley sobre Continuación del pago de salario en caso de enfermedad¹¹, en ambos supuestos el único requisito establecido es la existencia de la enfermedad y de la relación laboral. Además, se requiere no provocar la incapacidad intencionadamente o actuando con imprudencia temeraria.

Prestación de la Seguridad Social:

- **Prestación por enfermedad (Krankengeld):** Por lo general, pueden percibir la prestación por enfermedad de la Seguridad Social la persona asegurada obligatoriamente e incapacitada para el trabajo como consecuencias de una enfermedad.¹²

⁸ Art. 138 de la ASVG

⁹ Art. 120 de la ASVG

¹⁰ Art. 1154b del ABGB

¹¹ Art. 2 de la EFZG

¹² Art. 138 de la ASVG

- **Prestación de rehabilitación (Rehabilitationsgeld):** En el supuesto de que se prevea que la incapacidad laboral o invalidez sean transitorias, pero dure más de seis meses el Seguro de enfermedad puede abonar prestación de rehabilitación a la persona asegurada que hubiera solicitado pensión de invalidez o de incapacidad laboral para el ejercicio de la profesión habitual del Seguro de pensiones y le fuera desestimada.¹³

Durante el cobro de la prestación de rehabilitación el asegurado sigue un proceso de atención individualizada para apoyar y garantizar la recuperación de la capacidad de trabajo. En este proceso existe una colaboración del Seguro de enfermedad con el Seguro de Pensiones y el Servicio Público de Empleo.

- **Prestación por reinserción laboral (Wiedereingliederungsgeld):** Para facilitar la reinserción laboral tras una larga enfermedad existe una prestación del Seguro de enfermedad, denominada Prestación por reinserción laboral.¹⁴

Según la ley que regula el Contrato de Trabajo (Art. 13^a)¹⁵ el trabajador incapacitado para el trabajo durante, al menos, seis semanas como consecuencia de una enfermedad o accidente, puede acordar con el empleador la posibilidad de reincorporarse al trabajo reduciendo la jornada en un 25 hasta un 50% y por un periodo de hasta seis meses, prorrogables hasta 9 meses.

Durante el periodo de reducción de la jornada, el trabajador cobra el salario en la parte proporcional al tiempo trabajado y, tras solicitarlo, puede recibir la prestación por reinserción laboral del Seguro de enfermedad. Es necesario elaborar un plan de reinserción y contar con la autorización de los servicios médicos de la Caja de enfermedad.

5. CUANTÍA / BASE REGULADORA

Continuación del pago de salario por parte de la empresa: El Código de Civil Austriaco establece que el trabajador mantiene el derecho al salario y en la Ley sobre Continuación del pago de salario en caso de enfermedad se señala expresamente que el trabajador tiene derecho al salario abonado habitualmente, es decir, al salario regular o al salario al que tendría derecho si no se encontrase incapacitado para el trabajo. En el supuesto de que trabajase a destajo, se tendría en cuenta el salario obtenido durante las 13 semanas precedentes.¹⁶

Prestación de la Seguridad Social:

- **Prestación por enfermedad (Krankengeld):** Desde el 4 hasta el día 42 de la incapacidad se tiene derecho al 50% de la base de cotización del último mes. A partir del día 43, al 60%. La base de cotización está constituida por el salario y complementos sujetos obligatoriamente a cotización hasta la base máxima de cotización.¹⁷

¹³ Art. 143a de la ASVG

¹⁴ Art. 143d de la ASVG

¹⁵ Ley que regula el Contrato de Trabajo (Arbeitsvertragsrechts-Anpassungsgesetz – AVRAG)

Arbeitsvertragsrechts-Anpassungsgesetz. – AVRAG.

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008872>

¹⁶ Art. 3 de la EFZG

¹⁷ Art.141 de la ASVG

En los estatutos de la Caja de enfermedad puede contemplarse el incremento del porcentaje de la base de cotización a los asegurados con familiares a cargo, hasta un máximo del 75%.

Si el trabajador tuviera derecho a salario a cargo de la empresa, la prestación por enfermedad se abona a partir del agotamiento de este derecho.

Los beneficiarios de prestación/subsidio por desempleo pueden cobrar prestación por enfermedad a partir del cuarto día de baja. Durante los primeros días de la enfermedad tienen derecho a la prestación o subsidio por desempleo.

- **Prestación de rehabilitación (Rehabilitationsgeld):** La cuantía de la prestación por rehabilitación es igual a la de la prestación por enfermedad y en ningún caso es inferior a la cantidad establecida en concepto de complemento por mínimo. Aunque la Prestación de rehabilitación la abona la Caja de Enfermedad, la financia el Órgano Gestor del Seguro de Pensiones.
- **Prestación por reinserción laboral (Wiedereingliederungsgeld):** Durante el período de reinserción el asegurado percibe el salario por el tiempo que trabaja a jornada parcial y la Prestación por reinserción laboral. La cuantía de esta prestación depende del porcentaje del tiempo de trabajo reducido y de la prestación por enfermedad a que tuviera derecho el asegurado a partir del 43 día de incapacidad laboral (60% de la base de cotización). A la cuantía resultante se aplica el porcentaje de la jornada reducida.¹⁸

6. SOLICITUDES

En el caso de **pago de salario por parte de la empresa** no procede hacer solicitud.

La Prestación por reinserción laboral (Wiedereingliederungsgeld) y la Prestación por enfermedad (Krankengeld) hay que solicitarla en la Caja de Enfermedad.

La Prestación de rehabilitación (Rehabilitationsgeld) no hay que solicitarla y se reconoce de oficio sobre la base de la información remitida por el Seguro de Pensiones a la Caja de Enfermedad.

7. NACIMIENTO DEL DERECHO

Continuación del pago de salario por parte de la empresa en caso de enfermedad: El derecho a seguir sobrando el salario nace con la enfermedad, siempre y cuando no hubiera sido provocada intencionadamente por el asegurado.¹⁹

Prestación de la Seguridad Social:

- **Prestación por enfermedad (Krankengeld):** En el caso de los asegurados con derecho a continuar cobrando salario en caso de enfermedad en virtud de lo establecido en el Código Civil o en la Ley sobre continuación del pago de salario

¹⁸ Art. 143d de la ASVG

¹⁹ Art. 2 de la LFZG

por enfermedad o accidente, el derecho a la Prestación por enfermedad nace a partir del día en que se agote el derecho a salario de la empresa. Si el trabajador tuviera derecho a seguir percibiendo el 50% del salario, cobraría el 50% de la prestación por enfermedad.²⁰

Los perceptores de prestación o subsidio por desempleo cobran la prestación por enfermedad a partir del cuarto día de la enfermedad. Durante los primeros tres días cobran prestación o subsidio por desempleo.

- **Prestación por reinserción laboral (*Wiedereingliederungsgeld*):** Una vez reconocida la prestación, el derecho nace a partir de la fecha en que se reinicie la actividad laboral.²¹
- **Prestación de rehabilitación (*Rehabilitationsgeld*):** El derecho a Prestación de rehabilitación nace después de que el Seguro de Pensiones desestime mediante resolución el pago de pensión de invalidez o de incapacidad laboral para el ejercicio de la profesión habitual y se considere que no procede llevar a cabo un proceso de rehabilitación profesional del Seguro de pensiones. En este contexto, el Seguro de enfermedad apoya al asegurado a recuperar la capacidad de trabajo reconociendo prestación de rehabilitación. La decisión y efectos del cobro de la prestación la adopta el Órgano Gestor del Seguro de Pensiones.

8. RECONOCIMIENTO DEL DERECHO

El reconocimiento del derecho a la **Prestación por enfermedad (*Krankengeld*)** y a **la Prestación por reinserción laboral (*Wiedereingliederungsgeld*)** corresponde a la Caja de Enfermedad. Aunque la **Prestación de rehabilitación (*Rehabilitationsgeld*)** la abona la Caja de Enfermedad, su reconocimiento corresponde al Seguro de pensiones teniendo en cuenta que esta prestación la financia este seguro y se abona tras desestimarse una pensión de invalidez o de incapacidad laboral para el ejercicio de la profesión habitual.

9. PAGO

En caso de derecho a salario por incapacidad, dicho salario lo abona directamente la empresa. El pago de la **Prestación por enfermedad (*Krankengeld*)**, de la **Prestación por reinserción laboral (*Wiedereingliederungsgeld*)** y de la **Prestación de rehabilitación (*Rehabilitationsgeld*)** lo efectúa directamente la Caja de Enfermedad a la cuenta que indique el beneficiario. El Seguro de Pensiones transfiere a la Caja de Enfermedad la cantidad abonada en concepto de Prestación de rehabilitación.²²

10. DURACIÓN/PRÓRROGA

Continuación del pago de salario por parte de la empresa: Quien perciba salario por incapacidad temporal al amparo del **Código Civil**, tendría derecho a 6 semanas de salario íntegro con menos de 5 años de antigüedad, a 8 semanas con 5 años de antigüedad, a 10 semanas con 15 años y a 12 semanas con 25 años de antigüedad.

²⁰ Art. 138 de la ASVG

²¹ Art. 143d de la ASVG

²² Art. 143c de la ASVG

Además, una **vez agotado este derecho**, el trabajador puede percibir el 50% del salario durante cuatro semanas adicionales. En caso de accidente, el trabajador tiene derecho a cobrar salario íntegro durante 8 semanas y durante 10 semanas con 15 años de antigüedad.²³

Quienes se rijan por la **Ley sobre continuación del pago de salario en caso de incapacidad por enfermedad común, accidente o enfermedad profesional**²⁴, en caso de enfermedad la empresa está obligada a seguir abonando salario durante el tiempo indicado en el cuadro presentado a continuación, en función de la antigüedad del trabajador:

Duración del pago de salario en caso de enfermedad común (EFZG)

Antigüedad	Salario íntegro	50% del salario	Duración máxima
Hasta 1 año	6 semanas	4 semanas	10 semanas
De 1 a 14 años	8 semanas	4 semanas	12 semanas
15 a 24 años	10 semanas	4 semanas	14 semanas
Más de 25 años	12 semanas	4 semanas	16 semanas

Si la incapacidad laboral es por accidente o enfermedad profesional se cobra salario durante ocho semanas con menos de 15 años de antigüedad y 10 semanas con más de 15 años.

Una vez agotado el salario que debe abonar la empresa, el trabajador cobrará la prestación por incapacidad laboral de la Seguridad Social (Krankengeld). Cuando el trabajador pasa a tener derecho a la mitad del salario, la Seguridad Social abona la mitad de la prestación por incapacidad laboral.

Prestación de la Seguridad Social:

- **Prestación por enfermedad (Krankengeld):** Con carácter general, la prestación se abona durante 26 semanas. La duración se incrementa a 52 semanas cuando el beneficiario acredita seis meses de seguro en los 12 meses precedentes a la enfermedad.²⁵ Los estatutos de la Caja de enfermedad pueden incrementar la duración hasta un máximo de 78 semanas.

La prestación por enfermedad puede seguir abonándose tras transcurrir el período máximo si el asegurado acredita incapacidad laboral, persiste la relación laboral, ha recibido una decisión desestimatoria de reconocimiento de pensión de invalidez, ha interpuesto el correspondiente recurso y no tiene derecho a la prestación de rehabilitación. En este supuesto, se percibe hasta que se resuelve el recurso y exista una sentencia firme.

En el supuesto de que entre dos bajas debidas a una enfermedad transcurra menos de 91 días, ambos períodos se tienen en cuenta a la hora de determinar la duración máxima de la prestación.

²³ Art. 1154b del ABGB

²⁴ Art. 2 de la LFZG

²⁵ Art. 139 de la ASVG

Una vez agotado el derecho a la prestación, se adquiere un nuevo derecho cuando el asegurado cotiza al Seguro de enfermedad durante, al menos, 13 semanas.

- **Prestación de rehabilitación (*Rehabilitationsgeld*):** La prestación se percibe durante el período de incapacidad laboral transitoria fijado por el Seguro de pensiones. El Seguro de enfermedad puede examinar si persiste la incapacidad cuando lo considere necesario y lo hará, en todo caso, al transcurrir un año desde el reconocimiento de la prestación o desde la fecha en que se emitió el último dictamen.²⁶
- **Prestación por reinserción laboral (*Wiedereingliederungsgeld*):** Existe flexibilidad para determinar el tiempo de reducción de la jornada y el porcentaje de jornada a realizar. Puede convenirse una reducción de la jornada de uno a seis meses y prolongarse por un máximo de tres meses. Durante este tiempo se percibe la prestación.²⁷

11. CAUSAS DE EXTINCIÓN, PÉRDIDA O SUSPENSIÓN

Continuación del pago de salario por parte de la empresa: Este derecho se extingue por el agotamiento del cobro de salario durante el tiempo que se tuviera derecho, por alta médica o por fallecimiento. En el supuesto de que durante el periodo de cobro de salario por enfermedad el trabajador fuera despedido sin motivos importantes o el empleador fuera responsable del despido, el trabajador mantiene el derecho a cobro de salario durante la incapacidad por el tiempo que tuviera derecho a pesar de que se extinguiera la relación laboral. También se mantiene este derecho cuando se disuelve la relación laboral por mutuo acuerdo.²⁸

El derecho al cobro de salario puede ser suspendido en el supuesto de que el trabajador no informe al empleador del inicio, duración, previsiones y origen de la incapacidad laboral presentando el correspondiente certificado. El derecho también se suspende cuando el trabajador no informa inmediatamente al empleador del alta laboral o no se somete a los reconocimientos médicos ordenados por el Órgano gestor del Seguro de enfermedad.

Prestación de la Seguridad Social:

- **Prestación por enfermedad (*Krankengeld*)²⁹:** El derecho a la prestación se extingue por el transcurso del plazo máximo de tiempo a que se tuviera derecho, por alta médica que permita al trabajador realizar su trabajo habitual, por fallecimiento.

En el supuesto de que durante las 26 primeras semanas de cobro de Prestación de enfermedad fuera reconocida una pensión de invalidez, de incapacidad

²⁶ Art. 143ª de la ASVG

²⁷ Art. 143d de la ASVG

²⁸ Art. 4 y 5 de la LFZG

²⁹ Art.143 de la ASVG

laboral para el ejercicio de la profesión habitual o de jubilación el beneficiario de prestación de enfermedad sigue percibiendo esta prestación. Si la resolución se dicta después de que transcurran las 26 semanas, el derecho a prestación por enfermedad se extingue a partir de la fecha de recepción de la decisión.

El derecho a Prestación por enfermedad puede ser denegado cuando el beneficiario haya provocado intencionadamente la enfermedad o cuando hubiera generado la enfermedad mediante un acto sancionado con pena privativa de libertad superior a un año.

El derecho a la prestación por enfermedad podrá ser desestimado si esta es consecuencia directa del consumo del alcohol o de drogas.

Los familiares a cargo pueden percibir la mitad de la Prestación.

El derecho a Prestación por Enfermedad puede ser suspendido cuando:

- No se notifique la baja al órgano gestor
- El trabajador percibe salario de la empresa en virtud de las disposiciones legales o convenios colectivos,
- En el supuesto de que perciba prestación sustitutiva del salario por vacaciones, despido, etc.
- Durante el cobro de Prestación del seguro de accidente
- Mientras el beneficiario realiza servicio civil o militar o estuviera asegurado por el Seguro militar.
- Mientras se percibe Prestación por reinserción laboral
- En caso de traslado al extranjero sin notificación

El derecho a Prestación puede suspenderse por incomparecencia a la convocatoria de los médicos, por no seguir las indicaciones médicas o no respetar las disposiciones relativas a los enfermos.

Cuando desaparezcan los motivos de suspensión puede ser reanudado el cobro de la prestación

- **Prestación de rehabilitación (Rehabilitationsgeld):** El derecho se extingue el transcurrir el tiempo por el que fue reconocida la prestación, por alta médica o por fallecimiento

El derecho a la prestación puede suspenderse si el trabajador tiene derecho al cobro de salario, vacaciones, indemnizaciones por despido por parte de la empresa. También se suspende si se desestima la colaboración en las medidas de rehabilitación prescritas o el asegurado no colabora con el Servicio de atención personalizada.

En el supuesto de que el asegurado tuviera derecho a Prestación por enfermedad y a prestación por rehabilitación, el derecho a la prestación por

enfermedad se suspende durante el cobro de la prestación por rehabilitación. Ello no afecta a la duración de la prestación por enfermedad.³⁰

En el supuesto de que durante el cobro de la Prestación por rehabilitación se ejerciera una actividad económica que aportase un salario superior al mínimo exento de cotización (446,81€ mensuales) puede abonarse una prestación parcial de rehabilitación.

- **Prestación por reinserción laboral (*Wiedereingliederungsgeld*):** El derecho a la prestación se extingue al agotarse el tiempo de cobro convenido, incluidas las prórrogas. También se extingue cuando se supera la jornada de trabajo en más de un 10% del tiempo convenido, por fallecimiento, por alta médica.

El derecho se suspende cuando desaparecen las condiciones que provocaron su concesión, tales como el desencadenamiento de una enfermedad que impide la reinserción laboral y desaparece cuando se le reconoce al trabajador una prestación de rehabilitación o una pensión para el mismo periodo de referencia.

Con la suspensión del derecho a Prestación por reinserción se deroga el acuerdo sobre reducción de la jornada.

12.GESTIÓN Y DOCUMENTACIÓN

- **Prestación por enfermedad (*Krankengeld*):** La prestación debe solicitarla el beneficiario o la persona autorizada. Deberá presentar la baja médica, la declaración de la empresa relativa al salario, en caso de ingreso en hospital, la certificación correspondiente y la declaración sobre la cuenta bancaria. Los documentos pueden remitirse por correo postal, fax o correo electrónico.
- **Prestación de rehabilitación (*Rehabilitationsgeld*):** La prestación la reconoce de oficio la Caja de enfermedad a partir de las informaciones y documentación emitida por el Seguro de pensiones tras desestimar el reconocimiento de pensión de invalidez o incapacidad laboral para el ejercicio de la profesión habitual.
- **Prestación por reinserción laboral (*Wiedereingliederungsgeld*):** En colaboración con el Servicio de Asesoramiento y Apoyo en el Empleo para las personas con problemas sanitarios, denominado “fit2work”, el trabajador y la empresa elaboran un plan de reinserción. En este proceso participan los servicios de medicina laboral de la empresa o el correspondiente centro, así como el comité de empresa. En el momento de la reinserción laboral el trabajador debe ser dato de alta y disponer del correspondiente certificado médico.

Antes de iniciar el trabajo a tiempo parcial, la Caja de enfermedad debe reconocer la prestación, para lo cual examina si se cumplen los requisitos y dispone de la correspondiente documentación (antigüedad, duración de la baja, alta médica, acuerdo de reinserción, etc.)

³⁰ Art.143ª de la ASVG

La protección de la incapacidad temporal de los trabajadores asalariados y los trabajadores por cuenta propia o autónomos

INTRODUCCIÓN:

El presente informe se basa fundamentalmente en la información presentada por Bélgica a la Dirección General de Empleo, Asuntos Sociales e Inserción de la Comisión Europea, el MISSOC (Sistema de Información Mutua sobre Protección Social). En el sistema de seguridad social belga, enmarcan esta prestación en los capítulos de “Cuidados de la Salud” y de “Prestaciones de enfermedad en especie”

El sistema belga de protección social se articula a través de tres regímenes: asalariados (obreros y empleados), independientes y funcionarios.

La protección de la incapacidad para el trabajo se realiza a través de los cuidados de salud y de las prestaciones económicas (en especie) como se denomina en el derecho belga. La finalidad de la prestación económica es compensar económicamente al trabajador frente a la pérdida de ingresos por la situación sobrevenida de incapacidad laboral, como consecuencia de una enfermedad o de un accidente, derivada de una contingencia común o profesional.

CUIDADOS DE SALUD

Ámbito subjetivo de cobertura para toda la población: Trabajadores asalariados y asimilados, los trabajadores independientes y asimilados, así como otras categorías (como estudiantes, discapacitados, beneficiarios de prestación de integración, etc.) así como las personas a cargo de los anteriores.

Para ser titular del derecho a la asistencia sanitaria es necesario estar afiliado a un Organismo Asegurador (INAMI, INASTI, ONSS), así como estar afiliado a alguna de las Mutualidades existentes en la Unión Nacional de Mutualidades, o al CAAMI (Caja auxiliar de seguros de enfermedad-invalididad. Institución pública que ejerce las mismas funciones que las Mutualidades). Los trabajadores entran en contacto con una Mutualidad o con el CAAMI con carácter simultáneo al inicio de su relación laboral, ya que están obligados a darse de alta en alguna de las Mutualidades o en el CAAMI.

El trabajador podrá cubrir de manera voluntaria y particular la cobertura de otros servicios complementarios.

La CAAMI está obligada a inscribir a cualquier beneficiario que lo solicite, sin que sea necesario suscribir otros seguros complementarios.

Las cotizaciones no pueden ser inferiores a unas mínimas estipuladas, si ese es el caso, debe abonarse una cotización complementaria para conservar el derecho.

Asimismo, se mantiene la situación de asimilación al alta al Organismo Asegurador durante los dos años siguientes al último año en el que se han realizado cotizaciones.

Las prestaciones cubren la asistencia sanitaria, hospitalaria, farmacéutica. En el modelo sanitario belga el asegurado abona las facturas a los médicos de familia o especialistas y posteriormente solicita el reintegro a las Mutualidades que devuelven todo o parte de lo abonado.

Organismos competentes:

En Bélgica los Organismos competentes para el control y seguimiento por contingencias comunes son el INSTITUTO NACIONAL DE SEGURO DE ENFERMEDAD E INVALIDEZ (INAMI) o el INSTITUTO NACIONAL DE SEGURO DE LOS TRABAJADORES INDEPENDIENTES (INASTI).

El INAMI es una Institución Federal que depende del Ministerio de Asuntos Sociales y de la Secretaría de Estado de Asuntos Sociales, se ocupa tanto del seguro obligatorio como de los cuidados de la salud, así como del control del pago de las prestaciones de incapacidad. Asimismo, controla la correcta aplicación de la legislación en materia de incapacidad por parte de las Mutualidades Profesionales de la Salud de los Ciudadanos e informa a los profesionales de la salud sobre las normas sobre seguro obligatorio.

Para las contingencias profesionales el Organismo competente es la Agencia Federal para los Riesgos Profesionales (FEDRIS) que analizaremos en el apartado de contingencias profesionales.

El control y pago de las prestaciones en especie (prestaciones económicas) está a cargo de los Organismos Aseguradores, que son las Mutualidades:

- CAAMI: Caja auxiliar de seguros de enfermedad-invalididad. Institución Pública.
- MUTUALIDADES ASEGURADORAS:
 - o Alianza Nacional de Mutualidades Cristianas (ANMC)
 - o Unión Nacional de Mutualidades Neutras
 - o Unión Nacional de Mutualidades Socialistas
 - o Unión Nacional de Mutualidades Liberales
 - o Unión Nacional de Mutualidades Libres
 - o Caja de cuidados de salud del Grupo de la SNCB (Compañía Nacional de Ferrocarriles de Bélgica).

Los derechos inherentes a los cuidados de salud y prestaciones de enfermedad e invalidez son de competencia federal, mientras que las Regiones se ocupan de implementar las prestaciones complementarias, como pueden ser los cuidados de larga duración para las personas dependientes, salarios o rentas mínimas de integración y otras prestaciones sociales. Asimismo, a nivel local, la protección social se proporciona por los diferentes Ayuntamientos-Comunas a través de los CPAS (Centros Públicos de Atención Social www.mi.is.be/fr)

PRESTACIONES ECONÓMICAS POR ENFERMEDAD (EN ESPECIE SEGÚN LA DENOMINACIÓN BELGA)

CONTINGENCIAS COMUNES

La Ley de 3 de julio de 1978, sobre los contratos de trabajo regula la obligación del trabajador de informar a su empresario de la situación de IT, y al empresario de controlar la ausencia del empleado al trabajo, por lo que el médico controlador deberá extender un certificado de baja médica, indicando igualmente la duración estimada del proceso y de los controles médicos posteriores.

En caso de desacuerdo entre el trabajador y el médico controlador, se puede acudir a un médico intermediario, que deberá figurar en los listados del Servicio Público Federal de Empleo, Trabajo y Concertación Social (en adelante SPF).

El trabajador deber avisar inmediatamente a su empleador de la situación de IT en el plazo ordinario previsto que es de dos días hábiles, salvo en casos de fuerza mayor. Este aviso permitirá a la empresa controlar la situación de incapacidad temporal y la organización del trabajo durante la ausencia del trabajador.

Nacimiento del derecho a la prestación económica por IT derivada de contingencias comunes

Todo trabajador asalariado o trabajador independiente que no pueda trabajar debido a una enfermedad común o un accidente no laboral, tendrá derecho a una prestación económica de reemplazo.

El médico de la Mutualidad deberá expedir un certificado médico de baja. El seguro de cobertura de prestaciones tiene por objeto conceder al trabajador que se encuentre en situación de baja médica por enfermedad común o accidente no laboral, el abono de una prestación que sustituya la pérdida de salarios. La situación de incapacidad laboral se determina:

- Trabajadores por cuenta ajena: Que represente una disminución de su capacidad de ganancias de al menos el 60%.
- Trabajadores autónomos: Cuando no pueda ejercer las diferentes tareas profesionales.

Se considera que un proceso de baja médica es recaído de otro anterior si, por la misma causa, sobreviene otra baja médica en el transcurso de los primeros 14 días desde el alta médica anterior y se continuará con el pago en los porcentajes establecidos. Se establecen causas de exclusión, cuando la recaída sea debida a imprudencia del trabajador o sea debida a la comisión de una falta grave.

Requisitos:

a) Trabajadores asalariados:

- a. Estar afiliado a un Organismo Asegurador (Mutualidad)
- b. Carencia previa mínima anterior de 12 meses de trabajo.
- c. Cotización previa de 180 días

- d. Haber cesado toda actividad y tener reconocida la situación de Incapacidad Laboral por el médico de la Mutualidad.

Los trabajadores conservan el derecho a percibir la prestación económica, con las siguientes variables:

Trabajadores por cuenta ajena: Obreros y Empleados (en referencia a los dos tipos de Estatutos existentes en Bélgica, aparte del Estatuto de Funcionarios).

Obreros	Porcentaje y responsable del pago de la prestación económica	
	empresario	Mutualidad
1º al 7º día	100%	--
8º al 14 día	85,88%	--
15º al 30º día	25,88% de la parte de salario que no sobrepase el tope establecido por la CAAMI 85,88% de la parte que la supere	60% limitado al tope fijado por la Mutualidad o CAAMI
31º en adelante	--	Mutualidad

Para empleados con contrato indefinido:

Estatuto de Empleados	Porcentaje y responsable del pago de la prestación económica	
	empresario	Mutualidad
1º al 30º día	100%	--
31º en adelante	--	Mutualidad

Para empleados con contrato de duración determinada inferior a 3 meses, cobertura similar a los obreros

	Porcentaje y responsable del pago de la prestación económica	
	empresario	Mutualidad
1º al 7º día	100%	--
8º al 14 día	86,93%	--
15º al 30º día	26,93 % de la parte de salario que no sobrepase el tope establecido por la CAAMI 86,93% de la parte que la supere	60% limitado al tope fijado por la Mutualidad o CAAMI
31º en adelante	--	Mutualidad

La Mutualidad toma el relevo del pago del salario garantizado por el empleador. La indemnización compensatoria abonada por la Mutualidad corresponde al 60% de la remuneración: Para las incapacidades surgidas a partir del 1 de enero de 2018, el tope para el cálculo de la indemnización compensatoria es de 142,5279 €/día.

Si se continúa en situación de Incapacidad Laboral más de un año, el trabajador tendrá derecho a una indemnización de Invalidez.

b) Trabajadores por cuenta propia o autónomos

- a. Cotización previa de 6 meses.
- b. Estar al corriente en el pago de cuotas.
- c. No puede haber un periodo de interrupción de más de 30 días entre el comienzo de la incapacidad laboral y el último trimestre de cotizaciones sociales.

Este colectivo tiene un periodo de carencia de 30 días, a continuación, el pago de la prestación corre a cargo de la Caja Pública compensadora CAAMI. Si se continúa en situación de Incapacidad Laboral más de un año, el trabajador tendrá derecho a una indemnización de Invalidez.

CONTINGENCIAS PROFESIONALES

Nacimiento del derecho en casos de IT por contingencias profesionales derivada de una Enfermedad Profesional o Accidente laboral

Como trabajador asalariado, en supuesto de baja por contingencias profesionales, la salud está protegida por la Agencia Federal de riesgos profesionales **FEDRIS**, además todo empleador está obligado a suscribir una póliza de seguro por accidente de trabajo, en su defecto entra en juego el Fondo de Accidentes de Trabajo al que obligatoriamente deben estar afiliados los empresarios.

No requiere carencia previa para los trabajadores asalariados, y los independientes, deben suscribir la cobertura con la Mutualidad.

FEDRIS examina e indemniza la incapacidad laboral por causa de Enfermedad profesional para las enfermedades profesionales tipificadas en la lista oficial de Enfermedades profesiones que es abierta. Actúa también con carácter preventivo, ofreciendo en determinados supuestos vacunas y sesiones de rehabilitación gratuitas, así como procesos de readaptaciones profesionales cuando la capacidad residual no es óptima para las tareas profesionales habituales.

Derechos derivados de las contingencias profesionales:

- Indemnización que abonará la Agencia Federal de Riesgos Profesionales (FEDRIS). www.fedris.be/fr
- Derecho a Incapacidad Temporal y a Incapacidad Permanente.
- Reembolso de los gastos médicos.
- Ayudas económicas para tercera persona.
- En casos de fallecimiento derivado de contingencias profesionales, sus derechohabientes tendrán derecho a una indemnización.

Nacimiento del derecho a la prestación económica por Incapacidad Temporal derivada de contingencias profesionales

- Accidente de trabajo es todo accidente que sobreviene a un trabajador en el ejercicio de su trabajo y que le produce una lesión, incluido el accidente de trabajo *in itinere*.
- Si una enfermedad profesional se encuentra tipificada en la lista oficial de EPPP y la víctima trabaja en un sector expuesto a un riesgo determinado, la relación causal entre la exposición y la enfermedad profesional se presume.

Se considera el alta de pleno derecho, sin requisito de carencia previa, salvo para los trabajadores independientes.

- a) Trabajadores por cuenta ajena del sector privado, aprendices, becarios en prácticas, aunque no perciban remuneración, las personas que en razón de una Incapacidad o de situación de desempleo retribuido siguen readaptaciones o formación profesional y los alumnos y estudiantes que debido a su instrucción estén expuestos a un riesgo de enfermedad profesional.
- b) Trabajadores por cuenta ajena del sector público
- c) Trabajadores independientes o autónomos: Es obligatorio cubrir un seguro obligatorio en materia de enfermedades profesionales.

En caso de accidente de trabajo, el seguro obligatorio por accidente de trabajo cubrirá también los gastos médicos. Las prestaciones económicas a las que se tiene derecho durante la incapacidad por accidente de trabajo se calculan en función de las retribuciones básicas y el porcentaje de discapacidad.

- Salario a los obreros y empleados con contratos de duración determinada inferior a 3 meses: Los 7 primeros días, será a cargo del empleador el 100% de su retribución, los siguientes periodos correrán a cargo de la Compañía Aseguradora o del Fondo de Enfermedades Profesionales; no obstante, el empresario avanzará al trabajador los siguientes 23 días de baja médica por contingencia profesional, importe que le será reembolsado por la compañía aseguradora. A partir del 30º día corre a cargo de la compañía aseguradora.
- Salario a empleados con contrato indefinido o superior a 3 meses: Los 30 primeros días serán a cargo del empresario, a partir del 31º día correrá a cargo de la Compañía aseguradora.
- Los trabajadores independientes que tienen que interrumpir su actividad a consecuencia de la baja médica, pueden solicitar un autónomo sustituto para que le reemplace temporalmente. En supuestos de baja por Enfermedad profesional, la aseguradora de enfermedad e invalidez para los trabajadores autónomos se hará cargo del pago de las prestaciones.

DURACIÓN Y CONTROL DE LA INCAPACIDAD LABORAL

Transcurrido un año de baja médica, se considerará Invalidez. El facultativo designado por la Mutua emitirá un informe propuesta de Invalidez. El Tribunal Médico de Invalidez competente, en base al informe anterior, dictará un informe de Invalidez en su caso. Se considera recaída en supuestos de incapacidad dentro de los 3 meses desde el alta médica del proceso anterior.

Para el cálculo de los topes de prestaciones se tienen en cuenta las siguientes situaciones familiares:

- Trabajador sin persona a cargo, o persona a la que no se le pueda considerar como persona a cargo, por sus ingresos o por un grado mayor de consanguinidad o afinidad.
- Trabajador con persona a cargo, hasta 3º grado de consanguinidad o afinidad, y que no disponga de rentas.
- Trabajador con pareja de hecho, que no perciba rentas o éstas sean inferiores a los baremos establecidos.

Control y disponibilidad. La situación de IT se controla a través del médico controlador estando el trabajador obligado a pasar ese control. El medico controlador, hace el examen y valora la situación del trabajador, estableciendo el tiempo previsto de duración. Este médico, podrá contactar con el médico de cabecera que ha emitido la baja del trabajador.

Hay un periodo de “disponibilidad” horaria diaria en la que el trabajador debe estar a disposición de los controles médicos que, normalmente, es de 4 horas diarias. El incumplimiento de estos requisitos puede suponer penalizaciones en las prestaciones pendientes de percibir.

En el Plan de Estrategia de Seguridad, Salud y Bienestar en el Trabajo. Plan de Acción 2016-2020, el Gobierno belga presentó una serie de objetivos. El denominado “refuerzo de la prevención” se establecía como objetivo para optimizar el funcionamiento de los servicios de inspección de trabajo y un programa de ayuda a la reinserción laboral de los trabajadores en situación de incapacidad laboral, en base al informe número 196 de 26 de mayo 2016, del Consejo de Prevención y de protección en el trabajo sobre el proyecto de RD que modifique el RD de 28/05/2003 de control de la salud de los trabajadores en la reincorporación al trabajo de los trabajadores en situación de incapacidad laboral.

El RD de 28/10/2016 que modifica el RD de 28/05/2003 relativo a la supervisión de la salud de los trabajadores respecto de la reintegración de los trabajadores en situación de incapacidad laboral, recoge las novedades introducidas para procurar la reintegración de los trabajadores en situación de incapacidad laboral al trabajo.

Establece la implicación tanto de la empresa como del trabajador, establece la figura del consejero en prevención de salud laboral que establecerá un plan de reintegración, ofreciendo al trabajador la posibilidad de reincorporación parcial o plena al trabajo en función de sus capacidades laborales residuales, propuesta que

deberá ser aceptada por trabajador y empleador. El RD establece unos plazos para ofertar y aceptar el plan de reintegración.

Se contempla la figura del inspector médico socio laboral que supervisa las propuestas de reintegración al trabajo, elaborará un informe médico que será firmado por el médico del consejo en prevención de salud laboral.

El RD establece un plazo de seis meses desde su entrada en vigor para que los agentes sociales evalúen la evolución de la medida.

En el número 223 de la Revista de Actualidad Internacional Sociolaboral se reproduce una entrevista a la Ministra de Asuntos Sociales y Sanidad Pública, y del Asilo y de la Emigración, publicada en el diario Le Soir de fecha 21/04/2018, en el que la Sra. Maggie de Block habla de los resultados obtenidos tras la aplicación de esta medida de reintegración de los trabajadores en procesos de incapacidad laboral al trabajo.

Se refiere a la tercera medida implantada por el Gobierno Federal de control de la Incapacidad Laboral, que establece un “trayecto de reintegración al trabajo”, con la colaboración del trabajador que ha estado enfermo, el médico de cabecera, el médico de la mutualidad y el de la empresa.

En abril 2019, la Ministra de Asuntos sociales ha anunciado que se ha establecido un cuestionario de revisión médica para la reincorporación al trabajo de las personas que estén en un proceso de IT de larga duración. Este cuestionario ha sido consensuado con las Universidades de Lovaina, Lieja, el Instituto Nacional de Invalidez (INAMI) y las Mutualidades.

Compatibilidad de la percepción de IT con el ejercicio de una actividad adaptada. El artículo 230 del Real Decreto de 3 de julio de 1996, de desarrollo de la Ley 14 de julio de 1994, relativa a la asistencia sanitaria y a las prestaciones en caso de incapacidad temporal derivada de contingencias comunes, establece los requisitos de la compatibilidad de la IT con el ejercicio de una actividad adaptada a su estado de salud. Requiere autorización del Tribunal Médico de la Mutualidad y tener al menos una reducción del 50% de capacidad laboral y que obtenga un trabajo compatible con su estado de salud. Supone, asimismo, la reducción de la indemnización de la prestación económica por IT.

Legislación Aplicable

1. TRABAJADORES POR CUENTA AJENA

Ley de 3 de julio de 1978, sobre los contratos de trabajo (suspensión de la relación laboral)

http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1978070301&table_name=loi

Convenio Colectivo de Trabajo nº 12 bis de 26 de febrero de 1979, sobre salario garantizado a cargo del empleador para el personal con estatuto de obrero en caso de incapacidad laboral derivada de cualquier tipo de contingencia. <http://www.cnt-nar.be/CCT-COORD/cct-012-bis.pdf>

Convenio Colectivo de Trabajo nº 13 bis de 26 de febrero de 1979, sobre salario garantizado a cargo del empleador para el personal con estatuto de empleado en

caso de incapacidad laboral derivada de cualquier tipo de contingencia.
<http://www.cnt-nar.be/CCT-COORD/cct-013-bis.pdf>

Ley de 14 de julio de 1994, relativa a la asistencia sanitaria y a las prestaciones en caso de incapacidad laboral derivada de contingencias comunes

http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1994071438&table_name=loi

Real Decreto de 3 de julio de 1996, de desarrollo de la Ley de 14 de julio de 1994 relativa a la asistencia sanitaria y a las prestaciones en caso de incapacidad laboral derivada de contingencias comunes

http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1996070337&table_name=loi

Reglamento de 16 de abril de 1997 por el que se desarrolla el artículo 80, 1er, 5º, de la Ley de 14 de julio de 1994

http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1997041639&table_name=loi

Ley de 10 de abril de 1971 sobre accidentes de trabajo (prestaciones en situaciones de incapacidad laboral derivadas de accidentes de trabajo)

http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1971041001&table_name=loi

Ley de 3 de junio de 1970 sobre enfermedades profesionales (prestaciones en situaciones de incapacidad laboral derivadas de enfermedades profesionales)

http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1970060302&table_name=loi

2. TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA

Ley de 14 de julio de 1994 en lo referente a la asistencia sanitaria en situaciones de incapacidad laboral

http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1994071438&table_name=loi

Real Decreto de 20 de julio de 1971 sobre prestaciones a favor de los trabajadores por cuenta propia en caso de incapacidad laboral

http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1971072001&table_name=loi

Fuentes y enlaces del Servicio Público Federal de Empleo SPFE Bélgica.

(1) Información genérica sobre la Incapacidad Temporal derivada de contingencias comunes y profesionales:

www.belgium.be/fr/emploi/sante_et_bien-etre/

(2) https://www.belgium.be/fr/emploi/sante_et_bien-etre/incapacite_de_travail

(3) <http://www.emploi.belgique.be/defaultTab.aspx?id=42337>

(4) http://www.emploi.belgique.be/detailA_Z.aspx?id=912

(5) <https://www.socialsecurity.be/citizen/fr/incapacite-de-travail-accident-de-travail-et-maladies-professionnelles>

(6) <https://socialsecurity.belgium.be/fr>; www.socialsecurity.be;

CAAMI <https://www.caami-hziv.fgov.be/fr>

Seguridad Social Belga: <https://www.socialsecurity.be/>

INAMI: <https://www.inami.fgov.be/fr/Pages/default.aspx>

Informe MISSOC: Sistema de Información Mutua sobre Protección Social. Comisión Europea. Dirección General de Empleo, Asuntos Sociales e Inserción:

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=815&langId=es>;

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=849&langId=fr>.

Regulación de la incapacidad temporal en Bolivia

NORMATIVA

- a) Constitución Política del Estado Plurinacional.
- b) Código de Seguridad Social y sus reglamentos
- c) Decreto Ley nº13214 de 24 de diciembre de 1975 elevado a rango de ley mediante Ley nº006 de 1º de mayo de 2010.
- d) Ley 3505 de 26 de octubre de 2006.
- e) Ley 924 de 15 de abril de 1987 y su reglamento.
- f) Ley 3131 de 8 de agosto de 2005 y su decreto reglamentario.
- g) Ley 475 de 30 de diciembre de 2013.
- h) Ley 223 de fecha 12 de febrero de 2014.
- i) Ley 065 y su Decreto Reglamentario del 10 de diciembre de 2010.
- j) Ley 977 de 29 de septiembre 2017.
- k) Ley 548 Código niño, niña y adolescente.
- l) Decreto Supremo 20991 de 1 de agosto de 1985.
- m) Decreto Supremo nº3561 de 16 de mayo de 2018.
- n) Decreto Supremo nº1115 de 21 de junio 1997.
- o) Decreto Supremo nº3174
- p) Decreto Ley 1463 de 03 de junio 1977.
- q) Decreto Ley 16998 de 02 de agosto 1979
- r) Resolución Administrativa de la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social a Corto Plazo nº064/2018.

INCAPACIDAD TEMPORAL REGULACIÓN

1. Campo objetivo protección del Código Seguridad Social boliviano.

El Seguro Social tiene por objeto proteger a los trabajadores y sus familiares en los casos siguientes:

- a) enfermedad;
- b) maternidad;
- c) riesgos profesionales;
- d) invalidez;
- e) vejez; y
- f) muerte.

2. La baja médica:

El médico tratante será el único facultado para expedir el Certificado de Incapacidad

Temporal del asegurado, por periodos no mayores a siete días, cada vez, en consultas ambulatorias.

La enfermedad o el accidente serán reconocidos por los servicios médicos de la Caja. El asegurado y sus beneficiarios tienen derecho a las prestaciones en especie que dichos servicios consideren indispensables para la curación, o sea a la necesaria asistencia médica y dental, general y especializada, quirúrgica, hospitalaria y al suministro de medicamentos que requiera el estado del enfermo.

Certificado de Incapacidad Temporal:

Cuando el médico tratante califique la incapacidad temporal del asegurado, expedirá el Certificado de Incapacidad Temporal, que le servirá al asegurado para justificar su ausencia en su fuente laboral y, al empleador para que cancele el subsidio autorizado y solicite el reembolso al Ente Gestor de Salud, cuando así corresponda.

En casos de hospitalización podrán ampliarse los plazos a juicio del médico tratante.

En los casos que se demuestre clínicamente que existe fundada posibilidad de recuperación del enfermo, la comisión de prestaciones en uso de sus atribuciones podrá ampliar la Incapacidad Temporal.

En los casos que no exista fundada posibilidad de recuperación del enfermo y se haya establecido que la patología es irreversible, el médico tratante convocará a una junta médica para determinar lo que corresponda, quienes emitirán un informe técnico para su remisión a las instancias correspondientes, para su consideración.

En caso de que la trabajadora o trabajador reciba asistencia médica que implique incapacidad temporal y sea durante el transcurso del periodo de vacaciones, se suspenderá inmediatamente el plazo del periodo de vacación, reiniciándose el mismo a partir de la fecha de alta por el tiempo restante.

3. Solicitud:

- **Ante las entidades privadas**

1. Solicitud dirigida a la Autoridad competente.
2. Planilla de incapacidades (original y dos copias), que señale identificación del empleador, el trabajador, salario, días de incapacidad, porcentaje de incapacidad y monto de reembolso.
3. Formulario Certificado de Incapacidad Temporal original.
4. Fotocopia de la última planilla de salarios.
5. Fotocopia de último comprobante de pago de cotizaciones.

- **Ante las entidades públicas**

1. Solicitud dirigida a la Autoridad competente.
2. Planilla de incapacidades (original y dos copias), que señale identificación del empleador, el trabajador, salario, días de incapacidad, porcentaje de incapacidad y monto de reembolso.
3. Formulario Certificado de Incapacidad Temporal original.
4. Fotocopia de la última planilla de salarios.
5. Fotocopia del formulario C-31 reporte SIGMA.

4. Inicio y duración del subsidio de incapacidad temporal por enfermedad común:

En caso de que la enfermedad determine un estado de incapacidad para el trabajo, el asegurado tiene derecho, a partir del cuarto día del reconocimiento de la incapacidad por los servicios médicos de la Caja, a un subsidio diario que se pagará mientras dure la asistencia sanitaria. El subsidio por enfermedad común se iniciará a partir del 4 ° día de incapacidad, con duración máxima de 26 semanas, prorrogable por otras 26 semanas más si con ello se evita el estado de invalidez.

5. Duración de la asistencia sanitaria en caso de enfermedad común:

Las prestaciones médicas se conceden por un máximo de 26 semanas para una misma enfermedad en un período de 12 meses consecutivos. En los casos en que exista clínicamente fundada posibilidad de recuperación del enfermo, la Comisión de Prestaciones de la Caja puede autorizar la ampliación de las prestaciones hasta un máximo de otras 26 semanas por una sola vez. Sin embargo, cesará en cualquier momento el derecho a las prestaciones si el enfermo es declarado inválido.

6. Responsables del pago:

En caso de enfermedad común y accidente no laboral los empleadores deben abonar los subsidios por incapacidad temporal a sus trabajadores por los tres primeros días, a partir del cuarto día corresponde al Ente Gestor de Salud el reconocimiento de este derecho.

El pago de la incapacidad temporal: Los subsidios serán pagados directamente por el empleador y reembolsados por la Entidad Gestora en los treinta días siguientes al mes en que se efectuaron los pagos y contra presentación de los originales de los "Certificados de Incapacidad Temporal" expedidos por médicos de la Entidad Gestora, cuantificados por esta última y firmados por el asegurado.

7. Entidades competentes:

Los Entes Gestores del sistema de Seguridad Social de Corto Plazo son los encargados de preservar la salud de la población económicamente activa, otorgando prestaciones en especie y dinero en los Seguros de Enfermedad, Maternidad y Riesgos Profesionales de Corto Plazo a través de sus unidades médicas y administrativas, generando, además, programas de promoción de la salud del trabajador y prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de manera conjunta y coordinada.

8. Cuantía del subsidio.

El subsidio de enfermedad es equivalente al 100% del salario del trabajador.

9. Plazo de reembolso de la incapacidad temporal.

Plazo para solicitar el reembolso de los subsidios por Incapacidad Temporal. Dentro del Seguro de Enfermedad y Accidente Común, Maternidad y Riesgos Profesionales

(Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional), el reembolso de los subsidios de Incapacidad Temporal debe ser solicitado el mes siguiente al que se efectuó el pago de subsidio por el empleador.

La solicitud del reembolso de los subsidios por incapacidad temporal por parte de la empresa o institución (pública o privada), se realizará al ente gestor, dentro de los primeros 10 días de cada mes.

Los entes gestores una vez recibida la solicitud de reembolso por subsidio por incapacidad temporal, deberán hacer efectivo el pago a las empresas o instituciones en un plazo no mayor a noventa días calendario.

11. La obligación de pago parte del ente gestor de salud caduca en un año conforme prevé el Art, 22 Inc, b) del D.L 14643.

12. Requisito para el pago:

El subsidio se pagará al asegurado que tenga un mínimo de dos meses de cotizaciones mensuales anteriores a la enfermedad.

ESPECIALIDADES INCAPACIDAD TEMPORAL POR RIESGO PROFESIONAL

1. Inicio y duración de la incapacidad temporal por riesgo profesional:

El Subsidio por riesgo profesional se reconocerá a partir del primer día de la incapacidad calificada por el médico tratante, sobre la base de la denuncia de accidente de trabajo.

Su duración máxima será de 26 semanas prorrogables por otras 26 semanas, solo si con ello se evita la incapacidad permanente, pero podrá interrumpirse por el alta médica, fallecimiento o declaración de la incapacidad permanente sea total o parcial.

2. Concepto de accidente del trabajo y enfermedad profesional.

a) Por accidente del trabajo se entiende, toda lesión orgánica o trastorno funcional producido por la acción súbita y violenta de una causa externa, con ocasión o como consecuencia del trabajo, y que determine disminución o pérdida de la capacidad de trabajo y de ganancia o muerte del asegurado.

b) Por enfermedad profesional se entiende, a todo estado patológico producido por consecuencia del trabajo, que sobrevenga por evolución lenta y progresiva, que determine la disminución o pérdida de capacidad de trabajo y de ganancia o muerte del asegurado; y que sea provocada por la acción de los agentes nocivos.

3. Derecho asistencia sanitaria en caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional.

En caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional, el asegurado tiene derecho:

- a) A la necesaria asistencia médica y dental, quirúrgica, hospitalaria y al suministro de los medicamentos y otros medios terapéuticos que requiera su estado;
- b) A la provisión, reparación y renovación normales de los aparatos de prótesis y ortopedia, cuyo uso Se estima necesario por causa de la lesión; y
- c) Al tratamiento adecuado para su recuperación y readaptación profesionales.

4. Duración del derecho asistencia sanitaria en caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional:

El derecho a las prestaciones en especie comienza desde el acaecimiento del accidente del trabajo o el reconocimiento de la enfermedad profesional por los servicios médicos de la Caja hasta un máximo de 52 semanas. Sin embargo, las prestaciones cesarán en cualquier momento si el trabajador accidentado o enfermo, es declarado con incapacidad permanente total o parcial por los servicios médicos de la Caja.

5. Comunicación de accidente de trabajo o enfermedad profesional:

El asegurado que haya sufrido un accidente de trabajo o presuma que esté afectado por una enfermedad profesional debe comunicar este hecho al empleador directamente o por medio de tercera persona. El empleador debe comunicar a la Caja en el término de 24 horas el siniestro ocurrido o la enfermedad presunta, mediante los formularios de denuncia de accidente o de declaración de enfermedad profesional. En caso de que el empleador no presente oportunamente dicha denuncia será pasible de una multa cuyo monto establecerá el Reglamento. Los gastos de

atención sanitaria, otorgada al asegurado correrán por cuenta del empleador hasta que éste presente la denuncia.

6. Forma de la Comunicación:

El accidente de trabajo o la enfermedad profesional presunta deberá necesariamente ser comunicado por el empleador al ente gestor en el plazo máximo de 1 día hábil de ocurrido el accidente.

La Denuncia de Accidente de Trabajo o la Declaración de Enfermedad Profesional será efectuada mediante la presentación del formulario «Form. S.P. 04/97), o Declaración de Enfermedad (Form. S.P. 05/97), por el empleador en un plazo no mayor a 5 días hábiles en el área urbana y 10 días hábiles en el área rural de ocurrido el accidente o la enfermedad.

Para la procedencia del subsidio de incapacidad temporal por Enfermedad, Maternidad o Riesgos Profesionales (Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional), la trabajadora o el trabajador o uno de sus familiares deberá presentar al empleador el correspondiente Certificado de Incapacidad Temporal, de conformidad al Art. 60 del Reglamento del Código de Seguridad Social en el plazo

de 24 horas, firmado por el médico tratante y la unidad administrativa respectiva del Ente Gestor de Salud.

En caso de que el empleador no presente oportunamente la Denuncia de Accidente de Trabajo o la Declaración de Enfermedad Profesional, los gastos de atención médica otorgadas a la aseguradora titular, correrán por cuenta del empleador hasta que se presente el formulario de Denuncia del Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional, así como los subsidios de incapacidad temporal.

7. Cuantía:

El trabajador percibirá el 100% de su salario.

8. Trámite de Invalidez:

Cuando los servicios médicos del Ente Gestor de Salud declaren "no procede más la atención curativa" por haberse consolidado la lesión provocada por Accidente de Trabajo o Enfermedad profesional, el médico tratante deberá otorgar al asegurado el Certificado Médico o Informe Médico para que éste inicie el trámite de Invalidez en el Sistema Integral de Pensiones.

PRESTACIONES DE SERVICIOS EN DOS O MAS EMPLEADORES

- Cuando el asegurado presta servicios a dos o más empleadores que coticen a un mismo Ente Gestor del Seguro Social a Corto Plazo, se reembolsará el Subsidio de Incapacidad Temporal a cada uno de los empleadores de acuerdo al salario percibido por el asegurado en cada trabajo, siempre y cuando cada uno de ellos coticen sobre la base del mínimo nacional o por encima del mismo.
- Consecuentemente, al encontrarse al día sus cotizaciones, corresponde otorgar el Certificado de Incapacidad Temporal para cada una de las empresas donde presta servicios el trabajador.

La prestación por incapacidad temporal en Canadá

1.- INTRODUCCIÓN.

Antes de entrar en el análisis de la protección de la incapacidad temporal en Canadá deben destacarse algunos aspectos relevantes que nos van a permitir contextualizar el estudio que realizaremos a continuación.

En primer término, hay que partir de que aunque el sistema canadiense de protección social sea uno de los más, si no el que más, protectores del continente americano, sin embargo, la intensidad de su protección no alcanza a la existente en la mayoría de los estados miembros de la Unión europea y España en particular. Por otra parte, el carácter confederal de Canadá, provoca que las legislaciones laborales de las diferentes provincias que integran la Confederación mantengan diferencias significativas en lo que se refiere a la duración de las ausencias laborales por enfermedad y su carácter retribuido o no a cargo de la empresa.

Efectivamente, en Canadá, salvo un reducido número de sectores de actividad cuyas condiciones laborales están reguladas federalmente por el Canada Labour Code³¹, las condiciones laborales están reguladas de manera diferente por sus 10 provincias y 3 territorios, por lo que para ver los estándares que son de aplicación en cada caso es preciso dirigirse a las [páginas web de los correspondientes ministerios de Empleo de esas provincias y territorios](#)³², en las que también se pueden encontrar los datos de contacto para que los trabajadores recaben información sobre sus derechos y deberes o sobre dónde dirigirse y cómo proceder en el caso de existir algún tipo de contencioso con su empleador.

Asimismo, debe tenerse en cuenta que el principio de libertad de pactos, especialmente en el ámbito bilateral, conserva en el derecho laboral Canadá una importancia que ha desaparecido en el derecho español. Las prescripciones laborales tienen un carácter mucho menos exhaustivo que en España y ello deja más margen a la voluntad de las partes para pactar o no mejoras sobre esos mínimos. Existe asimismo una gran diferencia entre las condiciones laborales entre las denominadas empresas “sindicalizadas” y las que no lo están, habiéndose producido durante los últimos años una progresiva disminución de aquellas.

La protección de situación de necesidad derivada de la incapacidad laboral temporal se produce cuando el empleador deja de tener la obligación de abonar el salario, lo que – como hemos visto - puede variar de una provincia a otra, de una empresa a otra, o incluso, de un empleado a otro en determinados casos. Las prestaciones por

³¹ El *Canada Labour Code* tan solo es de aplicación a los trabajadores que trabajen para la Administración federal y para “cualquier trabajo, empresa o negocio que esté dentro de la autoridad legislativa del Parlamento”: Art. 2, Canada Labour Code: <https://www.canada.ca/en/employment-social-development/corporate/portfolio/labour.html>

³² Employment standards in Canada: <https://www.canada.ca/en/immigration-refugees-citizenship/services/work-canada/permit/temporary/after-apply-next-steps/labour-standards-canada.html>

incapacidad ofrecidas pela Seguridad Social canadiense quedan bajo el Seguro de Empleo³³ (Employment Insurance - EI, por sus siglas en inglés), que provee asistencia económica temporal a los trabajadores por cuenta ajena y a los autónomos que estén asegurados y registrados en el Canada Employment Insurance Commission³⁴ (CEIC, por sus siglas en inglés), que han perdido su empleo por causa no imputable a ellos mismos, mientras lo buscan de nuevo o mejoran su formación laboral. También actúa como protección en casos como la enfermedad o accidente, el embarazo, parto y adopción, o el cuidado de un familiar gravemente enfermo. El EI tiene como base legal la Employment Insurance Act³⁵, las Employment Insurance Regulations³⁶ y para el sector de la pesca, el Employment Insurance (Fishing) Regulations³⁷. Las prestaciones de la Seguridad Social se administran por Service Canada.

2.- AUSENCIAS LABORALES JUSTIFICADAS POR ENFERMEDAD EN LAS REGULACIONES CANADIENSES.

Cómo ya adelantamos en el epígrafe anterior, en Canadá las bajas laborales por enfermedad común pueden variar en su duración de una provincia a otra. Hay dos tipos de bajas por enfermedad común: licencia por enfermedad no remunerada y la licencia por enfermedad remunerada:

- 2.1. Licencia por enfermedad no remunerada: Salvo algunas excepciones como Alberta y Columbia Británica, la licencia por enfermedad no remunerada está legislada provincialmente. Estas bajas no remuneradas supone que el trabajador no puede ser despedido por haber faltado al trabajo durante ese periodo de tiempo, pero también se suspende la obligación del empresario de abonar el salario.

A diferencia del derecho español, en el que las ausencias derivadas de enfermedad tienen una consideración específica que la diferencia de otras causas de absentismo justificado, en muchas de las regulaciones provinciales se trata la ausencia por enfermedad de manera equiparable a otras ausencias que se consideran justificadas como la atención a familiares enfermos u otras responsabilidades familiares.

Estas normativas establecen, entre otros aspectos laborales, la cantidad de días por enfermedad no remunerada a que los empleados tienen derecho. Por otro lado, en muchos casos, hay un período de calificación o carencia, lo que significa que el empleado debe haber trabajado para el mismo empleador durante un período de tiempo establecido consecutivo antes de adquirir el derecho subjetivo a disfrutar (“ser elegible” en la terminología canadiense) una licencia por enfermedad no remunerada.

En la mayoría de los casos, el derecho a la licencia por enfermedad no remunerada no es acumulable ni se puede transferir a otro año. En algunas

³³ Employment Insurance benefits and leave: <https://www.canada.ca/en/services/benefits/ei.html>

³⁴ Canada Employment Insurance Commission: <https://www.canada.ca/en/employment-social-development/corporate/portfolio/ei-commission.html>

³⁵ Employment Insurance Act: <https://laws-lois.justice.gc.ca/ENG/ACTS/E-5.6/index.html>

³⁶ Employment Insurance Regulations: <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/regulations/sor-96-332/index.html>

³⁷ Employment Insurance (Fishing) Regulations: <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/regulations/SOR-96-445/index.html>

provincias, la legislación permite al empleador solicitar un informe médico para confirmar la necesidad del permiso. La tabla siguiente resume los diferentes supuestos previstos en las distintas normas federales y provinciales.

JURISDICCIÓN	LEGISLACIÓN	DURACIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL – Licencia por Enfermedad no remunerada
Federal - incluye el gobierno canadiense y las empresas públicas	Canada Labour Code: http://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/L-2/	Haber trabajado un mínimo de 3 meses consecutivos para ser elegible a un máximo de 17 semanas de licencia por enfermedad o lesión.
Alberta	Sin legislación	-
Columbia Británica	Sin legislación	-
Manitoba	Manitoba Employment Standards Code: http://www.canlii.org/en/mb/laws/stat/ccsm-c-e110/latest/ccsm-c-e110.html	Haber trabajado un mínimo de 30 días consecutivos para ser elegible a 3 días al año por enfermedad o un asunto familiar.
Nuevo Brunswick	New Brunswick Employment Standards: http://www.canlii.org/en/nb/laws/stat/snb-1982-c-e-7.2/latest/snb-1982-c-e-7.2.html	Haber trabajado 90 días consecutivos para ser elegible a 5 días de licencia por enfermedad no remunerada al año.
Terranova y Labrador	Newfoundland and Labrador Labour Standards Act: http://www.canlii.org/en/nl/laws/stat/rsnl-1990-c-l-2/latest/rsnl-1990-c-l-2.html	Haber trabajado 30 días consecutivos para ser elegible a 7 días por año para atender enfermedades o responsabilidades familiares. Si la licencia supera los 3 días, la empresa puede solicitar un informe médico para confirmar la necesidad del permiso.
Nueva Escocia	Nova Scotia Labour Standards Code: http://www.canlii.org/en/ns/laws/stat/rsns-1989-c-246/latest/rsns-1989-c-246.html?searchUrlHash=AAAAAQAKZW1wbG95bWVudAAAAAB	El derecho es de 3 días al año para atender a una enfermedad o cuidar a un menor enfermo. No hay requisito de calificación.
Ontario	Ontario Employment Standards Act: http://www.canlii.org/en/on/laws/stat/so-2000-c-41/latest/so-2000-c-41.html	El derecho es de 10 días al año de licencia personal de emergencia para cualquier persona que trabaje para una empresa con más de 50 trabajadores. Este permiso se puede utilizar para atender: asuntos familiares urgentes,

		enfermedad, emergencia médica o muerte de un pariente cercano. No hay requisito de calificación.
Isla del Príncipe Eduardo	Prince Edward Island Employment Standards Act: http://www.canlii.org/en/pe/laws/stat/rspei-1988-c-e-6.2/latest/rspei-1988-c-e-6.2.html	Haber trabajado al menos 6 meses consecutivos para ser elegible a 3 días de licencia por enfermedad no remunerada y 3 días de licencia familiar para atender asuntos familiares.
Territorios del Noroeste	Sin legislación	-
Nunavut	Sin legislación	-
Quebec	An Act Respecting Labour Standards: http://www.canlii.org/en/qc/laws/regu/cqlr-c-n-1.1-r-3/latest/cqlr-c-n-1.1-r-3.html	En caso de enfermedad o accidente, haber trabajado 3 meses consecutivos para ser elegible a un máximo de 26 semanas en un período de 12 meses.
Saskatchewan	Saskatchewan Employment Act: http://www.canlii.org/en/sk/laws/stat/ss-2014-c-s-15.1/latest/ss-2014-c-s-15.1.html	Haber trabajado al menos 13 semanas consecutivas para ser elegible a 12 semanas de licencia a cada período de 52 semanas.
Yukón	Yukon Employment Standards Act: http://www.canlii.org/en/yk/laws/stat/rsy-2002-c-72/latest/rsy-2002-c-72.html	Derecho a 1 día de licencia por mes trabajado. No hay requisito de calificación.

Tabla 1: Legislación Laboral Provincias y Territorios de Canadá

Fuente: Varias

- 2.2.** Licencia por enfermedad remunerada: Algunas compañías ofrecen a sus empleados licencia por enfermedad remunerada, pero esto no sucede de manera consistente ni suele tener carácter obligatorio.

Solo la regulación vigente en la provincia de Isla del Príncipe Eduardo exige un día de licencia por enfermedad remunerada al año, pero se aplica solamente a los empleados que han trabajado en la misma empresa durante un mínimo de cinco años consecutivos.

En la práctica, en Canadá, la gran mayoría de los trabajadores no “son elegibles” para una licencia por enfermedad remunerada. Según el Informe de Conference Board of Canada - Gestión de la discapacidad: oportunidades

para la acción empresarial ³⁸ -, solamente un 33% de los trabajadores en la franja etaria de 18-24 tenían permiso por enfermedad remunerado. Los trabajadores mayores también son vulnerables en este sentido, puesto que tanto los trabajadores jóvenes como los mayores tienden a tener trabajos en la industria de servicios y/o trabajan a tiempo parcial, que no suelen ofertar casi ningún beneficio.

El número de licencias por enfermedad remuneradas a la que los empleados pueden tener derecho diferirá de una empresa a otra, ya que cada empresa lo proporciona de forma privada a sus empleados como un beneficio social para atraer talento a la empresa.

En el caso de que un trabajador sea elegible para la licencia por enfermedad remunerada, tendrá que primero agotar este beneficio antes de pasar a otras fuentes de ingresos, como el Seguro de Incapacidad Temporal (Short Term Disability Insurance).

La adopción de un programa de licencias retribuidas por las empresas en situaciones de incapacidad temporal, cuando sean, al menos, equivalentes en su intensidad, a las prestaciones por enfermedad de la IE y cumplan ciertos requisitos estipulados en la Employment Insurance Act and Employment Insurance Regulations permite a las empresas registrarlos en la Comisión del Seguro de Empleo (Employment Insurance Commission) para obtener una tasa de prima de la IE más baja que la tasa normal del empleador a través de un Programa de Reducción de Primas. Sin embargo, el porcentaje de trabajadores cubiertos por estos planes de calificación fue de sólo el 34,8% ya en 2013, y el número total de empleadores que ofrecen esa cobertura está disminuyendo en proporción al declive en la afiliación sindical³⁹.

3.- PRESTACIONES DE INCAPACIDAD TEMPORAL.

3.1. Prestación por contingencias comunes: Una vez que se extingue, en su caso, el derecho a disfrutar de una licencia retribuido por enfermedad surge la situación de necesidad que es necesario subvertir mediante una prestación de seguridad social.

Al igual que es España las prestaciones por incapacidad se dividen en dos grupos en función de su previsible carácter temporal o permanente: el Employment Insurance Sickness Benefits, para incapacidades con duración de hasta 15 semanas, y el Canada Pension Plan Disability Benefit, para las incapacidades de larga duración, que no son objeto de estudio en este trabajo.

En la actualidad, las prestaciones por enfermedad están consagradas en la letra b) del apartado 1 del artículo 18 de la Employment Insurance Act de 1996. Si bien la frase "prestaciones de enfermedad" no aparece textualmente en la ley, la norma garantiza que los trabajadores tienen derecho a la EI si están "incapacitados para trabajar a causa de una enfermedad, una lesión o un accidente de trabajo o prescritos a guardar cuarentena".

³⁸ The Conference Board of Canada - *Disability Management - Opportunities for Employer Action*: <https://www.conferenceboard.ca/e-library/abstract.aspx?did=5829&AspxAutoDetectCookieSupport=1>

³⁹ Mertins-Kirkwood, Hadrian: *"On the Mend: The costs and benefits of an extension to the maximum duration of employment insurance sickness benefits"* Canadian Centre for Policy Alternatives, July 2018

Esta garantía se aplica a todos los trabajadores, excepto a los de la pesca, la industria, los trabajadores por cuenta propia y algunos otros acuerdos laborales específicos que quedan fuera del ámbito de actuación de esta norma al tener mecanismo de cobertura específicos.

Su financiación se incluye dentro de las primas reguladas por la EI Act que prevé que las mismas pueden actualizarse cada siete años para poder sufragar el coste real de las prestaciones (art. 66).

En cuanto a los beneficiarios, el Employment Insurance Sickness Benefits, es un beneficio que corresponde en casos de baja por enfermedad de corta duración, no pudiendo exceder actualmente de las 15 semanas. Los beneficios comienzan después de dos semanas, pero si el trabajador recibe beneficios de su empleador el período de espera puede extenderse.

Pueden ser beneficiarios de esta prestación quienes cumplan con los siguientes requisitos:

- a. Estar empleados en un empleo asegurable;
- b. Sus ingresos deben reducirse al menos en un 40 por ciento como consecuencia de la baja laboral;
- c. Deben tener un certificado médico que demuestre que no pueden trabajar debido a una enfermedad, lesión o cuarentena;
- d. Deben haber trabajado al menos 600 horas durante el período de carencia (unas 15 semanas en los trabajadores a jornada completa. Este período se refiere a las 52 semanas inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de la solicitud o al período entre dos solicitudes de EI, lo que sea más corto).

El beneficio puede suponer hasta un 55% del ingreso o la cantidad máxima preestablecida, que en 2019 corresponde a 562 dólares canadienses por semana. En la práctica, cuando el beneficio se extingue y el asegurado mantiene la incapacidad - siempre que se encuentre en una situación de desempleo -, puede solicitar la prestación por desempleo⁴⁰ (Employment Insurance Regular Benefits) que pudiera corresponder, toda vez que una vez superadas las 17 semanas el empleador no tiene la obligación de readmitir al trabajador.

Durante los últimos tiempos, se han presentado al Parlamento distintos estudios, bien para reducir el período de carencia a 360 horas⁴¹, bien para extender su duración a 20, 25 o 30 semanas⁴², analizando los costes y posibles vías de financiación, aunque no consta que en la actualidad estos estudios se hayan convertido en proyectos que estén en tramitación. En la actual campaña electoral, tampoco esta cuestión está siendo objeto de debate político.

⁴⁰ Employment Insurance Regular Benefits: <https://www.canada.ca/en/services/benefits/ei/ei-regular-benefit.html>

⁴¹ Costing of a 360-hour Eligibility Threshold for Sickness Benefits: https://pbo-dpb.gc.ca/web/default/files/Documents/Reports/2019/360h_eligibility_sickness_benefits/360_hours_sickness_benefits_EN.pdf

⁴² The costs and benefits of an extension to the maximum duration of employment insurance sickness benefits: <https://www.policyalternatives.ca/publications/reports/mend>

En términos cuantitativos, aproximadamente 350.000 personas recurren anualmente en Canadá a estas prestaciones, mayoritariamente mujeres, personas mayores de 55 años y pertenecientes a los grupos sociales con menores ingresos.

3.2.- Prestación por contingencias profesionales: Por otro lado, la cobertura de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales se gestiona casi en su totalidad por [instituciones provinciales⁴³ mediante la obligación de las empresas de suscribir seguros de accidentes a favor de sus trabajadores en un sistema semejante al español si bien la gestión es diferente.](#)

[En estos casos, la cobertura de la incapacidad temporal si está cubierta por estos seguros de manera que, en el supuesto de que el trabajador sufra una incapacidad temporal derivada de un accidente de trabajo o una enfermedad profesional, tendrá derecho a la prestación por compensación al trabajador \(Workers' Compensation Benefits\) a través del seguro de accidentes de trabajo, que es obligatorio para las empresas y está regulado por ley en cada provincia.](#)

La prestación es administrada por las juntas provinciales y territoriales de compensación de trabajadores en Canadá⁴⁴ y su cuantía se corresponde con 75% del ingreso neto del trabajador en el momento del accidente. El beneficio comienza a contar desde el día que la persona se incapacita hasta que regresa a su puesto de trabajo.

4.- PÓLIZAS COMPLEMENTARIAS DE INCAPACIDAD TEMPORAL.

Finalmente debemos hacer una referencia a la posibilidad de que por la empresa se ofrezcan mejoras voluntarias en la prestación de la incapacidad temporal de sus trabajadores.

Así, una empresa puede ofrecer a su trabajador un seguro que cubra la Prestación por Incapacidad Temporal (Short Term Disability Insurance, STD, por sus siglas en inglés). Así como la licencia por enfermedad remunerada, el seguro por incapacidad temporal no tiene carácter obligatorio y es ofrecido a algunos empleados como parte de un paquete de beneficios, bien por los compromisos alcanzados en el seno de la negociación colectiva, bien por los pactos alcanzados a nivel bilateral entre el trabajador y la empresa.

El Seguro de Incapacidad es una póliza de seguro que protege al trabajador de la pérdida de ingresos, en forma de un porcentaje del sueldo, en caso de que este incapacitado temporalmente debido a enfermedad, lesión o accidente.

El seguro de incapacidad a corto plazo no protege contra accidentes o lesiones relacionadas con el trabajo, como se señaló anteriormente, porque estos estarían cubiertos por el seguro de compensación al trabajador (Workers' Compensation Benefits).

De manera general, estos seguros tienen una cobertura que puede durar entre 9 y 52 semanas y suele corresponder entre 55%-70% del sueldo. Para tener acceso a la

⁴³ Provincial Workers' Compensation Boards in Canada:
https://www.ccohs.ca/oshanswers/information/wcb_canada.html

⁴⁴ Provincial Workers' Compensation Boards in Canada:
https://www.ccohs.ca/oshanswers/information/wcb_canada.html

prestación, puede que haya un período de carencia que generalmente varía de 3 a 7 días después del último día trabajado. Para incapacidades resultantes de un accidente u hospitalización, el pago generalmente comienza el primer día. En la mayoría de los seguros, la prestación empieza solamente después de agotada la licencia por enfermedad remunerada.

En cuanto a su fiscalidad, las prestaciones por incapacidad temporal derivadas de estos paquetes de beneficios sociales están sujetas a impuestos, excepto cuando la póliza es pagada íntegramente por el empleado; o cuando la empresa paga la póliza en nombre del empleado, pero la cuantía pagada se informa como ingreso imponible a los empleados; todo ello según la información ofrecida por la Canada Revenue Agency⁴⁵:

⁴⁵ Canada Revenue Agency: <https://www.canada.ca/en/revenue-agency/services/forms-publications/publications/it428/archived-wage-loss-replacement-plans.html>

La prestación por incapacidad temporal en Costa Rica

Regulación: Código del Trabajo, de 27 de agosto de 1943, modificado por la Ley N° 8886, de 6 de diciembre de 2010.

Los empleados tienen derecho a licencia por enfermedad cuando dicha afección los deje en incapacidad para el desempeño normal de sus tareas por un período que no puede superar los tres meses.

Durante la licencia por enfermedad, el empleador tiene que pagar por lo menos el 50 % del salario durante los tres primeros días de baja por enfermedad de un empleado, mientras que La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) paga el otro 50 por ciento.

La CCSS paga el 60 por ciento del salario desde el cuarto día de la licencia por enfermedad y hasta 52 semanas sin obligación por parte del empleador de pagar el salario durante el resto del período de licencia por enfermedad. Sin embargo, de conformidad con el artículo 79 del Código del Trabajo, el empleador está obligado a proporcionar lo siguiente a un trabajador enfermo:

- a) La mitad (50%) del salario durante un mes después del trabajo continuo de más de tres meses pero menos de seis meses;
- b) La mitad (50%) del salario durante dos meses después de un trabajo continuo de más de seis meses pero menos de nueve meses;
- c) La mitad (50%) del salario durante tres meses después de un trabajo continuo de más de nueve meses.

En cuanto a la atención médica, los trabajadores asegurados tienen derecho a atención médica que incluye atención médica general, atención especializada, medicamentos, hospitalización y atención de maternidad, según indica el artículo 218 del Código del Trabajo, del 27 de agosto de 1943, con última enmienda de 2016.

Respecto de la estabilidad laboral, y conforme al artículo 79 del Código del Trabajo, el contrato laboral del trabajador queda suspendido por el período de su licencia por enfermedad. El artículo 80 del Código del Trabajo, que permitía a los empleadores a terminar el contrato laboral de un trabajador enfermo después de tres meses de licencia por enfermedad, fue revocado en 2009. Por lo tanto, se concluye que el empleo del trabajador enfermo queda seguro durante el período de su licencia por enfermedad.

La incapacidad temporal en Chile

La **normativa legal** en Chile que regula la incapacidad laboral se establece en el Decreto con Fuerza de Ley 1 del Ministerio de Salud de 26 de abril de 2006 y la Ley N° 16.744 de 29 de enero de 1968 del Ministerio de Trabajo y Previsión Social.

El subsidio por incapacidad laboral (SIL) es un derecho de todos los trabajadores dependientes (por cuenta ajena) o independientes (autónomos) protegidos por el Seguro en Chile.

Tiene por objeto reemplazar las remuneraciones o rentas (renta sustitutiva), durante un reposo médico ocasionado por una licencia médica autorizada, un accidente del trabajo o del trayecto, o una enfermedad profesional, hasta su reintegro a sus laborales habituales.

Para el cobro del subsidio de la incapacidad laboral temporal derivada de **contingencias comunes** se requiere:

1.- Los trabajadores dependientes deben contar con 6 meses de afiliación con anterioridad al hecho causante y con 3 meses de cotización continua o discontinua, dentro de los 6 meses anteriores a la licencia médica y su cuantía mensual equivale al ingreso promedio de los últimos 3 meses.

2.- Los trabajadores independientes deben de estar afiliados 12 meses y con 6 meses de cotización continua o discontinua anteriores a la licencia médica y se calculará en base al promedio de la renta mensual imponible en los últimos 6 meses anteriores al que se inicia la incapacidad laboral.

La entidad pagadora del subsidio es bien el Fonasa (Fondo Nacional de Salud) o las Isapres (Instituciones de salud previsional privadas), dependiendo si el trabajador, en el momento de afiliarse, optó por una entidad u otra de forma voluntaria.

El pago se devenga a partir del 4° día si la licencia dura menos de 10 días, pero si esta dura más de 10 días el pago se realiza desde el primer día.

El plazo de presentación de la licencia médica al empleador es de 2 días hábiles, para trabajadores del sector privado, y 3 días hábiles para trabajadores del sector público, en ambos casos contados desde el inicio del reposo correspondiente.

El empleador tiene un plazo de 3 días hábiles siguientes a la recepción de la licencia médica por parte del trabajador, para presentar la licencia ante el organismo previsional. El trabajador independiente tiene dos días hábiles contados desde la emisión de la licencia médica para tramitarla.

La financiación del subsidio se realiza mediante cotizaciones del propio trabajador a las entidades citadas con el 7% del sueldo bruto mensual.

No se consideran para la determinación de las bases de cálculo del subsidio por incapacidad laboral de un trabajador dependiente las remuneraciones ocasionales ni las que correspondan a períodos de mayor extensión que un mes, como por ejemplo los aguinaldos o bonos que de acuerdo al contrato de trabajo se paguen en una fecha o época determinada, tales como fiestas patrias, navidad, bono de escolaridad. Tampoco deben incluirse las remuneraciones que correspondan a períodos superiores a un mes, por ejemplo, una gratificación que se paga una vez al año.

La prestación por IT se percibe mientras sea posible médicamente la recuperación. No hay un tope máximo preestablecido. Es el afectado o su sistema de salud previsional el que considera que las lesiones o enfermedad es irrecuperable, y solicita la declaración de invalidez.

Para el cobro del subsidio de la incapacidad labora derivada **de accidente de trabajo, accidente de trayecto o enfermedad profesional**, no se requiere un tiempo mínimo de afiliación y/o cotización, ya que en este seguro opera el principio de automaticidad de las prestaciones.

El subsidio se paga desde el día en que ocurrió el accidente o se informó la enfermedad profesional, por todo el período en que el trabajador requiera guardar reposo.

La entidad pagadora es el organismo administrador del seguro laboral, es decir, está a cargo del Instituto de Seguridad Laboral (ISL) y de las Mutualidades de Empleadores y las empresas con administración delegada, según corresponda.

La duración máxima del período de subsidio será de 52 semanas, prorrogables por 52 semanas más, cuando sea necesario, para un mejor tratamiento del trabajador o para atender a su rehabilitación.

La base de cálculo del subsidio por incapacidad temporal es una cantidad equivalente al promedio de la remuneración mensual neta, del subsidio o de ambas, que se hayan devengado en los tres meses más próximos al mes en que se inicia la licencia (reposo). Si el trabajador no tuviese las cotizaciones suficientes, deberá considerarse la remuneración mensual neta resultante de lo establecido en el contrato de trabajo. Los funcionarios públicos que sufran accidentes del trabajo o a quienes se diagnostique una enfermedad profesional, gozarán del total de sus remuneraciones durante el período de incapacidad laboral.

El subsidio de incapacidad laboral se financia mediante cotizaciones de cargo del empleador y son de dos tipos: la básica que deben pagar todas las entidades empleadoras del país y corresponde a un 0,90% de las remuneraciones imponibles de cada trabajador y la adicional diferenciada que se paga, además del 0,90%, y se determina en función del riesgo que la empresa presenta según la actividad económica que desarrolla. El atraso en el pago de las cotizaciones no impide al trabajador contar con los beneficios del subsidio.

Los trabajadores independientes que en forma voluntaria coticen para la Ley N° 16.744, deben estar al día en el pago de las cotizaciones para tener derecho a subsidio de incapacidad; caso de que no lo esté, el organismo administrador deberá

hacer la liquidación de las cotizaciones adeudadas, calculando intereses, reajustes y multas conforme a la legislación.

Prestación de incapacidad temporal - IT

1. REQUISITOS GENERALES PARA ACCEDER A LA PRESTACIÓN POR IT

Se requiere que el interesado (trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia) no pueda desempeñar su trabajo por motivos de enfermedad pasajera o por accidente. Como norma general, el interesado tendrá que residir en Dinamarca y pagar impuestos en este país. No obstante, existen excepciones en virtud de la normativa europea o por convenios bilaterales entre Dinamarca y otro estado.

Requisitos - Trabajadores por cuenta ajena:

Se requiere cumplir uno de los siguientes requisitos:

- Ocupar un puesto de trabajo y haber estado trabajando durante un mínimo de 240 horas en los últimos 6 meses previos a la situación de IT.
- Cumplir los requisitos para acceder a la prestación por desempleo al iniciar el período de la IT.
- Haber concluido una formación académica o profesional oficial que haya tenido una duración mínima de 18 meses.
- Realizar prácticas remuneradas en el marco de una formación profesional reglada por la normativa vigente.
- Desempeñar una actividad profesional en el marco de los denominados puestos flexibles en condiciones especiales.

Requisitos - Trabajadores por cuenta propia:

Los trabajadores por cuenta ajena tienen que cumplir los siguientes requisitos:

- Haber trabajado por cuenta propia, como actividad principal, durante un mínimo de 6 meses en los últimos 12 meses y, como mínimo, todo el mes anterior a la situación de IT.
- La actividad en la empresa tendrá que ser como mínimo durante la mitad de la jornada laboral semanal prevista en los convenios colectivos, es decir 18,5 horas.
- Si el interesado ha trabajado menos de 6 meses, se computarán los períodos de trabajo por cuenta ajena en ese período.

2. CUANTÍA DE LA PRESTACIÓN

La cuantía asciende a 4.355 coronas danesas por semana (aprox. 580€) y a un máximo de 117,70 coronas por hora (aprox. 15,7€).

3. DURACIÓN DE LA PRESTACIÓN

La prestación se abona a partir del primer día de enfermedad y termina al finalizar el período de enfermedad.

Como norma general, se concede la prestación durante 22 semanas en el plazo de los últimos 9 meses. Antes de finalizar este período, el municipio reevaluará la situación del interesado a efectos de prolongar el período de enfermedad en los siguientes supuestos:

- Si se considera probable la rehabilitación a efectos de la reincorporación a un puesto de trabajo ordinario.
- Si se considera necesaria la participación en prácticas de empresa para determinar la capacidad laboral en el plazo de 69 semanas.
- Si el interesado está bajo tratamiento y un facultativo prevé que es seguro que podrá reanudar su actividad laboral ordinaria en el plazo de 134 semanas a partir de la fecha de la evaluación
- Si el municipio ha decidido reevaluar el expediente en el grupo de rehabilitación para abordar la posibilidad de que el interesado pueda ocupar un puesto en condiciones especiales (puesto flexible), obtener una pensión por incapacidad o participar en un itinerario para determinar la capacidad laboral.
- Si un médico ha diagnosticado que el interesado tiene una enfermedad muy grave mortal.
- Si en el momento de la reevaluación, se ha iniciado un proceso de indemnización, en virtud de la Ley de Compensación por Enfermedad Profesional.
- Si se ha recibido una solicitud de pensión por discapacidad, en virtud de la Ley de Pensiones Sociales.

Cuando el municipio resuelva que el interesado no puede ampliar el período de prestación por IT, pasará a un itinerario para determinar su capacidad laboral.

4. EL PROCESO DE ENFERMEDAD

El interesado está obligado a darse de baja por enfermedad ante su empleador lo antes posible y no más tarde de las 2 horas posteriores al comienzo de la jornada habitual. A partir de este momento, son la empresa y/o el municipio los responsables de pagar la prestación, según el convenio o la normativa vigente para los diferentes colectivos.

Cabe subrayar que, algunos convenios colectivos y la Ley para Empleados de Oficinas y Despachos prevén el derecho del trabajador a su salario íntegro durante todo el período de IT.

5. PRESTACIÓN A CARGO DEL EMPLEADOR

El empresario corre a cargo con los costes del salario durante los primeros 30 días de baja por enfermedad y podrá obtener el reembolso por la enfermedad de los

trabajadores que estén acogidos a la Seguridad Social a partir del 31 día natural de IT del trabajador. Este reembolso tiene un tope equivalente a la prestación por enfermedad -4.355 coronas danesas por semana (aprox. 580€) y a un máximo de 117,70 coronas por hora (aprox. 15,7€). El reembolso nunca podrá ser superior al salario del trabajador.

No obstante, el proyecto de presupuestos generales para 2020 prevé el aumento de la financiación de la incapacidad temporal a cargo de los empleadores. El gobierno propone que en el futuro los empresarios se vean obligados a pagar los primeros 40 días de la baja por IT comparado con los 30 actuales.

Si se trata de un trabajador perteneciente al colectivo que no tiene derecho a su salario completo durante la IT, el empleador pagará igualmente la prestación equivalente a los primeros 30 días de enfermedad.

En cualquier caso, para poder tener derecho al salario del empleador durante los primeros 30 días de enfermedad, se requiere que el trabajador haya estado contratado previamente por el mismo empleador durante 8 semanas consecutivas previas a la situación de IT. La actividad laboral en este período tendrá que ser de al menos 74 horas.

Además, el empleador tendrá que abonar la prestación al trabajador cuando éste haya estado contratado por un mismo empresario en las últimas 8 semanas durante diferentes períodos cuya suma ascienda a 74 horas. No obstante, se requiere que, en el momento de la situación de IT, el trabajador esté desempeñando una actividad laboral para el empleador en cuestión.

6. PRESTACIÓN A CARGO DEL MUNICIPIO

Si el interesado pierde su derecho al salario o a la prestación a cargo del empleador, tendrá que presentar una solicitud ante el municipio para continuar en situación de cobertura. El municipio abona la prestación por IT si se cumplen los siguientes requisitos de trabajo:

- El interesado ha estado trabajando durante un mínimo de 240 horas en el plazo de los últimos 6 meses naturales previos al primer día de IT. Como mínimo, se requiere que durante 5 de éstos 6 meses se haya realizado una actividad laboral a razón de 40 horas o más cada mes.
- El interesado hubiera tenido derecho a la prestación por desempleo en el momento de la situación de IT, si no hubiera caído enfermo.
- El interesado ha concluido –en el último mes previo a la IT- una formación profesional reglada, en virtud de la normativa danesa vigente, de una duración mínima de 18 meses.
- El interesado es alumno en prácticas relacionadas con una formación profesional en virtud de la normativa danesa vigente.
- El interesado realiza una actividad laboral en un puesto en condiciones especiales para personas con la capacidad reducida (puesto flexible).

Algunos convenios colectivos y la Ley para Empleados de Oficinas y Despachos prevén el derecho del trabajador a su salario íntegro durante todo el período de IT.

Esto implica que el empleador podrá solicitar al municipio el reembolso de una parte del salario.

7. ENTREVISTA Y PARTE DE BAJA

Cuatro semanas después del inicio de la baja por IT, el empleador convocará al empleado a una entrevista cuyo objetivo es buscar soluciones a efectos de la reincorporación del trabajador a su puesto de trabajo. Si la enfermedad es de larga duración y, si es posible, se puede acordar una baja parcial de IT o el desempeño de funciones adaptadas al estado de salud del interesado. En esta entrevista, el empleador y el trabajador rellenarán un certificado de posibilidades si el empleador lo considera necesario. Este documento es un certificado médico en el que se declara qué funciones puede desempeñar el trabajador, pese a su enfermedad.

El empleado puede exigir que el trabajador asista a la entrevista y contribuya a rellenar el citado documento. Si el estado de salud impide la participación del trabajador, éste está obligado a participar en una entrevista telefónica destinada a rellenar el documento.

Una vez rellenada la primera página del “certificado de posibilidades” con aportaciones comunes, el trabajador presentará el documento al médico de cabecera del trabajador quién anotará sus observaciones médicas en la página 2. Posteriormente se entregará el certificado al empleador.

8. SEGUIMIENTO DEL MUNICIPIO

Como norma general, el empleador comunicará la IT al municipio de residencia antes del transcurso de 5 semanas a partir del primer día de enfermedad. El municipio asume las responsabilidades frente a los beneficiarios de la prestación y les ayuda a reincorporarse al mercado laboral lo antes posible.

El municipio convocará al interesado a una primera entrevista de seguimiento antes del transcurso de las primeras 8 semanas de enfermedad. En esta ocasión solicitará un certificado médico en el que se valora su estado de salud, las posibilidades de reincorporarse al trabajo, el tratamiento y la duración estimada de la enfermedad. Generalmente, el municipio contacta con el empleador y, en ocasiones, podrá convocar al trabajador y al empleador a una entrevista común.

El seguimiento del municipio tiene como objetivo apoyar al trabajador a mantener su trabajo y su vínculo al mercado laboral, si bien las medidas a aplicar estarán siempre adaptadas a la situación y al estado de salud del trabajador.

El trabajador podrá iniciar un seguimiento rápido si prevé que la enfermedad tendrá una duración de más de 8 semanas.

9. ITINERARIO PARA DETERMINAR LA CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR UN TRABAJO

El interesado pasará a participar en un itinerario destinado a determinar su capacidad para trabajar si continúa en situación de IT por un período superior a 22

semanas y el municipio, tras una evaluación, resuelve que no cumple los requisitos para ampliar la duración de la prestación. Estos itinerarios tienen una duración máxima de 2 años.

10. CÓMO DOCUMENTAR LA ENFERMEDAD

Existen las siguientes modalidades para certificar la enfermedad de un trabajador

- **Declaración jurada.** El empresario siempre podrá solicitar una declaración jurada para acreditar la ausencia justificada por enfermedad, si bien esto se hace normalmente en caso de períodos reiterados de IT y durante los 3 primeros días de enfermedad.
- **Certificado médico de posibilidades.** Este documento ha sustituido la baja tradicional y enfoca las limitaciones generadas por la enfermedad y también la reincorporación rápida al trabajo. Se trata de un documento impreso estándar en el que se presenta una valoración médica que describe las posibilidades y las limitaciones del trabajador a efectos de continuar ejerciendo su trabajo.

El certificado médico de posibilidades se utiliza generalmente para las bajas por IT de larga duración por motivos relacionados con estrés, problemas de espalda, hospitalización, ausencias relacionadas con el embarazo, ausencias reiteradas, etc.

El certificado médico de posibilidades se elabora conjuntamente entre el trabajador y el empresario en una entrevista a la que el trabajador está obligado a asistir cuando haya sido convocado por su empresario. En algunos casos, la entrevista se podrá hacer telefónicamente.

Hay que subrayar que, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley de Sanidad, el empresario nunca podrá solicitar información sobre el diagnóstico del trabajador, sólo tiene derecho a conocer las limitaciones del trabajador para el desempeño de sus funciones.

- **Certificado médico.** El empresario puede también solicitar un certificado médico como documentación para acreditar la enfermedad como ausencia justificada. Puede solicitarse en cualquier momento, si bien la práctica es a partir del 4º día de enfermedad del trabajador y el coste del mismo corre a cargo del empresario. El certificado médico se utiliza generalmente si el trabajador no puede participar en la entrevista referida en el anterior apartado, por motivos de enfermedad de larga duración o para hacer un seguimiento a lo referido en el certificado de posibilidades y para certificar la enfermedad durante las vacaciones o en el período de preaviso de despido.
- **Certificado sobre la duración del período de enfermedad.** Después de los primeros 14 días de enfermedad, el empleador podrá solicitar una previsión médica sobre la duración de la ausencia por enfermedad.

Coste y contenido/diagnóstico de los certificados

Según Ley danesa de Prestación por Incapacidad Temporal, el empresario podrá solicitar los certificados en cualquier momento del período de enfermedad y el coste de los mismos correrá siempre a cargo del empresario. El coste de un certificado médico en Dinamarca oscila entre 450 y 750 coronas danesas (aprox. 60-100 €).

Hay que subrayar que, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley de Sanidad, el empresario nunca podrá solicitar información sobre el diagnóstico del trabajador, sólo tiene derecho a conocer las limitaciones del trabajador para el desempeño de sus funciones.

Fuentes: *Resumen de páginas web del gobierno danés*

Subsidio por incapacidad en Ecuador

LEY DE SEGURIDAD SOCIAL

(Ley No. 2001-55)

Ediciones Legales, 2016

Capítulo Tres

DEL SUBSIDIO TRANSITORIO POR INCAPACIDAD

*Art. 189.- **Requisitos.-** Se acredita derecho a percibir el subsidio transitorio por incapacidad para el empleo o profesión habitual, cuando la contingencia, cualquiera sea la causa que la haya originado, ha provocado el cese forzoso en la actividad principal del asegurado, siempre que:*

- a. El asegurado registre no menos de sesenta (60) imposiciones mensuales, de las cuales no menos de seis (6) deberán ser inmediatamente anteriores a la incapacidad;*
- b. La contingencia haya afectado la actividad principal de tal manera que priva al asegurado de la obtención de la mayor parte del ingreso necesario para el sustento;*
- c. Se haya verificado que el asegurado cesó en dicha actividad a causa de la contingencia, entendiéndose por tal que interrumpió el desempeño de su labor o debió concluir la relación laboral o contractual bajo la cual la cumplía; y,*
- d. La incapacidad no esté amparada por el Seguro General de Riesgos del Trabajo.*

La cuantía del subsidio dependerá del grado de capacidad laboral remanente, de la remuneración imponible y de la edad del afiliado. Su duración no podrá exceder de un plazo máximo de un (1) año, contado desde la fecha de la incapacidad o desde el vencimiento de la cobertura del subsidio transitorio por enfermedad que otorgue el Seguro General de Salud del IESS.

El beneficiario de este subsidio deberá concurrir obligatoriamente a los tratamientos de rehabilitación que se le prescriban, así como a los cursos de reinserción laboral que le ofrecerá el IESS, so pena de perder el derecho al subsidio.

Si dentro del período de entrega del subsidio por incapacidad, ésta deviniere en absoluta y permanente para todo trabajo, se acreditará derecho a la pensión de jubilación por invalidez.

Art. 190.- Excepciones.- Para efectos de esta Ley no se considerarán contingencias de incapacidad total las que se originaren en:

a. Accidentes de cualquier índole ocurridos cuando el asegurado se encontrare en estado de embriaguez;

b. Accidentes de cualquier índole ocurridos cuando el asegurado se encontrare bajo la acción de algún psicotrópico, narcótico o droga enervante, salvo que existiera prescripción suscrita por médico especialista;

c. Lesiones provocadas intencionalmente de acuerdo con otra persona o autoinfligidas por el asegurado;

d. Intento de suicidio; o,

e. Delito intencional del que fuere responsable el asegurado, según sentencia judicial ejecutoriada.

Las disposiciones de este artículo también son aplicables a la incapacidad total a la que se refiere el artículo 186.

Art. 191.- Condiciones para la entrega del subsidio por incapacidad.- El beneficiario del subsidio por incapacidad deberá presentarse

obligatoriamente a los exámenes médicos periódicos, practicados por las unidades médico-asistenciales del IESS o por las que éste indique, a fin de verificar la evolución y pronóstico de la incapacidad absoluta y permanente para el empleo o profesión habitual y, si fuere del caso, se someterá al examen definitivo que certificará su condición de invalidez total.

El incumplimiento de este requisito traerá consigo la inmediata suspensión de la prestación.

El subsidio dejará de entregarse al beneficiario si de los exámenes médicos se concluye que ha cesado la incapacidad.

Art. 192.- Incapacidad y cumplimiento de la edad mínima de jubilación.

Si la incapacidad que originó el derecho al subsidio subsistiera hasta el cumplimiento de la edad mínima para jubilación ordinaria de vejez, el afiliado podrá solicitar al IESS la calificación de su incapacidad como invalidez total.

IESS INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

**CONSEJO DIRECTIVO
RESOLUCIÓN No. C.D. 553**

Certifico.- Que la presente Resolución fue aprobada por el Consejo Directivo del IESS en dos debates celebrados en las sesiones de 20 de abril y 8 de junio de 2017.

Art. 3 Definiciones.- Para la aplicación del presente Reglamento se considerará el siguiente

glosario:

• **Incapacidad laboral.-** (invalidez para el Seguro General de Invalidez, Vejez y Muerte)

Situación de enfermedad común o general que impida a una persona de manera transitoria o definitiva, realizar actividades profesionales u ocupacionales.

• **Incapacidad permanente.**- Situación del empleado con una enfermedad común o general en que después de haber sido sometido al tratamiento prescrito, presenta lesiones definitivas que le disminuyan o impidan su capacidad laboral. La incapacidad permanente se clasifica en:

• **Incapacidad permanente total con facultad remanente laboral.**- Es la situación en la que un empleado con una enfermedad común o general, después de haber sido sometido al tratamiento prescrito, presenta lesiones definitivas que le impidan la realización de todas o las fundamentales tareas de su profesión u ocupación habitual, permitiéndole realizar otra actividad laboral distinta.

El asegurado con incapacidad permanente total con facultad remanente laboral podrá incorporarse en otra actividad profesional u ocupacional con su capacidad laboral remanente.

• **Incapacidad permanente absoluta.**- Es la situación en la que un empleado con una enfermedad común o general, después de haber sido sometido a tratamiento prescrito, presenta lesiones definitivas que le impide realizar cualquier actividad, por tanto se encuentra incapacitado por completo para el ejercicio de toda profesión u ocupación, sin perjuicio de lo determinado en el último inciso del artículo 186 de la Ley de Seguridad Social.

• **Incapacidad parcial o temporal.**- Situación del empleado con una enfermedad común o general en la que se encuentra temporalmente impedido para el trabajo y recibe atención médica, así como un subsidio transitorio por incapacidad desde un mes hasta un máximo de doce meses.

Licencia por enfermedad en El Salvador

Regulación: Decreto N° 1263 de 1953 por el que se dicta la Ley del Seguro Social y Decreto N° 15 de 1972, del Código del Trabajo.

De conformidad con el artículo 307 del Código del Trabajo, los empleados que tengan uno o más años de servicio tienen derecho a 60 días de licencia por enfermedad remunerada a una tasa del 75% del sueldo base. Los empleados con al menos 5 meses pero menos de 1 año de servicio tienen derecho a 40 días de ausencia remunerada por enfermedad a razón del 75% del sueldo base. Mientras que los empleados con al menos 1 mes, pero menos de 5 meses de servicio tienen derecho a 20 días de licencia por enfermedad remunerada a una tasa del 75% del sueldo base.

En cuanto a la atención médica, dichas prestaciones médicas están disponibles para los trabajadores asegurados y éstas incluyen la atención médica general, atención especializada, medicamentos, hospitalización, atención de maternidad, y el transporte. (Art.59.a de la Ley N ° 1263).

Respecto a la estabilidad laboral, y según el Código del Trabajo, el empleador debe pagar al empleado durante la enfermedad y la recuperación. Por lo tanto, el trabajador tiene seguro su trabajo durante su enfermedad. Sin embargo, el empleo es seguro sólo por el tiempo establecido en el artículo 307 del Código del Trabajo y este varía en función de la duración del servicio.

La incapacidad temporal en Estados Unidos

1. INTRODUCCIÓN

Las diferencias entre el sistema norteamericano de Seguridad Social y el modelo europeo son notables, tanto en su concepción como en su cobertura.

En Estados Unidos las prestaciones de seguridad social se limitan a jubilación, supervivencia e invalidez.

Otro de los elementos determinantes en Norteamérica es la limitada cobertura de la asistencia sanitaria pública, dado que este es uno de los pocos países desarrollados que no cuentan con un sistema sanitario universal y gratuito. El sistema sanitario público da cobertura a los pensionistas y personas con discapacidad, bajo el Medicare, financiado con cotizaciones, y en un segundo nivel, a las personas sin recursos a nivel asistencial (rentas entre el 100-250% del nivel federal de pobreza), denominado Medicaid, financiado en base a impuestos. Además, se destaca que el sistema sanitario norteamericano es el más intenso el uso de recursos por habitante, que no se traslada necesariamente a un mejor servicio, fruto de su alto coste.

La cobertura sanitaria para el resto de ciudadanía se vincula a la suscripción de un seguro médico privado, que suele formar parte del paquete de condiciones y mejoras laborales que la empresa negocia con sus empleados, y por lo general cubre el 80% de los costes del servicio, de manera que el restante 20% debe ser asumido por el particular.

En materia de Incapacidad Temporal, en Estados Unidos se distingue entre la protección por accidente laboral o enfermedad profesional (“workers’ compensation” compensación de trabajadores) y la derivada por enfermedad común o accidente no laboral (“sick leave”).

El workers’ compensation se financia con aportaciones de la empresa y del trabajador, y queda regulada por la legislación federal y estatal. Bajo esta modalidad es común que los trabajadores reciban la atención médica necesaria, y, en ocasiones, obtengan una prestación económica.

En Norteamérica la regulación de la ausencia en el trabajo por enfermedad común o accidente no laboral (incluyendo la maternidad) no goza de la misma protección que en Europa, y generalmente el trabajador precisa de un seguro privado de incapacidad, se descuentan las ausencias al trabajo de sus días de permiso o vacaciones para evitar el descuento en su salario por cada día de ausencia.

Algunos colectivos gozan de una mayor protección, como es el caso de los trabajadores de la Administración federal (cuya normativa suele inspirar la estatal y los contratos y convenios colectivos en las empresas), donde el sistema de licencia (“leave”) y vacaciones (“annual leave”) recurre a una especie de “banco de tiempo”,

que permite acumular horas y días retribuidos para compensar las licencias o permisos no retribuidos. Asimismo, el empleado federal puede contratar voluntariamente un seguro de incapacidad ("Federal Long Term Care Insurance Program"-FLTCIP-), del mismo modo que puede acogerse voluntariamente al Programa de seguro sanitario para empleados federales ("Federal Employees Health Benefits Program"-FEHBP-), al de Jubilación ("Civil Service Retirement System"-CSRS-) u otros Programas existentes (seguro dental y ocular, educación, etc.).

2. ENFERMEDAD O ACCIDENTE LABORAL: COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES⁴⁶

La compensación de trabajadores (workers' compensation) es una forma de seguro de accidentes pagado por los empleadores. Si un trabajador se lesiona en el trabajo o adquiere una enfermedad relacionada con el trabajo, la compensación de trabajadores pagará sus gastos médicos, y si no puede trabajar, también cubrirá una compensación por pérdida de salario hasta que pueda volver a trabajar.

Por lo general, las prestaciones las facilita una compañía de seguros privada o un fondo de compensación para trabajadores administrado por el estado. También se proporcionan prestaciones a los supervivientes si una persona muere como resultado de una lesión relacionada con el trabajo. Cuando se produce una lesión en el trabajo dentro de una empresa privada, el empleado contactará con la junta de compensación de trabajadores de su estado. El Departamento de Trabajo de Estados Unidos (DOL) no es competente en la gestión de las reclamaciones de compensación de trabajadores relacionados con empresas privadas.

No todos los empleados están cubiertos por el seguro de compensación de trabajadores del estado. Algunos están cubiertos por otras leyes de compensación administradas por el Departamento de Trabajo (DOL). En concreto, la Oficina de Programas de Compensación al Trabajador (OWCP, por sus siglas en inglés) administra cuatro programas principales de compensación por discapacidad que proporcionan prestaciones de reemplazo de salario, tratamiento médico, rehabilitación vocacional y otras prestaciones a los trabajadores federales (o a sus dependientes) que se lesionen en el trabajo o adquieran una enfermedad ocupacional. El Programa de Compensación de Enfermedades Ocupacionales de los Empleados de la Energía, el Programa de Compensación de Empleados Federales, el Programa de Compensación de Trabajadores Portuarios y el Programa de prestaciones de Neumoconiosis sirven a grupos específicos de empleados y ayudan a cubrir parte de la carga financiera resultante de una lesión en el lugar de trabajo.

La compensación de los trabajadores proporciona atención médica, rehabilitación y prestaciones en efectivo para los trabajadores que se lesionan en el trabajo o que contraen enfermedades relacionadas con el trabajo. También paga prestaciones a las familias de los trabajadores que mueren por causas relacionadas con el trabajo. Cada estado regula su propio programa de compensación de trabajadores. A diferencia de otros programas de seguridad social de Estados Unidos, los programas estatales de compensación de trabajadores no se financian o administran por el gobierno federal.

⁴⁶ Workers' Compensation: Benefits, Coverage and Cost October 2017. National Academy of Social Insurance, Washington DC

La compensación de trabajadores fue el primer programa de seguridad social que se creó en los países desarrollados. En Estados Unidos, la mayoría de los estados adoptaron leyes de compensación de trabajadores durante un período relativamente corto entre 1910 y 1920. La primera ley de compensación de trabajadores fue promulgada en 1908 para cubrir a ciertos trabajadores civiles federales. Las primeras leyes estatales fueron aprobadas en 1911 por Nueva Jersey y Wisconsin, y el último en incorporarlas fue Mississippi, en 1948.

Como fuente de prestaciones por incapacidad, la compensación de trabajadores sólo es superada en tamaño por el programa federal de Seguro de Discapacidad de la Seguridad Social (SSDI) y el Medicare. Estos programas proporcionan prestaciones en efectivo y tratamiento médico, respectivamente, a los trabajadores con discapacidades que queden incapacitados para trabajar antes de la edad normal de jubilación. En 2015, la compensación de los trabajadores pagó \$30.7 mil millones en prestaciones en efectivo y \$31.1 mil millones por atención médica, un total de \$61.9 mil millones. En ese año, la Seguridad Social pagó \$143.4 mil millones en prestaciones de reemplazo salarial a trabajadores discapacitados y sus dependientes, y Medicare pagó \$93.4 mil millones por atención médica y hospitalaria para personas discapacitadas menores de 65 años.

El gasto de compensación laboral para las empresas en 2015 fue de \$94.8 mil millones, un aumento de 20.1% a partir de 2011. Para los empleadores suscritos a compañías privadas y fondos estatales, este coste se compone de las primas anuales más los pagos de prestaciones bajo franquicia. Para los empresarios auto asegurados, el coste incluye el pago de prestaciones realizadas durante el año y los costes administrativos.

A. Prestaciones de Compensación al Trabajador

Hay tres tipos básicos de solicitudes de compensación de trabajadores a través de las cuales los trabajadores lesionados o sus proveedores de servicios médicos pueden cobrar las prestaciones:

1. Compensación únicamente por gastos médicos;
2. Compensación por incapacidad temporal;
3. Compensación por incapacidad permanente.

El tipo de solicitud se determina en base a la gravedad del daño, si lleva asociada una ausencia laboral relacionada con una lesión. Las más habituales son las compensaciones médicas.

- **Solicitudes por razones médicas**

Representan la mayoría de las compensaciones de los trabajadores y no implican la pérdida de tiempo de trabajo y las esperas asociadas a las solicitudes en metálico. Estas compensaciones suponen sólo una pequeña parte de los pagos totales.

- **Solicitudes por incapacidad temporal**

Se produce cuando una persona sufre una lesión o enfermedad que le impide acudir a su trabajo temporalmente, denominándose incapacidad total temporal (temporary

total disability TTD). Esta prestación supone una cuantía económica, además de las prestaciones médicas.

Las prestaciones TTD cubren aproximadamente dos tercios de los ingresos semanales brutos del trabajador antes de la lesión. Si el trabajador tiene otro empleo concurrente en el momento de la lesión – un trabajo adicional o trabajos con otro empleador - los ingresos del segundo trabajo pueden o no estar cubiertos por las prestaciones de incapacidad temporal.

La indemnización por incapacidad temporal está sujeta a los niveles máximos y mínimos de la prestación, que varían según cada estado. A partir de enero de 2017, el máximo semanal de la prestación oscilaba entre los \$1,688 en Iowa , a los \$478 en Mississippi. El mínimo de la prestación semanal osciló entre los \$583 en Dakota del Norte, a los \$20 en Arkansas, Florida, y Wisconsin.

La mayoría de los trabajadores que reciben prestaciones de TTD se recuperan completamente y regresan al trabajo, momento en el que cesa la ayuda. En muchos casos, sin embargo, los empleadores modifican algunas de las condiciones del trabajo para permitir que los trabajadores lesionados vuelvan a trabajar antes de que sean físicamente capaces de reanudar algunas o todas sus anteriores obligaciones laborales. Cuando esto sucede, les pueden asignar tareas limitadas, menos horas y menor salario. Si los trabajadores lesionados se reincorporan al trabajo en un salario inferior al que tenían antes de la lesión, en algunos estados pueden tener acceso a las prestaciones de incapacidad parcial temporal (TPD).

- **Solicitudes por incapacidad permanente**

Cuando el trabajador sufre una lesión o enfermedad relacionadas con el trabajo, que tiene como resultado una incapacidad total, hablamos de incapacidades permanentes. Estos trabajadores pueden solicitar prestaciones parciales o totales de incapacidad permanente.

El acceso a estas prestaciones de incapacidad permanente se determina una vez que el trabajador lesionado alcance la máxima mejora médica posible, es decir, el momento en el que se alcanza una recuperación de forma que una intervención posterior no consiga mejorar la capacidad funcional o la sanación. Las prestaciones por Incapacidad Total Permanente (Permanent Total Disability PTD) se abonan a los trabajadores que se consideran legalmente incapaces de trabajar debido a una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. Las prestaciones por Incapacidad Parcial Permanente (Permanent Partial Disability PPD) se abonan a trabajadores cuyas lesiones les provoquen impedimentos permanentes, a pesar de que son capaces de trabajar en algunas tareas.

Las cuantías de las prestaciones por discapacidad permanente pueden determinarse por la reducción de la capacidad para obtener ingresos o por la medición de la pérdida de capacidad física.

Los estados no siguen los mismos métodos para determinar si un trabajador tiene derecho a una prestación parcial permanente por incapacidad, el grado de incapacidad permanente, y el importe de las prestaciones que deben abonarse. Algunos no pagan prestaciones por incapacidad permanente si el trabajador lesionado vuelve a trabajar con un salario de, al menos, el 80 % del salario anterior a

la lesión. La mayoría de los estados imponen límites a la duración máxima o a la cantidad máxima de prestaciones por incapacidad permanente.

- **Muertes**

Los programas de compensación de trabajadores también pagan prestaciones por muerte cuando es el resultado de una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo. Normalmente las prestaciones incluyen una cantidad para gastos funerarios y de sepelio, y prestaciones en metálico para la familia del trabajador o sus supervivientes. Para los trabajadores que mueren sin supervivientes, las prestaciones se limitan a los servicios funerarios y gastos de sepelio.

B. Financiación del Seguro de Compensación

En general, el empleador sufraga la compensación de los trabajadores mediante la suscripción de un seguro privado, un plan de seguro del estado (llamado fondo estatal), o mediante el auto aseguramiento. El seguro federal de compensación de trabajadores cubre a los empleados civiles federales y a algunos trabajadores del sector privado en ocupaciones de alto riesgo relacionados con la defensa nacional. Muchos estados cuentan con fondos especiales de compensación de trabajadores para cubrir circunstancias excepcionales, como una lesión acontecida en un segundo trabajo.

- **Seguro privado**

Las políticas de compensación de trabajadores de las aseguradoras privadas operan de manera similar a las de los automóviles o los seguros del hogar. Los empleadores suscriben un seguro a cambio de una prima, la cual varía de acuerdo con la estimación del riesgo. Existen dos tipos de políticas:

- a) una póliza que requiere que el seguro pague todas las prestaciones de compensación del trabajador;
- b) una póliza con franquicia que requiere que el empleador reembolse al seguro las prestaciones pagadas con cargo a la cuantía de la franquicia concreta. Estas pólizas con franquicia suelen permitir que el empleador pague una prima menor. La mayoría de los estados permiten pólizas con franquicia para la compensación de trabajadores, pero la normativa estatal varía en cuanto a los términos específicos (por ejemplo, la franquicia máxima permitida y el volumen mínimo de primas subvencionable para una póliza con franquicia).

- **Fondos estatales**

En general, los fondos estatales se rigen por la ley estatal y pueden ser de competencia exclusiva o en concurrencia competitiva.

- a) Competencia exclusiva: cuando el fondo estatal tiene una base legal que reconoce esta exclusividad, se reconoce como el único proveedor de compensación de los trabajadores de seguros en un estado (aunque en algunos casos los estados permiten que los trabajadores auto aseguren).
- b) Concurrencia competitiva: en este caso, el fondo estatal compite con otras aseguradoras de compensación del trabajador, lo que hace que a veces difícil de diferenciar de las aseguradoras privadas. Se considera que una

aseguradora es una empresa en concurrencia competitiva si:(1) la aseguradora vende la compensación de los trabajadores a los empleadores del sector privado en la región en el mercado de seguros voluntarios; y (2) el asegurado queda exento de los impuestos federales.

En 2015, cuatro estados tenían fondos estatales exclusivos e inicialmente 17 estados tenían fondos estatales competitivos. Además, Carolina del Sur contaba con un fondo no exclusivo que proporcionó seguro de compensación de trabajadores a los empleados de las administraciones estatales y locales, pero no para empleadores privados. Virginia del Oeste no continuó con su fondo estatal a partir de 2009, aunque siguió pagando prestaciones por algunos siniestros (al menos hasta 2015).

- **Autoseguro**

Muchos grandes empleadores optan por auto asegurar la compensación de sus trabajadores. En estos casos, los empleadores deben solicitar un permiso de autoseguro a las autoridades reguladoras, y demostrar que tienen la capacidad financiera para cubrir las necesidades previstas de compensación para sus trabajadores. Algunos estados permiten que grupos de empleadores de la misma industria o asociación comercial opten por un autoseguro conjunto.

- **Programas federales**

La administración federal cubre las prestaciones de compensación de los trabajadores civiles federales sujetos a la Ley de Compensación de los Empleados Federales (FECA). Los programas federales también cubren a algunos trabajadores del sector privado, incluyendo a los afectados por neumoconiosis en la minería del carbón, empleados de otros países contratistas con la administración de Estados Unidos, trabajadores del sector de energía expuestos a ciertos materiales peligrosos, trabajadores dedicados a la fabricación de bombas atómicas, y los veteranos heridos mientras estaban en servicio activo en las fuerzas armadas. La administración federal también supervisa a los trabajadores cubiertos por el programa portuario y la Ley de Compensación de Trabajadores Portuarios (LHWCA), pero se obliga que los empleadores contraten seguros privados seguro o se auto aseguren.

- **Fondos de garantía**

Los fondos de garantía del estado cubren las prestaciones de los trabajadores lesionados en caso de insolvencia de la compañía de seguros o del empleador auto asegurado. Los pagos de las prestaciones y gastos administrativos de los fondos de garantía para las aseguradoras privadas se financian normalmente a través de tasas a las compañías que aseguran la compensación del trabajador, y para empleadores auto asegurados a través de tasas a dichos empleadores auto asegurados.

- **Los fondos de segunda lesión**

Estos fondos reembolsan a los empleadores o a las compañías de seguros cuando un empleado, con una condición preexistente relativa a un problema de salud vinculado al trabajo, sufre otra lesión relacionada con el trabajo o enfermedad. El segundo fondo asume los gastos vinculados a la primera condición preexistente de salud para reducir la carga que recae en el empleador actual. Los fondos facilitan que los empleadores contraten a trabajadores lesionados que desean volver a trabajar con algunos impedimentos.

El empleador actual es responsable sólo de las prestaciones de compensación de trabajadores asociadas con la segunda lesión o enfermedad. Los fondos de segunda lesión se financian a través de tasaciones a los empleadores y, en algunas pocas jurisdicciones, con un fondo general.

3. ACCIDENTE O ENFERMEDAD COMÚN: SICK LEAVE

Actualmente, no hay regulación a nivel federal de la licencia por enfermedad remunerada. La Ley de Licencia Familiar y Médica (Family and Medical Leave Act, FMLA por sus siglas en inglés), sí prevé licencias sin sueldo por enfermedad. La FMLA establece hasta 12 semanas de licencia sin sueldo para determinadas situaciones médicas, ya sea para el empleado o para un miembro de su familia inmediata. En muchos casos, las licencias retribuidas pueden ser sustituidas por licencias FMLA sin sueldo.

Los empleados sujetos a la licencia de la FMLA, deben haber trabajado para su empleador por lo menos 12 meses, y al menos 1.250 horas durante los 12 meses anteriores a la licencia, y trabajar en un centro con un mínimo de 50 empleados, y que su centro de trabajo se encuentre a una distancia máxima de 75 millas.

Por lo que se refiere a nivel estatal y municipal, muchos estados y ciudades han previsto licencia por enfermedad en sus leyes. En la práctica, los empleadores estadounidenses suelen ofrecer a sus empleados algún tipo de baja remunerada por enfermedad. Los términos de esta licencia retribuida varían de un empleador a otro, y también de acuerdo con la normativa estatal.

Generalmente, las leyes estatales de licencias retribuidas por enfermedad fijan algunos términos como como las reglas de tiempo libre acumulado, los límites máximos de acumulación y qué empleadores están sometidos a esa regulación. Los empleadores pueden optar por mejorar los mínimos legales previstos por el estado (por ejemplo, permitir que los empleados acumulen más tiempo que el límite de acumulación). Actualmente 11 estados y el Distrito de Columbia prevén algún tipo de licencia retribuida por enfermedad ([Arizona](#), [California](#), [Connecticut](#), [Maine](#), [Maryland](#), [Massachusetts](#), [Michigan](#), [New Jersey](#), [Oregon](#), [Rhode Island](#), [Vermont](#), [Washington](#), [Washington DC](#).)

Prestación de incapacidad temporal

Todas las personas que residen en Finlandia están incluidas en el ámbito del seguro de enfermedad. El seguro de enfermedad proporciona reembolsos por pérdida de ingresos y por costos de rehabilitación.

Las personas entre 16 a 67 años que debido a una enfermedad no pueden trabajar pueden percibir esta prestación. El tamaño de la prestación depende de los ingresos.

NORMATIVA

La prestación diaria percibida por enfermedad está determinada por la Ley de Seguro de Enfermedad de 2004. (1224/2004).⁴⁷

PRESTACIÓN POR ENFERMEDAD EN FINLANDIA

La prestación por enfermedad se paga como compensación por la pérdida de ingresos debido a una incapacidad laboral que dura menos de un año completo.

Se necesita un certificado médico para poder acceder a la prestación por enfermedad. La prestación por enfermedad generalmente está disponible por hasta 60 días hábiles si se basa en un “certificado médico A”. Después de los 60 días, el pago sólo puede continuar si el destinatario puede presentar un “certificado médico B” u otra declaración sobre su incapacidad para el trabajo. Es posible que se pida a los destinatarios que proporcionen más documentación médica, incluso antes de que termine el período de 60 días.

La prestación por enfermedad está disponible después de completar un período de espera que generalmente abarca desde el primer día de enfermedad y los siguientes nueve días laborables.

La prestación por enfermedad se paga por un máximo de 300 días laborables (alrededor de un año). Se puede pagar hasta el final del mes anterior al mes en el que se alcanzaría el límite de 300 días. Por lo general, todos los días durante los últimos dos años en los que una persona tenía derecho a la prestación por enfermedad de Kela (Seguridad Social finlandesa) cuentan para el tiempo total para el cual se puede percibir una prestación por enfermedad. También se incluyen días en los que no es apto para el trabajo, pero por los que no se le ha pagado la asignación por enfermedad, por ejemplo, debido a que se dispone de bajos ingresos anuales.

⁴⁷ Sickness Insurance Act (Sjukförsäkringslagen) 1224/20014. <https://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2004/20041224>

EL MÁXIMO DERECHO ALCANZADO - ¿CUÁNDO SE PUEDE OBTENER LA ASIGNACIÓN POR ENFERMEDAD DE NUEVO?

Si alcanza el límite máximo de derechos, debe estar en condiciones de trabajar durante al menos un año antes de que pueda volver a percibir una prestación por enfermedad por la misma enfermedad. Sin embargo, si regresa al trabajo después de recibir la prestación por enfermedad por el período máximo y trabaja por un período ininterrumpido de al menos 30 días, puede obtener una asignación por enfermedad por 50 días adicionales.

Después de alcanzar el límite máximo de derechos, se le puede pagar la prestación por enfermedad si se le diagnostica alguna otra enfermedad que no fuera la causa de incapacidad para el trabajo durante su período de asignación por enfermedad anterior.

ENFERMEDAD PROLONGADA

Basándose en el certificado médico, Kela evalúa si una persona podría beneficiarse de la rehabilitación.

Una vez que se le ha pagado la prestación de enfermedad durante 60 días, la persona recibe una carta de Kela informándola sobre varias opciones de rehabilitación y de acceso a diferentes proveedores.

Si una persona está empleada, su proveedor de atención médica ocupacional debe evaluar su capacidad restante para trabajar a más tardar una vez que se le haya pagado la prestación por enfermedad por 90 días hábiles.

Una vez que se le ha pagado la asignación de enfermedad durante 150 días, la persona recibe una carta de Kela, explicándole no sólo las opciones de rehabilitación, sino también sobre cómo reclamar una pensión por discapacidad.

Puede solicitar rehabilitación incluso aunque Kela no se lo haya sugerido. Si cree que necesita rehabilitación, primero, consulte a su médico de salud ocupacional o a su médico personal. Si su médico le da una declaración que recomienda rehabilitación, puede solicitar la rehabilitación de Kela.

Si no es apto para trabajar debido a una enfermedad por más de un año, puede reclamar una pensión por discapacidad.

ENFERMEDAD Y APTITUD PARA EL TRABAJO

Estar enfermo y no ser apto para el trabajo son dos cosas diferentes. Para percibir una prestación por enfermedad, debe no ser apto para el trabajo. Su aptitud para el trabajo se evalúa en el contexto de su propio trabajo. Al determinar su elegibilidad para la prestación por enfermedad, Kela puede consultar a un especialista en medicina de seguro. Basándose en una declaración del médico del trabajador, el especialista evalúa la aptitud para el trabajo y el estado funcional con el fin de averiguar si el trabajador no es apto para el trabajo en el sentido establecido en la ley.⁴⁸

⁴⁸<https://www.kela.fi/web/en/sickness-allowance>

SUBSIDIO POR ENFERMEDAD PARCIAL

El propósito de la prestación por enfermedad parcial es ayudar a las personas que no son aptas para el trabajo a permanecer en el trabajo y a volver al trabajo a tiempo completo.

Volver a trabajar a tiempo parcial es un acuerdo voluntario que requiere el consentimiento tanto del empleador como del empleado. No debe poner en riesgo la salud o recuperación del empleado. El horario de trabajo debe reducirse al 40-60% del horario habitual.

El acuerdo sobre el trabajo a tiempo parcial se hace sobre la base de una evaluación por un médico de salud ocupacional u otro médico familiarizado con las circunstancias en el trabajo. La disposición a tiempo parcial debe durar al menos un período ininterrumpido de 12 días hábiles, incluyéndose los sábados.

La prestación por enfermedad parcial se paga durante un máximo de 120 días laborables. Una vez alcanzado el máximo, sólo se puede pagar a causa de la misma enfermedad si el trabajador, mientras tanto, ha sido declarado apto para trabajar durante al menos un año.

Las personas que vuelven al trabajo, después de haber percibido una prestación parcial por enfermedad por el período máximo de tiempo, pueden percibir 50 días adicionales de subsidio por enfermedad parcial una vez que han estado en el trabajo por un período consecutivo de más de 30 días.

La prestación por enfermedad parcial se puede pagar por un período máximo especificado. El trabajador puede obtener una prestación por enfermedad parcial incluso si ya se le ha pagado la prestación de enfermedad regular durante el período máximo de tiempo.⁴⁹

SUBSIDIO DE REHABILITACIÓN

El propósito de la asignación de rehabilitación es proporcionar seguridad económica durante la rehabilitación.

El trabajador puede calificar para una asignación de rehabilitación si tiene entre 16 y 67 años y participa en rehabilitación. Después de completar un período de espera, puede recibir pagos de subsidio de rehabilitación por días en los que participa en una medida de rehabilitación que dura al menos cuatro horas (incluido la duración de viaje) o que de otro modo le impide trabajar y ganarse la vida. Una asignación de rehabilitación parcial puede estar disponible si las horas de trabajo diarias se han reducido en un 40% o más debido a la participación en la rehabilitación.

Por lo general, se le pagará un salario o una asignación de rehabilitación al trabajador durante la participación en la rehabilitación. Si se le paga un salario, Kela

⁴⁹ <https://www.kela.fi/web/en/partial-sickness-allowance>

(la Seguridad Social finlandesa) pagará el subsidio de rehabilitación al su empleador. Si la asignación es más alta que el salario de trabajador, percibe la diferencia. Si el trabajador no está empleado o no se le paga un salario, Kela le pagará la asignación de rehabilitación.

TIPOS DE REHABILITACIÓN

A un trabajador se le puede pagar una asignación de rehabilitación durante la participación en los servicios de rehabilitación organizados por Kela, un proveedor de salud ocupacional o su municipio o autoridad municipal conjunta.

También puede percibir pagos de subsidio de rehabilitación para la duración de la capacitación de aprendizaje o un curso de capacitación de adaptación apoyado por los ingresos de la lotería. Las personas menores de 20 años también pueden percibir una asignación de rehabilitación para los jóvenes durante la rehabilitación intensificada.

Una persona también puede percibir la asignación de rehabilitación mientras asiste a un curso de adaptación, un curso de rehabilitación o una rehabilitación familiar en donde el cliente es su familiar.

Kela puede pagar la asignación por los períodos en los que:

- El trabajador está esperando que comience una rehabilitación a largo plazo.
- La rehabilitación se interrumpe por un corto período de tiempo por enfermedad u otra razón.⁵⁰

Fuentes:

Ministerio de Asuntos Sociales y Salud - <https://stm.fi/en/income-security/sickness-rehabilitation>

KELA – Seguridad Social finlandesa - <https://www.kela.fi/web/en/sickness>

⁵⁰ <https://www.kela.fi/web/en/rehabilitation-allowance>

La prestación de incapacidad laboral temporal en Francia

El acceso a la prestación por incapacidad temporal puede producirse, en Francia, a través de tres situaciones: la baja por enfermedad común, la baja por accidente laboral y la baja por enfermedad profesional. En los tres casos, el empleador está obligado a entregar una indemnización complementaria al trabajador.

A.- BAJA POR ENFERMEDAD COMÚN

Estando en situación de **baja por enfermedad**, el trabajador tiene derecho a recibir una indemnización diaria (IJ), que le será pagada por su Caja primaria del seguro de enfermedad (CPAM). Esta IJ queda sujeta a determinadas condiciones de cotización. Su importe varía en función del salario. También cabe recibir una indemnización por parte del empleador. Salvo disposiciones más favorables fijadas en un convenio, se abonarán durante un período limitado y por un importe que variará según la duración de la baja.

1.- Las condiciones de la indemnización varían en función de la duración de la baja

1.1.- Hasta los seis meses de baja

Para recibir una indemnización durante los primeros seis meses de una baja, se debe justificar, en el día de la interrupción del trabajo, las siguientes condiciones:

- Haber trabajado al menos 150 horas durante los 3 meses naturales o los 90 días anteriores a la baja.
- haber cotizado, durante los seis meses naturales anteriores a la baja, sobre la base de una remuneración al menos igual a 1 015 veces el importe del salario mínimo fijado al comienzo de este período.

A manera de ejemplo: habiendo comenzado la baja el 1 de julio de 2019, el trabajador tendría derecho a recibir la indemnización en cualquiera de estas dos situaciones:

- Habiendo trabajado al menos 150 horas entre el 1 de abril de 2019 y el 30 de junio de 2019.
- Si, entre el 1 de enero de 2019 y el 30 de junio de 2019, hubiera cotizado sobre la base de una remuneración al menos igual a 10 180,45 euros.

1.2.- Más allá de los seis meses

Para seguir recibiendo una indemnización cuando la baja se prolonga más allá de seis meses, deben cumplir las siguientes condiciones:

- En la fecha de interrupción del trabajo, justificar una afiliación a la Seguridad social durante al menos 12 meses y, además:
- Haber trabajado al menos 600 horas durante los 12 meses civiles o los 365 días anteriores a la baja.
- O haber cotizado, durante los 12 meses naturales o los 365 días anteriores a la baja, sobre la base de una remuneración al menos igual a 2 030 veces el importe del salario mínimo por hora fijado al comienzo de este período.

Por ejemplo: si la baja de más de seis meses comenzó el 1 de julio de 2019, el trabajador tendría derecho a recibir la indemnización en cualquiera de si ya estaba afiliado a la Seguridad social antes de julio de 2018, y ha trabajado al menos 600 horas entre el 1 de julio de 2018 y el 30 de junio de 2019, o si, durante el mismo período, ha cotizado sobre la base de una remuneración al menos igual a 20 056,40 euros.

2.- La cuantía de la indemnización

2.1.- Procedimiento para realizar el cálculo

2.1.1.- Caso general

La IJ equivale al 50 % del salario diario básico.

Si se paga mensualmente, el salario básico diario es igual al total de los tres últimos salarios brutos (que sirven de base, para el cálculo de las cotizaciones correspondientes a los seguros de enfermedad, maternidad, invalidez y muerte) percibidos antes de la interrupción del trabajo, dividido entre 91,25.

Por ejemplo, con un salario percibido de 2 000 euros al mes en los tres meses anteriores a la baja laboral, un asalariado percibe una IJ fijada en 32,87 euros al día ($2\,000 \times 3 / 91,25 = 65,75$ y $65,75 \times 50 \% = 32,87$).

El salario que se tiene en cuenta para este cálculo tiene un límite superior, que está fijado en 1,8 veces el importe del salario mínimo vigente el último día del mes anterior a la baja (2 738,19 euros al mes en el año 2019).

2.1.2.- Teniendo, al menos, tres hijos a cargo

La IJ equivalen al 50 % del salario diario básico durante los primeros 30 días de su baja.

A partir del día 31, la IJ será igual a los 2/3 del salario diario de base.

Si se paga mensualmente, el salario básico diario es igual al total de los tres últimos salarios brutos (que sirven de base, para el cálculo de las cotizaciones

correspondientes a los seguros de enfermedad, maternidad, invalidez y muerte) percibidos antes de la interrupción del trabajo, dividido por 91,25.

A manera de ejemplo, con un salario percibido de 2 000 euros al mes en los tres meses anteriores a la baja laboral, un asalariado percibe una IJ de 32,87 euros diarios durante los primeros treinta días. A partir del día 31, serían 43,83 euros diarios (es decir, $2\,000 \times 3 / 91,25 = 65,75$ y luego $65,75 \times (2/3) = 43,83$).

También en este caso, el salario que se considera para el cálculo tiene un límite superior, que está fijado en 1,8 veces el importe del salario mínimo vigente el último día del mes anterior a la baja (2 738,19 euros al mes en el año 2019).

2.2.- La cuantía máxima

La IJ no podrá superar una determinada cantidad, que variará según nos encontremos en alguna de las siguientes condiciones:

Importe bruto máximo abonable		
Hijos a cargo	Período de abono de la IJ	Cuantía bruta diaria máxima
1 o 2	A partir del cuarto día de baja, hasta el 360 día de indemnización (o hasta el final de los 3 años de indemnización en caso de enfermedad de larga duración)	45,01 €
3 o más	Del cuarto al trigésimo día de baja	45,01 €
	Desde el 31 día de baja hasta el 360 día de indemnización (o hasta 3 años de indemnización por enfermedad de larga duración)	60,02 €

2.3.- La revalorización

Si la interrupción del trabajo es superior a tres meses, la IJ podrá revalorizarse (dentro del límite del importe bruto máximo) en caso de aumento general de los salarios.

3.- El devengo

3.1.- El período de carencia

Las IJ se abonarán después de un plazo de tres días.

El plazo de carencia se aplicará a cada una de las bajas, excepto en los casos siguientes:

- reanudación de la actividad entre 2 bajas que no superen las 48 horas,
- sucesivas bajas debidas a una enfermedad de larga duración (ALD)⁵¹.

⁵¹ [La ALD es una enfermedad grave y/o crónica](#) con derecho a una cobertura del 100 % del seguro de enfermedad. Ejemplos: diabetes, cáncer, mucoviscidosis, infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Se regula en el artículo D 160-4 del Código de la Seguridad social.

3.2.- Días indemnizados

Las IJ se devengan por cada día natural de interrupción del trabajo.

3.3.- La periodicidad del pago

La CPAM paga las IJ cada 14 días, enviando simultáneamente un extracto, que también puede ser descargado directamente por el interesado.

3.4.- El plazo máximo de pago

La CPAM abonará un máximo de 360 IJ por período de tres años consecutivos (independientemente del número de enfermedades), sin tener en cuenta las indemnizaciones pagadas en virtud de una ALD.

Si uno sufre una ALD, las IJ se pagan durante tres años, sin limitación de número. Se abre un nuevo plazo de tres años si se vuelve a trabajar durante al menos un año. Si, después de tres años, el trabajador vuelve a estar enfermo cuando ha trabajado menos de un año, se le puede compensar si ha recibido menos de 360 IJ en el período de tres años.

4.- La compatibilidad con otros ingresos

Es posible acumulación de la IJ con otros ingresos, según se refleja abajo:

Renta o ingreso	Compatibilidad con la IJ
Pensión de invalidez	Sí, si el grado de invalidez de la persona es compatible con una reanudación de la actividad profesional
Pensión de vejez	Sí, si el pensionista continúa con una actividad por cuenta ajena
Indemnización de vacaciones pagadas	Sí
Salario	Sí, si el empleador lo mantiene, total o parcialmente, durante la baja
Prestación por desempleo	No
Prestación diaria por maternidad	No
Indemnizaciones diarias por accidente de trabajo y enfermedad profesional (AT-MP)	No

5.- Indemnización complementaria abonada por el empleador

5.1.- Condiciones

Para percibir las indemnizaciones complementarias, deberá cumplir cada una de las condiciones siguientes.

- Acreditar, al menos, un año de antigüedad en la empresa (calculada a partir del primer día de baja).
- Haber transmitido al empleador el certificado médico en un plazo de 48 horas
- Ser beneficiario de la IJ pagada por la Seguridad social.
- Recibir el tratamiento médico en Francia o en uno de los Estados miembros del Espacio económico europeo (EEE)
- No ser trabajador a domicilio o asalariado de temporada, intermitente o temporal.

5.2.- El período de carencia

Está previsto un plazo de carencia de siete días para cada baja. Así pues, a menos que se disponga en un convenio o de un acuerdo colectivo más favorable, el pago de las indemnizaciones complementarias comienza el octavo día de la baja por enfermedad.

5.3.- La duración del período de pago

La duración del pago de las indemnizaciones abonadas por el empleador varía en función de la antigüedad del trabajador, de la manera siguiente:

Antigüedad en la empresa	Duración máxima del pago de la indemnización
Entre 1 y 5 años	60 días (30 días al 90 % y 30 días al 66,66 %)
Entre 6 y 10 años	80 días (40 días al 90 % y 40 días al 66,66 %)
Entre 11 y 15 años	100 días (50 días al 90 % y 50 días al 66,66 %)
Entre 16 y 20 años	120 días (60 días al 90 % y 60 días al 66,66 %)
Entre 21 y 25 años	140 días (70 días al 90 % y 70 días al 66,66 %)
Entre 26 y 30 años	160 días (80 días al 90 % y 80 días al 66,66 %)
31 años o más	180 días (90 días al 90 % y 90 días al 66,66 %)

Quien, ya ha recibido una o más indemnizaciones por enfermedad en los 12 meses anteriores de su empleador, verá la duración del pago deducida en el número de días ya indemnizados.

5.4.- La cuantía

Si se cumplen las condiciones que dan derecho a las indemnizaciones complementarias, se percibe, durante los primeros 30 a 90 días de baja, según la

antigüedad, el 90 % de la remuneración bruta que habría percibido si hubiera trabajado.

Durante los siguientes 30 a 90 días de baja, el porcentaje se reduce al 66,66 % de dicha remuneración.

Para calcular el importe abonado por el empleador, es preciso deducir las IJ abonadas por la Seguridad social y, si es el caso, las prestaciones resultantes de los pagos del empresario en el marco de un régimen complementario de previsión.

El convenio colectivo puede incluir disposiciones más favorables (por ejemplo, el mantenimiento íntegro del salario).

Si la IJ pagada por la Seguridad social se reducen (por ejemplo, debido a una hospitalización o a una sanción de la CPAM por incumplimiento de su reglamento), el importe pagado por el empleador se calculará teniendo en cuenta el importe íntegro de la IJ.

5.5.- Una potestad del empresario

A cambio de la obligación de pagar las indemnizaciones, el empresario podrá recurrir a otro dictamen médico.

6.- Los textos legales de referencia

- Código de Seguridad social: artículos L 313-1 a L 313-6, y artículos R 313-1 y R 313-17, todo ello en relación con el derecho a las IJ de la Seguridad social.
- Código de Seguridad social: artículos L 323-1 a L 323-7, en relación con el Importe y el pago de la IJ de la Seguridad social.
- Código de Seguridad social: artículos R 323-1 a R 323-12, en relación con el importe, el pago de las indemnizaciones, y con la compatibilidad con otros ingresos.
- Código de trabajo: artículos L 1226-1 y L 1226-1-1, y D 1226-1 a D 1226-8, en relación con la indemnización complementaria abonada por el empleador.

B.- BAJA POR ACCIDENTE LABORAL

El asalariado en situación de [baja por un accidente de trabajo](#), tiene derecho a una indemnización diaria (IJ) pagada por su CPAM. La cuantía de la indemnización y las condiciones de pago son diferentes de las previstas para una baja por enfermedad. También puede percibir, bajo determinadas condiciones, indemnizaciones complementarias pagadas por su empleador.

1.- Los trabajadores afectados

Los asalariados víctimas de un accidente de trabajo que provoca una interrupción del trabajo, tienen derecho a las IJ a cargo de su CPAM. Las indemnizaciones diarias están destinadas a compensar parcialmente la pérdida del salario.

2.- La cuantía de la indemnización

2.1.- La fórmula de cálculo

En el caso de un trabajador asalariado con nómina mensualizada, su CPAM determina un salario diario de referencia. Este salario diario (hasta 337,97 euros) se calcula dividiendo entre 30,42 el salario bruto percibido el mes anterior al comienzo de la baja.

Las IJ equivalen a un porcentaje de ese salario diario de referencia que varía en función de la duración de la baja, dentro del límite de una cantidad denominada ganancia diaria neta (el salario diario menos un 21 %). Su importe tiene un límite máximo.

Conjunto de los elementos considerados para el cálculo de las indemnizaciones en función de la duración de la baja			
Duración del pago de las indemnizaciones	Porcentaje del salario diario de referencia	Sueldo diario neto	Límite superior de las IJ
Del 1 al 28 día de la baja	60 %	1/30,42 del salario del mes anterior, menos un tipo fijo del 21 %	202,78 euros
A partir del 29 día de la baja	80 %	1/30,42 del salario del mes anterior, menos un tipo fijo del 21 %	270,38 euros

Por ejemplo, en el caso de un asalariado que percibió 2 000 euros brutos el mes anterior a su baja, su ingreso neto durante su baja es de $2\ 000 - (21\% \times 2\ 000) / 30,42 = 51,93$ euros.

La indemnización se calculará de la manera siguiente:

- Durante los primeros 28 días de baja, la cuantía de la IJ es de 39,44 euros, resolviendo esta fórmula: $(2\ 000 / 30,42) \times 60\ %$.
- A partir del día 29 de baja, el importe sería 52,59 euros $(2\ 000 / 30,42) \times 80\ %$. Al haberse superado el límite del salario diario neto, el importe abonado a partir del vigésimo noveno día se reducirá a 51,93 euros.

A continuación, se deduce del importe de las indemnizaciones diarias debidas la CSG⁵² (6,2 %) y la CRDS⁵³ (0,50 %).

⁵² La [contribución social generalizada](#) (CSG), creada por la Ley de presupuestos de 1991, es un impuesto destinado a contribuir a la financiación de la protección social. La tasa de aplica al conjunto de los ingresos de las personas residentes en Francia.

⁵³ [La contribución para el reembolso de la deuda social](#) (CRDS) es un impuesto creado en el año 1996 para reducir el endeudamiento de la Seguridad social. Se destina exclusivamente a la Caja de amortización de la deuda social (CADES), cuyo objetivo es amortizar la deuda de los organismos de la Seguridad social para el año 2025.

2.2.- Las revalorizaciones

Cuando la interrupción del trabajo sea superior a tres meses, la IJ podrán ser revalorizadas en caso de aumento general de los salarios:

- Bien mediante una orden ministerial: la revalorización será a tanto alzado y se aplicará un coeficiente de 1,01 a la ganancia diaria de base.
- En el marco de un convenio colectivo: el asalariado deberá entonces solicitar por carta a su CPAM la aplicación de la revalorización prevista por el convenio, adjuntando a su solicitud un certificado de su empleador.

3.- El pago de las indemnizaciones diarias

3.1.- El inicio de la indemnización

En caso de accidente laboral, el día en que se produzca el accidente será pagado íntegramente por el empleador. La CPAM abonará la indemnización a partir del primer día siguiente al cese del trabajo, sin plazo de carencia.

Lo mismo ocurre en caso de recaída o de agravamiento del estado de salud del asalariado.

3.2.- La duración de la indemnización

Las indemnizaciones diarias se abonarán durante todo el período de incapacidad laboral, hasta que se sane completamente o se consoliden⁵⁴ la herida o la lesión (o la muerte).

Si la lesión o la herida se consolida, la CPAM fija el grado de incapacidad permanente (IPP) que permite el pago de [una renta vitalicia o una indemnización de capital a tanto alzado](#).

4.- Indemnización complementaria abonada por el empleador

4.1.- Las condiciones

El empleador tiene la obligación de pagar una indemnización complementaria durante la baja laboral, cuando se cumplan todas las condiciones siguientes:

- No ser trabajador a domicilio, asalariado de temporada, intermitente o temporal.
- Justificar al menos un año de antigüedad en la empresa (calculada a partir del primer día de ausencia).
- Haber transmitido al empleador el certificado médico en un plazo de 48 horas.
- Ser beneficiario de las IJ pagadas por la Seguridad social.

⁵⁴ [En materia de Seguridad social](#), la consolidación se fija en el momento en que la lesión ya no es susceptible de evolucionar a corto plazo y puede considerarse de carácter permanente.

- Recibir atención médica en Francia o en uno de los Estados miembros del EEE.

Téngase en cuenta que, a cambio de abonar esta indemnización complementaria. El empresario podrá recurrir a un segundo dictamen médico.

4.2.- La cuantía

La cuantía de las indemnizaciones pagadas por el empleador se calcula de la manera siguiente:

- Durante los primeros 30 días de interrupción del trabajo, el importe corresponde al 90 % de la remuneración bruta que el asalariado habría percibido si hubiera seguido trabajado.
- Durante los 30 días siguientes, el importe corresponde al 66,66 % de la misma remuneración.

Las disposiciones de los convenios y acuerdos pueden prever un importe mayor.

Si la ausencia del trabajador accidentado provoca un aumento de la jornada laboral de los demás asalariados, este aumento no se tiene en cuenta para calcular la remuneración bruta.

En los casos en que se reduzcan las IJ pagadas por la Seguridad social (por ejemplo, debido a una hospitalización o a una sanción de la CPAM por incumplimiento del procedimiento), las indemnizaciones complementarias pagadas por el empleador se calcularán, no obstante, sobre el importe íntegro de las IJ.

4.3.- La fecha de inicio del pago

No se prevé ningún período de carencia. El pago de las indemnizaciones complementarias comenzará a partir del primer día de ausencia del trabajador.

4.4.- La duración del pago

Las indemnizaciones complementarias se abonarán hasta el final de la baja laboral, dentro del límite de una duración máxima de 12 meses por período. La duración del pago de las indemnizaciones por el empleador varía en función de la antigüedad del asalariado en la empresa, de la manera siguiente:

Tiempo de antigüedad	Duración máxima del pago de la IJ, durante un período de doce meses
Entre 1 y 5 años	60 días (30 días al 90 % y 30 días al 66,66 %)
Entre 6 y 10 años	80 días (40 días al 90 % y 40 días al 66,66 %)
Entre 11 y 15 años	100 días (50 días al 90 % y 50 días al 66,66 %)
Entre 16 y 20 años	120 días (60 días al 90 % y 60 días al 66,66 %)
Entre 21 y 25 años	140 días (70 días al 90 % y 70 días al 66,66 %)
Entre 26 y 30 años	160 días (80 días al 90 % y 80 días al 66,66 %)
31 y más años	180 días (90 días al 90 % y 90 días al 66,66 %)

El período de 12 meses de pago de las indemnizaciones se determinará, por cada día de baja laboral, de fecha a fecha. Se tendrán en cuenta todos los días naturales.

Si en los 12 meses anteriores el trabajador ya ha recibido una o más indemnizaciones por enfermedad, ello se tendrá en cuenta para calcular la duración máxima del pago autorizado.

5.- Referencias legales

- Código de la Seguridad social: artículos L 433-1 a L 433-4, a cerca de la indemnización por la CPAM (principios generales)
- Código de la Seguridad social: artículos R 433-1 a R 433-17, sobre la indemnización por la CPAM (cálculo del importe de la indemnización)
- Código de Trabajo: artículos L 1226-1 y L 1226-1-1, en relación con las indemnizaciones pagadas por el empresario (beneficiarios).
- Código de Trabajo: artículos D 1226-1 a D 1226-8, sobre las Indemnizaciones pagadas por el empleador (importe pagado y condiciones de pago).
- Circular de 25 de noviembre de 2010 relativa al cálculo de las indemnizaciones diarias por enfermedad, maternidad y accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

C.- BAJA POR ENFERMEDAD PROFESIONAL

El trabajador en situación de [baja por una enfermedad relacionada con el trabajo](#), tiene derecho a las indemnizaciones (IJ) pagadas por la CPAM. Cuando se reconoce que la enfermedad es de origen profesional, el importe de la indemnización y las condiciones de pago son diferentes de las previstas para una baja por enfermedad común. También cabe obtener, en determinadas condiciones, indemnizaciones complementarias pagadas por el empleador.

1.- El asalariado afectado

Un trabajador que se encuentra en situación de baja por una enfermedad relacionada con su actividad profesional, tiene derecho a la IJ básica mientras no se reconozca el carácter profesional de su enfermedad. Una vez que la CPAM reconozca su enfermedad como profesional, ésta le pagará la IJ debidamente incrementada.

2.- La cuantía de la indemnización

2.1.- La fórmula de cálculo

En el caso de un trabajador que cobre su nómina cada mes, la CPAM de su demarcación determinará un salario diario de referencia. Este salario diario (hasta 337,97 euros) se calcula dividiendo el salario bruto percibido el mes anterior al comienzo de la enfermedad entre 30,42.

Las IJ equivalen a un porcentaje de ese salario diario de referencia, que varía en función de la duración de la baja de enfermedad, dentro del límite de una cantidad denominada ganancia diaria neta (el salario diario menos el 21 %). Su importe tiene un límite máximo.

Conjunto de los elementos tenidos en cuenta para el cálculo de la indemnización en función de la duración de la baja por enfermedad			
Duración del pago de la indemnización	Porcentaje del salario diario de referencia	Ganancia diaria neta	Límite superior de la indemnización
Del día 1 al 28 de baja	60 %	1/30,42 del salario del mes anterior, menos un 21 %	202,78 euros
A partir del día 29	80 %	1/30,42 del salario del mes anterior, menos un 21 %	270,38 euros

A manera de ejemplo, en el caso de un empleado que percibió 2 000 euros brutos el mes anterior a su baja por enfermedad, la ganancia diaria neta del trabajador durante su baja es de $2\,000 - (21\% \times 2\,000) / 30,42 = 51,93$ euros.

Las indemnizaciones se calcularán de la manera siguiente:

- Durante los primeros 28 días de interrupción de la actividad laboral, la cuantía de la IJ es de $(2\,000 / 30,42) \times 60\% = 39,44$ euros.
- A partir del día 29 de la baja, el importe sería 52,59 euros. El resultado de realizar la siguiente operación: $2\,000 / 30,42 \times 80\%$. Al haberse superado el límite de la ganancia diaria neta, el importe abonado a partir del vigésimo noveno día se reducirá a 51,93 euros.
- A continuación, se deduce del importe de las indemnizaciones diarias debidas la CSG (6,2 %) y la CRDS (0,50 %).

2.2.- La revalorización

Cuando la interrupción del trabajo sea superior a tres meses, la indemnización podrá ser revalorizada en el caso de que se produzca un aumento general de los salarios. Para ello existen dos mecanismos:

- Por orden ministerial: la revalorización será a tanto alzado y se aplicará un coeficiente de 1,01 a la ganancia diaria básica.
- En el marco de un convenio colectivo: el asalariado deberá solicitar por carta a su CPAM la aplicación de la revalorización prevista por el convenio adjuntando a su solicitud un certificado de su empleador.

3.- El pago de la indemnización diaria

3.1.- El inicio de la indemnización

Si la baja se debe a una enfermedad profesional, no hay período de carencia. En este caso, la CPAM abonará la indemnización a partir del primer día siguiente al del cese del trabajo.

3.2.- La duración de la indemnización

Las indemnizaciones diarias se abonarán durante todo el período de incapacidad laboral, hasta el final de la baja o la consolidación de la herida o de la lesión (o en caso de muerte).

Si la lesión o la herida se consolidan, la CPAM fija un grado de incapacidad permanente (IPP) que permite el pago de una renta vitalicia o de una indemnización global de capital.

4.- Indemnización complementaria abonada por el empleador

4.1.- Las condiciones

El empleador tiene la obligación de pagar una indemnización complementaria durante la baja, si se reúnen todas las circunstancias siguientes:

- No ser trabajador a domicilio, asalariado de temporada, intermitente o temporal.
- Justificar al menos un año de antigüedad en la empresa (calculada a partir del primer día de baja).
- Haber hecho llegar al empleador el certificado médico en un plazo de 48 horas.
- Ser beneficiario de la indemnización pagada por la Seguridad social.
- Recibir atención médica en Francia o en uno de los Estados miembros del espacio económico europeo (EEE).

Recordemos que, a cambio de la obligación de pagar las indemnizaciones, el empresario podrá recurrir a una contra visita médica.

4.2.- La cuantía

La cuantía de la indemnización pagada por el empleador se calcula de la manera siguiente:

- Durante los primeros 30 días de interrupción del trabajo, el importe corresponde al 90 % de la remuneración bruta que habría percibido si hubiera estado trabajando.
- En los siguientes 30 días de baja, el importe corresponde al 66,66 % de la misma remuneración.

Las disposiciones de los convenios pueden prever un importe mayor.

Si la baja provoca un aumento de la jornada laboral de los demás trabajadores, este incremento no se tendrá en cuenta para calcular la remuneración bruta.

En el caso en que se reduzca la indemnización pagada por la Seguridad social, la indemnización complementaria pagada por el empleador se calculará, no obstante, sobre el importe íntegro de la indemnización diaria.

4.3.- La fecha del inicio del pago

No está previsto período alguno de carencia. El pago de las indemnizaciones complementarias comenzará a partir del primer día de baja.

4.4.- La duración del devengo

Las indemnizaciones complementarias se abonarán hasta el final de la baja, dentro del límite de una duración máxima por período de 12 meses. La duración del pago de las indemnizaciones por el empleador varía en función de la antigüedad del asalariado en la empresa, de la manera siguiente:

Años de antigüedad en la empresa	Plazo máximo de pago de la indemnización durante un período de 12 meses
Entre 1 y 5 años	60 días (30 días al 90 % y 30 días al 66,66 %)
Entre 6 y 10 años	80 días (40 días al 90 % y 40 días al 66,66 %)
Entre 11 y 15 años	100 días (50 días al 90 % y 50 días al 66,66 %)
Entre 16 y 20 años	120 días (60 días al 90 % y 60 días al 66,66 %)
Entre 21 y 25 años	140 días (70 días al 90 % y 70 días al 66,66 %)
Entre 26 y 30 años	160 días (80 días al 90 % y 80 días al 66,66 %)
31 y más años	180 días (90 días al 90 % y 90 días al 66,66 %)

El período de 12 meses de pago de las indemnizaciones se determinará, por cada día de baja, de fecha a fecha. Se tendrán en cuenta todos los días naturales.

Si el trabajador ya ha recibido una o más indemnizaciones por enfermedad en los 12 meses anteriores por parte del empleador, ello se tendrá en cuenta para calcular la duración máxima del pago.

5.- Textos legales de referencia

- Código de la Seguridad social: artículos L 433-1 a L 433-4, a cerca de la indemnización por la CPAM (principios generales)
- Código de la Seguridad social: artículos R 433-1 a R 433-17, sobre la indemnización por la CPAM (cálculo del importe de la indemnización)
- Código de Trabajo: artículos L 1226-1 y L 1226-1-1, en relación con las indemnizaciones pagadas por el empresario (beneficiarios).
- Código de Trabajo: artículos D 1226-1 a D 1226-8, sobre las Indemnizaciones pagadas por el empleador (importe pagado y condiciones de pago).

- Circular de 25 de noviembre de 2010 relativa al cálculo de las indemnizaciones diarias por enfermedad, maternidad y accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

La incapacidad temporal en Gambia

La incapacidad temporal en Gambia no existe como prestación de Seguridad Social.

Su código de trabajo (Labour Act, 2007) establece en el artículo 74 que los trabajadores tendrán derecho a acumular días pagados por enfermedad conforme a lo establecido en los acuerdos colectivos que se les apliquen o lo pactado en sus contratos individuales con una duración máxima fijada sobre 12 meses. Tendrá derecho a cobrar durante ese periodo el mismo salario que si se mantuviera trabajando, incluidos bonos y pluses. Por otra parte, el empresario podrá aplicar esos días a aquellos en que el trabajador no rinda en el trabajo por causa de enfermedad física o mental o daño corporal.

La incapacidad temporal en Grecia

NORMATIVA DE REFERENCIA

Decisión Ministerial Conjunta de 18 de noviembre de 2012 "Regulación Unificada de la Prestaciones de Salud (EKPY)" de la Organización Nacional de Servicios de Salud (EOPYY (FEK 3054/ B´/2012).

PRINCIPIOS BÁSICOS Y CAMPO DE APLICACIÓN

Tienen derecho a las prestaciones de enfermedad en metálico los asegurados directos que desempeñen una actividad profesional y a causa de una enfermedad física o mental son declarados incapacitados para el trabajo y se ausentan de éste durante al menos tres días. El periodo de prestaciones al que se tiene derecho aumenta con el tiempo de cotización, pero es necesario haber estado asegurado durante al menos:

- 120 días durante el año natural anterior (100 para los empleados de la construcción) o los 12 primeros meses de los 15 meses previos a la enfermedad (duración de la prestación: 182 días para una o más enfermedades en el plazo de un año);
- 300 días sujetos a cotizaciones durante los dos años, o 27 de los 30 meses, previos a la enfermedad (duración de la prestación: 360 días para la misma enfermedad, en el plazo de un año);
- 1500 días de afiliación, 600 de ellos durante los 5 últimos años previos a la incapacidad para el trabajo a causa de la misma enfermedad (duración de la prestación: 720 días);
- 4500 días de afiliación antes de la notificación de la enfermedad.

En función de la edad del paciente y de las condiciones de cotización exigidas, puede abonarse una prestación de 720 días en caso de que no se cumpla el requisito de los 1500 o los 4500 días.

Un «día de trabajo» corresponde a una jornada durante la cual se ha trabajado o estado asegurado. Los días de vacaciones anuales retribuidas cuentan como días de trabajo. Por el contrario, para determinar el derecho al subsidio de enfermedad, los días durante los cuales se ha percibido el subsidio de desempleo no se computan como días asegurados, además, sólo computarán un máximo de 25 días durante los cuales se haya recibido la prestación de enfermedad.

CUANTÍA DE LAS PRESTACIONES

Para el cálculo de la prestación por enfermedad se asigna al interesado una de las categorías de asegurados previstas sobre la base de la remuneración percibida durante los treinta últimos días de trabajo realizados en el año natural inmediatamente anterior.

La cuantía del subsidio de enfermedad asciende normalmente al 50% de la remuneración de referencia diaria de la categoría correspondiente. Esta se incrementa en un 10 % por cada persona a cargo en su familia, pero el importe total no puede superar el 70 % de la tarifa de referencia, o la tarifa de referencia para los asegurados en la octava categoría. Para quienes reciben atención hospitalaria, la prestación se reduce en dos tercios si no tienen personas a cargo. Durante los primeros 15 días, el límite máximo total para la prestación de enfermedad más el suplemento para personas a cargo (máximo cuatro) es de 15,99 euros al día. Después de 15 días, el límite máximo total para las prestaciones más los suplementos para personas a cargo (máximo cuatro) es de 29,39 euros al día.

DURACIÓN DE LA PRESTACIÓN

El subsidio de enfermedad se paga a partir del cuarto día siguiente a aquel en el que se ha declarado la incapacidad laboral que se padece o tras su constatación por parte del organismo sanitario competente del EFKA. Si el asegurado vuelve a ser declarado incapacitado para el trabajo en el transcurso del mismo año natural como consecuencia de la misma o de otra enfermedad, la prestación se abonará desde el primer día. Si se trata de una persona que cotiza voluntariamente o de un trabajador autónomo (o, trabajadores de la construcción), el subsidio se pagará a partir del undécimo día tras la declaración de la enfermedad. La prestación se paga cada día, sea o no laborable, hasta los siguientes máximos:

- 182 días en un mismo año natural si es la misma u otra enfermedad;
- 360 días si la enfermedad es la misma, siempre que el interesado haya cotizado al seguro durante al menos 300 días a lo largo de los 2 años o de los últimos 30 meses anteriores, si bien en este caso no se contabilizarán los últimos 3 meses;
- 720 días si se ha cotizado durante 1.500 días y, de estos, 600 en el transcurso de los últimos 5 años, durante 4 500 días hasta que sea declarada la enfermedad o incluso durante entre 300 y 4 200 días en función de la edad del interesado.

IMPOSICIÓN FISCAL Y COTIZACIONES SOCIALES

Las prestaciones de IT son imposables en las mismas medidas que las retribuciones de trabajo, con alguna exoneración para los mutilados de guerra, las víctimas y familiares de víctimas de guerra, los ciegos y parapléjicos. No dan lugar a cotización.

Enfermedad y maternidad en Guatemala

Regulación: Código del trabajo, Decreto núm.1441 (modificado en 2001); Ley de Seguridad Social, Decreto núm. 295; Acuerdo No. 410 del Instituto de Seguridad Social de Guatemala, que establece un reglamento sobre la enfermedad y la maternidad, 1964.

De acuerdo con el Código del trabajo, los trabajadores tienen derecho a pago por licencia por enfermedad de hasta 6 meses, siempre y cuando el trabajador asegurado haya realizado contribuciones por tres meses durante los seis meses antes de que comience la ausencia por enfermedad. Se paga como prestación de enfermedad, dos tercios del ingreso promedio de un trabajador, hasta un máximo de 180 días que puede ampliarse a 39 semanas. El beneficio máximo combinado para varios períodos de incapacidad es de 52 semanas en un período de 24 meses. El beneficio máximo es de GTQ 2,400. Esto está regulado en los artículos 28 a 31 del Decreto núm. 295.

En cuanto a la atención médica, las prestaciones incluyen la atención médica y quirúrgica, hospitalización, medicamentos, equipo, transporte, servicios de rehabilitación, rayos X, pruebas de laboratorio y terapia de rehabilitación para trabajadores asegurados, según cita el artículo 31 del Decreto núm. 295.

Respecto a la estabilidad laboral, el empleo de un trabajador está asegurado durante el período de licencia por enfermedad hasta seis meses, pudiendo el empleador despedir al trabajador si la ausencia es por un periodo superior. En dichos términos se redacta en los artículos 66 y siguientes del Código del trabajo 2001; y en el Acuerdo núm. 410 del Instituto Guatemalteco del Seguro Social el cual establece una norma sobre enfermedad y maternidad en 1964.

Licencia por enfermedad en Honduras

Regulación: Código del Trabajo, Decreto N° 189 (modificado en 2003) y Acuerdo núm. STSS-053-04 por el que se modifica el Reglamento General de Medidas Preventivas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales

Los trabajadores tienen derecho a tomar una licencia retribuida por enfermedad en caso de discapacidad temporal (causada por un accidente de trabajo). Los pagos de la licencia se brindan a razón de dos días de licencia abonados por mes de empleo durante los primeros 12 meses de empleo y a razón de cuatro días de licencia abonados por mes a partir de ahí, hasta un máximo de 120 días de licencia pagos. La licencia puede extenderse hasta un año y el trabajador debe estar en condiciones de trabajar al final de un año.

Si un trabajador no está asegurado y es una víctima de accidente de trabajo / enfermedad, tiene derecho a una suspensión del contrato de trabajo correspondiente hasta 6 meses, después de lo cual el empleador puede rescindir el contrato.

Un empleado debe presentar un certificado médico dictado por un médico matriculado, especialista en medicina china matriculado o dentista matriculado para cualquier día de enfermedad por la que él/ella pida un permiso. De lo contrario, el empleado no tiene derecho a ninguna licencia por enfermedad para ese día particular.

Durante los primeros 3 días de enfermedad no profesional, a un empleado se le paga el 100% de su salario por el empleador. A partir del cuarto día, el 50% es pagado por el empleador y el 50% por la Seguridad Social.

Si la enfermedad continúa después de 6 meses, el beneficio lo paga la Seguridad Social, que es 23-75% del salario base mensual y varía de acuerdo a los aportes realizados por el empleado.

Durante el periodo de enfermedad que le impida trabajar al empleado, el empleador tiene la responsabilidad de pagar:

- 50% del salario por un mes después del trabajo continuo de más de 3 pero menos de 6 meses;
- 50% del salario por dos meses después del trabajo continuo de más de 6 pero menos de 9 meses;
- 50% del salario por tres meses después del trabajo continuo de más de 9 meses; y
- 30 días de salario por cada año de servicio después del trabajo continuo de más de 5 años

La licencia de enfermedad no está permitida por razones que no sean los propios problemas de salud o lesiones del empleado, quedando fuera de esta cobertura la ausencia al trabajo por enfermedad de un hijo. Así lo señala el artículo 100 y siguientes del Código de Trabajo.

En cuanto a la atención médica, los empleados con seguro tienen derecho a los beneficios médicos, incluyendo atención médica y quirúrgica, hospitalización, medicamentos, aparatos y rehabilitación por medio de la Seguridad Social.

Respecto a la estabilidad laboral, si un trabajador es víctima de una enfermedad que no es profesional o causada por accidente, su trabajo está asegurado hasta seis (6) meses, después de los cuales los empleadores pueden rescindir el contrato sin responsabilidad de su parte.

La incapacidad temporal en Irlanda

LEGISLACIÓN

En Irlanda la regulación relativa a la incapacidad temporal se recoge principalmente en las siguientes normas:

- Ley de Bienestar Social (consolidada) 2005 (nº 26), *Social Welfare (Consolidation) Act, 2005 Number 26 of 2005*. Concretamente se regula en el capítulo 8 (secciones 40-46) de la parte II.
- Ley de Bienestar Social (Peticiónes de pago y control consolidadas) de 2007 *Social Welfare (Consolidated Claims Payments and Control) Regulations, 2007 (S.I. no. 142 of 2007)*, normativa 2007 (S.I. nº 142, 2007), en los artículos 20-28 del capítulo 1 de la parte II.

La gestión de esta situación la lleva a cabo la Sección de Incapacidad Temporal, *Illness Benefit Section*, dependiente del Ministerio de Empleo y Protección Social. Esta oficina se encarga también de dar traslado de las solicitudes que corresponden a otros estados de la UE.

INFORMACIÓN GENERAL

La prestación por IT (*Illness Benefit*⁵⁵), abonada por el Ministerio de Trabajo y Protección Social (*Department of Employment and Social Protection*), se define en el ordenamiento irlandés como el pago que se realiza a los trabajadores asegurados que no se encuentran en disposición de trabajar por encontrarse enfermos, siempre y cuando cumplan determinados requisitos.

Las empresas pueden establecer su propia política sobre prestación por incapacidad y licencia por enfermedad.

Tanto si el empresario prevé una remuneración durante los períodos de enfermedad como si no, mientras se tenga incapacidad, se debe solicitar siempre la prestación desde el primer día de la enfermedad. Si se percibe un importe por enfermedad de la empresa se debe preguntar a la misma cuáles son las opciones administrativas que existen mientras se tramita la IT, *Illness Benefit (IB)*.

Si no se cuenta con ingresos suficientes para satisfacer las necesidades básicas mientras se espera la resolución de la solicitud de IT, se podría tener derecho a la compensación básica de asistencia suplementaria, *Supplementary Welfare Allowance*, ayuda que se concede en función de los ingresos.

⁵⁵ Hasta 2006 se denominaba Disability Benefit.

Se considera período de baja a partir del tercer día de ausencia, consecutiva o no, dentro de un período de 6 días consecutivos. Ni los festivos, ni los días de vacaciones se considerarán días de baja.

Desde el 6 de enero de 2014 se crearon los días denominados “de espera” en los que no se tiene derecho a la prestación por IT, y que se corresponden con los 6 primeros días del período de incapacidad laboral.

La solicitud de la prestación se debe realizar en un plazo máximo de seis semanas desde la fecha en que se enfermó. Los conocidos como días de espera no se remuneran.

CUANTÍAS

Por lo general los primeros 6 días de enfermedad no se abonan, así como todos los domingos del período de enfermedad.

Los porcentajes de la prestación se estipulan en función de los ingresos semanales medios en el ejercicio fiscal correspondiente. Estos ingresos semanales medios se calculan dividiendo el total de los ingresos brutos computables (sin deducciones) en el año fiscal pertinente por el número real de semanas trabajadas en dicho año.

A continuación, se muestran las **cuantías semanales** a abonar **desde el 25 de marzo de 2019**, atendiendo a la explicación anterior:

Para situaciones iniciadas desde 2009

Salario semanal medio	Cuantía personal	Incremento por adulto al cargo (<i>qualified adult</i>)
300 euros o más	203,00 euros	134,70 euros
220 - 299.99 euros	159.00 euros	87.20 euros
150 - 219.99 euros	131.00 euros	87.20 euros
menos de 150 euros	91,10 euros	87,20 euros

Para situaciones iniciadas hasta 2008

Salario semanal medio	Cuantía personal	Incremento por adulto al cargo (<i>qualified adult</i>)
150 euros o más	203,00 euros	159,40 euros
125 - 149.99 euros	159.00 euros	87.20 euros
80 - 124.99 euros	131.00 euros	87.20 euros
menos de 80 euros	91,10 euros	87,20 euros

La IT puede abonarse directamente en cualquier tipo de cuenta bancaria que permita realizar transferencias electrónicas de fondos (EFT).

En caso de tener pareja y/o hijos a cargo el importe podría verse incrementado, siempre y cuando se cumplan unos requisitos específicos.

DURACIÓN DE LA PRESTACIÓN

La prestación por enfermedad se abona por un período máximo de:

- 2 años (624 días) si se ha cotizado, al menos, 260 semanas desde que se empezó a trabajar, bien a la seguridad social irlandesa o en combinación con otros países, conforme a lo explicado anteriormente.
- 1 año (312 días) si se tienen entre 104 y 259 semanas de cotizaciones pagadas desde que se empezó a trabajar, bien a la seguridad social irlandesa o en combinación con otros países, conforme a lo explicado anteriormente.

Antes de que finalice el período de percepción de la prestación, el ministerio se pondrá en contacto con el trabajador para informarle del fin de la misma y ofrecerle información sobre las opciones disponibles a partir de entonces:

- ✓ Si la perspectiva del enfermo es de permanecer discapacitado de forma permanente y cumple los requisitos de cotización (PRSI), podrá optar por una pensión de invalidez (*Invalidity Pension*).
- ✓ Si no se tiene derecho a la pensión de invalidez y se cuenta con una discapacidad que se espera se prolongue durante un año o más, se podría tener derecho a una prestación por incapacidad en función de los recursos económicos del sujeto (*Disability Allowance*).

- ✓ Si no reúne los requisitos para recibir otro tipo de prestación o ayuda y se cuenta con unos ingresos tan bajos que resultan insuficientes para satisfacer las necesidades mínimas, es posible que se cumplan los requisitos para recibir una compensación básica de asistencia suplementaria (*Supplementary Welfare Allowance*).
- ✓ Si la prestación por IT cesa por alcanzar la edad de jubilación (actualmente 66 años), se habrá de presentar la solicitud de pensión de jubilación estatal que proceda con tres meses de anticipación a la fecha de jubilación (*State Pension*).

Si se retorna al trabajo, se deberá haber abonado un mínimo de 13 cotizaciones (PRSI) antes de poder volver a solicitar una IT, aparte de cumplirse todos los demás requisitos.

Si se ha estado percibiendo IT durante un año, se puede volver a solicitarla con menos de 13 semanas de cotizaciones, si con la suma de estas nuevas cotizaciones el total de las PRSI abonadas ascienden a 260. Por ejemplo, si tenía 250 cotizaciones cuando expiró su IT, podría trabajar y pagar 10 cotizaciones para volver a generar el derecho.

REQUISITOS

Los requisitos para generar el derecho a Illness Benefit son fundamentalmente tres:

- *Imposibilidad de desarrollar el trabajo por razón de incapacidad o enfermedad*
Se refiere a la jornada o jornadas de trabajo en las que el trabajador no tiene capacidad para trabajar o buscar trabajo debido a una cuestión de salud.
- *Estar en edad laboral (menor de 66 años)*
Esta prestación es abonable hasta la fecha inmediatamente anterior al día de jubilación. La pensión de jubilación debe solicitarse con una anticipación de tres meses.
- *Cumplimiento de lo establecido sobre cotizaciones a la seguridad social*
 - Haber realizado contribuciones a la Seguridad Social (*Pay Related Social Insurance*⁵⁶, PRSI) durante un mínimo 104 semanas desde que el trabajador empezó a trabajar, o
 - Contar con cotizaciones por un período de 39 semanas en el año fiscal pertinente, 13 de las cuales deben ser aportadas por el trabajador. Si no se cuenta con estas 13 semanas realmente cotizadas en el ejercicio fiscal de referencia, se pueden utilizar en su lugar 13 semanas de aportaciones en uno de los ejercicios fiscales siguientes:
 - Cualquiera de los dos ejercicios fiscales anteriores al ejercicio fiscal pertinente
 - El último año fiscal completo (antes del año en que comienza su solicitud de prestación por enfermedad).
 - El año fiscal actual

⁵⁶ Seguro Social vinculado al salario.

O bien contar con 26 semanas de cotizaciones (PRSI) abonadas en el año fiscal pertinente y 26 semanas de cotizaciones pagadas en el año fiscal inmediatamente anterior al año fiscal pertinente.

El ejercicio fiscal de referencia es el penúltimo ejercicio fiscal completo anterior al año en que se inicia la solicitud de la prestación por enfermedad, de manera que si se presentó la solicitud en 2018 el año fiscal a considerar sería 2016.

Para poder generar el derecho a la prestación de IT, se pueden combinar las contribuciones realizadas al sistema de cotizaciones irlandés, PRSI, con las aportaciones a la seguridad social de cualquier país sujeto a la normativa de la UE (también de las Islas Anglonormandas y la Isla de Man, que cuentan con un acuerdo bilateral).

TRABAJO E IT

Mientras se esté percibiendo la prestación por IT no se puede trabajar, aunque en algunos casos, se pueden realizar trabajos voluntarios. Si se tiene una enfermedad y se viene percibiendo IT durante al menos 6 meses, se podrá solicitar la prestación *Partial Capacity Benefit (PCB)*. Con la percepción de la *PCB* se permite volver al trabajo (si tiene una capacidad reducida para trabajar) y continuar recibiendo una ayuda de asistencia social. Un asesor médico reconocido por el ministerio valorará la restricción de la capacidad para el trabajo. No se podrá retornar al trabajo hasta haber recibido la aprobación por escrito del ministerio.

Tampoco se pueden emprender cursos de capacitación o educación o realizar trabajo voluntario sin la aprobación previa, y por escrito, del ministerio. Dicha autorización se debe solicitar en la sección de prestaciones por enfermedad. Los participantes en los cursos de formación de SOLAS⁵⁷ pueden conservar la IT, pero no pueden recibir un subsidio de formación o una prima de formación al mismo tiempo.

⁵⁷ Agencia estatal que se encarga de la investigación, control y coordinación de la formación continua y provisión de prácticas laborales

COMPATIBILIDAD DE LA IT CON OTRAS PRESTACIONES

<p>Prestación para ciegos (<i>Blind Pension</i>)</p>	<p>Si percibe una pensión por ceguera, también puede percibir una prestación por enfermedad si está enfermo y no puede trabajar y cumple los requisitos de cotizaciones sociales.</p>
<p>Prestación por cuidado de personas (<i>Carer's Allowance</i>)</p>	<p>Es posible recibir un incremento en la IT por tener la cualificación de cuidador mientras se recibe la mitad de la cuantía que le corresponde por cuidar de otra persona.</p>
<p>Prestación de invalidez (<i>Disablement Benefit</i>)</p>	<p>Si se está percibiendo la prestación de invalidez también se puede obtener la prestación por incapacidad si se está enfermo, incapacitado para trabajar y se cumplen las condiciones de cotización.</p>
<p>Asignación para cuidados a domicilio/Subvención de apoyo al cuidador (<i>Domiciliary Care Allowance/Carer's Support Grant</i>)</p>	<p>Es posible percibir la prestación por enfermedad mientras se recibe una compensación para cuidados a domicilio y/o una subvención de asistencia al cuidador.</p>
<p>Ayuda a familias con bajos ingresos y ayuda para facilitar la reincorporación laboral (<i>Working Family Payment and Back to Work Family Dividend</i>)</p>	<p>Si se está percibiendo la ayuda a familias con bajos ingresos y el trabajador enferma, esta podría simultanearse con la prestación por IT durante un máximo de 36 días (6 semanas). Del mismo modo ocurre si se enferma mientras se recibe la ayuda para facilitar la reincorporación laboral.</p>
<p>Pensión de viudedad o supervivencia para las parejas civiles (incluidas las pensiones ocupacionales de viudedad) y ayuda a familias monoparentales ayuda a la esposa por abandono del hogar o la prestación a esposas de encarcelados</p>	<p>Si se percibe en su totalidad alguna de las pensiones siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> -viudedad o supervivencia para las parejas civiles (incluidas las pensiones ocupacionales de viudedad) -ayuda a la familia monoparental -ayuda a la esposa por abandono del hogar -prestación por esposa de recluso, <p>no se podrá recibir prestación por IT al mismo tiempo.</p> <p>Sin embargo, si tan solo se recibe una cuantía reducida de cualquiera de ellas, se podría tener derecho a una cuantía reducida de la prestación por IT (siempre que el importe combinado de ambas no sea superior a la cuantía de la prestación por IT a la que se tuviera derecho).</p>

COMPATIBILIDAD DE LA PRESTACIÓN DE INCAPACIDAD CON PENSIONES O PRESTACIONES DE OTROS PAÍSES

La legislación de asistencia social permite compatibilizar el pago de la IT íntegra con la percepción de una pensión de viudedad de otro Estado miembro del EEE o de un país con el que Irlanda tenga un acuerdo bilateral de seguridad social.

Cuando se esté percibiendo una pensión prorrateada del ministerio de Empleo y Protección Social basada en una combinación de contribuciones efectuadas en Irlanda y períodos cotizados en otro país del EEE (o en un país con el que Irlanda tenga acuerdo bilateral de seguridad social), no se permite el pago íntegro de la IT. No obstante, se podrá conceder una prestación de incapacidad reducida.

PAGO DE LA PRESTACIÓN POR ENFERMEDAD EN EL EXTRANJERO

Se puede seguir percibiendo la IT si se va a vivir a otro país sujeto a la normativa de la UE. Debe informar al ministerio con anterioridad (de lo contrario, se puede perder o retrasar el pago). Deberá seguir enviando al ministerio los certificados de médico en el extranjero y también debe mantenerlo informado de cualquier cambio en las circunstancias. Se podría convocar para llevar a cabo una evaluación médica mientras se reside vive en el extranjero (se organiza desde el ministerio irlandés con la Oficina de Seguridad Social del país en el que se encuentre). Si no se presenta se podría suspender la IT.

Si se reside en un país amparado por la normativa de la UE y se enferma, se puede solicitar la prestación por enfermedad de Irlanda si las últimas cotizaciones se abonaron a la Seguridad Social de Irlanda o se si estaba percibiendo una prestación por búsqueda de empleo en Irlanda antes de viajar al extranjero.

La IT no se abona en países no cubiertos por la normativa de la UE. Sin embargo, si se va a un país no cubierto por la normativa de la UE para obtener un tratamiento aprobado, el pago puede reanudarse cuando regrese.

REVISIÓN DE LA PRESTACIÓN POR ENFERMEDAD

La solicitud de IT será objeto de revisiones, requiriéndose la asistencia del trabajador para someter su enfermedad a una valoración médica. Esta evaluación se llevará a cabo por un médico, reconocido por el Ministerio de Empleo y Protección Social, quien ofrecerá su dictamen profesional sobre la capacidad del trabajador para retornar a su puesto de trabajo. Cuando se requiera la asistencia a la evaluación médica la concurrencia será obligatoria, pudiendo perderse la prestación si no se acude a la misma. Si la prestación fuera interrumpida se tiene derecho a impugnar la decisión. En caso de que se esté recibiendo sólo ayudas no contributivas y éstas sean suspendidas, se podría solicitar una revisión de la decisión, pero no asiste el derecho a apelación.

Para que la situación de incapacidad sea recalificada, una vez transcurrido el período máximo de 312 o 624 días, se necesitarán:

- 13 cotizaciones abonadas una vez agotados los derechos iniciales a IB.

- Cotizaciones inferiores a 13 semanas, a aportar tras la finalización de la IB, si con ellas se llega a un total de 260 cotizaciones (en caso de que la IT finalice después de los 312 días de incapacidad).

Las cotizaciones abonadas en relación con un día o días trabajados en la semana de vencimiento podrán considerarse una de las 13 cotizaciones abonadas, aun cuando ese día o días hayan sido anteriores al último día en que se haya adquirido el derecho a percibir las.

Se pueden utilizar períodos cotizados en otros Estados miembros del EEE cuando las aportaciones en Irlanda sean insuficientes

FISCALIDAD DE LA PRESTACIÓN POR ENFERMEDAD

Dependiendo de las circunstancias, el total o parte de la IT podría estar sujeta al impuesto sobre la renta, no aplicándose éste al incremento realizado por hijos a cargo.

El ministerio paga la IT sin deducir los impuestos, aunque notifica a la Agencia Tributaria la base imponible de la prestación a tener en cuenta a efectos del impuesto sobre la renta, por lo que el interesado no tiene que hacer nada para que se pague el impuesto correcto.

Tampoco se deducen contribuciones a la Seguridad Social, *PRSI* o Universal Social Charge⁵⁸ (USC).

GESTIÓN ADMINISTRATIVA DE LAS BAJAS POR ENFERMEDAD

El médico puede proporcionar el formulario IB1 (solicitud de IT por enfermedad y accidente laboral) cumplimentando las condiciones del certificado de incapacidad laboral que se acompaña a la solicitud.

El certificado de incapacidad para el Trabajo puede proporcionarse de las dos siguientes maneras:

- Soporte papel, en cuyo caso, el médico rellenará y firmará la sección médica y el interesado completará sus datos personales, firmará la declaración y la enviará junto con el IB1.
- En línea (no disponible en todas las consultas). Si la baja se ha realizado en línea, el médico podrá cumplimentar el formulario y enviarlo telemáticamente, debiendo el trabajador simplemente enviar el IB1. El profesional, proporcionará al interesado un resguardo para su archivo propio o para el de la empresa.

Desde el 1 de marzo de 2019 se ha introducido la certificación cerrada por IT. Esto significa que el facultativo puede proporcionar un certificado médico que cubra toda la duración de la ausencia prevista. Actualmente el plazo máximo está limitado a dos años de duración para todas las nuevas solicitudes. Si el médico no ha marcado el certificado como "Certificado Final" o si el trabajador se reincorpora antes de lo previsto, se habrá de notificar al ministerio telefónicamente o por correo electrónico.

⁵⁸ Tasa que se paga sobre los ingresos brutos que superen los 13.000 euros/año

Los enfermos que deseen que su reclamación se realice con carácter retroactivo a una fecha determinada, deberán solicitar un formulario IB1 y un certificado de incapacidad laboral en el que se indique la fecha de inicio de la enfermedad (y la fecha de finalización si el cliente ya ha vuelto a trabajar) y se especifique la fecha prevista de regreso al trabajo. Si el período para la datación posterior es superior a 26 semanas, se requerirá un formulario Med 1 adicional.

El certificado médico es gratuito, siendo el ministerio quien lo retribuye conforme a una tarifa acordada. Sin embargo, es posible que se haya que pagar el examen médico.

El formulario IB1 (formulario de solicitud de la prestación por enfermedad y de accidente laboral) y el "Certificado de incapacidad laboral" que lo acompaña sólo se pueden obtener de aquellos médicos que estén reconocidos por el ministerio de Trabajo y Protección Social.

Como se ha prestación se debe solicitar en un plazo de seis semanas a partir de la fecha del hecho causante. De no ser así, se podría perder parte del pago. Si se argumenta convenientemente la razón de la demora en la solicitud, se podría realizar un abono retroactivo de las cuantías. Para presentar una solicitud con carácter retroactivo se debe cumplimentar el apartado 3 del formulario de solicitud IB1.

Los enfermos de larga duración podrán ser informados por el ministerio de que no se va a llevar a cabo una evaluación completa bajo las directrices de certificación cerradas y que su médico puede empezar a preparar el Certificado de Incapacidad Permanente (certificado de color azul / o en línea en algunas prácticas).

Las certificaciones de la condición de IT se han de proporcionar en intervalos de 4, 13 o 26 semanas, especificándose a partir del segundo documento que se trata de una IT en curso.

Para más información:

https://www.citizensinformation.ie/en/social_welfare/social_welfare_payments/disabilityand_illness/disability_benefit.html

http://www.welfare.ie/en/Pages/345_Illness-Benefit.aspx

<http://www.welfare.ie/en/Pages/Illness-Benefit-Operational-Guideline.aspx>

La incapacidad temporal en Italia

NORMATIVA DE REFERENCIA

Artículo 2110 del código civil; Ley 833/1978 de institución del Servicio Sanitario Nacional; Convenios Colectivos Nacionales

CONCEPTO

Se entiende como incapacidad temporal cualquier alteración de la salud, de duración superior a tres días, que dé lugar a la suspensión del contrato de trabajo y requiera asistencia médica o quirúrgica o el suministro de medios terapéuticos.

La carencia de tres días se basa en una doble justificación. Por un lado, es razonable entender que una enfermedad de menos de cuatro días no genera un estado de necesidad apreciable y por otro lado, tal regla responde a la exigencia de no estimular el absentismo laboral con intermitentes y cortas bajas por enfermedad que pueden resultar fingidas.

PRINCIPIOS BÁSICOS Y CAMPO DE APLICACIÓN

No existen en Italia entidades colaboradoras de la Seguridad social semejantes a nuestras Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.

La gestión de la incapacidad laboral, tanto en sus aspectos económicos como sanitarios, se realiza exclusivamente a través de los Entes públicos de Seguridad Social y el Sistema público sanitario.

La gestión de las prestaciones económicas por incapacidad temporal corresponde al **INPS** (equivalente al INSS español) cuando la incapacidad tenga su origen en contingencias comunes, y al **INAIL** (Istituto Nazionale per gli Infortuni sul Lavoro) en el caso de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales.

Las prestaciones sanitarias se realizan a través del Sistema público de Asistencia Sanitaria, que es gestionado por las Regiones a través de las denominadas **ASL** (Azienda Sanitaria Locale). La asistencia se realiza por los médicos de familia o especialistas o, en su caso, mediante hospitales de titularidad pública, aunque existen en Italia igualmente hospitales de titularidad privada concertados o convenionados con el sistema público sanitario.

CONDICIONES

1.- Declaración de la incapacidad para el trabajo

La baja por enfermedad común o por accidente de trabajo debe ser certificada por un médico del Servicio Sanitario Nacional (médico de cabecera o de familia). En el caso de enfermedad común, las comunicaciones expedidas por los médicos se efectúan exclusivamente online, directamente al INPS, que es el ente que se hace cargo de las prestaciones de enfermedad, quien a su vez se encarga de enviar comunicación al empresario (sin indicar la enfermedad, sino sólo los días previstos de baja). El médico da al paciente sólo el número de expediente.

En caso de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales, habida cuenta de que el empresario tiene obligación de comunicar al INAIL el correspondiente parte de accidente de trabajo o enfermedad profesional, el médico que haya atendido al accidentado comunica al INAIL el parte de baja y la duración prevista de la misma.

2.- Afiliación mínima

En general no se exige un mínimo de cotización previa, excepto en los siguientes casos:

- Los asalariados del sector agrícola con contrato temporal tienen que haber cotizado al menos 51 días antes de la enfermedad durante el año en curso o el anterior;
- Los trabajadores del espectáculo deben haber acumulado al menos 100 días de cotización a partir del 1 de enero del año anterior al comienzo de la enfermedad;
- Los trabajadores "parasubordinados" afiliados a la "*gestione separata*" tienen que haber acumulado al menos 3 meses de cotización durante los 12 meses anteriores a la enfermedad.

3.- Sistema de control

En relación con el sistema de control y seguimiento de la situación de baja por incapacidad temporal, el control se denomina "**visita fiscale**" y lo efectúa un médico del Servicio Sanitario (distinto del médico de cabecera) denominado "**medico fiscale**" (equivalente a nuestros Inspectores médicos). Puede iniciarse por iniciativa del INPS o a petición del empleador (con un coste a su cargo).

La "visita fiscale" está regulada por el artículo 5 de la Ley 300/1970 (Estatuto de los trabajadores). La finalidad de la misma es controlar tanto la existencia de la enfermedad como el hecho de que el trabajador permanezca en su propio domicilio (o en una dirección comunicada con tiempo y que puede ser distinta de la de residencia), en determinados horarios (de 10:00 a 12:00 y de 17:00 a 19:00 para los trabajadores del sector privado; de 9:00 a 13:00 y de 15:00 a 18:00 para los empleados públicos).

La visita al domicilio del "medico fiscale" no es preavisada al trabajador. Si el trabajador no está en su domicilio en el momento de la visita, el médico fiscal deja en el buzón del interesado una invitación a presentarse para una visita ambulatoria en la "Oficina de Visitas Fiscales - Servicio Medicina Legal". En cualquier caso, después de la visita a domicilio o en el ambulatorio, se envía un certificado al empresario.

El trabajador puede negarse a la visita del médico fiscal fuera de los horarios indicados. Este rechazo no constituye para el empresario título suficiente para

considerar injustificada la ausencia del lugar de trabajo, ni motivo para el INPS para no pagar la indemnización de enfermedad.

Una vez efectuada la visita fiscal que confirma el pronóstico, el trabajador ya no está obligado a permanecer a disposición durante todo el período de la enfermedad. Eventuales solicitudes de ulteriores visitas fiscales por parte del empresario pueden merecer la consideración de delito de vejación.

El **Medico Fiscal** tiene la facultad de confirmar o modificar la prognosis del médico de cabecera. Sin embargo, en caso de que proponga una reducción de los días inicialmente acordados de baja, si el certificado que ha establecido la inicial baja por enfermedad ha sido reconocido al trabajador en un hospital o por parte de un especialista clínico y está acompañado de la respectiva documentación médica, ésta tiene un valor superior a la opinión del médico fiscal de la ASL.

Como se ha señalado antes, los facultativos habilitados para expedir certificados de baja laboral, tanto por enfermedad común como por accidente de trabajo o enfermedad profesional, así como los “médicos fiscales”, pertenecen en todos los casos al Sistema Público de Salud. Debe señalarse que en Italia no existen centros equivalentes a nuestros centros de salud o ambulatorios y que los médicos del sistema de salud pública atienden a los pacientes normalmente en sus propias consultas particulares.

PRESTACIONES

Las prestaciones sanitarias se realizan a través del Sistema público de Asistencia Sanitaria, que es gestionado por las Regiones a través de las denominadas **ASL** (*Azienda Sanitaria Locale*). La asistencia se realiza por los médicos de familia o especialistas o, en su caso, mediante hospitales de titularidad pública, aunque existen en Italia igualmente hospitales de titularidad privada concertados con el sistema público sanitario.

En cuanto a las **prestaciones económicas por incapacidad temporal**, debe diferenciarse entre las originadas por enfermedad común y las que tienen su origen en accidente laboral.

A.- Incapacidad Temporal por accidente laboral o enfermedad profesional

1.- Es imprescindible subrayar que los accidentes laborales y las enfermedades profesionales constituyen el objetivo de uno de los Seguros Sociales Obligatorios, ya regulados con el Real Decreto n.1765/1935 y hoy por el Decreto del Presidente de la República (DPR) n.1124/1965, de 30 de junio, y posteriores modificaciones. La entidad gestora de este seguro es única: el INAIL (Instituto Nacional para el Seguro contra los accidentes de trabajo). Se trata de un organismo de derecho público, con personalidad jurídica y gestión autónoma, que depende de los Ministerios de Trabajo y Economía, y es controlado por el Tribunal de Cuentas.

2.- Cuando del accidente laboral o de la enfermedad profesional se deriva una incapacidad temporal para el trabajo, el trabajador tiene derecho a la asistencia sanitaria y a la económica **mientras dure la situación de incapacidad y sin limitaciones temporales**, es decir hasta su curación definitiva.

Las prestaciones sanitarias incluyen todo lo necesario para la recuperación de la capacidad laboral: medicina, cirugía, reconocimientos clínicos, prótesis, etc.

3.- En cuanto a las prestaciones económicas, el trabajador tiene derecho a una cantidad basada en la retribución media diaria:

- el 100% el día del accidente, a cargo del dador de trabajo;
- el 60% durante los 3 días sucesivos, a cargo del dador de trabajo;
- el 60% desde el 4º hasta el 90º día sucesivo al del accidente, a cargo del INAIL;
- el 75% desde el 91º hasta el día de la curación, a cargo del INAIL.

4.- En general, la casi totalidad de los convenios colectivos prevén que el dador de trabajo integre las prestaciones económicas legales hasta alcanzar el 100% del salario durante los primeros meses de Incapacidad Temporal, y a porcentajes menores sucesivamente.

El complemento de que se trata no es debido por el dador de trabajo en los supuestos en que el INAIL no reconoce el derecho a la indemnización.

5.- En cuanto a la conservación del puesto de trabajo, la legislación no determina plazos mínimos o máximos, sino que se limita (art. 2110 del Código Civil) a establecer que “en caso de accidente... el empresario tiene derecho a rescindir el contrato... una vez transcurrido el período establecido por la ley, los usos o según equidad”. Los convenios colectivos suelen establecer un período mínimo de 180 días en un año. Algunos convenios, en cambio se limitan a indicar genéricamente “hasta su curación”.

6.- Es de evidenciar que al seguro obligatorio de que se trata se aplica el principio de la automaticidad de las prestaciones: el derecho del trabajador a la protección prevista prescinde del hecho de que el dador de trabajo haya cumplido con sus obligaciones (alta, comunicación del accidente, etc..).

7.- Especial atención merece el “infortunio in itinere”, regulado por el Decreto Legislativo n. 38/2000, de 23 de febrero.

A efectos del seguro obligatorio de que se trata, el “infortunio in itinere” es considerado accidente laboral cuando se produce durante el trayecto:

- entre la vivienda del trabajador y el lugar de trabajo (ida y vuelta);
- entre dos lugares de trabajo (pluriempleo):
- del lugar de trabajo al comedor (ida y vuelta) si la empresa no dispone de comedor.

8.- Cuando sea comprobado que el accidente ha provocado al trabajador una “inhabilidad” permanente que reduce su capacidad laboral en medida superior al 10%, al trabajador, a partir del día siguiente al de finalización de la Incapacidad Temporal, se le abonará una renta basada sobre la retribución percibida en los 12 meses antecedentes y conmensurada al porcentaje de inhabilidad reconocido, hasta un máximo del 100%.

9. Si la incapacidad es derivada de una enfermedad profesional, ésta será indemnizada con las características que se indican a continuación:

- La normativa vigente prevé dos hipótesis:
 - a) Enfermedades incluidas en una lista específica, aprobada por Decreto
 - b) Enfermedades no incluidas en la mencionada lista

- En cuanto a las enfermedades incluidas en el párrafo a) del anterior punto:
 - a) La lista es taxativa, por lo que no admite interpretaciones analógicas
 - b) A tales enfermedades se aplica la presunción legal de indemnizabilidad, a condición de que la comunicación a la Entidad Gestora (INAIL) se efectúe en los plazos máximos indicados en la misma lista. En definitiva: es el INAIL que, en su caso, debe demostrar que la enfermedad es de origen extralaboral.
- En caso de enfermedades no incluidas en la lista mencionada, la ley no excluye la indemnización, pero se invierte la obligación probatoria. En definitiva, es el trabajador quien debe demostrar:
 - a) La existencia de la enfermedad
 - b) Las características morbíficas del trabajo desarrollado
 - c) La relación directa entre actividad y enfermedad
- La elaboración, revisión, modificación e interpretación de la ya citada lista de enfermedades profesionales son funciones encomendadas a una Comisión científica, creada por Decreto del Ministro de Trabajo, cuya actividad se concreta, en realidad, en “propuestas” que se traducen en “normas” mediante un Decreto del Ministro de Trabajo concertado con el Ministro de Sanidad, oídas las organizaciones sindicales más representativas (Art. 10 – Decreto Legislativo 38/2000).

B.- Incapacidad temporal por enfermedad común o accidente no laboral

1.- La enfermedad del trabajador que comporta una incapacidad laboral adquiere relevancia sólo a efectos de conservación del puesto de trabajo y de las prestaciones económicas, ya que la asistencia sanitaria corre a cargo del Servicio Sanitario Nacional, que la dispensa a todo ciudadano, sea o no trabajador, sin limitaciones temporales.

Durante la enfermedad, el trabajador incapacitado tiene derecho a disponer de los medios adecuados a sus exigencias de vida (Art. 38 Constitución), y el código civil (art. 2110) establece que el trabajador, durante la enfermedad, tiene derecho a la retribución o a una indemnización cuyo importe y períodos de disfrute son determinados por la ley, los convenios colectivos o según equidad.

2.- Es necesario indicar previamente:

- a) Con la creación del Servicio Sanitario Nacional, y simultánea supresión de la entidad gestora del seguro obligatorio de enfermedad (INAM-Instituto Nacional Seguro de Enfermedad), las cuotas del seguro de enfermedad son administradas por el INPS. Este instituto abona, pues, las correspondientes prestaciones económicas.
- b) Es importante recordar, porque podría ser relevante en algún supuesto, que la legislación italiana en la materia distingue entre el “impiegato” (empleado, trabajador administrativo, oficinista) y el “operaio” (obrero, trabajador manual).
- c) El seguro de enfermedad no es de general aplicación. Algunos colectivos (en general los clasificados como “impiegato”, los aprendices, los directivos, y otros) quedan excluidos.

3.- La ley determina el importe y el periodo de pago de la prestación económica a cargo del dador de trabajo sólo para los trabajadores clasificados como “impiegato”:

- 100% de la retribución durante el primer mes, y el 50% durante los sucesivos dos meses, cuándo la antigüedad en el trabajo es inferior a 10 años.
- 100% de la retribución durante los dos primeros meses, y el 50% durante los sucesivos 4 meses, cuando la antigüedad supera los 10 años.

Esta normativa se aplica sólo en los supuestos en que no resulte aplicable ningún convenio colectivo.

Los convenios colectivos, en efecto, suelen establecer condiciones algo ventajosas, y generalmente no discriminan entre “impiegato” y “operaio”.

4.- La prestación económica a cargo de la entidad gestora del seguro (INPS) en los supuestos en los que la misma es debida, según lo indicado más arriba, se abona a partir del 4º día de enfermedad y por un máximo de 180 días. La totalidad de los convenios colectivos establecen que los tres primeros días (período de carencia) sean pagados por el dador de trabajo.

En cuanto al importe de la indemnización diaria, esta se basa sobre la retribución media global diaria, y generalmente asciende a:

- 50% durante los días del 4º al 20.
- 66,66% del día 21 al día 180.

Para algunos sectores (ejercicios públicos) el importe asciende al 80% durante todo el período de enfermedad indemnizable.

5. La casi totalidad de los convenios colectivos establece que el dador de trabajo deberá abonar un complemento de la indemnización pagada por el INPS. Cantidad y período dependen del convenio colectivo.

IMPOSICIÓN FISCAL Y COTIZACIONES SOCIALES

Las prestaciones de IT son imposables en las mismas medidas que las retribuciones de trabajo. Sin embargo, no dan lugar a cotización.

La incapacidad temporal en México

Regulación: Capítulo III, artículos 42 y 43 de la Ley Federal de Trabajo.

Cuando el trabajador sufre un accidente o tiene una enfermedad que le imposibilita realizar su trabajo, o bien, está cerca de la fecha de parto, puede obtener una incapacidad laboral.

Para ello debe acudir al médico del IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) que es quien evalúa y se encarga de expedir un certificado de incapacidad que justifica la ausencia del trabajo por los días necesarios para la recuperación.

Los derechos cambian dependiendo de la causa de incapacidad, que puede ser por enfermedad general, por maternidad o por riesgos de trabajo.

INCAPACIDAD LABORAL POR ENFERMEDAD GENERAL

- Para obtenerla es necesario contar con más de siete semanas cotizadas al IMSS antes del inicio de la enfermedad. En caso de ser trabajador eventual se piden seis semanas cotizadas en los cuatro meses anteriores al inicio de la enfermedad.
- Según la Ley Federal del Trabajo, el trabajador tiene derecho a recibir el 60% del salario registrado en el IMSS al inicio de la incapacidad, desde el cuarto día hasta el término de 52 semanas. Este pago queda a cargo del IMSS.
- Se puede estar desde un día hasta 52 semanas de incapacidad temporal, esto depende de lo que determine el médico del IMSS.

INCAPACIDAD LABORAL POR MATERNIDAD

- Para obtenerla se deben de tener al menos 30 semanas cotizadas en el IMSS en los últimos 12 meses antes de iniciar la incapacidad. Si no se cumple con este requisito entonces el pago del salario queda a cargo del patrón y no del IMSS.
- La trabajadora tiene derecho a recibir el 100% de su salario registrado en el IMSS al inicio de la incapacidad.
- Se puede recibir hasta 82 días de incapacidad, 42 antes del parto y 42 después del parto.

INCAPACIDAD POR RIESGO EN EL TRABAJO

Cuando el trabajador sufre algún accidente o enfermedad a causa del trabajo se trata de un riesgo de trabajo. Las enfermedades de este tipo resultan de la exposición a agentes físicos, químicos y biológicos, así como a otros factores denominados psicosocial y ergonómico, que tienen que ver con las condiciones de trabajo.

Según la gravedad del accidente o enfermedad, los servicios médicos del IMSS determinan si se trata de una incapacidad temporal o permanente, de cualquier manera, el patrón debe de dar al trabajador una indemnización según sea el caso.

Además, la incapacidad y la indemnización el trabajador tiene derecho a recibir asistencia médica y quirúrgica, rehabilitación, hospitalización, medicamentos y material de curación y aparatos de prótesis y ortopedia que necesite.

En este caso existen dos tipos de incapacidad:

- Si la incapacidad es temporal el IMSS se encarga de cubrir el 100% del salario con el que está registrado al inicio de la incapacidad, por un periodo que va desde un día hasta 52 semanas, dependiendo de lo que determine el médico del IMSS.
- Si la incapacidad es permanente, el trabajador tiene derecho a una pensión mensual o una indemnización global que depende de la valuación que se haga del accidente o la enfermedad.
- Las incapacidades por riesgo de trabajo no requieren de un mínimo de semanas cotizadas.

El trabajador pierde estos derechos si se encuentra en estado de ebriedad al ocurrir el accidente o él mismo lo provoca de manera intencional.

La indemnización deberá calcularse con base al salario con el que está registrado en el IMSS y éste no debe ser inferior al salario mínimo.

Si el trabajador lo desea puede atenderle un médico particular en cualquiera de los casos; sin embargo, también debe acudir con su médico familiar pues solamente el IMSS puede expedir el certificado de incapacidad.

Prestaciones de incapacidad temporal

EL SISTEMA DE PRESTACIONES POR ENFERMEDAD.

La protección social en Noruega depende de tres Ministerios: el de Trabajo (*Arbeidsdepartementet*), que es responsable del funcionamiento general de la Administración de Trabajo y de Bienestar (*Ny Arbeids- og Velferdsforvaltning - NAV*) y de la mayoría de las ramas de la seguridad social; el Ministerio de Sanidad y Asistencia Sanitaria (*Helse- og omsorgsdepartementet*), que es responsable de los servicios sanitarios, y el de la Infancia, Igualdad e Inclusión Social (*Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet*), que es el competente para las prestaciones familiares, las prestaciones de maternidad en metálico y los pagos relacionados con el mantenimiento de los hijos.

Los ciudadanos residentes fiscales en Noruega están sujetos a los impuestos en relación a sus ingresos durante el año natural, entendiéndose por ingresos los salarios y otros emolumentos como rentas del capital, alquileres o réditos de acciones. En el año 2019 el porcentaje se sitúa en el 22%, que es un punto inferior del aplicado en 2018. El impuesto se calcula sobre los ingresos, una vez aplicadas las deducciones a que pueda tener derecho.

Las personas trabajadoras en Noruega están cubiertas por el Sistema del Seguro Nacional noruego (*Folketrygden*), que da derecho a una serie de prestaciones, entre otras, la pensión de jubilación, viudedad, orfandad, enfermedad y accidente de trabajo.

Las prestaciones de enfermedad o incapacidad temporal dependen del Sistema de Seguro Nacional noruego gestionado por la Administración de Trabajo y Bienestar (*Ny Arbeids- og Velferdsforvaltning -NAV*).

Todos los residentes tienen derecho a la asistencia sanitaria y este derecho no está sujeto a una duración mínima de afiliación.

El Sistema Nacional de la Seguridad Social se financia en parte a través de las cotizaciones de los empleadores y de los asegurados, y en parte, a través de los impuestos.

Con carácter general si una persona vive en Noruega, está afiliada al Sistema Nacional de Seguro. Se entiende por residente aquella persona que ha residido o pretende residir más de un año en el país, de manera legal, y el alta en el Sistema se retrotrae a la fecha de entrada en Noruega.

La residencia no se considera interrumpida por estancias de hasta 12 meses y, en consecuencia, se mantiene la afiliación. También se mantiene en el caso de desplazamientos temporales de hasta seis meses durante dos o más años. Si además de residir, se realiza una actividad laboral, es un requisito indispensable que la actividad se realice para un empleador noruego que pague sus contribuciones como tal al Sistema de Seguro. No cabe la posibilidad de un empleador en el extranjero pueda cotizar por trabajadores en Noruega.

Al igual que para el sistema de Seguridad Social español, también se contemplan otras situaciones en las cuales un trabajador, aunque no resida en el país, mantenga la afiliación obligatoria en el Sistema de Seguro Nacional:

- Trabaja en Noruega sin ser residente o en la plataforma continental Noruega.
- Es ciudadano noruego o de un Estado parte del Acuerdo para Espacio Económico Europeo (EEE) y trabaja en una embarcación noruega, salvo que trabaje en servicios de hostelería en un barco turístico registrado en el Registro Noruego de Embarcaciones Internacionales (NIS).
- Es ciudadano noruego o de un estado parte del Acuerdo EEE y está trabajando fuera del país al servicio del Estado noruego.
- Es ciudadano noruego o de un Estado parte del Acuerdo EEE y recibe una beca del Fondo de Educación Estatal noruego para realizar estudios en el extranjero, salvo aquellos casos en que la legislación de país donde realice los estudios considere que es residente y debe afiliarse al sistema de ese Estado.

También es posible afiliarse voluntariamente si el interesado va a permanecer en el país entre 3 y 12 meses, no va a realizar actividad laboral ni tiene vínculos fuertes en la sociedad noruega. Igualmente, también se puede mantener la afiliación voluntaria en el caso de que finalice la afiliación obligatoria cuando permanece más de doce meses fuera del país.

Todos aquellos que dispongan de ingresos están obligados a contribuir al Sistema, ya sea un salario o una pensión. La cantidad dependerá de los impuestos que pague en Noruega y de si la Agencia Tributaria noruega recauda su contribución junto con sus impuestos a través de su empleador o si se trata de una afiliación voluntaria.

Las contribuciones al Sistema de Seguro se calculan mediante un porcentaje de los ingresos brutos antes de aplicar deducciones, si bien aquellas personas cuyos ingresos son inferiores a NOK⁵⁹ 54,650 en 2018 y 2019.

⁵⁹ 1 € = NOK 9,9043

Tipo de ingreso:	Porcentaje Contribuciones Año 2019
Salario, prestación por enfermedad, etc. (personas entre 17 y 69 años)	8,2%
Salarios e ingresos profesionales y/o empresariales, pensiones (personas menores de 17 o mayores de 69)	5,1%
Ingresos empresariales primarios procedentes de pesca, caza o cuidado de menores*	8,2%
Otros ingresos empresariales	11,4%
Ingresos de pensiones, etc.	5,1%

* Autónomos de los sectores de pesca, caza o cuidado de menores en su propio domicilio (<12 años o con necesidades especiales) solo contribuyen con el 8.2% ya que además pagan un impuesto especial que compensa la diferencia entre el tipo 11,4% y el 8,2%.

Estas contribuciones no podrán superar nunca más del 25% de la diferencia entre los ingresos reales y el mínimo exento de NOK 54,650.

No existe distinción entre los distintos conceptos de cotización, como sí sucede en la cotización a la Seguridad Social española.

- ***PRESTACIÓN POR INCAPACIDAD TEMPORAL.***

Es importante señalar que, si bien la cobertura contempla inicialmente una prestación similar a la del sistema español, aunque de duración más corta, se complementa con un abanico de coberturas que la diferencian de nuestro sistema, y ello con el propósito de que el trabajador se reincorpore a su puesto de trabajo, o en su defecto, al mercado laboral lo más pronto posible. Entre los puestos que se reseñan a continuación está la posibilidad de continuar con la actividad laboral reducida en función de la gravedad de la enfermedad o accidente, en cuyo caso la prestación se percibe como una compensación por la consiguiente reducción de los ingresos.

Hay que destacar también que los requisitos para acceder a la prestación no incluyen distinción alguna entre la causa de la baja médica, accidente o enfermedad, y solo se tiene en cuenta la pertenencia al Sistema durante un periodo mínimo previo; no obstante, en caso de accidente de trabajo el seguro de accidentes de trabajo complementa las prestaciones del sistema de seguridad social para garantizar una indemnización completa.

Al igual en que España los trabajadores deben notificar la ausencia por causa de enfermedad a su empleador tan pronto como les sea posible, y éste no puede exigir que se especifique cuál es la enfermedad en particular. Ese mismo día el empleador comienza la prestación, a menos que no se haya notificado la ausencia.

El empleador ha de abonar la prestación por enfermedad durante los 16 primeros días naturales, incluyendo el primer día de ausencia, siempre y cuando el trabajador haya prestado sus servicios en la empresa durante, al menos, cuatro semanas, a partir de las cuales se genera el derecho a la prestación.

En caso de que no se haya agotado este periodo de 16 días de ausencia por enfermedad pero el trabajador cayera nuevamente enfermo dentro de ese periodo a contar desde el primer día que notificó su ausencia, el empleador podrá incluir parte dentro del periodo de 16 días inicial. Si hubieran transcurrido más de 16 días, y el trabajador volviera a ausentarse por enfermedad se iniciará un nuevo periodo.

Si en el contrato de trabajo o en el convenio colectivo aplicable se estipula que durante la enfermedad el empleador está obligado a pagar el salario completo, el trabajador seguirá percibiendo el salario normal, si bien el empleador podrá reclamar el reembolso del salario por parte del Seguro Nacional (NAV), con el límite de 6G, siendo G el importe básico de las prestaciones del Seguro Nacional, y que asciende a NOK⁶⁰ 99.858 al año, o NOK 8.322.

Para tener derecho a la prestación por enfermedad el trabajador ha de estar afiliado al Sistema de Seguro Nacional, y estar incapacitado para trabajar debido a una enfermedad o accidente. El periodo de afiliación mínimo son cuatro semanas y la incapacidad debe suponer una pérdida de ingresos. El importe de la prestación será de, al menos, el 50 del importe básico de las prestaciones del Seguro Nacional, si bien este límite no se aplica durante el periodo inicial en que la prestación la abona el empleador.

La incapacidad para trabajar puede ser documentada mediante una declaración personal o mediante un certificado del médico. Si la incapacidad está directamente relacionada con el sistema músculo-esquelético, también puede ser certificada por un quiropráctico o fisioterapeuta mientras no supere las 12 semanas de duración.

El empleado tiene derecho a notificar por sí mismo la enfermedad sin necesidad de aportar un certificado médico por una duración de hasta tres días, a partir de los cuales se debe aportar dicho certificado. Esta declaración se puede hacer un máximo de cuatro veces durante un periodo de doce meses. Con carácter general, para poder acogerse a esta declaración el trabajador debe haber estado empleado en la empresa durante al menos dos meses, si bien las condiciones pueden variar dependiendo de la empresa.

Cuando la enfermedad supere los tres días, el trabajador debe acudir a un médico para que le expida un certificado en el caso de que considere que, efectivamente, es necesaria la baja por enfermedad. El médico expedirá el certificado por la duración que considere necesaria, y también puede valorar si corresponde un baja complete o si el trabajador puede seguir realizando alguna de las funciones y trabajar solo a tiempo parcial, en cuyo caso el empleador

⁶⁰ 1 € = NOK 9,9043

deberá ajustar las tareas a realizar, y hacer un seguimiento de la baja, y todo ello siempre con el seguimiento de NAV.

Cuando el empleado pertenezca un grupo de trabajadores de carácter especial, como marineros, trabajadores agrícolas, pastores, pescadores, etc., o se trate de trabajadores autónomos, personas que hayan estado temporalmente en desempleo, discapacitados o personas entre los 67 y 70 años, se aplican otros requisitos.

Si la enfermedad se produce durante el periodo vacacional se puede reclamar los días aportando un certificado médico tan pronto como el empleado se reincorpore a su puesto de trabajo.

Para tener derecho a las prestaciones por enfermedad, el trabajador ha de estar dispuesto a realizar actividades laborales tan pronto como sea posible. Una vez transcurridas cuatro semanas, el trabajador y el empleador deben acordar un plan de seguimiento. De no iniciarse actividades laborales tras transcurrir ocho semanas, será necesario un certificado médico extendido que acredite problemas médicos importantes que impidan la realización de estas actividades. Si la baja no llega a las doce semanas la incapacidad se considera que está en relación con la ocupación. Cuando se produzca una baja prolongada se realizará una valoración para determinar si el trabajador está incapacitado para todos los trabajos de la misma naturaleza.

- ***Subsidio de Transporte***

Si un trabajador no puede desplazarse como lo hacía habitualmente, hasta y desde su lugar de trabajo debido a una enfermedad o accidente, puede tener derecho a un subsidio de transporte en vez de prestación por enfermedad a partir del decimoséptimo día de baja.

- ***Importe de la prestación***

Durante los 16 primeros días, el empleador continúa pagando el salario y establece la base de la prestación.

Hasta el año 2018 la base de la prestación por enfermedad se calculaba en razón de la media del salario semanal, normalmente las cuatro semanas anteriores antes de la baja, aunque el cálculo varía cuando se trata de empleo con periodos de rotación, se computarán más semanas para establecer el importe.

Si el salario ha cambiado ha sufrido un cambio definitivo durante dichas cuatro semanas, el importe se calculará en razón del salario percibido a partir del cambio. Para el cálculo no se tendrán en cuenta otros conceptos como compensación por vehículo o transporte, ni tampoco se prorratearán las pagas extraordinarias.

A partir del 1 de enero de 2019 para todas las bajas iniciadas a partir de esa fecha el cálculo del importe se hará en razón de la media del salario percibido durante los tres meses inmediatamente anteriores al primer día de baja, y esto se

aplica a también a los empleos con rotación o salarios variables. Para aquellos casos en que el salario haya sufrido un cambio definitivo durante ese periodo, se calculará en razón del salario percibido a partir del cambio. No se computan las horas extras ni las pagas extraordinarias.

El importe nunca podrá superar en seis veces el indicador de seguro nacional (G)⁶¹. Los empleadores que adelanten la prestación pueden decidir pagar un importe superior, aunque solo puedan reclamar a NAV el importe máximo de 6G, pero siempre como un acuerdo particular entre empleador y trabajador.

- ***Pago de la prestación por NAV***

Durante 2018, a partir del día en que NAV se hace cargo del pago de la prestación, los ingresos semanales se convierten a ingresos anuales. Si la baja se inicia en 2019, la media del salario de los últimos tres meses se convierte a ingresos anuales, a efectos del cálculo la prestación, con la consideración de que si la diferencia entre los ingresos de los últimos 12 meses y el cálculo realizado es superior al 25%, la base se determinará a discreción de NAV.

Por otro lado, la baja puede ser calificada de parcial, lo que supone que se abonará la prestación por la parte que no trabajada. La parcialidad podrá estar entre el 20% y el 100%. También se podría recibir una paga por vacaciones, una vez durante el año natural, y en relación con los primeros 48 días en que hubiera estado percibiendo la prestación por enfermedad.

En el caso de que hubieran existido periodos de baja anteriores, para volver a percibir la prestación el trabajador deberá no haber estado de baja al menos durante 26 semanas después de la última baja.

- ***Prestación por enfermedad para pluriempleados***

El empleador debe certificar la enfermedad ante todos sus empleadores, si bien la prestación se calculará sobre sus ingresos totales. Se considera que un trabajador está pluriempleado cuando, además de trabajar para una empresa, percibe también otras prestaciones como acogimiento familiar, o prestaciones por cuidado de menores, o trabaja como autónomo.

En el último supuesto, si tiene derecho a la prestación como empleado y como autónomo, la prestación la recibirá en su condición de empleado.

- ***Duración***

La prestación se puede percibir por una duración máxima de 52 semanas, tanto si se trata de una prestación a tiempo completo como a tiempo parcial. Para los trabajadores entre 67 y 70 años se aplican otras reglas.

⁶¹ G asciende a NOK 99.858 al año, o NOK 8.322 mensualmente; 1 € = NOK 9,9043

Si, una vez finalizada la prestación, el trabajador sigue incapacitado para trabajar, este podrá tener derecho a otro tipo de prestaciones como el subsidio de evaluación de la capacidad de trabajar o una prestación por discapacidad.

- **SUBSIDIO DE EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD DE TRABAJAR**

El subsidio de evaluación de la capacidad de trabajar permite al trabajador disfrutar de unos ingresos en aquellos periodos en que se encuentra enfermo o accidentado y precisa de la asistencia del Sistema de Seguro Nacional para retornar al trabajo.

Para acceder al subsidio dicha capacidad debe estar reducida al menos al 50%. La asistencia del Sistema de Seguro incluye programas de reingreso en el mercado laboral, ayudas para tratamientos médicos y otras medidas que se consideren necesarias.

La capacidad reducida para el trabajo debe estar causada por una enfermedad, accidente o defecto, y debe existir una esperanza de mejorar dicha capacidad mediante tratamientos, programas de empleabilidad u otras medidas. El objetivo es que el trabajador pueda encontrar o mantener su empleo durante el periodo en que este percibiendo este subsidio.

No es necesario percibir o haber percibido prestaciones por incapacidad u otro tipo de prestaciones para solicitar este subsidio. Si está percibiendo una prestación por incapacidad que está a punto de finalizar se debe solicitar este subsidio si continúa en situación de incapacidad.

Si ya hubiera percibido este subsidio y vuelve a encontrarse en situación de enfermedad pero sin percibir prestación por incapacidad, puede volver a percibir este subsidio nuevamente por un periodo máximo de seis meses hasta que se pueda incorporar al trabajo.

- **Requisitos**

Por regla general para acceder a este subsidio hay que haber cotizado al Sistema de Seguro durante al menos tres años, aunque si existen interrupciones de cotización es posible acceder en determinados supuestos.

El trabajador deber tener entre 18 y 67 años, si bien entre los 62 y 67 años el trabajador debe haber tenido ingresos con derecho a pensión, equivalentes al Indicador de Seguro Nacional (G) durante el año anterior a la reducción de la capacidad para trabajar, sin perjuicio de que se puedan contemplar excepciones en determinados casos.

El trabajador debe estar residiendo en Noruega, y debe contribuir activamente al proceso de retorno a la actividad laboral, lo que se denomina “Deber de acción”, y que supone la implicación en la preparación de un plan específico con los pasos a seguir para retornar al trabajo. El deber de acción incluye acudir a las reuniones acordadas con los representantes del Sistema de Seguro, facilitar la información y

documentación necesarias que el Sistema solicite para proporcionar la asistencia, completar la actividad que hayan acordado entre el trabajador y el consejero designado por el Sistema de Seguro dentro del plan y notificar cualquier cuestión que impida la realización del plan.

De no seguirse dicho plan, el Sistema de Seguro puede reducir e incluso paralizar el subsidio.

- ***Plan de actividad***

El trabajador puede recibir el subsidio mientras realiza las siguientes actividades para encontrar o retornar al Trabajo:

- Tratamiento médico,
- Programas de Empleo,
- Incrementar progresivamente la actividad laboral tras la enfermedad (prueba de capacidad para trabajar),
- Seguimiento del Sistema de Seguro después de haber seguido un tratamiento o programa de reincorporación.

También se puede percibir el Subsidio durante los periodos de espera:

- Mientras se elabora el plan de actividad entre el trabajador y NAV.
- Mientras se está a la espera de tratamiento o una plaza en un programa de empleabilidad.

- ***Plan de actividad digital***

El trabajador y el consejero designado por NAV deben preparar conjuntamente un plan de actividad que deberá estar subido al portal "Ditt" de NAV. En este portal tanto el trabajador como el consejero podrán incluir las actividades propuestas y comunicarse. El trabajador podrá informar al consejero de las actividades llevadas a cabo y el consejero hacer el seguimiento por parte de NAV, aunque también podrá convocar reuniones cuando lo considere necesario. El plan está siempre abierto a modificaciones en función de los cambios de salud y capacidad funcional del trabajador.

Cada propuesta de NAV debe ser respondida y confirmada por el trabajador lo más rápidamente posible, bien para aceptar, rechazar o matizar por parte del trabajador a través del Portal Ditt.

- ***Importe***

El monto del Subsidio completo de Evaluación equivale al 66% de los ingresos durante el año anterior a la baja por enfermedad o de la media de los ingresos de los últimos tres años, dependiendo de cuál es la cantidad mayor. También se podrá tener en cuenta si tiene menores dependientes.

El importe máximo que se puede percibir equivale a seis veces la cantidad del Indicador básico del Seguro Nacional (6G). El cálculo diario dividiendo el importe

anual entre 260, si bien la cantidad final dependerá de los impuestos que tenga que pagar el trabajador y del tiempo trabajado o las ausencias que se comuniquen en el formulario de situación de empleo, que el trabajador deberá presentar cada 14 días. Si la proporción de trabajo supera el 60% de un empleo a tiempo completo el subsidio se reducirá, y si esta situación se mantiene durante un periodo de 14 días, el subsidio se suspenderá durante ese periodo.

Cuando tras seguir el plan de empleabilidad el trabajador se encuentra próximo a reintegrarse a una actividad laboral a jornada completa, se puede acordar con la administración NAV trabajar un 80% de la jornada hasta agotar el subsidio con el máximo de un año.

El subsidio no se puede percibir más de tres años, pero la duración en cada caso se decide en la situación particular de cada individuo y las actividades o tratamientos que tenga que seguir. Es posible que el subsidio se prorrogue más de tres años, en los siguientes supuestos:

- Enfermedad o accidente que impide la comenzar el programa o tratamiento al ser preciso un largo periodo de evaluación previo.
- Enfermedad o accidente que impiden combinar el tratamiento médico y el programa de empleabilidad.

En aquellos casos en que hubieran transcurrido menos de 52 semanas desde que se dejara de percibir el subsidio, y este no se hubiera agotado, se puede reanudar en caso de que recaiga en la enfermedad o sufra una nueva enfermedad. La percepción se inicia desde el día en que se presenta la solicitud de reanudación.

Dependiendo de la situación del trabajador, este puede tener derecho a ayudas adicionales dentro de su plan de empleabilidad:

- Ayuda para libros y material educativo.
- Ayuda de transporte diaria.
- Ayuda para gastos de transporte de ida y vuelta al domicilio
- Ayuda para cubrir gastos de mudanza
- Ayuda por cuidado de hijos o menores a cargo
- Ayuda por cuidado de familiares
- Ayuda para gastos extraordinarios en el domicilio

También se puede percibir el subsidio durante un tiempo limitado cuando se inicien los trámites para crear una empresa o negocio propio, con un máximo de seis meses durante la fase de desarrollo o durante tres meses tras iniciar la actividad.

- ***Subsidio de transporte***

Si de manera temporal, debido a enfermedad o accidentes, el trabajador no puede desplazarse desde su domicilio al trabajo, o a su centro educativo, y volver, puede tener derecho a un subsidio de transporte en vez del subsidio de evaluación, presentado una solicitud junto con un certificado médico que así lo

acredite, y que en otro caso supondría tener que acogerse a la prestación por enfermedad.

El subsidio estará destinado a cubrir los gastos extras necesarios para que el interesado puede realizar el desplazamiento.

- **Notificación de cambios de situación**

Cualquier cambio en relación con los ingresos, familia, situación laboral o salidas del país puede afectar la cantidad y el derecho a percibir el subsidio, por lo que estos cambios se deben comunicar a la administración a la mayor brevedad posible:

- Si encuentra un trabajo a jornada completa o parcial
- Se recupera total o parcialmente
- No quiere seguir participando en un programa de empleabilidad o tratamiento
- Se va de vacaciones o se va a ausentar
- Se muda al extranjero.
- Ha sido detenido, cumple condena o se encuentra en situación de protección policial.
- Cambia de domicilio o de número de cuenta bancaria (estos datos los puede modificar el interesado directamente)
- Es admitido en un hospital u otro tipo de institución
- Va a viajar o traslada su domicilio al extranjero
- Percibe una pensión de otra administración o plan privado
- Tiene a su cargo menores
- Percibe ayuda por hijos y el menor tiene ingresos propios
- Cualquier otra información que pueda afectar a sus derechos

El interesado tiene la obligación de mantener informada a la Administración de su situación, tanto a través del formulario de situación de empleo, como en cualquier otro momento en que se produzca un cambio.

Fuentes: www.altinn.no; www.nav.no;

<http://www.nyinorge.no/en/Test/Ny-i-Norge-velg-sprak/New-in-Norway/Work/Employment/Self-certified-sickness-absenceSick-leave/>

<https://www.norden.org/en/info-norden/sickness-benefits-norway>

<https://www.nav.no/en/Home/Benefits+and+services/Relatert+informasjon/work-assessment-allowance-aap>

<https://www.regjeringen.no/contentassets/b9ac9f756f21467f8a3230e9a8cdafa4/en-gb/pdfs/nou201920190007000engpdfs.pdf>

<https://www.skatteetaten.no/en/rates/national-insurance-contributions/?year=2018#rateShowYear>

La licencia por enfermedad en Nicaragua

Regulación: Decreto N° 974, que aprueba la Ley de seguridad Social, de 11 de febrero de 1982.

La Licencia por enfermedad no está claramente proporcionada en virtud del Código del Trabajo. Sin embargo, la Ley de Seguridad Social permite el pago de la prestación por enfermedad del trabajador asegurado a una tasa de 60 % del ingreso promedio en las últimas ocho semanas durante un periodo de 52 semanas.

El asegurado tiene derecho al subsidio de enfermedad después de al menos ocho semanas de contribuciones en las últimas 22 semanas. La prestación de enfermedad se proporciona después de un periodo de espera de tres días (no se cobra si está hospitalizado), según rezan los artículos 92 y siguientes del Decreto 974.

En cuanto a la atención médica, las prestaciones están disponibles para los trabajadores asegurados. Incluye atención médica general, atención de especialistas, medicamentos, hospitalización, atención de maternidad, y transporte, tal y como señala el artículo 89 de la Ley del seguro Social.

Respecto a la estabilidad laboral, dicen los artículos 35 a 37 del Código de trabajo de 1996, que la suspensión es la interrupción temporal en la ejecución del contrato y la relación jurídica entre las partes. Un contrato de trabajo podrá suspenderse por las siguientes razones:

- a) La discapacidad del trabajador como consecuencia de una lesión o enfermedad, hasta un periodo máximo de doce meses, hasta que la discapacidad se determine si es permanente, total o parcial.
- b) La enfermedad común o accidente no laboral que conlleve incapacidad para trabajar temporalmente por un periodo de veintiséis semanas renovables durante veintiséis semanas.

La incapacidad laboral temporal en los Países Bajos

INTRODUCCIÓN

En 1996 se privatizó el sistema de gestión y pago de la prestación por incapacidad laboral temporal en Países Bajos. Hasta ese momento esta prestación había formado parte de los denominados 'seguros de los trabajadores' del sistema general de seguridad social.

En el sistema holandés no se hace diferencia entre el origen común o profesional de la enfermedad o incapacidad. La privatización consistió en traspasar al empresario la responsabilidad, la gestión y la obligación del pago de la incapacidad temporal. El empresario puede optar por hacerse cargo él mismo de toda la gestión o puede contratar un seguro para cubrir el riesgo y la gestión de la incapacidad temporal de sus trabajadores.

En general se puede decir que en Países Bajos, para la gran mayoría de los trabajadores por cuenta ajena con contrato fijo, rige el sistema privado.

EVOLUCIÓN

Desde 1996, se han ido incorporando nuevos matices en el sistema. Así en 2004, el plazo durante el cual corre a cargo del empresario esta 'prestación' se amplió de 52 semanas a 104. Quizá sea inapropiado hablar de una prestación, ya que la norma establece la obligación para el empresario de seguir pagando el 'salario' al trabajador de baja.

REGULACIÓN

La ley establece algunos mínimos al respecto: solo permite los primeros dos días de baja por enfermedad sin retribución y fija la obligación de pagar durante la baja por enfermedad el 70% del salario diario, siempre que no resulte inferior al salario mínimo legal vigente. Por convenio colectivo se suelen regular disposiciones más favorables.

La normativa que regula el tema es diversa y compleja, nos limitamos en este marco a señalar de manera escueta la más general y relevante. Por una parte, las obligaciones y responsabilidades del empresario se recogen en el Código Civil, artículo 7: 658a, y otras disposiciones con respecto al trámite y gestión, que se recogen, entre otras, en las regulaciones en el marco de la Seguridad y Salud en el lugar de trabajo (la Ley Arbo, el Decreto Arbo y la regulación Arbo).

La ley Arbo recoge disposiciones sobre los denominados servicios Arbo (mutuas de salud laboral) que se ocupan de este tema (gestión, seguimiento, trámite en caso de bajas por enfermedad), y la normativa Wet Verbetering Poortwachter, que recoge el procedimiento en caso de baja por enfermedad.

Las obligaciones del trabajador están recogidas en el Código Civil, artículo 7:660a. Como se ha indicado, un empresario tiene la opción de contratar un seguro con una empresa privada (puede ser un servicio Arbo) para que le gestione y cubra el riesgo

(financiero) que corre con respecto a la obligación de pago esta 'prestación' u optar por encargarse de la cobertura. Naturalmente, hay normas que rigen con carácter general y que los empresarios tienen que cumplir con respecto a la gestión, pago y control de esta 'prestación'.

Hay que tener en cuenta que los cambios se inspiraban en conseguir una reducción de las tasas de absentismo (muy altas en este país) y una gestión más oportuna y con mayor implicación y sobre todo responsabilidad de las partes, para favorecer la reinserción del trabajador lo más rápido posible. El sistema se enfoca en lograr la reintegración al trabajo. En este sentido el empresario está obligado a informar al UWV (Organismo de gestión de los seguros de los trabajadores- desempleo e incapacidad temporal-) sobre todos los esfuerzos realizados para conseguir la reinserción del trabajador al puesto de trabajo.

ALTAS Y BAJAS

La competencia de dar las altas y bajas por enfermedad, dado que el sistema es privado, es bastante complejo en Holanda. Mucho depende de cómo el empresario lo establezca respetando la normativa vigente.

En principio, el empresario es el responsable de la gestión, pago, trámite y seguimiento de la incapacidad temporal. Naturalmente el empresario tendrá que contratar expertos para realizar las tareas pertinentes. El médico de empresa, especializado en medicina del trabajo, establecerá la evaluación del caso en el marco de la rehabilitación / reinserción, siempre respetando las normas mínimas y básicas establecidas con carácter general.

No existe pues el parte de baja y alta como tal, como se conoce en España. En el ámbito privado son por tanto los médicos especializados y contratados por el empresario o los de la mutua / compañía privada a la que el empresario le haya encomendado la gestión los que podrán determinar si un trabajador por razones médicas está o no capacitado para realizar el trabajo. Hablamos de incapacidad temporal cuando el trabajador como consecuencia de enfermedad o accidente no se encuentra en situación de realizar su trabajo.

En 2011 se hizo una evaluación del sistema en la se menciona la dificultad de obtener información detallada por parte del empresario del estado médico del trabajador (en virtud de la privacidad) ya que los médicos de empresa y otros expertos tienen solo la obligación de dar información detallada relativa a la reinserción del trabajador. En principio el médico del trabajador será el que le examine y le aconseje, más tarde será también el médico de empresa.

EL SISTEMA DE CONTROL Y SEGUIMIENTO

El sistema de control se articula de acuerdo o respetando lo establecido en la normativa. Entre otras, la Ley Wet Verbetering Poortwachte del UWV del 24 de marzo de 2017, que establece las normas para la gestión de los periodos de baja por enfermedad.

- En la primera fase de la baja (primer día hasta 6 semanas) el empresario puede establecer sus mecanismos de notificación de la baja etc. A partir de las 6 semanas y de seguir existiendo la baja, se tiene la obligación de contactar a un médico del trabajo especializado, o médico de un servicio de salud laboral ARBO (mutua de trabajo).
- La segunda fase tras la baja, a las 6-8 semanas, el médico de empresa o el de la mutua de salud laboral tiene que establecer conjuntamente con el trabajador y el empresario un plan de reinserción y vuelta al trabajo.

- Al cabo de las 42 semanas de baja el empresario tiene que contactar con el ente UWV, ya que este tiene que evaluar si puede producirse una incapacidad de larga duración. Transcurrido un año de baja, se hace una evaluación de la evolución del trabajador y de la reinserción.
- Entre la semana 87 y 93 de baja, el empleador debe presentar un informe sobre la posible reinserción del trabajador y hacer una solicitud de prestación por incapacidad laboral de larga duración (Ley WIA), que es competencia y responsabilidad UWV.
- En la semana 104 (tras dos años de baja), el empresario se libera de la obligación del pago del salario al trabajador. El UWV realizará una evaluación de la trayectoria de la enfermedad y la reintegración y el trabajador pasará a una situación de invalidez (WIA).

La Ley de trabajo e ingresos, según el grado de invalidez laboral (WIA) de 29 de diciembre de 2005 es la sustituta de la Ley de Invalidez laboral. La WIA regula los ingresos del trabajador transcurridas las primeras 104 semanas de baja.

La WIA prevé distintas situaciones y prestaciones sustitutivas de los ingresos del trabajador: por una invalidez laboral total y definitiva (grado 80-100%); revisión laboral para una invalidez parcial (grado 35-80% y / o grado 80-100% no definitivo) y por último, invalidez laboral inferior al 35%, que puede causar derecho a prestación por desempleo.

El subsidio por incapacidad temporal en Panamá

Regulación: Ley núm. 51 de 27 de diciembre de 2005 que reforma la Ley Orgánica de la Caja de Seguro Social.

Se tendrá derecho al subsidio por Incapacidad Temporal en caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional, a partir del día siguiente al de la baja en el trabajo. El salario íntegro correspondiente al día de la baja es a cargo del empresario.

En caso de accidente no laboral o enfermedad común, a partir del cuarto día de baja en el trabajo ocasionada por la enfermedad o el accidente.

En cuanto a la duración del derecho del subsidio de Incapacidad Temporal, el mismo se abona mientras el trabajador se encuentra en situación de incapacidad temporal.

Por ello la duración máxima del subsidio de IT es:

- En caso de enfermedad o accidente, 12 meses, prorrogables expresamente por otros 6 cuando se presume que durante ellos puede el trabajador ser dado de alta médica por curación (art. 128 LSS).
- La declaración de prórroga corresponde al INSS o, en su caso, Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales o empresa autorizada para colaborar en la gestión de aquélla. La decisión recaída puede ser impugnada ante la jurisdicción laboral (art. 15 D 1.646/72).

Ahora bien, no es preciso una declaración expresa de prórroga si se siguen emitiendo los partes de confirmación de baja (TS 18.7.95).

Si el período de incapacidad temporal se ve interrumpido por períodos de actividad laboral por tiempo superior a 6 meses, se inicia otro nuevo aunque se trate de la misma o similar enfermedad (art. 9 OM 13.10.67).

En otro caso, la recaída en la misma enfermedad antes de los 6 meses computa a efectos de duración máxima (art. 128 LSS y TS 8.5.95).

En el caso de que el trabajador sea dado de alta sin incapacidad, tiene derecho a percibir el subsidio correspondiente al día del alta. Si dicho día es festivo o víspera de festivo, el trabajador tiene derecho asimismo a percibir subsidio por tales días (art. 9 OM 13.10.67).

Cuando la incapacidad temporal se extingue por el transcurso del plazo máximo de 18 meses y por ello deba examinarse la situación del incapacitado, sus efectos se prorrogan hasta la calificación de la incapacidad permanente, si las prestaciones de ésta son inferiores; de ser superiores, éstas retrotraen sus efectos al momento de aquella extinción.

La incapacidad temporal en Paraguay

El Instituto de Previsión Social (IPS) es el organismo autónomo encargado de dirigir y administrar el Seguro Social en el Paraguay. El IPS tiene por principal finalidad brindar a sus asegurados y familiares un conjunto de servicios que los protejan en caso de enfermedad, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Están establecidos 2 subsidios económicos: Reposo Médico por enfermedad y Reposo Médico por Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional.

1. REPOSO MÉDICO (SUBSIDIO) POR ENFERMEDAD.

No existe una disposición clara sobre la Licencia por Enfermedad, sin embargo, la Ley señala que la atención médica por enfermedad tendrá una duración de hasta 26 semanas. La atención médica puede ser prorrogada por un período adicional de 24 semanas en casos especiales.

La prestación proporcionada durante la ausencia por enfermedad es equivalente al 50% del salario medio del asegurado en los últimos 4 meses al inicio de la incapacidad. Durante los períodos de hospitalización, la cuantía de la prestación se reduce a la mitad si no hay dependientes.

Para el cobro se requiere como mínimo 36 días trabajados, el empresario deberá estar al corriente en sus aportes para que el asegurado pueda percibir dicho beneficio.

El subsidio tendrá como valor máximo diario, al equivalente a cinco veces el valor de un salario mínimo diario, para actividades diversas no especificadas (Decreto 1.860/50).

De acuerdo con el Código de Trabajo, el empleo de un trabajador está asegurado durante el término de su licencia por enfermedad, es decir, 26 semanas.

El cobro se realiza en el Banco Nacional de Fomento

2. REPOSO (SUBSIDIO) POR ACCIDENTE DE TRABAJO

Destinado a aquellas personas a quienes se expide reposo a causa de un accidente de trabajo.

El IPS abona el monto correspondiente al 75% del salario diario del promedio de los últimos 4 meses inmediatamente anteriores ocurrido el accidente. Cuando el primer reposo supere los tres días, el mismo será abonado a partir del primer día, con tope máximo de 12 meses mientras que subsista la incapacidad.

El subsidio tendrá como valor máximo diario al equivalente a cinco veces el valor de un salario mínimo diario, para actividades diversas no especificadas en la Capital (Decreto 1.860/50 – Artículo 82).

El único requisito es que el asegurado se haya encontrado inscripto antes del accidente.

El cobro se realiza en el Banco Nacional de Fomento

Fuente:

✓ <https://portal.ips.gov.py>

La incapacidad temporal en Perú

NORMATIVA

I. LEY N° 27056. Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD).

ARTÍCULO 3.5. PRESTACIONES ECONÓMICAS: Las prestaciones económicas comprenden los subsidios por incapacidad temporal, maternidad, lactancia y prestaciones por sepelio.

ARTICULO 4. AMBITO APLICACIÓN comprende:

- a) Los trabajadores que realizan actividades dependientes y sus derechohabientes.
- b) Los trabajadores que realizan actividades independientes y sus derechohabientes.
- c) Los trabajadores del campo y del mar y sus derechohabientes.
- d) Las poblaciones afectadas por siniestros o catástrofes.
- e) Los pensionistas y sus derechohabientes.
- f) Las personas con discapacidad física y mental.
- g) Las personas que carecen de ingresos.
- h) Las personas que se afilien voluntariamente.
- i) Las personas que sufren pena privativa de la libertad.
- j) Los trabajadores que prestan servicio al Estado en extranjero.
- k) Los extranjeros que ingresan al país en calidad de turistas.
- l) Las personas que prestan servicios voluntarios no remunerados a favor de la comunidad, incluyendo a quienes integran organizaciones sociales que brindan apoyo a población de escasos recursos.
- m) Los escolares, universitarios y estudiantes de institutos superiores no universitarios.
- n) Las personas dedicadas exclusivamente a las tareas de su hogar.
- o) Los artistas.
- p) Otras que pueden ser comprendidas.

II: LEY N° 26790. Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.

Artículo 2. EL SEGURO SOCIAL DE SALUD: El Seguro Social de Salud otorga cobertura a sus asegurados brindándoles prestaciones de prevención, promoción, recuperación y subsidios para el cuidado de su salud y bienestar social, trabajo y enfermedades profesionales.

Está a cargo del Instituto Peruano de Seguridad Social -IPSS- y se complementa con

los planes y programas de salud brindados por las Entidades Prestadoras de Salud debidamente acreditadas, financiando las prestaciones mediante los aportes y otros pagos que correspondan con arreglo a ley.

Artículo 3. ASEGURADOS: Son asegurados del Seguro Social de Salud, los afiliados regulares o potestativos y sus derechohabientes. Son afiliados regulares:

- Los trabajadores activos que laboran bajo relación de dependencia o en calidad de socios de cooperativas de trabajadores.
- Los pensionistas que perciben pensión de jubilación, incapacidad o de sobrevivencia.

Artículo 9. PRESTACIONES: Prestaciones en dinero correspondientes a subsidios por incapacidad temporal y maternidad.

Artículo 10. DERECHO DE COBERTURA: Los afiliados y sus derechohabientes tienen el derecho a las prestaciones del Seguro Social de Salud siempre que aquellos cuenten con tres meses de aportación consecutivos o con cuatro no consecutivos dentro de los seis meses calendario anteriores al mes en que se inició la causal. En caso de accidente basta que exista afiliación.

Tratándose de afiliados regulares, se considera períodos de aportación aquellos que determinan la obligación de la Entidad Empleadora de declarar y pagar los aportes.

Cuando la Entidad Empleadora incumpla con la obligación de pago del aporte y ocurra un siniestro, el IPSS o la Entidad Prestadora de Salud que corresponda deberá cubrirlo, pero tendrá derecho a exigir a aquella el reembolso del costo de las prestaciones brindadas.

En el caso de los afiliados potestativos, los períodos de aportación son los que corresponden a aportes efectivamente cancelados. La cobertura no puede ser rehabilitada con aportes efectuados con posterioridad a la ocurrencia de la contingencia.

Las Entidades Empleadoras están obligadas a cumplir las normas de salud ocupacional que se establezcan con arreglo a Ley. Cuando ocurra un siniestro por incumplimiento comprobado de las normas antes señaladas, el IPSS o la Entidad Prestadora de Salud que lo cubra, tendrá derecho a exigir de la entidad empleadora el reembolso del costo de las prestaciones brindadas.

Artículo 12. DERECHO DE SUBSIDIO. Los subsidios se rigen por las siguientes reglas:

Subsidios por incapacidad temporal.

a.1) Tienen derecho al subsidio por incapacidad temporal los afiliados regulares en actividad que cumplan con los requisitos establecidos en el primer párrafo del Art. 10°.

a.2) El subsidio por incapacidad temporal equivale al promedio diario de las remuneraciones de los últimos 4 meses de calendario inmediatamente anteriores al mes en que se inicia la contingencia. Si el total de los meses de afiliación es menor a 4, el promedio se determinará en función a los que tenga el afiliado.

a.3) El derecho a subsidio se adquiere a partir del vigésimo primer día de incapacidad.

Durante los primeros 20 días de incapacidad el empleador o cooperativa continúa obligado al pago de la remuneración o retribución. Para tal efecto, se acumulan los días de incapacidad remunerados durante cada año. El subsidio se otorgará mientras dura la incapacidad del trabajador, hasta un máximo de 11 meses y 10 días consecutivos.

III. DECRETO SUPREMO N° 009-97-SALUD. Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud. Regulación del Seguro Social de salud.

Definición. Artículo 3.

El Seguro Social en Salud otorga cobertura a sus asegurados brindándoles prestaciones de prevención, promoción, recuperación y subsidios, para la preservación de salud y el bienestar social. Está a cargo del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) y se complementa con los planes de salud brindados por las Entidades Empleadoras ya sea en establecimientos propios o con planes contratados con EPS debidamente constituidas. Su funcionamiento es financiado con sus propios recursos.

Asegurados. Artículo 7.

Son asegurados del Seguro Social de Salud los afiliados regulares y potestativos y sus derechohabientes.

Son afiliados regulares: los trabajadores activos que laboran bajo relación de dependencia o en calidad de socios de cooperativas de trabajadores, y los pensionistas que reciben pensión de jubilación, incapacidad o sobrevivencia.

Las personas que no reúnen los requisitos de afiliación regular, así como todos aquellos que la Ley determine, se afilian bajo la modalidad de asegurados potestativos.

Prestaciones. Artículo 10.

Las prestaciones que otorga el Seguro Social de Salud pueden ser de prevención, promoción y recuperación de la salud, prestaciones de bienestar y promoción social y prestaciones económicas.

Prestaciones Económicas. Artículo 14.

Las prestaciones económicas comprenden los subsidios por incapacidad temporal, maternidad, lactancia y las prestaciones por sepelio. El IPSS establece la normatividad complementaria que contemple las diferentes circunstancias en el otorgamiento de las prestaciones económicas.

Subsidio por Incapacidad Temporal. Artículo 15.

El subsidio por incapacidad temporal se otorga en dinero, con el objeto de resarcir las pérdidas económicas de los afiliados regulares en actividad, derivadas de la incapacidad para el trabajo ocasionada por el deterioro de su salud. Equivale al promedio diario de las remuneraciones de los últimos cuatro meses inmediatamente anteriores al mes en que se inicia la contingencia, multiplicado por el número de días

de goce de la prestación. Si el total de los meses de afiliación es menor a cuatro, el promedio se determinará en función al tiempo de aportación del afiliado.

El derecho a subsidio por cuenta del Seguro Social de Salud se adquiere a partir del vigésimo primer día de incapacidad. Durante los primeros 20 días de incapacidad, la entidad empleadora continúa obligada al pago de la remuneración o retribución. Para tal efecto, se acumulan los días de incapacidad remunerados durante cada año calendario.

El subsidio se otorgará mientras dure la incapacidad del trabajador y en tanto no realice trabajo remunerado, hasta un máximo de 11 meses y 10 días consecutivos, con sujeción a los requisitos y procedimientos que señale el IPSS.

Prescripción. Artículo 23.

El derecho a reclamar las prestaciones económicas, establecidas en el Artículo 14 de este Reglamento, prescribe a los seis meses contados desde la fecha en que cesó el período de incapacidad o el período máximo posparto. En el caso de prestaciones por sepelio el período de prescripción se cuenta a partir de la fecha de fallecimiento.

LA INCAPACIDAD TEMPORAL EN PERÚ

1. ¿Qué es un subsidio por IT?

Es el monto en dinero que se otorga a los asegurados regulares, agrarios y de regímenes especiales, con el fin de compensar la pérdida económica derivada de la incapacidad para el trabajo, ocasionada por el deterioro de la salud.

2. ¿Cuáles son las condiciones para recibir el subsidio?

El asegurado regular debe contar con tres meses de aportaciones consecutivas o cuatro no consecutivos dentro de los seis meses anteriores al mes en que se inició la incapacidad.

El asegurado agrario debe contar con tres meses de aportaciones consecutivas o cuatro no consecutivos en los últimos doce meses, anteriores al mes en que se inició la incapacidad.

El asegurado trabajador pesquero Ley N° 28320 debe contar con dos aportes consecutivos o no consecutivos pagados en los seis meses calendario anteriores al mes en que se inició la incapacidad.

Los asegurados pescadores y procesadores pesqueros artesanales independientes deben contar con tres contribuciones mensuales consecutivas pagadas.

3. ¿Qué documentos debo presentar para solicitar el subsidio?

- a) Formulario 1040, debidamente cumplimentado.
- b) Certificados médicos particulares o CITT en original que sustenten incapacidad por los primeros 20 días. El Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo – **CITT**, es el documento oficial del EsSalud, por el cual se hace constar el tipo de contingencia (enfermedad, accidente), y la duración del periodo de incapacidad temporal para el trabajo. Este documento es emitido obligatoriamente y de oficio

por el profesional de salud autorizado por EsSalud y la información del mismo es registrada en la historia clínica del asegurado.

- c) El documento de identidad de asegurado en caso de pago directo o del representante legal o funcionario autorizado de la entidad empleadora, que suscribe la solicitud de reembolso (salvo que cuente con Registro de Firmas en EsSalud).
- d) Los certificados médicos particulares que sustenten la incapacidad por el exceso de 20 días, deberán ser canjeados por un CITT.
- e) La presentación de la solicitud de validación del certificado médico particular al **CEVIT** (Centro de Validación de la Incapacidad Temporal) o al médico de control del establecimiento de salud de EsSalud, suspende el plazo de prescripción del derecho, para solicitar el subsidio por incapacidad, cuyo cómputo se reanuda una vez emitido el CITT por EsSalud.

4. Cuantía:

El cálculo del subsidio es el promedio de lo percibido por el trabajador en los 4 meses anteriores a la contingencia.

5. Revisiones médicas:

El EsSalud efectuará la evaluación de la incapacidad temporal para el trabajo cuando se le haya extendido al asegurado más de un certificado de incapacidad temporal para el trabajo, en adelante CITT, por 150 días consecutivos de incapacidad.

6. Alta médica:

Cuando el trabajador se recupera, se deja de pagar el subsidio y retorna a su trabajo. Para ello debe presentar su alta médica en la empresa, siendo recomendable que ello sea validado por el médico ocupacional.

7. Responsable pago ante una baja médica:

Si un trabajador se encuentra de baja médica por enfermedad, o accidente, durante los 20 días primeros días de descanso al año, continúa percibiendo su remuneración de manera normal por parte del empleador.

8. Responsable pago a partir 21er día:

A partir del día 21 hasta los 11 meses y 10 días (340 días) el EsSalud - entidad aseguradora pública - financia el periodo de IT a través del subsidio por incapacidad temporal para el trabajo.

9. Plazo máximo IT:

Si el trabajador no se recupera y transcurren los 11 meses y 10 días de incapacidad temporal para el trabajo, el EsSalud dejará de abonar (vía reembolso) el subsidio respectivo, por lo que el empleador carecerá de la obligación de continuar pagándolo

al trabajador. A partir de este plazo se tramitará una invalidez absoluta permanente por EsSalud, el Ministerio de Salud o una Junta de Médicos del Colegio Médico a solicitud del empleador.

10. ¿Quién es el responsable de tramitar y cobrar el subsidio?

El asegurado, en el caso de trabajador del hogar, construcción civil, trabajadores portuarios en baja temporal, trabajadores de Unidades Ejecutoras del Presupuesto del Sector Público, trabajador pescador y procesador pesquero artesanal independiente y agrario independiente.

El empleador, en caso de asegurado regular y agrario dependiente, es quien paga al asegurado el subsidio en la misma forma y oportunidad en que percibe su remuneración, luego solicita reembolso a EsSalud.

11. Tramitación en casos especiales:

a. Si un tercero presenta la solicitud es necesario: Mostrar DNI del tercero que realiza el trámite. Carta poder simple de representación para trámite firmada por el asegurado(a); y en caso de reembolso suscrita por el representante legal o funcionario autorizado de la entidad empleadora.

b. En caso de Accidente de trabajo se exige:

Aviso de accidente de trabajo (copia), en el caso que la incapacidad temporal sea originada por un accidente de trabajo y el asegurado esté afiliado al Seguro Complementario Trabajo de Riesgo (SCTR).

Declaración Jurada firmada y sellada por el representante legal de la entidad empleadora que certifique la afiliación o no afiliación del asegurado al SCTR.

c. Cuando el asegurado titular recibió el subsidio de su empleador, pero falleció sin haber firmado la solicitud de reembolso: El empleador acreditará el Registro de Baja por fallecimiento del asegurado titular en los Sistemas de EsSalud, y presentará los documentos que acrediten que cumplió con pagar el subsidio al asegurado fallecido, familiar directo o persona autorizada por el mismo.

d. Cuando el titular del subsidio falleció y se trate de un pago directo: Los herederos presentarán la partida de defunción del afiliado fallecido (original) y el documento que los acredite como tales (Testamento o Sucesión Intestada), así como el poder, por documento público o privado con firma legalizada notarialmente, que otorgan a uno de los beneficiarios para que a nombre de los demás herederos pueda solicitar el subsidio devengado y no cobrado, utilizando las clases de poderes establecidas por el Reglamento de la Ley Notarial, según el importe del subsidio:

- Hasta media UIT, poder por carta con firma legalizada.
- Más de media UIT y hasta 3 UIT, con poder fuera de registro.
- Más de 3 UIT, poder por Escritura Pública.

e. En caso de incapacidad motivada por accidente causado por tercero: Presentar Parte Policial o Informe de autoridad competente.

f. En el caso de trabajadores pesqueros Ley N° 28320: Copia de parte de Zarpe y parte de Arribo, suscrita por la Capitanía de Puerto.

Copias de las boletas de pago y/o contrato de trabajo, firmadas por el trabajador y el representante legal o funcionario autorizado de la entidad empleadora de los últimos 04 meses anteriores al inicio de la contingencia.

Copia de los Partes de Arribo que consigne la fecha de Zarpe de la nave donde se produjo el accidente, en la fecha de producida la ocurrencia.

Copia de los Partes de Arribo que consigne la fecha de Zarpe de la nave incurso, por las fanes de pesca posteriores en que ocurrió el accidente del trabajador.

12. ¿En qué situaciones se extingue, pierde o suspende el subsidio?

- a) Por pérdida del vínculo laboral.
- b) Realizar labor remunerada durante el periodo del subsidio.
- c) Recuperación de la salud o declaración de incapacidad permanente.
- d) Abandonar o incumplir el tratamiento y las prescripciones médicas.

13. ¿Hasta cuándo puedo solicitar este subsidio?

Tiene como plazo máximo de presentación, 6 meses contados a partir de la fecha que finaliza la incapacidad.

Nota 1: Las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), son empresas que brindan servicios de salud privada a los trabajadores que están afiliados a ellas, y complementan la cobertura que brinda IPSS (EsSalud)). Las EPS pueden también ofrecer prestaciones económicas y de bienestar y promoción social, dentro del régimen de libre competencia, sin perjuicio del derecho de los afiliados regulares en actividad de reclamar las que les corresponda a cargo del IPSS

Nota 2: El 16 de julio de 1980 se creó el Instituto Peruano de Seguridad Social mediante el decreto ley 23161, como una institución autónoma y descentralizada, ampliando la cobertura de Seguridad Social a la población peruana con un carácter universal e integral y siendo autónomo del Ministerio de Trabajo.

A partir del 1 de enero de 1995, el Instituto Peruano de Seguridad Social pasó a tener la competencia en las prestaciones de salud, económicas y sociales.

En el año 1997, bajo un nuevo régimen del Gobierno Fujimorista, se aprobó la Ley de Modernización de Seguridad Social en Salud. Posteriormente, el 30 de enero de 1999, por Ley N° 27056, se creó el Seguro Social de Salud (ESSALUD) ente encargado de las prestaciones de salud a los asegurados y sus derechohabientes (a partir de ese momento se extingue el IPSS y el EsSalud pasa a tomar sus competencias en materia de asistencia sanitaria e incapacidades temporales)

La incapacidad temporal en Polonia - Normativa

Índice:

1. Nacimiento del derecho a las prestaciones económicas en caso de enfermedad
 - a. Subsidio de enfermedad (Zasiłek chorobowy)
 - b. Asignación por cuidado infantil (Zasiłek opiekuńczy)
 - c. Subsidio de rehabilitación (Zasiłek rehabilitacyjny)
 - d. Prestación compensatoria (Zasiłek wyrównawczy)
2. Alcance de la cobertura
 - a. Subsidio de enfermedad
 - b. Asignación por cuidado infantil
 - c. Subsidio de rehabilitación
 - d. Prestación compensatoria
 - e. ¿Cómo se accede a las prestaciones de enfermedad en metálico?

La normativa sobre las prestaciones durante la Incapacidad Temporal en Polonia está recogida en el art. 92 del Código Laboral polaco. En concreto regula los siguientes aspectos:

1. NACIMIENTO DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS EN CASO DE ENFERMEDAD

El seguro de enfermedad garantiza prestaciones económicas en caso de enfermedad de un afiliado o de un miembro de su familia o en caso de maternidad.

El seguro de enfermedad se hace cargo de las siguientes prestaciones: subsidio de enfermedad, subsidio de rehabilitación, prestación compensatoria, subsidio de maternidad y asignación por cuidado infantil.

a) Subsidio de enfermedad (Zasiłek chorobowy)

El subsidio de enfermedad es una prestación básica del seguro de enfermedad. Todo afiliado que caiga enfermo estando afiliado al seguro de enfermedad tiene derecho a este subsidio a partir del 34º día de enfermedad (o a partir del 15º día si el trabajador por cuenta ajena es mayor de 50 años). Los afiliados tienen derecho a un subsidio de enfermedad tras 30 días consecutivos de alta en el seguro de enfermedad si están suscritos a este seguro en régimen obligatorio, o tras 90 días consecutivos de alta en el seguro de enfermedad si están afiliados en régimen voluntario.

Las siguientes personas tienen derecho al subsidio de enfermedad desde el mismo día en que se dan de alta en el seguro de enfermedad:

- los jóvenes que tengan un título de enseñanza secundaria o de un diploma de educación superior que estén cubiertos por un seguro de enfermedad o que hayan suscrito un seguro de enfermedad en los 90 días siguientes a la finalización de sus estudios o la obtención de su diploma;
- las personas cuya incapacidad laboral haya sido causada por un accidente in itinere;
- los afiliados cubiertos por el seguro de enfermedad obligatorio durante al menos 10 años;
- los diputados y senadores que hayan suscrito un seguro de enfermedad en los 90 días siguientes a la expiración de sus mandatos.

Para recibir el subsidio de enfermedad es necesario presentar un certificado médico que confirme la incapacidad temporal expedido sobre el formulario ZLA de la Seguridad Social (ZUS).

b) Asignación por cuidado infantil (Zasiłek opiekuńczy)

La asignación por cuidado infantil se abona a todos los afiliados eximidos de la obligación de trabajar por asumir los cuidados de un hijo no-enfermo menor de 8 años o de un hijo enfermo menor de 14 años o de otro miembro enfermo de su familia. La madre y el padre del niño tienen el mismo derecho al subsidio, si bien éste sólo se abonará a uno de los dos, a saber, al que haya presentado la solicitud de subsidio para un periodo determinado.

c) Subsidio de rehabilitación (Zasiłek rehabilitacyjny)

Se concede el subsidio de rehabilitación a los afiliados que ya no tengan derecho al subsidio de enfermedad, si se mantiene la situación de incapacidad laboral. Se extenderá durante el periodo necesario para recuperar la capacidad laboral, si bien este periodo no puede ser superior a los 12 meses. La decisión de conceder esta prestación corresponde a la sección competente del ZUS, en base a un informe realizado por un médico autorizado por dicho organismo.

d) Prestación compensatoria (Zasiłek wyrównawczy)

La prestación compensatoria se abona únicamente a los afiliados que trabajan por cuenta ajena. Se concede a personas cuyo salario mensual haya disminuido porque se hallan en proceso de reconversión profesional. La necesidad de esta readaptación es evaluada por el centro médico laboral de la región correspondiente (Voivodato) o por un médico autorizado por el ZUS.

2. ALCANCE DE LA COBERTURA

a) Subsidio de enfermedad

Durante los 33 primeros días, el trabajador por cuenta ajena percibe la misma remuneración por parte de su empresa. El derecho al subsidio corresponde a cada

día de incapacidad laboral, incluidos los días festivos. Así, el subsidio equivale a una treintava parte del salario que constituye su base de cálculo, y se abona durante el periodo de incapacidad laboral, el cual no podrá superar los 182 días, o 270 días si la incapacidad se produce a raíz de una tuberculosis o durante el embarazo.

El importe del subsidio de enfermedad alcanzara el 80 % de la base de cálculo y el 70 % de la base de cálculo para el periodo de hospitalización, a menos que la normativa interna de la empresa contemple una regulación específica más beneficiosa para el trabajador. Si la incapacidad laboral ha sido causada por un accidente laboral o una enfermedad profesional, o se produce durante el embarazo o es resultado de los exámenes médicos a los que han de someterse los candidatos a la donación de células, tejidos u órganos, los afiliados tienen derecho a percibir el 100 % del importe de la base de cálculo (también aplicable al periodo de hospitalización).

b) Asignación por cuidado infantil

La asignación por cuidado infantil se abona durante el periodo de excedencia resultante de la necesidad de ocuparse personalmente de un hijo; este periodo está limitado, sin embargo, a 60 días por año natural en el caso de que se cuide a un hijo menor de 8 años o a un hijo enfermo menor de 14 años y a 14 días al año si se trata de un hijo de más de 14 años o de otro miembro enfermo de la familia. El periodo total de pago de la asignación por cuidado infantil estipulado para los cuidados brindados a los hijos o a otros miembros de la familia por diferentes motivos, sea cual sea el número de miembros de la familia que necesiten cuidados, no podrá exceder los 60 días (o 14 días) por año natural. El importe de la asignación asciende al 80 % de la base de cálculo. En el caso de los trabajadores por cuenta ajena, esta cantidad equivale al salario mensual medio percibido en el transcurso de los 12 meses anteriores a la incapacidad laboral.

c) Subsidio de rehabilitación

El importe del subsidio de rehabilitación puede alcanzar el 90% de la base de cálculo durante los 90 primeros días en que se percibe, y el 75% de la base de cálculo durante el periodo restante. Si la incapacidad laboral se debe a un accidente de trabajo o a una enfermedad profesional, o si se produce durante el embarazo, esta prestación alcanza el 100 % de la base de cálculo del subsidio de enfermedad.

d) Prestación compensatoria

La prestación compensatoria se concede durante el periodo de reciclaje profesional, cuya duración no puede ser superior a 24 meses, y equivale a la diferencia entre el salario medio percibido durante el periodo de 12 meses anterior al reciclaje y el salario mensual reducido.

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

Un médico concertado certifica la incapacidad para el trabajo a partir del primer día de la enfermedad. Es posible que un médico de la Seguridad Social deba volver a efectuar un examen médico. El asegurado está obligado por ley a remitir a la entidad que cotiza un certificado médico en un plazo de 7 días a partir de la fecha de

recepción del certificado. De no hacerlo, el importe del subsidio de enfermedad y las prestaciones por cuidados se reduce en un 25% a partir del octavo día tras la recepción del certificado.

Prestación por incapacidad temporal en Portugal

El ordenamiento jurídico portugués reconoce una prestación económica a los trabajadores que no pueden trabajar temporalmente por haber sufrido una enfermedad común o profesional o un accidente de trabajo, a fin de compensar la pérdida de ingresos que se produce durante esta situación.

Además de esta prestación de carácter económico, la legislación contempla otra serie de prestaciones en especie, de naturaleza médica, quirúrgica, farmacéutica, hospitalaria u otras, cualquiera que sea su forma, siempre que sean necesarias y adecuadas al restablecimiento del estado de salud y de la capacidad de trabajo y a la recuperación de la vida activa⁶².

Seguidamente, vamos a analizar la regulación de la prestación económica por incapacidad temporal en Portugal, para lo cual, debemos distinguir dos supuestos diferentes: lo que se denomina subsidio por enfermedad y la incapacidad temporal por contingencia profesional.

SUBSIDIO POR ENFERMEDAD⁶³

A efectos de percepción de este subsidio, se considera enfermedad, toda situación mórbida, evolutiva, no derivada de causa profesional o de un acto responsabilidad de un tercero del que derive una indemnización, que determine la incapacidad para trabajar.

Beneficiarios de este subsidio:

- Los trabajadores por cuenta ajena
- Los trabajadores autónomos
- Los pensionistas de invalidez o jubilación en ejercicio de funciones públicas en los casos en que no perciban pensión (pensión suspensa)
- Los beneficiarios del seguro social voluntario
- Los trabajadores marítimos que ejerzan su actividad en navíos de empresas extranjeras o a bordo de barcos comunes de pesca
- Los becarios de investigación científica

⁶² Artículo 23 Ley 98/2009, que regula el régimen de reparación de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales

⁶³ La información contenida en este apartado proviene del documento *Proteção social:subsídio de doença*, emitido por la Direção Geral da Segurança Social y de la *Guia práctico susídio de doença*, del Instituto da Segurança Social

Requisitos para acceder al subsidio

- Estar en situación de incapacidad temporal para el trabajo certificada por el médico del servicio de salud competente.
- Haber trabajado y cotizado durante seis meses (seguidos o interpolados) a la Seguridad Social o a otro sistema de protección social que asegure la protección por enfermedad, En el caso de los trabajadores autónomos y las personas incluidas en el seguro social voluntario, deberán estar al corriente en el pago de las cotizaciones hasta el tercer mes anterior al inicio de la incapacidad.
- Cumplir lo que se denomina índice de profesionalidad; haber trabajado al menos 12 días en los 4 meses inmediatamente anteriores al mes que precede a la fecha de inicio de la incapacidad. Esta condición no se aplica a los trabajadores autónomos ni marítimos.

A efectos de cumplimiento del índice de profesionalidad, se considera trabajo efectivo, los períodos en los que haya remuneración, en las situaciones de:

- Enfermedad en los 60 días siguientes a la fecha de final de una baja por enfermedad anterior.
- Atribución de subsidios en el ámbito de protección de la parentalidad.

Incompatibilidad

Este subsidio es incompatible, entre otros, con:

- La pensión de invalidez
- La pensión de jubilación
- La prestación por desempleo
- Los subsidios atribuidos en el ámbito de protección de la parentalidad
- Las prestaciones del subsistema de solidaridad, excepto con el rendimiento social de inserción.

Duración

La duración del subsidio se corresponde con el período durante el cual se extienda la enfermedad, estando sujeto a períodos máximos que varían según el colectivo de trabajadores de que se trate, según exponemos en el cuadro siguiente:

Trabajadores por cuenta ajena Trabajadores marítimos	Pueden recibir hasta 1.095 días
Trabajadores autónomos o Becarios de investigación científica	Pueden recibir hasta 365 días

Baja por tuberculosis	Sin límite de tiempo
-----------------------	----------------------

El momento de reconocimiento del derecho se establece en función del colectivo y de otras circunstancias que se relacionan a continuación.

Trabajadores por cuenta ajena	A partir del 4º día en que no pueda trabajar
Trabajadores autónomos	A partir del 11º día en que no pueda trabajar
Beneficiarios del Seguro Social Voluntario	A partir del 31º día en que no pueda trabajar
Personas que se encuentren en las siguientes situaciones: Tuberculosis Internamiento hospitalario Cirugía de ambulatoria Enfermedad que comienza cuando recibe la prestación por parentalidad y se prolonga después de ese periodo	A partir del 1º día en que no pueda trabajar
Si es trabajador autónomo o es beneficiario del Seguro Social Voluntario y no tiene la situación contributiva regularizada al finalizar el 3º mes inmediatamente anterior al que se inició la enfermedad	Si paga las cotizaciones pendientes en los 3 meses siguientes al mes en que ocurrió la suspensión de la prestación: <ul style="list-style-type: none"> • A partir del 11º día en que dejó de trabajar por enfermedad, si fuera trabajador autónomo. • A partir del 31º día en que dejó de trabajar por enfermedad, si es beneficiario del Seguro Social Voluntario. • A partir del 1º día en que dejó de trabajar por enfermedad si se tratara de tuberculosis, internamiento hospitalario, cirugía de ambulatorio o enfermedad que comienza cuando está recibiendo la prestación por parentalidad y se prolonga después de ese periodo. Si paga las contribuciones debidas después de los 3 meses posteriores al mes en que se suspendió la prestación, pero dentro del periodo de concesión de la prestación:

	<ul style="list-style-type: none"> La prestación sólo se paga a partir del día siguiente al que se regularice la situación.
--	--

Cuantía

La cuantía de la prestación se fija a tenor de la duración de la enfermedad, en los términos siguientes.

Duración de la enfermedad	Recibe
Hasta 30 días	55% del salario de referencia
De 31 a 90 días	60% del salario de referencia
De 91 a 365 días	70% del salario de referencia
Más de 365 días	75% del salario de referencia

En el supuesto de que se aplique el 55% ó el 60%, se prevé un incremento del 5% al verificarse algunas condiciones, como son, que la remuneración de referencia sea igual o inferior a 500 euros o que en la unidad familiar vivan 3 o más descendientes con edades inferiores a 16 años.

Si se trata de un caso de tuberculosis, el importe es diferente según el tamaño de la unidad familiar.

Con familiares a cargo	Recibe
Hasta 2 familiares a cargo	80% del salario de referencia
Más de 2 familiares a cargo	100% del salario de referencia

INCAPACIDAD TEMPORAL POR CAUSA PROFESIONAL

Consiste en una prestación económica por tiempo limitado para compensar la pérdida o limitación de la capacidad de trabajo o de rendimientos, como consecuencia de una enfermedad profesional o accidente de trabajo.

Antes de entrar a analizar la prestación referida, debemos destacar que en Portugal, la empresa es responsable de proporcionar la cobertura a sus trabajadores frente al riesgo de accidente de trabajo. Por ello, las empresas están obligadas a concertar un seguro de accidentes con una entidad aseguradora. La póliza de seguros deberá incluir tanto los cuidados médicos como el pago de eventuales indemnizaciones o prestaciones derivadas del accidente⁶⁴. Los trabajadores autónomos tienen también la obligación de suscribir este seguro.

Por el contrario, el Régimen General de la Seguridad Social, sí cubre el riesgo de enfermedades profesionales.

⁶⁴ El pago de las pensiones que no puedan ser pagadas por la entidad responsable, particularmente por motivos económicos, serán asumidas por el Fondo de Accidentes de Trabajo, en los términos establecidos legalmente, artículo 82 de Ley 98/2009.

No obstante, las prestaciones concedidas en el caso de accidentes de trabajo son casi idénticas a las concedidas en el caso de enfermedades profesionales, aunque la responsabilidad de la provisión de servicios la tengan diferentes instituciones.⁶⁵

Podemos distinguir dos tipos de incapacidades temporales por contingencia profesional:

- **Absoluta:** como su propio nombre indica, se trata de una incapacidad temporal en la que existen limitaciones desde el punto de vista funcional, que impidan totalmente la realización del trabajo.

Parcial: permite la realización de algunas tareas profesionales

Beneficiarios de la prestación

- Los trabajadores por cuenta ajena, excluyendo los trabajadores de la Administración Pública
- Trabajadores del servicio doméstico que estén inscritos por cuenta ajena
- Los trabajadores autónomos
- Las personas inscritas en el Seguro Social voluntario⁶⁶

Cuantía

Situación	Recibe por día
Incapacidad temporal absoluta	70% del salario de referencia en los primeros 12 meses 75% del salario de referencia después de 12 meses
Incapacidad temporal parcial	70% del valor correspondiente a la reducción sufrida en la capacidad de obtener ingresos

Duración

La prestación se reconoce por una duración máxima de 18 meses, no obstante, está prevista una prórroga de 30 meses, en situaciones excepcionales y en el caso de que el médico considere que existen posibilidades de recuperación. Por otra parte, la incapacidad se transforma en permanente (absoluta o parcial), cuando existe alguna secuela que limite de manera definitiva la capacidad de trabajo del afectado.

Inicio de la prestación

⁶⁵ *La Seguridad Social en Portugal*, publicado por la Comisión Europea

⁶⁶ Si cotizaran un 0,5% para cubrir la contingencia de enfermedad profesional, según consta en la Guia Pratico de Incapacidad por Doença Profissional del Instituto da Segurança Social

Incapacidad temporal absoluta	A partir del 1º día en que no pueda trabajar.
Incapacidad temporal parcial	A partir de la fecha en la que haya reducción de trabajo por indicación del médico DPRP ⁶⁷

Si se trata de incapacidad temporal por enfermedades profesional, para acceder a la prestación se requiere⁶⁸:

- La obtención de un Certificado de Incapacidad Temporal para el trabajo emitido por el Servicio Nacional de Salud, que indique que padece una enfermedad profesional.
- Estar al corriente de las cotizaciones a la Seguridad Social hasta 3 meses antes, en el caso de los trabajadores autónomos
- Estar al corriente en su aportación a la Seguridad Social si fuese trabajador por cuenta ajena. Si la empresa no le hubiera retenido su cuota, sólo tendría derecho a la prestación, si hubiera denunciado esta circunstancia a la Seguridad Social cuando empezó a trabajar para esa entidad.

Por último, señalar que la prestación por incapacidad por enfermedad profesional es incompatible con la prestación de desempleo, el subsidio por enfermedad que hemos visto anteriormente, con la prestación por incapacidad permanente absoluta y parcial, la pensión de jubilación y el subsidio por cursos de formación profesional.⁶⁹

LEGISLACIÓN

Código do Trabalho, aprovado pela Lei 7/2009, de 12 de fevereiro.

Decreto Lei 28/2004, de 4 de fevereiro, de Regime jurídico de proteção por doença , alterado pelo Decreto Lei 146/2005, Decreto Lei 302/2009, Decreto Lei 133/2012 e Decreto Lei 53/2018.

Lei 98/ 2009, de 4 de setembro, Regulamenta o regime de reparação de acidentes de trabalho e de doenças profissionais, incluído a reabilitação e reintegração profissional

Portaria 220/2013, de 4 de junho, que estabelece o novo regime jurídico de proteção social na eventualidade doença, no âmbito do subsistema previdencial de Segurança Social

BIBLIOGRAFIA

Proteção social: subsídio de doença, Direção Geral da Segurança Social

Guia prático susídio de doença, Instituto da Segurança Social

La Seguridad Social en Portugal, publicación de la Comisión Europea

Guia Prático de Incapacidade por Doença Profissional del Instituto da Segurança Social

⁶⁷ Departamento de Proteção contra os Riscos Profissionais; la entidad que paga la prestación por incapacidad temporal parcial, en el caso de enfermedad profesional.

⁶⁸ Guía de Incapacidade Temporaria por doença profissional, Instituto da Segurança Social

⁶⁹ Guía de Incapacidade Temporaria por doença profissional, Instituto da Segurança Social

La incapacidad temporal en el Reino Unido

LEGISLACIÓN

En Reino Unido la regulación sobre la incapacidad temporal se recoge en las siguientes normas:

- Ley de Contribuciones y Prestaciones de la Seguridad Social, *Social Security Contributions and Benefits Act 1992*⁷⁰.
- Ley de Seguridad Social (Incapacidad Laboral) 1994, *Social Security (Incapacity for Work) Act 1994*⁷¹
- Ley de Administración de la Seguridad Social de 1992⁷², *Social Security Administration Act 1992*. Recoge la obligación de los empresarios en relación con el pago de la baja por enfermedad.

El Servicio de Asesoramiento, Conciliación y Arbitraje británico (ACAS) recomienda a las empresas disponer de un Código o manual en el que se recoja la política de la empresa en lo relativo a las ausencias del trabajo, y la gestión y abono de la prestación por incapacidad.

La Agencia Tributaria, *HM Revenue and Customs (HMRC)*, es el órgano encargado de resolver las dudas derivadas de la tramitación y recepción de la IT por parte de la empresa.

INFORMACIÓN GENERAL

El *Statutory Sick Pay (SSP)* es la prestación de Incapacidad Temporal que abona el empresario al trabajador que no se encuentra en condiciones de trabajar. Se abona a partir del cuarto día de la baja y durante un máximo de 28 semanas. Por los tres primeros días de enfermedad no hay derecho a percibir prestación. Tampoco tienen derecho a cobrar esta prestación quienes ya la hayan recibido por el periodo máximo (28 semanas) y quienes estén recibiendo la prestación por maternidad.

Por su parte, la *Employment and Support Allowance (ESA)* es una prestación que abona el gobierno a los trabajadores que, encontrándose incapacitados para el trabajo por motivos de salud, no tengan derecho a percibir la Prestación por Incapacidad Temporal (*Statutory Sick Pay*) o hayan finalizado el período de percepción de ésta.

⁷⁰ <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1992/4/part/XI/enacted>

⁷¹ <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1994/18/crossheading/statutory-sick-pay>

⁷² <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1992/5/part/II/crossheading/statutory-sick-pay/enacted>

También hay otra ayuda específica para discapacitados, conocida como Subsidio para discapacitados en su vida cotidiana (*Personal Independence Payment, PIP*), y una prestación para trabajadores que sufran accidentes de trabajo *Industrial injuries Disablement benefit*.

CUANTÍA Y DURACIÓN

Durante cualquier período de incapacidad laboral, *Period of Incapacity for Work (PIW)*, la prestación SSP, de 94,25 libras semanales para el año fiscal 2019/2020, se abonará por un máximo de 28 semanas.

REQUISITOS

Para generar derecho a percibir la prestación por incapacidad, Statutory Sick Pay (*SSP*), es necesario cumplir las siguientes condiciones:

- Haber notificado la enfermedad a la empresa dentro de los límites de tiempo que esta misma establezca o, en su defecto, en un máximo de 7 días a partir del día siguiente del hecho causante.
- Ser trabajadores en la empresa (con la consideración de *employee*⁷³) y desarrollar una labor en la misma en virtud de un contrato.
- Estar enfermo durante cuatro o más días seguidos (festivos incluidos), lo que se conoce como período de incapacidad laboral (*PIW*).
- Tener ingresos semanales medios de igual o superior cuantía al límite inferior de ingresos a efectos de cotizaciones a la Seguridad Social, *National Insurance Contributions (NIC)*, 118 libras semanales en 2019/20.
- Tener ingresos por los cuales la empresa está obligada a cotizar en la Clase 1 (Class 1 NIC's) o estaría obligada a cotizar si no fuera por su edad o nivel de ingresos.

Los siguientes colectivos no tendrán derecho a SSP, aunque sí podrán solicitar la Prestación por Incapacidad (*Employment and Support Allowance, ESA*):

- Desempleados.
- Autónomos que no presten servicios en una empresa.
- Miembros activos de las Fuerzas Armadas.
- Trabajadores de empresas que no estén establecidas en Reino Unido
- Marino en flota extranjera.

⁷³ La legislación laboral británica diferencia entre *employee* (con más derechos) y *worker*. Un *employee* trabajará conforme a los términos de un contrato de trabajo y llevará a cabo el trabajo personalmente. Se considera que hay contrato cuando se acuerdan términos tales como salario, vacaciones anuales y jornada laboral. Aunque no es obligatorio que el contrato sea escrito para ser válido, es conveniente recoger los términos y condiciones principales de empleo en un documento escrito. Los *employees* tienen derecho a una amplia gama de derechos laborales, que incluyen todos aquellos a los que tiene derecho un *worker*. Por su parte, un *worker* también trabajará según los términos de un contrato de trabajo y generalmente deberá realizar el trabajo personalmente. Su contraprestación es dinero o una prestación en especie. Tienen limitada la posibilidad de contratar a otra persona para realizar el trabajo (subcontratar). Se incluyen las siguientes modalidades de trabajo: Trabajo eventual, trabajadores de agencia, *freelance*, temporeros, trabajadores con contrato cero horas. Para más inf.: <https://www.gov.uk/employment-status>

Tampoco se tendrá derecho a SSP si, el primer día del periodo de baja se da cualquiera de las siguientes circunstancias:

- Cuando habiendo percibido las 28 semanas de SSP se produce una recaída dentro de las ocho semanas siguientes a la finalización de la prestación (SSP).
- Si los ingresos semanales medios brutos durante, al menos las ocho semanas antes del período de enfermedad, fueron inferiores al límite inferior de ingresos a efectos de cotizaciones a la Seguridad Social.
- Aún no ha desarrollado ningún trabajo para la nueva empresa.
- Si se está ausente del trabajo por algún conflicto comercial.
- Si se está detenido.
- Si se encuentra en período de baja maternal.
- Cuando trabajando en la misma empresa, se ha sufrido una serie de episodios de enfermedad relacionados entre sí, durante un período de tres años, que finalizados con menos de ocho de anterioridad al nuevo hecho causante.
- El contrato de trabajo finaliza. El empresario no puede terminar el contrato para evitar pagar la prestación.
- Se ha recibido la IB o la compensación por incapacidad grave dentro de las ocho semanas siguientes a la enfermedad, o dentro de las 52 semanas (104 semanas a partir del 9 de octubre de 2006) si es beneficiario de la prestación de asistencia social para trabajar.

En el caso de que alguno de estos últimos colectivos solicitara la SSP, la empresa le enviará el formulario SSP1 para que proceda a gestionar la *Employment and Support Allowance (ESA)* en su oficina de empleo (*Jobcentre Plus*).

LICENCIA POR ENFERMEDAD Y VACACIONES

El derecho a vacaciones legales se mantiene durante la percepción de la SSP y es acumulativo durante el período de baja (sin importar la duración).

Cualquier período de vacaciones que no se disfrute como causa de enfermedad podrá utilizarse el año siguiente. Si se enferma justo antes o durante las vacaciones este período se puede tomar como licencia por enfermedad.

También es posible solicitar que el tiempo de baja por enfermedad se descuente de sus vacaciones pagadas. Esto se podrá hacer en caso de no reunir los requisitos para tener derecho a la prestación. Un empleado puede pedir tomar sus vacaciones pagadas durante el tiempo que esté ausente del trabajo por enfermedad. Se podría hacer cuando no se cumplan los requisitos para recibir el subsidio de enfermedad. Todas las normas relativas a la baja por enfermedad seguirán siendo de aplicación.

Cuando se tenga derecho a la prestación por enfermedad, la empresa no podrá obligar a los trabajadores a utilizar sus vacaciones reglamentadas en lugar de la licencia por enfermedad a la que tienen derecho.

REINCORPORACIÓN AL TRABAJO

La empresa deberá hacer los cambios necesarios en las condiciones de trabajo para los trabajadores discapacitados. Es lo que se conoce como "ajustes razonables" y podrían incluir trabajar menos horas o adaptar el equipo utilizado de trabajo.

ENFERMEDAD DE LARGA DURACIÓN

Los trabajadores que se ausentan del trabajo por una enfermedad de más de 4 semanas se pueden considerar enfermos de larga duración, condición que mantiene el derecho a vacaciones anuales.

Según ACAS gestionar las ausencias de larga duración suele ser difícil, al tratarse de enfermedades graves, intervenciones quirúrgicas o problemas de salud mental. Por estos motivos señala que es necesario una actitud comprensiva.

A este respecto señala que es conveniente que los empresarios:

- Evalúen si los compañeros del ausente pueden absorber su carga de trabajo o si es necesario contratar a alguien temporalmente para cubrir la baja.
- Consideren la posibilidad de pedir permiso al empleado para contactar con su médico de cabecera a fin de realizar una valoración sobre las posibilidades de reincorporación. De ser así, habría que considerar si es aconsejable mantener al trabajador en el mismo puesto y si una reincorporación escalonada ayudaría. Asimismo, en caso de discapacidad habría que valorar si es conveniente realizar ajustes y, por último, si es mejor una reincorporación progresiva.

DESPIDO DE UN EMPLEADO ENFERMO DE LARGA DURACIÓN

Como último recurso, las empresas pueden prescindir de los empleados con bajas de larga duración, teniendo antes en cuenta:

- Si el trabajador puede reincorporarse, por ejemplo, de forma flexible o a tiempo parcial, realizando un trabajo diferente o menos estresante (con formación si es necesario).
- Consultando con el interesado si hay posibilidades de mejoría en su situación médica y cuándo se podría reincorporar al trabajo.

Si el trabajador considera que ha sido despedido injustamente podrá llevar su caso al caso al juzgado de lo social.

RELACIÓN ENTRE LA EMPRESA Y EL TRABAJADOR EN LAS SITUACIONES DE IT

1. Contacto durante el período de enfermedad

Durante el período que dure la ausencia por enfermedad se producirá contacto regular entre el trabajador y el empresario, debiéndose acordar la forma y frecuencia de las relaciones. Esta práctica está dirigida a:

- verificar el bienestar de los empleados

- Dejar claro la cuantía económica que recibe el empleado
- Averiguar si hay algo que el empresario pueda hacer para apoyar al empleado enfermo.
- Informar de los cambios que se estén llevando a cabo en la organización.

2. Reunión para la reincorporación al puesto de trabajo

Es práctica común llevar a cabo una reunión informal en la fecha próxima a la reincorporación del trabajador tras un período de ausencia por enfermedad. Esta praxis se suele contemplar en el código o manual que recoge la política de la empresa sobre los períodos de ausencia del puesto de trabajo. La finalidad del encuentro es acoger al trabajador en su reincorporación, confirmar su recuperación, comentar las causas de la ausencia e informarle sobre lo que haya acontecido en el trabajo durante su ausencia.

Si las ausencias son reiteradas este encuentro puede servir para dirimir cualquier problema subyacente que pueda haber ocasionado la situación de baja, como por ejemplo si la enfermedad pudiera estar relacionada con el trabajo o si se tienen problemas de carácter laboral o familiar.

Este tipo de reuniones se deben mantener, aunque el período de ausencia haya sido de corta duración (1-2 días).

3. Política de ausencias

Los empresarios deberían contar con una política de ausencias que deje claro qué se espera exactamente de sus empleados cuando falten a su puesto de trabajo. Entre los elementos a incluir para determinar el proceder en estos casos se debería incluir:

- Comunicación de las ausencias. Indicar la persona de contacto y el momento en que lo hay que comunicar.
- Los casos en los que el trabajador deberá presentar un certificado o “*fit note*”.
- Cuando se llevarán a cabo las reuniones sobre la reincorporación al trabajo y quiénes estarán presentes.
- Los límites en el número de ausencias que haya fijado el empresario.
- Si el empleador utiliza un Plan de derivación en materia de salud ocupacional (*Occupational Health referral scheme*) y cuando será introducido.
- Qué cuantía percibirá el trabajador y durante cuánto tiempo.

Los empresarios deben esperar un nivel de asistencia satisfactorio por parte de su personal. Con el fin de controlar las ausencias éstos pueden establecer planes de revisión que fijen un tope de ausencias tras el cual se puede emitir una advertencia formal al trabajador. Si las ausencias se reiteran esto podría llevar al empresario a nuevas medidas disciplinarias y en última instancia al despido.

GESTIÓN ADMINISTRATIVA DE LAS BAJAS POR ENFERMEDAD

La guía de la Agencia Tributaria, *HM Revenue and Customs (HMRC)*, establece qué tipo de evidencia médica puede requerir el empresario para justificar el pago de la prestación por incapacidad, *SSP*:

El empresario deberá informar a sus trabajadores sobre el tiempo y forma de solicitar la *SSP* (lo que se espera que aporten como prueba de incapacidad a fin de percibir la *SSP* y cuándo espera que lo hagan). El empresario no puede retener el pago en espera de la recepción de pruebas médicas, aunque sí puede hacerlo por haberse notificado la enfermedad fuera de plazo.

En el caso de ausencia de corta duración (1 ó 2 días), el trabajador debe informar a la empresa de su situación lo antes posible.

Para períodos de enfermedad de entre cuatro y siete días, se podrá utilizar para la auto certificación, el formulario SC2⁷⁴ o uno propio equivalente.

A partir de ahí se puede requerir evidencia médica razonable, pero solamente se podrá pedir la certificación médica a partir del séptimo día de un período de enfermedad (incluidos días no hábiles). Después se podrán solicitar las confirmaciones regulares del médico que cubran el tiempo de ausencia por enfermedad.

Hay que tener presente que un certificado médico es una prueba contundente de incapacidad y por lo general debe ser aceptada como concluyente, a menos que haya pruebas más convincentes de lo contrario.

Si la empresa lo admite se podrá presentar una certificación similar emitida por otros profesionales, como pueden ser osteópatas, quiroprácticos, acupuntores (*Allied Health Professional (AHP) Health and Work Report*).

El empresario debe valorar cuidadosamente los certificados, es el quien ha de decidir si acepta o no las pruebas. En caso de duda se puede solicitar un informe médico.

Los médicos sólo están obligados a proporcionar certificados médicos gratuitos con respecto a los períodos de baja por enfermedad que duren más de siete días.

En la certificación el profesional indicará si el paciente está o no en condiciones de trabajar o si puede estarlo. En este caso la empresa debería estudiar qué cambios podrían facilitar la reincorporación del trabajo (por ejemplo: cambio de tareas o diferente jornada). Si los cambios no se producen el paciente se considerará incapacitado para trabajar.

El trabajador debe entregar una copia de la certificación médica de baja a la empresa, conservando en su poder el original.

Para períodos de ausencia de hasta siete días, no hay que aportar una prueba o certificación de un profesional. Será suficiente con que, al reincorporarse al trabajo,

⁷⁴ <https://www.gov.uk/government/publications/statutory-sick-pay-employees-statement-of-sickness-sc2>

confirmen a la empresa que el motivo de la ausencia fue enfermedad, lo que se conoce como *self-certification* (una declaración responsable). Ambas partes decidirán la manera de ejecutarlo, bien cumplimentando un formulario o remitiendo un correo confirmando la situación.

Para más información:

<https://www.gov.uk/taking-sick-leave>

<https://www.gov.uk/statutory-sick-pay/how-to-claim>

<http://www.acas.org.uk/index.aspx?articleid=1566>

El permiso de maternidad en el Reino Unido

La legislación sobre el permiso de maternidad en el Reino Unido se regula en el Reglamento sobre permiso de maternidad y permis parental de 1999 (*The maternity and Parental Leave Regulations 1999*⁷⁵).

1. DURACIÓN

El ordenamiento jurídico británico reconoce a las trabajadoras embarazadas un permiso de 52 semanas de licencia de maternidad, de las cuales 2 obligatoriamente deben disfrutarse inmediatamente después de dar a luz. Las primeras 26 semanas de licencia de maternidad se conocen como “*Ordinary Maternity Leave*” y las últimas 26 semanas como “*Additional Maternity Leave*”.

Si la trabajadora decide no disfrutar de la totalidad del permiso de maternidad, deberá dar un preaviso de 8 semanas para reincorporarse al trabajo antes de que finalice la baja.

2. RETRIBUCIÓN

Existen tres prestaciones por maternidad, una contributiva y dos no contributivas.

a) Prestación contributiva por maternidad (*Statutory Maternity Pay, SMP*):

-Las primeras 6 semanas: 90% del salario.

-Las 33 semanas restantes 148,68£ o el 90% del salario semanal (el importe que sea menor).

-Las últimas 13 semanas no son retribuidas.

b) Subsidio por maternidad (*Maternity Allowance*):

Corre a cargo del *Department for Work and Pensions* (DWP) y se tramita en los servicios de empleo o *JobCentre Plus*.

Se percibe en caso de no tener derecho a la prestación contributiva por maternidad. Se abona por un periodo máximo de 39 semanas.

La cuantía es la cantidad que resulte inferior entre el 90% de los ingresos medios semanales y 148,68 libras.

Para trabajadores por cuenta propia que no cumplan el requisito mínimo de cotizaciones, podrán percibir 27 libras/semanas por un periodo de 39 semanas. En casos excepcionales, se podrá percibir 27 libras semanales solo por un periodo de 14 semanas.

c) **Sure Start Maternity Grant: Subsidio de pago único de £500**

⁷⁵ <http://www.legislation.gov.uk/ukxi/1999/3312/contents/made>

3. REQUISITOS

a) Prestación por maternidad

- Tiene que haber trabajado para la empresa al menos 26 semanas al finalizar la semana 15 anterior a la fecha prevista del parto.
- Percibir al menos £118 brutos por semana en un periodo de referencia de 8 semanas.
- Informar a la empresa como mínimo 15 semanas antes de la fecha del parto.
- Tener el Certificado de maternidad⁷⁶

b) Subsidio por maternidad

- Que haya trabajado como mínimo 26 semanas (no necesariamente de forma continuada) durante un periodo de 66 semanas antes de la semana prevista del parto.
- Que sea trabajadora por cuenta propia o por cuenta ajena.
- Que se halle en la semana undécima anterior a la semana prevista del parto.

c) Sure Start Maternity Grant:

Para poder percibir este subsidio es necesario estar percibiendo otras prestaciones por ingresos bajos (Income Support, income-based Jobseeker's Allowance, Pension Credit, Child Tax Credit, Universal Credit, etc.).

Para más información:

<https://www.gov.uk/employers-maternity-pay-leave>

<https://www.gov.uk/maternity-allowance>

<https://www.acas.org.uk/maternity>

⁷⁶ [Maternity Certificate \(MATB1\)](#).

Incapacidad para el trabajo

NORMATIVA DE REFERENCIA

Orden de Urgencia (Ordonanta de urgenta a Guvernului) n°158/2005.

PRINCIPIOS BÁSICOS

- Régimen de seguro social obligatorio de los trabajadores por cuenta ajena y propia financiado por las cotizaciones a partir de los salarios.
- Pago de una indemnización por incapacidad de trabajo (*Beneficiu pentru incapacitate de munca*) para el empleador.

CAMPO DE APLICACIÓN

Son beneficiarios del seguro:

- Todos los trabajadores por cuenta ajena;
- Beneficiarios de prestación por desempleo;
- Trabajadores autónomos;
- Personas que ejercen una función electiva o nombrados para un cargo ejecutivo, legislativo o judicial, durante su mandato;
- Miembros de una cooperativa de artesanos;
- Socios, asociados y accionistas;
- Administradores o responsable;
- Miembros de asociaciones familiares.

No existe la posibilidad de un seguro voluntario.

CONDICIONES

1. Declaración de la incapacidad para el trabajo:

- Incapacidad para el trabajo por causa de enfermedad certificada por un médico.
- Certificado médico expedido a partir del primer día de enfermedad y notificación del empleador para la solicitud de la prestación en un plazo de 3 días.

2. Afiliación mínima: Al menos un mes de cotización

No se prevé un período de carencia.

PRESTACIONES

1. Mantenimiento del salario por parte del empleador: La indemnización por Incapacidad laboral (*Beneficiu pentru incapacitate de munca*) se abona al asegurado por parte del empleador del primero al quinto día de IT.

2. Prestaciones de protección social

a. Importe de la prestación: El importe mensual de las indemnizaciones pagadas por el Seguro Social equivale al 75% de las bases de cotización medias de los últimos seis meses.

El importe sube al 100% en caso de IT por:

- Tuberculosis
- SIDA
- Cáncer
- Enfermedades infectivas y contagiosas de categoría A,
- Urgencias médicas y quirúrgicas.

b. Duración de la prestación:

La duración de la indemnización por IT (*Beneficiu de boala*) es de 183 días sobre un período de un año a partir del primer día de incapacidad.

A partir del 90º día el permiso por enfermedad puede prolongarse hasta el 180º sólo tras aprobación del médico especialista de la Seguridad Social.

La duración de la indemnización puede variar en función de la enfermedad:

- 1 año sobre un período de 2 años en caso de tuberculosis pulmonar y para algunas afecciones cardiovasculares establecidas por la Oficina Nacional del Seguro de Enfermedad de acuerdo con el Ministerio de Sanidad;
- 1 año, con la posibilidad de prolongación hasta un año y medio en caso de tuberculosis de las meninges, peritoneal y genitourinaria (incluida la tuberculosis de las glándulas suprarrenales), de SIDA y de cáncer, en función del estado de evolución de la enfermedad;
- Un año y medio sobre un período de 2 años para las tuberculosis osteo-articulares y las que necesiten intervención quirúrgica;
- 6 meses con posibilidad de prolongación hasta un año sobre un período de dos años para todas las demás formas de tuberculosis extra-pulmonares, tras la aprobación del médico especialista del Seguro Social.

c. Indemnización por fallecimiento: En caso de fallecimiento del asegurado o de un miembro de su familia, una de las siguientes personas está habilitada a percibir una indemnización por fallecimiento: el cónyuge sobreviviente, el hijo, el progenitor, el tutor, el tutor legal, el heredero legal o cualquier otra persona que se haga cargo de los gastos del funeral.

El importe de la indemnización es de 4.162 leus (unos 892 euros) en caso de muerte del asegurado y de 2.081 (446 euros) en caso de muerte de un miembro de su familia.

f.- Otras prestaciones:

- Indemnización de prevención de enfermedades y recuperación de la capacidad de trabajo: 85% de la base de cotizaciones media de los últimos seis meses.
- Indemnización por reducción del tiempo de trabajo.
- Puesta en cuarentena e indemnización.
- Hidroterapia
- Indemnización por cuidado de hijo enfermo (*Beneficii pentru ingrijirea unui copil bolnav*): los asegurados tienen derecho a un permiso e indemnizaciones por cuidado de hijo enfermo del 85% de la media de la base de cotizaciones de los últimos seis meses en caso de hijos menores de 7 años o de 18 si sufren de enfermedades intercurrentes. Estas prestaciones son concedidas a petición de uno de los dos progenitores siempre que satisfagan las condiciones de duración de cotización mínima.

No existen condiciones especiales para los desempleados

IMPOSICIÓN FISCAL Y COTIZACIONES SOCIALES

1. Imposiciones fiscales de las prestaciones en especie

Prestaciones no imponibles

2. Cotizaciones sociales sobre las prestaciones:

Las cotizaciones a los seguros sociales (Invalidez, vejez y supervivientes) deben ser pagadas sobre todas las indemnizaciones por IT.

Además, las siguientes cotizaciones deben ser pagadas sobre la indemnización por incapacidad en el trabajo (*Beneficiu pentru incapacitate de munca*):

- Cotización al régimen del seguro sanitario y cotización al permiso por enfermedad: sólo los trabajadores por cuenta ajena durante los 5 primeros meses de IT.
- Cotización al seguro de desempleo: cotización a cargo de los trabajadores por cuenta ajena en caso de un máximo de 30 días de IT; cotización a cargo del empleador durante los 5 primeros días de IT.

La incapacidad temporal en Senegal

La regulación de la incapacidad temporal en Senegal se produce en diversos textos normativos. Hay que diferenciar entre la regulación de la incapacidad temporal derivada de contingencias comunes y la derivada de contingencias profesionales.

La normativa de Seguridad Social de Senegal: Ley 73-37 del Código de Seguridad Social y Orden 01883 de 1992 autorizando la CAISSE y su estatuto regula la prestación de incapacidad temporal derivada de accidente de trabajo y enfermedad profesional. Sin embargo, en Senegal no existe una prestación de incapacidad temporal por enfermedad común o accidente no laboral regulada por la normativa de Seguridad Social.

- ENFERMEDAD COMÚN Y ACCIDENTE NO LABORAL.

La protección de los trabajadores que padecen una enfermedad común se recoge en el Código de Trabajo de Senegal de 1997 (ley 97-17 de 1 de diciembre) y en el Convenio Colectivo Interprofesional de Senegal de ámbito nacional del año 1982, aún vigente.

El artículo 70 del Código de Trabajo dice que procede la suspensión del contrato de trabajo por razón de enfermedad, constatada por un médico titulado, durante un periodo máximo de seis meses prorrogables hasta que el trabajador sea remplazado.

La Convenio Colectivo en su artículo 19 recoge, al igual que el Código de Trabajo, que en caso de enfermedad o accidente no laboral el contrato de trabajo se suspende durante un plazo máximo de seis meses. Si bien añade, que en el caso en el que la enfermedad se prevea de larga duración ese plazo podrá ser prologado hasta 8 meses para los trabajadores que lleven entre 7 y 15 años en la empresa y hasta 10 meses para los que lleven más de 15 años.

Ese mismo artículo en su apartado segundo recoge las obligaciones formales del trabajador para acreditar la enfermedad. Bastará para ello que en un plazo de 48 horas le revise un médico de la empresa. En el supuesto de que no pueda pasar esa revisión, deberá notificar que no puede trabajar a su empresa en un plazo máximo de seis días desde el inicio de la enfermedad o el accidente no laboral. Esta comunicación deberá ser confirmada por un informe médico en un plazo máximo de una semana. La empresa podrá controlar la veracidad de la enfermedad mediante una revisión médica realizada por el médico de empresa o uno de su elección. Si dada la gravedad de la enfermedad el trabajador no puede desplazarse, el empresario avisará a la IPM (mutualidad de salud) que tenga suscrita o enviará un enfermero o eventualmente un médico, que costeará el trabajador.

Durante el periodo en el que el trabajador, que tuviera un contrato indefinido, este malo y el contrato de trabajo se encuentre suspendido, el artículo 20 del Convenio establece la obligación del empresario de abonarle un subsidio, que se determina conforme a las reglas siguientes:

Antigüedad en la empresa	Cantidad del subsidio
Menos de un año	<ul style="list-style-type: none"> - Salario completo durante un mes. - La mitad del salario durante tres.
De uno a cinco años	<ul style="list-style-type: none"> - Salario completo durante un mes - La mitad del salario durante cuatro.
Más de cinco años	<ul style="list-style-type: none"> - Salario completo durante dos meses. - La mitad del salario durante cinco.

El total de indemnización recogidas en este cuadro es el máximo que cada trabajador podrá recibir por año natural, cualquiera que sea el número de procesos y la duración total de sus ausencias por enfermedad durante ese año natural.

Finalmente, señalar que en Senegal no hay una prestación de incapacidad permanente por contingencias comunes, salvo una jubilación por incapacidad a partir de los 55 años de edad. Por ello, el artículo 28 del Convenio Colectivo citado dice que el empresario al final de los plazos máximos previstos en el artículo 19 podrá extinguir la relación laboral, si el trabajador continúa incapacitado para el trabajo. Este tendrá preferencia para volver a ser contratado por el empresario en los dos años siguientes a la fecha de la extinción y a las indemnizaciones por despido previstas, si tenía una antigüedad mínima de un año.

- ACCIDENTE DE TRABAJO Y ENFERMEDAD PROFESIONAL.

El artículo 70 del Código de Trabajo dice que el contrato de trabajo se suspenderá durante el tiempo de indisponibilidad del trabajador producido por un accidente de trabajo o enfermedad profesional.

El artículo 21 del Convenio Interprofesional añade que la duración de esa suspensión será por el tiempo necesario para la consolidación de las lesiones padecidas y hasta que pueda reincorporarse al trabajo en las mismas condiciones

normales que tenía con anterioridad. También podrá, en su caso, el empresario reclasificarlo en otro puesto de trabajo.

El trabajador tendrá derecho durante los periodos mencionados en el artículo 20 para la enfermedad común a que el empresario le aboné un subsidio que le garantice su antiguo salario de acuerdo al horario normal realizado en la empresa, descontando de ese salario las cantidades que correspondan por la prestación de incapacidad temporal regulada en la normativa de Seguridad Social durante ese periodo.

La normativa de Seguridad Social recogida en la Ley 73-37 del Código de Seguridad Social y la Orden 01883 de 1992 autorizando la CAISSE y su estatuto, entre otras normas regula la prestación de incapacidad temporal en el Título II de la manera siguiente:

Son beneficiarios de la prestación quienes sufran un accidente de trabajo o una enfermedad profesional. En el código, en sus artículos 33 y siguientes se definen ambas contingencias de forma específica.

Para acceder a la prestación, se deben cumplir los requisitos siguientes (artículos 38 y siguientes) Deberá emitirse un parte en tres copias (en 48 horas el empleador o la víctima deben enviarlo a la Inspección de Trabajo), al que debe adjuntarse: informe médico, boletín salarial del día o del mes anterior al AT. En caso de que el empleador no lo haga la víctima o sus sucesores tienen un plazo de dos años para hacerlo.

Por otra parte, el empleador tiene que prestarle los primeros cuidados médicos y, si lo tiene, enviarle al servicio médico de empresa.

La CAISSE (órgano de Seguridad Social) puede en todo momento proceder a un examen médico de la víctima por un médico de su elección. En el caso de discrepancia entre su médico y el del accidentado, se realizará un nuevo examen por otro médico elegido por acuerdo del médico del trabajador y de la entidad.

Las prestaciones (artículos 67 y siguientes) podrán ser en especie y económicas.

En especie: atención médica, readaptación profesional y reclasificación. Se cubre el 100% de los gastos médicos, hospitalización, medicamentos, transporte, rehabilitación...

Económicas: consiste en una indemnización. Su pago exige cese en el trabajo y se paga desde el primer día durante todo el periodo de baja temporal. La cuantía es la mitad del salario diario durante los primeros 28 días; 2/3 del salario a partir del 28 día. El salario diario se calcula por el salario diario medio de los últimos 30 días, incluyendo el reembolso de gastos. Hay ciertas especialidades para los menores de 18 años y los aprendices. El salario máximo diario que ha servido para el cálculo de la indemnización no puede sobrepasar el 1% de la base máxima de cotización de accidentes de trabajo y enfermedad profesional. En estos momentos la indemnización máxima diaria es de 3.600 Fcfa (5,4 euros) por los primeros 28 días y 4.800 Fcfa (7,2 euros) a partir del 29 día.

La indemnización la cobra directamente la víctima, pero se puede pagar al empresario, si este justifica que mantuvo al trabajador en el pago del salario durante el periodo establecido en el artículo 20 del Convenio Colectivo Interprofesional.

Su duración máxima es la prevista en el artículo 114 del antiguo código del trabajo de Senegal.

La indemnización es compatible con un trabajo que no suponga riesgo para la recuperación del trabajador o que haya sido recomendado por el médico. En ese caso, se le descontará la parte en que la suma del salario más la indemnización supere el salario normal de un trabajador de la misma categoría profesional.

Prestación de incapacidad temporal

REQUISITOS SOBRE EL ACCESO A LA SEGURIDAD SOCIAL EN SUECIA

Estar asegurado en Suecia significa que una persona está cubierta por el sistema de seguro social sueco y tiene derecho a varios tipos de prestaciones. La Agencia de la Seguridad Social sueca (Försäkringskassan) decide si una persona está asegurada en Suecia y tiene derecho a prestaciones. Para recibir un beneficio, también debe cumplir con los criterios que se aplican para ese beneficio en particular. Algunos de los beneficios se basan en la residencia y otros, en el trabajo.

BENEFICIOS BASADOS EN LA RESIDENCIA

Si se reside en Suecia durante más de un año, por lo general se está asegurado para beneficios basados en la residencia. El seguro basado en la residencia expira cuando ya no se considera residente en Suecia. Sin embargo, siempre y cuando se considere que reside en Suecia, puede ser elegible para recibir ciertos beneficios mientras se hospeda en otro país. Dependerá de la razón por la que se encuentra en el extranjero y de en qué país se hospeda.

BENEFICIOS BASADOS EN EL TRABAJO

Si una persona trabaja en Suecia, está asegurado para beneficios basados en el trabajo. Esto se aplica si la persona es un empleado, trabaja por cuenta propia o para un contratista. Todos los beneficios basados en el trabajo están destinados a cubrir algún tipo de pérdida de ingresos. Esto significa que su tamaño depende de los ingresos que tenga o haya tenido una persona.

NORMATIVA

El Código de Seguridad Social

El **Código de Seguridad social** (2010:110) es una ley de seguridad social coherente e integral que sustituye a una treintena de leyes de seguridad social anteriormente existentes, como, por ejemplo, las leyes sobre subsidios para niños, subsidios de vivienda, seguro nacional y seguro de lesiones profesionales. Esto proporciona una mayor transparencia y uniformidad en términos de normas y

terminología comunes a la seguridad social. El Código de la Seguridad Social entró en vigor en enero de 2011.⁷⁷ Modificado hasta 2018:1952.

En el Apartado A. trata de disposiciones generales⁷⁸ y en el capítulo 6 sobre prestaciones relacionados con los ingresos. El Apartado C. trata de prestaciones y subvenciones en caso de enfermedad o accidente laboral.⁷⁹

PRESTACIÓN POR ENFERMEDAD PARA LOS EMPLEADOS

LA PRESTACIÓN POR ENFERMEDAD ES LA QUE SE PERCIBIR SI NO SE PUEDE TRABAJAR DEBIDO A UNA ENFERMEDAD.

Los primeros 14 días que se está enfermo, **el empleador paga un “sueldo por enfermedad”⁸⁰** en lugar del salario regular. Después de ese período, el enfermo puede solicitar la prestación por enfermedad a la Agencia de Seguridad Social sueca (*Försäkringskassan*). Algunos empleadores no pagan el sueldo por enfermedad. Si éste es el caso, en su lugar, se puede solicitar la prestación por enfermedad de *Försäkringskassan*. Si no sabe si se tiene derecho a un sueldo por enfermedad, se puede comunicar con su empleador.

Una persona es elegible para la prestación por enfermedad si:

- No puede trabajar durante sus horas de trabajo regulares debido a una enfermedad. La persona debe estar fuera al menos una cuarta parte de su horario de trabajo regular para poder percibir la prestación por enfermedad.
- Puede perder los ingresos relacionados con el trabajo que son ingresos que dan derecho prestaciones por enfermedad.
- Estar asegurado en Suecia (o sea, de alta en *Försäkringskassan*).

¿Cuánto se puede percibir?

Si se entra en la página Web de *Försäkringskassan* hay una función⁸¹ en la que se puede visualizar rápidamente y muy fácilmente cuánto se puede percibir en prestación por enfermedad y sueldo por enfermedad.

Se percibe aproximadamente **el 80 por ciento del salario**, pero hasta un tope limitado de **774 coronas suecas (SEK)⁸²** por día.

¿Durante cuánto tiempo se mantiene el derecho a prestaciones por enfermedad?

La prestación por enfermedad es una compensación temporal. Está destinada a reemplazar los ingresos perdidos hasta que pueda empezar a trabajar de nuevo. Si y cuánto tiempo una persona es elegible para la prestación por enfermedad depende de cuánto afecta su enfermedad a su capacidad para trabajar.

⁷⁷ https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialforsakringsbalk-2010110_sfs-2010-110

⁷⁸ Avd. A. Övergripande bestämmelser. Kap. 6 Arbetsbaserade förmåner.

⁷⁹ Avd. C. Förmåner vid sjukdom eller arbetsskada.

⁸⁰ **Sjuklön** = subsidio por enfermedad, ausencia por enfermedad remunerada por el empleador. Coste de baja por enfermedad pagado por el empleador (en vez de salario).

⁸¹ Función para comprobar cuanto se puede percibir. “Ersättningskollen”: <https://bit.ly/35iX08Z>

⁸² € = 10,9056 SEK. 10.10.2019. Banco Central de Suecia. Riksbanken. www.riksbank.se

Día 1-90

Los primeros 90 días, una persona tiene el derecho a una prestación por enfermedad si no puede realizar su trabajo regular.

Día 91-180

Después de 90 días, una persona tiene el derecho a una prestación por enfermedad si no puede realizar su trabajo regular o cualquier otro trabajo que su empleador pueda ofrecer.

Día 181-365

Después de 180 días, una persona tiene derecho a una prestación por enfermedad si no puede realizar ningún trabajo en el mercado laboral regular. Esto no se aplica si *Försäkringskassan* evalúa que es muy probable que el trabajador pueda volver a algún tipo de trabajo con su empleador antes del día 366. En tal caso, su capacidad de trabajo se evalúa en relación con el mercado de trabajo regular después del día 180.

Día 366-

Después de 365 días, la persona sólo tiene derecho a una prestación por enfermedad si no puede realizar ningún trabajo en el mercado laboral regular. Esto no se aplica si puede considerarse irrazonable evaluar la capacidad de trabajo en relación con el trabajo en el mercado de trabajo regular.

Lo que se puede hacer si el empleador no quiere pagar el “salario por enfermedad”

Si el empleador no cree que el trabajador tiene derecho a un salario por enfermedad, se puede solicitar recibir la prestación por enfermedad de *Försäkringskassan*. Esto se denomina *garantía de pago por enfermedad*. *Försäkringskassan* puede pagar su “salario por enfermedad” si el trabajador y su empleador están en disputa sobre los términos de su empleo o su capacidad de trabajo. Por ejemplo, el empleador puede pensar que el trabajador es capaz de trabajar a pesar de su enfermedad.

¿Se necesita trabajar a tiempo parcial cada día si el trabajador está de baja por enfermedad a tiempo parcial?

- Sí, en la mayoría de los casos es necesario trabajar parte del día para percibir la prestación por enfermedad a tiempo parcial. Por ejemplo, no se puede trabajar los lunes, martes y miércoles y estar de baja por enfermedad los jueves y viernes.
- Se pueden hacer excepciones en algunos casos, si es mejor médicamente para el trabajador. En tales casos, debe ponerse en contacto con el administrador si necesita trabajar de una manera diferente.

Si un trabajador está enfermo a menudo

Si una persona está enferma más de 10 veces en un periodo de 12 meses, se puede omitir el periodo de cualificación. Esto se denomina protección general de alto riesgo⁸³.

Si el trabajador sabe de antemano que va a faltar muchos días por enfermedad

Puede solicitar una protección especial de alto riesgo si sabe que estará de baja por enfermedad varias veces durante un año. Puede omitir el período de calificación y recibir la prestación por enfermedad desde el primer día.

El trabajador es elegible para una protección especial de alto riesgo si:

- Tiene una enfermedad y sabe con anticipación que tendrá que estar ausente del trabajo al menos 10 veces al año.
- está donando un órgano o se somete a un examen para este tipo de procedimiento

Un trabajador de reemplazo pagado por horas; ¿Puedo percibir la prestación por enfermedad?

Sí. Si el empleador pagó su salario por enfermedad las primeras dos semanas y el trabajador todavía está enfermo, puede percibir la prestación por enfermedad.

Si el trabajador no tiene derecho a un salario por enfermedad de su empleador, también puede percibir la prestación por enfermedad durante sus primeras dos semanas de enfermedad.

¿Se puede percibir la prestación por enfermedad después de cumplir 65 años?

Sí. Pero, si el trabajador está enfermo por más de 180 días, *Försäkringskassan* reevaluará la capacidad de trabajo del trabajador. Si se determina que la capacidad de trabajo se ve disminuida permanentemente, entonces ya no tendrá derecho a una prestación por enfermedad.

Una vez que el trabajador cumpla los 70 años, solo podrá percibir la prestación por enfermedad durante un total de 180 días. Si el trabajador está enfermo en diferentes periodos de tiempo, los días se sumarán como si fuera un solo período.

¿Cuánto dinero puede percibir un trabajador si está enfermo mucho tiempo?

El primer año en que un trabajador esté enfermo, percibirá alrededor del **80 por ciento** de sus ingresos que califican para obtener prestaciones por enfermedad.

Si un trabajador está enfermo **por más de un año**, su prestación por enfermedad se reduce a alrededor del **75 por ciento** de sus ingresos que califican para obtener prestaciones por enfermedad. Sin embargo, puede solicitar mantenerse en el mismo nivel si tiene una enfermedad grave.

⁸³ "General high-risk Protection"

¿Cuáles son los ingresos que califican para la prestación por enfermedad?

Los ingresos que dan derecho a prestaciones por enfermedad (**SGI** por sus siglas en sueco)⁸⁴, se calculan en función de los empleos remunerados en Suecia. El **SGI** de un trabajador, se utiliza para determinar si tiene derecho a compensación y cuánto dinero puede percibir cuando se enferma.

Al responder algunas preguntas breves sobre su situación, el trabajador puede obtener información sobre su **SGI** y lo que se aplica específicamente a él como empleado. Al responder a las preguntas, aprenderá:

- Cómo tiene derecho a un **SGI**.
- Cómo se calcula el **SGI** en función de sus ingresos.
- Cómo el **SGI** afecta a la compensación que recibe.
- Qué se aplica si la empresa es una empresa nueva.
- Que es importante proteger su **SGI** si deja de trabajar o comienza a trabajar menos.

¿Qué pasa si un trabajador se enferma cuando está de vacaciones?

Los días de vacaciones son permisos que se ha ganado a través del trabajo. Esto significa que el trabajador no debe tener que utilizar el tiempo de vacaciones para ponerse bien cuando esté de baja por enfermedad.

En su lugar, debe contactar al empleador y darse de baja por enfermedad.

Durante los primeros 14 días, el trabajador puede percibir un pago por enfermedad de su empleador, es decir “el salario de enfermedad”.

Si el trabajador está enfermo por más de 14 días, puede solicitar la prestación por enfermedad de *Försäkringskassan* (la Agencia de Seguridad Social sueca).

¿Se puede viajar fuera del país mientras se percibe la prestación por enfermedad?

Sí, siempre que el viaje no afecte negativamente a la rehabilitación o a la recuperación.

Si se viaja dentro de la UE/EEE o a Suiza, no es necesario que se solicite que desea continuar recibiendo la prestación por enfermedad durante el viaje.

Sin embargo, si viaja a un país fuera de la UE/EEE o Suiza, debe solicitar que desea continuar recibiendo la prestación por enfermedad durante su estancia en el extranjero antes de salir. Se puede solicitar en la página web de *Försäkringskassan* en “Mis páginas” (*Mina sidor*).⁸⁵

¿Qué pasa si el trabajador pierde su trabajo mientras está enfermo?

⁸⁴ **SGI** (por sus siglas en sueco) = *Sickness benefit qualifying income (Sjukpenning Grundande Inkomst)*.

⁸⁵ *Försäkringskassan, My Pages (Mina Sidor)*. <https://bit.ly/2IMRTUU>

Si el empleo termina o si un trabajador ya no está empleado por alguna otra razón, debe contactar a su gestor administrativo personal o, si no se ha asignado ningún gestor administrativo, al Centro de Atención al Cliente⁸⁶. A continuación, se harán los cambios necesarios para que reciba la prestación por enfermedad correcta.

Si no está empleado, puede percibir un máximo de 543 SEK⁸⁷ (coronas suecas) por día.

Si cree que puede trabajar aunque esté enfermo, pero no en su antiguo trabajo. ¿Se puede percibir una prestación por enfermedad y buscar un nuevo trabajo al mismo tiempo?

Es posible que el trabajador ya sabe desde el principio de su baja por enfermedad que no podrá volver a su trabajo, pero cree que podría trabajar en otro lugar a pesar de su enfermedad.

Es posible que pueda buscar un trabajo mientras percibe una prestación por enfermedad hasta que haya estado de baja por enfermedad durante unos 180 días.

Es la Agencia de Seguridad Social sueca (*Försäkringskassan*) es la que determina si el trabajador tiene derecho a una prestación por enfermedad mientras busca un trabajo nuevo. Por lo tanto, siempre se debe hablar con el gestor administrativo personal antes de solicitar un nuevo trabajo. También se puede concertar una reunión con el Servicio Público de Empleo (*Arbetsförmedlingen*)⁸⁸, que puede ayudar al trabajador a buscar un trabajo nuevo.

Si se consigue un trabajo nuevo, también tiene derecho a tomarse un permiso de ausencia del antiguo trabajo.

Fuentes: Agencia de la Seguridad Social sueca. *Försäkringskassan*: <https://bit.ly/35iX08Z>

⁸⁶ Centro de atención al cliente. Customer Centre for Private Individuals. (Kundtjänst). <https://bit.ly/2ONlckS>

⁸⁷ € = 10,8504 SEK. 14.10.2019. Banco Central de Suecia. Riksbanken. www.riksbank.se

⁸⁸ Arbetsförmedlingen. <https://bit.ly/31abQuV>

La prestación de incapacidad temporal en Suiza

1. Introducción
2. Normativa básica
3. Concepto de invalidez
4. Prestación sanitaria
5. Obligación de compensar la pérdida de ganancia
6. Detección Precoz
7. Subsidio diario

1. INTRODUCCIÓN

Lo primero que ha de resaltarse al analizar la prestación de incapacidad temporal (IT) en Suiza es que **no existe una equivalencia con la misma prestación en el sistema de Seguridad Social de España.**

El Seguro de Invalidez (SI) se configura en Suiza de una manera radicalmente diferente al de la prestación de IT en España. **El hecho de concebirse como un seguro afecta a las prestaciones en sí, al proceso para solicitarlas y al objetivo que persiguen.** Por otro lado, el SI engloba tanto lo que en España se conoce como incapacidad temporal como la incapacidad permanente en sus diferentes grados, lo que de nuevo dificulta la asimilación de regímenes para ofrecer una exposición conjunta que facilite el estudio comparativo.

Con carácter general se debe subrayar que **en el SI prima la readaptación profesional por encima de la percepción de una renta.** Ello quiere decir que existe un conjunto de medidas que se ponen en marcha de manera conjunta para conseguir la vuelta al trabajo. Sólo en los casos en los que dicha readaptación profesional no resulta posible se prevé la percepción de una renta, que queda así configurada de manera totalmente subsidiaria.

Otra diferencia la encontramos en lo que se conoce como **Detección Precoz**, un procedimiento previsto para cuando aparecen los primeros indicios de una incapacidad para trabajar por motivos de salud. Se trata, de nuevo, de intentar evitar la aparición de la contingencia (invalidez) actuando antes de que ésta tenga lugar.

Finalmente, y ya desde el punto de vista específico de la IT en Suiza (o su figura jurídica más parecida), se debe traer a colación el **seguro de subsidios diarios**, que sería el encargado de proporcionar el sustento económico durante los primeros meses de la situación de incapacidad. El hecho de que se trate de un seguro que no

es obligatorio (salvo lo que más abajo se menciona) provoca no pocos problemas a los trabajadores que no lo tuvieran suscrito.

2. **NORMATIVA BÁSICA**

1. Ley Federal de Complemento del Código Civil Suizo (Libro quinto: Derecho de las Obligaciones) de 30 marzo de 1911 (Código de Obligaciones o CO en abreviatura)
2. Ley Federal sobre el Seguro de Enfermedad (LAMal) de 18 marzo de 1994
3. Ley Federal sobre el Seguro de Invalidez (LAI) de 19 de junio de 1959
4. Reglamento sobre el Seguro de Invalidez (RAI) de 17 de enero de 1961
5. Ley Federal sobre la parte general del Derecho de los Seguros Sociales (LPGA) de 6 de octubre del 2000

3. **CONCEPTO DE INVALIDEZ**

La LPGA define la invalidez en su artículo 8: " Se considera invalidez la incapacidad total o parcial para el trabajo que se presume permanente o de larga duración". El apartado 2 reconoce que "los menores asegurados sin actividad lucrativa se consideran discapacitados si sufren un deterioro de su salud física, mental o psicológica que pueda dar lugar a una discapacidad total o parcial". El apartado 3, finalmente, añade que "las personas mayores de edad que no ejercían una actividad remunerada antes de verse afectadas por su salud física o mental y que no pueden ser obligadas a ejercerla se considerarán discapacitadas si la deficiencia les impide objetivamente realizar su trabajo habitual".

Este concepto es válido para todo el SI, por lo que resulta aplicable tanto en la situación de Incapacidad Temporal como en la de Incapacidad Permanente. La principal diferencia entre ambas reside en las distintas medidas de rehabilitación, readaptación profesional y percepción de renta disponibles.

Según el artículo 4 de la LAI, la invalidez puede provenir de una enfermedad congénita, una enfermedad o un accidente.

Todas las personas que residen o trabajan en Suiza están obligatoriamente asegurados con el Seguro de Invalidez (SI). Bajo ciertas condiciones, los ciudadanos suizos y los nacionales de los Estados de la UE y de la AELC que hayan residido anteriormente en Suiza y residan fuera de la UE o de la AELC podrán afiliarse al seguro de manera opcional.

Las **prestaciones** del SI tienden a:

- prevenir, reducir o eliminar la discapacidad a través de la detección y el tratamiento de la intervención precoz y a través de medidas de rehabilitación adecuadas, sencillas y apropiadas;
- compensar las consecuencias económicas duraderas de la discapacidad cubriendo las necesidades vitales;
- ayudar a los asegurados afectados a llevar una vida independiente y responsable;
- animar a los empresarios a emplear a las personas con discapacidad.

4. PRESTACIÓN SANITARIA

La Incapacidad Temporal en España es una situación en la que se encuentra un trabajador que, impedido para trabajar por motivos de salud, recibe asistencia sanitaria del Sistema de Seguridad Social y un subsidio económico para compensar la pérdida de ganancia.

En Suiza la prestación sanitaria se cubre con carácter general a través del seguro de enfermedad, que es obligatorio para todos los residentes en el país (salvo contadas excepciones como el personal diplomático). El Seguro de Invalidez sólo cubre prestaciones sanitarias cuando sean estrictamente necesarias para la readaptación profesional (por ejemplo, sesiones de rehabilitación). Por tanto, el tratamiento médico de la enfermedad invalidante en sí mismo es cubierto por el seguro de enfermedad, salvo en el caso de los menores de 20 años con enfermedades congénitas.

5. OBLIGACIÓN DE COMPENSAR LA PÉRDIDA DE GANANCIA

La prestación económica que sustituye el salario dejado de percibir durante la situación de IT proviene de una obligación impuesta al empleador durante los primeros meses y de la existencia o no de un seguro de subsidios diarios. Si la situación de IT se prolonga en el tiempo y las medidas de readaptación profesional no han surtido efecto, el SI prevé de manera subsidiaria la percepción de una renta, lo que nos llevaría entonces a un terreno equivalente al de la incapacidad permanente en España.

Centrándonos pues en la prestación en especie durante la situación inmediatamente posterior a la incapacidad para trabajar, debemos partir de la **obligación establecida al empresario por el artículo 324 a) del CO:**

1. Si el trabajador no puede trabajar por razones ajenas a su persona, como una enfermedad, un accidente, el cumplimiento de una obligación legal o un servicio público, el empresario le pagará un salario durante un período de tiempo limitado, incluida una compensación justa por la pérdida de salario en especie, en la medida en que la relación laboral haya durado más de tres meses.
2. Sin perjuicio de períodos más largos fijados por acuerdo, contrato de trabajo tipo o convenio colectivo, el empresario abonará durante el primer año de servicio el salario de tres semanas y, posteriormente, el salario por un período más largo fijado de forma equitativa, teniendo en cuenta la duración de la relación laboral y las circunstancias particulares.
3. Por contrato de trabajo, contrato de trabajo tipo o convenio colectivo, pueden derogarse las disposiciones indicadas anteriormente a condición de que se ofrezca al trabajador prestaciones, al menos, equivalentes.

Como puede comprobarse, la normativa obliga al empleador a abonar un salario cuando el trabajador no puede prestar su servicio por razones de salud, **sin especificar de manera concreta la duración de dicha obligación.** Al mismo

tiempo, le libera de esta obligación si ofrece al trabajador prestaciones por otra vía equivalentes a las indicadas. Lo normal en Suiza es que los convenios colectivos, los contratos de trabajo tipo o el contrato de trabajo establezcan regulaciones o cláusulas relacionadas con la prestación por IT.

Debemos distinguir dos situaciones, según exista o no un seguro de subsidios diarios (indemnités journalières).

Si existe un seguro de subsidios diarios:

La ley no exige la adquisición de un seguro de subsidios diarios, pero algunos convenios colectivos o el contrato de trabajo a menudo lo prevé en beneficio de ambas partes del contrato. La mayoría de los seguros de enfermedad diarios otorgan al trabajador el derecho al 80 por ciento de su salario durante 720 o 730 días en un período de 900 días. La póliza de seguro y las condiciones generales del seguro son siempre decisivas para definir los servicios contractuales del seguro de subsidio y enfermedad diario. Por supuesto, la póliza de seguro puede prever un subsidio diario del 100% del salario.

Como anteriormente se indica, la obligación legal del empleador de seguir pagando los salarios en caso de enfermedad se considera satisfecha si la solución del seguro ofrecido al trabajador es, al menos, equivalente a la que establece la ley. Según la jurisprudencia, sería equivalente ofrecer al trabajador una póliza colectiva con un periodo de carencia de 1 a 3 días durante los cuales no cobrarse salario por enfermedad, si el derecho a la prestación se prolongase durante 720 días y la cuantía del subsidio representara el 80% del salario. La equivalencia también requiere que el empleador pague al menos la mitad de la prima del seguro. Sin embargo, la equivalencia se evalúa globalmente y no en función de la situación individual del trabajador afectado.

Si no existe un seguro de subsidios diarios:

Como anteriormente se indica, la ley (art. 324a, párr. 1 del CO) establece que el empleador debe pagar al trabajador el salario completo en caso de enfermedad, por un período determinado por año de servicio, siempre que la relación laboral haya durado más de tres meses o se haya concluido por más de tres meses. En el primer año de servicio el empleador debe pagar al menos el salario de tres semanas al trabajador y, a partir de ese momento, el salario por un período más largo que se determine con precisión (art. 324a, párr. 2 CO). El pago del salario es del 100% desde el primer día de enfermedad. El contrato de trabajo, el convenio colectivo o el contrato tipo pueden prever una obligación de mantener el salario por una duración mayor.

Si ni el convenio colectivo, ni en el contrato de trabajo, ni el contrato tipo prevén una regulación más favorable para los trabajadores, los tribunales han establecido y aplican las siguientes escalas para determinar con precisión la duración de la obligación de mantener los salarios:

	Escala de Basilea Basilea ciudad y Campaña	Escala de Berna Berna, Argovie, Obwald, San Galo y Suiza francófona	Escala de Zúrich Zúrich y Grisones
1 año de servicio	3 semanas	3 semanas	3 semanas
2 años de servicio	2 meses	1 mes	8 semanas
3 años de servicio	2 meses	2 meses	9 semanas
4 años de servicio	3 meses	2 meses	10 semanas
5 años de servicio	3 meses	3 meses	11 semanas
6 años de servicio	3 meses	3 meses	12 semanas
7 años de servicio	3 meses	3 meses	13 semanas
8 años de servicio	3 meses	3 meses	14 semanas
9 años de servicio	3 meses	3 meses	15 semanas
10 años de servicio	3 meses	4 meses	16 semanas
11 años de servicio	4 meses	4 meses	17 semanas

El mantenimiento de la remuneración no sólo incluye el salario fijo, sino también todos los demás componentes del salario en la medida en que se habrían pagado en ausencia de la incapacidad laboral.

6. DETECCIÓN PRECOZ

El propósito de la detección precoz es mantener a las personas en el empleo y evitar la discapacidad. Cuando la capacidad de trabajo es limitada por razones de salud y exista la posibilidad de que el daño se convierta en crónico, hay que ponerse en contacto con la oficina del SI del cantón de residencia. La Oficina del SI invitará al ciudadano a presentar una solicitud de prestaciones si se descubre, al final del proceso de detección precoz, que existe un riesgo discapacidad si no se toman las medidas adecuadas. La detección temprana permite que el SI intervenga rápidamente y prevenga los riesgos de la discapacidad.

Se tiene derecho al proceso de detección precoz si se ha estado continuamente incapacitado para trabajar durante al menos 30 días o si se ha estado ausente repetidamente durante el último año en períodos cortos de tiempo.

La comunicación se realiza a través del formulario correspondiente, y además del propio asegurado, pueden realizarla los familiares, el empresario y los médicos que han tratado al asegurado o los órganos de ayuda social. Se trata de un esfuerzo colectivo para prevenir el riesgo de incapacidad.

Tras recibir el formulario la Oficina del SI convoca al asegurado a una **entrevista** con el objetivo de comunicarle el objetivo de la detección precoz y analizar su situación médica, profesional y social.

La Oficina del SI **comunica** en el plazo de 30 días si se requieren medidas de intervención precoz.

El proceso culmina con la interposición de una petición de prestaciones ante el SI o por la decisión de que dicha petición resulta innecesaria.

En caso de adoptarse medidas de intervención precoz, éstas tendrán una **duración** máxima de 12 meses.

Las **medidas de intervención temprana** deben ser fáciles de implementar y de bajo coste. Éstas pueden incluir lo siguiente:

- la adaptación del puesto de trabajo,
- cursos de formación,
- localizar un puesto adecuado o asesoramiento sobre cómo mantener el actual,
- orientación profesional,
- rehabilitación socioprofesional,
- medidas de ocupación.

7. SUBSIDIO DIARIO

En Suiza no existe ninguna obligación legal de contratar un seguro de subsidio diario (indemnité journalière) en caso de enfermedad que impida trabajar.

A pesar de la ausencia de cualquier obligación, la gran mayoría de los empleados tienen cobertura de seguro. Esto se debe a que la mayoría de los convenios colectivos exigen que los empleadores proporcionen a los empleados un seguro colectivo para garantizar que reciban prestaciones diarias en caso de enfermedad. Si el Consejo Federal ha declarado un convenio colectivo vinculante, la obligación de contratar un seguro de enfermedad diario se aplica a todos los empresarios del sector.

Además, aunque ni la ley ni el convenio colectivo les obligue, muchos empresarios se comprometen también a contratar un seguro de subsidio diario en virtud de contratos de trabajo individuales con el fin de delegar en este seguro las obligaciones que tiene como empresario y ofrecer al mismo tiempo al trabajador una mejor protección en caso de IT.

El contrato de subsidios diarios puede celebrarse según la Ley del Seguro de Enfermedad (LAMal) o, lo que es más corriente, según la Ley del Contrato de Seguro (LCA). Los seguros de subsidios diario según la LAMal constituyen menos del 10%.

El contrato de seguro puede ser a su vez individual o colectivo.

Contratos de seguro individuales: En el caso de **seguros individuales**, el tomador del seguro celebra un contrato para sí mismo con la aseguradora. Los contratos de seguro individuales son celebrados principalmente por **trabajadores autónomos** y también por personas que no ejercen una actividad remunerada. Los asalariados rara vez suscriben contratos de seguro individuales; por lo general lo hacen cuando su empleador no tiene seguro colectivo o cuando éste es insuficiente.

El régimen de los contratos individuales difiere según se realicen conforme a la LAMal o conforme a la LCA.

Cualquier persona que esté domiciliada o trabaje en Suiza y que haya cumplido los 15 años de edad (pero no los 65) puede contratar un seguro de prestaciones diarias en virtud de la LAMal con cualquier compañía de seguros de salud. Éstas no pueden negarse a contratarlo. Sin embargo, pueden fijar en sus reglamentos el importe máximo de la indemnización diaria asegurada, que a menudo es más reducida que las derivadas de los contratos conforme a la LCA. Las compañías de seguros de enfermedad también deben ofrecer un seguro de subsidios diarios a las personas con problemas de salud que lo soliciten. La única restricción es que la compañía de seguros de salud puede excluir de la cobertura del seguro los daños a la salud existentes en el momento de la celebración del contrato y los daños anteriores que se sabe que causan recaídas.

La persona que desee contratar un seguro diario de enfermedad también puede tratar de contratarlo según la LCA con una compañía de seguros de enfermedad o una compañía de seguros general. Sin embargo, a diferencia del régimen "residual" de la LAMal, no existe un derecho a contratar dicho seguro. Es por ello que los aseguradores ponderan los riesgos y deciden sobre esta base si desean ofrecer un contrato de seguro y en qué condiciones. Al suscribir un contrato individual de subsidio diario en virtud de la LCA lo más frecuente es que sea necesario responder a preguntas sobre enfermedades presentes y pasadas.

Debe señalarse igualmente que aquellos asegurados que lo estén por un seguro colectivo, podrán, en caso de que éste haya cesado, solicitar el paso a un seguro individual, lo que tendrá efectos diferentes según el tipo de contrato (LAMal o LCS) de que se trate.

Contratos colectivos: El seguro colectivo es suscrito por un empleador (el "tomador del seguro") para sus empleados (el "asegurado"). Los empleados tienen derecho directo para liquidar y reclamar las prestaciones ante la compañía de seguros.

El contenido del contrato de seguro de las indemnizaciones diarias forma parte integrante del contrato de trabajo. Como resultado, los empleadores también están obligados a informar a sus empleados sobre el alcance de la cobertura del seguro. Cualquier cambio material en el contrato de seguro también constituye un cambio en el contrato de trabajo y debe ser comunicado al asegurado.

Como regla general, los contratos de seguro colectivo estipulan que la cobertura del seguro comienza con el inicio de la relación laboral. Es raro que los contratos dispongan que la cobertura sólo surta efecto después de que el período de prueba haya terminado. En la mayoría de los casos, la afiliación al seguro termina con el fin de la relación laboral.

Nacimiento del derecho al subsidio

La persona que no puede trabajar tiene derecho a una asignación diaria y **por regla general la incapacidad laboral se asegura cuando alcanza al menos el 25%**. Sólo hay unas pocas aseguradoras que aseguran un menor grado de incapacidad

laboral. Pero también hay aseguradoras que sólo aseguran contra la incapacidad laboral a una tasa del 50% o más.

El médico certifica en un certificado médico si se ha producido una incapacidad laboral en el contexto de la actividad realizada hasta entonces y cuál es su alcance. Este certificado es vinculante para el asegurador, al menos durante la primera fase de incapacidad laboral. En Suiza, los pacientes pueden elegir libremente a su médico. El certificado médico debe entregarse al asegurador sin demora y renovarse periódicamente.

Si la incapacidad laboral dura cierto tiempo, la compañía de seguros o la Caja del Seguro de Enfermedad puede ordenar un examen o peritaje por parte de un médico asesor. En este caso, hay que aclarar dos cuestiones: cuál es el alcance de la incapacidad laboral en la actividad desarrollada hasta ahora y si, en caso afirmativo, el asegurado podría recuperar su plena capacidad para trabajar en otra actividad, mejor adaptada a su estado de salud. Esta última cuestión es importante porque los beneficiarios de las prestaciones diarias por incapacidad laboral de larga duración están obligados, en virtud de la obligación de limitar los daños, a buscar y aceptar actividades ajenas a su profesión habitual, siempre que su salud lo permita. Esta obligación existe, en particular, cuando la reanudación de la actividad anteriormente ejercida parece improbable por razones de salud y la relación laboral ha terminado por despido.

Si el asegurador llega a la conclusión de que puede esperarse que el asegurado busque otra actividad adecuada, deberá invitarle a hacerlo y dejar un período de transición adecuado de al menos 3 meses para este fin. El subsidio diario no podrá retirarse ni reducirse antes de la expiración de dicho plazo.

El asegurador sólo podrá pedir al asegurado que ejerza una actividad adecuada si cabe esperar razonablemente que la capacidad residual de trabajo en esa actividad aumente en el mercado laboral real. Este no es el caso cuando, por ejemplo, una persona que ha trabajado durante años en una determinada rama se vería obligada a emprender una nueva actividad poco antes de la jubilación. Además, cuando la actividad adaptada sólo da lugar a un salario inferior al recibido anteriormente, la tasa de incapacidad laboral se deriva de la diferencia entre el salario recibido anteriormente y el salario que se espera que obtenga en una actividad adaptada.

En los casos en los que la incapacidad laboral dura más de 6 meses, la mayoría de las aseguradoras invitan a los beneficiarios de una asignación diaria a solicitar una prestación al Seguro de Invalidez. Si, por cualquier motivo, la persona se niega a hacerlo, el asegurador puede reducir las prestaciones de la misma manera que lo hubiera hecho si el asegurado se hubiera inscrito a tiempo en el SI.

Cuantía del subsidio

En el seguro de subsidios diarios se distingue entre **seguro de suma** y **seguro de daños**.

Una característica del **seguro de suma** es que la obligación de pagar prestaciones no está vinculada a la existencia de un daño pecuniario. Por lo tanto, basta con que se haya producido una incapacidad laboral y no es necesario demostrar que también hay una pérdida de ingresos. La dieta diaria no puede reducirse porque se han concedido otras prestaciones del seguro. El seguro de sumas es común en el ámbito del seguro individual para los trabajadores autónomos y el sector sin ánimo de lucro. Apenas se encuentran en el sector de los seguros colectivos.

Sin embargo, para poder pagar las prestaciones, un **seguro de daños** exige que se produzcan daños pecuniarios (pérdida de ingresos). Este seguro contiene muy a menudo disposiciones para la coordinación entre aseguradores con el fin de excluir la sobrecompensación. La mayoría de los **seguros de indemnización** diaria son seguros de este tipo. Esto se aplica en particular a todos los seguros de la LAMal y a los **seguros colectivos**, que proporcionan un determinado porcentaje del salario.

La cuestión de la pérdida de ingresos también puede surgir entre las personas que ya han alcanzado la **edad jubilación**. La mayoría de las CGS del seguro de subsidios diarios limitan el derecho a los subsidios diarios a partir de esta edad a 180 días. En ausencia de regulaciones específicas, el asegurado debe probar que, si no hubiera caído enfermo, lo más probable es que (con un grado elevado de probabilidad) hubiera seguido ejerciendo una actividad remunerada.

El **importe del subsidio diario** se indica en el certificado o en la póliza de seguro: en el caso de los seguros individuales, se trata de una determinada cantidad (suma) por día, que se asegura. **En el caso de los seguros colectivos**, se asegura un determinado porcentaje del salario (generalmente el 80%, a veces el 90% o el 100%): el salario corresponde al salario anual dividido por 365. En caso de incapacidad parcial para el trabajo, el seguro paga un porcentaje correspondiente del importe de la indemnización diaria.

El importe del subsidio diario no está sujeto a descuentos por cotización a los distintos seguros existentes en el Sistema de Previsión Social suizo.

Duración del subsidio

Muchos seguros de subsidios diarios prevén un período de espera en su contrato: el subsidio diario se paga sólo cuando la incapacidad laboral ha durado un cierto período de tiempo (por ejemplo, después de 30 días, 2 meses o 6 meses). Si el contrato no prevé ninguna otra disposición, las compañías de seguros según la LAMal respetan un período de espera de 2 días, es decir, la indemnización diaria se paga a partir del tercer día de incapacidad laboral. **En el caso del seguro colectivo, el empleador debe continuar pagando el salario durante el período de espera.**

Casos de seguro bajo la LAMal: Si el asegurado no puede trabajar debido a una o más enfermedades, el subsidio diario debe ser pagado por un máximo de 720 días dentro de un período de 900 días.

Casos de seguro según la LCS: la duración máxima del pago de la indemnización diaria se define en el contrato. Como regla general, también es de 720 o 730 días (a veces más corto para los seguros con un período de espera).

¿Qué sucede cuando la cobertura de seguro proporcionada por un plan de seguro de colectivo termina porque el contrato de trabajo ha sido rescindido? También en este caso, las normas varían en función de si el seguro está regulado por la LAMal o la LCS:

En el caso de un **seguro colectivo en el marco de la LAMal**: la obligación de prestar prestaciones termina cuando la entidad asegurada abandona el grupo, es decir, cuando finaliza la relación laboral. La persona que desea seguir recibiendo prestaciones diarias debe cambiar a un seguro individual. El número de días durante los cuales se han pagado las indemnizaciones diarias en el marco del régimen de seguro colectivo se deduce del período durante el cual se reciben las prestaciones individuales del seguro.

Casos de **seguros colectivos en el marco de la LCS**: la obligación de proporcionar prestaciones no termina normalmente cuando finaliza la relación laboral. El seguro de grupo sigue cubriendo la incapacidad laboral que se ha producido durante el período de cobertura de grupo. Por lo tanto, no es necesario cambiar a un seguro individual. Sin embargo, algunos seguros prevén excepciones a esta regla en sus condiciones generales: proporcionan beneficios subsiguientes sólo por un período de tiempo limitado (por ejemplo, un máximo de 180 días) o incluso lo excluyen por completo. Por lo tanto, si se da el caso, siempre resulta conveniente informarse sobre la existencia de tales normas.

Nota sobre incapacidad temporal en Uruguay

En Uruguay existen diferentes prestaciones relacionadas con la incapacidad temporal. Existen prestaciones que cubren los riesgos de enfermedad común y de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, si bien ésta última en el derecho uruguayo no está a cargo de la seguridad social como más adelante indicaremos.

1. PRESTACIÓN POR ENFERMEDAD COMÚN.

Regulación: Decreto-Ley 14.407 de 22 de julio de 1975 y modificaciones posteriores (Leyes 18.725, 17.786 y 19.003).

Entidad Prestadora y Pagadora: Banco de Previsión Social (BPS).

Definición: Consiste en una prestación en especie (Asistencia Sanitaria) y una prestación económica (Subsidio) sustitutivo del salario de actividad del beneficiario, cuya finalidad es auxiliar al trabajador para atender sus necesidades económicas durante el periodo en que está ausente del trabajo a causa de la enfermedad.

Beneficiarios: Tienen la condición de beneficiarios los trabajadores “*dependientes remunerados*” (por cuenta ajena), si bien también se incluyen otros empleados o asimilados (Socios cooperativistas, “*Monotributistas común*” (por cuenta propia), “*patrones unipersonales*” (Empresarios con hasta 5 dependientes), y otros colectivos).

Requisitos: Los trabajadores dependientes deberán haber aportado al Banco de Previsión Social (BPS) el importe correspondiente a 75 jornales o 3 meses como mínimo, dentro de los 12 meses inmediatos anteriores a la fecha de la denuncia de la enfermedad.

Prestación Económica: Equivalente al 70% del sueldo o jornal básico o habitual del beneficiario. Se inicia el 4º día de ausencia, si el trabajador es internado el subsidio se percibe desde el primer día de ausencia. Además, se percibe una doceava parte del subsidio en concepto de “*aguinaldo*” (paga extra). La prestación está gravada con contribuciones de seguridad social, pero no sujeta a las retenciones de IRPF.

El empleador puede pagar un complemento hasta llegar al 100% del salario de actividad. Este complemento no está gravado con contribuciones de seguridad social, aunque está sujeto a las retenciones de IRPF.

Límite de la Prestación Económica: Está establecido un tope mensual de la prestación que se computa en 8 Bases de Prestaciones y Contribuciones (BPC) para 2019 (40.909,42 Pesos Uruguayos; aprox. 997 €).

Incompatibilidad e Inembargabilidad: No es compatible con otros subsidios o prestaciones de la seguridad social (desempleo, maternidad, etc.). El subsidio es inembargable.

Duración: El subsidio se abona por el plazo máximo de 1 año y puede ser extendido hasta 1 año más por el BPS.

Pago: Por el BPS mensualmente.

2. PRESTACIÓN POR ACCIDENTE DE TRABAJO Y ENFERMEDAD PROFESIONAL.

Regulación: Ley 16.074 de 10 de octubre de 1989.

Entidad Prestadora y Pagadora: Banco de Seguros del Estado (BSE). A diferencia de otros países, en Uruguay la cobertura de este riesgo profesional no está a cargo de la seguridad social. El empleador es responsable de la contratación de un seguro mercantil obligatorio que cubra estos riesgos, éste seguro sólo puede contratarse con una empresa del Estado (BSE). De forma anecdótica, mientras a la empresa privada se la obliga a asegurar a todo su personal, el Estado (incluso el propio BSE) excluye del seguro a un número importante de trabajadores públicos.

Definición: Consiste en recibir la oportuna Asistencia Médica y una indemnización o subsidio en reemplazo del salario.

Beneficiarios: Tienen la condición de beneficiarios los trabajadores “*dependientes remunerados*” (por cuenta ajena), aprendices, “*a prueba*”, y otros tipos de empleados.

Prestaciones Económicas: Se determinan 3 tipos de prestaciones: la Indemnización Temporal, la Renta por Incapacidad Permanente y la Renta por Muerte del Asegurado. En este apartado sólo incluiremos a la primera de ellas.

Indemnización Temporal: Consiste en una indemnización diaria equivalente a las 2/3 partes del jornal o sueldo mensual. La indemnización no está gravada con aportes a la seguridad social ni con el IRPF.

El empleador podrá complementar la indemnización hasta al 100% del salario. Este complemento no está gravado con contribuciones de seguridad social, aunque está sujeto a las retenciones de IRPF.

Actuación del BPS: Se hará cargo de la diferencia entre lo que abone el BSE y el subsidio que se abona por enfermedad común.

Duración: La indemnización se abonará hasta el alta médica.

Pago: Por el BSE mensualmente.

Fuentes:

- ✓ <https://www.bps.gub.uy>
- ✓ <https://www.bse.com.uy>
- ✓ Larrañaga, N. (2018). La Seguridad Social Uruguaya. Montevideo: Editorial AMF