

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](#).)