

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.