



Transformando la discapacidad en capacidad

POLÍTICAS PARA FOMENTAR LA SEGURIDAD LABORAL Y SALARIAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Aún tiene que resolverse la forma en que los países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) puedan reconciliar los objetivos idénticos, pero potencialmente contradictorios, de la política en materia de discapacidad. Uno de esos objetivos consiste en garantizar que no se excluye de la sociedad a los ciudadanos con discapacidad: que se les anima y faculta para que participen, de la manera más completa posible, en la vida económica y social y, en particular, para que ejerzan un empleo retribuido, y que no se les eche fuera del mercado de trabajo con demasiada facilidad y prontitud. El otro objetivo es el de garantizar que quienes sean discapacitados o se vuelvan discapacitados tengan una seguridad salarial: que no se les nieguen los medios para vivir decorosamente a causa de las discapacidades que restringen su potencial de obtener ingresos.

En este libro se proporciona un análisis sistemático de una amplia gama de programas relativos al mercado de trabajo y a la protección social cuyo objetivo fueron las personas con discapacidad. Al analizar la relación entre las políticas y los resultados en veinte países de la OCDE, se ofrece al lector una mejor comprensión de los dilemas que conlleva la política sobre discapacidad y de los elementos o conjuntos de medidas políticas que tienen éxito. En el informe se saca en conclusión que un nuevo enfoque político viable en materia de discapacidad debe estar más cerca de la filosofía de los programas de desempleo:

- poniendo de relieve la activación,
- fomentando una intervención precoz adaptada,
- suprimiendo la falta de incentivos para el trabajo,
- introduciendo una cultura de obligaciones mutuas,
- e implicando a los empresarios.

Y se detecta que las políticas de muchos países ya incluyen algunos elementos que son componentes importantes de este nuevo enfoque.

Los libros, los periódicos y las bases de datos estadísticos de la OCDE se encuentran disponibles ahora a través de www.SourceOECD.org, nuestra biblioteca en línea.

Este libro está disponible para los suscriptores de los siguientes temas de SourceOECD:

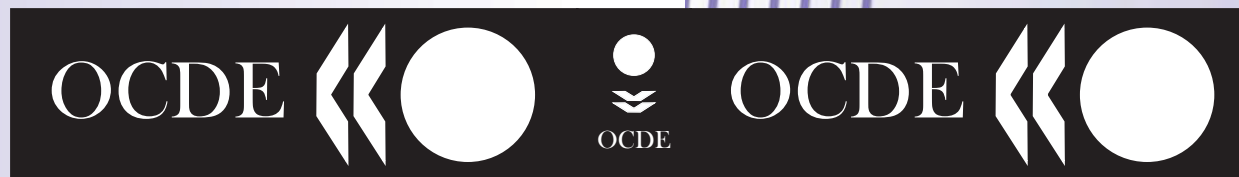
Empleo
Asuntos Sociales/Migración/Salud

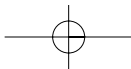
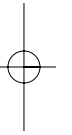
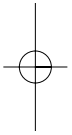
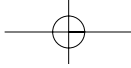
Solicite a su bibliotecario más pormenores de cómo tener acceso a los libros en línea de la OCDE o escríbanos a SourceOECD@oecd.org

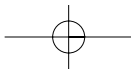
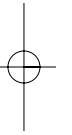
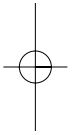
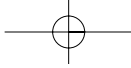
Transformando la discapacidad en capacidad
POLÍTICAS PARA FOMENTAR LA SEGURIDAD LABORAL Y SALARIAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Transformando la discapacidad en capacidad

Políticas para fomentar la seguridad laboral y salarial de las personas con discapacidad









Transformando la discapacidad en capacidad

**POLÍTICAS PARA FOMENTAR LA SEGURIDAD
LABORAL Y SALARIAL DE LAS PERSONAS
CON DISCAPACIDAD**

OCDE

ORGANIZACIÓN DE COOPERACIÓN Y DESARROLLO ECONÓMICOS

MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES

SECRETARÍA DE ESTADO DE SERVICIOS SOCIALES, FAMILIAS Y DISCAPACIDAD

INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES (IMSERSO)

ORGANIZACIÓN DE COOPERACIÓN Y DESARROLLO ECONÓMICOS

De conformidad con el Artículo I del Convenio firmado en París el 14 de diciembre de 1960, y que entró en vigor el 30 de septiembre de 1961, la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) fomentará las políticas destinadas a:

- alcanzar el mayor crecimiento sostenible de la economía y el empleo así como una progresión del nivel de vida en los países miembros, manteniendo paralelamente la estabilidad financiera con el fin de contribuir al desarrollo de la economía mundial;
- contribuir a una sana expansión económica tanto en los países miembros como en los países no miembros en proceso de desarrollo económico, y
- contribuir a la expansión del comercio mundial sobre una base multilateral y no discriminatoria de acuerdo con las obligaciones internacionales.

Los países miembros originarios de la OCDE son: Austria, Bélgica, Canadá, Dinamarca, Francia, Alemania, Grecia, Islandia, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Holanda, Noruega, Portugal, España, Suecia, Suiza, Turquía, Reino Unido y Estados Unidos. Los siguientes países se convirtieron posteriormente en miembros en las fechas de ingreso que se indican a continuación: Japón (28 de abril de 1964), Finlandia (28 de enero de 1969), Australia (7 de junio de 1971), Nueva Zelanda (29 de mayo de 1973), México (18 de mayo de 1994), República Checa (21 de diciembre de 1995), Hungría (7 de mayo de 1996), Polonia (22 de noviembre de 1996), Corea (12 de diciembre de 1996) y República de Eslovaquia (14 de diciembre de 2000). La Comisión de las Comunidades Europeas participa en el trabajo de la OCDE (Artículo 13 del Convenio de la OCDE).

Publicado en francés con el título: *Transformer le handicap en capacité. Promouvoir le travail et la sécurité des revenus des personnes handicapées*

Acreditación de la fotografía: "París en fiesta", por Arielle de Milleville (Ateliers Personimages).

Personimages, una asociación sin ánimo de lucro legalmente reconocida, surgió en 1977 con la idea innovadora de invitar a las personas con discapacidad a expresar el acervo de su sensibilidad en talleres artísticos creativos. Para supervisar los talleres, la asociación invita a bailarines, actores de teatro, músicos, escultores y otros artistas. Se les ofrece así a los participantes lugares donde pueden dar rienda suelta a sus talentos creativos.

Al animar a las personas con discapacidad a que se expresen de esta manera, Personimages contribuye a su realización personal de las mismas a la vez que fomenta los principios de igualdad, solidaridad e integración. Una serie de personas ha producido algunas creaciones sumamente originales, entre las que se incluyen esculturas que se han exhibido en todo el mundo.

Personimages organiza contactos regulares con otras asociaciones europeas de similares características para compartir experiencias y organizar programas de intercambio de artistas.

© OCDE 2003

La autorización para reproducir una parte de este trabajo con fines educativos o no comerciales se debe obtener a través de *Centre Français du Droit de Copie (CFC)*, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 París, Francia, teléfono (33-1) 44 07 47 70, fax (33-1) 46 34 67 19, para cada país, excepto los Estados Unidos. En los Estados Unidos la autorización se debe obtener a través de *Copyright Clearance Centre, Customer Service*, (508) 750-8400, Rosewood Drive, Danvers, MA 01923 EE.UU., o bien de *CCC Online: www.copyright.com*. Todas las demás solicitudes para que se autorice la reproducción o traducción de la totalidad o de una parte de este libro se deben dirigir a *OECD Publications*, 2, rue André-PASCAL, 75775 París Cedex 16, Francia.

(El Instituto de Mayores y Servicios Sociales no comparte necesariamente las opiniones y juicios expuestos y en ningún caso asume responsabilidades derivadas de la autoría de los trabajos que publica.)

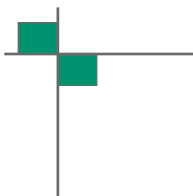
© Instituto de Mayores y Servicios Sociales

Edita: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
 Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad
 Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)
 Avda. de la Ilustración, c/v Ginzo de Limia, 58
 Teléfono 91 363 89 35. 28019 Madrid.

NIPO: 216-04-019-7

D.L.: BI-2.869-04

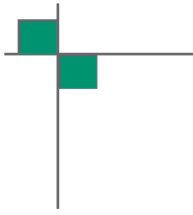
Imprime: GRAFO, S.A.



► ÍNDICE

Presentación de la versión española.....	7
Preámbulo	9
CAPÍTULO 1. Resumen de los principales resultados	11
1.1. Estructura del informe	12
1.2. Datos empíricos	12
1.3. Retos de las políticas en materia de discapacidad	13
1.4. Conclusiones políticas	15
CAPÍTULO 2. Objetivos y marco analítico	19
2.1. Introducción	20
2.2. Objetivos del proyecto	22
2.3. Marco conceptual	24
CAPÍTULO 3. Datos sobre los ingresos y la participación de la población activa	27
3.1. Identificación de la población con discapacidad en edad laboral	28
3.2. Seguridad salarial: ¿se consigue el principal objetivo?	32
3.3. Integración laboral: ¿es satisfactoria la participación en el mercado de trabajo?	37
3.4. ¿Se explican la participación de la población activa y la seguridad salarial en función del interés público?	42
3.5. Resumen de los datos empíricos	58
CAPÍTULO 4. Retos de las políticas de indemnización	61
4.1. Permanencia de las prestaciones por discapacidad	62
4.2. Niveles de las prestaciones por discapacidad y trabas a las prestaciones	68
4.3. Lagunas de la cobertura	73
4.4. Acceso a las prestaciones	77
4.5. Distinción por edades en las prestaciones por discapacidad	84
4.6. Procedimientos de evaluación	89
4.7. Enfermedad, discapacidad y accidente laboral	96
4.8. Discapacidad y desempleo	99
4.9. Discapacidad y jubilación anticipada	103
4.10. Resumen de las conclusiones del análisis de las políticas de indemnización	106

CAPÍTULO 5. Retos de las políticas de integración	109
5.1. Marco jurídico para el fomento del empleo	110
5.2. Obligaciones de los empresarios	112
5.3. Rehabilitación y formación profesionales	115
5.4. Programas especiales de empleo	119
5.5. Distinción por edades en los programas de integración	123
5.6. Análisis de las políticas de integración y de las políticas activas del mercado de trabajo	126
5.7. Resumen de las conclusiones del análisis de las políticas de integración	129
CAPÍTULO 6. Una tipología de las políticas en materia de discapacidad	131
6.1. Evaluación de los enfoques de las políticas: una tipología como herramienta para el análisis comparativo	132
6.2. Comparación de las políticas y de los resultados usando la tipología de las políticas en materia de discapacidad	136
CAPÍTULO 7. Reformas políticas recientes y futuras	145
7.1. Alcance y orientación de las recientes reformas	146
7.2. Iniciativas de reforma adoptadas por cada uno de los países	149
7.3. Una nueva estrategia de reforma en Luxemburgo	159
CAPÍTULO 8. Conclusiones políticas	161
8.1. Principios políticos	162
8.2. Limitaciones bajo las cuales actúan las políticas en materia de discapacidad	164
8.3. Reestructuración de las políticas en materia de discapacidad tomando como base las obligaciones mutuas	165
Bibliografía	177
ANEXO 1. Anexo Técnico	185
ANEXO 2. Clasificación de la tipología de las políticas	197
ANEXO 3. Características de los sistemas de prestaciones relacionadas con la discapacidad ...	207
ANEXO 4. Características del enfoque del fomento del empleo	229



► PRESENTACIÓN DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA

Con la versión en lengua española de la publicación de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), "Transformando la discapacidad en capacidad", el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) pretende proporcionar a las instituciones, entidades y profesionales implicados en la integración social y laboral de las personas con discapacidad, un análisis riguroso de las diversas actuaciones políticas que, a tal fin, se vienen desarrollando y aplicando en veinte países de la OCDE.

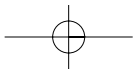
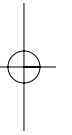
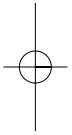
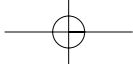
Fiel al texto original, aun conteniendo determinada terminología que, en algunas ocasiones, puede prestarse equívocos por su difícil adaptación a la empleada, en concreto, en el ámbito del Estado español, el valor de este riguroso y prolijo estudio radica, fundamentalmente, en la información comparada -tan demandada por otra parte- que ofrece, suponiendo, sin lugar a dudas, una aportación muy enriquecedora al estado de la cuestión.

En este sentido la óptica internacional del estudio abarca la descripción de la situación sociolaboral de las personas con discapacidad en los distintos países objeto del estudio; un análisis pormenorizado de las políticas desarrolladas y aplicadas en los mismos; su clasificación y agrupamiento; sus similitudes y divergencias; las dificultades en su aplicación; las reformas emprendidas y, en definitiva, el planteamiento de nuevas estrategias, muchas de ellas recogidas, en el caso de España, en el II Plan de Acción para las personas con discapacidad 2003-2007.

Más allá de disponer de un ineludible y adecuado sistema de prestaciones económicas que atienda a las distintas contingencias relacionadas directa o indirectamente con la discapacidad, el común denominador de la mayoría de las políticas estudiadas no es otro que alcanzar la plena inserción laboral de las personas con discapacidad, mejorando sus tasas de actividad y de ocupación, limitadas en la práctica por la existencia de una serie de dificultades que gravitan sobre el colectivo, tales como la carencia de formación, cierto proteccionismo familiar y/o institucional, prejuicios y barreras sociales, precariedad e inestabilidad en el empleo, la escasa utilización de adaptaciones ergonómicas o la insuficiente implicación de los agentes sociales.

La respuesta que se espera de los distintos gobiernos nacionales a estas carencias, y a las que apunta esta publicación, contempla un amplio abanico de posibilidades que verdaderamente "transformen" la situación actual, pero que tienen en la lucha contra la discriminación en el trabajo, en la mejora de la empleabilidad, en la disponibilidad de empleos adecuados y en la adopción de medidas activas y preventivas destinadas a favorecer colectivos específicos con mayor riesgo de exclusión social, sus puntos fundamentales.

Dirección General del IMSERSO





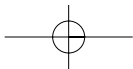
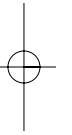
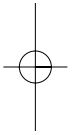
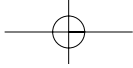
► PREÁMBULO

La política en materia de discapacidad se enfrenta a objetivos similares pero potencialmente contradictorios. Uno de ellos consiste en garantizar que no se excluya a los ciudadanos con discapacidad: que se les anime y faculte para que participen de la manera más completa posible en la vida económica y social y, en particular, para que ejerzan un trabajo retribuido, y que no se les excluya del mercado de trabajo con demasiada facilidad y demasiado pronto. El otro objetivo es el de garantizar que quienes tengan una discapacidad congénita o adquirida tengan una seguridad salarial: que no se les nieguen los medios para vivir decorosamente a causa de las discapacidades que restringen su potencial de obtener ingresos; aún tiene que resolverse la forma de conciliar ambos objetivos.

El objetivo principal de este informe es analizar las políticas que los países participantes han elaborado para lograr estos objetivos, y considerar la relación y la coherencia de las políticas en materia de discapacidad, tanto compensatorias como orientadas al empleo, de cada país. Se han determinado los conjuntos de medidas políticas que han tenido éxito al fomentar el empleo de las personas con discapacidad, al reducir la dependencia de las prestaciones por discapacidad y al asegurar unos ingresos dignos para este grupo de población. En el informe se saca en conclusión que un nuevo enfoque político viable en materia de discapacidad debe estar más cerca de la filosofía de los programas de desempleo poniendo de relieve la activación, fomentando una intervención precoz adaptada, suprimiendo la falta de incentivos para el trabajo, introduciendo una cultura de obligaciones mutuas e implicando a los empresarios. Y se detecta que las políticas de muchos países ya incluyen algunos elementos que son componentes importantes de este nuevo enfoque.

Un informe de esta riqueza no se habría podido preparar sin la ayuda activa de una multitud de funcionarios y colaboradores de los veinte países participantes. Los países contribuyeron proporcionando respuestas a un exigente cuestionario interdepartamental y datos administrativos sobre una amplia serie de programas de protección social y del mercado de trabajo relacionados con la discapacidad; participando en un encuentro de trabajo del proyecto provisional, y revisando los borradores de varios productos intermedios, así como este informe final. Algunos países también ayudaron facilitando el acceso a los datos estadísticos nacionales. Varios países también contribuyeron con aportaciones financieras a este proyecto, que se ha financiado totalmente gracias a aportaciones voluntarias: Canadá, Australia, Holanda, Noruega, Suiza y Estados Unidos, así como la Comisión de las Comunidades Europeas.

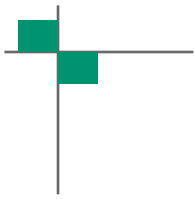
El trabajo fue realizado por un equipo de la División de Política Social de la Dirección de Educación, Empleo, Trabajo y Asuntos Sociales. Christopher Prinz coordinó el proyecto y redactó este informe, bajo la supervisión de Monika Queisser. Maxime Ladaique llevó a cabo el análisis de los datos y la preparación de los cuadros y los gráficos, y Victoria Braithwaite y Cécile Cordoliani proporcionaron respaldo administrativo. Mark Keese, Mark Pearson, Peter Scherer y Philip de Jong también aportaron ideas y ayuda en diversas etapas del proyecto. Este libro se publica bajo la responsabilidad del Secretario General de la OCDE.



 CAPÍTULO 1

RESUMEN DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS

Resumen: El Capítulo 1 presenta los principales resultados del análisis empírico y las conclusiones que se obtienen de él



► 1.1. Estructura del Informe

En este Capítulo se resumen los principales resultados del análisis empírico y las conclusiones que se obtienen de él. En el Capítulo 2 se exponen los objetivos del Informe y se presenta el marco conceptual (los pormenores sobre el enfoque seguido y sobre algunas de sus limitaciones se pueden encontrar en el Anexo 1).

En el Capítulo 3 se presentan con todo detalle los resultados del análisis comparativo de los datos del estudio, es decir, los datos empíricos sobre la integración económica y en el mercado de trabajo de las personas con discapacidad en edad laboral. En el Capítulo 4 se consideran las políticas de indemnización que siguen los países, haciendo uso de las estadísticas administrativas de los programas¹. En este análisis se incluyen, entre otras cosas, el alcance de la distinción por edades en los sistemas de transferencia, la relación entre las prestaciones por discapacidad y las prestaciones por desempleo y jubilación anticipada, así como una deliberación sobre las trabas a las prestaciones y las lagunas de la cobertura. Los pormenores de las políticas adoptadas por cada país sobre estas materias se encuentran en el Anexo 3. En el Capítulo 5 se analizan los enfoques de las políticas de integración, que incluyen la distinción por edades en los programas de empleo y los nuevos avances en las políticas en materia de discapacidad orientada al empleo. Los pormenores de las políticas desarrolladas por cada país en relación con estos aspectos se encuentran en el Anexo 4.

En el Capítulo 6 se desarrolla la tipología de las políticas en materia de discapacidad que se utiliza para clasificar los países de acuerdo con su enfoque político y para analizar la relación entre la elaboración de las políticas y el resultado de las mismas. Los pormenores de la clasificación se encuentran en el Anexo 2. En el Capítulo 7 se analizan las reformas políticas durante la década de 1990 y las recientes iniciativas de reforma más importantes de cada uno de los países se describen con cierto detalle. En el último Capítulo se desarrollan las estrategias para una mezcla coherente de políticas a favor de las personas con discapacidad. Se sugiere un enfoque que trata de superar algunos de los problemas y obstáculos puestos en evidencia en los Capítulos analíticos y que aspira a reestructurar las políticas en materia de discapacidad tomando como base un marco de obligaciones mutuas.

► 1.2. Datos empíricos

Las políticas en materia de discapacidad de la edad laboral se dirigen a un grupo grande y *heterogéneo*. Una tercera parte de este grupo tiene discapacidades graves y las personas con discapacidades congénitas constituyen una pequeña minoría. La diversidad de este grupo es la causa de la mayoría de los retos políticos que afrontan los responsables de las políticas que tratan de mejorar las condiciones de vida de las personas con discapacidad.

¹ Veinte países miembros han participado en este estudio comparativo de las políticas y resultados en materia de discapacidad en edad laboral: Australia, Austria, Bélgica, Canadá, Dinamarca, Francia, Alemania, Italia, Corea, México, Holanda, Noruega, Polonia, Portugal, España, Suecia, Suiza, Turquía, el Reino Unido y los Estados Unidos.

La seguridad salarial es elevada en muchos países de la OCDE: los niveles de ingresos de las familias en las que hay personas con discapacidad son, por lo general, más o menos similares a los del conjunto de la población. El bienestar económico relativo de las familias guarda relación con la estructura del sistema de prestaciones por discapacidad y el nivel de las prestaciones pagadas: los países con derechos a prestaciones individuales para toda la población con discapacidad (es decir, la cobertura total de la población) y elevadas prestaciones del seguro vinculadas a los ingresos tienen más altos los ingresos relativos de las personas con discapacidad, mientras que los países en los que destacan los programas sujetos a la comprobación de los recursos tienen los más bajos, pero el gasto público en cuanto a prestaciones es considerablemente menor en el último grupo.

La elevada seguridad salarial se explica, hasta cierto punto, por los ingresos elevados de otros miembros de la familia. Los ingresos *personales* de las personas con discapacidad dependen, sobre todo, de su situación laboral. Las rentas medias procedentes del trabajo de las personas con discapacidad que tienen empleo son tan altas como las rentas medias del trabajo de las personas sin discapacidad. Las personas con discapacidad que carecen de empleo tienen unos recursos económicos personales considerablemente más bajos.

Mientras que el empleo es decisivo a la hora de determinar los recursos de los ingresos personales, los niveles de empleo de las personas con discapacidad en edad laboral son algo bajos. Esto es particularmente válido para las personas con discapacidad grave y también, por lo general, para las personas con discapacidad de más de 50 años y para los discapacitados con niveles educativos bajos. Los programas de empleo especial para las personas con discapacidad desempeñan un papel de menor importancia en la determinación de los niveles de empleo de tales personas en general, pero en algunos países tales programas parecen contribuir de manera importante al empleo de las personas con discapacidad grave.

Dado que los niveles de empleo de las personas con discapacidad son bajos, las prestaciones también desempeñan un papel importante a la hora de garantizar la seguridad salarial. Las prestaciones por *discapacidad* son el componente principal de los ingresos en concepto de prestaciones de las personas con discapacidad en edad laboral. Las prestaciones por *jubilación* son también una importante fuente de ingresos para un porcentaje considerable de población con discapacidad en edad laboral (jubilación anticipada o regular, dependiendo del país). Las prestaciones por desempleo desempeñan un papel mucho menos importante en conjunto, a pesar de los índices de carencia de empleo relativamente elevados que se dan en este colectivo.

Quizá sea sorprendente el hecho de que reconocerse a sí mismo como gravemente discapacitado no implica recibir una prestación por discapacidad, y viceversa. Muchas personas que perciben prestaciones por discapacidad no alegan tener discapacidad, mientras que, al mismo tiempo, muchas personas que se clasifican subjetivamente a sí mismas como gravemente discapacitadas, y que no trabajan, no reciben ninguna prestación.

1.3. Retos de las políticas en materia de discapacidad

Los índices de *perceptores* de prestaciones por discapacidad son altos en muchos países. No obstante, la mayoría de las personas con discapacidad (discapacitadas según la propia evaluación de los interesados) no declaran que no reciben tales prestaciones. El aumento de los índices de perceptores de prestaciones por discapacidad ha disminuido recientemente, hecho que se explica por las reformas que afectan al acceso a las prestaciones, que han conducido a una estabilización o, incluso, a un descenso de los índices anuales del *flujo de entrada* en las prestaciones en la mayoría de los países, en particular desde 1995².

² En el presente Informe, la expresión *perceptores de prestaciones* (por discapacidad) se usa para indicar el número de personas que reciben prestaciones por discapacidad, mientras que *flujo de entrada en las prestaciones* (por discapacidad) se refiere al flujo de entrada anual de personas en las prestaciones por discapacidad. La *prevalencia de la discapacidad*, por último, es la proporción de personas con discapacidad de la población en edad laboral.

El flujo de salida de las prestaciones por discapacidad es muy bajo en casi todos los países, a pesar de las considerables diferencias de un país a otro por lo que respecta a las normas sobre la revisión de los derechos, la disponibilidad de prestaciones parciales, los incentivos para el trabajo, etc. Ésta es una de las razones de que se hayan elevado los índices de perceptores de prestaciones por discapacidad. El bajo flujo de salida refleja, en parte, que las normas sobre la revisión de los derechos a las prestaciones no se aplican de forma rigurosa y que existe un porcentaje bajo de incentivos para el trabajo.

Los países con elevados niveles de prestaciones tienden, en general, a tener altos índices de perceptores. Pero recientemente los países con niveles más bajos de prestaciones han tenido índices igualmente altos del flujo de entrada, y los índices del flujo de salida también han sido comparables. De modo similar, los países con diferentes grados de prestaciones por discapacidad parcial se encuentran entre el grupo con altos índices de perceptores de prestaciones; en estos países una de cada tres nuevas concesiones lo es en concepto de discapacidad parcial.

A pesar de altos índices de perceptores de prestaciones, persisten los problemas de exclusión de las prestaciones por discapacidad, debidos, por una parte, a que no se cumple con los requisitos del seguro y, por otra, a que falla el sistema de comprobación de los recursos (familiares). En los países con un sistema de prestaciones de tipo dual (por ejemplo, prestaciones del seguro para la población activa y prestaciones por discapacidad sujetas a la comprobación de los recursos para quienes no tiene derecho a prestaciones del seguro), la creciente proporción de beneficiarios de prestaciones sujetas a la comprobación de los recursos indica un empeoramiento de este problema.

Las mujeres suelen tener menor representación en los programas de seguridad social y mayor representación en los programas sujetos a la comprobación de recursos. Éste no es el caso en algunos sistemas con individualización de derechos para toda la población con discapacidad, en la que las mujeres de menos de 45 años de edad tienen unos índices del flujo de entrada superiores a los de los hombres.

Los problemas mentales y psicológicos son los responsables de entre una cuarta parte y un tercio de los niveles de perceptores de prestaciones por discapacidad y de una parte considerable del aumento de estos niveles.

Los índices de solicitudes de prestaciones difieren menos de un país a otro que los índices del flujo de entrada. Los índices de denegaciones de prestaciones varían considerablemente entre los países, y son mayores en los países con flujos de entrada más bajos. Los índices de apelaciones con éxito contra la denegación de las prestaciones, que están aumentando en varios países, tienden a ser más altos en países con índices de denegación bajos, lo que indica diferencias considerables en los procedimientos de evaluación.

Si comparamos los diferentes países, hay pocas pruebas de que un desempleo elevado o en aumento conduzca a unos índices de perceptores de prestaciones por discapacidad altos o en aumento, mientras que hay determinados indicios de que un acceso estricto a las prestaciones por discapacidad tiene como resultado mayores niveles de desempleo. Tampoco existen pruebas de la posibilidad de intercambio de los programas entre las prestaciones por jubilación anticipada y las prestaciones por discapacidad. Por el contrario, los países en los que el sistema de discapacidad es utilizado predominantemente por los trabajadores de más edad tienden a ser países con gran cantidad de personas en los programas de jubilación anticipada.

Una considerable distinción por edades es evidente en los programas de prestaciones por discapacidad. En muchos países, las indemnizaciones de las prestaciones por discapacidad se concentran excesivamente entre las personas mayores de 50 años, lo que refleja la estructura por edades de la prevalencia de la discapacidad, por lo menos en parte. Sin embargo, si se tiene en cuenta esta estructura por edades, resulta que algunos países tienen unos índices de flujo de entrada en las prestaciones particularmente altos entre las personas con discapacidad más jóvenes.

Aún es más llamativo el desequilibrio de edad en los programas de integración. La rehabilitación y la formación profesionales se ofrecen en su mayoría a las personas menores de 45 años, lo que explica, en parte, el desequilibrio de edad en el programa de prestaciones por discapacidad, pero los programas de empleo protegido y con apoyo también tienden a beneficiar a las personas jóvenes gravemente discapacitadas³.

Aunque el enfoque de la rehabilitación y la formación profesional difiere notablemente entre los países, este tipo de intervención suele usarse muy poco y, a menudo, se inicia demasiado tarde. Puede hacerse más para implicar a los empresarios en este proceso. El coste medio *per cápita* de la rehabilitación y la formación profesionales es bajo si se compara con el coste medio de una prestación por discapacidad; siempre y cuando tal intervención garantice el empleo permanente, las inversiones deben ser rentables a corto plazo.

Los países difieren mucho tanto por lo que respecta a la variedad de los programas de empleo especial para las personas con discapacidad como por lo relativo a los costes por participante. Donde tales programas son permanentes, en particular en el empleo protegido, los costes medios pueden superar los costes *per cápita* de las prestaciones por discapacidad. El tipo de programas de empleo usado ha cambiado muy lentamente: mientras que el empleo *protegido* cada vez se considera menos adecuado y necesitado de ser reemplazado por iniciativas de empleo con *apoyo*, empíricamente el sector protegido sigue siendo tan importante como siempre.

Enfoques políticos diferentes del empleo parecen tener efectos similares; mientras que los enfoques legislativos con respecto al fomento del empleo difieren en muchos sentidos (por basarse en los derechos, las obligaciones, los incentivos), todos los enfoques tienden a beneficiar a las personas que ya están empleadas mucho más que a las que están sin trabajo y buscan empleo. Unas sanciones adecuadas para los empresarios que incumplan sus obligaciones y unos instrumentos apropiados para aplicar tales sanciones son de crucial importancia para que la política de fomento del empleo sea eficaz.

La variación de los índices de empleo de las personas con discapacidad en los países participantes guarda una estrecha correlación con la variación de los índices de empleo de las personas *sin discapacidad*. Lo que sugiere, en primer lugar, que las fuerzas del mercado de trabajo general tienen un fuerte impacto en el empleo de las personas con discapacidad y, en segundo lugar, que las políticas generales de fomento del empleo también fomentan el empleo de grupos especiales de la población activa, tales como las personas con reducida capacidad laboral.

Por último, las enseñanzas del análisis general de las políticas activas del mercado de trabajo son aplicables, en gran parte, a la situación de las personas con discapacidad. Ciertas críticas (en cuanto a los efectos de peso muerto –o de inercia– o de sustitución, por ejemplo) son menos relevantes debido a la pérdida de productividad permanente de algunos grupos de personas con discapacidad. Por lo general, es necesario equilibrar las medidas que afectan a la oferta y la demanda de mano de obra.

► 1.4. Conclusiones políticas

Se puede afirmar que ninguno de los países de este estudio tiene una política particularmente acertada con respecto a las personas con discapacidad. Sin embargo, hay diferencias en los resultados que parecen estar relacionadas con las opciones políticas que los países han realizado. De estas observaciones pueden recomendarse las siguientes posiciones políticas.

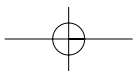
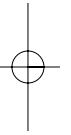
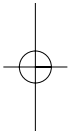
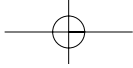
- **Reconocer la situación de discapacidad con independencia de la situación laboral y salarial.** Las sociedades necesitan cambiar la manera de pensar acerca de la discapacidad y de los afec-

³ El empleo con apoyo se define en este estudio como cualquier forma de ayuda personal ofrecida en un empleo (preparación o formación en el centro de trabajo) que se concede al empresario o al empleado. El empleo protegido se define como el empleo en un entorno aislado, ya sea en un centro especial de empleo o en una empresa social o en un trabajo o segmento protegido del mercado de trabajo abierto.

tados por ella. El término “discapacitado” ya no debe ser equiparado con “incapaz de trabajar”. La discapacidad debe ser reconocida como una condición, pero debe estar bien diferenciada del derecho a las prestaciones y de la percepción de las mismas, ya que no debe ser tratada automáticamente como un obstáculo para trabajar. La situación de discapacidad, es decir, la enfermedad y la capacidad de trabajar resultante, se debe valorar de nuevo a intervalos regulares. La situación de discapacidad reconocida no debe seguir estando afectada por el tipo y éxito de la intervención a menos que una revisión médica certifique los cambios.

- **Introducir una cultura de obligaciones mutuas.** La mayoría de las sociedades acepta fácilmente su obligación de hacer esfuerzos para ayudar a integrar a las personas con discapacidad, pero es menos común esperar que las propias personas con discapacidad y, si es pertinente, sus empresarios, contribuyan también al proceso. Este cambio de paradigma requerirá una reconsideración y reestructuración fundamentales del marco legal e institucional de la política en materia de discapacidad de muchos países. Sólo será eficaz si va acompañada de un cambio en la actitud de todos los implicados en las cuestiones relacionadas con la discapacidad. Debe observarse que las tres recomendaciones siguientes están vinculadas, en mayor o menor grado, con esta nueva cultura de obligaciones mutuas.
- **Elaborar conjuntos de medidas individuales relativas al trabajo y a las prestaciones.** No basta con ocuparse simplemente de las necesidades económicas de las personas con discapacidad a través de las prestaciones en efectivo, porque haría que muchas personas quedaran excluidas del mercado de trabajo e, incluso, a veces, más generalmente de la sociedad. Por tanto, toda persona con discapacidad debe tener derecho a un “conjunto de medidas de participación” adaptado a las necesidades y capacidades individuales. Este conjunto de medidas podría contener rehabilitación y formación profesional, ayuda en la búsqueda de empleo, componentes laborales de una amplia gama de formas de empleo (regular, a tiempo parcial, subvencionado, protegido) y prestaciones en efectivo o en especie. En ciertas circunstancias, también podría contener actividades que no se consideran estrictamente como trabajo, pero que contribuyen a la integración social de la persona con discapacidad.
- **Introducir nuevas obligaciones para las personas con discapacidad.** La percepción de las prestaciones debe estar condicionada, en principio, a la participación en el empleo, a la rehabilitación profesional y a otras medidas de integración. La participación activa debe ser la contrapartida de la recepción de prestaciones. Lo mismo que el trabajador social que asiste tiene la responsabilidad de ayudar a las personas con discapacidad a encontrar una ocupación que corresponda a su capacidad, se espera que la persona con discapacidad haga el esfuerzo de participar en el mercado de trabajo. Dejar de hacerlo debe dar lugar a sanciones en las prestaciones. Cualquiera de tales sanciones necesitaría ser administrada sin menoscabo de las necesidades básicas de la persona con discapacidad y de las de los miembros familiares a su cargo. Además, las sanciones no estarían justificadas, en ningún caso, en que no se hubiera elaborado una estrategia de integración apropiada o probado la imposibilidad de formularla (por ejemplo, debido a la gravedad de la discapacidad).
- **Implicar a los empresarios en el proceso.** La participación de los empresarios es decisiva para integrar con éxito a las personas con discapacidad. Existen diferentes enfoques que van desde la persuasión moral y la legislación antidiscriminatoria a las cuotas de empleo obligatorias. La eficacia de las medidas depende de la buena voluntad de los empresarios para ayudar a las personas con discapacidad a permanecer en el empleo o a incorporarse a él (que se puede ver influida por incentivos que tengan como objetivo aumentar la demanda laboral), pero también de las posibilidades de burlar la legislación o de pagar las multas impuestas por incumplirla.

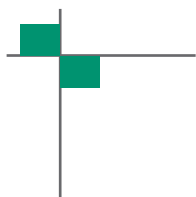
- **Fomentar la intervención precoz.** En muchos casos, la intervención precoz puede ser la medida más eficaz contra la dependencia de larga duración con respecto a las prestaciones. Tan pronto como una persona adquiera la discapacidad, debe iniciarse un proceso de intervención profesional adaptada, que incluiría, por ejemplo, y cuando fuera pertinente, la búsqueda de empleo, la rehabilitación y/o la formación adicional. Cuando sea posible, tales medidas deben emprenderse mientras la persona se encuentra en una etapa precoz de una enfermedad o de un problema de salud crónico. Las medidas preventivas en el lugar de trabajo podrían desligarse, incluso, de estar temporalmente sin empleo.
- **Hacer que las prestaciones en efectivo sean un elemento político flexible.** La parte en efectivo del conjunto de medidas relativas al trabajo y a las prestaciones ha de reflejar la capacidad de trabajar de la persona con discapacidad, pero también es necesario tener en cuenta si a esa persona le ha sido posible encontrar realmente un trabajo. Por consiguiente, las prestaciones en efectivo han de estar disponibles con la suficiente flexibilidad como para tener en cuenta, a la vez, los diferentes casos de capacidad laboral y la evolución, con el paso del tiempo, de la situación de discapacidad de un individuo. Además, los derechos a las prestaciones deben elaborarse de tal forma que la persona con discapacidad no sea penalizada si vuelve a trabajar.
- **Reformar la administración de los programas.** Un enfoque más individual se traducirá en una amplia gama de nuevas peticiones a los responsables del control de acceso a la discapacidad, es decir, las personas que administran el derecho a las intervenciones activas y pasivas, y a sus variedades, que se ofrecen a una persona con discapacidad. Los trabajadores sociales necesitarán un vasto conocimiento de la gama de prestaciones y servicios disponibles. Hará falta más tiempo para ayudar a las personas y seguir cada caso. La puesta en práctica de una ventanilla única ayudará a tales responsables del control de acceso a manejar el menú completo de las intervenciones disponibles y a fomentar la igualdad de acceso a todos los programas para todas las personas.
- **Elaborar los programas dedicados a la discapacidad como programas activos.** A menudo, los sistemas de prestaciones por discapacidad funcionan como programas de jubilación anticipada, proporcionando la vía para una salida casi permanente del mercado de trabajo. Hacer hincapié en la activación y las obligaciones mutuas tanto de la sociedad como de la persona con discapacidad acerca más la política en materia de discapacidad a la lógica subyacente de los programas de desempleo, que esperan una contribución activa y un esfuerzo de los beneficiarios. Los programas de discapacidad sin reformar tienen más probabilidades de atraer a solicitantes a los que puede resultarles difícil atenerse a las obligaciones más estrictas de los sistemas del desempleo. Es necesaria una estrategia constante en la política en materia de discapacidad y de desempleo que amplíe la cultura de obligaciones mutuas a todos los programas del mercado de trabajo.



■ CAPÍTULO 2

OBJETIVOS Y MARCO ANALÍTICO

Resumen: En el Capítulo 2 se exponen los objetivos del informe y se presenta el marco conceptual. Los pormenores sobre el enfoque seguido y sobre algunas de sus limitaciones se pueden encontrar en el Anexo 1.



2.1. Introducción

Hace diez años, la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos publicó un informe sobre las “Políticas de empleo para las personas con discapacidad” (OCDE, 1992) cuyo objetivo era identificar algunos problemas o barreras comunes para la integración de las personas con discapacidad en el mercado de trabajo y describir algunas tendencias y cuestiones incipientes e intervenciones viables en 14 países.

En determinados aspectos, la posición de salida de este informe sigue siendo la misma. Todavía existe una creciente preocupación en los países de la OCDE sobre la exclusión de las personas con discapacidad del mercado de trabajo y sobre los costes de los programas de ayuda a los ingresos por discapacidad, ambos ya mencionados en 1992. Aún tiene que resolverse la forma de reconciliar los objetivos paralelos, pero potencialmente contradictorios, de la política en materia de discapacidad. Uno de esos objetivos consiste en garantizar que no se excluye de la sociedad a los ciudadanos con discapacidad: que se les anima y faculta para que participen de la manera más completa posible en la vida económica y social y, en particular, para que ejerzan un empleo retribuido. El otro objetivo es el de garantizar que quienes sean discapacitados tengan una seguridad salarial: que no se les nieguen los medios para vivir dignamente a causa de las discapacidades que restringen su potencial de obtener ingresos. Muchos de los países miembros se han visto frente a un crecimiento de la proporción de su población que depende de las transferencias relacionadas con la discapacidad, pero les resulta difícil invertir esta tendencia sin arriesgar la denegación de ayuda a quienes realmente la necesitan.

La participación de las personas con discapacidad en el mercado de trabajo sigue siendo insatisfactoria, como se pone de manifiesto en los mayores índices de desempleo y en los menores ingresos laborales de las personas con discapacidad¹. Esto último preocupa especialmente, ya que el desempleo conduce a menudo a no tener derecho a las transferencias y/o a los programas relativos al empleo y aumenta, en consecuencia, los riesgos de pobreza y de exclusión social. Pero los bajos índices de empleo de las personas con discapacidad también están llegando a constituir, cada vez más, un problema a causa de la eficacia macroeconómica, que se ocupa de progresar haciendo un uso escandaloso de recursos humanos infrautilizados.

En la mayoría de los países, los costes de las prestaciones por discapacidad como porcentaje del PIB han aumentado en el período de 1990 a 1999, aunque con diferencias considerables entre los países tanto en niveles del gasto como en cambios con el paso del tiempo (Cuadro 2.1)². En 1999, el gasto en prestaciones por discapacidad osciló entre el 0,02% del PIB en Corea al 3,2% en Polonia, con un promedio total del 1,3% y un promedio del 1,5% en países con sistemas de asistencia social desarrollados. En conjunto, aunque no necesariamente para los países individuales, el aumento desde 1990 ha estado compensado por la correspondiente disminución del gasto público en prestaciones por enfermedad (a su vez provocada en parte al transferir más responsabilidades a los empresarios para la ayuda a los ingresos o los pagos continuos de los salarios).

Antes de 1999, en todos los países, salvo Bélgica, el gasto en programas relacionados con la discapacidad superó el gasto en indemnización de desempleo (como promedio, multiplicado por dos, y en una medida mucho

¹ En este informe, se entiende que el desempleo es la suma del desempleo y la inactividad.

² A través de este estudio utilizamos el término "prestaciones por discapacidad" para denotar programas públicos de transferencias destinadas a pagar prestaciones a las personas con una capacidad laboral reducida causada por un problema de salud.

mayor, especialmente en Noruega, Polonia y los Estados Unidos). Medidos como porcentaje del gasto social público, los costes de los programas de prestaciones por discapacidad fluctúan alrededor del 11 %, y son casi el 20 % en los países que tienen fuerte capacidad económica. En muchos países este porcentaje ha disminuido en la década de 1990 como consecuencia de las subidas aún más rápidas de los gastos de las pensiones de vejez.

Cuadro 2.1. Variación considerable del gasto público en los programas relacionados con la discapacidad^a. Gasto de los programas relacionados con la discapacidad como porcentaje del PIB.

	Prestaciones por discapacidad		Prestaciones por discapacidad amplias		Todos los programas relacionados con la discapacidad		
	Porcentaje del PIB		Porcentaje del PIB		Porcentaje del PIB	Porcentaje del gasto en indemnización por desempleo	Porcentaje del gasto social público total
	1990	1999	1990	1999	1999		
Australia	0,51	0,86	1,01	1,39	1,44	137	8
Austria	1,30	1,75	2,62	2,85	2,92	254	11
Bélgica	1,32	1,06	2,21	1,61	1,72	95	7
Canadá	0,46	0,67	1,19	1,23	1,28	130	7
Dinamarca	2,31	2,28	3,70	3,31	3,80	227	13
Francia	0,73	0,83	1,70	1,58	1,67	113	6
Alemania	1,05	1,01	3,22	2,90	3,08	146	11
Italia	1,69	0,95	2,25	1,82	1,83	330	7
Corea	0,00	0,02	0,20	0,28	0,29	164	5
México	0,09	0,20	0,15	0,29	0,29	--	3
Holanda	3,42	2,65	5,74	4,14	4,64	178	19
Noruega	2,23	2,36	4,92	4,83	5,58	1.190	21
Polonia	2,39	3,28	3,15	4,42	4,60	719	20
Portugal	1,32	1,03	1,89	1,48	1,53	235	8
España	0,96	1,24	2,11	2,26	2,28	162	12
Suecia	2,03	2,05	5,21	4,02	4,66	292	15
Suiza	1,05	1,83	1,58	2,21	2,40	267	8
Turquía	0,03	0,07	0,70	1,46	1,46	--	13
Reino Unido	0,88	1,27	1,39	1,52	1,54	268	6
Estados Unidos	0,56	0,71	1,48	1,37	1,40	554	10
OCDE (20)	1,22	1,30	2,32	2,25	2,42	217	11
OCDE (17) b	1,42	1,52	2,67	2,53	2,73	233	11
Unión Europea (11)	1,55	1,46	2,91	2,50	2,70	190	11
No pertenecientes a la Unión Europea (9)	0,81	1,11	1,60	1,94	2,08	326	12

-- Datos no disponibles.

a) Las diferentes definiciones de prestaciones por discapacidad son las siguientes:

Prestaciones por discapacidad = prestaciones por discapacidad contributivas (relacionadas con los ingresos) y no contributivas.

Prestaciones por discapacidad amplias = Prestaciones por discapacidad, prestaciones en efectivo por enfermedad y prestaciones por accidente de trabajo.

Todos los programas relacionados con la discapacidad = las prestaciones por discapacidad amplias y los programas relativos al empleo de las personas con discapacidad.

Nota: En las prestaciones en efectivo por enfermedad se incluyen las prestaciones privadas obligatorias, esto es, el pago continuo de los salarios.

b) Excepto Corea, México y Turquía.

Fuente: Véase el Cuadro A1.1 del Anexo I; OCDE (2001c).

El hecho de que los problemas no parezcan haber cambiado desde 1992 no implica que la política sea la misma durante esta última década. Durante los años 1990, la mayoría, si no todos, de los países de la OCDE ha emprendido una reforma política importante que afecta a personas con discapacidad en edad laboral. A menudo, la nueva orientación de muchas de estas reformas refleja un creciente consenso en lo que concierne a los objetivos políticos subyacentes, por ejemplo, una política de “empleo para todos”. Parece que una tendencia importante durante la década pasada es la convergencia de los objetivos políticos y, hasta cierto punto, también los instrumentos. En particular, países con conjuntos de medidas políticas en materia de discapacidad de tipo modesto o parcial parecen haberse mudado a un enfoque más amplio y equilibrado, acentuando cada vez más la obligación mutua de la persona con discapacidad, el empresario y el Estado.

Éste es también el enfoque político que proviene de una serie de acontecimientos supranacionales. Después de la Década que las Naciones Unidas dedicaron a las personas con discapacidad (de 1983 a 1992), en 1993 se adoptaron las *Normas Uniformes de las Naciones Unidas sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad*³. Aunque no son un instrumento legalmente vinculante, estas Normas Uniformes, que incorporan la perspectiva de los derechos humanos que se había desarrollado durante la Década por NN.UU., representan un compromiso moral y político por parte de los gobiernos para tomar medidas en este ámbito. En 2000, como otro ejemplo importante, se publicó una Directiva del Consejo de la Unión Europea relativa al establecimiento de un marco general para la igualdad de *trato en el empleo y la ocupación* (que no se refiere únicamente a la discapacidad). Esta Directiva, cuyo objetivo es luchar contra la discriminación, debe ser adoptada por todos los Estados miembros de la UE antes de finales de 2003.

Hay otro acontecimiento más que necesita ser subrayado, porque influyó mucho en estas transformaciones. Las asociaciones de personas con discapacidad han llegado a ser mucho más activas, visibles y aceptadas como agentes independientes en el proceso político. La mayor aceptación de estos grupos de presión les ha permitido ir más allá de hacer notar los problemas, a participar en el hallazgo y la obtención de soluciones tangibles.

► 2.2. Objetivos del proyecto

En el informe de 1992 de la OCDE se llegó a la conclusión de que, a fin de proporcionar una base para el desarrollo de políticas económicas sanas en este ámbito, había que dar más prioridad a las investigaciones en la relación existente entre la política de indemnización y los programas de mejora laboral. El gran número y las nuevas orientaciones de las reformas políticas habidas durante la década pasada sugieren que ha llegado de nuevo el momento de revisar las políticas en materia de discapacidad para la población en edad laboral, usando un enfoque de más largo alcance⁴.

Desde 1992, la investigación internacional en cuanto a la política en materia de discapacidad ha continuado centrándose, en la mayoría de los casos, ya sea en las políticas de empleo (por ejemplo, Lunt y Thornton, 1993; Leichsenring y Strümpel, 1995; Thornton y Lunt, 1997; Comisión de las Comunidades Europeas, 2000a), ya sea en las políticas de ayuda a los ingresos (por ejemplo, Bloch, 1994; Aarts y col., 1996; Andrews, 1998; Prinz, 1999). Otras organizaciones internacionales han adoptado recientemente enfoques más integrados; entre las más importantes se encuentran la Organización Internacional del Trabajo [OIT] (proyecto de investigación internacional sobre “conservación del empleo y vuelta a las

³ Las Normas Uniformes constan de 22 normas referentes a las personas con discapacidad, que cubren todos los aspectos de la vida de las personas con discapacidad y se agrupan en cuatro capítulos: requisitos para la igualdad de participación (por ejemplo, toma de conciencia), esferas previstas para la igualdad de participación (por ejemplo, empleo), medidas de ejecución y mecanismo de supervisión.

⁴ A los efectos de este proyecto, se define la edad laboral como la escala de edad que va de los 20 a los 64 años, sin tener en cuenta las edades obligatorias de jubilación ni las normas de jubilación anticipada. Los pormenores sobre las diferentes definiciones de discapacidad usados respectivamente en este informe en los diferentes conjuntos de datos se encuentran en el Anexo 1 (Anexo Técnico).

estrategias laborales para los trabajadores con discapacidad”, que implica a ocho países de la OCDE; véase, por ejemplo, OIT, 1998); la Asociación Internacional de la Seguridad Social [AISS] (estudio sobre “Incapacidad laboral y reintegración”, que implica a cinco países de la OCDE más Israel; véase Bloch y Prinz, 2001), y la Comisión Europea (“Políticas de empleo activas e integración laboral de las personas con discapacidad: valoración de la prestación neta”, que implica a siete países de la Unión Europea; véase Fundación Tomillo, 2000). Pero, en todos estos casos, el enfoque se centra de forma abrumadora en el lado del empleo.

Este nuevo estudio de OCDE, *Transformar la discapacidad en capacidad*, es una continuación del trabajo emprendido a principios de la década de 1990. En él se trata de investigar las políticas en materia de discapacidad para la población en edad laboral desde la perspectiva del sistema institucional más general⁵. Algunos de los principales objetivos son:

- Entender mejor los enfoques de la política en materia de discapacidad de los países participantes y, en particular, examinar la coherencia tanto de los elementos orientados al empleo como de los elementos de indemnización del conjunto de medidas políticas y la relación entre ellos. El éxito de las políticas de integración de las personas con discapacidad en el mercado de trabajo no se puede probar ni evaluar comparativamente sin considerar con detenimiento los sistemas de indemnización de las prestaciones. Se subraya con frecuencia la necesidad de una política sistemática, pero rara vez se analiza de manera comparativa. Por ejemplo, aunque es de conocimiento general que las definiciones de discapacidad no sólo varían entre los países, sino también entre los diferentes programas de asistencia social de los países, todavía hay que describir y entender los efectos potenciales de las diferencias de las definiciones de discapacidad entre la indemnización y los sistemas de activación.
- Identificar los conjuntos de medidas políticas que han tenido éxito proporcionando seguridad salarial y fomentando la participación en el mercado de trabajo y/o la reducción de la dependencia de las prestaciones por discapacidad. Esto requiere el análisis de las reformas políticas y la vinculación tanto de los cambios como de los resultados de las políticas, con especial atención a los incentivos creados por la combinación particular de programas correlacionados. Por lo general, la atención se centra en los conjuntos de medidas políticas, ya que es difícil, y en muchos casos imposible, individualizar el efecto de una sola medida política o de un solo instrumento político.
- Evaluar la distancia a que está cada país de los parámetros de comparación de la política en materia de discapacidad, y la posición de cada país con respecto a otros Estados miembros de la OCDE. El hecho de abarcar un gran número de países en diferentes etapas de desarrollo político da lugar a una gama más amplia de enfoques políticos alternativos y de posibilidades de análisis. En este estudio no sólo se contemplan los retos a que hacen frente los estados de bienestar desarrollados, sino también los retos –a veces diferentes, a veces similares– a que se enfrentan los estados de bienestar en vías de desarrollo. Será interesante ver en qué medida pueden hacerlo (evitando algunas de las “pistas incorrectas”) aquellos países que tratan de ponerse al nivel de los países que van en vanguardia.

Los pormenores sobre el enfoque para conseguir los objetivos del proyecto y sobre algunas limitaciones del proyecto se encuentran en el Anexo 1 (Anexo técnico).

⁵ El objetivo de este estudio es reunir la perspectiva de la seguridad social y las políticas de empleo. No se han tenido en cuenta de manera expresa otras distintas características del entorno social, económico, físico y político que no se dirigen sólo a la población en edad laboral (por ejemplo, la política de viviendas, la infraestructura y la accesibilidad, la escolarización y la educación, la política asistencial y la ayuda en efectivo o en especie con costes de vida relacionados con la discapacidad). Por una razón similar, y también debido a los problemas de identificación de los gastos y los correspondientes beneficiarios, igualmente se hace caso omiso de las políticas fiscales, aunque desempeñan un papel que va en aumento en algunos de los países de habla inglesa.

2.3. Marco conceptual

Evaluar la coherencia de los ajustes políticos requiere una perspectiva del sistema muy amplia. Aunque dos programas (pongamos las prestaciones por discapacidad y la rehabilitación profesional) pueden parecer en gran parte compatibles, su coherencia puede quedar oculta por un tercer programa, tal como las prestaciones por enfermedad. La estructura de los incentivos de cualquier sistema concreto sólo puede entenderse en un contexto institucional más amplio. Por consiguiente, es necesario tener en cuenta una gran cantidad de programas de empleo y de prestaciones directa o indirectamente dirigidos a las personas con discapacidad.

Aarts y col. (1996) identificaron cinco vías que los trabajadores pueden seguir después de la aparición de una condición sanitaria: *a)* la vía del *trabajo*, que comprende los programas públicos que proporcionan o fomentan la rehabilitación para superar cualquier limitación laboral causada por una discapacidad; *b)*

Cuadro 2.2. Sistema del marco conceptual

Orientación política	Dirección política / Vía	Descripción de la vía respectiva
Integración / activación.	Empleo adaptado.	Normas que imponen o fomentan la conservación del empleo y la adaptación o el acondicionamiento del lugar de trabajo, incluidas las subvenciones especiales a tal efecto.
	Empleo subvencionado.	Subvenciones financieras u otros incentivos económicos para compensar una productividad más baja.
	Empleo con apoyo.	Disposición de la ayuda personal en el empleo (por ejemplo, preparador laboral o formación en el lugar de trabajo).
	Empleo protegido.	Empleo en un entorno protegido (talleres especiales, enclaves, empresas Sociales).
	Empleo reservado.	Empleo para grupos específicos en determinados sectores / profesiones en el mercado de trabajo.
	Rehabilitación profesional.	Programas para la formación y rehabilitación profesionales.
Indemnización.	Prestaciones en efectivo por enfermedad.	Sistema de sustitución de los ingresos para una enfermedad o discapacidad de corta duración.
	Prestaciones contributivas por discapacidad.	Sistema contributivo de sustitución de los ingresos para discapacidades generales de duración más larga.
	Prestaciones no contributivas por discapacidad.	Sistema no contributivo de sustitución de los ingresos para discapacidades generales (habitualmente sujetas a la comprobación de los recursos).
	Prestaciones por accidente laboral.	Programa de transferencias que cubre accidentes laborales, accidentes y enfermedades profesionales.
	Prestaciones por desempleo.	Recursos contributivos y no contributivos que sustituyen el salario perdido (por ejemplo, como consecuencia de una reestructuración económica).
	Prestaciones por jubilación anticipada	Programas para la jubilación prematura por diferentes razones (por ejemplo, un período de cotización largo).
	Asistencia social	Asistencia social sujeta a la comprobación de los recursos o programa de asistencia social no relacionado con la situación de discapacidad; red de seguridad para quienes no reúnen las condiciones exigidas para otras transferencias.

Fuente: OCDE.

la vía *de la jubilación anticipada*, que abarca los recursos públicos o privados que permiten al trabajador jubilarse prematuramente; *c)* la vía *de la salud*, que engloba los programas tradicionales de transferencias por discapacidad basadas en la seguridad social (enfermedad, discapacidad general y accidente laboral); *d)* la vía *del desempleo*, que incluye recursos –a corto plazo y en algún punto a largo plazo– de prestaciones por desempleo para sustituir los salarios perdidos; y *e)* la vía *de la asistencia social*, que abarca los programas sujetos a la comprobación de los recursos que sirven como red de seguridad para quienes no reúnen las condiciones exigidas para otros programas. A tenor de la situación (por ejemplo, estar empleado o desempleado cuando se produce la discapacidad) y de las características individuales, una persona con discapacidad puede o no tener acceso a alguna de estas cinco vías o, incluso, a elegir entre ellas. El énfasis que se ponga en las vías y la coherencia entre ellas será lo que determine qué tipo de vía predomina más en un país concreto.

El marco conceptual usado en este estudio es una ampliación de este enfoque. En él se distingue entre dos orientaciones políticas principales dentro de las cuales se diferencian varias direcciones o vías políticas (Cuadro 2.2). Aunque algunas de estas últimas tiene elementos en común con las vías usadas en Aarts y col. (1996), otras son considerablemente más detalladas. La razón principal de ampliar y refinar el enfoque de las cinco vías es la de permitir el análisis de las relaciones de coherencia a una escala más refinada del programa, en particular entre las diferentes vías del trabajo (por ejemplo, el empleo subvencionado y la rehabilitación profesional) y entre las vías del trabajo y de las transferencias (por ejemplo, el acondicionamiento del lugar de trabajo o la rehabilitación profesional y las prestaciones en efectivo por enfermedad), sino también entre diferentes –o, más bien, subsiguientes– vías de la salud.⁶ Además, con este marco refinado puede captarse al grupo de personas que actualmente no forma parte de la población activa (personas con discapacidades congénitas o de juventud, pero también personas que se vuelven discapacitadas mientras realizan las tareas domésticas y que pueden tener o no antecedentes laborales). Enfocar las políticas de esta manera permite analizar el modo en que las personas cambian de vía o combinan diferentes vías.

Únicamente se puede seguir cualquiera de estas orientaciones políticas si se cumplen ciertas condiciones (por ejemplo, con respecto a la situación sanitaria, la aptitud para el trabajo o los requisitos del seguro). Algunas vías pueden contener un elemento de opción. Unas pocas vías se seguirán casi automáticamente (por ejemplo, las prestaciones en efectivo por enfermedad, al menos en la mayoría de los países), aunque la mayoría de ellas exigen una acción individual o una acción más formal. Las vías también difieren en su implicación por parte del estado, el empresario y otros agentes.

No se puede analizar ni entender ninguna vía aisladamente. La cobertura de los programas, las condiciones de entrada, la duración de las prestaciones o del programa y los niveles de las prestaciones para una vía a menudo influyen directamente en el momento y la importancia del uso de una o varias otras vías. Por ejemplo, el período de espera obligatorio para las prestaciones por enfermedad tendrá un impacto instantáneo en el programa dedicado a la discapacidad y en la rehabilitación profesional. O, para dar otro ejemplo, la facilidad de acceso a la jubilación anticipada tendrá un fuerte impacto en la aplicación de las prestaciones por discapacidad con respecto a los trabajadores de edad avanzada. Por lo tanto, los caminos que tomen los trabajadores después del comienzo de una discapacidad dependen del funcionamiento nacional y del contexto político en un momento determinado, y pueden afectar a diferentes grupos (los de edad, por ejemplo) de modo distinto. Muy pocas veces se tiene en consideración la complejidad de estos sistemas y los cambios impuestos por las distintas reformas.

Además, no todas las vías que se acaban de enumerar existen en todos los países. Por ejemplo, Holanda no tiene un programa aparte para los accidentes laborales. Únicamente en la mitad de los países, más o

⁶ El acondicionamiento del lugar de trabajo se entiende que abarca todas las medidas tomadas en el lugar de trabajo (el ajuste del horario laboral, la adaptación del lugar de trabajo, las medidas de accesibilidad, etc.) que permiten un empleo continuo de los empleados después de la aparición de una discapacidad y facilita la nueva contratación de personas con discapacidad.

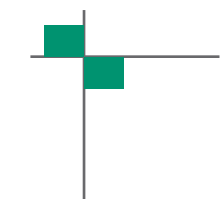
menos, hay un programa de empleo con apoyo, y muy pocos han reservado áreas del mercado de trabajo. Los programas de prestaciones no contributivas por discapacidad, por dar un último ejemplo, también existen sólo, aproximadamente, en la mitad de los países⁷. Estas diferencias son una razón más para que de un país a otro varíe la importancia de una vía concreta dentro del conjunto de medidas políticas en materia de discapacidad.

⁷ Australia y Dinamarca son los dos únicos países de este grupo en los que la principal prestación pública por discapacidad no es contributiva. En el resto de los países, el programa público principal es contributivo (es decir, financiado por las cotizaciones del seguridad social). Muchos de estos países tienen un segundo programa público relacionado con la discapacidad, que está sujeto a la comprobación de los recursos y no es contributivo (es decir, financiado a través de impuestos generales). Estos sistemas, introducidos a menudo muy recientemente, proporcionan prestaciones por discapacidad a las personas necesitadas que no han cotizado nunca o que sólo lo han hecho durante periodos limitados.

CAPÍTULO 3

Datos sobre los ingresos y la participación de la población activa

Resumen: En el capítulo 3 se presentan de forma pormenorizada los resultados del análisis comparativo de los datos del estudio, es decir, los datos empíricos sobre la cantidad de personas con discapacidad en edad laboral y su composición socio-demográfica, así como sus ingresos y su grado de integración en el mercado de trabajo. También se debate el papel desempeñado por las políticas nacionales en la explicación de tales resultados



▶ 3.1. Identificación de la población con discapacidad en edad laboral

No existen un concepto y una definición universales de la discapacidad, ni de los instrumentos de medición comunes. Por consiguiente, no se obtiene fácilmente una estadística comparativa sobre la prevalencia de la discapacidad (Recuadro 3.1). Las medidas objetivas pueden ser deseables, pero, como no están disponibles, los análisis deben basarse en la discapacidad declarada por los interesados, ya sea usando preguntas globales sobre las limitaciones de la actividad en general, ya sea mediante instrumentos que indaguen acerca de las limitaciones relacionadas con actividades concretas de la vida cotidiana. Puesto que muchos países no disponen de tales instrumentos, este proyecto se centra en las limitaciones generales de la actividad, es decir, en las cuestiones sobre si una persona tiene o no tiene un problema de salud que limite sus actividades de la vida diaria en general (véase también el Anexo 1).

Las políticas en materia de discapacidad se dirigen a un grupo de personas grande y heterogéneo. En los veinte países estudiados, un promedio de aproximadamente el 14 % de la población en edad laboral se clasifica a sí misma como discapacitada; el promedio en los países de la Unión Europea está cerca de un punto porcentual más alto (Gráfico 3.1). En los países del norte de Europa (entre los que se incluyen Holanda, Alemania y Francia) y en Portugal, la prevalencia de la discapacidad está por encima de este promedio (en estos países, más de una de cada seis personas se declara con discapacidad en los informes sobre la población de edades comprendidas entre los 20 y los 64 años). En cuatro países, la prevalencia de la discapacidad es más baja que el promedio total: algo más baja en los Estados Unidos y España, y significativamente menor en Italia y México¹. Estas cifras se basan en las encuestas generales de población y se refieren a personas que se identifican subjetivamente a sí mismas como discapacitadas, sin tener en cuenta si están oficialmente reconocidas como tales².

Cerca de una tercera parte de este grupo de personas con discapacidad en edad laboral sufre una discapacidad grave, con un porcentaje relativo menor en Austria y Dinamarca y un porcentaje mayor en Francia y, en particular, en Suecia. Las personas con discapacidades congénitas forman una minoría que suele ser inferior al 10 % de todo el grupo de personas con discapacidad en edad laboral.

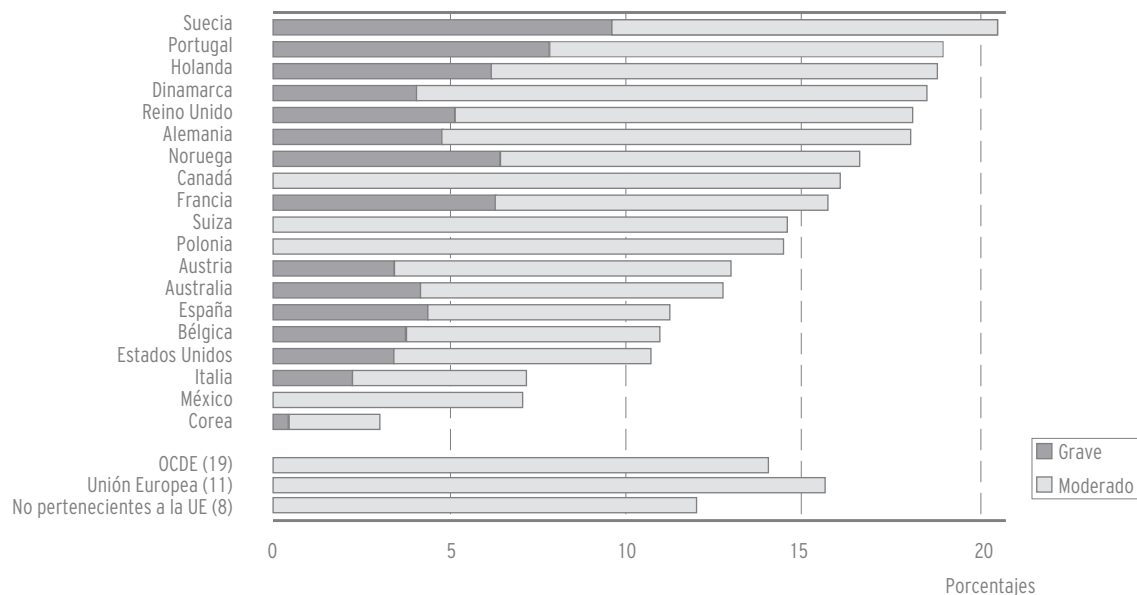
Como sería de esperar, la prevalencia de la discapacidad aumenta gradualmente con la edad: los índices de prevalencia de la discapacidad en el tramo de edad entre 50 y 60 años se sitúan alrededor del 25%, pero en el tramo de 20 a 49 años es sólo del 10% (Cuadro 3.1). Algo de este aumento se explica por el hecho del carácter permanente de gran parte de las condiciones que causan discapacidad. El gradiente de la edad es particularmente importante en Austria, Alemania, Polonia y Portugal, y significativamente por debajo del promedio total en Bélgica, Corea y Suiza.

¹ Estas diferencias entre países con un contexto socioeconómico similar parecen grandes. Hay que ir más allá del alcance de este proyecto para explicar esta variación, que probablemente sea también parcial debido a las diferencias culturales. En cualquier caso, es importante tener presentes las diferencias en los índices de prevalencia al comparar los resultados.

² En todos esos estudios (a excepción de Corea y Polonia), la discapacidad se define como una limitación relacionada con las actividades de la vida cotidiana que declara el propio interesado. Para ser clasificada como discapacitada, una persona tendría que declarar un problema de salud, discapacidad o enfermedad de larga duración y una limitación en las actividades cotidianas resultante de esa situación de su salud. La cifra muy baja para Corea no es realmente comparable, pues sólo abarca a las personas registradas oficialmente como discapacitadas según un procedimiento médico estricto. Los datos relativos a Polonia también hacen referencia a las personas con discapacidad registradas.

GRÁFICO 3.1. PROMEDIO DE PREVALENCIA DE LA DISCAPACIDAD DEL 14%, EN QUE UN TERCIO DE LA POBLACIÓN SUFRE UNA DISCAPACIDAD GRAVE

Prevalencia de la discapacidad, por gravedad de la discapacidad, como porcentaje de la población de 20 a 64 años, en la década de 1990



Nota: Suma de "grave" y "moderada" para Canadá, México, Polonia, Suiza y promedios no ponderados.

Fuente: Véase el Cuadro A1.1 del Anexo I.

Cuadro 3.1. Mayor prevalencia de la discapacidad con la edad y un nivel educativo bajo

Porcentajes de prevalencia de la discapacidad por tramo de edad, género y nivel educativo, en la década de 1990

	Todos		Tramo de edad		Género		Nivel educativo	
	De 20 a 64 años	De 20 a 49 años	De 50 a 64 años	Hombre	Mujer	Más bajo	Más alto	
Australia	12,8	9,0	24,4	12,9	12,7	16,9	7,4	
Austria	13,0	7,8	27,0	13,8	12,2	18,1	11,3	
Bélgica	10,9	8,4	17,5	9,8	12,0	12,2	9,1	
Canadá	16,1	13,4	24,2	15,4	16,8	18,5	14,9	
Dinamarca	18,6	15,2	27,4	16,5	20,9	25,9	15,8	
Francia	15,8	11,5	28,1	15,5	16,3	19,9	12,5	
Alemania	18,1	11,4	31,6	18,9	17,2	20,9	16,9	
Italia	7,1	4,1	14,2	6,8	7,4	9,4	3,9	
Corea	3,0	2,2	5,8	4,2	1,9	3,6	1,0	
México	7,0	5,1	15,8	7,8	6,2	--	--	
Holanda	18,8	14,8	29,9	15,9	21,6	23,2	16,8	
Noruega	16,7	13,3	26,4	13,6	19,8	22,6	13,9	
Polonia	14,5	7,5	31,1	--	--	--	--	
Portugal	19,0	12,8	34,9	17,1	20,8	22,5	6,6	
España	11,3	6,7	24,3	11,1	11,6	16,0	4,0	
Suecia	20,6	15,5	34,1	18,4	22,9	31,8	17,9	
Suiza	14,6	12,1	21,3	13,6	15,5	20,6	13,3	
Reino Unido	18,2	13,7	29,3	17,0	19,3	22,8	14,9	
Estados Unidos	10,7	8,2	18,8	10,4	10,8	22,3	8,9	
OCDE (19)	14,0	10,1	24,5	13,3	14,8	19,2	11,1	
Unión Europea (11)	15,6	11,1	27,1	14,6	16,6	20,2	11,8	
No pertenecientes a la UE (8)	(8)	11,9	8,9	21,0	11,1	12,0	17,49,9	

-- Datos no disponibles.

Fuente: Véase el Cuadro A1.1 del Anexo I.

El nivel de educación también desempeña un papel importante: los índices de prevalencia de la discapacidad son considerablemente mayores entre los grupos con un nivel educativo más bajo, con un promedio en la OCDE del 19%, en comparación con el 11% entre los grupos mejor educados. Este resultado, una vez más, no es sorprendente, dado que las personas de este grupo suelen trabajar en ocupaciones que son físicamente más exigentes y peligrosas y puede que también tengan a menudo más problemas de salud como resultado de unos ingresos más bajos. Además, es probable que las discapacidades congénitas y de la juventud afecten a la escolaridad y al nivel educativo final (Recuadro 3.2).

RECUADRO 3.1. ¿Son comparables los datos de las encuestas?

Todos los datos de los que se trata en este capítulo se derivan de encuestas nacionales de población. Estos datos procedentes de encuestas, que se utilizan para identificar a la personas con discapacidad y para medir sus ingresos y su participación en la población activa, adolecen de varias limitaciones. En primer lugar, estas encuestas, que se basan en la economía doméstica, no abarcan a la población institucionalizada en centros residenciales, que incluye a muchas personas con discapacidad grave. Por consiguiente, los índices de empleo relativo de todo el grupo de personas con discapacidad, por ejemplo, aparecerán ligeramente sobreestimados. Las comparaciones entre países pueden verse afectadas hasta el punto de que el grado de institucionalización difiere de un país a otro. Por lo que respecta a la población en edad laboral, sin embargo, parece ser un problema de menor importancia.

En segundo lugar, toda la información recogida procede de las declaraciones de los interesados. A veces se critican los cálculos de la prevalencia de la discapacidad basados en la propia evaluación de los interesados por ser parciales y endógenos; es decir, que puede haber una tendencia a exagerar la gravedad de los problemas de salud y la incidencia de la discapacidad a fin de racionalizar la no participación de la población activa y la recepción de prestaciones por discapacidad. Además, la opinión del individuo afecta a su respuesta. Pero, de hecho, hay pruebas abundantes de que los indicadores de discapacidad procedentes de las declaraciones de los interesados son un pronóstico razonable de la situación sanitaria objetiva de una persona (por ejemplo, Benítez-Silva y col., 2000). Esto parece particularmente válido para la propia evaluación de la discapacidad realizada por los interesados en lo que se refiere a las limitaciones generales (más que a las laborales).

La declaración de los interesados con respecto a las situaciones de empleo y desempleo, la situación de los perceptores de prestaciones y los niveles de ingresos pueden ser problemáticas y, por lo menos en parte, inexactas. Se desconoce la magnitud de los desequilibrios y diferencias entre países. Tampoco son factibles los cálculos, ya que no hay posibilidad de vincular los conjuntos de datos usados con las fuentes oficiales de datos administrativos. En la investigación sobre el desempleo se ha encontrado una importante insuficiencia de declaraciones con respecto a la situación de los perceptores de prestaciones (por ejemplo, OECD, 1998; EUROSTAT 2001). Es poco probable que este resultado sea transferible a la investigación sobre la discapacidad. Aunque las prestaciones por discapacidad son prestaciones casi permanentes, las prestaciones por desempleo son pagos transitorios limitados a una prueba de la actividad, lo que hace mucho más verosímil la ausencia de declaraciones en cuanto a la situación de los perceptores de prestaciones. En una escala global, la proporción de beneficiarios de prestaciones por discapacidad que se identifica en las encuestas muestra, de hecho, una correspondencia razonable con los datos administrativos.

Las comparaciones internacionales también se pueden ver afectadas por las diferencias en la elaboración de las encuestas, tales como la definición de ciertas variables (por ejemplo, la discapacidad y el empleo), la formulación y secuencia de las preguntas, o la opción y el número de categorías de las respuestas. Es éste, por lo general, un problema de menor importancia para los once países que disponen de los datos del Panel de Hogares de la Unión Europea (PHOGUE, véase el Anexo 1), dado que estas encuestas se basan en un cuestionario concertado. En los datos del Panel de Hogares, como en algunos otros estudios, existe un problema de desequilibrio entre la información proporcionada en la fecha de la entrevista (por ejemplo, la situación actual de la discapacidad, la situación actual del empleo) y la información que se refiere al año anterior al de la entrevista (los ingresos del último año). Para el Panel de Hogares, en el análisis basado en la situación del último año (tomada de la onda de la encuesta) y en los ingresos durante ese mismo año ha quedado evidente que no hay repercusión en la asistencia económica de las personas con discapacidad en comparación con la de las personas sin discapacidad (tomando como base tanto los ingresos personales como los ingresos equivalentes de la familia).

Las mujeres tienden a declarar unos índices más altos de prevalencia de la discapacidad en una mayoría de países (muy especialmente en Holanda y en los países escandinavos), pero las diferencias de género suelen ser pequeñas. Austria, Alemania, Corea y México declaran una prevalencia de la discapacidad más alta para los hombres. También parece ser que, en muchos países, el gradiente de edad es más pronunciado para las mujeres que para los hombres.

RECUADRO 3.2. Prevalencia de la discapacidad y envejecimiento de la población

Se alega a menudo que el envejecimiento de la población ha tenido y tendrá un impacto considerable sobre la prevalencia de la discapacidad. Si los índices de prevalencia vinculados a la edad siguen siendo constantes durante las próximas tres décadas, la prevalencia total de la discapacidad de la población en edad laboral aumentaría significativamente, en efecto, sólo como consecuencia de cambios importantes en la estructura de la edad: en más de tres puntos porcentuales en Austria, y en cerca de dos puntos porcentuales en Italia y Holanda, según se muestra en los ejemplos siguientes, en los que se usan tres países europeos con niveles muy diferentes de prevalencia a mediados de la década de 1990 (Cuadro del recuadro 3.2).

Cuadro del Recuadro 3.2. **Efecto del envejecimiento de la población en la prevalencia de la discapacidad**
Prevalencia de la discapacidad aplicando la prevalencia de la discapacidad específica de la edad del año 1996 a la población de 1960, 1995 y 2030

	Prevalencia			Índice (1960 = 100)		
	1960	1995	2030	1960	1995	2030
Austria	14,9	13,0	16,5	100	87	111
Italia	7,3	7,7	10,0	100	106	137
Holanda	18,7	18,4	20,6	100	98	110
México ^a	12,5	11,7	14,8	100	94	118

a) Promedio de prevalencia de la discapacidad específica de la edad de 14 países de la UE aplicada a la población mexicana.

Fuente: Naciones Unidas, Perspectivas de la población mundial 1950-2050 (Revisión del año 2000), febrero de 2001; EUROSTAT (2001a), Gráfico 3.

Hasta 1995, sin embargo, los cambios en las estructuras de edad de la población no impulsaron hacia arriba la prevalencia de la discapacidad. En Austria, un caso extremo, la población crítica de la franja de edad que va de los 45 a los 65 incluso ha descendido de manera considerable desde la década de 1960. El aumento de los índices de prevalencia que se ha divulgado en las últimas décadas en algunos países (véase Jee y Or, 1998) no puede atribuirse generalmente, por lo tanto, a los cambios demográficos, pero es probable que se asocie a un cambio de percepción y a un aumento de las expectativas. Este simple cálculo muestra que la baja prevalencia de la discapacidad en México es consecuencia, en parte, de la estructura de población más joven que allí existe. La aplicación del promedio de los índices de prevalencia de la Unión Europea a la estructura de población mexicana de 1995 da una prevalencia del 11,7 % en comparación con el promedio del 15,6 % de la UE. Es decir, que cerca del 45 % de la diferencia entre el índice de discapacidad del 7 % de México y el promedio de la UE se explica por la diferente estructura de edad. Además, los futuros cambios de la estructura de edad en México tendrán un impacto en la prevalencia de la discapacidad que será del mismo orden de magnitud que para las poblaciones europeas que envejecen rápidamente.

3.2. Seguridad salarial: ¿se consigue el principal objetivo?

Asistencia económica relativa

La seguridad salarial de las personas con discapacidad en edad laboral parece razonablemente alta en muchos países (véanse las columnas del Gráfico 3.2, Panel A).³ Los datos estadísticos analizados en este estudio muestran que en varios países europeos (Austria, Dinamarca, Alemania, Holanda, Suecia y Suiza) los ingresos equivalentes de las familias con una persona con discapacidad alcanzan alrededor del 95% de los de las familias en las que no hay personas con discapacidad⁴. La situación es ligeramente menos favorable en varios otros países en los que los ingresos relativos equivalentes de las familias con una persona con discapacidad equivalen a entre el 85% y el 90% (Bélgica, Canadá, Francia, Italia, Noruega y Polonia).

Las personas con discapacidad en Portugal, España, el Reino Unido y los Estados Unidos están en una peor posición global con respecto a los ingresos; en estos países, los ingresos de las familias con una persona discapacitada están entre el 70 % y el 80 % de los ingresos de las familias en las que no hay personas con discapacidad⁵. Parte de la diferencia entre países en cuanto a seguridad salarial se puede explicar por las diferencias en la estructura de los sistemas de prestaciones por discapacidad (es decir, prestaciones relacionadas, o no, con los ingresos; índices de sustitución altos o bajos; sujeción, o no, a la comprobación de los recursos; véase la Sección 6.2). Sin embargo, los ingresos relativamente bajos de las familias con una persona con discapacidad en España se deben, en gran parte, a los elevados índices de desempleo de las personas con discapacidad (véase la Sección 3.3).

Por lo que respecta a los ingresos personales de las personas con discapacidad, la situación es similar. Los ingresos personales relativos de las personas con discapacidad en relación con las que no tienen discapacidad están generalmente alrededor de 5 a 10 puntos porcentuales más bajos que tomando como base a la familia. No sorprende encontrar en Australia la cifra más baja, con unos ingresos personales medios de las personas con discapacidad iguales al 44 % de los de las persona sin discapacidad⁶.

Los datos sobre los ingresos personales por gravedad de la discapacidad, que están disponible para 13 países, indican que, por término medio, las personas con discapacidad grave tienen unos ingresos personales un 15 % más bajos que las personas con discapacidad moderada (Gráfico 3.2, Panel B). La diferencia es mayor aún en España, Portugal y los Estados Unidos, y también en Austria y Bélgica. Suecia y el Reino Unido destacan como los dos únicos países en los que las personas con discapacidad grave no parecen estar en peor situación que las personas con discapacidad moderada. Algunas de las razones de estas diferencias entre países se encuentran en las secciones siguientes.

Conjunto global de ingresos

Los ingresos de las personas con discapacidad en edad laboral proceden de una serie de fuentes distintas. En conjunto, el componente más importante, con mucho, de todos los países lo constituyen los ingresos

³ Turquía y Polonia no han proporcionado datos del estudio nacional, por lo que muchas de las cifras divulgadas en esta sección sólo se refieren a 18 países. Para Polonia, algunas cifras globales sobre el empleo y los ingresos de las personas con discapacidad registradas o de las familias con una persona discapacitada están disponibles a través de la encuesta anual de la población activa. Esta fuente también se utiliza para identificar a la población con discapacidades.

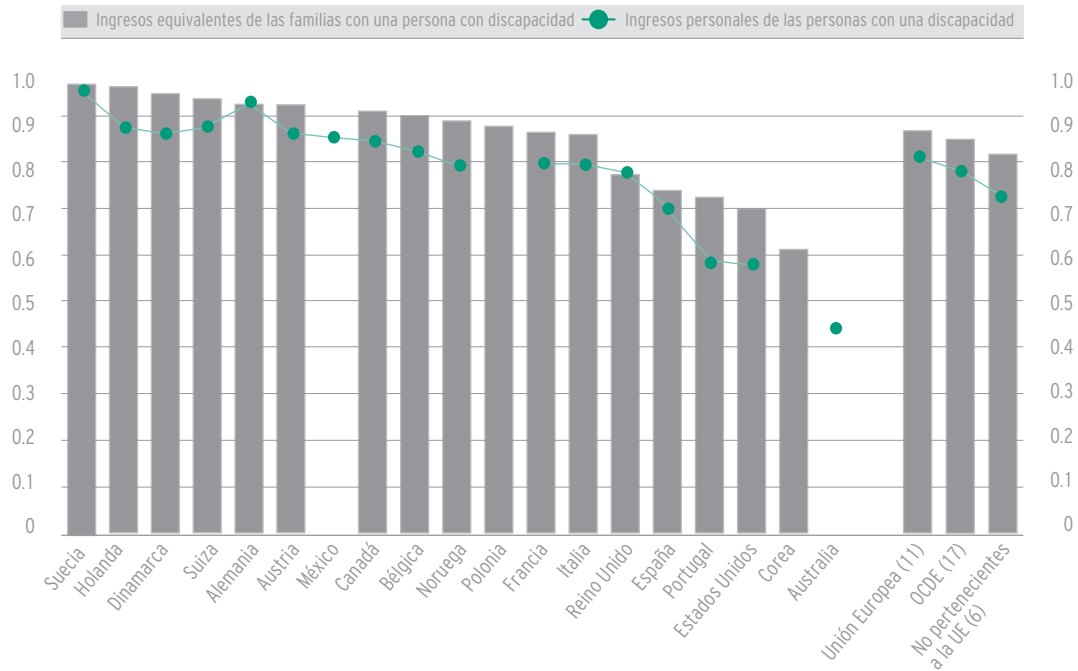
⁴ Escala de equivalencia: 1,0 para el primer adulto de la familia, 0,5 para el resto de los adultos y 0,3 para los niños menores de 16 años. Para la definición de ingresos y cualquier desviación de esta escala, véase el Cuadro A1.1 del Anexo 1.

⁵ Lamentablemente, los datos sobre los ingresos familiares equivalentes no están disponibles para Australia, el único país con un sistema público de prestaciones por discapacidad sujetas a la comprobación de los recursos. En Corea, el bienestar económico relativo de las familias con una persona con discapacidad es menos favorable que en otros lugares (alrededor del 60 %), lo que se explica, en parte, por el hecho de que los datos sólo abarcan a las personas con discapacidad registradas (probablemente, las que tienen impedimentos más graves).

⁶ Aunque la sujeción a la comprobación de los recursos del sistema australiano de prestaciones por discapacidad está estructurada para remunerar el empleo a tiempo parcial de los perceptores de prestaciones, su naturaleza basada en la familia significa que, por lo general, los esposos discapacitados de quienes tienen empleo a tiempo completo no son idóneos para recibir una prestación por discapacidad.

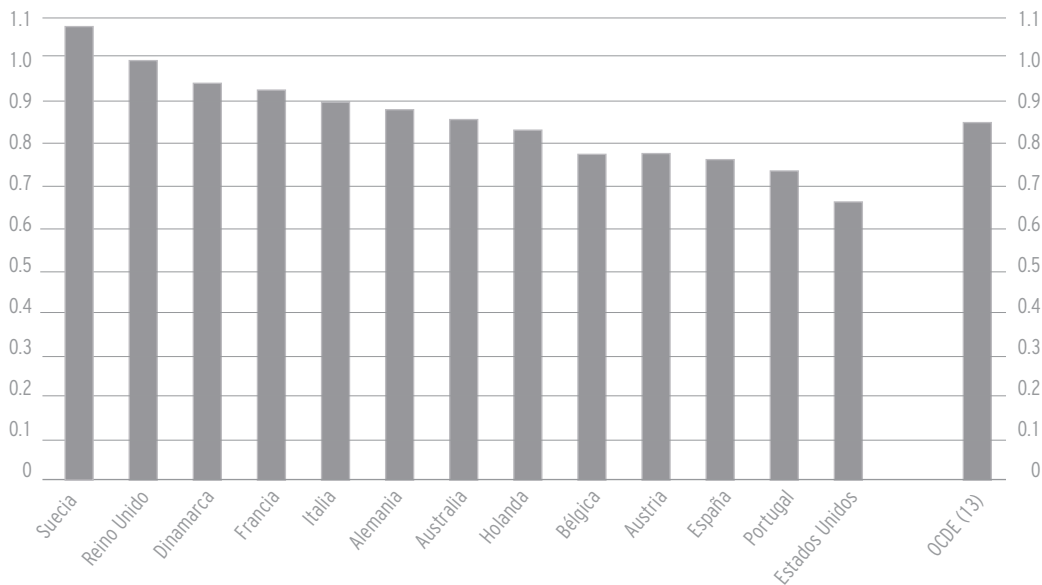
GRÁFICO 3.2. INTEGRACIÓN ECONÓMICA REALIZADA CON ÉXITO EN MUCHOS PAÍSES, PERO NO EN TODOS

PANEL A: Promedio de los ingresos relativos de personas con discapacidad con relación a los no discapacitados, para las personas y las familias con una persona con discapacidad, a finales de la década de 1990



Nota: Los países se clasifican por orden decreciente del ratio de ingresos equivalentes con una persona discapacitada con relación a los no discapacitados. No existen datos de los ingresos personales para Corea y Polonia, y tampoco hay datos de los ingresos para Australia y México.

PANEL B: Promedio de los ingresos personales relativos de las personas con discapacidad grave con relación a las personas con discapacidad moderada, a finales de la década de 1990

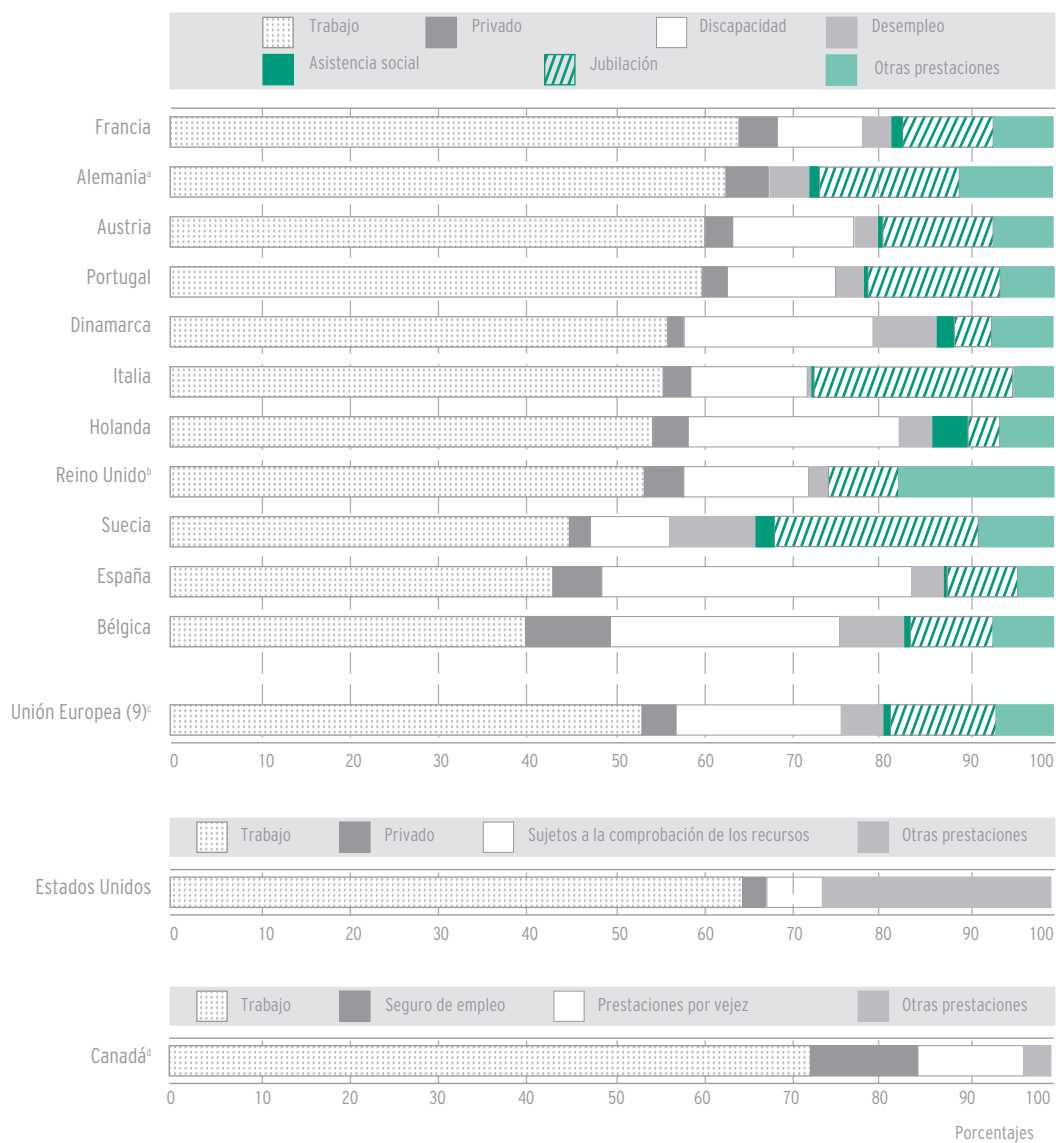


Fuente: Véase el Cuadro A1.1 del Anexo I.

procedentes del trabajo, que representan entre el 40% de los ingresos personales totales en Bélgica y el 65% en Francia y los Estados Unidos (Gráfico 3.3), con más del 50% por término medio en los países para los que existen datos comparables⁷.

GRÁFICO 3.3. TRES FUENTES PRINCIPALES DE INGRESOS PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD: TRABAJO, PRESTACIONES POR DISCAPACIDAD Y PRESTACIONES POR JUBILACIÓN

Distribución de los ingresos personales de las personas con discapacidad por fuente, en porcentajes, a finales de la década de 1990



a) Alemania: comparabilidad restringida; no existen datos sobre los ingresos procedentes de las prestaciones por discapacidad.

b) Reino Unido: comparabilidad restringida; no existen datos sobre los ingresos procedentes de la asistencia social.

c) Unión Europea (9): excepto Alemania y el Reino Unido.

d) Canadá: ingresos familiares equivalentes.

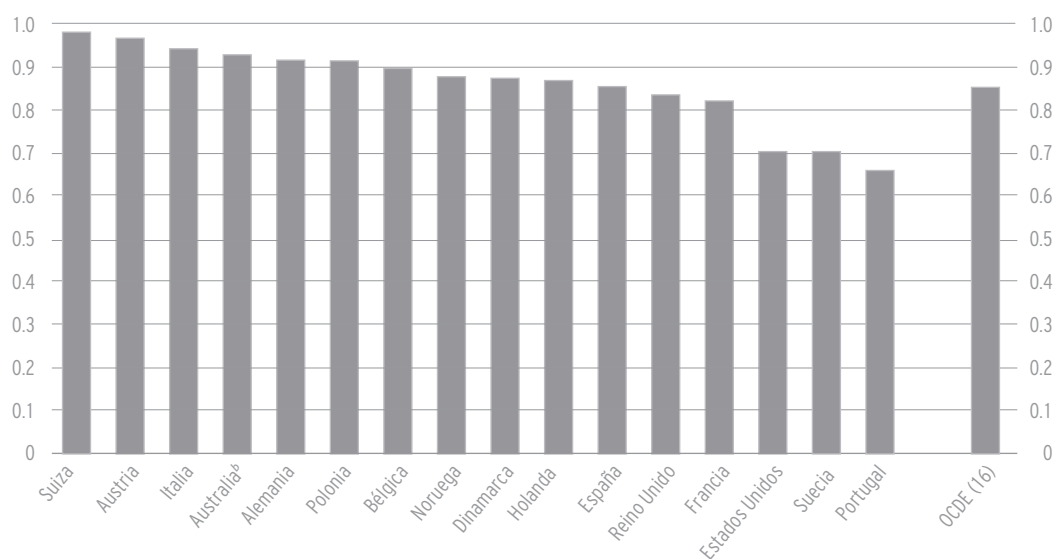
Fuente: Véase el Cuadro A.I.1 del Anexo I.

⁷ Los datos relativos a los Estados Unidos y Canadá no son totalmente comparables. En ambos países, la clasificación de las prestaciones es diferente (en los Estados Unidos, las prestaciones por discapacidad son parte del grupo de "otras prestaciones", y en Canadá se combinan con "las prestaciones de las personas mayores"). Además, los datos canadienses se refieren a ingresos familiares equivalentes más que a ingresos personales, lo que explica la proporción mayor de ingresos procedentes del trabajo.

Las otras dos fuentes importantes de ingresos son las prestaciones relacionadas con la discapacidad y, en menor grado, las prestaciones regulares de jubilación⁸. Hay diferencias considerables entre los países en cuanto a la importancia de tales prestaciones en el conjunto global de ingresos. Las *prestaciones relacionadas con la discapacidad* representan un porcentaje entre el 10% en Francia y Suecia y el 35% en España, con un promedio de cerca del 20%. Las *prestaciones por jubilación* suelen significar cerca del 10%; sólo en Italia y Suecia representan más del 20% y, por lo tanto, son más importantes en el conjunto global de ingresos que las prestaciones relacionadas con la discapacidad⁹. En algunos países, las prestaciones por desempleo y otras prestaciones –sobre todo las que son a beneficio de la familia o de un solo progenitor– también pueden equivaler, cada una de ellas, al 10% de los ingresos totales.

GRÁFICO 3.4. ESCASA DIFERENCIA EN LOS INGRESOS PROCEDENTES DEL TRABAJO ENTRE LAS PERSONAS DISCAPACITADAS Y LAS NO DISCAPACITADAS

Promedio de los ingresos personales^a del trabajo de las personas discapacitadas con relación a las no discapacitadas, a finales de la década de 1990



Nota: Los países se clasifican por orden decreciente del ratio.

a) Ingresos familiares equivalentes para Polonia y Suiza.

b) Australia: ingresos medianos en vez de promedio de los ingresos.

Fuente: Véase el Cuadro A1.1 del Anexo I.

La comparación entre las personas con discapacidad y las personas sin discapacidad que obtienen ingresos procedentes del trabajo produce un resultado importante: las personas con discapacidad que trabajan ganan casi tanto como sus colegas no discapacitados. En la mayoría de los países, los ingresos que proceden del trabajo son sólo entre un 5 y un 15% más bajos, y en Suiza y Austria no existe prácticamente ninguna diferencia en tales ingresos por situación de discapacidad (gráfico 3.4). Únicamente en tres países (Suecia, los Estados Unidos y Portugal), los ingresos procedentes del trabajo son alrededor del 30% más bajos para las personas con discapacidad. En Suecia, esta diferencia se debe, en gran parte, a una considerable participación de trabajadores a tiempo parcial entre las personas con discapacidad.

⁸ Debe observarse que, en estos estudios, las prestaciones relacionadas con la discapacidad comprenden las prestaciones por discapacidad (contributivas o relacionadas con los ingresos y no contributivas), las prestaciones en efectivo por enfermedad (pero excluido el pago continuo de los salarios por parte del empresario), y las prestaciones por accidente laboral o de indemnización por incapacidad laboral. Las prestaciones por jubilación abarcan todos los pagos de las pensiones de vejez para las personas menores de 65 años; en muchos países, se trata únicamente de pagos de jubilación anticipada, pero en países con una edad obligatoria de jubilación por debajo de los 65 años (hombres y mujeres en Francia y Corea, y sólo mujeres en Australia [donde las mujeres pueden acceder a la pensión por edad a los 60 años], Austria, Bélgica, Italia, Polonia, Suiza y el Reino Unido) incluye los pagos de jubilación regular para el grupo de edad de 60 a 64 años.

⁹ Los microdatos de Suecia son absolutamente inusuales en muchos sentidos, no sólo debido al predominio excepcionalmente elevado de la discapacidad. Parece que la mayoría de las personas que reciben prestaciones por jubilación anticipada se clasifican a sí mismas como discapacitadas, hecho que afecta de manera importante a todas las valoraciones sobre los ingresos y, en especial, sobre el conjunto global de ingresos.

No hace falta decir que existe una gran diferencia en la composición de los ingresos entre las personas con discapacidad que trabajan y las que no trabajan. El conjunto global de ingresos del último grupo suele estar dominado por las prestaciones relacionadas con la discapacidad, que representan el 40% por término medio para los nueve países de la Unión Europea con datos comparables, mientras que las prestaciones por jubilación representan cerca del 30% como promedio (cuadro 3.2; véase también la sección 3.4).

Además, las personas con discapacidad *sin empleo* suelen tener una situación económica mucho menos favorable que las que sí tienen trabajo. Sus ingresos personales totales son, por término medio, solamente la mitad de los de las personas con discapacidad que tienen empleo (gráfico 3.5). Pero hay excepciones en ambos extremos: en Dinamarca, Holanda y Suecia, los ingresos personales de las personas con discapacidad sin trabajo representan más de dos tercios de los de sus colegas que trabajan, mientras que las personas con dis-

Cuadro 3.2. Composición similar de los ingresos por situación laboral en la mayoría de los países

Principales fuentes de ingresos de las personas con discapacidad según la situación laboral, porcentajes que totalizan el 100%, a finales de la década de 1990

		Trabajo	Privado	Discapacidad	Desempleo	Asistencia social	Jubilación	Otras prestaciones
Austria	Con trabajo	88,9	2,2	2,6	1,0	0,0	1,6	3,7
	Sin trabajo	0,0	4,4	38,5	7,1	0,1	36,2	13,7
Bélgica	Con trabajo	72,9	7,9	11,9	3,3	0,2	0,3	3,5
	Sin trabajo	0,0	11,3	43,4	11,3	0,9	20,6	11,6
Dinamarca	Con trabajo	83,4	1,6	4,4	4,1	1,0	0,8	4,8
	Sin trabajo	0,0	1,7	57,8	13,8	3,7	11,1	11,9
Francia	Con trabajo	86,9	3,6	3,5	1,4	0,2	1,0	3,4
	Sin trabajo	0,0	6,1	28,5	8,4	2,7	38,5	15,9
Alemania ^a	Con trabajo	86,3	3,6	--	1,7	0,3	2,6	5,4
	Sin trabajo	0,0	7,3	--	13,7	2,0	52,8	24,2
Italia	Con trabajo	90,1	2,2	2,1	0,3	0,0	3,3	2,0
	Sin trabajo	0,0	4,1	31,9	0,8	0,4	54,1	8,9
Holanda	Con trabajo	85,1	1,6	5,8	2,0	0,4	3,3	2,0
	Sin trabajo	0,0	7,8	56,9	7,2	10,0	8,9	9,3
Portugal	Con trabajo	89,4	1,2	3,6	0,9	0,1	2,0	2,7
	Sin trabajo	0,0	5,6	30,8	8,6	0,1	42,1	12,8
España	Con trabajo	85,7	5,0	4,3	3,2	0,1	0,5	1,3
	Sin trabajo	0,0	5,6	67,0	4,0	0,2	15,7	7,5
Suecia	Con trabajo	59,4	2,0	9,1	8,2	0,7	13,7	6,9
	Sin trabajo	0,0	2,4	9,0	14,5	6,8	52,7	14,6
Reino Unido ^b	Con trabajo	87,2	4,7	1,6	0,3	--	1,4	4,8
	Sin trabajo	0,0	3,7	34,6	5,1	--	18,1	38,6
Unión Europea (9) ^c	Con trabajo	82,4	3,1	5,2	2,7	0,3	2,6	3,7
	Sin trabajo	0,0	5,4	40,4	8,5	2,8	31,1	11,8

-- Datos no disponibles.

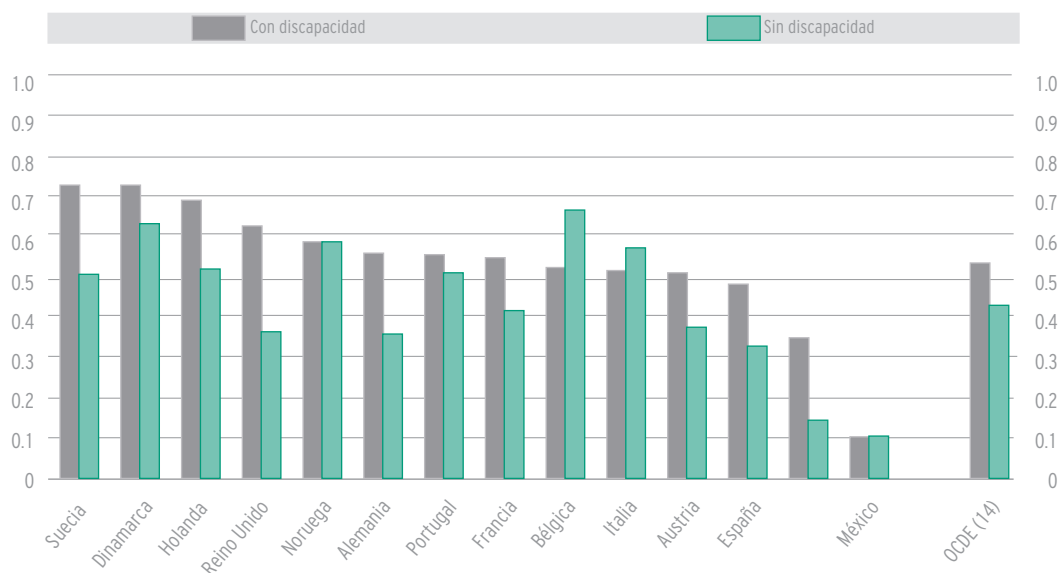
a) Alemania: no existen datos sobre los ingresos procedentes de prestaciones por discapacidad.

b) Reino Unido: no existen datos sobre los ingresos procedentes de la asistencia social.

c) Unión Europea (9): excepto Alemania y el Reino Unido.

Fuente: Véase el Cuadro A1.1 del Anexo I.

GRÁFICO 3.5. IMPORTANTE VARIACIÓN EN LOS INGRESOS DE ACUERDO CON LA SITUACIÓN LABORAL TANTO PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD COMO PARA LAS SIN DISCAPACIDAD
Promedio de los ingresos personales relativos de las que no trabajan en relación con las que trabajan, a finales de la década de 1990



Nota: Los países se clasifican en orden decreciente del ratio de ingresos personales para las personas con discapacidad.

Fuente: Véase el Cuadro A1.1 del Anexo I.

capacidad sin ingresos procedentes del trabajo están en una posición relativamente peor en los Estados Unidos (cerca de un tercio) y, sobre todo, en México¹⁰. Debe tenerse en cuenta que los ingresos personales más bajos de las personas con discapacidad sin trabajo también explican los ingresos relativamente menores de las personas con discapacidad grave, que, por lo general, tienen unos ingresos procedentes del trabajo más bajos (véase la sección siguiente).

► 3.3. Integración laboral: ¿es satisfactoria la participación en el mercado de trabajo?

Índices de empleo

En la sección anterior vimos que las diferencias en los ingresos son el resultado, en gran parte, de las diferencias en los índices de empleo. Y, de hecho, la integración de las personas con discapacidad en el mercado de trabajo no es satisfactoria. En todos los grupos de edad y países, los índices de empleo de las personas con discapacidad *grave* son sólo cerca de un tercio de los de la población no discapacitada en general, y de alrededor del 70% para las personas con discapacidad *moderada*. En total, un ratio medio empleo-población relativo de cerca del 60% (gráfico 3.6).

En términos generales, las diferencias entre países de los índices de empleo relativo de las personas con discapacidad son bastante pequeñas. En casi todos los países, el índice de empleo relativo resultante está entre alrededor del 50% y el 70%, a pesar de los enfoques muy diferentes en cuanto a las políticas en materia de discapacidad. Algunos países consiguen resultados de empleo relativo por encima de la media, en especial Suiza,

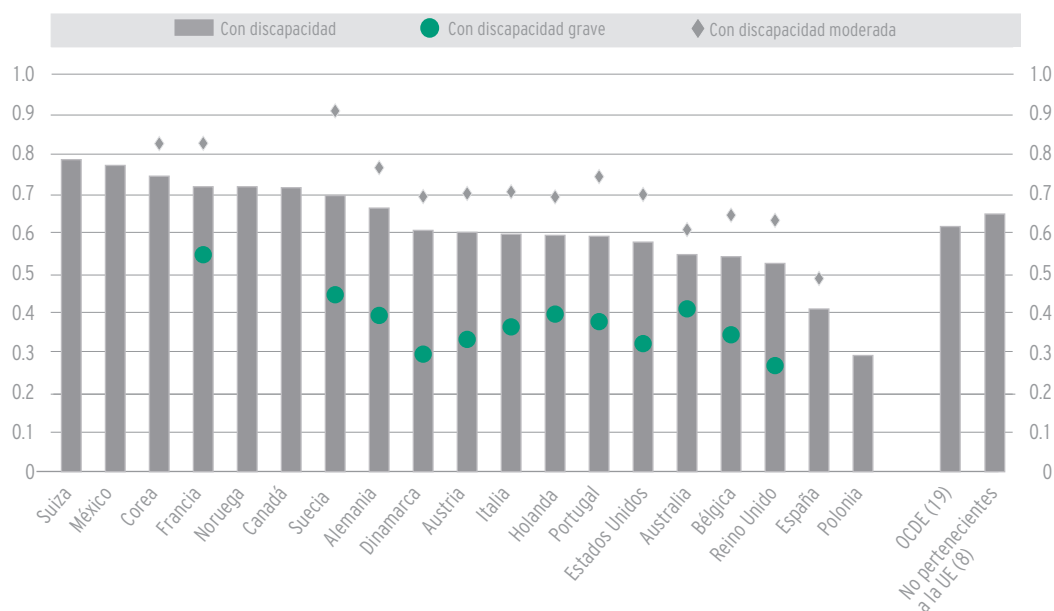
¹⁰ Debe observarse que —según se muestra en el cuadro 3.2—, en la mayoría de los países, los recursos procedentes de los ingresos personales de las personas no discapacitadas que carecen de trabajo son incluso menores, pero este grupo incluye un gran subgrupo de personas que voluntariamente están fuera de la población activa durante un período temporal, por lo general.

Francia, Noruega, Canadá y Suecia. Corea y México también pertenecen a este grupo, aunque –según se verá más adelante– en un índice de empleo absoluto más bajo. Debe tenerse en cuenta que los países con una firme legislación antidiscriminatoria se encuentran más abajo en el índice de empleo relativo, mientras que los países con una cuota de empleo obligatoria se encuentran todos por encima de la distribución (véase la sección 5.1 en esta edición). Francia es el único país –para el que están disponibles tales datos– en el que el índice de empleo relativo de las personas con discapacidad grave es comparativamente alto: casi el 55%.

España (especialmente para las personas con discapacidad moderada) y Polonia tienen índices de empleo relativo muy bajos. La baja cifra de Polonia se debe interpretar con cierta precaución, ya que el conjunto de datos sólo identifica a las personas con discapacidad *registradas* como tales¹¹. Por la misma razón, sin embargo, el elevado ratio empleo-población relativo de Corea (donde también se tiene en cuenta sólo a las personas registradas como discapacitadas) es más bien sorprendente y únicamente se puede entender a causa del bajo nivel de obtención de prestaciones en un sistema de prestaciones introducido hace poco tiempo y que se desarrolla con lentitud. Parece que, en este país, muchas personas no tienen ninguna otra opción para conseguir ingresos que la de trabajar; esta hipótesis está respaldada por la diferencia inusualmente grande en los índices de empleo relativo entre las personas con discapacidad moderada y aquellas cuya discapacidad es grave (el 80% frente al 20%).

GRÁFICO 3.6. INTEGRACIÓN SOCIAL POCO SATISFATORIA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN LA MAYORÍA DE LOS PAÍSES

Índice de empleo relativo de las personas con discapacidad en relación con las personas sin discapacidad, por gravedad de la discapacidad, a finales de la década de 1990



Nota: El nivel de discapacidad no está disponible para Suiza, México, Noruega, Canadá y Polonia.

Fuente: Véase el Cuadro A1.1 del Anexo I.

¹¹ Amoldándose, incluso, a este desequilibrio, la cifra sería probablemente todavía más baja que en otros países, por dos razones. En primer lugar, según datos de otros estudios –y en contraste con otros muchos países–, un elevado porcentaje (85 %) de las personas que se clasifican a sí mismas subjetivamente como discapacitadas también está registrado oficialmente. Y en segundo lugar, no menos del 14,5 % de la población en edad laboral está registrado como personas con discapacidad, una cifra que corresponde a la proporción media de las personas que se autodefinen como discapacitadas en este grupo de países (véase el gráfico 3.1).

¹² La comparación internacional de tales índices de empleo absoluto se ve afectada con más fuerza por las diferencias en cuanto al momento y el diseño de los diferentes estudios (por ejemplo, diferencias en el ciclo económico de un país o diferencias en las definiciones de estar empleado). Por lo tanto, son más fidedignas las comparaciones de la posición relativa de las personas con discapacidad en cada país. Al mismo tiempo, sin embargo, lo que importa en última instancia es el índice de empleo absoluto. Por esta razón, a lo largo de este informe se usan ambas medidas (los índices de empleo relativo y los índices de empleo absoluto).

En términos absolutos, las diferencias entre países en cuanto a los índices de empleo de las personas con discapacidad son considerablemente mayores que en términos relativos¹². En Noruega y Suiza, trabajan seis de cada diez personas con discapacidad en edad laboral, mientras que en España y Polonia sólo es válido para dos de cada diez personas (Cuadro 3.3). Para la mitad de los países, el índice está muy cerca del 45%. Los Estados Unidos, debido al alto índice de empleo global, son el único país que se clasifica mucho mejor en términos absolutos que en términos relativos (categoría 5ª en el cuadro 3.3 en comparación con la categoría 14ª en el gráfico 3.6). México, Corea e Italia se clasifican mucho peor por lo que se refiere a índices de empleo absolutos, debido a su bajo índice de empleo global.

En Australia y España, las diferencias en los índices de empleo entre las personas con discapacidad grave y las moderadamente discapacitadas son mucho menores que la media, como consecuencia de los índices de empleo sumamente bajos entre los españoles con discapacidad moderada y los índices de empleo relativamente altos de los australianos con discapacidad grave. Lo contrario, es decir, diferencias muy grandes en los índices de empleo entre las personas con discapacidad grave y las moderadamente discapacitadas, se encuentra en cuatro países (Dinamarca, Corea, Suecia y los Estados Unidos).

Cuando se interpretan estos datos estadísticos sobre los índices de empleo relativo y absoluto, siempre hay que tener en cuenta las diferencias entre países en la proporción de población en edad laboral que se identifica subjetivamente como discapacitada (véase el gráfico 3.1). Una gran proporción de personas con dis-

Cuadro 3.3. Índice de empleo más bajo con un mayor grado de discapacidad

Índice de empleo por gravedad de la discapacidad, porcentaje de la población de 20 a 64 años, a finales de la década de 1990

	Todos	Todos con discapacidad	Con discapacidad		Sin discapacidad
			Grave	Moderada	
Australia	72,1	41,9	31,4	46,9	76,6
Austria	68,1	43,4	23,9	50,2	71,8
Bélgica	58,7	33,5	21,1	40,0	61,7
Canadá	74,9	56,3	--	--	78,4
Dinamarca	73,6	48,2	23,3	55,1	79,4
Francia	63,6	47,9	36,4	55,5	66,6
Alemania	64,8	46,1	27,0	52,9	69,0
Italia	52,2	32,1	19,4	37,9	53,8
Corea	61,2	45,9	13,4	51,5	61,7
México	60,1	47,2	--	--	61,1
Holanda	61,9	39,9	26,5	46,4	67,0
Noruega	81,4	61,7	--	--	85,8
Polonia	63,9	20,8	--	--	71,2
Portugal	68,2	43,9	27,6	55,3	74,0
España	50,5	22,1	15,1	26,5	54,2
Suecia	73,7	52,6	33,8	69,0	75,8
Suiza	76,6	62,2	--	--	79,1
Reino Unido	68,6	38,9	19,3	45,8	73,9
Estados Unidos	80,2	48,6	26,4	58,8	83,9
OCDE (19)	67,1	43,9	--	--	70,8
OCDE (14) ^a	65,5	41,3	24,5	48,8	68,1
Unión Europea (11)	64,0	40,8	24,9	48,7	67,9
No pertenecientes a la UE (3) ^a	71,2	45,5	23,7	52,4	74,1

-- Datos no disponibles.
a) Grado de gravedad de la discapacidad no disponible para Canadá, México, Noruega, Polonia y Suiza.

Fuente: Véase el Cuadro A1.1 del Anexo.

capacidad puede señalar un índice medio de discapacidad más débil en este grupo, lo que podría tener un impacto sobre los índices de empleo. En conjunto, sin embargo, no hay correlación entre la prevalencia de la discapacidad y los niveles de empleo relativo, lo que sugiere que otros factores –que se analizan en secciones posteriores– son mucho más importantes.

La consideración de grupos de edad concretos nos ofrece una imagen global más diferenciada y reveladora. En muchos países europeos, los índices de empleo relativo de las personas con discapacidad en las primeras edades laborales (definidas como las personas que están por debajo de los 50 años de edad) son muy altos: alrededor del 85% en Austria, Francia, Alemania, Italia y Suiza, y próximos al 80% en Noruega y Suecia (cuadro 3.4). Entre los países no europeos, solamente Canadá y Corea se aproximan a esos niveles de empleo relativo a esta edad. En los demás países, en cambio, los índices de empleo relativo de las personas con discapacidad del grupo de edad de 20 a 49 años sólo representan alrededor de dos tercios de los de las personas no discapacitadas de este grupo de edad, y en España y Polonia llegan a ser más bajos incluso.

Las personas con discapacidad de edad superior a los 50 años están en una situación mucho peor. Los índices de empleo de las personas con discapacidad caen mucho más rápidamente con la edad que los índices de empleo de las personas no discapacitadas. Por término medio, estos índices representan únicamente poco más del 50% de las personas sin discapacidad. Los bajos índices de empleo relativo de las personas con discapacidad de edad superior a los 50 años sugieren una coincidencia considerable entre la discapacidad y

Cuadro 3.4. Índices de empleo relativo más altos para las personas de la primera edad laboral y con un nivel de educación mayor

Índice de empleo relativo de las personas con discapacidad con respecto a las sin discapacidad, por grupo de edad, género y nivel de educación, a finales de la década de 1990

	Todos		Grupo de edad			Nivel de educación	
	De 20 a 64 años	De 20 a 49 años	De 50 a 64 años	Hombres	Mujeres	Más bajo	Más alto
Australia	0,55	0,66	0,45	0,54	0,56	--	--
Austria	0,60	0,85	0,55	0,60	0,59	0,49	0,67
Bélgica	0,54	0,73	0,30	0,59	0,52	0,46	0,64
Canadá	0,72	0,80	0,62	0,71	0,73	0,64	0,77
Dinamarca	0,61	0,74	0,42	0,61	0,62	0,44	0,73
Francia	0,72	0,83	0,67	0,75	0,69	0,71	0,83
Alemania	0,67	0,84	0,65	0,69	0,62	0,57	0,71
Italia	0,60	0,84	0,52	0,59	0,63	0,48	1,02
Corea	0,74	0,82	0,66	0,66	0,69	0,73	0,89
México	0,77	--	--	--	--	--	--
Holanda	0,60	0,70	0,52	0,61	0,64	0,55	0,63
Noruega	0,72	0,81	0,62	--	--	--	--
Polonia	0,29	0,32	0,35	--	--	--	--
Portugal	0,59	0,70	0,56	0,59	0,62	0,58	0,85
España	0,41	0,53	0,36	0,43	0,37	0,41	0,57
Suecia	0,69	0,78	0,56	0,77	0,64	0,64	0,72
Suiza	0,79	0,87	0,68	0,84	0,75	--	--
Reino Unido	0,53	0,64	0,42	0,51	0,56	0,41	0,65
Estados Unidos	0,58	0,66	0,48	0,55	0,61	0,40	0,66
OCDE (19)	0,62	--	--	--	--	--	--
OCDE (14) ^a	0,61	0,75	0,52	0,62	0,61	0,54	0,74
Unión Europea (11)	0,60	0,74	0,50	0,61	0,59	0,52	0,73

-- Datos no disponibles.

a) Edad, género o nivel de educación no disponibles para Australia, México, Noruega, Polonia y Suiza.

Fuente: Véase el Cuadro A1.1 del Anexo I.

los problemas de los trabajadores de edad avanzada. La desventaja de las personas con discapacidad de mediana edad (grupo de edad de 50 a 64 años) con respecto a las personas con discapacidad más jóvenes (grupo de edad de 20 a 49 años) es particularmente asombrosa en Austria, Bélgica, Dinamarca e Italia. En estos países, los altos índices de jubilación anticipada parecen explicarse en gran parte por la salida precoz al mercado de trabajo de las personas con discapacidad.

En tanto que los índices de empleo relativo descienden con la edad de la persona con discapacidad, las diferencias de género son insignificantes. La combinación de discapacidad y escasa educación, sin embargo, sitúa a las personas en una desventaja particular. Por término medio, los índices de empleo relativo de las personas con discapacidad con un nivel de educación inferior son tan bajos como los de las personas con discapacidad de edad superior a los 50 años, mientras que los índices de empleo de las personas con discapacidad con un nivel de educación más alto el logro los del grupo de la primera edad laboral. Holanda y Suecia son los dos países con la menor relación entre el nivel de educación y los índices de empleo. En Holanda, el hecho se debe a un nivel de empleo relativo bastante bajo entre las personas con discapacidad mejor educadas. Con mucho, la mayor discrepancia con respecto al nivel de educación se encuentra en Italia, donde las personas con discapacidad mejor educadas parecen tener unos índices de empleo relativo muy altos.

Desempleo y carencia de empleo

Los bajos índices de empleo pueden ser consecuencia de dos factores: unos índices de inactividad y desempleo más altos entre las personas con discapacidad. Los índices de desempleo de las personas con discapacidad son, de hecho, muy altos; por término medio, para los países de los que se dispone de datos, son alrededor de un 80% más altos que los de sus colegas no discapacitados (cuadro 3.5)¹³. En Austria, Alemania y Holanda, el desempleo de las personas con discapacidad (en términos relativos) es particularmente alto: cerca del 170% más alto que para el conjunto de la población¹⁴.

Además, la gravedad de la discapacidad establece una gran diferencia. Entre las personas con discapacidad grave, los índices de desempleo están, por término medio, un 180% por encima de los de las personas no discapacitadas y un 70% por encima de los de las personas con discapacidad moderada. La diferencia en los índices de desempleo entre las personas con discapacidad grave y moderada es altísima en Dinamarca y Alemania, y mínima en los Estados Unidos y Australia. Lo último podría ser resultado de una legislación acertada, aunque esta conclusión especulativa no se ve respaldada por los datos relativos al Reino Unido, que también tiene una legislación antidiscriminatoria fuerte, pero donde las diferencias de los índices de desempleo están mucho más de acuerdo con las de otros países.

Es difícil explicar la variación internacional de los índices de desempleo por la situación de la discapacidad. Algunos de los países con pequeñas diferencias en los índices de desempleo, como los países del sur de Europa, son países con índices de inactividad de las personas con discapacidad particularmente altos, con proporciones de desempleo de entre el 60 y el 70%, comparadas con un promedio para la OCDE del 48% para todo el grupo de personas con discapacidad en edad laboral. Tal situación sugiere un desaliento laboral muy importante en esos países, lo que conduce a una situación en la que las personas con discapacidad incluso no tratan de entrar en el mercado de trabajo. En este sentido, unos índices de desempleo más bajos también ser pueden un signo de la desventaja, particularmente importante, de las personas con discapacidad en el mer-

¹³ Debe observarse que los índices globales de desempleo del Cuadro 3.4, que se refieren al año del estudio nacional, puede ser diferentes de los índices oficiales de desempleo. La preocupación principal aquí, sin embargo, es la diferencia en los índices de desempleo de las personas con discapacidad y de las personas no discapacitadas, más bien que el índice total de desempleo de un país. Véase de nuevo el Cuadro A1.1 del Anexo 1 para las definiciones de desempleo utilizadas en los estudios nacionales.

¹⁴ Debe observarse que el índice oficial de desempleo de las personas con discapacidad registradas en Austria es más bajo, pero la definición de discapacidad usada para el registro de la discapacidad no es comparable en este contexto. El elevado índice de desempleo de las personas con discapacidad en Corea significa que muchas de ellas están repartidas igualmente entre desempleadas y trabajadoras, y que sólo una de cada ocho personas con discapacidad se clasifica como inactiva.

Cuadro 3.5. Índice de desempleo alto con un elevado grado de discapacidad

Índice de desempleo por gravedad de la discapacidad, porcentaje de la población de 20 a 64 años, a finales de la década de 1990

	Todos	Todos con discapacidad	Con discapacidad		Sin discapacidad
			Grave	Moderada	
Australia	7,1	10,2	10,1	11,8	6,8
Austria	5,6	13,0	22,0	11,2	4,9
Bélgica	14,4	22,8	35,9	18,2	13,9
Dinamarca	9,4	15,7	29,3	13,7	8,5
Francia	13,2	17,5	20,8	16,0	12,6
Alemania	9,3	20,5	35,6	16,9	7,4
Italia	13,2	17,5	20,8	16,0	7,4
Corea	14,9	47,4	84,0	41,5	13,7
México	3,6	1,8	--	--	3,7
Holanda	12,5	26,8	39,6	22,3	10,1
Polonia	13,6	19,7	--	--	13,2
Portugal	8,8	12,7	17,9	10,8	8,2
España	20,4	27,0	31,1	25,4	20,2
Suecia	10,2	18,0	21,4	16,4	11,9
Suiza	3,7	6,8	--	--	3,3
Reino Unido	6,9	12,1	18,9	10,9	6,3
Estados Unidos	3,7	5,3	5,7	5,2	3,6
OCDE (17)	10,0	17,2	--	--	9,5
OCDE (14) a	10,7	18,8	28,2	16,6	10,1
Unión Europea (11)	11,3	18,2	26,9	15,8	10,6
No pertenecientes a la UE (3) ^a	8,6	21,0	33,3	19,5	8,0

-- Datos no disponibles.
a) Grado de gravedad de la discapacidad no disponible para Canadá, México, Noruega, Polonia y Suiza.
Fuente: Véase el Cuadro A1.1 del Anexo.

cado de trabajo. Además, la interpretación de las evidencias de diferentes países sobre los índices de desempleo de las personas con discapacidad parece estar más restringida por las diferencias en las definiciones usadas que por otros indicadores (véase el anexo 1). Por lo tanto, el análisis de los resultados se basará, en gran parte, en los datos relativos a los índices de empleo.

3.4. ¿Se explican la participación de la población activa y la seguridad salarial en función del interés público?

Estar empleado y recibir una prestación

Los datos del estudio muestran que un número considerable de personas con discapacidad recibe ingresos procedentes tanto del trabajo como de las prestaciones públicas. Esta proporción es, con mucho, altísima en Suecia –más de un tercio, lo que se explica por el hecho de que todos los programas de transferencias públicas se centran en las prestaciones parciales–, seguida por Dinamarca, con más de un quinto (cuadro 3.6, tercera columna). En la mayoría de los demás países, alrededor del 5 al 15% de todas las personas con discapacidad en edad laboral que reciben ingresos procedentes del trabajo al mismo tiempo reciben una prestación pública, generalmente relacionada con la discapacidad, el desempleo o la jubilación. En Australia (debido a que las prestaciones públicas están sujetas a la comprobación de los recursos) y en México (donde la mayoría de las personas que tienen derecho a las prestaciones recibe una pensión de vejez), el porcentaje es particularmente bajo.

Cuadro 3.6. Situación de las personas con discapacidad con respecto al trabajo y las prestaciones

Distribución de las personas con discapacidad por la situación con respecto al trabajo y las prestaciones, en porcentajes, a finales de la década de 1990

	Empleadas			No empleadas		
	Total	De las cuales		Total	De las cuales	
		Ningún tipo de prestaciones	Prestaciones		Ningún tipo de prestaciones	Prestaciones
Australia	41,9	39,1	2,8	58,1	15,7	42,4
Austria	43,3	26,4	16,9	56,7	14,2	42,5
Bélgica	33,4	15,1	18,3	66,5	16,2	50,3
Dinamarca	48,2	25,7	22,5	51,8	6,3	45,5
Francia	47,9	30,0	17,9	52,1	11,7	40,4
Alemania	46,1	30,5	15,6	53,8	11,9	41,9
Italia	32,1	25,4	6,7	68,0	28,8	39,2
Corea	45,9	40,1	5,8	54,0	49,5	4,5
México	47,1	44,8	2,3	52,9	52,5	0,4
Holanda	39,9	23,3	16,6	60,1	19,5	40,6
Noruega	61,7	56,5	5,3	38,3	12,2	26,1
Portugal	43,9	26,0	17,9	56,0	20,9	35,1
España	22,1	16,8	5,3	77,9	28,0	49,9
Suecia	52,7	14,8	37,9	47,3	1,1	46,2
Suiza	62,4	52,0	10,4	37,6	14,2	23,3
Reino Unido	38,9	23,5	15,4	61,1	9,1	52,0
Estados Unidos a	48,6	42,0	6,6	51,4	18,8	32,6
OCDE (17)	44,5	31,3	13,2	55,5	19,4	36,1
PHOGUE (11)	40,8	23,4	17,4	59,2	15,2	44,0

PHOGUE: Panel de Hogares de la Unión Europea.

Nota: Las prestaciones familiares se consideran como ningún tipo de prestación.
a) Las prestaciones son únicamente prestaciones por discapacidad.
Fuente: Véase el Cuadro A1.1 del Anexo I.

Aparte de Suecia, no hay una correlación mensurable entre el número de personas con discapacidad que tienen ingresos procedentes tanto del trabajo como de las prestaciones y una política que haya previsto el pago parcial de las prestaciones por discapacidad para compensar parcialmente la reducción de la capacidad laboral o salarial (en la sección 4.2 puede verse más información sobre la cuestión de las prestaciones parciales). Por ejemplo, según estos datos, tal acumulación de trabajo y prestaciones es más alta en un país como Austria (el 17%), donde no existen prestaciones por discapacidad parcial, que en Suiza (el 10%), donde se han previsto prestaciones por discapacidad del 25%, el 50% y el 100%.

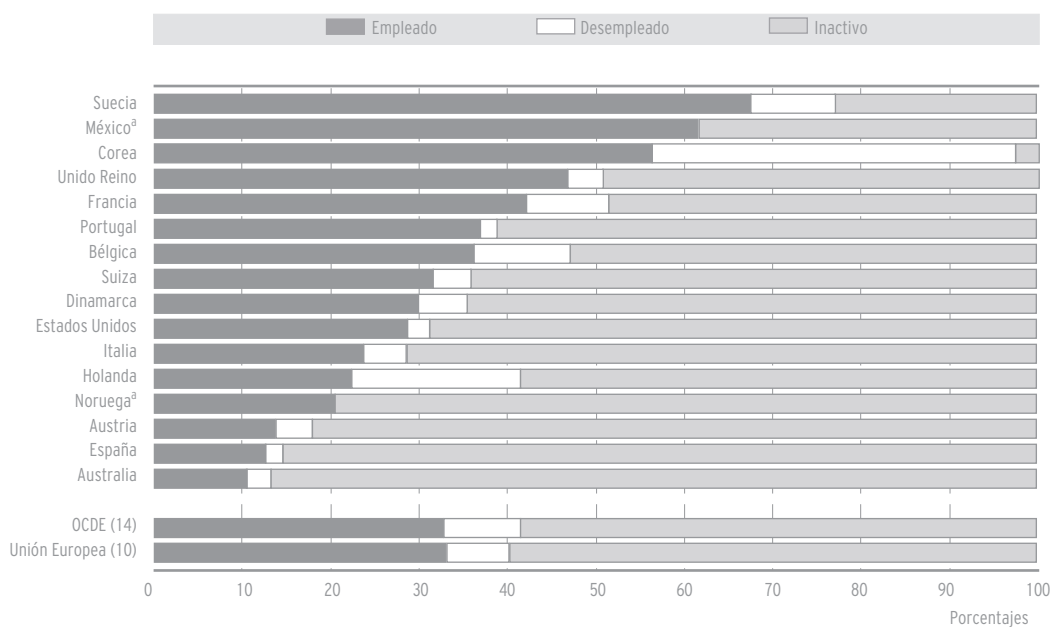
Entre los beneficiarios de prestaciones relacionadas con la discapacidad, aproximadamente uno de cada tres, por término medio, también tiene empleo (gráfico 3.7).¹⁵ En tres países, sin embargo, más de uno de cada dos beneficiarios de prestaciones relacionadas con la discapacidad informa que está empleado (Suecia, México y Corea). En otros tres países, que no tienen ninguna opción de prestaciones por discapacidad par-

¹⁵ Esta cifra sería algo más baja si pudieran excluirse las prestaciones en efectivo por enfermedad. Los beneficiarios de prestaciones en efectivo por enfermedad, una subcategoría de las prestaciones relacionadas con la discapacidad, se definen generalmente como una parte de la población con empleo. En la mayoría de los países, sin embargo, este grupo es bastante pequeño porque no se incluye una gran proporción de ausencias por enfermedad de corta duración (es decir, el período de pago continuo de los salarios por parte del empresario).

cial, sólo trabaja uno de cada nueve beneficiarios de prestaciones (Australia, Austria y España). La baja cifra de Australia es sorprendente, dado que la sujeción a la comprobación de los recursos permite ingresos parciales procedentes del trabajo. De modo similar, la cifra de Holanda (cerca del 20%) es bastante baja, considerando el gran número de personas que perciben prestaciones por discapacidad parcial, que sólo exige una reducción de la capacidad salarial del 15%.

GRÁFICO 3.7. UNO DE CADA TRES BENEFICIARIOS DE UNA PRESTACIÓN RELACIONADA CON LA DISCAPACIDAD TRABAJA

Situación laboral de los beneficiarios de prestaciones por discapacidad, en porcentajes, a finales de la década de 1990



Nota: Los países se clasifican en orden decreciente de la proporción de empleados.

a) Inactivos significa no empleados.

Fuente: Véase el Cuadro A1.1 del Anexo I.

En algunos países, importantes proporciones de beneficiarios de prestaciones por discapacidad se declaran a sí mismos como desempleados; esto es particularmente manifiesto no sólo en Corea, sino también en Holanda, dos países que también mostraron tener unos índices de desempleo mucho más altos entre las personas con discapacidad que entre las personas no discapacitadas.

Ser persona con discapacidad frente a recibir una prestación por discapacidad

Un reto importante para los sistemas de prestaciones por discapacidad es el de encontrar un equilibrio apropiado al minimizar tanto el error de exclusión (es decir, la denegación de prestaciones a las personas que las necesitan) como el error de inclusión (es decir, la concesión de prestaciones a las personas que no las necesitan).

La proporción de personas con discapacidad en edad laboral que no recibe ningún ingreso procedente del trabajo ni ningún tipo de prestaciones es, por lo tanto, muy alarmante (Cuadro 3.6 y Panel A del Gráfico 3.8). En Italia y España, este grupo crítico representa casi el 30% de todas las personas con discapacidad en edad laboral.¹⁶ En Corea y México, la proporción de personas con discapacidad sin trabajo ni ingresos es casi el 50%, en parte porque los sistemas de prestaciones por discapacidad fuer-

¹⁶ Debe recordarse que estamos relacionando la prevalencia de la discapacidad definida por los propios interesados, que se deriva de las encuestas nacionales de población, con la recepción de prestaciones por discapacidad, que se basa en una definición de discapacidad bastante diferente.

introducidos más recientemente. En la mayoría de los demás países, la proporción de este grupo sumamente vulnerable se encuentra entre el 10 y el 20%. En Holanda, país en el que se percibe que la recepción de prestaciones por discapacidad es muy elevada, todavía aproximadamente una de cada cinco personas con discapacidad no recibe ningún ingreso procedente del trabajo ni de las prestaciones públicas. La proporción es sólo algo más baja en Suiza y Noruega, dos países en los que los sistemas de prestaciones cubren a la totalidad de la población. Únicamente en el Reino Unido, Dinamarca y, sobre todo, Suecia menos del 10% de todas las personas con discapacidad no tiene ingresos procedentes del trabajo ni de las prestaciones.

Entre las personas con discapacidad que no trabajan, como es lógico, la situación es mucho más grave. En la mayoría de los países, entre un cuarto y un tercio de todas las personas con discapacidad sin trabajo no percibe ingresos en forma de prestaciones (gráfico 3.8, panel B, primera columna). La cifra es mucho más alta en Corea y México: más del 90%, otra vez como consecuencia de que sólo se tiene derecho, de manera lenta y progresiva, a las prestaciones por discapacidad recientemente introducidas. Por otra parte, Italia resulta ser el país con la proporción mayor (el 42%) de personas con discapacidad sin trabajo que no tienen derecho a recibir ingresos procedentes de las prestaciones. De nuevo, la proporción es significativamente más baja que el promedio –con el 15%, o menos– en el Reino Unido, Dinamarca y Suecia¹⁷.

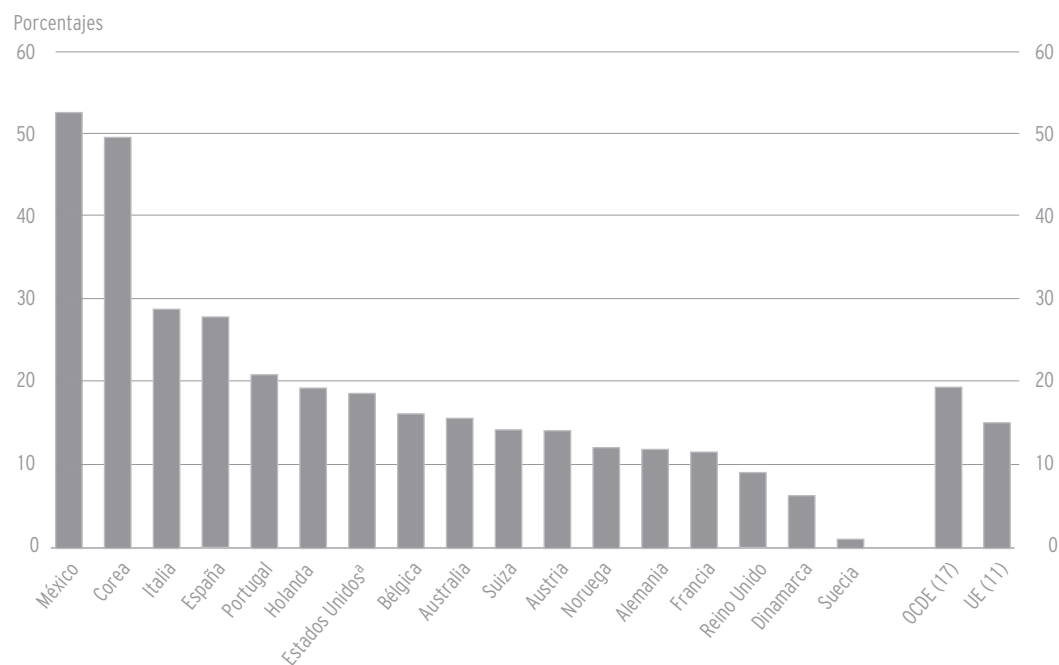
En varios países, la exclusión de los ingresos procedentes del trabajo y de las prestaciones está muy relacionada con la edad, de modo que afecta más a las personas con discapacidad en la primera edad laboral a las que tienen más de 50 años, que tienen derecho a alguna forma de prestación por jubilación anticipada. Esto es especialmente válido para los países del sur de Europa y para Austria, donde más del 40% de todas las personas con discapacidad de menos de 50 años forma parte de este grupo sumamente vulnerable. En comparación con apenas más del 30% (en los países del sur de Europa) o sólo el 20% (en Austria) entre quienes superan los 50 años de edad (gráfico 3.8, panel B).

Una razón importante de que las personas con discapacidad no tengan derecho a las prestaciones, encontrándose en situación de no poder trabajar, es la falta de cobertura individual. Las personas que nunca se incorporaron a la población activa y las personas que estuvieron varios años fuera de ella no pueden acceder a ninguna prestación por discapacidad (es decir, no tienen derecho a recibir prestaciones del seguro de discapacidad que potencialmente reúnan los criterios de discapacidad exigidos), o sólo pueden hacerlo si se someten a una estricta comprobación de los recursos con respecto a los ingresos de la familia (es decir, no tienen derecho porque sobrepasan el umbral de la renta familiar).

Aunque se tienen en cuenta posibles problemas metodológicos, la diferencia entre tener discapacidad y recibir prestaciones relacionadas con ésta es considerable y no sólo se encuentra en los casos de discapacidad moderada. Reciben una prestación por discapacidad entre el 20 y el 40% de todas las personas que se consideran a sí mismas como discapacitadas (cuadro 3.7). Aparte de Corea y México, la proporción más baja es la de Suiza (el 18,5%), y la más alta la de Bélgica, España y los Estados Unidos (entre el 35 y el 40%)¹⁸.

¹⁷ Debe observarse que no todas las personas sin trabajo y sin derecho a prestaciones son necesariamente pobres o están excluidas económicamente. Según la estructura de familia y de trabajo del país que se considere, una cierta proporción estará constituida únicamente por personas con discapacidad moderada que pueden permitirse no trabajar.

¹⁸ No hay que olvidar que ésta es una información que se deriva de estudios nacionales. En general, los índices con respecto a quienes se declaran discapacitados y reciben prestaciones relacionadas con la discapacidad muestran una correspondencia razonable con los cálculos que se derivan de las fuentes de datos administrativas (que son la base para el análisis del Capítulo 4). En la mayoría de los países, la valoración del estudio es más alta (comparar las tres últimas columnas del Cuadro 3.7). Esto se explica por el hecho de que en la mayoría de los países (excepto Corea, Noruega y Suiza), las valoraciones del estudio sobre las prestaciones relacionadas con la discapacidad incluyen las prestaciones por enfermedad. Las valoraciones particularmente altas de los estudios de Suecia y el Reino Unido se explican por el muy elevado número de personas que perciben prestaciones por enfermedad de larga duración, lo que también se hace evidente por la gran proporción de personas no discapacitadas que reciben tales prestaciones en estos dos países. Las bajas valoraciones de los estudios de Italia y Noruega únicamente se pueden atribuir al diseño de los estudios (por ejemplo, la parcialidad al seleccionar las muestras).

GRÁFICO 3.8. UNA PROPORCIÓN CONSIDERABLE DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD CARECE DE INGRESOS PERSONALES**Panel A:** Proporción de personas con discapacidad de 20 a 64 años de edad que carecen de ingresos procedentes del trabajo o de las prestaciones, a finales de la década de 1990**Panel B:** Proporción de personas con discapacidad sin trabajo ni ingresos procedentes de prestaciones, por grupo de edad, a finales de la década de 1990

	De 20 a 64 años	De 20 a 49 años	De 50 a 64 años
Australia	27,0	..	..
Austria	25,0	40,9	19,6
Bélgica	24,4	31,0	19,8
Dinamarca	12,2	16,2	9,0
Francia	22,5	23,2	21,8
Alemania	22,1	23,3	21,8
Italia	42,4	60,8	34,4
Corea	91,7	..	..
México	99,2	..	..
Holanda	32,4	38,7	26,8
Noruega	31,9	..	..
Portugal	37,3	48,4	30,1
España	35,9	42,6	31,7
Suecia	2,3	1,4	3,4
Suiza	37,9	..	..
Reino Unido	14,9	13,4	16,0
Estados Unidos ^a	36,6	..	..
OCDE (17)	35,0	..	..
Unión Europea (11)	24,7	30,9	21,3

.. Datos no disponibles.

a) Las prestaciones son únicamente prestaciones por discapacidad.

Fuente: Véase el Cuadro A.I.1 del Anexo I.

Cuadro 3.7. Grandes proporciones de personas con discapacidad grave no reciben una prestación relacionada con la discapacidad

Índices de perceptores de prestaciones por discapacidad en cada situación de discapacidad, en porcentajes, a finales de la década de 1990

	Datos del panel				Datos administrativos ^a		
	Con discapacidad			Sin discapacidad	Todas las personas	Todas las personas	
	Todos	Grave	Moderada			1995	1999
Australia	28,6	41,6	22,4	0,8	4,3	4,2	5,2
Austria	20,9	37,7	15,0	1,2	3,8	4,3	4,6
Bélgica	39,0	49,4	33,5	3,7	7,7	5,9	5,9
Dinamarca	34,3	64,7	25,9	2,8	8,7	8,1	7,7
Francia	22,8	35,4	14,5	2,1	5,4	4,6	4,7
Italia	20,7	35,7	13,9	1,2	2,6	7,2	5,5
Corea	10,3	4,7	11,3	0,0	0,3	0,7	0,6
México	0,3	--	--	0,2	0,2	0,7	0,6
Holanda	29,0	42,8	22,4	3,0	7,9	8,6	9,0
Noruega	28,4	41,5	20,0	2,0	4,6	8,0	9,2
Portugal	21,2	31,6	13,9	2,0	5,6	6,6	6,5
España	39,6	59,0	27,3	1,1	5,5	5,0	4,7
Suecia	35,6	46,6	26,1	8,9	14,8	8,2	8,2
Suiza	18,5	--	--	1,3	3,8	4,5	5,3
Reino Unido	37,0	63,6	26,4	6,3	11,6	6,5	6,6
Estados Unidos	39,2	62,2	28,6	4,1	7,8	4,4	4,7
OCDE (16)	26,6	--	--	2,5	5,9	5,4	5,5
OCDE (14) ^b	29,0	44,0	21,5	2,8	6,5		
Unión Europea (10)	30,0	46,7	21,9	3,2	7,4	6,3	6,2

— Datos no disponibles.

a) Los índices de perceptores de prestaciones por discapacidad procedentes de estadísticas de programas administrativos se muestran a efectos comparativos.

b) Excepto México y Suiza.

Fuente: Véanse los Cuadros A1.1 y A1.2 del Anexo I.

En la mayoría de los países, incluso entre las personas clasificadas como gravemente discapacitadas, del 50 al 70% de ellas dicen que no reciben prestaciones relacionadas con la discapacidad, aunque puedan recibir otros tipos de prestaciones en efectivo. El hecho de que estas personas trabajen puede ser un resultado político deseable. Pero el hecho contrario —que estas personas no trabajen y estén excluidas de la recepción de prestaciones públicas— indica un reto político. Únicamente en cuatro países (Dinamarca, España, el Reino Unido y los Estados Unidos) la mayoría de las personas con discapacidad grave en edad laboral recibe una prestación relacionada con la discapacidad.

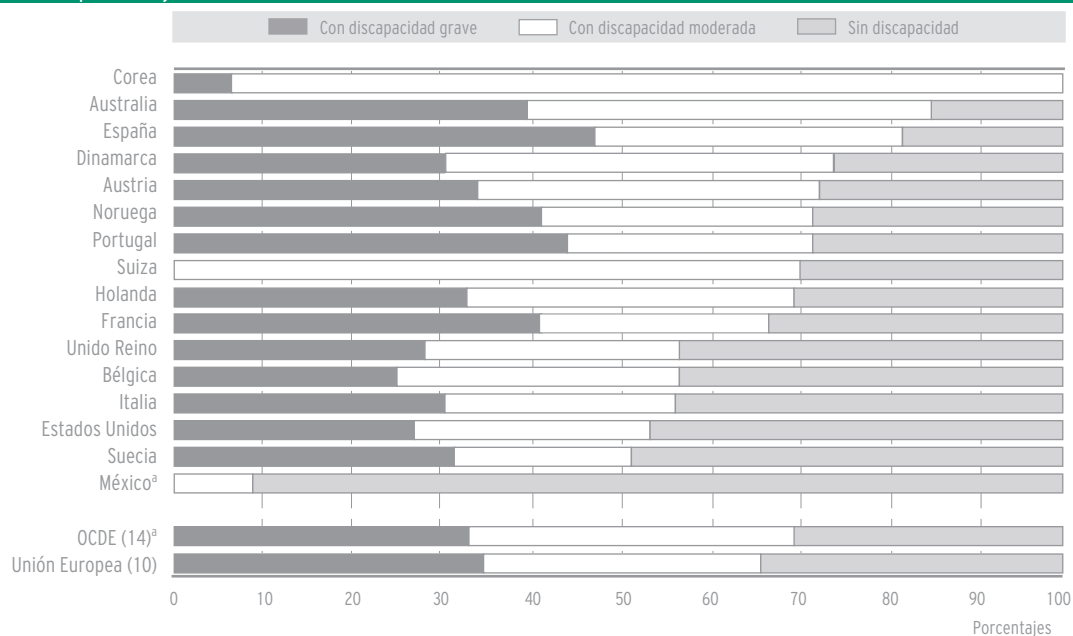
De modo similar, en la mitad de los países sólo cerca del 25% de todas las personas con discapacidad moderada declara recibir prestaciones relacionadas con la discapacidad. Esta proporción es más baja en, por ejemplo, Austria, Francia, Italia y Portugal, y viene explicada, en la mayoría de los casos, más por la gran proporción de personas con discapacidad que recibe prestaciones por jubilación que por la estricta aplicación de los criterios de entrada en estos países. Bélgica es el único país en el que no menos de una de cada tres personas con discapacidad moderada recibe una prestación relacionada con la discapacidad.

Mientras que la mayoría de las personas con discapacidad no declara recibir una prestación pública por discapacidad, al mismo tiempo, un promedio de uno de cada tres beneficiarios aptos para recibir una prestación relacionada con la discapacidad alega no tener subjetivamente ninguna discapacidad recono-

cida¹⁹. Este tipo de desequilibrio se encuentra en casi todos los países participantes, con variaciones más bien pequeñas en lo que respecta a porcentajes (gráfico 3.9). Países con opciones de prestaciones parciales, como Suecia, así como países que carecen de tal opción y tienen acceso relativamente estricto a las prestaciones por discapacidad, como el Reino Unido y los Estados Unidos, se encuentran entre los que tienen una proporción alta (es decir, entre el 40 y el 50%) de personas aparentemente sin discapacidad –no discapacitadas según su propia opinión subjetiva– en el registro de perceptores de prestaciones por discapacidad.

GRÁFICO 3.9. UNO DE CADA TRES BENEFICIARIOS DE PRESTACIONES POR DISCAPACIDAD NO SE CONSIDERA A SÍ MISMO COMO DISCAPACITADO

Situación de discapacidad de los beneficiarios de prestaciones por discapacidad, a finales de la década de 1990, en porcentajes



Nota: Los países se clasifican en orden decreciente de la proporción de personas con discapacidad grave y moderada entre los beneficiarios de prestaciones por discapacidad.

a) "Grave" y "Moderada" para México y Suiza. Excluidos en los promedios.

Fuente: Véase el Cuadro A.I.1 del Anexo I.

Australia y España se destacan como países en los que menos perceptores de prestaciones relacionadas con la discapacidad –sólo uno de cada seis– declaran no estar discapacitados o, como mínimo, no tener impedimentos en las actividades cotidianas a causa de sus problemas de salud o de su discapacidad²⁰.

La diferencia entre considerarse uno mismo discapacitado y recibir una prestación por discapacidad conduce a diversos tipos de conclusiones, aparte de las cuestiones de calidad y fiabilidad de los datos, en general, y de la propia evaluación de la situación de discapacidad que hacen los interesados, en particular. Uno de los aspectos, obviamente, es que la fluidez de la situación de discapacidad puede tener un impacto. El hecho de tener discapacidad no es, necesariamente, una característica estática: la discapacidad puede ser temporal o permanente, reversible o irreversible, progresiva o regresiva. En un reciente estudio longitudinal, en el que se usaron datos anuales de la encuesta del Panel de Hogares Británico para los años 1991 a 1997, Burchardt (2000) mostró que, entre las personas identificadas como limitadas en las actividades de la

¹⁹ Una vez más debe tenerse presente que algunos beneficiarios de prestaciones por enfermedad de larga duración están incluidos en esta cifra. La corrección de esta sobrestimación, si fuera posible, no cambiaría, sin embargo, la conclusión. Es lo que confirman los datos relativos a Noruega y Suiza, que no incluyen a los beneficiarios de prestaciones por enfermedad.

²⁰ En el estudio de Corea, por definición, sólo se identifican las personas registradas como discapacitadas; dado que la misma definición se usa también para los derechos a prestaciones por discapacidad (y porque no existe en este país un programa de prestaciones en efectivo por enfermedad), nadie clasificado como no discapacitado puede recibir prestaciones por discapacidad.

vida diaria durante el período de observación, se encontró que el 10% estaban discapacitadas sólo un año, otro 10% dos o tres años consecutivos y todavía otro 10% dos o tres años, pero no sucesivamente.

Otra explicación básica es que la definición, razonablemente objetiva, de discapacidad utilizada para la obtención de prestaciones por discapacidad no es necesariamente –y en un grado que varía en los diferentes países– un subconjunto de la propia evaluación subjetiva de la discapacidad que hacen los interesados y que se usa en las encuestas nacionales²¹. En otras palabras, la percepción subjetiva del individuo se basa, en parte, en diferentes criterios y análisis implícitos, y esta clase de desequilibrio es probable que sea particularmente importante para las personas con discapacidad moderada. Además, los resultados parecen ser un firme indicio del problema o reto más crítico para los sistemas de prestaciones por discapacidad, en particular para determinar apropiadamente la situación de discapacidad del solicitante de las prestaciones. Los datos empíricos parecen sugerir que los errores tanto de inclusión como de exclusión son bastante grandes en casi todos los países.

El papel de los programas especiales de empleo

Los índices de empleo más altos de las personas con discapacidad en algunos de los países podrían ser consecuencia de dos elementos: una mejor integración en el mercado de trabajo ordinario, y un enfoque más enérgico de los programas especiales de empleo para las personas con discapacidad. En cuanto a esto último, de hecho hay diferencias considerables entre las políticas de los países. En varios de ellos, los programas especiales de empleo para las personas con discapacidad siguen siendo virtualmente inexistentes. En muchos países de Europa del oeste y del norte, en contraste, hasta el 1% de la población en edad laboral –y en Suecia incluso más del 1,5%– se encuentra en tales programas.

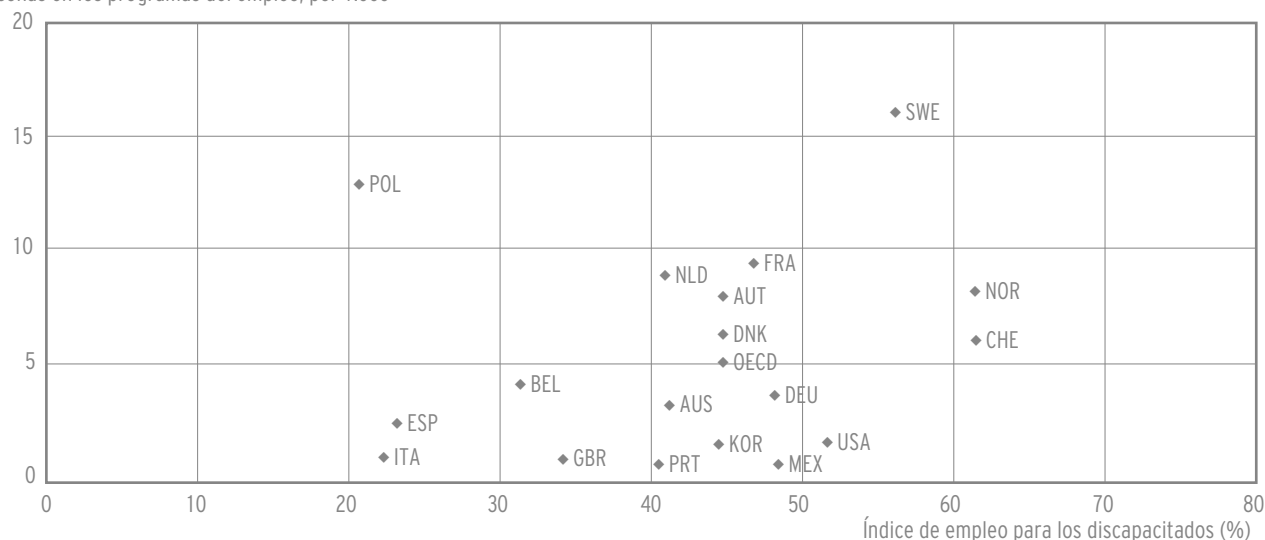
Sin embargo, es débil la correlación estadística entre este porcentaje y el resultado por lo que respecta a los índices de empleo de las personas con discapacidad (gráfico 3.10). Hay que reconocer, con una excepción, que ningún país con un enfoque importante de los programas de empleo para las personas con discapacidad tiene unos índices de empleo por debajo del promedio, y muchos tienen índices de empleo relativamente altos. Polonia es una auténtica excepción, con la segunda mayor proporción de personas en edad laboral en programas especiales de empleo para las personas con discapacidad –la mayor parte en empleo protegido– y, al mismo tiempo, el índice de empleo más bajo para este grupo. Pero también hay algunos países sin un enfoque político en materia de empleo que logran resultados relativamente altos en el empleo (el más notable, los Estados Unidos, y, hasta cierto punto, también Corea, México y Portugal). La variación dentro del grupo en cuanto al resultado del empleo es bastante grande tanto en el grupo con un enfoque concreto de los programas de empleo para las personas con discapacidad como en el grupo que no tiene tal enfoque.

Otra manera, más esclarecedora, de considerar esta cuestión es la de comparar el número de personas que hay en los programas especiales de empleo (tomando como base datos administrativos) con el número de personas con discapacidad que tienen empleo (derivado de los datos del estudio). El resultado es bastante claro. Polonia es el único país en el que los programas especiales de empleo representan aparentemente una parte importante del empleo total de las personas con discapacidad. En el resto de los países, el número de personas en tales programas es pequeño en relación con el número de trabajadores con discapacidad, con un ratio por debajo de 0,15 y, en la mayoría de los casos, incluso por debajo de 0,07 (Gráfico 3.11, Panel A).

²¹ La proporción extremadamente elevada de personas no discapacitadas que perciben prestaciones relacionadas con la discapacidad en México es consecuencia, de hecho, de una definición de discapacidad muy estricta usada en el estudio (véase el Anexo 1) cuando se compara con la definición usada para la obtención de prestaciones por discapacidad (50 % de reducción de la capacidad de ingresos en el empleo anterior causada por una enfermedad o un accidente).

GRÁFICO 3.10. SÓLO UNA RELACIÓN DÉBIL ENTRE LOS ÍNDICES DE EMPLEO Y EL ENFOQUE DE LOS PROGRAMAS DEL EMPLEO**Participantes del programa de empleo en 1999 frente a los índices de empleo a finales de la década de 1990**

Personas en los programas del empleo, por 1.000



Fuente: Base de datos de la OCDE relativos a los programas para las personas con discapacidad, véase el Cuadro A1.2 del Anexo 1.

AUS = Austria	AUT = Australia	BEL = Bélgica	CHE = Suiza	DEU = Alemania	DNK = Dinamarca
ESP = España	FRA = Francia	GBR = Reino Unido	ITA = Italia	KOR = Corea	MEX = México
NLD = Holanda	NOR = Noruega	POL = Polonia	PRT = Portugal	SWE = Suecia	USA = Estados Unidos
					OECD = OCDE

Parte de este resultado se explica por el hecho de que los programas especiales de empleo no suelen estar dirigidos al amplio grupo de personas con discapacidad identificadas en el estudio, sino a grupos de población diferentes y mucho más pequeños. Una comparación del número de personas con discapacidad grave con el número de personas que ocupan un empleo protegido o con apoyo puede verse menos afectada por este problema, ya que estos programas, por definición, están dirigidos a personas con una grave reducción de su capacidad laboral (aun cuando, de nuevo, la definición de "grave" difiere de la propia evaluación que realizan los interesados con respecto a encontrarse gravemente discapacitados). De hecho, la ratio del número de personas que participan en los programas de empleo protegido o con apoyo en relación con el número de trabajadores con discapacidad grave es mucho más alto, lo que sugiere que, en algunos países, el empleo de las personas con discapacidad grave es probable que se vea influido de manera significativa por estos programas (Gráfico 3.11, Panel B). Esto es particularmente válido para Holanda, con un ratio próximo a 0,6 debido al amplísimo programa de empleo protegido de este país. Austria, Bélgica, Dinamarca, Corea y Alemania tienen ratios entre 0,3 y 0,4, también predominantemente como resultando del empleo protegido más que del empleo con apoyo. No obstante, es difícil juzgar el impacto de estos programas. Francia, el país con el índice de empleo más alto entre las personas con discapacidad grave, por ejemplo, tiene un ratio relativamente bajo: apenas 0,15 (recuadro 3.3).

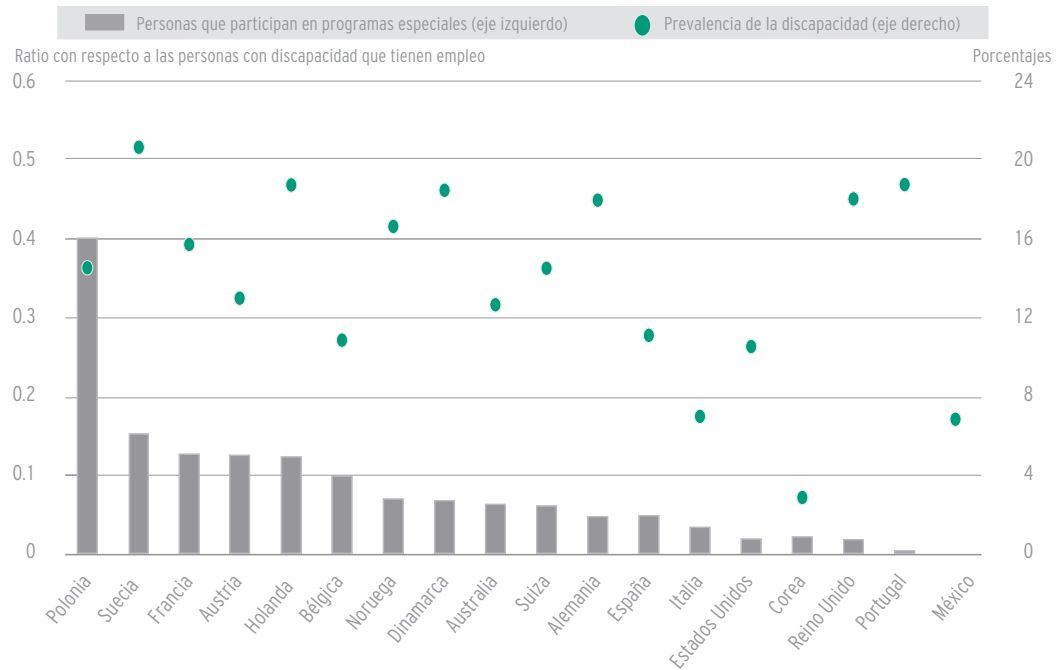
El papel de las prestaciones por discapacidad

Podría esperarse que los bajos índices de empleo de las personas con discapacidad estuvieran asociados con altos índices de perceptores de prestaciones para este grupo de población. Los índices de perceptores de prestaciones por discapacidad, que ofrecen el número de beneficiarios de prestaciones públicas por discapacidad por mil personas en edad laboral, muestran la considerable variación de un país a otro, pero no parece que guarden una estrecha correlación con las diferencias en los índices de empleo entre las personas con discapacidad y las no discapacitadas (gráfico 3.12). Polonia, el país con el índice de empleo relativo más bajo

para las personas con discapacidad, tiene, de hecho, el índice más alto de perceptores de prestaciones. De modo similar, Corea y México, países que tienen unos índices de perceptores de prestaciones mucho más bajos que en otros lugares, tienen altos índices de empleo relativo para las personas con discapacidad. Entre los res-

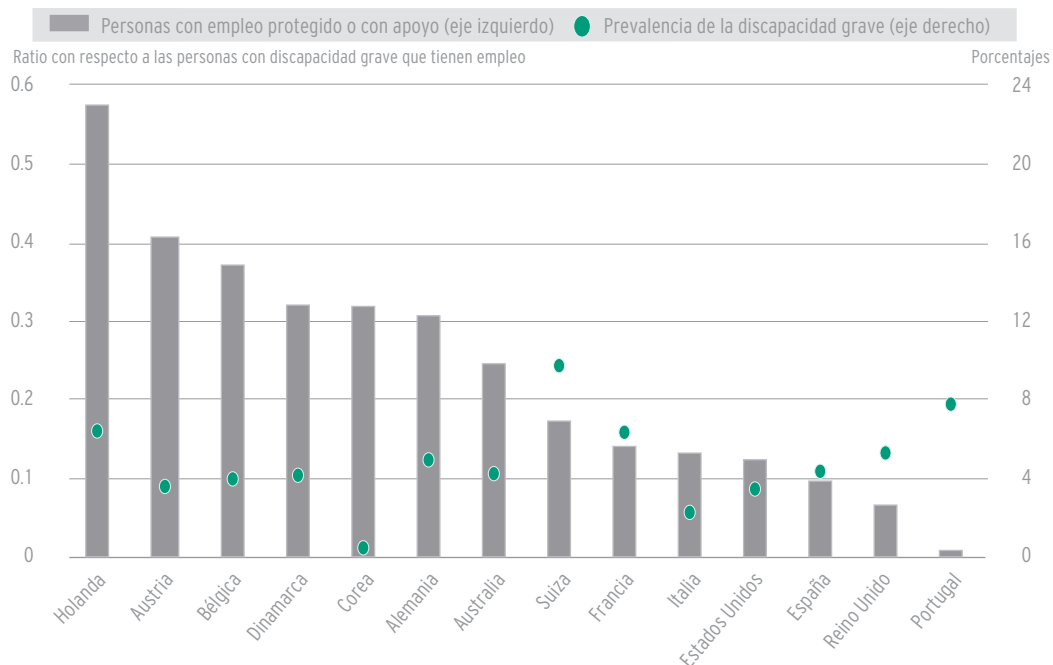
GRÁFICO 3.11. LA MAYORÍA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EMPLEADAS TIENEN UN EMPLEO REGULAR...

Panel A: Relación entre las personas que participan en programas especiales de empleo y las personas con discapacidad que tienen empleo, a finales de la década de 1990



...PERO MUCHAS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD GRAVE ES PROBABLE QUE ESTÉN EN UN EMPLEO PROTEGIDO O CON APOYO

Panel B: Relación entre las personas que están en un empleo protegido o con apoyo y las personas con discapacidad que tienen empleo, a finales de la década de 1990



Fuente: Base de datos de la OCDE relativos a los programas para las personas con discapacidad, véase el Cuadro A1.2 del Anexo 1.

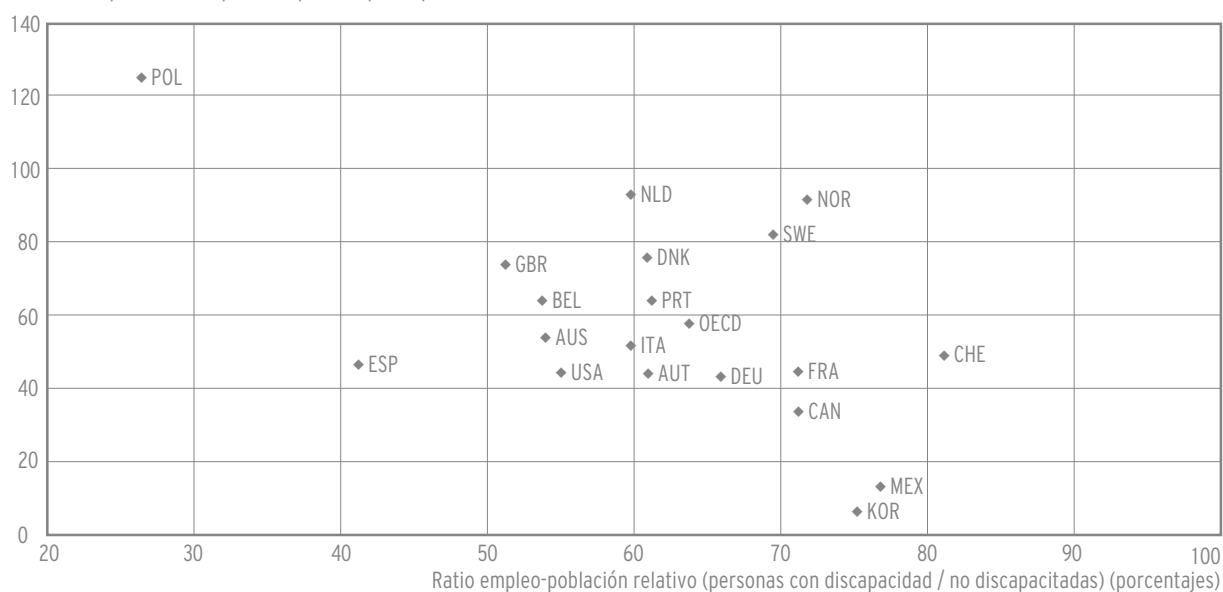
tantes países, sin embargo, no hay pruebas de que exista correlación alguna entre los índices de empleo relativo de las personas con discapacidad y los índices de perceptores de prestaciones por discapacidad.

Los programas de prestaciones públicas por discapacidad pueden aportar una importante contribución al bienestar económico de las personas con discapacidad. La medida en que estos programas desempeñan este papel depende, en gran parte, de la cobertura de las prestaciones y del nivel de las mismas (véase también la sección 6.2, en la que se analiza la relación entre los sistemas y los resultados usando el análisis de la regresión). Anteriormente, en esta misma sección, se muestra que en muchos países una considerable proporción de personas con discapacidad no tiene ningún ingreso personal procedente del trabajo o de algún tipo de prestaciones públicas, lo que también tiene un impacto sobre los ingresos familiares.

GRÁFICO 3.12. NO EXISTE UNA RELACIÓN CLARA ENTRE EL PERCEPTOR DE PRESTACIONES Y LOS ÍNDICES DE EMPLEO

Beneficiarios de prestaciones por discapacidad por mil personas de la población en edad laboral en 1999, e índice de empleo relativo de las personas con discapacidad a finales de la década de 1990

Beneficiarios de prestaciones por discapacidad por mipersonas



Fuente: Véanse el Cuadro A1.1 del Anexo I y la base de datos de la OCDE relativos a los programas para las personas con discapacidad; véase el Cuadro A1.2 del Anexo I.

AUS = Austria	AUT = Australia	BEL = Bélgica	CHE = Suiza	DEU = Alemania	DNK = Dinamarca
ESP = España	FRA = Francia	GBR = Reino Unido	ITA = Italia	KOR = Corea	MEX = México
NLD = Holanda	NOR = Noruega	POL = Polonia	PRT = Portugal	SWE = Suecia	USA = Estados Unidos
					OECD = OCDE

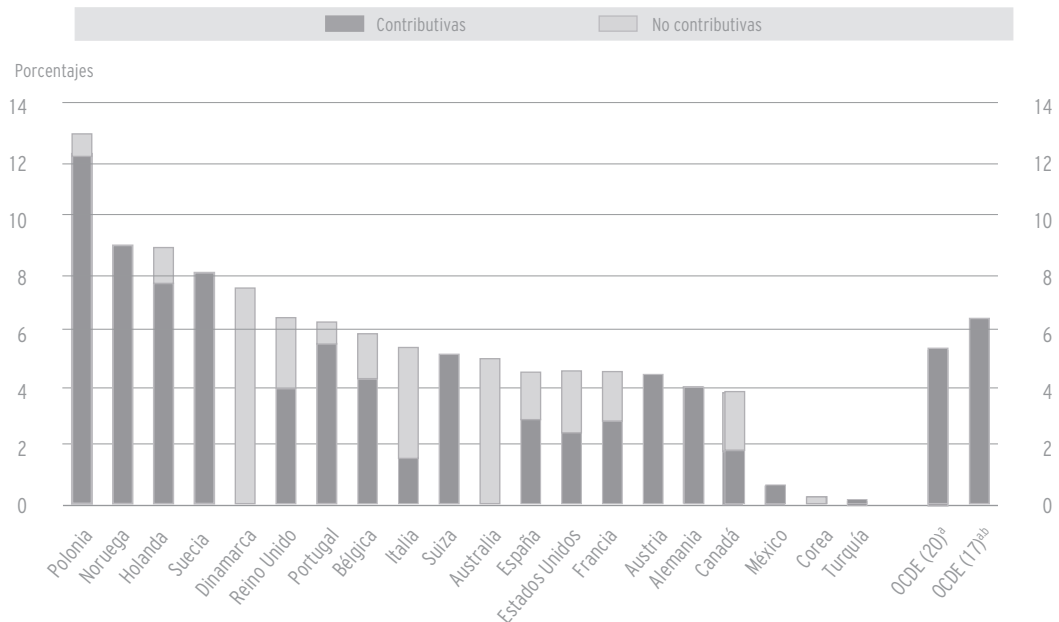
Polonia es el país de la OCDE, y también mundial, con el nivel más alto de perceptores de prestaciones por discapacidad; en 1999, más del 12% de la población en edad laboral ha recibido una prestación pública por discapacidad. En cuatro países (los tres países escandinavos incluidos en este estudio y Holanda), los perceptores de prestaciones por discapacidad están entre el 9 y el 8% de la población en edad laboral. En doce de los veinte países (en orden descendente: el Reino Unido, Portugal, Bélgica, Italia, Suiza, Australia, España, los Estados Unidos, Francia, Austria, Alemania y Canadá) los índices respectivos están entre el 4 y el 6,5%. En los tres países con estados de asistencia social desarrollados, los índices de perceptores de prestaciones por discapacidad todavía están por debajo del 1% (gráfico 3.13).

Aunque, con unas pocas excepciones, los índices de perceptores de prestaciones por discapacidad son bastante similares, hay importantes diferencias entre los países por lo que respecta a la composición de los beneficiarios según el tipo de programa de prestaciones. En varios países, el seguro de discapacidad es el único programa público en materia de discapacidad. Se trata, por lo general, de programas contributivos vincula-

dos a los ingresos, aunque los sistemas de Noruega, Suecia y Suiza también cubren a la población no asegurada a través de una prestación básica (y, por lo tanto, no contributiva)²². Dinamarca y Australia son los dos únicos países de este grupo con un único programa no contributivo en materia de discapacidad con presta-

GRÁFICO 3.13. ÍNDICE DE PERCEPTORES DE PRESTACIONES POR DISCAPACIDAD CONCENTRADO EN EL 5 AL 7%

Índices de perceptores de prestaciones por discapacidad en 1999 según el programa de las prestaciones, porcentaje de la población de 20 a 64 años de edad, a finales de la década de 1990

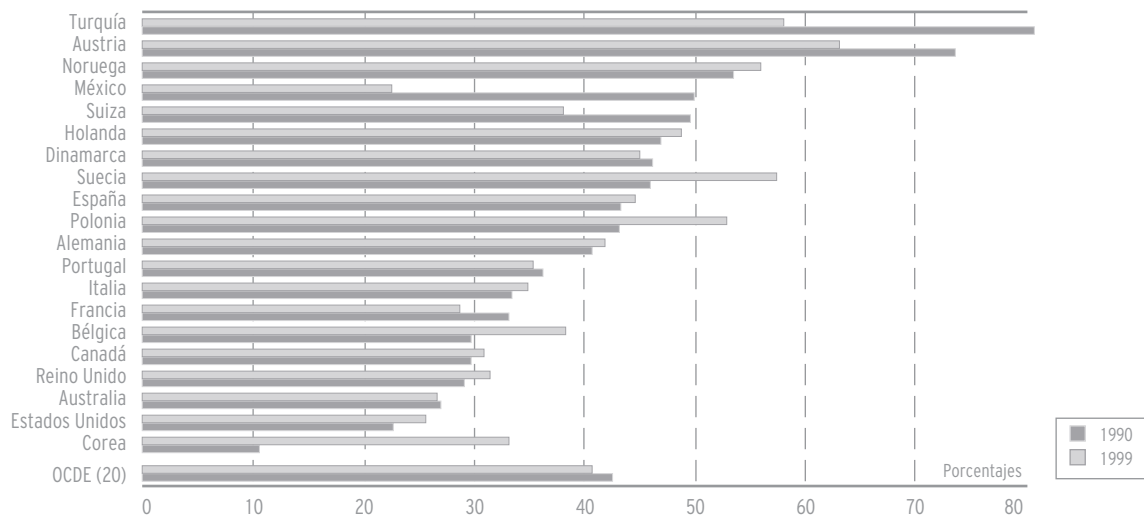


Nota: El índice está corregido para las personas que reciben prestaciones tanto contributivas como no contributivas, excepto para Canadá (desco).
 a) Prestaciones contributivas y no contributivas. b) Excepto México, Corea y Turquía.

Fuente: Base de datos de la OCDE relativos a los programas para las personas con discapacidad, véase el Cuadro A1.2 del Anexo I.

GRÁFICO 3.14. DOS DIFERENTES ESTRUCTURAS DE TENDENCIAS EN EL PROMEDIO DE LAS PRESTACIONES POR DISCAPACIDAD PER CÁPITA

Promedio de las prestaciones por discapacidad como porcentaje de los salarios per cápita en 1990 y 1999



Nota: Los países se clasifican en orden decreciente de porcentaje de la prestación por discapacidad per cápita de 1999.

Fuente: Base de datos de la OCDE relativos a los programas para las personas con discapacidad, véase el Cuadro A1.2 del Anexo I.

²² Suiza es completamente excepcional, porque tiene un seguro público de invalidez que cubre a toda la población y, además, un segundo pilar profesional obligatorio. Empíricamente, la mitad de la población perceptora actual (empleados con ingresos por encima de un determinado umbral) recibe prestaciones procedentes del segundo pilar.

ciones fijas (sujetas a la comprobación de los recursos en Australia y sin ese requisito en Dinamarca). La mitad de los países tienen un sistema público de prestaciones de tipo dual: prestaciones contributivas relacionadas con los ingresos procedentes de un seguro de discapacidad, más prestaciones por discapacidad no contributivas y, en la mayoría de los casos, sujetas a la comprobación de los recursos para quienes no tienen un período de cotización suficiente²³. En algunos de estos países dominan las prestaciones del seguro (Holanda, Polonia, Portugal, Bélgica, España y Francia), pero en los demás, casi la mitad o, incluso, la mayoría de los beneficiarios de prestaciones percibe prestaciones por discapacidad sujetas a la comprobación de los recursos. La prestación no contributiva no está sujeta a la comprobación de los recursos únicamente en Polonia y Holanda (Recuadro 3.4).

Estas diferencias en la importancia de las prestaciones por discapacidad no contributivas sujetas a la comprobación de los recursos se reflejan en el nivel del promedio de las prestaciones por discapacidad recibidas. En los países con un sistema de prestaciones por discapacidad de tipo dual, el promedio de las prestaciones por discapacidad está típicamente alrededor o algo por debajo del 30% del promedio salarial (gráfico 3.14)²⁴. En la mayoría de estos países, los promedios han descendido durante la última década como consecuencia de una disminución de la proporción de los beneficiarios de prestaciones del seguro. Esto es particularmente válido para Corea, donde el programa no contributivo, que sólo se introdujo después de 1990, des-

Recuadro 3.3. Programas nacionales y regionales / locales en materia de discapacidad

El análisis de los programas especiales de empleo para las personas con discapacidad adolece de un problema particular: en algunos países, tales programas funcionan a escala regional o municipal más que a escala nacional, y las respectivas estadísticas sobre los participantes en el programas y, a veces también, sobre los gastos del programa, no están disponibles o, al menos, son muy difíciles de obtener. Esto es particularmente válido en un país federado como Canadá, en el que la administración federal no tiene ningún acceso a los datos a escala provincial y que, por lo tanto, no podía ser incluido en este análisis. Pero problemas similares se presentan también en algunos otros países, tales como Austria, Bélgica, Dinamarca, Alemania, España y los Estados Unidos. Aunque para estos países se dispone de datos, estos no pueden abarcar todo su esfuerzo político. En Austria, por ejemplo, este problema se hace manifiesto para gran parte del sector del empleo protegido, para el que los datos de los perceptores se calcularon tomando como base una comunicación verbal, pero también para la rehabilitación profesional, que sólo está cubierta parcialmente. En España, por tomar otro ejemplo, se han transferido amplias competencias a las comunidades autónomas, lo que ha dificultado la recopilación y sistematización de los datos estadísticos.

Además, el análisis de los programas especiales de empleo diseñados para las personas con discapacidad es parcial, pues excluye a las personas con discapacidad que participan en las medidas generales del mercado de trabajo activo. Algo inevitable, porque las personas con discapacidad que participan en estos programas no suelen ser identificables. Las recientes tendencias "integradoras" han conducido en varios países a una situación en la que las personas con discapacidad pueden tener acceso potencialmente a innumerables programas de empleo, lo que no es evidente en las estadísticas. Con ello se difuminarán cada vez más los resultados de algunos países, incluidos aquellos en los que se hace especial hincapié en las medidas activas, como es el caso de Suecia, donde los costes de los programas especiales han descendido recientemente. En el momento actual, sin embargo, este problema sigue siendo estadísticamente menor que parece poco probable que llegue a invalidar las conclusiones.

²³ En Canadá, las personas sin un período de cotización suficiente tendrían derecho a prestaciones regulares de la asistencia social más que a una prestación especial, sujeta a la comprobación de los recursos, para las personas con discapacidad, y es posible identificar a las personas con discapacidad que reciben tales prestaciones. De hecho, estas prestaciones de asistencia provincial desempeñan exactamente el mismo papel que las prestaciones especiales de otros países, y son, en efecto, tan importantes como las prestaciones del seguro de discapacidad. Esto es válido también en algunos otros países (por ejemplo, ayuda a los ingresos -con una prima de discapacidad- en el Reino Unido). El Reino Unido es un caso especial, porque tiene dos programas no contributivos: uno, sujeto a la comprobación de los recursos (ayuda a los ingresos) y otro que no lo está (un subsidio por discapacidad grave), aunque el último se está suprimiendo progresivamente.

²⁴ Este indicador se ha elegido para aumentar la comparabilidad de los datos en los diferentes países, así como la comparabilidad en el mismo país con el tiempo. Está menos influenciado por las diferencias entre las economías y, por lo tanto, es más sólido que las prestaciones medias en paridades del poder adquisitivo o las prestaciones en relación con el PIB *per cápita*, y su cálculo es bastante sencillo (los índices medios de sustitución reales, por ejemplo, son difíciles de obtener; los índices de sustitución estilizados -para casos típicos de familia / ingresos / antecedentes laborales- sirven de poca ayuda para este propósito).

empeñará un papel importante hasta que se desarrolle el programa del seguro de discapacidad. Los países que han puesto mayor énfasis en el sistema de sujeción a la comprobación de los recursos se encuentran en el extremo inferior, como es el caso de Australia con un programa completamente sujeto a la comprobación de los recursos. España, aunque también tiene un sistema de prestaciones por discapacidad de tipo dual, está en un grupo con índices de prestaciones más altos, más del 40% del salario medio, porque el promedio de las prestaciones relacionadas con los ingresos es bastante alto.

Varios de los países en los que sólo existen sistemas de seguro, el promedio de las prestaciones por discapacidad se sitúa alrededor del 45 al 50% del salario medio. La cifra es algo más alta en Noruega y mucho mayor en Austria (más del 70% en 1999) y Turquía (más del 100% en 1999). Tales diferencias se explican por una serie de factores, algunos de los cuales guardan relación con los países. Los países que

Recuadro 3.4. **Hacer comparables los datos de los perceptores y de los flujos de entrada entre los países**

Los datos sobre los índices de perceptores de prestaciones (por discapacidad) y sobre los índices de los flujos de entrada no son directamente comparables de un país a otro. En algunos países, la totalidad de la población está asegurada o cubierta; en este caso, toda la población en edad laboral es el denominador apropiado. En otros países, los sistemas de prestaciones cubren únicamente a la población activa, o quizás sólo a la población con empleo, lo que constituiría el correcto denominador para calcular los índices o los riesgos. Pero elegir como denominador a la población a menudo muy diferentemente asegurada es improbable que permita obtener resultados comparables, por varias razones. Las personas con empleo, cuando solicitan y obtienen la concesión de una prestación por discapacidad, tienen un riesgo diferente que las personas desempleadas o que no forman parte de la población activa. Además, la estructura de edad de la población activa es muy diferente de la estructura de edad de la población en edad laboral, lo que crearía otro desequilibrio debido al hecho de que el riesgo de convertirse en discapacitado está muy relacionado con la edad. Por otra parte, incluso entre países en los que sólo hay cobertura para la población activa, por la misma razón, las diferencias en la estructura de edad de la población activa afectarían a la comparabilidad de los índices de perceptores y flujos de entrada valorados.

Para hacer las cosas más complicadas, otro grupo de países –y, de hecho, el más grande– tiene un sistema de prestaciones de tipo dual, en el que diferentes partes de la población están cubiertas por diferentes sistemas. En teoría, si ambos componentes del sistema se consideran juntos, el total de la población en edad laboral debe ser el denominador apropiado en este caso. Pero esto no es realmente válido, porque el componente no contributivo de las prestaciones suele estar sujeto a la comprobación de los recursos; por lo tanto, cierta parte de la teórica población asegurada no tiene la posibilidad de acceder, de facto, a las prestaciones. En estos países, la población activa tiene unas probabilidades de obtener prestaciones que son diferentes de las de aquellos que carecen de suficientes períodos de cotización. Esto plantea problemas de comparabilidad entre los países con un sistema de prestaciones de tipo dual y, por supuesto, entre ellos y los países donde sólo hay un programa. Por otra parte, Holanda es un caso muy especial que no tiene cabida en cualquiera de estos grupos, ya que su sistema cubre a la población activa y a los jóvenes con discapacidad, pero no a quienes se convierten en discapacitados en la edad adulta mientras están sin trabajo.

No hay una solución fácil para este problema. La dificultad se agrava por el hecho de que las reformas que afectan al acceso a las prestaciones (por ejemplo, alargar el período asegurado requerido para tener la posibilidad de acceder a una prestación del seguro) necesitaría estar reflejado en un cambio del denominador. El enfoque más simple, que es el que se elige en el presente estudio, consiste en relacionar el número de (nuevos) beneficiarios de prestaciones con toda la población en edad laboral para todos los países, con independencia del sistema de prestaciones. Las variaciones en los índices de perceptores y de flujos de entrada tienen que explicarse entonces naturalmente mediante toda una gama de diferencias sistémicas, incluida la definición de cobertura. Con este enfoque, es de esperar que los países donde sólo hay cobertura de la población activa tengan unos índices más bajos de perceptores y de flujos de entrada. Pero puede que, en cierto modo, no sea conveniente corregir los datos con arreglo a las diferencias en las normas de cobertura, ya que, para el análisis, es particularmente importante la variación de los resultados de los perceptores que se deriva de las diferencias de estas normas.

se centran principalmente en las prestaciones parciales se encuentran, por lo general, en el grupo con unos niveles medios de prestaciones más bajos. Y parte del reciente descenso de los índices de las prestaciones en estos países se debe al aumento de la proporción de las prestaciones parciales (en especial en Suecia, donde se introdujo en 1993 un nivel de prestaciones parciales complementario). Pero estos argumentos no valen para Suiza, donde también se pagan prestaciones por discapacidad parcial. Este país ha visto un aumento importante de los niveles medios de las prestaciones durante la década de 1990, que se puede atribuir a varios componentes: un descenso de la proporción de prestaciones parciales, un aumento demasiado proporcional de las prestaciones obligatorias del segundo pilar (a las cuáles tiene derecho alrededor del 50% de todos los beneficiarios de prestaciones) y un aumento de la proporción de personas con derecho a pagos complementarios (en 1999, el 25% de todos los beneficiarios había recibido tales pagos).

El bajo promedio de las prestaciones en Alemania en parte es consecuencia de la reunificación y de que el nivel de los salarios –y, por consiguiente, de las prestaciones– sea considerablemente más bajo en los *Länder* del Este. El alto nivel de las prestaciones de Austria se explica en gran parte, a excepción de la falta de prestaciones parciales, por la proporción, inusualmente alta, de hombres entre los beneficiarios de prestaciones (el 76% en 1999), y sólo parcialmente por el alto promedio de las prestaciones de los funcionarios, que representan una proporción considerable de la población de beneficiarios. El reciente y muy fuerte aumento, en parte es consecuencia de las reformas políticas llevadas a cabo en la década de 1990. En México y Turquía, los aumentos se vinculan con el proceso de desarrollo del sistema. Además, el nivel medio de las prestaciones, particularmente alto, con relación al salario medio de Turquía, refleja la cobertura selectiva del sistema de prestaciones.

El papel de otras prestaciones públicas

Estas diferencias considerables de un país a otro en cuanto a la cobertura de las prestaciones por discapacidad y a los niveles medios de las prestaciones sólo se reflejan parcialmente en los cálculos del bienestar económico de las personas con discapacidad. Algo del efecto previsto queda oscurecido por el hecho de que las prestaciones por discapacidad no son los únicos tipos de transferencias que reciben las personas que

Cuadro 3.8. ¿Qué prestaciones hay para las personas con discapacidad que no tienen empleo?

Distribución de las personas con discapacidad que no tienen empleo por tipo de prestaciones, a finales de la década de 1990

	Discapacidad	Desempleo	Asistencia social	Jubilación	Otras
Australia	60,8	--	--	--	39,2
Austria	44,2	11,3	1,9	32,5	10,1
Bélgica	61,2	16,5	0,4	17,9	4,0
Dinamarca	63,3	18,7	0,0	9,2	8,8
Francia	38,9	11,6	10,6	25,2	13,6
Italia	47,4	0,8	0,8	46,7	4,3
México	25,0	--	--	--	75,0
Holanda	59,6	8,4	17,2	5,4	9,4
Noruega	88,7	8,4	..	2,9	..
Portugal	45,0	9,1	1,4	33,6	10,8
España	73,3	8,6	2,0	10,2	5,8
Suecia	34,2	13,9	5,0	38,3	8,7
Suiza	54,1	--	--	--	45,9
Reino Unido	58,5	2,7	--	10,4	28,5
OCDE (14)	53,9	--	--	--	--
Unión Europea (10)	52,6	10,2	4,4	22,9	10,4

-- Datos no disponibles.

Fuente: Véase el Cuadro A1.1 del Anexo I.

se identifican a sí mismas como personas con discapacidad. Por término medio, sólo una de cada dos personas con discapacidad que no tienen empleo y reciben alguna prestación pública declara recibir una prestación por discapacidad, aunque la proporción es superior al 70% en España e incluso próxima al 90% en Noruega, donde otras prestaciones desempeñan un papel de mucha menor importancia para las personas con discapacidad (cuadro 3.8).

En varios países, las prestaciones por jubilación (anticipada) son tan importantes para las personas con discapacidad en edad laboral como las prestaciones por discapacidad. En Austria y Portugal, por ejemplo, una de cada tres personas con discapacidad que no tienen empleo recibe una prestación por jubilación anticipada o regular, y en Italia y Suecia la importancia de las prestaciones por jubilación es aún más pronunciada. Éstos elevados porcentajes se explican, hasta cierto punto, por el hecho de que el acceso a las prestaciones por jubilación anticipada es generalmente más fácil —una vez cumplidos los requisitos del seguro— y no requiere ningún examen médico ni procedimientos de calificación.

Las prestaciones por desempleo, por lo general, son menos frecuentes que las prestaciones por jubilación. En el Reino Unido, por ejemplo, recibe prestaciones por desempleo menos del 5% de las personas con discapacidad en edad laboral que no tienen empleo y perciben prestaciones, en comparación con el 60% que reciben prestaciones relacionadas con la discapacidad. Sin embargo, en otros países (Bélgica o Dinamarca, por ejemplo), las prestaciones por desempleo desempeñan un papel más importante, y casi una de cada cinco per-

Cuadro 3.9. Las prestaciones por discapacidad proliferan más que las prestaciones por desempleo

Proporción de la situación de las prestaciones en el desempleo, e índice de desempleo, en 1990, 1995 y 1999

	Proporción de la situación de las prestaciones en el desempleo (añadir al 100 %)											
	Desempleo			Prestaciones relacionadas con la discapacidad			Otras			Índice de desempleo		
	1990	1995	1999	1990	1995	1999	1990	1995	1999	1990	1995	1999
Australia	15,4	18,1	15,6	10,6	24,8	27,1	73,9	57,2	57,3	29,4	29,8	29,7
Austria	--	9,2	9,3	--	18,1	19,2	--	72,7	71,5	--	29,0	29,0
Bélgica	11,2	16,0	16,6	18,8	21,0	24,2	69,9	63,0	59,2	40,3	38,6	35,7
Canadá	22,2	23,5	20,3	21,3	19,5	22,2	56,4	57,0	57,5	27,4	29,5	26,8
Dinamarca	31,6	22,5	18,2	44,2	41,7	40,8	24,2	35,8	41,0	22,5	24,7	22,1
Francia	19,6	24,3	25,5	13,6	13,2	13,7	66,7	62,5	60,8	33,6	35,0	34,1
Alemania	10,2	18,7	21,0	13,9	18,2	18,9	75,9	63,1	60,1	33,3	32,4	31,3
Italia	15,7	14,8	15,8	27,5	20,7	16,7	56,8	64,4	67,5	41,5	44,8	43,4
Corea	5,4	4,9	13,2	0,0	0,3	1,8	94,6	94,8	85,0	30,1	29,0	33,4
México	--	9,0	3,7	--	3,0	2,9	--	88,0	93,4	--	37,8	34,8
Holanda	13,1	13,8	8,2	25,1	25,7	33,4	61,8	60,5	58,4	36,4	33,4	27,1
Noruega	16,1	16,0	11,7	35,2	35,4	48,9	48,7	48,6	39,4	23,1	23,0	19,2
Polonia	..	27,0	24,9	--	37,7	37,2	--	35,3	37,9	--	35,7	36,5
Portugal	11,5	17,1	12,2	29,8	21,8	24,6	58,7	61,2	63,1	28,6	31,1	27,3
España	21,0	29,0	23,9	11,7	10,3	11,0	67,3	60,7	65,1	45,8	48,9	42,7
Suecia	9,9	30,7	23,8	60,9	39,0	39,5	29,2	30,3	36,6	13,6	24,0	23,5
Turquía	9,9	9,1	9,3	1,6	0,9	0,8	88,5	90,0	89,9	42,8	44,1	45,6
Reino Unido	19,0	21,8	15,8	17,3	23,8	26,7	63,7	54,4	57,6	26,6	29,1	26,7
Estados Unidos	15,7	15,6	12,5	30,2	33,8	34,9	54,1	50,6	52,6	25,1	24,8	23,1
OCDE (18)	--	18,8	15,9	--	21,5	23,4	--	60,5	60,7	--	32,9	31,1
Unión Europea (11)	..	19,8	17,3	..	23,0	24,4	--	57,1	58,3	--	33,7	31,2

Fuente: Base de datos de la OCDE relativos a los programas para las personas con discapacidad, véase el Cuadro A1.2 del anexo 1; base de datos de la OCDE relativos a las estadísticas de la población activa.

sonas de ese grupo recibe tales prestaciones. Aunque las prestaciones por desempleo tengan en muchos países una duración más larga para los trabajadores de edad avanzada, la proporción de personas con discapacidad que percibe prestaciones por desempleo es generalmente más alta entre las que son más jóvenes de 50 años, en gran parte debido a que estas personas no tienen ningún acceso a las prestaciones por jubilación (anticipada).

De modo práctico, las prestaciones de la asistencia social parecen ser menos relevantes como ayuda para las personas con discapacidad²⁵. En muchos países, incluso entre este grupo de personas con discapacidad que no tienen empleo, menos del 3% recibe pagos de asistencia social sujetos a la comprobación de los recursos. Proporciones más elevadas –alrededor o por encima del 10%– sólo se encuentran en Francia y Holanda (obsérvese que los datos sobre la asistencia social no están disponibles en todos los estudios).

Las cifras sobre la distribución de los diferentes tipos de prestaciones recibidas no están disponibles en todos los estudios. La vinculación de las estadísticas de la población activa con las estadísticas administrativas que se refieren a los perceptores de prestaciones por discapacidad proporciona otra opinión sobre la importancia relativa de las prestaciones por discapacidad y de desempleo para la población en edad laboral que no tiene empleo. La comparación de estos datos, sin embargo, está limitada por las diferencias en las causas del desempleo²⁶. En algunos países, especialmente los escandinavos, la discapacidad es la causa principal del desempleo. En estos países, por lo tanto, la relación entre el desempleo y las prestaciones por discapacidad será similar para las personas con discapacidad que no tienen empleo y la población general en edad laboral que tampoco tiene empleo. En otros países, muy especialmente en Italia y España, no es éste el caso; en estos países, las prestaciones por discapacidad desempeñarán un papel mucho más limitado para la población general desempleada que para la personas con discapacidad que no tienen empleo.

Estas diferencias se reflejan en la distribución de las prestaciones de la población desempleada. En la mayor parte de los países, los perceptores de prestaciones por discapacidad proliferan más que los perceptores de prestaciones por desempleo. Éste no es el caso en los tres países con sistemas de discapacidad desarrollados, y –en parte por las razones antes aludidas– también en España, Francia e Italia. En algunos países, el índice de perceptores de prestaciones por discapacidad es varias veces mayor que el de perceptores de prestaciones por desempleo. Esto es particularmente válido para Noruega, Holanda, Dinamarca y los Estados Unidos (todos los cuales, a excepción de Holanda, son países con niveles de desempleo muy bajos). Según lo esperado, entre todo el grupo de personas en edad laboral que no tienen empleo, una gran proporción no recibe ni prestaciones por discapacidad ni prestaciones por desempleo: el 60% por término medio para todos los países (Cuadro 3.9).

► 3.5. Resumen de los datos empíricos

El análisis del estudio muestra una serie de resultados polifacéticos y, a veces, inesperados:

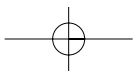
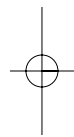
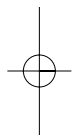
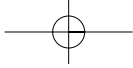
- Las políticas en materia de discapacidad en edad laboral se dirigen a un grupo grande y heterogéneo. Un tercio de las personas de este grupo tiene discapacidades graves; las personas con discapacidades congénitas constituyen una pequeña minoría. La diversidad de este grupo está en la raíz de la mayo-

²⁵ Esta conclusión no vale para algunos de los países para los no se dispone de datos comparables. Esto incluye, en particular, a Canadá, donde las personas con discapacidad que reciben asistencia social son tan numerosas como las que reciben una pensión por discapacidad, y al Reino Unido, para el cual no se incluyen datos sobre la asistencia social. Debe observarse, además, que, a lo largo del presente informe, los programas especiales de transferencias sujetas a la comprobación de los recursos dirigidos a las personas con discapacidad se tratan como prestaciones por discapacidad más que como una forma especial de asistencia social, aun cuando las características de estos programas se asemejan más a las de los programas de asistencia social o de bienestar.

²⁶ Otra limitación proviene de las diferencias entre los países con respecto a la superposición entre la recepción de prestaciones y el empleo.

ría de los retos políticos a los que se enfrentan los responsables de las políticas que tratan de mejorar las condiciones de vida de las personas con discapacidad.

- La seguridad salarial es alta en muchos países de la OCDE: los niveles de ingresos de las familias con personas con discapacidad son, en general, más o menos similares a los del conjunto de la población. El bienestar económico relativo de las familias se asocia con la estructura del sistema de las prestaciones por discapacidad y del nivel de las prestaciones pagadas: los países con derechos individuales a prestaciones para toda la población con discapacidad (es decir, la cobertura de toda la población) y elevadas prestaciones del seguro vinculadas a los ingresos tienen los ingresos relativos más altos de las personas con discapacidad, mientras que los países con un fuerte enfoque en los programas sujetos a la comprobación de los recursos tienen los más bajos; pero el gasto público en prestaciones por discapacidad es considerablemente más bajo en el último grupo.
- Los ingresos personales de las personas con discapacidad dependen, sobre todo, de su situación laboral. Los ingresos procedentes del trabajo de las personas con discapacidad que sí trabajan son casi tan altos como los de las personas sin discapacidad. Las personas con discapacidad que no trabajan tienen considerablemente pocos recursos económicos personales.
- Aunque el empleo es decisivo para determinar los recursos económicos personales, los índices de empleo de las personas con discapacidad en edad laboral son bastante bajos. Esto es especialmente válido para las personas con discapacidad grave, y también, por lo general, para las personas con discapacidad de más de 50 años de edad y para las que tienen niveles de educación bajos.
- Los programas especiales de empleo para las personas con discapacidad desempeñan un papel de menor importancia en la determinación de los índices de empleo en general de las personas con discapacidad, pero en algunos países parece que tales programas hacen una aportación importante al empleo de las personas con discapacidad grave y de las personas con determinados tipos de discapacidades (tales como las intelectuales y las relacionadas con la salud mental).
- Dado que los índices de empleo son bajos, las prestaciones también desempeñan un papel importante en garantizar la seguridad salarial. No es sorprendente que las prestaciones por discapacidad sean la fuente principal de ingresos por prestaciones de las personas con discapacidad en edad laboral. Entre las que no trabajan, el promedio de tales prestaciones constituye cerca de la mitad de los ingresos personales.
- Las prestaciones por jubilación permanente también pueden ser una importante fuente de ingresos para un porcentaje considerable de población discapacitada en edad laboral (jubilación anticipada o regular, dependiendo del país). Las prestaciones por desempleo desempeñan un papel mucho menos importante en conjunto, a pesar de los índices de carencia de empleo relativamente elevados que se dan en este grupo.
- El hecho de reconocerse a sí mismo como gravemente discapacitado no implica recibir una prestación por discapacidad, y viceversa. Muchos beneficiarios de prestaciones por discapacidad no alegan tener discapacidad, mientras que, al mismo tiempo, muchas personas que se clasifican subjetivamente a sí mismas como gravemente discapacitadas, y que no trabajan, no reciben ninguna prestación.



 **CAPÍTULO 4**

Retos de las políticas de indemnización

Resumen: En el Capítulo 4 se contemplan las políticas de indemnización que siguen los países, haciendo uso de las estadísticas administrativas de los programas. Este análisis incluye, entre otras cosas, el alcance de la distinción por edades de los sistemas de transferencia, la relación entre las prestaciones por discapacidad y las prestaciones por desempleo y jubilación anticipada y una deliberación sobre las trabas a las prestaciones y las lagunas de la cobertura. Las características de las políticas de cada país con respecto a los sistemas de prestaciones relacionadas con la discapacidad se encuentran en el Anexo 3.



▶ 4.1. Permanencia de las prestaciones por discapacidad

La cantidad de beneficiarios es elevada, pero, al mismo tiempo, muchas personas que subjetivamente se clasifican a sí mismas como discapacitadas no reciben prestaciones por discapacidad. Este enigma requiere toda una serie de explicaciones.

Índices del flujo de salida

Una de las razones de la cada vez mayor cantidad de beneficiarios es que el enfoque general de las prestaciones es de naturaleza permanente o casi permanente. El flujo de salida de la jubilación anticipada de vuelta al empleo es cero casi por definición, pero se aplica empíricamente a las prestaciones por discapacidad; una vez concedida una prestación, es raro, asimismo, que el beneficiario regrese al mercado de trabajo. El flujo de salida es virtualmente cero hasta en los países en los que las prestaciones por discapacidad se conceden formalmente a título temporal en la mayoría de los casos (o, incluso, en todos ellos) o en los países donde una gran proporción de beneficiarios recibe prestaciones parciales.

En los países de los que se dispone de datos (Australia, Austria, Canadá, Alemania, Noruega, Portugal, Suecia y los Estados Unidos), únicamente alrededor del 1% de los beneficiarios de prestaciones por discapacidad deja cada año el registro de perceptores debido al reestablecimiento o la vuelta al trabajo. Este índice bajo del flujo de salida se encuentra en países que se centran, principalmente, en evitar el flujo de entrada mediante la rehabilitación y formación profesionales, como los países germánicos y escandinavos, en los cuales puede esperarse que sea difícil reintegrar a las personas a las que se les ha concedido una prestación por discapacidad. Pero el mismo índice bajo también se encuentra en países como Australia o los Estados Unidos, que se centran cada vez más en los incentivos económicos para sacar a los beneficiarios de prestaciones del registro de perceptores¹. No hubo tampoco un aumento importante de los índices del flujo de salida durante los últimos años en ninguno de estos países (gráfico 4.1).

Las excepciones a la situación general son Holanda y el Reino Unido, con un flujo de salida anual del 3% y del 5%, respectivamente. Estas excepciones tienen fácil explicación. Para Holanda, el mayor flujo de salida se explica por la juventud de la población de beneficiarios, el bajo nivel requerido de reducción de la capacidad de obtener ingresos (el 15%) y el hecho de que el sistema general de discapacidad también cubre los accidentes laborales. El alto índice del flujo de salida del 7% de este país a mediados de la década de 1990 fue también consecuencia de la reevaluación obligatoria de la clasificación de todos los beneficiarios de prestaciones menores de 45 años, después de la cual un número considerable de beneficiarios de prestaciones parciales perdieron su derecho. Esta reevaluación se inició en 1994 y concluyó en 1998, y ha conducido a nuevas clasificaciones –o, incluso, a la pérdida de las prestaciones– en el 30% de todos los casos².

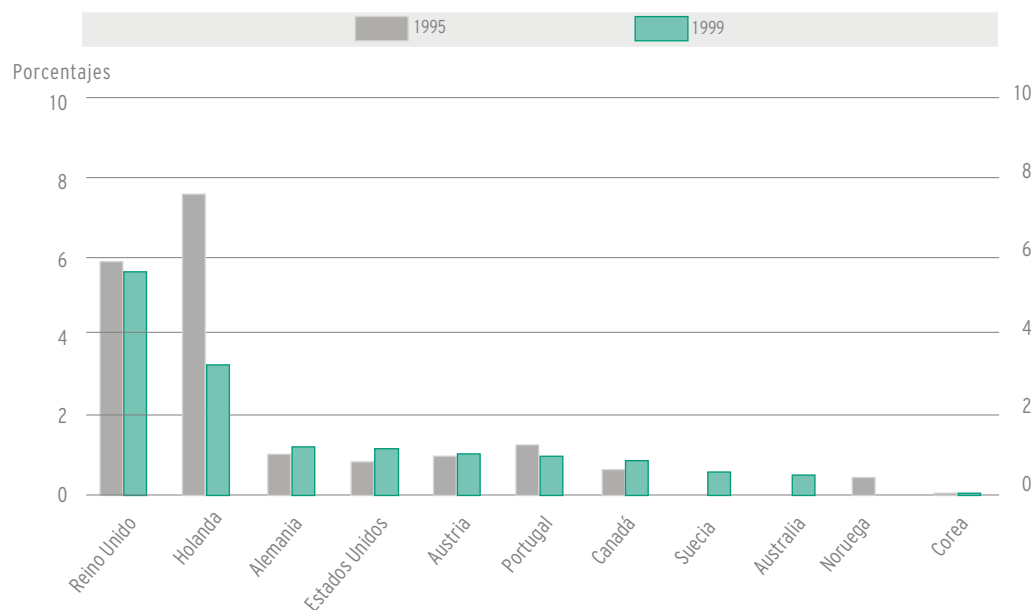
¹ Obsérvese que el índice del flujo de salida en Australia es más alto –el 2% anual–, si se tienen en cuenta otras causas para la terminación de las prestaciones, en particular la pérdida de los derechos debido a no seguir pasando la prueba de comprobación de los recursos. El mismo índice del flujo de salida de cerca del 2% se encuentra en los Estados Unidos en el programa sujeto a la comprobación de los recursos (el programa de ingresos de seguridad complementarios), en el que el índice anual de reestablecimiento y vuelta al trabajo es de otra manera solamente 0.9%, es decir baja ligeramente que para el seguro de discapacidad de la seguridad social de este país.

² Entre las personas más jóvenes de 40 años, el 24% perdió su prestación, el 16% fue reclasificados en una prestación parcial más baja y únicamente el 2% fue reclasificado en una categoría más alta (por lo tanto, el 58% permanecía en la misma categoría).

La elevada cifra del Reino Unido también se explica por una combinación de varios factores, entre los que se incluyen el nivel relativamente bajo de las prestaciones, un sistema de control médico razonablemente riguroso (repetida evaluación, con flexibilidad, de la capacidad personal), una mayor rotación con respecto a la incapacidad temporal (casos que en otros países serían clasificados más como enfermedad que como discapacidad, es decir, una separación menos clara entre enfermedad y discapacidad) y también –como en Holanda– la atípica juventud de la población de beneficiarios.

GRÁFICO 4.1. BAJOS ÍNDICES DEL FLUJO DE SALIDA A PARTIR DE LAS PRESTACIONES POR DISCAPACIDAD

Índices anuales del flujo de salida a partir de las prestaciones por discapacidad, de 1995 y 1999, en porcentajes



Nota: Los países se clasifican en orden decreciente del índice de 1999.

Fuente: Base de datos de la OCDE relativos a los programas para las personas con discapacidad, véase el Cuadro A1.2 del Anexo 1.

Revisión de los derechos

Una de las razones del bajo índice del flujo de salida de las prestaciones podría ser una reevaluación tolerante de los derechos a prestaciones. En más de un tercio de los países, las prestaciones por discapacidad se conceden permanentemente, al menos de facto, lo que significa que, aunque las reevaluaciones sean legalmente posibles en cualquier momento, en la práctica rara vez se producen. Esto incluye a países como Dinamarca, Noruega y España, en los que sólo puede concederse una prestación si ha fallado la rehabilitación; se asume que tal fallo indica que la reintegración en cualquier fase posterior es imposible. Canadá y los Estados Unidos, donde es poco probable que se lleven a cabo reevaluaciones, también pertenecen a este grupo (véase el cuadro A3.1 del anexo 3 y también el cuadro 4.1 en la siguiente sección).

En otro grupo de países, las normas son bastante flexibles. En Bélgica, por ejemplo, las prestaciones se conceden indefinidamente, con exámenes flexibles, lo que significa, en la práctica, que en muchos casos se hacen varios exámenes de control antes de que una prestación se convierta en permanente, por lo general después de tres años. De modo similar, en Portugal las prestaciones son “permanentes”, pero las pruebas de revisión por parte de una comisión de evaluación son posibles en cualquier momento y son comunes, por ejemplo, después de estar tres años recibiendo una prestación por enfermedad. En Suiza suele hacerse una revisión después de unos tres años, tras de la cual una prestación se convierte en permanente de hecho.

En un tercer grupo de países, los procedimientos de reevaluación son mucho más rigurosos o se han hecho mucho más estrictos en los últimos años. En estos países, las prestaciones siempre se conceden de forma temporal, al menos formalmente. La frecuencia de la revisión suele ser de 2 ó 3 años (Austria, Alemania, Italia) o hasta cinco años (Australia, Holanda), o se regula con más flexibilidad, como en Francia, o a través de la evaluación de la capacidad personal, como en el Reino Unido. En la mayoría de los casos, el período también depende de las perspectivas de mejoría; por lo tanto, las concesiones permanentes suelen ser posibles si se establece una discapacidad permanente del 100% (por ejemplo, del 20 al 25% del flujo de entrada en Austria, y alrededor del 10% del flujo de entrada en Italia). Por lo general, las prestaciones también pueden convertirse en permanentes después de una o varias revisiones (en Italia, sucede así después de seis años, es decir, tras la segunda revisión).

En la mayoría de los países se dispone de poca información sobre cómo se aplican en la práctica las rigurosas normas sobre el nuevo control del estado de salud y el trabajo resultante o la reducción de la capacidad de obtener ingresos. En Holanda, por ejemplo, debido a la falta de personal, las revisiones de la situación de discapacidad se hacen a través de un cuestionario que se envía al beneficiario de las prestaciones. Por lo tanto, puede llegar a ser casi intrascendente la diferencia entre una prestación formalmente temporal y una prestación permanente de hecho.

El bajo índice del flujo de salida en todos los países, con independencia del procedimiento formal de revisión, implica que las prestaciones temporales rara vez se suspenden. Lo que sugeriría que unas revisiones más frecuentes y más rigurosas son ineficaces porque nadie se restablece del todo, o que estas revisiones, aunque se requieran formalmente, no se aplican con corrección. Las pruebas de las que se tiene conocimiento, en cuanto al control de acceso de los países, indican, de hecho, diferencias considerables en la administración de las valoraciones iniciales, que siguen un procedimiento prescrito, y el seguimiento de las revisiones, que a menudo equivalen a preguntar simplemente si ha cambiado algo. Una explicación importante que se ofrece para no hacer evaluaciones globales durante las revisiones es la carencia de recursos, es decir, la falta de personal cualificado.

Sin embargo, el ejemplo de Holanda muestra también que una reevaluación consecuente de los derechos puede aumentar el índice del flujo de salida de las prestaciones por discapacidad. Una situación similar ocurrió en los Estados Unidos después de 1980, cuando el mayor uso de las revisiones continuas de la discapacidad tuvo como objetivo explícito sacar a los beneficiarios del registro de perceptores de prestaciones. Pero el ejemplo de los Estados Unidos no deja de ser un poco desalentador. La investigación ha mostrado que la mayoría de las personas a las que se saca del registro de perceptores aparecen otra vez como beneficiarios de prestaciones por discapacidad algunos años más tarde. Esto es algo que sólo se explica en parte por el hecho de que ya en 1984, como consecuencia de una importante protesta política, el estricto control administrativo tuvo que relajarse³. Las recientes tendencias de Holanda –un aumento inesperado del índice del flujo de entrada en la discapacidad durante los últimos años, después de una aparente reducción exitosa del flujo de entrada en las prestaciones a mediados de la década de 1990 (véase la Sección 4.4)– bien pueden ser indicio de un fenómeno similar.

Tendencias de los perceptores de prestaciones

Como consecuencia de un flujo de salida muy bajo, la cantidad de beneficiarios ha ido creciendo continuamente, alcanzando los índices que se indican en la Sección 3.4: entre el 4 y el 6,5% de la población en edad laboral en la mayoría de los países; del 8 al 9% en algunos países con plena cobertura de la población,

³ En particular, se obligó a la administración de la seguridad social a probar una mejora médica antes de la terminación de cualquier prestación (legislación que hoy todavía se encuentra en vigor).

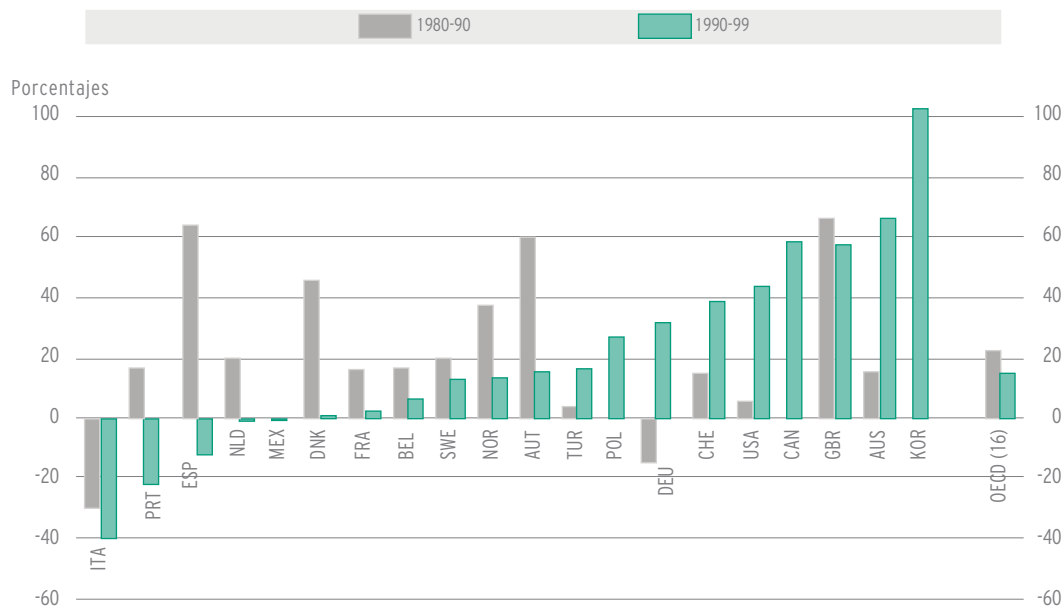
altos índices de prestaciones y prestaciones por discapacidad parcial; y hasta el 12% en Polonia, lo que se relaciona, en parte, con la transición económica que ha emprendido dicho país.

Durante la década de 1990, el índice de perceptores aumentó en casi todos los países (gráfico 4.2, panel A). El mayor aumento en términos relativos se produjo en Corea, aunque el nivel de perceptores es extremadamente bajo. Le siguen a continuación, por orden, Australia, el Reino Unido y Canadá (todos ellos con un aumento de cerca del 60% en dicha década), y luego los Estados Unidos y Suiza (ambos con un aumento de cerca del 40%). Todos los países con aumentos significativos en la década de 1990 habían tenido unos índices de perceptores por debajo de la media en 1990, lo que da como resultado una cierta convergencia en los índices de perceptores.

La bajada de los índices de perceptores de prestaciones por discapacidad durante la década de 1990 sólo se produjo en tres países europeos meridionales. En Italia, los perceptores bajaron un 40%, después de un descenso igualmente brusco durante la década de 1980 (véanse explicaciones detalladas en el recuadro 4.1). En Portugal, el descenso fue de cerca del 20%, y después de un estancamiento durante la segunda mitad de la década de 1980. Portugal y sobre todo Italia tenían unos índices de perceptores sumamente altos a principios de la década de 1980, muy por encima de cualquier otro país en aquella época. En España, la bajada durante la década de 1990 estuvo cerca del 10%, pero después de un período de rápido crecimiento que se produjo en la década anterior.

GRÁFICO 4.2. DESCENSO DEL CRECIMIENTO DE LOS PERCEPTORES EN LA MAYORÍA DE LOS PAÍSES

Panel A: Crecimiento de los perceptores de prestaciones por discapacidad, de 1980 a 1990 y de 1990 a 1999 (porcentajes)



Nota: Los países se clasifican en orden creciente del crecimiento en 1990-99

AUS = Austria	AUT = Australia	BEL = Bélgica	CHE = Suiza	DEU = Alemania	DNK = Dinamarca
ESP = España	FRA = Francia	GBR = Reino Unido	ITA = Italia	KOR = Corea	MEX = México
NLD = Holanda	NOR = Noruega	POL = Polonia	PRT = Portugal	SWE = Suecia	USA = Estados Unidos
OECD = OCDE					

Panel B: Crecimiento de los perceptores de prestaciones por discapacidad, de 1980 a 1985, de 1985 a 1990, de 1990 a 1995 y de 1995 a 1999 (porcentajes)

	De 1980 a 1985	De 1985 a 1990	De 1990 a 1995	De 1995 a 1999
Australia	3	11	35	22
Austria	38	15	6	8
Bélgica	10	6	4	1
Canadá	..	..	41	11
Dinamarca	32	10	6	-5
Francia	4	11	0	2
Alemania	9	-22	29	2
Italia	-15	-17	-20	-24
Corea	..	..	..	255
México	..	..	15	-13
Holanda	9	10	-6	5
Noruega	13	21	-2	15
Polonia	..	..	26	0
Portugal	15	1	-21	-1
España	39	18	-6	-6
Suecia	9	9	12	0
Suiza	9	6	17	18
Turquía	-3	6	10	5
Reino Unido	36	22	54	2
Estados Unidos	-8	15	34	7
OCDE (16)	12	8	9	3

.. Datos no disponibles.

Fuente: Base de datos de la OCDE relativos a los programas para las personas con discapacidad, véase el Cuadro A1.2 del Anexo I.

Recuadro 4.1. Explicación de las tendencias de los perceptores de prestaciones en países seleccionados

Algunas de las tendencias de los perceptores de prestaciones desde 1980 parecen irregulares, pero en la mayoría de los casos se explican fácilmente observando las medidas de reforma con cierto detalle (para un análisis de las tendencias en Holanda y Noruega durante la década de 1990, véase la Sección 4.4). En Alemania, por ejemplo, los datos parecen sugerir un descenso brusco a finales de la década de 1980, seguido de un aumento, igualmente brusco, a principios de la década de 1990. De hecho, se trata, en gran parte, de un artificio causado por el cambio (en 1984) de los requisitos de elegibilidad, después de lo cual el derecho requería que tres de los cinco años de seguro necesarios debían caer en el período de los últimos cinco años. El anuncio de este cambio condujo a un auge del flujo de entrada en la discapacidad, (particularmente) entre las mujeres, antes de que se promulgara la reforma. Después de 1985, el flujo de entrada cayó rápidamente. Por ejemplo, en 1988 sólo una de cada cinco mujeres se jubiló a través del programa relativo a la discapacidad, mientras que en 1984 era una de cada dos. Equilibrar esta fluctuación llevó casi hasta mediados de la década de 1990. Sin este cambio, Alemania habría contemplado un aumento progresivo lento de los índices de prestaciones en los últimos veinte años.

La fluctuación de los índices de perceptores de prestaciones en los Estados Unidos es resultado del proceso de reforma descrito más arriba: la administración más estricta establecida en 1980, que tuvo que relajarse después de 1984. Debe tenerse en cuenta que esta reforma sólo afectó al seguro de discapacidad, mientras que el número de personas existente en las prestaciones por discapacidad no contributivas aumentó progresivamente durante la década de 1980. La relajación de un control más estricto no explica, sin embargo, el aumento repentino de los índices de perceptores en la primera mitad de la década de 1990, que afectaron a los sistemas tanto contributivos como no contributivos. El número de beneficiarios de prestaciones en estos sistemas se incrementó en cerca de un millón de personas en cada sistema sólo en cinco años, y ello durante un período de desarrollo económico y unos índices de desempleo descendentes. Parece que durante la década de 1990 las prestaciones por discapacidad se habían convertido en prestaciones "comodín" en sustitución del desempleo de larga duración y de los pagos de la asistencia social, ya que los crite-

Recuadro 4.1. Explicación de las tendencias de los perceptores de prestaciones en países seleccionados (continuación)

rios de elegibilidad para estas otras prestaciones fueron estrictos y se introdujeron más requisitos en la búsqueda de empleo.

El gran aumento de perceptores de prestaciones por discapacidad en el Reino Unido a lo largo de todo el período que va de 1980 a 1995 se explica, principalmente, por la ausencia de cualquier reforma de gran envergadura tanto en lo que se refiere a las prestaciones como por lo que respecta a la activación, aunque esta tendencia se debe, en parte, a la reestructuración de los componentes de las prestaciones, que ha conducido a un cierto desplazamiento hacia las prestaciones por incapacidad. En quince años, el número de personas que perciben prestaciones por incapacidad ha aumentado en un millón, y en algo menos de medio millón el número de personas existente en los programas de discapacidad no contributivos. La inversión de la tendencia en la segunda mitad de la década de 1990 se relaciona con una reforma global del acceso a las prestaciones del seguro (una prueba relacionada con "todo el trabajo", transformada más tarde en una "evaluación de la capacidad personal") y con una reducción de la generosidad de las prestaciones contributivas para los nuevos solicitantes.

Cuadro del Recuadro 4.1. Valoraciones del índice de perceptores de prestaciones por discapacidad para Italia, de 1975 a 1999

	1975	1980	1985	1990	1995	1999
Programa contributivo ^a	100	108	72	40	27	16
Programa no contributivo ^b	11	19	36	50	45	39
Ambos programas	111	127	108	90	72	55
Proporción del sistema no contributivo	10 %	15%	33%	55%	63%	71%

a) Datos relativos al sistema contributivo de 1975 a 1985, derivados de la encuesta del ISTAT [Istituto Nazionale di Statistica: Instituto Nacional de Estadística] sobre el número de pensiones.

b) Datos relativos al sistema no contributivo de 1975 a 1995, calculados tomando como base los datos de los perceptores para 1999 y los gastos hasta 1995; datos de los gastos tomados de Baldacci y De Santis (Prinz, 2003), supuesto: gasto constante en 1999 *per cápita* en el porcentaje del PIB.

La tendencia en Italia es la más inusual. La prevalencia de la discapacidad en el año 1980 era más alta aquí que en ningún otro país de la OCDE en cualquier momento del tiempo (127 por mil). En 1984, una drástica reforma del programa de prestaciones contributivas -más drástica que cualquier otra reforma de las prestaciones por discapacidad en cualquier otro país de la OCDE (véase también el Cuadro A3.5 del Anexo 3)- marcó un momento decisivo. Desde entonces, el índice de perceptores de prestaciones ha caído muy rápidamente. El alcance del efecto de esta reforma no es bien conocido, debido a la carencia de datos. Sin embargo, las valoraciones que se ofrecen más abajo reflejan probablemente las tendencias reales. Hasta 1990, la mitad del descenso de los perceptores de prestaciones del seguro fue compensada por un aumento de los perceptores de prestaciones sujetas a la comprobación de los recursos. Durante la década de 1990, después de una reforma del programa no contributivo, disminuyeron los índices de perceptores de ambos tipos de prestaciones, con lo que se aceleró más el descenso total de la década de 1980. Antes de 1999, el índice de perceptores estaba en el 55 por mil, un índice medio en una comparación de la OCDE. Los gastos descendieron más que proporcionalmente, porque las prestaciones sujetas a la comprobación de los recursos representan ahora el 70 % de todos los beneficiarios, en comparación con sólo el 10 % en 1975.

El asombroso descenso de la cantidad de beneficiarios de prestaciones del seguro en Italia -obsérvese que las cifras todavía están siguiendo el descenso- ha reducido evidentemente la carga fiscal del sistema, pero también ha tenido consecuencias sociales generalizadas. Al final del siglo, el uso inadecuado del sistema de las prestaciones por discapacidad, en particular en las regiones con un desempleo elevado, se había detenido. Pero el sistema de las prestaciones por desempleo en este país tiene una duración de los pagos corta -hasta seis meses- y un índice de sustitución bajo (el 30 %). Por lo tanto, las reformas globales de las prestaciones por discapacidad dieron como resultado, en efecto, una eliminación progresiva de las prestaciones contributivas del seguro, con lo que las personas con discapacidad tienen que depender, en gran medida, de las prestaciones sujetas a la comprobación de los recursos.

En comparación con la década de 1980, los índices de crecimiento han descendido en la década de 1990 en la mayoría de los países, a excepción de Turquía, Alemania, Suiza y –muy especialmente– los Estados Unidos y Australia. El cambio en la segunda mitad de la década de 1990 es bastante notable: después de 1995, en la gran mayoría de los países se detuvo el aumento del índice de perceptores de prestaciones (gráfico 4.2, panel B). Las principales excepciones se producen en Australia y Suiza, donde continuó la tendencia de los primeros años de la década de 1990, y en Noruega, que, después de una bajada en el período de 1990 a 1995, experimentó recientemente un aumento algo inesperado (véanse más explicaciones en la Sección 4.4)⁴. El aumento medio del incremento de perceptores de prestaciones de la OCDE (promedio en los países con una serie cronológica completa desde 1980) cayó del 9% en el período de 1990 a 1995 hasta el 3% en el período de 1995 a 1999.

► 4.2. Niveles de las prestaciones por discapacidad y trabas a las prestaciones

Una de las razones de la inexistencia del flujo de salida es el pobre diseño del sistema de prestaciones. Las normas pueden dificultar el hecho de que los beneficiarios de prestaciones traten de trabajar si van a tener que pasar de nuevo por el engorroso procedimiento de concesión en el caso de que su experiencia en el trabajo termine en fracaso. También pueden surgir trabas a las prestaciones –igual que en otras clases de transferencias sociales– cuando los ingresos procedentes del trabajo superan en muy poco los ingresos en concepto de prestaciones y, por lo tanto, el trabajo carece de un incentivo financiero real e inmediato.

Incentivos para el trabajo

Las pruebas relativas a estos tipos de trabas a las prestaciones no son concluyentes. Numerosos países tienen normas que permiten conservar la prestación durante algunos años (véase el cuadro A3.2 del anexo 3). En Holanda, Noruega y Suecia, es posible hacerlo durante tres años, en Australia durante dos años, en el Reino Unido (“normas de vinculación”) durante un año, en Alemania durante seis meses y en Bélgica durante 3 meses⁵. En Canadá no hay ninguna limitación especial de tiempo; los antiguos beneficiarios de prestaciones pueden tramitar siempre un proceso de nueva solicitud “por la vía rápida”.

De modo similar, varios países tienen incentivos para el trabajo muy distintos con el fin de sacar a los beneficiarios de prestaciones del registro de perceptores. En Dinamarca, por ejemplo, se paga un complemento especial en el trabajo a las personas que tengan la capacidad profesional reducida en dos tercios como mínimo si renuncian a la prestación por discapacidad. En Turquía, los trabajadores con discapacidad disfrutaban de una rebaja en el impuesto sobre la renta. Y en el Reino Unido, los antiguos beneficiarios de prestaciones tienen derecho a un crédito fiscal de persona con discapacidad, que proporciona unos ingresos mínimos razonablemente generosos a las personas con discapacidad que trabajen, al menos, 16 horas semanales. En Holanda y en los Estados Unidos, el pago de la prestación se continúa durante un período probatorio de trabajo de seis y nueve meses, respectivamente⁶.

Las pruebas empíricas son escasas, pero la aceptación de todos estos planes es baja por lo general. Los bajos índices del flujo de salida en todos los países –con independencia de la existencia de tales normas– también sugieren que son pocas las personas que hacen uso de estos diversos incentivos para el trabajo. Para los

⁴ La tendencia en Australia se explica, en parte, por la disminución del acceso de las mujeres a los pagos alternativos, como por ejemplo, la pensión para la esposa y la pensión para viudas. Esta tendencia es probable que continúe en el futuro, ya que se cierran más pagos alternativos (por ejemplo, la asignación para la pareja y la asignación para la Tercera Edad).

⁵ En Suecia, “congelar la pensión” –así se denomina– es posible durante tres años, aunque después de un año es necesario presentar una nueva solicitud. Obsérvese que en este país también es posible detener el pago de una subvención salarial durante tres años e interrumpir el trabajo protegido durante un año.

⁶ En los Estados Unidos hay bastante flexibilidad, ya que este período de nueve meses puede, incluso, ser prorrogado más de cinco años. Además, la cobertura de Medicare es continua durante más de tres años (siempre que la afección médica no haya mejorado).

beneficiarios de prestaciones por discapacidad, el bajo flujo de salida parece estar más relacionado con la falta de oportunidades para obtener un empleo de calidad (es decir, un fallo de la política de la demanda de mano de obra) y, quizás igualmente importante, con el hecho de que estas personas han de ser clasificadas oficialmente como discapacitadas –o, en otras palabras, de “incapaces para trabajar”– para tener derecho a tales beneficios: el dilema inherente a la política en materia de discapacidad.

Niveles de las prestaciones

Si los niveles de las prestaciones de larga duración son elevados, pueden actuar como una traba a las prestaciones siempre que las ganancias netas de la aceptación de un trabajo sean bajas. Los índices del flujo de salida no son mayores en los países que tienen unos niveles de prestaciones relativamente bajos, como en los países de habla inglesa, aunque, desde luego, hay otros factores que también pueden determinarlos.⁷ Sin embargo, parece que los niveles de las prestaciones pueden ser importantes como incentivo para la solicitud de una prestación, y sin duda en esta medida funcionan, al menos indirectamente, como una traba a las prestaciones.

Está lejos de ser trivial el cálculo de un índice medio de sustitución, lo que no se ha hecho en el presente estudio por diversos motivos (véase el Recuadro 4.1). Los índices de sustitución máximos teóricos correspondientes al promedio de los ingresos indican unas diferencias considerables entre los países, si bien hay muchos países donde los niveles de las prestaciones tienden a ser de alrededor del 60 al 70% de los ingresos brutos pensionables protegidos (véase el cuadro A3.3 del Anexo 3, que se refiere a la principal prestación pública por discapacidad, es decir, al seguro de discapacidad contributivo, allí donde existe dicho seguro, y a las prestaciones no contributivas en Australia y Dinamarca). Las prestaciones fijas más bajas se aproximan al 25% del promedio de los ingresos, y se pagan tanto en Australia (en este caso sujetas a la comprobación de los recursos, pero con unos umbrales de ingresos generosos) como en el Reino Unido. En Canadá, la prestación es sólo ligeramente superior. En numerosos países (México, los Estados Unidos, y también, para las personas solteras, Bélgica), el índice de sustitución máximo correspondiente al promedio de los ingresos es de alrededor del 40%, y en Francia del 50%.

En unos pocos países, los índices de sustitución de los ingresos pueden sobrepasar el 70%. Esta condición se cumple en especial en Dinamarca, donde la prestación fija máxima –que consta de varios componentes– llega a ser el 150% del promedio de los ingresos. En Suecia, los índices de sustitución también son notablemente elevados, como consecuencia de la cobertura casi universal con pensiones profesionales del segundo pilar (que se pagan también en el caso de discapacidad), además de una prestación bastante generosa del primer pilar. En Holanda, las prestaciones suelen complementarse mediante convenios colectivos hasta el nivel previo de los ingresos, pero sólo durante el primer año y, a veces, el segundo. En Noruega también existen algunos pagos complementarios colectivos. En los países del sur de Europa y en Polonia, el índice de sustitución puede llegar a ser también del 80% (en España el 85%, en Polonia el 76%)⁸. Pero en Portugal, en Polonia y –para los beneficiarios de prestaciones parciales– en Italia, es raro que dichos niveles se alcancen de hecho y, si lo hacen, es sólo por parte de personas cercanas a la edad de jubilación, porque los años que faltan hasta esa edad o bien se abonan a un tipo de acumulación reducido (Polonia) o bien no se abonan en absoluto (Italia, Portugal).

Hay también diferencias considerables en el grado de redistribución de estos sistemas públicos de prestaciones por discapacidad. En los países con prestaciones fijas, los índices de sustitución son, por definición, mucho más altos para las personas con ingresos más bajos. Este caso es particularmente llamativo en

⁷ No se debería olvidar que muchos beneficiarios de prestaciones por discapacidad son personas de baja cualificación con unos ingresos previos a la discapacidad más bajos y/o un potencial de ingresos también bajo, para las que los índices de sustitución de las prestaciones, incluso en estos países, pueden no ser tan bajos. Por lo tanto, son necesarios datos mucho más detallados (por ejemplo, los índices del flujo de salida por aptitud, el nivel de ingresos y de prestaciones) para llegar a una conclusión final sobre esta cuestión.

⁸ En Portugal, después de la nueva legislación de 2002 sobre el cálculo de las pensiones, el índice máximo de sustitución puede ser tan alto como el 92%.

Dinamarca. La mayoría de los sistemas de seguro vinculados a los ingresos también tienen alguna clase de arreglo que puede elevar el índice de sustitución para las personas con ingresos más bajos, ya sea a través de un componente básico (Canadá, Noruega, Suecia) o de una pensión mínima (Bélgica, Italia, Corea, Portugal, los Estados Unidos), ya sea mediante un complemento por ingresos bajos (Austria, Francia, Suiza).

Es evidente que todos los países con altos índices de perceptores de prestaciones tienen unos niveles de sustitución elevados, aunque es difícil obtener una imagen clara de cuáles son los índices de sustitución medios o típicos en cada país (Recuadro 4.2).

Si los niveles de las prestaciones por discapacidad se consideran como una vía de acceso importante a las prestaciones, los niveles de las prestaciones por enfermedad de corta duración –y también la duración de dicho pago– son también importantes. Noruega es el único país con una sustitución del 100% de los ingresos durante todo el período de enfermedad de hasta un año (véase el Cuadro A3.3 del Anexo 3). Lo mismo es cierto, de hecho, en Holanda, donde casi todos los empleados, además de la prestación por enfermedad del 70%, perciben por convenios colectivos un complemento que les completa el 100% del salario neto. En Polonia, la prestación se aumenta del 80% al 100% transcurridos los tres primeros meses de recibir la compensación por enfermedad. Todos estos países tienen unos índices del flujo de entrada en las prestaciones por discapacidad y de perceptores especialmente elevados. Otros países tienen la sustitución completa del salario durante un período de varias semanas o, incluso, de algunos meses, que paga el empresario, si bien el tipo de prestación por enfermedad de larga duración suele ser mucho más bajo.

Hay varios países –Canadá, Alemania, México, Suecia, pero también Suiza y los Estados Unidos– donde el tipo de prestación por enfermedad es más alto que el de discapacidad. Los tres países del sur de Europa, por el contrario, son los únicos países en los que las prestaciones por enfermedad pueden ser bastante inferiores a las prestaciones por discapacidad, aunque sólo para los trabajadores mayores con un período de cotización considerable, cuyo derecho potencial a la prestación por discapacidad sería relativamente alto. Pero estos niveles relativos de prestación por enfermedad sólo se reflejan, en parte, en los índices de perceptores de prestaciones por discapacidad de esos países.

Obsérvese que Corea es el único país sin ningún programa de prestaciones en efectivo por enfermedad. Tampoco en los Estados Unidos existe un programa de esta clase, pero cerca de tres de cada cuatro empleados de este último país están protegidos por prestaciones por discapacidad de corta duración (voluntarias, habitualmente pagadas por el empresario) o por seguro de discapacidad temporal (programa obligatorio en cinco Estados).

Prestaciones parciales

La concesión de prestaciones por discapacidad parcial (es decir, por la reducción parcial de la capacidad para el trabajo o para obtener ingresos) puede conducir a otra traba indirecta a las prestaciones⁹. Desde luego, los países que tienen un sistema de prestaciones parciales escalonadas que reflejan diferentes grados de discapacidad son, en general, países con índices de perceptores de prestaciones por discapacidad especialmente elevados (compárense el Cuadro 4.1 y el Gráfico 3.13). Si las personas que perciben prestaciones por discapacidad parcial trabajan, es inapropiada la noción de traba a las prestaciones, puesto que estas prestaciones compensan la reducción de la capacidad para el trabajo y para obtener ingresos. Pero en muchos casos, las personas que perciben prestaciones parciales no trabajan; en Holanda, por ejemplo, esta afirmación es cierta en casi el 40% de este grupo. Obsérvese que, a pesar de la correlación existente entre los índi-

⁹ Indirecto, porque las prestaciones parciales afectan directamente al flujo de entrada en las prestaciones, que, a su vez –debido a que casi no existe flujo de salida– afecta al índice de perceptores de prestaciones de larga duración.

ces de perceptores de prestaciones y las opciones de las prestaciones parcial, hubo y hay todavía ejemplos de países que carecen de tal opción y, sin embargo, tienen altos niveles de perceptores de prestaciones (por ejemplo, el Reino Unido en la actualidad, Italia en los primeros años de la década de 1980 antes de introducirse una prestación parcial, y Portugal en los últimos años de la década de 1980).

Recuadro 4.2. Estimación de los índices de sustitución de los ingresos

Incluso en el análisis de la pensión de jubilación, estimar (el promedio de) los índices de sustitución es una tarea bastante compleja. Pueden aplicarse varios enfoques. Uno de ellos es considerar los índices de sustitución brutos y/o netos como una función de los ingresos individuales, por ejemplo, como una proporción del promedio de los ingresos (OCDE, 2001b). Otra opción es calcular los índices de sustitución en función del número de años trabajados (a un nivel de ingresos, por lo general el promedio, determinado). A menudo se aplica el enfoque del "caso típico", por ejemplo, mediante la combinación de dos o tres composiciones familiares típicas con dos o tres biografías de trabajo típicas y dos o tres trayectorias de ingresos. Este análisis es muy complejo, porque los registros biográficos de las personas son muy variables.

Se aplica todo lo anterior a las prestaciones por discapacidad, pero la situación es mucho más compleja. En primer lugar, en varios países hay más de una prestación pública por discapacidad, que en algunos de ellos puede ser, además, acumulativa. En segundo lugar, algunos países pagan prestaciones a personas que carecen de antecedentes laborales (o, más bien, de seguro) o no tienen ninguno reciente -un grupo que puede ser incluso bastante amplio-, mientras que otros países no lo hacen. En tercer lugar, es muy difícil o casi imposible elegir una composición familiar típica; al contrario de lo que ocurre en la jubilación por edad, la discapacidad puede suceder a cualquier edad y, por lo tanto, incluye una gama mucho más amplia de composiciones familiares. En cuarto lugar, es mucho más difícil elegir una trayectoria de ingresos apropiada, porque ello dependerá de la discapacidad (tipo, fecha de comienzo, gravedad). Como la importancia de estos componentes varía de un país a otro, no es posible definir ningún caso típico que tuviera un interés equiparable en el contexto de cada país.

Por todos estos motivos, se decidió no calcular ningún índice de sustitución de ingresos en el contexto del presente proyecto, aunque dichos índices puedan ser un ingrediente importante al decidir solicitar una prestación. Sigue siendo interesante considerar los parámetros principales de los niveles de prestaciones de los sistemas, como el índice de sustitución máximo para una prestación por discapacidad total, pero ha de tenerse en cuenta que eso sólo puede afectar a una minoría del grupo de personas que potencialmente dependen de tales prestaciones.

No hay ninguna relación entre las normas relativas a la revisión de los derechos a recibir una prestación por discapacidad y la disponibilidad de las prestaciones que se conceden por discapacidad parcial (Cuadro 4.1). Existen toda clase de combinaciones, incluidas, de hecho, las concesiones de prestaciones permanentes por discapacidad parcial, aunque sería de gran interés potenciar los esfuerzos de revisión de los beneficiarios de prestaciones parciales. El motivo de esta medida es impedir que las prestaciones parciales se conviertan, de hecho, en una entrada cómoda a las prestaciones permanentes.

Gran parte de la importancia del debate que se refiere a las prestaciones por discapacidad parcial depende del grado en que las personas con discapacidad utilicen realmente estas prestaciones. En los cuatro países con un sistema de prestaciones escalonado (Holanda, Noruega, Suecia y Suiza), a dos de cada tres nuevos beneficiarios de prestaciones se les concede una prestación por discapacidad total (Cuadro 4.2). Por lo tanto, las prestaciones parciales son bastante frecuentes, y la cuestión de hasta qué punto esos sistemas "invitan" a un mayor flujo de entrada en las prestaciones (de las que apenas hay flujo de salida) llega a ser importante¹⁰.

¹⁰ Obsérvese que, corregida la recepción de prestaciones parciales, en Holanda, Noruega y Suecia el índice de perceptores de prestaciones a tiempo completo equivalentes sería el 10% más bajo que el que se muestra, por ejemplo, en el Gráfico 3.12, y más del 15% más bajo en Suiza debido a la mayor proporción de prestaciones parciales en el volumen de beneficiarios de este país. Sin embargo, para el análisis comparativo se usa el índice de perceptores sin corregir, porque los beneficiarios de prestaciones parciales también dependen -en muchos casos, exclusivamente- de estas prestaciones. Por el contrario, los gastos totales de las prestaciones por discapacidad reflejan los costos más bajos de las prestaciones parciales.

Cuadro 4.1. Reevaluación de los derechos a las prestaciones y opciones de las prestaciones parciales por discapacidad

	Opciones de las prestaciones parciales por discapacidad		
	Varios pasos	Una opción de prestación parcial	Sólo posible una prestación completa
Permanente (de hecho)	Dinamarca Noruega	España ^a	Canadá Turquía Estados Unidos
Un procedimiento más flexible	Suiza	Polonia ^a	Bélgica México Portugal Reino Unido
En principio temporal	Países Bajos	Francia Alemania ^a Italia	Australia Austria

a) Las prestaciones parciales se pagan para la total incapacidad para el trabajo en la ocupación habitual; la misma norma se aplicó también en Alemania hasta 2001 cuando se introdujo una prestación parcial auténtica.

Fuente: Base de datos de la OCDE relativos a los programas para las personas con discapacidad, véase el Cuadro A1.2 del Anexo I.

Es sorprendente el hecho de que las proporciones de personas con prestaciones totales en estos cuatro países sean casi idénticas, siendo así que para tener derecho a este tipo de prestaciones se necesitan unos niveles diferentes de incapacidad para el trabajo, lo que puede sugerir que el nivel de incapacidad requerido, formalmente especificado, sea un mero punto de referencia. Suiza, cuyos requisitos son los menos exigentes, es el único país en el que la proporción de prestaciones totales ha aumentado durante el último decenio, lo que explica, en parte, el crecimiento continuo de los perceptores. Los otros tres países han visto aumentos considerables en la proporción de prestaciones parciales desde 1990, con el aumento más marcado en Holanda.

Dinamarca, donde a sólo uno de cada diez nuevos solicitantes se le concede la prestación fija máxima, no es comparable en realidad. En este país, las prestaciones constan de varios componentes, algunos de ellos diseñados para compensar, en parte, los gastos especiales en que se incurre por causa de la discapacidad, lo que también explica el alto nivel de la máxima prestación estatal. Por lo tanto, hasta las prestaciones parciales pretenden ser suficientes para mantener el medio de vida.

Cuadro 4.2. A uno de cada tres solicitantes se le concede una prestación parcial

<i>Proporción de prestaciones parciales en el flujo de entrada en las prestaciones por discapacidad, 1999</i>		
	Proporción de nuevos beneficiarios a los que se les concedió una prestación parcial (%)	Reducción de la capacidad para el trabajo que se requiere para una prestación completa
Dinamarca	89	100 %
Holanda	33	80 %
Noruega	33	cerca del 100 %
Suecia	34	cerca del 100 %
Suiza	34	67 %

Fuente: Base de datos de la OCDE relativos a los programas para las personas con discapacidad, véase el Cuadro A1.2 del Anexo I.

Prestaciones para gastos extraordinarios

El caso danés enlaza con otra categoría más de prestaciones, que son las prestaciones diseñadas con el único objeto de compensar los gastos extraordinarios de la discapacidad de una persona. La elevada prestación fija existente en Dinamarca incluye implícitamente estos componentes, mientras que las bajas presta-

ciones fijas por discapacidad en Australia y el Reino Unido no lo hacen. Pero en la abrumadora mayoría de los países con prestaciones de seguro relacionadas con los ingresos, la prestación por discapacidad está diseñada para sustituir a los ingresos (previos) con independencia de los gastos adicionales en que se pueda incurrir. Este aspecto es importante en el contexto de las potenciales trabas a las prestaciones, dado que –al contrario que las prestaciones sustitutivas de los ingresos– las prestaciones para gastos extraordinarios, que se pagan con independencia de la situación laboral de la persona, no funcionan como una traba a las prestaciones.

Allí donde existen estas prestaciones (fijas), se suelen pagar a las personas que necesitan cuidados constantes, y a menudo varían con el grado de asistencia necesario. La pensión de discapacidad en el Reino Unido, que consta de un componente de movilidad y de otro de asistencia con varios índices, podría ser el mejor ejemplo de una prestación que no está relacionada con la percepción de ninguna otra prestación o con los ingresos procedentes del trabajo, también porque su nivel fijo es, en general, muy alto en relación con el nivel, también fijo, de una prestación normal por discapacidad. Otros ejemplos son el subsidio australiano para los cuidadores, el subsidio de asistencia austriaco, el subsidio de integración belga, el subsidio de asistencia danés, el seguro de asistencia alemán, el subsidio para los cuidadores italiano, el subsidio de discapacidad coreano, la prestación de asistencia permanente noruega, el complemento de dependencia portugués y la indemnización de ayuda personal sueca. En muchos países, estas prestaciones sólo se pagan a las personas que necesitan una ayuda considerable y que, por regla general, no trabajarían¹¹. Una excepción es el subsidio de asistencia austriaco, que permite pagar una pequeña “prestación para gastos extraordinarios”, a las personas que hayan tenido pequeños gastos extraordinarios, y que sin duda serían capaces de trabajar¹². Estas prestaciones no impiden la aceptación de un empleo. En algunos países (Bélgica, Corea), por el contrario, estas prestaciones están sujetas a la comprobación de los recursos y, por lo tanto, pueden crear una traba adicional a las prestaciones.

En otros países (por ejemplo, España) existen formas similares de subsidios o complementos por asistencia constante, pero sólo en concepto de pago complementario de una prestación normal por discapacidad. También esta reglamentación puede aumentar la traba implícita resultante del pago de la prestación.

► 4.3. Lagunas de la cobertura

Los programas de prestaciones por discapacidad parecen producir un alto grado de dependencia de las prestaciones. Como ya se hizo notar en la Sección 3.4, en la mayoría de los países, y a pesar de los gastos ya elevados de los sistemas de transferencias por discapacidad, una proporción notable de personas con discapacidad no perciben estas prestaciones.

Requisitos de los derechos

Sólo en unos pocos países se da la situación de que toda la población en edad laboral tenga derecho a una prestación individual del programa público de prestaciones por discapacidad, con independencia del trabajo y del período de cotización de la persona, así como de otros ingresos o recursos familiares. Los países con cobertura individual de toda la población son Dinamarca, Noruega, Suecia y Suiza (véase el Cuadro A3.4 del Anexo 3 y también el cuadro 4.3). En estos países sólo es preciso satisfacer requisitos de residencia para tener derecho a una prestación fija, ya sea una prestación normal por discapacidad en Dinamarca, o una prestación básica especial en los otros tres países.

¹¹ La asignación para movilidad de Australia es otro ejemplo, pero ésta sólo se paga a las personas con dificultades de movilidad importantes que están participando en el trabajo, en la formación o en actividades voluntarias.

¹² Obsérvese que la subvención de asistencia de Austria puede ser muy alta –en términos absolutos considerablemente más alta, incluso, que el subsidio de subsistencia para las personas con discapacidad del Reino Unido–, pero sólo para las personas con graves necesidades de asistencia que no pueden casi moverse del todo, para las cuales el problema de las trabas a las prestaciones llega a ser irrelevante.

La falta de cobertura puede ser un problema en los países con un sistema público de seguro que sólo protege a la población activa, como Austria, Canadá, México y, hasta 2003, Alemania. Estos sistemas a veces dejan de lado a un grupo considerable y vulnerable: el de las personas con poca o ninguna conexión con el mercado de trabajo¹³. Puede tratarse de personas con discapacidad congénita o desde su juventud que nunca se integraron en el mercado de trabajo (aun cuando, en Austria y Alemania, dichas personas pueden recibir un subsidio familiar, sin ningún límite de edad). Este grupo también comprende a las personas, en su mayoría mujeres, que se vieron afectadas por una discapacidad a una edad más tardía, pero que han estado fuera de la población activa durante un período considerable. En algunos sistemas de seguro, el conjunto de estas personas puede quedar excluido de la recepción de prestaciones por discapacidad (Alemania y Canadá), mientras que, en otros, los años de cotización de los períodos de trabajo anteriores pueden bastar para tener derecho a una pequeña prestación por discapacidad.

Cuadro 4.3. Cobertura de las prestaciones por discapacidad para diferentes grupos no pertenecientes a la población activa

Personas que previamente han pertenecido a la población activa (al cuidado de una familia durante ocho años o más)				
	Sin requisitos de cotización	Prestación por discapacidad sujeta a su comprobación	Importantes requisitos de cotización	Sin cobertura
Alguna prestación básica	Dinamarca Noruega Suecia Suiza	--	--	Holanda ^f
Prestaciones por discapacidad sujetas a la comprobación de los recursos	--	Australia ^a Bélgica Francia Italia Corea Portugal España Turquía Reino Unido Estados Unidos	--	--
Sin cobertura	--	--	Austria México Polonia ^b	Canadá ^d Alemania ^e
<p>a) Toda la población de Australia sólo está cubierta por prestaciones sujetas a la comprobación de los recursos, pero con generosas normas con respecto a los ingresos.</p> <p>b) Pensiones sociales bajo el programa de asistencia social ofrecido a las personas con discapacidad en Polonia.</p> <p>c) No hay requisitos de cotización en Holanda tan pronto como una persona entra en la población activa o vuelve a ella.</p> <p>d) El programa general de la asistencia social desempeña el papel de un programa especial sujeto a la comprobación de los recursos, que también existe en tres provincias canadienses.</p> <p>e) Nueva prestación no contributiva sujeta a la comprobación de los recursos que se introducirá en Alemania a partir de 2003.</p> <p>Fuente: Base de datos de la OCDE relativos a los programas para las personas con discapacidad, véase el Cuadro A1.2 del Anexo I.</p>				

En los sistemas de seguro de discapacidad, es típico que se necesiten cinco años de cotización para adquirir derechos, y en varios países es preciso que algunos de estos años pertenezcan al período más reciente anterior a la aparición de la discapacidad. Holanda es una excepción, puesto que no hay requisitos de cotización para la mano de obra actual. Bélgica, Francia, Corea y el Reino Unido son también países en los que los períodos de cotización exigidos son de extraordinaria brevedad, de un año o incluso menos.

¹³ Aunque estas personas puede tener derecho a prestaciones regulares de la asistencia social, sobre todo en Canadá.

El problema de la exclusión de las prestaciones en metálico para una fracción determinada de la población activa debido a que su período de cotización fue demasiado corto, es menos evidente en el caso de las prestaciones en efectivo por enfermedad. En cerca de la mitad de los países, los empleados están cubiertos desde el primer día de trabajo (véase la primera columna del Cuadro A4.3 del Anexo 3). Ahora bien, algunos países imponen como requisito que se haya cotizado hasta seis meses. Esta condición es válida en Bélgica y Francia, donde se exige el mismo período de cotización para tener derecho a una prestación por enfermedad y por discapacidad, así como en Portugal y España¹⁴.

Casi la mitad de los países tienen un sistema de prestaciones por discapacidad de tipo dual, con unos derechos contributivos de seguro vinculados a los ingresos, para la población activa, y unas peticiones especiales no contributivas, por lo general sujetas a la comprobación de los recursos, para quienes no tienen derecho a las primeras. En estos países, si se cumplen los criterios de discapacidad prescritos, puede concederse el derecho a una prestación fija sujeta a la comprobación de los recursos, que no queda a la discreción de los organismos de asistencia social.

En la práctica, la diferencia entre este sistema y otro que sólo tenga la opción de prestaciones de asistencia social para las personas con períodos de cotización insuficientes puede ser pequeña, como demuestran las grandes proporciones de personas con discapacidad desempleadas sin derecho a ninguna prestación en Italia y España. Una red de cobertura sujeta a la comprobación de recursos dirigida a las personas con discapacidad parece ser superior a la confianza en un plan general de bienestar o asistencia social (como el existente en Canadá), precisamente porque el acceso es un derecho y, por lo tanto, la recepción de una prestación está menos estigmatizada. Sin embargo, el inconveniente es que un programa así puede utilizarse de manera implícita para dificultar el acceso a las prestaciones del seguro, lo que conduce automáticamente a un desplazamiento de los beneficiarios de prestaciones desde el programa contributivo al programa sujeto a la comprobación de los recursos y, por lo tanto, a un aumento del número de personas que no perciben prestaciones.

En Holanda se da un caso “híbrido” interesante: las personas que se ven afectadas por una discapacidad antes de cumplir 18 años, o durante sus estudios, tienen derecho a una prestación fija, que no está sujeta a la comprobación de los recursos; situación muy similar a la que se da en los países con cobertura de toda la población. Por el contrario, las personas cuya discapacidad se presenta en una edad posterior, y que no están en un centro de enseñanza ni en un empleo, no tienen derecho a ninguna prestación por discapacidad, como sucede en países como Austria o Alemania (Cuadro 4.3). La situación es similar en Polonia, donde las personas con discapacidad adquirida antes de los 18 años (o de los 25, si es estudiante), y que son incapaces de trabajar a causa de esa discapacidad, tienen acceso a una “pensión social” especial, que está reglamentada por la ley de asistencia social, pero que también se paga sin comprobación de los recursos.

Australia es otro caso excepcional, porque el programa público en materia de discapacidad –como cualquier otro programa de cobertura social en este país– es no contributivo, universal y sujeto a la comprobación de los recursos¹⁵. Por este motivo, el grupo de personas que no percibe ninguna prestación puede ser semejante, en la práctica, al de los sistemas de cotización que sólo protegen a la población activa. En ambas situaciones, es frecuente que no perciban ninguna prestación los cónyuges que no trabajan. El Reino Unido es otro caso especial, porque la combinación y los requisitos de las prestaciones disponibles garantizan una cobertura amplia de la población.

¹⁴ Obsérvese que, en todos los países, la enfermedad causada por un accidente laboral o una enfermedad profesional está cubierta a partir del primer día de empleo.

¹⁵ En Australia, la prueba de ingresos y haberes de las pensiones se basa en los ingresos del solicitante y, si es pertinente, de su pareja (heterosexual). Los ingresos de los hijos o de otras personas que compartan el alojamiento no afectan al índice de prestaciones por discapacidad de una persona.

Composición por género

Esta “similitud” del sistema australiano sujeto a la comprobación de los recursos con los sistemas de cotización (es decir, todos los programas contributivos excepto los que cubren a toda la población) se hace evidente si se considera la composición por género de los beneficiarios de prestaciones por discapacidad. En los países con sistemas de cotización (Austria, Alemania, España, Italia y México), es típico que las mujeres estén insuficientemente representadas en la población beneficiaria si se compara con su proporción en la población activa (cuadro 4.4)¹⁶. Por el motivo opuesto, es decir, porque están excluidas del derecho al seguro, en general las mujeres están excesivamente representadas en los “segundos” sistemas no contributivos, a pesar de la comprobación de los recursos en dichos sistemas. Las mujeres también están excesivamente representadas en la mayoría de los sistemas que cubren a toda la población (países escandinavos).

Cuadro 4.4. Pocas mujeres en las prestaciones por discapacidad excepto en los sistemas con cobertura universal

Proporción de mujeres en el volumen y el flujo de entrada en las prestaciones por discapacidad, y en la población activa, en porcentajes

	Volumen			Flujo de entrada			Población activa		
	1990	1995	1999	1990	1995	1999	1990	1995	1999
Australia (nc)	--	30	37	--	--	37	41	43	43
Austria	24	25	24	29	29	28	--	43	43
Bélgica	30	34	38	--	--	--	39	41	43
Canadá	31	42	46	37	45	47	44	45	46
Dinamarca (nc)	61	59	57	60	56	55	47	46	46
Francia	--	--	--	--	--	42	44	45	46
Alemania	34	38	39	27	35	33	40	43	43
Italia	49	46	40	--	30	28	37	37	38
Corea	6	9	9	--	--	--	40	40	40
México	17	17	17	17	17	17	--	33	34
Holanda	31	34	40	44	49	54	39	41	43
No contributivo	44	44	44	45	43	47	-	-	-
Noruega	57	57	58	53	53	56	45	46	46
Polonia	--	43	43	--	42	40	--	46	46
Portugal	53	50	55	46	43	50	43	45	46
No contributivo	55	54	52	52	44	--	-	-	-
España	25	24	25	--	--	--	34	38	40
No contributivo	--	62	61	--	--	--	-	-	-
Suecia	54	55	56	53	52	55	48	48	47
Suiza	41	41	42	--	39	47	--	--	--
Reino Unido	28	33	33	27	32	38	43	44	44
No contributivo	53	49	48	--	41	43	-	-	-
Estados Unidos	35	39	42	37	42	44	45	46	47
No contributivo	--	55	57	50	51	53	-	-	-
OCDE (14)	-	-	32	-	-	42	-	-	44

nc: Prestaciones no contributivas solamente.

-- No disponible.

- No aplicable.

Fuente: Base de datos de la OCDE relativos a los programas para las personas con discapacidad, véase el Cuadro A1.2 del Anexo I; base de datos de la OCDE relativos a las estadísticas de la población activa.

¹⁶ Obsérvese que las mujeres en Australia también están insuficientemente representadas, porque reciben otros pagos que son menos difíciles de evaluar administrativamente (por ejemplo, la prestación para padres, la asignación para la pareja o la asignación para viudas), aunque el índice de pagos de las pensiones de ayuda para las personas con discapacidad suele ser más alto que para cualquiera de estas prestaciones.

Merece la pena mencionar la situación especial que existe en algunos países. La proporción de mujeres entre los perceptores de prestaciones por discapacidad es sumamente baja en los países donde los sistemas de cotización se establecieron hace menos tiempo (Corea, México). Igualmente, la proporción de mujeres es mucho más baja de lo que podría esperarse de su proporción actual en la población activa en los sistemas de seguro de Austria (porque las mujeres acceden cinco años antes a la jubilación anticipada) y España (por la escasa actividad económica de las mujeres hasta hace muy poco tiempo).

Si se compara la composición por género del volumen de beneficiarios con la del flujo de entrada se obtienen datos adicionales. En Italia, por ejemplo, la proporción de mujeres en el volumen de prestaciones contributivas era inesperadamente alta en 1990 dada su baja proporción en la población activa. La única explicación defendible es el uso inadecuado del sistema antes de la reforma de las prestaciones de 1985. La proporción mucho más baja de mujeres en el flujo de entrada actual, por el contrario, refleja los bajos índices de participación femenina y los requisitos de cotización del sistema de prestaciones. En Holanda, para considerar un ejemplo opuesto, la proporción de mujeres entre los beneficiarios de prestaciones contributivas del seguro fue muy baja en 1990, si se tiene en cuenta que no hay ningún requisito de cotización mínima para la población activa. La proporción mucho más alta de mujeres en el flujo de entrada en las prestaciones por discapacidad indica que las mujeres se están poniendo al día rápidamente, con más rapidez de lo que podría esperarse (véase también la sección siguiente relativa al flujo de entrada en las prestaciones).

► 4.4. Acceso a las prestaciones

Reforma del acceso a las prestaciones

En respuesta al gran y creciente número de beneficiarios de prestaciones por discapacidad, y a los desembolsos constantes en pagos de discapacidad, se han realizado diversos intentos de restringir el acceso, en particular a los sistemas de prestaciones por discapacidad vinculados a los ingresos (véase el Cuadro A3.5 del Anexo 3). Aunque los distintos países han elegido políticas diferentes, hay varias tendencias más universales.

En algunos países, la disponibilidad concreta de un trabajo ya no se tiene en cuenta explícitamente para determinar la elegibilidad de las prestaciones (por ejemplo, Italia en 1984, Holanda en 1987 y Suecia en 1993). En otros países, la categoría de los trabajos que hay que aceptar se amplió, ya sea porque la evaluación de la profesión habitual del interesado se relajó (España en 1997) o se abolió (Italia en 1984, Noruega en 1991, Holanda en 1994 y Alemania en 2001 para las personas nacidas después de 1960), ya sea porque se introdujeron exigencias más estrictas en cuanto a la movilidad regional (por ejemplo, Noruega en 1991).

Otras reformas afectaron directamente al proceso (médico) que conduce a las concesiones de prestaciones de larga duración. Algunos países introdujeron revisiones más estrictas de la situación de enfermedad (por ejemplo, Noruega en 1993, Dinamarca en 1997, España en 1997 y Polonia en 1999), mientras que otros establecieron un procedimiento más riguroso de evaluación de la discapacidad (por ejemplo, Portugal en 1987, el Reino Unido en 1995, Polonia en 1997, Suecia en 1997 y Australia en 1998). Ambos tipos de medidas pretenden disminuir el error de inclusión (es decir, conceder prestaciones a las personas que pueden no necesitarlas), al mismo tiempo que toleran un determinado aumento del error de exclusión (es decir, denegar prestaciones a las personas que pueden necesitarlas).

En varios países, las prestaciones por discapacidad se conceden casi siempre en la actualidad con carácter temporal (por ejemplo, Italia en 1984, Austria en 1996 y Alemania en 2001), otra medida diseñada para evitar el pago de prestaciones de larga duración a las personas que dejen de ser incapaces de pasarse sin ellas. Es sorprendente que sean pocos los países que han elegido reducir directamente el nivel de discapacidad, por ejemplo, mediante el cambio de la fórmula de prestación, como ha hecho el Reino Unido, donde el

componente vinculado a los ingresos de la prestación contributiva se abolió para nuevas solicitudes posteriores a mayo de 1995. Lo más común fue reducir el nivel de la prestación por enfermedad (de corta o larga duración).

Como consecuencia, en los últimos tiempos se han estabilizado e, incluso, han descendido en varios países los índices anuales del flujo de entrada en estos sistemas públicos reformados de prestaciones por discapacidad (Cuadro 4.5). Durante la década de 1990 se informó de descensos en los índices muy perceptibles en Polonia (de casi la mitad), Dinamarca (de un tercio), Portugal y Suecia (de más de la cuarta parte en cada uno) y el Reino Unido (de un quinto en la segunda mitad de la década de 1990). Obsérvese que éstos son todos los países con unos índices del flujo de entrada en las prestaciones significativamente por encima del promedio de la OCDE en períodos anteriores. México es el único país donde el índice del flujo de entrada disminuyó drásticamente, en menos del 70%, entre 1990 y 1999, a pesar de un nivel muy bajo de los índices del flujo de entrada y de perceptores, a consecuencia de la introducción gradual de un programa de prestaciones por discapacidad totalmente nuevo¹⁷.

Cuadro 4.5. Convergencia de índices del flujo de entrada en las prestaciones por discapacidad en la década de 1990

Número total de nuevos beneficiarios de prestaciones por discapacidad, por programa de prestaciones, por mil habitantes de 20 a 64 años de edad

	Contributiva			No contributiva			Contributiva y no contributiva		
	1990	1995	1999	1990	1995	1999	1990	1995	1999
Australia	-	-	-	..	..	6,3	..	..	6,3
Austria	5,8	6,7	5,8	-	-	-	5,8	6,7	5,8
Bélgica	..	..	4,3	..	..	1,6	..	..	5,9
Canadá	2,9	2,8	1,8	..	..	2,5	..	..	4,3
Dinamarca	-	-	-	8,6	7,6	5,7	8,6	7,6	5,7
Francia	..	..	3,1	..	..	2,0	..	..	4,8
Alemania	4,8	6,7	5,3	-	-	-	4,8	6,7	5,3
Italia	..	1,9	1,2	..	..	5,9	..	..	7,1
Corea	0,0	0,1	0,3	..	..	..	..	..	..
México	0,9	0,4	0,3	-	-	-	0,9	0,4	0,3
Holanda	11,5	6,9	9,7	0,5	0,4	0,7	12,0	7,2	10,4
Noruega	10,5	9,1	12,1	-	-	-	10,5	9,1	12,1
Polonia	15,3	10,0	7,9	..	..	..	15,3	10,0	7,9
Portugal	7,2	5,4	5,3	0,6	0,4	0,3	7,8	5,8	5,7
España	3,6	3,5	3,3	2,6	2,6	2,5	6,2	6,1	5,8
Suecia	10,2	7,6	7,6	-	-	-	10,2	7,6	7,6
Suiza	..	5,3	6,0	..	1,4	2,3	..	5,3	6,0
Reino Unido	8,2	9,7	6,8	..	7,0	6,5	..	16,2	12,9
Estados Unidos	3,0	3,9	3,6	2,9	3,5	2,9	5,4	6,9	6,0
OCDE (11) a	7,3	6,0	6,1	3,0	2,9	2,4	8,0	6,7	6,6

.. Datos no disponibles.

- No aplicable.

Nota: El índice se corrige para las personas que reciben prestaciones tanto contributivas como no contributivas, a excepción de Canadá (que se desconoce). a) Promedio no ponderado de 11 países con datos disponibles en 1990, 1995 y 1999.

Fuente: Base de datos de la OCDE relativos a los programas para las personas con discapacidad, véase el Cuadro A1.2 del Anexo 1.

¹⁷ El nuevo sistema es un seguro social obligatorio que debe adquirirse en el mercado de seguros privados.

Un resultado sorprendente es la considerable convergencia de los índices de los flujos de entrada en todo este conjunto de países de la OCDE. En la mayoría de los países, antes de 1999 el índice del flujo de entrada en las prestaciones públicas por discapacidad estaba muy cercana cada año del 6 por mil de la población activa (cuadro 4.5, última columna). Este dato es cierto en los países con un programa público de prestaciones no contributivas (Australia, Dinamarca), en los países con un programa vinculado a los ingresos (Austria, Alemania, Suiza) y en los países con un programa de prestaciones de tipo dual (Bélgica, Portugal, España y los Estados Unidos). Canadá y Francia son los dos únicos países con sistemas de prestaciones desarrollados en los que los índices del flujo de entrada están bastante por debajo de este parámetro de la OCDE, mientras que Italia, Suecia y Polonia se encuentran algo por encima del parámetro. Tres países se separan con índices del flujo de entrada mucho más elevados en 1999: Holanda, Noruega y el Reino Unido, donde parecen estar garantizadas las medidas para refrenar los índices del flujo de entrada¹⁸. Obsérvese que el flujo de entrada anual de las prestaciones por discapacidad está aún muy por debajo del 1 por mil en los estados de bienestar en desarrollo como Corea, México y Turquía (recuadro 4.3).

Desplazamientos en los programas de prestaciones por discapacidad

Otra consecuencia de las recientes reformas del acceso a las prestaciones, que afecta en gran medida al principal programa público de discapacidad, es un desplazamiento gradual de los beneficiarios hacia los programas sujetos a la comprobación de los recursos. En los países con un sistema de prestaciones de tipo dual, no ha descendido –y en la mayoría de los casos ha aumentado– el flujo de entrada en las prestaciones no contributivas cuyos beneficiarios son personas con discapacidad necesitadas con períodos de cotización insuficientes. Por lo tanto, en lo que respecta a estos programas, los índices de perceptores también han aumentado por lo general: lo han hecho muchísimo en Canadá, el Reino Unido y los Estados Unidos durante la década de 1990, y en Italia durante la de 1980. El resultado ha sido que casi todos los países con un sistema de prestaciones de tipo dual han experimentado un incremento importante en la proporción de personas con prestaciones por discapacidad sujetas a la comprobación de los recursos (gráfico 4.3); por ejemplo, la proporción ha aumentado del 55 al 71% en Italia, del 33 al 46% en el Reino Unido, del 34 al 41% en Francia, y del 23 al 27% en Bélgica (en todos los casos, referidos al período de 1990 a 1999).

Esto, a su vez, ha conducido en muchos países a un descenso de los ingresos *per cápita* en concepto de prestación por discapacidad (compárese en el gráfico 3.14), porque las prestaciones no contributivas suelen ser más bajas. En Bélgica, Italia, España y los Estados Unidos, las prestaciones del seguro son, por término medio, cerca del 70 al 100% más altas que las prestaciones no contributivas sujetas a la comprobación de los recursos (cuadro 4.6). La misma relación se encuentra en el pago complementario no contributivo, pero no sujeto a la comprobación de los recursos, en Suiza¹⁹. Corea es un caso extremo, puesto que en este país las prestaciones del seguro, aunque no elevadas desde una perspectiva internacional, son cinco veces mayores que los pagos no contributivos.

¹⁸ Se debería tener presente que los datos sobre el programa no contributivo del Reino Unido comprenden un grupo pequeño de beneficiarios de una subvención por discapacidad grave así como un grupo grande de beneficiarios de ayuda a los ingresos (es decir, de asistencia social regular) con una prima por discapacidad. Como en los Estados Unidos y Canadá, se puede identificar a las personas con discapacidad de los programas de asistencia social porque reciben subsidios o primas especiales, y necesitan que se les incluya para reflejar correctamente la situación de las prestaciones de las personas con discapacidad. En la mayoría de los demás países, los datos sobre los sistemas no contributivos se refieren a un programa especial para las personas con discapacidad. Sin embargo, en estos y en otros países se encontrará a algunas personas con discapacidad en la asistencia social, incluso si no se dispone de datos. Si se juzga a partir de los datos del estudio y de otro material disponible, esto puede ser cierto en especial en Bélgica, Francia, Alemania, Italia y Holanda.

¹⁹ Este pago complementario pueden recibirlo únicamente los beneficiarios que no tienen derecho a una prestación procedente del sistema obligatorio de pensiones profesionales del segundo pilar (la cuarta parte de todos los beneficiarios de prestaciones en 1999).

Recuadro 4.3 ¿Qué ha sucedido en Holanda y en Noruega?

Las recientes tendencias en dos de los países con unos índices del flujo de entrada sumamente altos -Noruega y Holanda- son llamativas, porque dichos índices experimentaron un aumento enorme de más del 30 al 40% en el período de 1995 a 1999 a pesar de un nivel de perceptores muy alto.

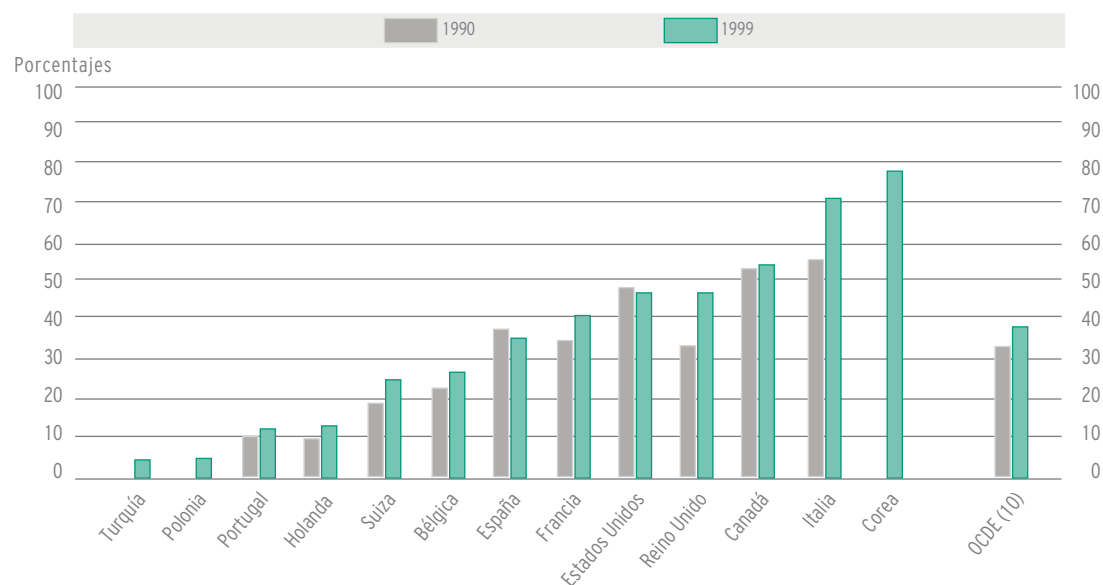
En Holanda, las amplias medidas reformistas adoptadas entre 1987 y 1994 condujeron, a mediados de la década de 1990, a los niveles, nunca vistos, más bajos al flujo de entrada y más altos del flujo de salida y del índice de denegación de las prestaciones. Pareció entonces que los acontecimientos iban a ser una sucesión de éxitos. Pero después de 1995 se invirtieron las tendencias de los índices de los flujos de entrada y salida y, a causa de ello, los índices de perceptores volvieron a aumentar. En este contexto, lo más sorprendente es el aumento mucho mayor de los índices del flujo de entrada entre las mujeres (aumento del 55% en sólo cuatro años, comparado con un "mero" 29% entre los hombres), que puede explicarse, sólo en parte, por el rápido crecimiento de los índices de participación de la población activa femenina. El resultado fue que, para 1999, la proporción de hombres de 45 o más años de edad que accedieron a las prestaciones había bajado del 40 al 25%, mientras que la proporción de mujeres menores de 55 años se había incrementado del 25 al 50%. Sin embargo, el índice del flujo de entrada global de 1999 en Holanda era todavía más bajo que lo había sido en toda la década de 1980, lo que se explicó por un mayor índice de denegación de las prestaciones (que aumentó desde alrededor del 10 al 20% en la década de 1980 hasta cerca del 40% en los últimos años de la década de 1990) y, en particular, por un índice más bajo de apelaciones con éxito (este índice experimentó una súbita caída desde alrededor del 60% en el período de 1980 a 1995 a sólo el 12% en 1999). De hecho, el número de solicitudes de prestaciones fue mucho mayor en 1999 que nunca antes. Estas inversiones de tendencia parecen reflejar el fenómeno de los años centrales de la década de 1980 en los Estados Unidos, cuando muchas de las personas eliminadas del registro de perceptores tras una revisión de la situación de las prestaciones en todo el país volvían a entrar el registro de perceptores sólo unos años después.

Noruega ha recorrido un camino similar. Entre 1970 y 1990, los índices del flujo de entrada aumentaron gradualmente hasta un nivel muy elevado. En 1991, una reforma global de las prestaciones (criterios médicos más estrictos, requisitos rigurosos en lo referente a la movilidad regional y ocupacional) pretendía hacer más difícil el acceso a las mismas. El índice del flujo de entrada global empezó a bajar, en nada menos que entre el 20 y el 30% en el período de 1990 a 1995 entre las personas de 45 o más años de edad. Pero siguió aumentando entre los hombres y las mujeres de 20 a 34 años de edad. En 1995, después de una sentencia del Tribunal de la Seguridad Social, se anularon gran parte de las normas anteriores relativas a unos criterios médicos más rigurosos. La consecuencia fue un aumento considerable de los índices del flujo de entrada hasta 1999 entre los hombres y las mujeres de todas las edades, que esta vez fue más pronunciado entre las mujeres de 45 o más años de edad (aunque, a lo largo de todo el período de 1990 a 1999, el aumento fue máximo en el grupo de edad de 20 a 34 años entre ambos sexos). En 1999, el índice del flujo de entrada global fue mayor que nunca antes y también mayor que en ningún otro sitio (salvo en el Reino Unido), aun cuando siguió siendo más bajo en los grupos de edades más jóvenes que en otros países. Los índices de denegación de las prestaciones (que siempre fueron extremadamente bajos) y los índices de apelaciones con éxito (que permanecieron constantes en torno al 25%) no explican estas tendencias, aunque explican, en parte, los altos niveles del flujo de entrada. Este flujo de entrada alto es especialmente notable en vista del hecho de que Noruega también es el país con un enfoque más firme en cuanto a la rehabilitación y formación profesionales (medido por el número de beneficiarios de tales programas), que se suele ofrecer antes de conceder cualquier prestación.

Es sorprendente el gran aumento reciente entre las personas mayores en Noruega, dado que ocurrió en paralelo con la introducción y ampliación gradual de la elegibilidad de la jubilación anticipada, flujo de entrada que también se duplicó en el período de 1995 a 1999, lo que puede reflejar, en parte, un cambio cultural, es decir, la aparición tardía de una cultura de jubilación anticipada que se ha desarrollado mucho antes en otros sitios. Además de lo dicho, el elevado y creciente índice de perceptores de prestaciones por discapacidad en este país parece estar relacionada con el poder otorgado a los médicos, quienes -en ausencia de un control eficaz- conceden de hecho estas prestaciones.

GRÁFICO 4.3. AUMENTO GENERAL EN LA PROPORCIÓN DE BENEFICIARIOS SOBRE LAS PRESTACIONES NO CONTRIBUTIVAS

Proporción de beneficiarios de prestaciones por discapacidad sobre las prestaciones no contributivas (solamente los países con un sistema de prestaciones de tipo dual)



Nota: Los países se clasifican en orden creciente de la proporción de 1999.

Fuente: Base de datos de la OCDE relativos a los programas para las personas con discapacidad, véase el Cuadro A1.2 del Anexo I.

Canadá, donde uno de cada dos beneficiarios de prestaciones por discapacidad percibe una prestación de asistencia social sujeta a la comprobación de los recursos, sobresale como un país en el que estas prestaciones sujetas a la comprobación de recursos están, por término medio, al mismo nivel que el promedio de las prestaciones del seguro. Más recientemente, los niveles de las prestaciones contributivas y no contributivas han llegado a ser también bastante similares en el Reino Unido. En Holanda sólo hay un 20% de diferencia, por término medio, entre las prestaciones del seguro de discapacidad y las del programa no contributivo, pero no sujeto a la comprobación de los recursos, destinado a los jóvenes con discapacidad, aunque esto se explica, en parte, porque en este último grupo casi no hay ningún beneficiario de una prestación parcial.

Cuestiones de género

Tanto las solicitudes como las concesiones de las prestaciones presentan una variación considerable de género en función de la edad. Para todo el tramo de edades comprendidas entre los 20 y los 64 años, las mujeres tienen por lo general unos índices del flujo de entrada más bajos que los hombres. Por término medio, hay una estructura por edades bastante típica: las mujeres tienen unos índices del flujo de entrada sólo ligeramente inferiores hasta los 55 años; después de esta edad, sus índices son significativamente más bajos que los de los hombres e, incluso, más aún a la edad de 60 a 64 años (Cuadro 4.7). En general, estos valores se explican, en gran medida, por la combinación de unos índices de actividad económica femenina relativamente más bajos en los grupos de más edad y de un acceso más temprano de las mujeres a los programas de jubilación (anticipada).

En la mayoría de los sistemas que sólo cubren a la población activa (por ejemplo, Austria, Alemania, Italia, Polonia y, sobre todo, México), las mujeres tienen unos índices del flujo de entrada relativamente más bajos a todas las edades. Los índices sumamente bajos a la edad de 55 a 59 años en Austria y Polonia tienen una explicación completa en las edades reglamentarias de jubilación (anticipada). Canadá y Portugal son excepciones notables, puesto que en estos países las diferencias de género son muy pequeñas a casi todas las edades. Si se considera la diferencia de género en los índices de participación en la población activa, esto parece indicar la existencia de unos índices del flujo de entrada relativamente altos entre las mujeres de estos dos países.

Los países escandinavos con cobertura de toda la población tienen unos índices del flujo de entrada femeninos más altos a todas las edades. En Noruega y Suecia, las mujeres con edades de 35 a 44 años tienen una probabilidad de empezar a recibir prestaciones del 57 y el 64% superior a la de los hombres. Los motivos de este exceso de representación de las mujeres en el flujo de entrada en las prestaciones por discapacidad no están claros. En Noruega y Suecia, los ratios de los índices de los flujos de entrada femenino y masculino han permanecido bastante constantes en toda la década de 1990, pero aumentaron en las décadas de 1970 y 1980 en paralelo con el aumento de los índices de participación de la población activa femenina. Ello podría deberse a los mayores índices de discapacidad provocados por la combinación del trabajo pagado con el cuidado de los hijos, o a una mayor probabilidad de que los responsables del control de acceso diagnostiquen la discapacidad como consecuencia de esta doble carga, pero no hay pruebas empíricas de ello en ninguno de los países afectados.

La distribución suiza de los ratios por género del flujo de entrada es similar en todas las edades, aunque más neutral con respecto al género, salvo para el grupo de más edad, lo que se debe, de nuevo, a las diferencias de género de la edad de jubilación reglamentaria. La estructura danesa de distribución por género es poco habitual, puesto que las mujeres presentan unos índices del flujo de entrada relativamente más bajos que los hombres en el grupo de edad de 20 a 34 años, pero –completamente excepcional– unos índices mucho más altos a la edad de 60 a 64 años. Esto parece estar relacionado con los incentivos creados por un sistema con altas prestaciones fijas, lo que hace más atractiva la recepción de estas prestaciones para las personas con ingresos más bajos. La diferencia en el grupo de más edad podría estar relacionada con las diferencias de género en la elegibilidad de las prestaciones por jubilación anticipada voluntaria.

Cuadro 4.6. Prestaciones contributivas un 50 % más generosas que las prestaciones no contributivas

Promedio de prestaciones por discapacidad en los programas de prestaciones contributivas y no contributivas Gasto por cabeza como porcentaje del PIB per cápita

	Contributiva			No contributiva			Ratio contributiva/ no contributiva		
	1990	1995	1999	1990	1995	1999	1990	1995	1999
Australia	-	-	-	28	28	28			
Austria	53	57	61	-	-	-			
Bélgica	43	37	34	24	23	20	1,8	1,6	1,7
Canadá	32	31	29	29	31	27	1,1	1,0	1,0
Dinamarca	-	-	-	46	59	45			
Francia	27	33	32	25	26	23	1,1	1,3	1,4
Alemania	51	39	38	-	-	-			
Italia	40	39	38	23	23	23	1,7	1,7	1,6
Corea	32	39	26	..	6	5	..	4,6	5,3
México	32	40	61	-	-	-			
Holanda	59	51	46	49	45	39	1,2	1,1	1,2
Noruega	48	46	44		-	-			
Polonia	42	51	43	..	..	23	..	..	1,9
Portugal	28	30	27	19	19	19	1,5	1,6	1,4
España	50	51	52	22	26	26	..	2,0	2,0
Suecia	48	49	43	-	-	-			
Suiza	39	48	52	22	26	26	1,8	1,8	2,0
Turquía	41	84	86	..	..	..	..	..	..
Reino Unido	38	41	31	23	31	29	1,7	1,3	1,1
Estados Unidos	32	32	29	20	21	16	1,7	1,5	1,8
OCDE	41	44	43						
OCDE (9)	38	38	35	26	27	25	1,5	1,4	1,5

.. Datos no disponibles.
- No aplicable.

Fuente: Base de datos de la OCDE relativos a los programas para las personas con discapacidad, véase el Cuadro A1.2 del Anexo I.

Cuadro 4.7. La estructura de distribución por género es muy diferente en los flujos de entrada

<i>Ratio de los índices del flujo de entrada femenino con respecto al masculino en 1999, por grupo de edad</i>						
	De 20 a 34 años	De 35 a 44 años	De 45 a 54 años	De 55 a 59 años	De 60 a 64 años	De 20 a 64 años
Australia	0,52	0,61	0,87	0,76	0,17	0,60
Austria	0,81	0,79	0,59	0,24	x	0,39
Canadá	0,95	1,14	0,98	0,75	0,58	0,88
Dinamarca	0,78	1,21	1,38	1,18	1,67	1,26
Francia	0,65	0,92	0,84	0,62	x	0,72
Alemania	0,82	0,80	0,72	0,54	0,19	0,51
Italia	0,42	0,51	0,47	0,35	0,10	0,39
México	0,36	0,31	0,26	0,20	0,16	0,20
Holanda	2,25	1,31	0,96	0,52	0,49	1,19
Noruega	1,25	1,57	1,54	1,24	0,98	1,33
Polonia	0,56	0,83	0,75	0,15	0,14	0,65
Portugal	0,79	0,94	0,90	0,88	0,88	0,95
Suecia	1,40	1,64	1,45	1,20	1,00	1,27
Suiza	1,01	1,13	1,21	0,98	0,31	0,93
Reino Unido	0,88	0,81	0,74	0,62	x	0,63
Estados Unidos	0,82	0,88	0,85	0,72	0,56	0,79
OCDE (16)	0,89	0,96	0,91	0,68	0,56	0,79
hOLANDA (nc)	1,00	0,79	0,72	0,86	0,81	0,90
Reino Unido (nc)	0,72	0,77	0,79	0,70	3,54	0,76
Estados Unidos (nc)	0,95	1,13	1,12	1,15	1,14	1,12

x: Edad de jubilación tanto para las mujeres como para los hombres: 60 años.
nc: Programa no contributivo en un sistema de prestaciones de tipo dual.

Fuente: Base de datos de la OCDE relativos a los programas para las personas con discapacidad, véase el Cuadro A1.2 del Anexo 1.

En Holanda, unos índices del flujo de entrada relativamente bajos de las mujeres con 55 o más años de edad (que encuentran una amplia explicación en los bajos índices de actividad a estas edades) están en contraste con unos índices del flujo de entrada asombrosamente altos en el grupo de edad de 20 a 34 años, más de dos veces mayor que entre los hombres. Sólo después del súbito aumento de la participación de la población activa femenina en los últimos años de la década de 1980 se produjo el hecho de que los índices del flujo de entrada femenino a esta edad sobrepasaron los masculinos, y esta tendencia se ha acelerado desde entonces. Hasta cierto punto, esto refleja la evolución en Noruega y Suecia durante las décadas de 1970 y 1980. Es improbable que la ratio de género actual de 2,25 refleje fielmente los riesgos de discapacidad vinculada al género a esta edad. Sin embargo, los datos de la encuesta holandesa sobre la discapacidad autodefinida sugieren, de hecho, que los índices de prevalencia de la discapacidad entre las mujeres con edades de 20 a 34 años son más del 50% más altos que entre los hombres a estas mismas edades. Merece la pena mencionarlo, porque Holanda constituye una excepción en este sentido. En otros países, la estructura por edades de las diferencias de género en la prevalencia de la discapacidad suele ser plana o ir en el sentido opuesto. Por lo tanto, si hay una diferencia de género por lo que respecta a la edad, son las mujeres mayores de 50 años las que tienden a reconocerse como discapacitadas más que proporcionalmente cuando se comparan con sus equivalentes masculinos, sobre todo en los países de Europa Meridional²⁰.

²⁰ Suecia y Noruega son los únicos países algo similares a Holanda a este respecto. También en estos países, exceso de la prevalencia de la discapacidad femenina es más alto bajo por debajo de los 50 años que por encima de esa edad, lo que significa que, también para estos dos países, una parte del mayor flujo de entrada en las prestaciones por discapacidad entre las mujeres más jóvenes puede ser resultado de un prevalencia de la discapacidad relativamente más alta.

► 4.5. Distinción por edades en las prestaciones por discapacidad

Las personas de 50 o más años de edad son tratadas en muchos aspectos de manera diferente que el resto de la población activa, de donde resultan elevados gastos en prestaciones sin que se beneficien necesariamente quienes más necesitan ayuda. Esta distinción por edades puede tener muchas facetas. Una de ellas es que todavía existen diferencias legales, aunque algunas de ellas han sido abolidas gradualmente en la década de 1990 (por ejemplo, en Suecia). En Dinamarca, por ejemplo, a las personas de 50 o más años de edad se les pueden conceder prestaciones por discapacidad basadas en problemas sociales graves sin *ninguna* causa médica. En Austria, a las personas con discapacidad que tienen 55 o más años de edad no se les obliga a aceptar trabajos distintos de su ocupación actual. En Australia, pueden considerarse las condiciones del mercado de trabajo local al evaluar si las personas que tienen 55 o más años de edad pueden ser recualificadas para el trabajo en los dos años siguientes.²¹

Las fórmulas de prestación también pueden reforzar la distinción por edades (véase el Cuadro A3.6 del anexo 3). Es explícitamente el caso de Holanda, donde las personas mayores obtienen prestaciones más elevadas durante un período más largo. Una persona de 35 años recibiría unos ingresos de sustitución del 70% durante seis meses, tras los cuales caerían al 55%. Una persona de 55 años recibiría el mismo 70% durante tres años, y después sólo descendería al 65%. Pero el efecto práctico de estas fórmulas de prestación queda disminuido porque cerca del 80% de los trabajadores tiene normas de convenios colectivos, según las cuales las prestaciones se complementan hasta el 100% en el primer año de recepción de la prestación por discapacidad, el 90% en el segundo, el 75% en el tercero y el 70% durante muchos más años después o, incluso, hasta la edad de 65 años.

En otros casos, la distinción por edades se realiza de manera implícita mediante fórmulas de prestación poco atractivas para los solicitantes más jóvenes. En algunos países, los años que faltan hasta la edad de jubilación reglamentaria no se acreditan en absoluto (en Corea, Portugal y, excepto para incapacidad permanente total, tampoco en Italia) y en otros sólo se acreditan parte de esos años (en Austria, Alemania y Polonia). En los tres países en los que estos años no se acreditan en absoluto, los beneficiarios jóvenes de prestaciones suelen recibir únicamente la prestación mínima (por ejemplo, el 30% del promedio de ingresos en Corea y en Portugal). Suiza es una excepción notable: no sólo se acreditan todos los años que faltan hasta la edad de jubilación, sino que, en el caso de solicitantes más jóvenes, se añade además un “factor de carrera” que tenga en cuenta los ingresos más bajos de la primera edad²².

La distinción por edades también puede ser el producto de normas aparentemente neutrales. Por ejemplo, es frecuente que la situación real del mercado de trabajo se tenga en cuenta para los solicitantes de prestaciones que superen una edad determinada.

Estructuras de edades

El resultado de estas diversas formas de desequilibrio de edades es una estructura de edades muy sesgada tanto del volumen como del flujo de entrada de los beneficiarios de prestaciones por discapacidad. En un tercio de los países, el programa de discapacidad tiene una función (implícita) de jubilación anticipada, con nueve de cada diez beneficiarios de prestaciones con 45 o más años de edad, y todavía más del 85% de esta edad en el flujo de entrada (cuadro 4.8). Todos estos sistemas sólo tienen cobertura de la población activa.

²¹ La preocupación que suscita el crecimiento de las subvenciones en las personas de 55 o más años de edad ha conducido a una reconsideración de esta disposición legislativa. Supeditada a la necesaria promulgación de la legislación, será derogada a fin de que no sea tenida en cuenta para las personas solicitantes después de mediados de 2003.

²² Este factor disminuye gradualmente con la edad, y va del 2,0 para los menores de 23 años al 1,0 para los mayores de 45 años (por ejemplo, 1,5 a los 27 años; 1,2 en la edad de 32 a 34 años, y 1,05 en la edad de 39 a 45 años). Obsérvese que este factor sólo se aplica para calcular los derechos del primer pilar (el seguro público de invalidez).

En otros países, las personas de edades comprendidas entre los 20 y los 44 años suponen entre una tercera y una cuarta parte de todos los beneficiarios. Esta composición es típica de países con un nivel mínimo exigido de incapacidad para el trabajo bastante bajo y/o con varias opciones de prestaciones parciales, como Australia, Holanda, Suecia y Suiza. Los programas contributivos en Bélgica, el Reino Unido y los Estados Unidos también pertenecen a esta categoría, aunque no por el mismo motivo, porque estos programas exigen una reducción bastante importante de la capacidad para el trabajo y carecen de una opción de prestaciones parciales.

Con bastante coherencia, la edad media de los beneficiarios de prestaciones por discapacidad no contributivas es considerablemente más baja, y las personas con menos de 45 años suelen formar una mayoría a veces aplastante, en particular en Holanda. En los Estados Unidos, que es una excepción a la regla, la estructura de edades de los beneficiarios de ingresos de seguridad complementarios no contributivos es poco diferente de la de los beneficiarios de prestaciones contributivas del seguro de discapacidad de la seguridad social.

Cuadro 4.8. Las personas de 45 o más años de edad dominan el registro de las prestaciones por discapacidad

Proporción de personas de 45 o más años de edad en el volumen y flujo de entrada en las prestaciones por discapacidad, porcentajes

	Volumen			Flujo de entrada		
	1990	1995	1999	1990	1995	1999
Australia (nc)	..	68	67	..	..	61
Austria	91	92	92	89	91	85
Bélgica	76	73	72	..	..	..
Canadá	88	84	84	80	75	75
Dinamarca (nc)	88	87	87	85	80	79
Francia	..	..	..	..	..	85
Alemania	94	91	89	91	86	85
Italia	98	97	97	..	88	88
Corea	34	58	69	..	..	..
México	91	91	91	91	91	91
Holanda	72	78	75	45	44	46
No contributiva	17	16	19	..	..	21
Noruega	79	79	78	77	72	74
Polonia	..	74	78	..	59	64
Portugal	90	91	92	88	87	89
no contributiva	45	35	..	30	16	..
España	94	92	91	..	86	84
no contributiva	..	54	52	..	..	..
Suecia	82	72	71	85	78	75
Suiza	68	67	67	..	..	69
Reino Unido	77	76	75	65	62	60
no contributiva	49	45	46	..	39	40
Estados Unidos	71	70	73	65	67	69
no contributiva	..	59	63	62	63	67
OCDE (19)	-	-	76	-	-	70

nc: Únicamente prestaciones no contributivas.

.. Datos no disponibles;

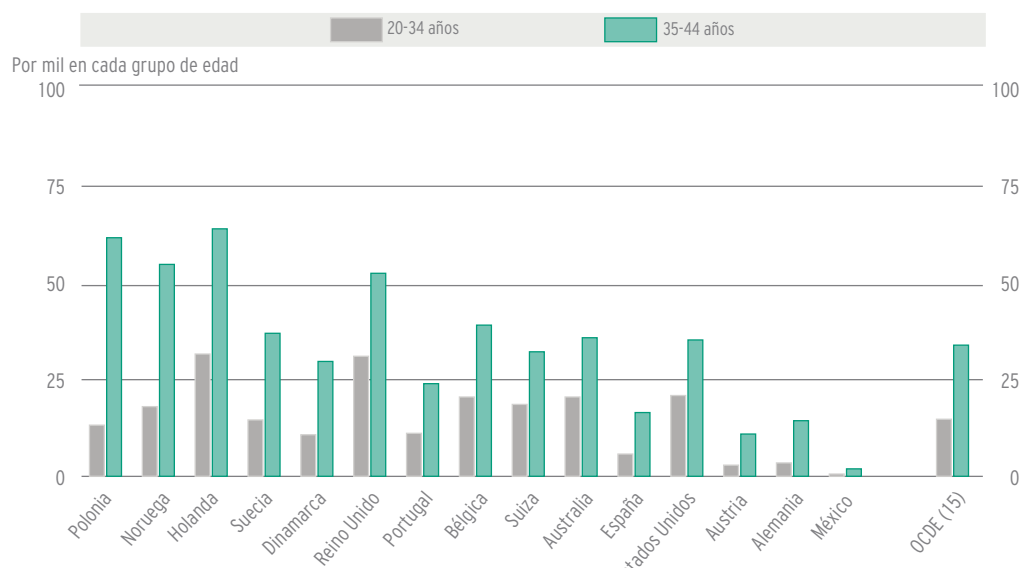
- No aplicable.

Fuente: Base de datos de la OCDE relativos a los programas para las personas con discapacidad, véase el Cuadro A1.2 del Anexo I.

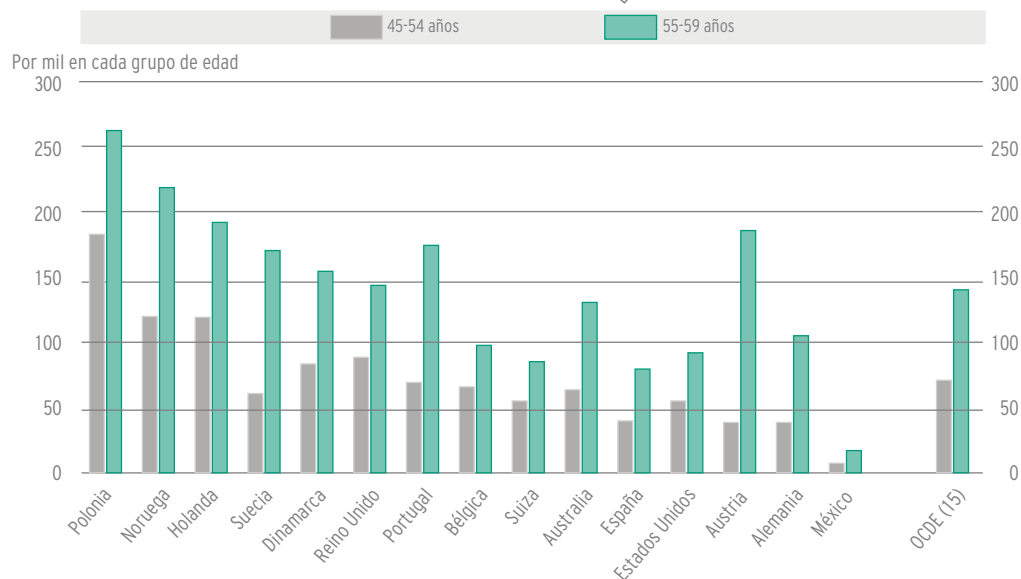
Las diferencias entre países se revelan mejor si se comparan los índices de perceptores de prestaciones vinculadas a la edad (Gráfico 4.4). Obsérvese que, en este gráfico, los países se ordenan por el índice global de perceptores, del más alto al más bajo; por lo tanto, cualquier pico o valle sugiere un nivel de perceptores atípicamente alto o bajo para un grupo de edad particular en un país dado. Por ejemplo, tanto Holanda como el Reino Unido sobresalen como países con un nivel de perceptores inusualmente alto en las edades de 20 a 34 años, y niveles todavía muy altos en las edades de 35 a 44 años. Austria y, en menor medida, también Alemania, destacan como países con un nivel de perceptores muy bajo en estas edades tempranas (en las de 20 a 34 años, sólo alrededor de la décima parte del nivel de Holanda y el Reino Unido), y, sin embargo, con niveles de perceptores relativamente altos en las edades de 55 a 59 años (en Austria incluso tan altos como en Holanda y más altos que en el Reino Unido, lo que sólo es posible si hay un número muy elevado de nuevos beneficiarios a estas edades).

GRÁFICO 4.4. DIFERENCIAS DE EDAD NOTABLES EN LOS PERCEPTORES DE PRESTACIONES

Panel A: Índices vinculados a la edad de perceptores de prestaciones por discapacidad, 1999, por mil en cada grupo de edad



Panel B:



Nota: Los países se clasifican en orden decreciente del índice de dependencia de 1999 para personas de 20 a 64 años de edad. En los paneles A y B se usan diferentes escalas para hacer visibles las diferencias entre los países.

Fuente: Base de datos de la OCDE relativos a los programas para las personas con discapacidad, véase el Cuadro A1.2 del Anexo I.

Cuadro 4.9. Grandes diferencias en las estructuras de los flujos de entrada vinculados a la edad

Índices de los flujos de entrada, vinculados a la edad, en las prestaciones por discapacidad, y ratio con respecto al grupo de edad de 35 a 44 años, en 1999

	Flujos de entrada por mil, por grupos de edad					Ratio con respecto al grupo de edad de 35 a 44 años				
	De 20 a 34 años	De 35 a 44 años	De 45 a 54 años	De 55 a 59 años	De 60 a 64 años ^a	De 20 a 34 años	De 35 a 44 años	De 45 a 54 años	De 55 a 59 años	De 60 a 64 años
Australia	3,2	5,1	8,6	17,7	14,6	0,6	1,0	1,7	5,6	2,9
Austria	0,7	2,2	9,5	34,9	5,1	0,3	1,0	4,2	15,6	2,3
Canadá ^a	0,4	1,0	2,4	4,7	4,1	0,4	1,0	2,3	4,6	4,0
Dinamarca	1,6	3,1	7,0	11,1	11,1	0,5	1,0	2,3	3,6	3,6
Francia ^a	0,2	0,7	1,9	4,7	0,0	0,2	1,0	2,8	6,9	0,0
Alemania	0,6	2,3	6,9	18,5	16,6	0,3	1,0	2,9	7,9	7,1
Italia ^a	0,1	0,4	2,8	1,4	1,5	0,2	1,0	6,4	3,3	3,5
México	0,0	0,1	0,3	0,7	4,1	0,1	1,0	3,6	8,4	48,0
Holanda	8,3	11,6	15,6	12,0	12,5	0,7	1,0	1,3	1,0	1,1
Noruega	3,3	8,5	18,2	36,9	60,0	0,4	1,0	2,1	4,3	7,1
Polonia	1,6	7,1	18,1	11,7	2,7	0,2	1,0	2,5	1,6	0,4
Portugal	1,2	2,0	7,7	19,8	30,5	0,6	1,0	3,8	9,9	15,2
España ^a	0,4	1,6	3,6	8,4	9,0	0,3	1,0	2,3	5,3	5,7
Suecia	1,9	5,0	9,6	19,8	31,6	0,4	1,0	1,9	4,0	6,3
Suiza	2,4	4,4	8,5	14,1	12,4	0,5	1,0	1,9	3,2	2,8
Reino Unido	9,7	12,4	17,8	22,3	11,8	0,8	1,0	1,4	1,8	0,9
Une Estados	2,7	4,5	7,8	13,9	12,8	0,6	1,0	1,7	3,1	2,8
OCDE (17)	2,3	4,2	8,6	14,9	14,1	0,4	1,0	2,7	5,2	6,7

a) Únicamente programas contributivos más que ambos programas.

b) Flujo de entrada reducido o nulo para este grupo de edad en países con edades obligatorias de jubilación por debajo de los 65 años (hombres y mujeres en Francia, y sólo mujeres en Australia, Austria, Italia, Polonia, Suiza y el Reino Unido).

Fuente: Base de datos de la OCDE relativa a los programas para las personas con discapacidad, véase el Cuadro A1.2 del Anexo I.

La edad media de los nuevos beneficiarios de prestaciones en la mayoría de los casos es más baja que la de los beneficiarios ya existentes. Por lo general, la diferencia en el tramo de edad de 45 o más años de edad es de alrededor de cinco puntos porcentuales (cuadro 4.9). Sin embargo, en Holanda la diferencia es constante, en torno a 30 puntos porcentuales (el 75% con 45 o más años de edad en cuanto al volumen, pero sólo el 45% de esa edad por lo que respecta al flujo de entrada). Esto se traduce en una diferencia de edad de unos ocho años y debe explicarse, en parte, por el mayor flujo de salida entre los beneficiarios más jóvenes. Polonia y el Reino Unido, cada uno con una diferencia de 15 puntos porcentuales, son también excepcionales.

Flujos de entrada vinculados a la edad

Para enjuiciar la existencia de un desequilibrio de edad en el sistema de prestaciones, las cifras del índice del flujo de entrada en las prestaciones por discapacidad propio de cada edad, es decir, la probabilidad anual, vinculada a la edad, de convertirse en beneficiario de una prestación por discapacidad, son incluso más ilustradoras que la estructura de edades de los beneficiarios actuales o nuevos. El Cuadro 4.9 indica que en la franja de edad de 55 a 59 años, por ejemplo, el índice del flujo de entrada se sitúa desde menos del 0,5% en Canadá, Francia, Italia (aunque sólo comprende el programa contributivo en estos tres países) y México, hasta alrededor del 3,5% en Austria y Noruega. Por comparación, en el grupo de edad de 35 a 44 años, el mismo índice es inferior al 3 por mil en la mayoría de los países, con más del 0,7% en Polonia y Noruega, y más del 1% en Holanda y el Reino Unido. Obsérvese que la máxima variación se encuentra en el grupo de edad de 60 a 64 años, lo que se explica, sobre todo, por las diferencias en las edades reglamentarias de jubilación anticipada y de jubilación normal, y por la disponibilidad de dichos programas.

Lo normal es que el índice del flujo de entrada sea de 3 a 5 veces superior en las edades de 55 a 59 años que en las de 35 a 44 años. Pero este ratio es considerablemente más alto en Francia, Alemania, México y Portugal, y es muy pronunciado, en un factor de 15,6, en Austria, lo que sugiere el uso implícito del programa de discapacidad como una vía de acceso a la anticipada jubilación, sobre todo en Austria²³. En el otro extremo del espectro, hay tres países –todos con una elevada cantidad total de beneficiarios– en los que los índices del flujo de entrada en las prestaciones por discapacidad son sólo ligeramente más bajos entre los trabajadores más jóvenes que entre los mayores: el Reino Unido, con un ratio de 1,8; Polonia, con 1,6, y Holanda, con un ratio de sólo 1,0 (el único país en el que la probabilidad de recibir una prestación por discapacidad no está relacionada en absoluto con la edad).

Ajuste de la prevalencia

Todas estas cifras, y en particular las diferencias entre los grupos de edad, han de considerarse en relación con el perfil de edad de la prevalencia de la discapacidad. Como la discapacidad es mucho más probable entre grupos de más edad, cabe esperar que los índices del flujo de entrada en las prestaciones por discapacidad aumenten también con la edad. La corrección de la distribución por edades de la

Cuadro 4.10. Menor distinción por edades si se tiene en cuenta la estructura de edad de la prevalencia de la discapacidad

Índices hipotéticos de los flujos de entrada vinculados a la edad si sólo se aplican a la población con discapacidad, en 1999

	Flujo de entrada por mil de la población con discapacidad			Ratio
	Edad: 20 a 64 años	Edad: 20 a 49 años	Edad: 50 a 64 años	De 50 a 64 años/ de 20 a 49 años
Australia (nc)	49,1	48,0	57,5	1,2
Austria	44,7	28,6	65,1	2,3
Canadá	11,1	5,9	16,1	2,7
Dinamarca (nc)	30,6	24,5	47,0	1,9
Francia	19,4	4,6	14,2	3,1
Alemania	29,4	17,1	46,7	2,7
Italia	16,3	13,1	19,5	1,5
México	3,8	1,0	9,0	9,0
Holanda	51,7	65,2	50,3	0,8
Noruega	72,5	50,1	133,3	2,7
Polonia	54,8	69,0	48,3	0,7
Portugal	28,1	12,6	52,9	4,2
España	29,4	16,7	43,8	2,6
Suecia	36,7	25,5	54,2	2,1
Suiza	41,0	31,7	57,1	1,8
Reino Unido	37,5	37,5	42,3	1,1
Estados Unidos	33,8	26,8	47,4	1,8
OCDE (17)	34,7	28,1	47,3	2,5

nc: Prestación no contributiva.

Fuente: Véase el Cuadro AI.1 del Anexo I; base de datos de la OCDE relativa a los programas para las personas con discapacidad, véase el Cuadro AI.2 del Anexo I.

²³ Obsérvese que, por lo que respecta a los hombres, la cifra para Austria es incluso más alta (18,5), porque el total ha descendido como consecuencia del hecho de que muchas mujeres tienen derecho a la jubilación anticipada antes de los 60 años de edad. La única explicación más importante para este ratio inusualmente alto en Austria es la forma estricta de evaluar la “profesión habitual del interesado” para las personas de 55 o más años de edad, combinada con la importante distinción por edades en la rehabilitación profesional (véase la Sección 5.5 del Capítulo 5).

prevalencia de la discapacidad proporciona una imagen fresca y menos pronunciada de la distinción por edades²⁴.

En Polonia y Holanda, las personas con discapacidad menores de 50 años parecen tener una mayor probabilidad de acceder a las prestaciones por discapacidad que las personas con discapacidad pertenecientes al grupo de edad de 50 a 64 años, mientras que en Australia y el Reino Unido no hay ninguna diferencia especial entre los menores y mayores de 50 años (Cuadro 4.10)²⁵.

Pero en la mayoría de los países persiste la distinción por edades. En diez países, la probabilidad estimada de que las personas subjetivamente clasificadas como discapacitadas lleguen a ser beneficiarias de una prestación por discapacidad es entre un 50 y un 70% más alta en las edades de 50 a 64 años que en las de 20 a 49 años²⁶. Francia (ratio de 3,1) y Portugal (ratio de 4,2) son los dos países con sistemas de prestaciones desarrollados donde la distinción por edades parece más pronunciada. El ratio de México es nada menos que de 9,0, aunque incluso en las edades de 50 a 64 años, el índice del flujo de entrada hipotético es notablemente menor que en otros lugares.

► 4.6. Procedimientos de evaluación

Las inusuales estructuras de distribución por género y edad de los flujos de entrada en las prestaciones y de los perceptores de prestaciones evocan la necesidad de un estudio ulterior de los procedimientos de evaluación que puedan conducir a las concesiones de las prestaciones.

Criterios de elegibilidad

Los elevados gastos de las prestaciones pueden deberse a una cantidad de personas “incorrectas” que obtienen prestaciones del sistema (error de inclusión), sin obviar la probabilidad de que algunas de las personas “correctas” queden excluidas (error de exclusión). Este fenómeno está muy relacionado con la enorme dificultad de evaluar lo que constituye discapacidad e incapacidad para el trabajo. En la práctica, es sumamente difícil distinguir entre quienes pueden trabajar y quienes no pueden hacerlo, y hacer una distinción adecuada entre discapacidad total y discapacidad parcial²⁷. El hecho de dificultar el acceso a las prestaciones no facilita en absoluto la decisión a la hora de evaluar y, por lo tanto, no puede eliminar este dilema presente en toda política en materia de prestaciones por discapacidad. En esencia, las políticas que hacen el acceso más difícil se limitan a trasladar la frontera y, con ello, a reducir la probabilidad del error de inclusión a expensas de un aumento del error de exclusión.

Los países utilizan una variedad de criterios de elegibilidad en sus planes de prestaciones. Casi todos los países hacen referencia a una reducción de la capacidad para el trabajo, mientras que algunos otros se refie-

²⁴ La corrección de la distribución por edades de la prevalencia de la discapacidad se lleva a cabo relacionando únicamente el flujo de entrada anual en las prestaciones por discapacidad para la población discapacitada del grupo de edad correspondiente, más que para población total de este grupo de edad. En términos absolutos, este procedimiento aumenta implícitamente el índice del flujo de entrada anual en las prestaciones por discapacidad del 6 por mil a cerca del 36 por mil, por término medio; en otras palabras, que multiplica el índice del flujo de entrada por un factor de seis porque cerca de un sexto de la población en edad laboral está clasificada como discapacitada.

²⁵ Se trata de un cálculo sobre todo ilustrativo. Los índices del flujo de entrada resultantes son hipotéticos, ya que el análisis precedente ha mostrado que las personas no discapacitadas (no discapacitadas según las definiciones usadas en el estudio) no están excluidas necesariamente de la recepción de prestaciones. En la medida en la que esta relación está igualmente vinculada a la edad, también podrían verse afectados los ratios resultantes que se muestran en el Cuadro 4.10 (última columna).

²⁶ Obsérvese que esta conclusión se basa en la estructura por edades del flujo de entrada en las prestaciones por discapacidad de cada país. Un ratio relativamente alto entre los grupos de edad indica un mayor desequilibrio de edades. En términos absolutos, sin embargo, Francia en particular tiene unos índices del flujo de entrada en las prestaciones por discapacidad comparativamente bajos en la edad de 55 a 59 años (Cuadro 4.9, aunque los datos sobre Francia de este cuadro son incompletos, porque no están disponibles los datos vinculados a la edad sobre el programa no contributivo). Lo que sugiere que, aunque existe un desequilibrio de edades, el sistema de la discapacidad raramente se usa en este país como vía para la jubilación anticipada.

²⁷ El problema dominante es que no hay una dicotomía simple entre las personas que pueden o no pueden trabajar, mientras que los procedimientos de evaluación se suelen estructurar como si existiera tal dicotomía.

ren a una reducción de la capacidad de obtener ingresos (véase el cuadro A3.7 del Anexo 3), pero esta elección no está en correlación con el nivel de perceptores de prestaciones resultante. El último criterio se relaciona a menudo con la capacidad de obtener ingresos en la ocupación habitual (Bélgica, México, Portugal y, en menor medida, también Francia y Suiza).

En unos cuantos países que utilizan el criterio de capacidad para el trabajo, la evaluación se basa en una prueba de la “profesión habitual del interesado”, que puede discriminar implícitamente a las personas menos cualificadas, que son las únicas que podrían ser enviadas a cualquier otro empleo. Una prueba de profesión habitual se aplica en Austria, en Alemania (hasta hace poco y todavía para grupos anteriores a 1960), en el Reino Unido (sólo para que tengan derecho a las prestaciones durante las primeras 28 semanas quienes antes tuvieron empleo), en España (para la discapacidad total y permanente y para la discapacidad parcial) y para las prestaciones por discapacidad parcial en Italia y Polonia. Tampoco aquí hay ninguna correlación con los niveles de perceptores observados. En todos los países, la reducción de la capacidad de obtener ingresos o de la capacidad para el trabajo necesita estar causada por un problema de salud física, psicológica o mental o de discapacidad.

En algunos países se recurre a una combinación de la capacidad para el trabajo y de la capacidad de obtener ingresos. En Noruega, por ejemplo, el nivel de reducción de la capacidad para el trabajo determina el derecho a las prestaciones, mientras que la reducción de la capacidad de obtener ingresos determina el nivel de la prestación parcial. Unos cuantos países emplean un criterio de elegibilidad más específico. En Australia se exige que los solicitantes cumplan dos criterios: tener una calificación de 20 o más puntos en los baremos de discapacidades, que se refieren a diferentes condiciones médicas y están diseñados para evaluar si el solicitante salva un umbral acordado empíricamente en relación con el efecto de la discapacidad sobre la capacidad para el trabajo; y tener una incapacidad permanente para trabajar 30 horas semanales con salario completo durante los dos años siguientes. En los Estados Unidos, como otro ejemplo, se toma como referencia la incapacidad de emprender una actividad retribuida importante, es decir, ser capaz de ganar 780 dólares mensuales.

Cuadro 4.11. Nivel mínimo y total de incapacidad para el trabajo para tener derecho a las prestaciones por discapacidad

		Nivel de incapacidad para una prestación total		
		Del 0 al 60%	Del 61 al 80%	Del 81 al 100%
Nivel de incapacidad requerido	Del 0 al 40%	Australia ^a	Alemania Holanda Suiza	(Noruega) ^d España Suecia
	Del 41 al 70%	Austria Polonia ^b México	Bélgica Portugal Turquía	Dinamarca Francia Italia Corea ^b (Noruega) ^c
	Del 70 al 100%	--	Reino Unido ^a (Estados Unidos) ^c	Canadá ^a (Estados Unidos) ^c

a) No especificado formalmente como porcentaje, pero se entiende que corresponde a esos porcentajes.
 b) Porcentaje no especificado; valoración para Corea, práctica anterior a 1996 (comunicación personal) para Polonia.
 c) Estados Unidos: pretendía incluir sólo a las personas con discapacidad total, pero parece asemejarse más a la situación británica.
 d) Noruega: actualmente el 50%, pero hay pruebas en curso con un mínimo del 20%.

Fuente: Base de datos de la OCDE relativos a los programas para las personas con discapacidad, véase el Cuadro A1.2 del Anexo 1.

También hay diferencias considerables en el grado de reducción requerido con respecto a la capacidad para el trabajo o a la capacidad de obtener ingresos (Cuadro 4.11). Los países con un sistema de prestaciones parciales tienden a tener un nivel bajo del flujo de entrada en la elegibilidad de una prestación parcial, pero a menudo establecen un nivel relativamente alto de la incapacidad requerida –con frecuencia cercana al 100%– para tener acceso a una prestación total. Australia sobresale como el único país que no tiene prestaciones por discapacidad parcial y fija un nivel bastante bajo del flujo de entrada en las prestaciones totales, correspondiente al 25%, aproximadamente, de la incapacidad para el trabajo (aunque no se especifique como porcentaje)²⁸. Este es quizás el factor individual más importante que explica el nivel de los índices de perceptores y del flujo de entrada en este país, que –aunque sólo en torno al promedio de la OCDE– parece ser muy alto, dado el bajo nivel de las prestaciones y el requisito de la comprobación de los recursos. En el otro extremo de la escala, merece la pena destacar a Canadá –otro país que no ofrece prestaciones por discapacidad parcial–, puesto que en este país sólo a las personas que poseen una discapacidad total se les puede conceder una prestación por discapacidad. El requisito de una discapacidad grave y prolongada que impida a una persona realizar ningún trabajo de manera normal es una de las explicaciones del bajo índice de perceptores de prestaciones del seguro –menos del 2% de la población activa– en este país.

Proceso de evaluación

En la gran mayoría de los países, la evaluación médica la llevan a cabo en la actualidad médicos especialistas (del seguro) (véase el cuadro A3.8 del Anexo 3). Hay diferencias en cuanto al papel de los certificados médicos privados que se presentan, por ejemplo, los certificados preparados por el médico del solicitante (“médicos a cargo del tratamiento”). En Austria, por ejemplo, este certificado o dictamen no se tiene en cuenta en absoluto para la evaluación. En otros países, como Alemania o Suecia, puede tener un impacto, porque la decisión se toma a menudo a partir de expedientes médicos sin ninguna evaluación médica adicional. En el Reino Unido, hay una especie de enfoque mixto, donde los médicos a cargo del tratamiento proporcionan las pruebas médicas, pero la evaluación centrada en la capacidad personal la efectúan después especialistas contratados.

En Australia y Suiza, los médicos a cargo del tratamiento (pueden) desempeñar un papel más importante, aunque su evaluación es complementada cada vez más por reconocimientos médicos de verificación independientes (por ejemplo, en dos tercios de todas las solicitudes en Australia). Esto refleja la creciente complejidad de la evaluación médica, que exige la participación de médicos especializados, por ejemplo, en psicología o psiquiatría, en un número de casos cada día mayor, lo que contribuye a aumentar los costes y a prolongar la duración del proceso de evaluación.

Noruega y los Estados Unidos son los dos únicos países en los que los médicos a cargo del tratamiento tienen la plena responsabilidad de la evaluación médica de un solicitante de prestaciones, aunque en el último país también intervienen doctores contratados.

Conviene resaltar que en todos los países en los que los médicos a cargo del tratamiento tienen un papel importante, los índices de perceptores y/o del flujo de entrada han experimentado un crecimiento (continuo) en los últimos tiempos, lo que sugiere la importancia creciente de los problemas, bien conocidos en general, que se derivan de incluir a los médicos a cargo del tratamiento en el proceso de concesión de las prestaciones por discapacidad (por ejemplo, porque a menudo están demasiado próximos al paciente para estar en condiciones de hacer una evaluación neutral, aunque puedan estar mejor informados del conjunto de problemas médicos del solicitante, y también porque les faltan conocimientos relativos a los criterios legales de discapacidad y de los requisitos de empleo del solicitante).

²⁸ El derecho a las prestaciones parciales existe para las personas que pasan sólo parcialmente la prueba de comprobación de los recursos, pero ésta no está relacionada con el nivel de discapacidad. Obsérvese que, con el presupuesto 2002-2003, se ha propuesto reducir el “umbral de la incapacidad para trabajar” de 30 horas a la semana a 15 horas a la semana al salario (mínimo) convenido, con lo que implícitamente se cambia el porcentaje necesario de incapacidad para el trabajo a cerca del 60%. Estos cambios están sujetos a la promulgación de la legislación y sólo afectarán a los nuevos solicitantes a partir de julio de 2003 (véanse más pormenores en el Capítulo 7, Recuadro 7.1).

La decisión definitiva en materia de prestaciones suele tomarla un solo responsable del seguro o bien (en Francia, Italia, Suiza y los Estados Unidos) un equipo de expertos –a menudo interdisciplinario– del organismo asegurador (véase de nuevo el Cuadro A3.8 del Anexo 3)²⁹. En la mayoría de los países, los responsables de tomar las decisiones no son doctores en medicina, pero los países difieren en el grado de intervención de expertos profesionales en el proceso de evaluación y decisión. En algunos países, se han creado comisiones especiales que son las responsables de conceder las prestaciones. Entre los ejemplos se cuentan las comisiones médicas centrales de Bélgica, las comisiones de verificación de Portugal (que constan de tres expertos técnicamente independientes, uno de ellos un experto profesional), y los equipos de evaluación de la discapacidad de España (que son un organismo aparte del instituto del seguro). Estas estructuras de comisión más formales se establecieron, por lo general, con el fin de conseguir una mayor objetividad en la toma de decisiones, una aspiración que otros países han perseguido mediante la inclusión de un equipo de empleados del seguro. Las medidas recientes en Polonia muestran un paso interesante en el sentido opuesto, aunque usando el mismo argumento. En este país, la responsabilidad de la decisión de conceder las prestaciones se ha transferido hace poco de un equipo de empleados del seguro a un solo empleado del seguro, con el objetivo de endurecer la decisión al confiar la responsabilidad a esta única persona.

Enfermedad mental

Hay indicios de que la evaluación de la discapacidad y de la capacidad para el trabajo se hace más difícil. Desde una perspectiva médica, la situación ha experimentado un deterioro gradual al aumentar la difusión de la serie de enfermedades más difíciles de diagnosticar, como las nuevas enfermedades mentales, así como muchas afecciones físicas relacionadas con el estrés, como el dolor de la zona lumbar. No sólo es difícil diagnosticar estas discapacidades y evaluar sus implicaciones en la capacidad para el trabajo, sino también predecir cómo puedan evolucionar estas afecciones en el futuro.

Cuadro 4.12. Una de cada tres prestaciones por discapacidad está motivada por las condiciones psíquicas

	<i>Proporción de enfermedad mental en el volumen y el flujo de entrada en las prestaciones por discapacidad</i>					
	Volumen			Flujo de entrada		
	1990	1995	1999	1990	1995	1999
Australia (nc)	..	..	31	..	..	32
Austria	9	10	..	10	11	17
Canadá	11	16	21	10	17	25
Francia	..	..	..	..	..	27
Alemania	..	..	..	17	23	28
Holanda	27	31	30	30	26	33
No contributiva	36	39	46	63	53	52
Noruega	28	29	29	20	23	25
Suecia	24	26	..	16	20	24
Suiza	34	36	39	..	..	34
Reino Unido	16	17	23	13	18	26
no contributiva	..	40	37	..	31	35
Estados Unidos	27	31	31	21	23	22
no contributiva	53	58	59	41	42	40
OCDE (10)	-	-	35	-	-	32

nc: Prestaciones no contributivas.
 .. Datos no disponibles;
 - No aplicable.

Fuente: Base de datos de la OCDE relativa a los programas para las personas con discapacidad, véase el Cuadro A1.2 del Anexo I.

²⁹ En los dos países sin un sistema de seguros, toma la decisión un único funcionario de Centrelink (en Australia) o un asistente social del municipio (en Dinamarca).

La proporción creciente de personas con problemas mentales o psicológicos entre la población de los perceptores constituye una preocupación importante en muchos países. En la actualidad, los problemas mentales y psicológicos comprenden alrededor de una cuarta parte (o incluso un tercio) del volumen y del flujo de beneficiarios de prestaciones por discapacidad en la mayoría de los países donde se dispone de tales datos (Cuadro 4.12). Cuanto más joven es la población beneficiaria mayor es, en términos generales, la proporción de beneficiarios con afecciones mentales. Esto también explica la inusualmente baja proporción de esta categoría de enfermedades en Austria, donde el flujo de entrada en las prestaciones está más concentrado que en ningún otro lugar en el grupo de edades de 55 a 64 años.

Los problemas mentales son bastante más corrientes entre los beneficiarios de prestaciones no contributivas sujetas a la comprobación de los recursos. Algo que se explica, en parte, por la más joven edad media de este grupo, que está causada por el hecho de que muchas de estas enfermedades son congénitas, y también en parte por la naturaleza más grave de muchas de estas discapacidades, lo que impide que la gente trabaje y, por lo tanto, que reúna los requisitos necesarios para una prestación contributiva.

El crecimiento gradual de las enfermedades mentales tiene toda una serie de explicaciones posibles. Una es que parte del público con problemas mentales tiene mayor disposición para buscar ayuda que en el pasado, cuando dichos problemas tendían a quedar más escondidos y menos reconocidos, como confirma el rápido aumento del número de psiquiatras y psicoterapeutas en muchos países. Relacionadas con lo anterior están las nuevas técnicas de diagnóstico que hacen posible identificar las enfermedades mentales. Otras explicaciones están relacionadas con el ámbito laboral. Los nuevos requisitos del mercado de trabajo, más complejos y más exigentes, pueden “producir” un mayor número de personas con enfermedades mentales, y lo mismo puede decirse de los mayores índices de desempleo de larga duración. De modo similar, unas estructuras familiares menos estables pueden contribuir al problema. Por último, como las enfermedades mentales aparecen por término medio antes que otras discapacidades en el ciclo vital y, por lo tanto, duran más tiempo, debe esperarse que su proporción en el total del volumen y flujo de entrada de los perceptores aumente por motivos puramente numéricos.

Parte del aumento de los índices de perceptores en las últimas décadas, por ejemplo, en Canadá, Suecia, Suiza y el Reino Unido, se explica sin duda por el incremento de las enfermedades mentales. En muchos países, la proporción de este grupo en el flujo de entrada total ha aumentado en unos 10 puntos porcentuales a lo largo de la última década. Al mismo tiempo, es interesante observar que en la mayoría de los países la proporción de problemas mentales en el flujo de entrada es casi siempre menor que en el volumen de beneficiarios (Cuadro 4.12). Esto parece estar relacionado con el efecto de la estructura de edades antes mencionada: el hecho de que, por término medio, las personas con problemas mentales permanecen más tiempo en las prestaciones. El aumento continuo de la proporción de enfermedades mentales en el flujo de entrada anual en la mayoría de los países sugiere aumentos posteriores de los índices de perceptores de prestaciones.

En este cuadro se incluyen todas las personas que se incorporan al registro de prestaciones con cualquier clase de afección mental. Esta simplificación —elegida porque los datos administrativos no suelen tener clasificaciones más detalladas— no reconoce la heterogeneidad de este grupo. En particular, hay una distinción importante entre las personas con dificultades de aprendizaje habitualmente congénitas y las afectadas por otras formas de enfermedades mentales (como, por ejemplo, la depresión) que con frecuencia se adquieren más tarde en el transcurso de la vida. Las dificultades de aprendizaje congénitas no son más difíciles de diagnosticar que antes y es probable que su incidencia no haya aumentado mucho, aunque pueden ser identificadas mejor por el mayor conocimiento y la mejora de las técnicas de prueba.

Denegación de las prestaciones y apelaciones

Unos índices de denegación de las prestaciones más bien altos en muchos países son otro indicio del problema de la evaluación. En cerca de la mitad de los países que tienen datos disponibles, los índices de dene-

gación de las prestaciones están próximas al 50% (Austria, Canadá, Portugal, España y los Estados Unidos). En Italia, la proporción de solicitantes rechazados llega a ser del 68%, y en el programa de discapacidad contributivo de los Estados Unidos se da también un índice de denegaciones similar³⁰. El índice de denegación más bajo comunicado en 1999, que fue del 17%, se encontró en Noruega, seguido por el de tres países –Francia, Dinamarca y Corea– en los cuales se denegó una de cada cuatro solicitudes (Cuadro 4.13).

Los datos indican que los países con los índices de denegación más altos son, en general, los que poseen índices del flujo de entrada en las prestaciones por discapacidad más bajos. En conjunto, los índices de denegación se mantuvieron bastante estables en toda la década de 1990. Sin embargo, el acceso más estricto a las prestaciones en algunos países se ha asociado a la mayor frecuencia de la denegación de las prestaciones. Hubo incrementos importantes de la denegación de las prestaciones entre 1990 y 1999: Austria (del 39 al 49%), Canadá (del 42 al 55%), Dinamarca (del 15 al 25%) y Holanda (del 21 al 37%).

Cuadro 4.13. Grandes diferencias en el índice de denegación de las prestaciones

	<i>Proporción de solicitantes de prestaciones rechazados y de apelaciones con éxito</i>					
	Proporción de denegaciones entre el total de las aplicaciones			Proporción de apelaciones con éxito entre los solicitantes rechazados		
	1990	1995	1999	1990	1995	1999
Australia	..	..	31	..	..	6
Austria	39	44	49	19	14	11
Canadá	42	51	55	..	14	11
Dinamarca	15	13	25	47	64	51
Francia	..	..	25	..	..	..
Alemania	32	34	38	..	..	..
Italia	..	69	68	..	..	..
Corea	30	10	23	1	3	3
Holanda	21	42	37	41	63	12
Noruega	12	17	17	23	25	26
Portugal	..	48	46	..	11	14
España	..	..	44	..	..	8
Estados Unidos	56	52	48	..	..	..
Estados Unidos (nc)	68	66	64	..	..	..
OCDE (13)	-	-	39	-	-	16

.. Datos no disponibles.
- No aplicable.
nc: Sólo prestaciones no contributivas.

Fuente: Base de datos de la OCDE relativos a los programas para las personas con discapacidad, véase el Cuadro A1.2 del Anexo I.

Las apelaciones con éxito efectuadas por los solicitantes rechazados pueden acentuar las diferencias en la denegación de las prestaciones entre los países. A uno de cada dos solicitantes rechazados en Dinamarca y a uno de cada cuatro en Noruega –dos de los países que se encuentran entre los que poseen unos índices de denegación más bajos en primera instancia– se les concede eventualmente una prestación por discapacidad³¹. En todos los demás países, los índices de apelaciones con éxito en 1999 estuvieron entre el 3 y el 14 únicamente. Holanda es un caso interesante, porque el índice de apelaciones con éxito ha descendido desde cerca del 50% en los primeros años de la década de 1990 a sólo el 12% en 1999, lo que, sin embargo, no detuvo el drástico aumento del índice del flujo de entrada en la segunda mitad de la década de 1990 (véase también el recuadro 4.3).

³⁰ Es evidente que los programas no contributivos tienen unos índices más altos, debido a las personas que fallan al pasar la prueba de comprobación de los recursos. A este respecto, el relativamente bajo índice de denegaciones en Australia parece sorprendente, pero se explica por los umbrales relativamente bien generosos de los ingresos y activos.

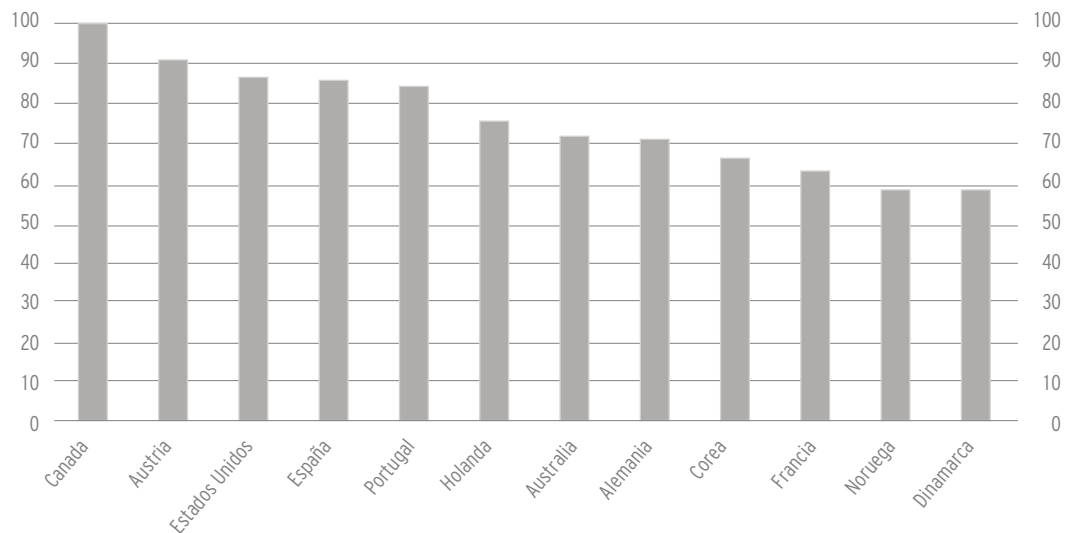
³¹ En el Reino Unido, el índice de apelaciones con éxito es de alrededor del 40%.

Ambos fenómenos –los índices de denegación de las prestaciones y los índices de apelaciones con éxito tomados en conjunto, significan que los índices de solicitudes de prestaciones son más similares que los índices efectivos del flujo de entrada en las prestaciones. Si los altos índices de denegación de las prestaciones por discapacidad de Canadá y sus bajos índices de apelaciones con éxito se aplicaran en Dinamarca, Noruega, por ejemplo, los índices del flujo de entrada en las prestaciones por discapacidad resultante en estos dos países serían más del 40% más bajos (gráfico 4.5). En Francia, Corea, Alemania, Australia, Holanda, los índices del flujo de entrada serían más bajos: del 25 al 35%, y en Portugal, España, los Estados Unidos y Austria, del 10 al 15%.

Unos elevados índices de denegación de las prestaciones pueden señalar la existencia de normas de acceso muy rigurosas y de la aplicación coherente de tales normas. Al mismo tiempo, unos índices elevados de denegación de prestaciones, o incluso, del 70%, suscitan numerosas cuestiones. Muchas de las personas que solicitan una prestación por discapacidad habrán estado sin trabajo durante bastante tiempo, por lo general entre seis meses y un año completo como mínimo (véase el cuadro A3.7 del anexo 3). Estas personas encontrarán difícil volver al trabajo, y muchas de ellas probablemente volverán a estar entre los nuevos solicitantes en una etapa posterior. Otros dependerán de los ingresos de otros miembros de la familia, o bien de los pagos de asistencia social sujetos a la comprobación de los recursos³². Una gran cantidad de apelaciones contra la decisión de denegar prestaciones da lugar a una acumulación de casos que se irán resolviendo con mucha lentitud; por desdichado, en varios países este proceso puede tardar años, durante los cuales estos solicitantes pueden experimentar dificultades económicas. En Canadá, muchas personas con discapacidad consideran que el proceso de denegación y apelación es escandaloso. No hay ninguna escapatoria fácil de este dilema, pero es indudable que el procedimiento ha de garantizar algo de seguridad durante la fase de solicitud y, en parte, también durante las apelaciones. Al mismo tiempo, es preciso que a los solicitantes rechazados se les dé la mayor ayuda posible para que encuentren el modo de reincorporarse al trabajo.

GRÁFICO 4.5. CONSIDERABLE IMPACTO DE LOS ÍNDICES DE DENEGACIÓN SOBRE LOS ÍNDICES EVENTUALES DEL FLUJO DE ENTRADA

Índice del flujo de entrada estimado si se usan los índices de denegación y apelación de Canadá, como porcentaje del índice del flujo de entrada real de 1999 en cada país



Nota: Los países se clasifican en orden decreciente del porcentaje.

Fuente: Base de datos de la OCDE relativos a los programas para las personas con discapacidad, véase el Cuadro A1.2 del Anexo 1.

³² Un factor relevante en lo que se refiere a las denegaciones y apelaciones es saber de qué disponen las personas rechazadas, ya que la situación es muy diferente si hay un nivel similar de prestaciones (de otro tipo), pero con condiciones adicionales de búsqueda de empleo, o si hay una cantidad de dinero mucho menos importante.

► 4.7. Enfermedad, discapacidad y accidente laboral

Perceptores por incapacidad para el trabajo

Hasta ahora, gran parte del análisis se ha centrado en los programas públicos de discapacidad de larga duración. Para tener una panorámica más completa y hacer que los datos sean aún más comparables, sería preciso tener en cuenta también otros programas relacionados con la discapacidad. En particular, la comparabilidad de los datos de los perceptores de prestaciones por discapacidad puede ser limitada, porque las personas que ya se encuentran en el programa de discapacidad en algunos países no tendrán acceso a dichos programas en otros, donde se necesita permanecer en espera durante un período de, por ejemplo, un año para solicitar la prestación, como ocurre en Bélgica, Holanda, Suiza y, por lo general, también en España (véase el cuadro A3.7 del anexo 3). Las cifras relativas a estos países pueden estar infravaloradas. Una manera de corregir las diferencias sería añadir las personas que están en las prestaciones por enfermedad de larga duración a las de las prestaciones por discapacidad. Pero este enfoque tiene dos limitaciones: primera, ello supondría que todas las personas de baja por enfermedad de larga duración acabarían finalmente en el programa de discapacidad, lo que no es siempre el caso (aunque puede serlo en un grado considerable); y, segunda, los datos relativos a la duración de las bajas por enfermedad no están disponibles en gran número de países³³.

Otra restricción de la comparabilidad de los datos relativos a los perceptores de prestaciones por discapacidad es que incluyen casos de accidentes laborales en grados diferentes. Holanda es el único país en el que el programa general de discapacidad abarca todas las discapacidades con independencia de su causa, por lo que es el único país que carece de un sistema de accidentes de trabajo (compárense también los datos del Cuadro 4.14). Por este motivo, los datos de Holanda estarán valorados en exceso³⁴. Pero hay otros países en los que el programa de discapacidades cubre también una proporción variable de casos de accidentes laborales. Un ejemplo es Italia, donde sólo un determinado grupo de trabajadores –los trabajadores manuales y los empleados en un trabajo peligroso– están protegidos por un programa independiente de accidentes laborales. Otro ejemplo es Noruega, donde de hecho se encuentran muy pocas personas en el registro de prestaciones por accidentes laborales. De nuevo, una forma de corregir estas diferencias consistiría en reagrupar a los perceptores de prestaciones por accidentes laborales y a los de prestaciones por discapacidad, pero también esta vez un enfoque así suscita nuevos problemas. En función de las particularidades del sistema, es frecuente que una gran proporción de casos de accidentes laborales incluya pagos de poca duración o, incluso, un único pago, en particular en los sistemas de Canadá y Estados Unidos. Los datos no permiten distinguir estos grupos, y en algunos países es incluso imposible obtener ningún dato relativo al número de beneficiarios de prestaciones por accidentes laborales.

A pesar de estas advertencias, en el Gráfico 4.6 se presentan los índices de perceptores que acumulan solicitudes de prestaciones por discapacidad –tanto contributivas como no contributivas–, solicitudes de accidentes laborales y casos de enfermedad de larga duración (en los que la larga duración se define como la que supera los seis meses). Esta combinación de perceptores de prestaciones por incapacidad para el trabajo sólo puede surtir efecto en cerca de la mitad de los países, sin incluir Polonia, que tiene el nivel más alto de perceptores de prestaciones por discapacidad.

³³ La acumulación de casos de discapacidad y de enfermedad de larga duración también corregirían las rupturas en las series de datos resultantes de las reclasificaciones causadas por la reforma de las prestaciones. Un ejemplo es el paquete de reformas en materia de discapacidad puesto en vigor en 1991 en Australia, mediante el cual una pensión de ayuda a la discapacidad recién introducida substituyó a la anterior pensión por invalidez y a cerca del 30% de las prestaciones por enfermedad anteriores.

³⁴ Es imposible corregir esta diferencia mediante la simple eliminación de los casos de accidente laboral de los datos sobre la discapacidad de Holanda, porque no hay indicios sobre este asunto en las estadísticas del programa. Se desconoce la proporción de beneficiarios que se incorporaron al registro de perceptores como consecuencia de un accidente laboral o una enfermedad profesional.

Cuadro 4.14. Configuración estructural de los sistemas de transferencia relativos a la incapacidad para el trabajo

Configuración del sistema del seguro social: relación del sistema de discapacidad con los demás programas de prestaciones				
		Sistema de discapacidad vinculado al de vejez	Sistema de discapacidad vinculado al de enfermedad	Discapacidad como seguro aparte o sistema fijo
	Accidente laboral vinculado a la discapacidad	España Turquía	-	Holanda Polonia
	Relación de la discapacidad con el sistema de accidentes laborales aparte	Austria Canadá Alemania Italia Corea (Noruega) ^b (Portugal) ^b	Bélgica Francia Suecia	Dinamarca México (Suiza) ^b
	Accidente laboral a través de empresas particulares de seguros	(Noruega) ^b (Portugal) ^b	-	Australia Estados Unidos (Suiza) ^b

a) Holanda es el único país de este grupo en el que el riesgo de accidentes laborales se integra por completo en el programa general de discapacidad.

b) Seguro de accidentes laborales en Noruega, Portugal y Suiza proporcionado en parte por empresas particulares de seguros.

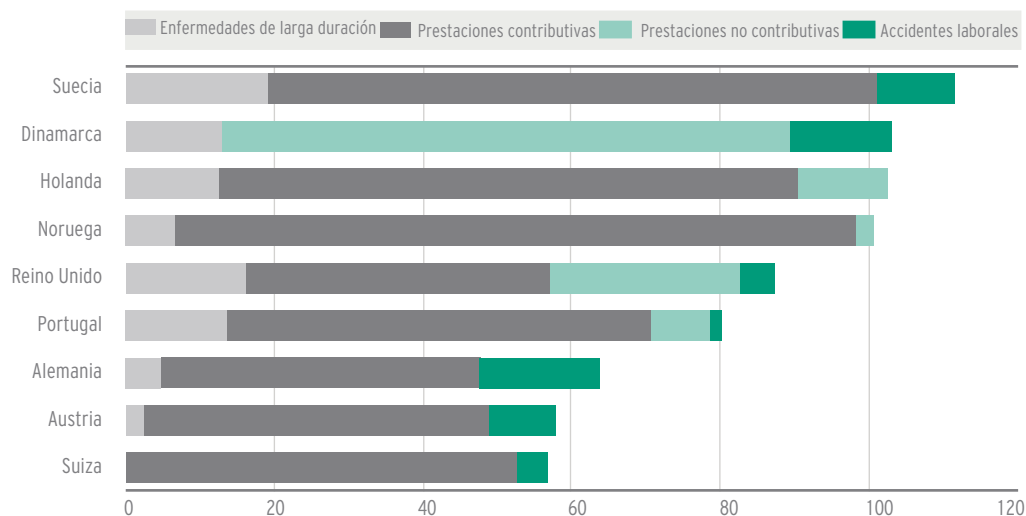
Fuente: Base de datos de la OCDE relativos a los programas para las personas con discapacidad, véase el Cuadro A1.2 del Anexo 1.

Suecia parece ser el país con el mayor índice de perceptores a causa de la incapacidad para el trabajo –más del 11%–, que supera a los países con un índice de perceptores de prestaciones por discapacidad más elevado. Esta posición se explica, en gran medida, por las numerosas personas que perciben prestaciones por enfermedad de larga duración. Dinamarca, Noruega y Holanda tienen unos índices globales de perceptores por incapacidad para el trabajo casi idénticos, todos en torno al 10%. El gran número de casos de enfermedad de larga duración en Holanda contrarresta de sobra los beneficiarios adicionales en Noruega, mientras que Dinamarca se pone al nivel de ambos países gracias a su mayor cantidad de prestaciones por enfermedad y por accidentes laborales. Alemania tiene la mayor cantidad de beneficiarios de prestaciones por accidentes laborales, como resultado de un índice global de incapacidad para el trabajo más elevado que el de Austria y Suiza, por ejemplo.

El gran número de casos de enfermedad de larga duración tanto en Suecia como en el Reino Unido merece una atención especial. En Suecia, la proporción de enfermedades de larga duración en el total de bajas por enfermedad ha aumentado del 20% en 1980 a más del 50% en 1999, con el máximo incremento en el período de 1990 a 1995, lo que está en estrecha relación con las reformas introducidas en los programas de enfermedad y discapacidad. Las reformas del sistema de prestaciones por enfermedad durante la década de 1990 (introducción de períodos de espera, descenso de los niveles de las prestaciones) redujeron drásticamente las bajas por enfermedad de corta duración (es decir, las bajas de menos de un mes) desde un nivel de 70.000 casos en 1990 a sólo unos 20.000 en 1995 y 1999. Al mismo tiempo, el rigorismo del acceso a las prestaciones por discapacidad hizo aumentar el número de personas que perciben prestaciones por enfermedad de larga duración (de 65.000 en 1995 a 100.000 en 1999, y la tendencia se acelera más durante los últimos años). Este último incremento se explica, en parte, por un sistema que paga unas prestaciones por enferme-

dad muy elevadas –a menudo el 90% del último salario– durante un tiempo ilimitado, lo que “invita” a la baja por enfermedad de larga duración, sobre todo a los trabajadores mayores como una prestación que conecte con la jubilación.³⁵

GRÁFICO 4.6. LAS ENFERMEDADES DE LARGA DURACIÓN Y LOS ACCIDENTES LABORALES PUEDEN CAMBIAR EL PANORAMA
Beneficiarios de prestaciones por mil habitantes en edad laboral, en 1999



Fuente: Base de datos de la OCDE relativa a los programas para las personas con discapacidad, véase el Cuadro A1.2 del Anexo 1.

En el Reino Unido, el número de bajas por enfermedad de corta duración, de menos de un mes, también ha caído muy sensiblemente. Todo el descenso (de 250.000 en 1980 a 40.000 en 1990) ocurrió en la década de 1980, en clara relación con la reforma del programa de prestaciones por enfermedad (introducción de una paga reglamentaria por enfermedad en 1983, transferencia gradual de la responsabilidad al empresario). La enfermedad de larga duración y la discapacidad han aumentado de manera constante desde los últimos años de la década de 1980. Por ejemplo, en 1985 hubo 800.000 beneficiarios de prestaciones (por enfermedad de larga duración y por discapacidad), que llegaron a casi 2 millones en 1999.

Configuración del sistema de seguridad social

Los papeles respectivos de los programas de enfermedad y accidentes laborales en un país también pueden estar influidos por la estructura del sistema de seguridad social. El hecho de tener un seguro de discapacidad aparte, como en Holanda y Suiza y más recientemente también en México y Polonia, u otra forma de programa público distinto, como en Australia, Dinamarca y el Reino Unido, parece ser una medida eficaz para ejercer un control sobre el programa y contribuye a garantizar que éste sea un programa específico del mercado de trabajo para grupos concretos de la población activa (véase también el capítulo de conclusiones). Integrar los programas de prestaciones por enfermedad y discapacidad, como se hizo en Bélgica y Francia y se hará pronto en Suecia, tiene la ventaja de fomentar un proceso de evaluación suave, como muestra el ejemplo belga.

³⁵ Obsérvese también que la ausencia por enfermedad en Suecia fluctúa considerablemente con el ciclo económico, más que en la mayoría de los demás países de la OCDE, lo que constituye otro indicio de un programa con un acceso relativamente fácil.

Pero la integración del programa de discapacidad en el programa de jubilación, como se hizo en la mitad de los países, tiene sus inconvenientes (Cuadro 4.14). Sugiere implícitamente que una prestación por discapacidad es el pago de una pensión permanente, y no sólo lo hace para el solicitante o beneficiario de la prestación. Para el propio sistema de seguro de pensiones, será difícil operar un programa de discapacidad eficiente, porque habrá mezclados dos riesgos muy diferentes, el de la discapacidad y el de la jubilación.

En la práctica, es evidente que los países con sistemas de discapacidad /jubilación vinculados tienen poblaciones de perceptores considerablemente mayores, y los Estados Unidos son la única excepción real. No hay ninguna prueba de que la relación entre los programas de discapacidad general y de accidentes laborales ejerza algún impacto sobre los índices de perceptores de prestaciones por discapacidad. Entre los países que tienen índices de perceptores especialmente altos (Polonia y Holanda) y bajos (España y Turquía) se encuentran los países con programas de accidentes laborales que están vinculados en parte o, incluso, integrados en el sistema de discapacidad.

► 4.8. Discapacidad y desempleo

La relación entre los programas de discapacidad y de desempleo es importante para entender cómo se mueven las personas con discapacidad a través del sistema de transferencias. Pueden esperarse varias relaciones potenciales entre los dos programas. Una hipótesis es la de que cuando los índices de desempleo son altos y/o crecientes conducen a unos índices altos de aplicación y concesión de prestaciones por discapacidad, algunas de las cuales son de desempleo encubierto. El mecanismo que subyace tras ello puede ser que las personas con discapacidad experimentan problemas en el mercado de trabajo durante los períodos de aumento del desempleo, pero también que un desempleo más alto en sí mismo crea las condiciones (estrés, pobreza) que conducen a unos índices más altos de la aplicación de las prestaciones por discapacidad. La hipótesis contraria es la de que el bajo índice de perceptores de prestaciones por discapacidad es un indicio de que el sistema no está encubriendo el desempleo y, por lo tanto, no es probable que sea complementado por unos índices de desempleo más altos.

Datos empíricos

Tanto en 1990 como en 1999, en la mayor parte de los países los gastos de las prestaciones por discapacidad fueron más altos que los de las prestaciones por desempleo (Gráfico 4.7). En 1990 (y, aunque no se muestra en el gráfico, también en 1980), parecía existir una relación negativa débil, es decir, que los gastos más altos de las prestaciones por discapacidad se asociaban a los gastos más bajos de las prestaciones por desempleo, lo que sugiere algún indicio de posibilidad de intercambio de los programas³⁶. En 1999, cualquier clase de relación había desaparecido, posiblemente como consecuencia de las reformas en el programa de la discapacidad (es decir, un acceso más riguroso) así como en el programa de las prestaciones por desempleo (es decir, unos requisitos laborales más estrictos) en muchos países.

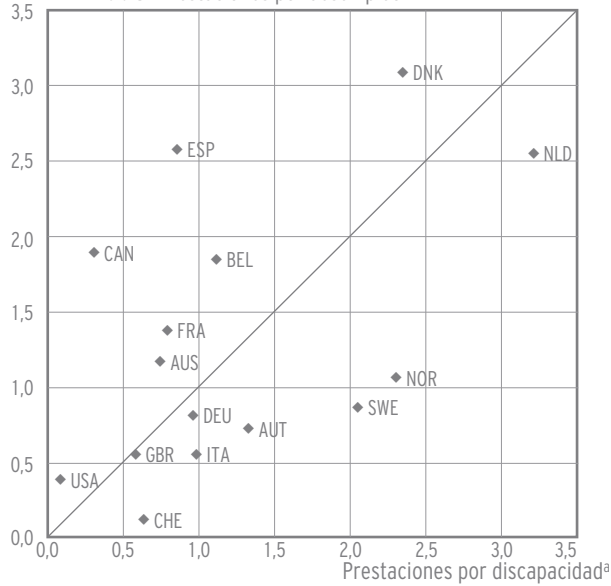
Una comparación de los programas de prestaciones por discapacidad y por desempleo es complicada por el hecho de que ciertos grupos de personas con discapacidad se encuentran en diferentes programas de transferencias en distintos países. Sin embargo, la inclusión de otros programas de transferencias relacionadas con la discapacidad (prestaciones por discapacidad no contributivas, prestaciones en efectivo por enfermedad y prestaciones por accidente laboral), ofrece, en gran parte, el mismo resultado.

³⁶ Obsérvese que la relación entre discapacidad y desempleo se mide por lo que respecta al gasto más que en cuanto a los beneficiarios de prestaciones, porque los datos comparables de los perceptores para ambos programas durante todo el período de 1980 a 1999 sólo están disponibles para algunos países. No obstante, la relación principal entre los dos programas debe ser similar con ambos indicadores. Además, este gráfico únicamente incluye el principal programa público de prestaciones por discapacidad, es decir, que no están incluidos los programas complementarios no contributivos sujetos a la comprobación de los recursos.

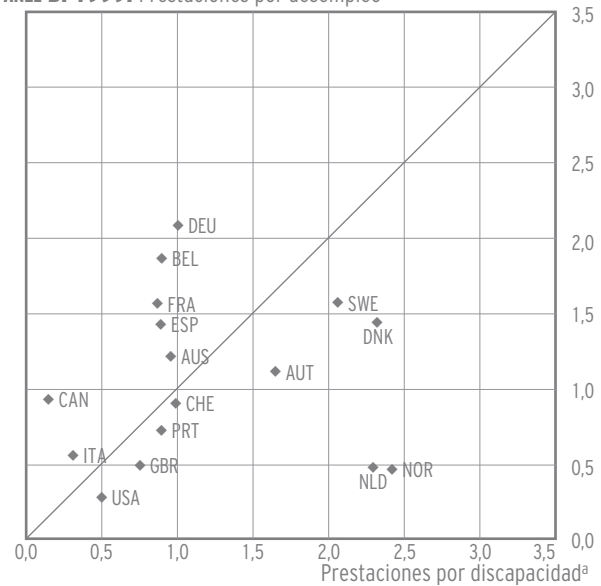
GRÁFICO 4.7. NO HAY UNA RELACIÓN CLARA ENTRE EL DESEMPLEO Y EL GASTO DE LAS PRESTACIONES POR DISCAPACIDAD

Gasto en prestaciones por discapacidad y en prestaciones por desempleo, como porcentaje del PIB

PANEL A. 1990: Prestaciones por desempleo



PANEL B. 1999: Prestaciones por desempleo



a) Prestaciones contributivas, excepto el programa no contributivo de discapacidad para Australia y Dinamarca.

Fuente: Base de datos de la OCDE relativos a los programas para las personas con discapacidad, véase el Cuadro A1.2 del Anexo I.

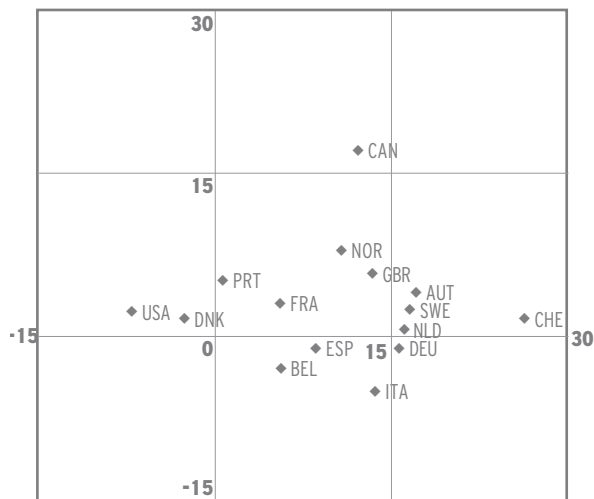
AUS = Austria	AUT = Australia	BEL = Bélgica	CHE = Suiza	DEU = Alemania	DNK = Dinamarca
ESP = España	FRA = Francia	GBR = Reino Unido	ITA = Italia	NLD = Holanda	NOR = Noruega
POL = Polonia	PRT = Portugal	SWE = Suecia	USA = Estados Unidos		

GRÁFICO 4.8. NO HAY UNA RELACIÓN CLARA EN EL CRECIMIENTO DEL GASTO EN LOS SIGUIENTES PERÍODOS

Crecimiento anual medio en gasto real en el desempleo y las prestaciones por discapacidad^a (porcentajes)

PANEL A. 1980-1985

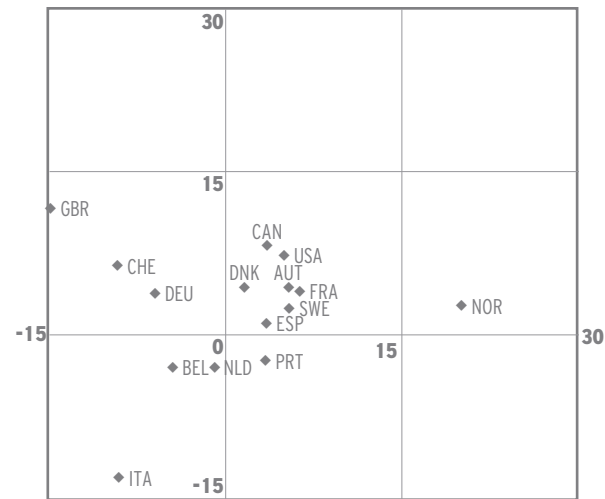
Crecimiento del gasto en discapacidad de 1980 a 1985



Crecimiento del gasto en desempleo de 1980 a 1985

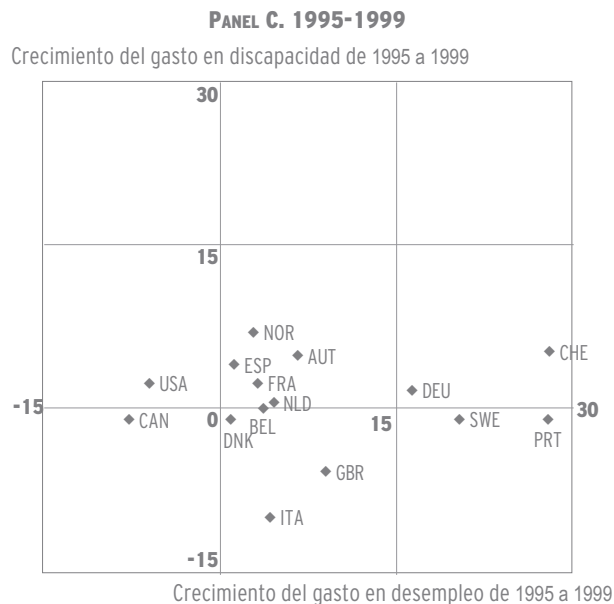
PANEL B. 1990-1995

Crecimiento del gasto en discapacidad de 1990 a 1995



Crecimiento del gasto en desempleo de 1990 a 1995

AUT = Australia	BEL = Bélgica	CHE = Suiza	DEU = Alemania	DNK = Dinamarca	ESP = España
FRA = Francia	GBR = Reino Unido	ITA = Italia	NLD = Holanda	NOR = Noruega	POL = Polonia
PRT = Portugal	SWE = Suecia	USA = Estados Unidos			

GRÁFICO 4.8. NO HAY UNA RELACIÓN CLARA EN EL CRECIMIENTO DEL GASTO EN LOS SIGUIENTES PERÍODOS**Crecimiento anual medio en gasto real en el desempleo y las prestaciones por discapacidad^a (porcentajes)**

a) Prestaciones contributivas, excepto el programa no contributivo de discapacidad para Australia y Dinamarca.

Fuente: Base de datos de la OCDE relativos a los programas para las personas con discapacidad, véase el Cuadro A1.2 del Anexo I.

El Gráfico 4.8, en el que se relacionan períodos sucesivos de cinco años, sugiere de nuevo que no hay pruebas suficientes para la hipótesis de que el aumento del desempleo da lugar a un mayor índice de perceptores de prestaciones por discapacidad, por lo menos cuando se mide con respecto a los gastos. Sólo en la primera mitad de la década de 1990 hay un indicio de que el incremento de los gastos de las prestaciones por discapacidad se pudo relacionar con el incremento de los gastos por desempleo en la segunda de la década de 1980, pero en ninguno de los períodos se encontró una relación importante.

La variación dentro de los países, por el contrario, sugiere un aumento de las percepciones por discapacidad como consecuencia del crecimiento del desempleo en algunos países (por ejemplo, el Reino Unido y los Estados Unidos)³⁷. Al mismo tiempo, hay algún indicio de la posibilidad de intercambio de los programas, es decir, que la restricción del acceso a las prestaciones por discapacidad conduce a una cantidad mayor de perceptores de prestaciones por desempleo (y facilita el acceso a una cantidad menor de perceptores), lo que sugiere que los cambios en el programa de prestaciones por discapacidad pueden tener un impacto más fuerte en la relación entre discapacidad y desempleo que los cambios en el programa de prestaciones por desempleo.

Incentivos y vías

Por lo general, la falta de requisitos de participación puede operar como incentivo para que las personas que perciben prestaciones por desempleo prueben su elegibilidad para una prestación por discapacidad, dependiendo de las normas sobre el acceso a las prestaciones por discapacidad. La relación entre discapacidad y desempleo también se ve influida por los niveles relativos de las prestaciones para los diferentes tipos de derechos (incluidas las diferencias en el tratamiento fiscal y, donde sea pertinente, convenios sujetos a la comprobación de los recursos).

³⁷ La relación entre discapacidad y desempleo es muy compleja: el crecimiento del desempleo puede conducir (y lo hace en muchos casos) a unos requisitos de trabajo más estrictos del programa de desempleo, por lo que implícitamente aumenta la presión sobre el programa relativo a la discapacidad. Por lo tanto, contrarrestar los avances bien puede suprimir cualquier efecto sobre un nivel global.

En la mayoría de los países, los beneficiarios de las prestaciones por desempleo están cubiertos por el seguro de discapacidad o, como en Australia y Dinamarca, por el programa público no contributivo de discapacidad. Pero entre los países hay una considerable variación en la transición de las prestaciones por desempleo a las prestaciones por discapacidad. En muchos países, la transición directa del desempleo a la discapacidad es posible e, incluso, obligatoria (como en Bélgica). En la mayoría de los casos, durante la fase de aplicación continuaría el pago de las prestaciones por desempleo. Lamentablemente, son escasos los datos sobre las vías que conducen a las prestaciones por discapacidad (es decir, la situación con respecto al trabajo y a las prestaciones de los nuevos beneficiarios antes de solicitar una prestación por discapacidad). En Australia, Austria y el Reino Unido, tres países en los que la transición directa es posible, cerca de un tercio de todos los nuevos beneficiarios estuvieron antes desempleados (Cuadro 4.15)³⁸.

En otros países, la transición directa del desempleo a la discapacidad no es posible o requiere la terminación de un período de espera, durante el cual las prestaciones por enfermedad pueden ser pagadas o no. En uno de ellos –Holanda–, cinco de cada seis nuevos beneficiarios recibían previamente una prestación por enfermedad. La aplicación de la prestaciones por discapacidad sólo es posible después de un período de enfermedad de un año, por lo que las personas desempleadas también tendrían que recibir la prestación por enfermedad durante un año antes de solicitar una prestación por discapacidad³⁹. En otros países, como Polonia y Canadá, los desempleados no están cubiertos por un seguro de enfermedad y sólo pueden acceder directamente a las prestaciones por discapacidad una vez satisfechos los requisitos del período de espera y de la admisibilidad.

La proporción del flujo de entrada en las prestaciones por discapacidad de otros grupos (distintos de los formados por empleados, desempleados o quienes están en baja por enfermedad) es pequeña en los sistemas del seguro, pero es generalmente alta, en algunos casos cercana al 100%, en los sistemas no contributivos. En los Países Bajos, todas las personas a las que se les concede una prestación no contributiva “Wajong” deben haber estado sin empleo al solicitar la prestación, lo que representa el 7% del flujo de entrada total en las prestaciones por discapacidad (Cuadro 4.15). En Australia, por considerar otro ejemplo, hasta uno de cada cinco nuevos adjudicatarios había recibido otros pagos, tales como la prestación para padres, la asignación para jóvenes o el pago para cuidadores.

Cuadro 4.15. Vías muy diferentes en la recepción de las prestaciones por discapacidad

<i>Nuevos beneficiarios de prestaciones por discapacidad por situación antes de la concesión de las prestaciones, en 1999</i>				
Situación antes de la concesión de las prestaciones por discapacidad:				
	Empleado	Baja por enfermedad	Desempleado	Otra situación
Austria	42	28	27	2
Holanda	7	86	0	7
Reino Unido	60		35	4
	Ninguna prestación incluido el empleo	Prestación por enfermedad	Prestación por desempleo	Cualquier otra prestación
Australia	44	3	35	19

Nota: Los datos relativos a Holanda incluyen los nuevos beneficiarios de prestaciones no contributivas Wajong, mientras que los datos relativos al Reino Unido sólo incluyen las prestaciones contributivas por incapacidad.

Fuente: Base de datos de la OCDE relativos a los programas para las personas con discapacidad, véase el Cuadro A1.2 del Anexo 1.

³⁸ En Australia, la transición es frecuente para los beneficiarios de prestaciones por “desempleo por razones de incapacidad”. En el Reino Unido, la transición directa está restringida a las prestaciones por incapacidad de breve duración (es decir, el derecho a una prestación por incapacidad de larga duración a un tipo de interés elevado requiere el recibo de un tipo de interés a corto plazo en primer lugar). Austria es un caso interesante, ya que en este país las personas con prestaciones por enfermedad (una prestación que, por lo general, puede pagarse durante un año) tienen derecho a las prestaciones por desempleo después de la terminación del proceso de rehabilitación profesional.

³⁹ Obsérvese que, para las personas desempleadas, las prestaciones por enfermedad son pagadas y financiadas por el seguro de desempleo, mientras que a los empleados les paga el empresario o el seguro que hace el empresario.

Las normas sobre el acceso a las prestaciones son un lado de la historia; los niveles de las prestaciones, otro. En la mayoría de los países, las fórmulas para calcular las prestaciones por discapacidad y por desempleo son muy diferentes. Mientras que las primeras se basan, por lo general, en los antecedentes de cotización o de empleo del solicitante, las segundas se suelen calcular como un porcentaje del último salario o la última renta neta (véase el Cuadro A3.9 del Anexo 3). Además, los dos tipos de prestaciones tienen a menudo diferentes normas con respecto a los mínimos y máximos de las prestaciones (por regla general, las prestaciones por desempleo tienen un límite superior más bajo) y a los pagos complementarios para los miembros familiares a cargo del solicitante (que son más amplias para los sistemas de prestaciones por desempleo). Por lo tanto, los incentivos varían de un caso individual a otro, dependiendo de la edad, de los antecedentes laborales, del nivel salarial y, posiblemente, de la situación familiar. La relación se refuerza allí donde la duración de los pagos por desempleo depende también de estos mismos factores.

Sin embargo, y desde una amplia perspectiva, los niveles de las prestaciones por discapacidad y por desempleo suelen ser absolutamente similares en la mayoría de los países. Tan sólo en algunos países (sobre todo Canadá, Corea y los Estados Unidos) los índices de sustitución del programa de discapacidad son significativamente más bajos que los del programa de desempleo. Puesto que se trata de países en los que la duración del pago de prestaciones por desempleo es algo breve, es poco probable, no obstante, que tengan un efecto importante. Polonia es el único país en el que las prestaciones del seguro de discapacidad serían, de manera constante y considerable, más generosas que la indemnización fija por desempleo. Es probable que éste sea un factor particularmente importante que explica el alto nivel de perceptores de prestaciones por discapacidad en este país y el rápido incremento durante los años de la transición económica.

En términos generales, en lo que se refiere a los sistemas del seguro, los niveles de las prestaciones por desempleo serán más atractivos para las personas más jóvenes que las prestaciones por discapacidad, mientras que lo contrario puede que sea más cierto para las personas en edad de prejubilación. Para el grupo más joven en especial, los incentivos relativos pueden mostrar una relación más estrecha con la duración de los pagos de las prestaciones por desempleo. Los sistemas de desempleo con largos períodos de pago de las prestaciones es probable que reduzcan la presión sobre el programa de discapacidad. Esto es especialmente verídico en los países donde no hay tal límite de tiempo (por ejemplo, Bélgica), o donde la ayuda al desempleo en un nivel de prestaciones similar se puede recibir sin límite de tiempo (Austria y Alemania; véase de nuevo el Cuadro A3.9 del Anexo 3). Todos ellos son, de hecho, países con unos niveles de perceptores de prestaciones por discapacidad relativamente bajos.

En varios países, el período del pago de desempleo es considerablemente más largo para los trabajadores más viejos, y tales prestaciones llegan a ser pagos de transición hacia la jubilación temprana o regular. Este efecto es muy pronunciado en Holanda y Francia, y también existe, en menor grado, en Austria, Alemania, Corea, Noruega, Portugal, España, Suecia y Suiza. Tales normas se introdujeron con frecuencia de conformidad con las normas de la jubilación anticipada, debido a una especial reticencia a aceptar altos índices de desempleo entre los trabajadores más viejos. En varios de estos países, la duración del pago sólo se relacionó recientemente con la edad, mientras que solía estar relacionada más de cerca con el período de cotización. Las normas de esta clase probablemente reducen la presión sobre el programa de discapacidad, aunque este efecto no se pone de manifiesto en los datos empíricos (véase también la sección siguiente).

4.9. Discapacidad y jubilación anticipada

Durante las décadas de 1970 y 1980, los programas de jubilación anticipada se introdujeron con el doble propósito de aliviar los problemas del mercado de trabajo de los trabajadores de más edad y (como se esperaba) de aumentar las oportunidades del mercado de trabajo para los jóvenes principiantes de la población activa. La mayoría de los países de la OCDE cuentan al menos con un sistema que permite el abandono pre-

matureo del mercado de trabajo, por lo general cinco años antes de la edad obligatoria de jubilación, si se cumplen ciertas condiciones de elegibilidad (véase el Cuadro A3.10 del Anexo 3). A menudo, un período reciente de desempleo de larga duración es uno de los criterios relevantes (como en Austria, Alemania, Polonia, Portugal, y –mediante un complemento de desempleo– Bélgica).

En muchos países, tales sistemas son una parte esencial del sistema público de pensiones, con o sin reducción actuarial, o menos que actuarial, de los derechos (no hay reducción de las prestaciones en Corea y Polonia; jubilación anticipada con más de 60 años de edad, después de un período de desempleo, en Portugal; alguna reducción de las prestaciones en Austria, Alemania e Italia; otra jubilación anticipada en Portugal; reducción actuarial de las prestaciones en Canadá, España, Suecia y los Estados Unidos). Tales sistemas son, por regla general, bastante generosos y hacen atractiva la salida precoz del mercado de trabajo.

En otros países, se han introducido oportunidades comparativamente generosas de jubilación anticipada por medio de convenios colectivos, con lo que se cubre gran parte, aunque no la totalidad, de la población activa (Holanda y Noruega). Todavía en un tercer grupo de países, las normas del abandono prematuro son menos generosas, pero posibles, a través de un sistema ocupacional financiado obligatorio (Australia y Suiza) o el seguro voluntario de jubilación anticipada (Dinamarca y el Reino Unido)⁴⁰.

Reflexión empírica

En la práctica, alrededor del 35% del grupo de edad de 50 a 64 años recibe prestaciones por jubilación, muchas de las cuales son por jubilación anticipada o adelantada (cuadro 4.16; véase también la deliberación de la sección 3.4 del capítulo 3). En Austria, Francia, Italia, Portugal y Suecia, casi el mismo número (si no superior) de personas con discapacidad de este grupo de edad recibe prestaciones por jubilación igual que recibe prestaciones relacionadas con la discapacidad⁴¹. En estos países en particular, pero también en otros países, las reformas de las pensiones (tanto recientes como próximas), tales como subir la edad mínima de entrada o bajar los índices de sustitución para la jubilación temprana o regular, es probable que tengan un impacto considerable en el sistema de prestaciones por discapacidad⁴². De manera algo inesperada, los países en los que la jubilación (anticipada) parece desempeñar un papel muy importante para las personas con discapacidad como ruta alternativa para salir de la población activa (el caso de Austria o Portugal), son también los países en los que los beneficiarios de las prestaciones por discapacidad tienen, en su inmensa mayoría, 45 o más años de edad. Parece que los sistemas generosos de jubilación anticipada sacan a los trabajadores de más edad del mercado de trabajo, sin bajar la presión sobre el sistema de prestaciones por discapacidad.

Da la impresión de que existe una correlación entre la jubilación anticipada generosa y la distinción (de hecho) por edades en las normas de las prestaciones por discapacidad (Gráfico 4.9), lo que crea una cultura de salida precoz que aumenta la carga de los sistemas tanto de jubilación como de discapacidad, porque hace más fácil que los empresarios sugieran a aquellos de sus empleados que están a punto de perder su trabajo que soliciten una prestación por discapacidad (para las personas con una discapacidad potencialmente más grave) o una prestación por jubilación anticipada (para las demás personas). Noruega es un ejemplo especialmente significativo en este contexto, porque la introducción de un programa de jubilación anticipada en 1989 y de la ampliación gradual de este programa ha conducido desde entonces a un rápido aumento de la afluencia a este programa en paralelo con una subida de la afluencia a las prestaciones por discapacidad.

⁴⁰ Mientras que es posible la jubilación anticipada mediante convenios privados, usar una prestación por discapacidad como complemento de los ingresos en concepto de jubilación anticipada puede llegar a ser un problema. El Reino Unido ha adoptado recientemente contramedidas al respecto, porque para los solicitantes, después de abril de 2001, el 50% de cualquier pensión profesional o privada por encima de un determinado umbral se compensa contra las prestaciones por incapacidad.

⁴¹ De nuevo, parte de esto se explica por una edad obligatoria de jubilación de 60 años, ya sea para toda la población (como en Francia) o únicamente para las mujeres (como en Austria e Italia).

⁴² Sirve de ejemplo la reciente reforma de las pensiones en Austria, que cerró el acceso a la jubilación anticipada para los hombres de edades entre los 60 y los 61,5 años y para las mujeres de edades entre los 55 y los 56,5 años (llevada a cabo de forma escalonada entre 2000 y 2002). Con esta medida, el programa de discapacidad llegó a ser la única alternativa para el flujo de salida anticipada del mercado de trabajo para estos grupos de edad concretos; y, teniendo en cuenta la amplia cultura de jubilación anticipada en este país y el fácil acceso a las prestaciones por discapacidad para las personas de 55 o más años de edad, es probable que el programa se usara para este propósito.

Cuadro 4.16. Grandes proporciones de personas con discapacidad de 50 a 64 años de edad perciben prestaciones por jubilación

Personas con discapacidad de 50 a 64 años de edad por tipo de prestación recibida, porcentajes que añadir al 100 %, a finales de la década de 1990

	Discapacidad	Desempleo	Asistencia social	Jubilación	Otro
Austria	43,1	8,5	0,0	40,5	7,9
Bélgica	54,5	11,8	0,0	28,2	5,5
Dinamarca	71,9	9,5	0,0	16,0	2,5
Francia	36,3	7,2	7,6	43,5	5,4
Italia	37,6	0,9	0,0	57,3	4,2
Holanda	66,8	6,6	10,2	8,9	7,5
Portugal	40,8	9,0	0,9	42,1	7,2
España	67,5	7,5	1,9	15,8	7,3
Suecia	33,1	3,7	2,5	60,7	-
Reino Unido ^a	66,3	2,0	..	18,2	13,5
Unión Europea (9) ^b	50,2	7,2	2,6	34,8	5,9

.. Datos no disponibles.

- No aplicable.

a) Reino Unido: ningún dato sobre los ingresos procedentes de la asistencia social.

b) Unión Europea (9): excepto el Reino Unido.

Fuente: Véase el Cuadro A1.1 del Anexo I.

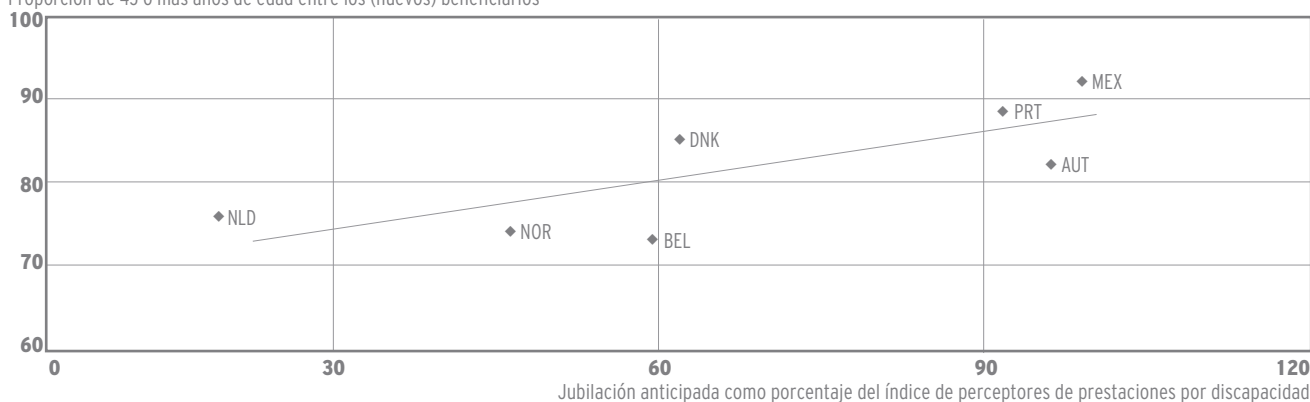
Programas e incentivos

En este contexto es importante observar cierto desequilibrio en los incentivos. Las personas con discapacidad (por lo menos moderada) son las que estarían potencialmente en posición de “elegir” entre una prestación por discapacidad o una prestación por jubilación anticipada, tanto si se trata de una opción libre como si se trata de una coacción forzada por el empresario. Para las personas sin discapacidad mensurable, que no podrían pasar la prueba médica para solicitar una prestación por discapacidad total, la situación es muy diferente. Para este grupo, los incentivos relativos entre los programas de discapacidad y los de jubilación anticipada en cuanto a los niveles de las prestaciones probablemente son por completo irrelevantes. Por otra parte, los límites entre la capacidad total para el trabajo y la reducida se hacen cada vez más borrosos a medida que avanza la edad.

GRÁFICO 4.9. LA JUBILACIÓN ANTICIPADA COINCIDE CON EL DESEQUILIBRIO DE EDADES EN LOS FLUJOS DE ENTRADAS EN LAS PRESTACIONES POR DISCAPACIDAD

Proporción de beneficiarios de prestaciones por discapacidad de 45 o más años de edad, y la jubilación anticipada como porcentaje del flujo de entrada en las prestaciones por discapacidad, en 1999

Proporción de 45 o más años de edad entre los (nuevos) beneficiarios



Nota: Los datos relativos a Dinamarca y Holanda se refieren al volumen de las prestaciones; los datos para los demás países a los flujos de entrada.

Fuente: Base de datos de la OCDE relativos a los programas para las personas con discapacidad, véase el Cuadro A1.2 del Anexo I; base de datos de la OCDE relativos a las estadísticas de la población activa.

AUT = Australia BEL = Bélgica DNK = Dinamarca MEX = México NLD = Holanda NOR = Noruega PRT = Portugal

Haciendo caso omiso de este problema de desequilibrio, los incentivos por lo que respecta a los niveles relativos de las prestaciones por discapacidad total y por jubilación anticipada parecen diferir algo entre los países. En un amplio tercio de ellos, para las personas de 55 ó 60 años de edad los niveles de las prestaciones bajo ambos sistemas son muy similares por lo general. En otro grupo de países (Canadá, Corea, España, Suecia, Suiza y los Estados Unidos), las prestaciones por discapacidad tienden a ser ligeramente más altas porque las prestaciones por jubilación anticipada se reducen actuarialmente por cada año de jubilación antes de la edad obligatoria⁴³.

En un grupo de países más pequeño, los índices de sustitución de una prestación por jubilación anticipada es probable que sean más altos que para una prestación por discapacidad. Éste es el caso de los sistemas públicos de pensiones en Bélgica e Italia, pero también, por ejemplo, en los sistemas de convenios colectivos de Holanda. Los convenios privados de pensiones también pueden incluir unas cláusulas de jubilación anticipada que sean atractivas y, por lo tanto, ofrecer incentivos para jubilarse prematuramente⁴⁴.

► 4.10. Resumen de las conclusiones del análisis de las políticas de indemnización

Las siguientes son algunas de las principales conclusiones del análisis de los retos de las políticas de indemnización:

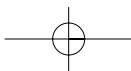
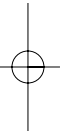
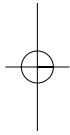
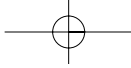
- Los índices de perceptores de prestaciones por discapacidad son altos en muchos países y han aumentado constantemente en la mayoría de los casos.
- Las reformas que afectan al acceso a las prestaciones han conducido a una estabilización e, incluso, a un descenso de los índices anuales del flujo de entrada en las prestaciones en la mayoría de los países, con lo que se ha estabilizado el índice de perceptores, en particular desde 1995.
- El flujo de salida de las prestaciones por discapacidad es bajo en todos los países, a pesar de las considerables diferencias por lo que respecta a las normas sobre la revisión de los derechos, la disponibilidad de prestaciones parciales y los incentivos para el trabajo.
- Las normas sobre la reevaluación de los derechos a las prestaciones no parece que se apliquen con rigor en la práctica.
- Los países con elevados niveles de prestaciones tienden a tener altos índices de perceptores. Pero recientemente, los países con niveles más bajos de prestaciones han tenido índices igualmente altos del flujo de entrada, y los índices del flujo de salida también han sido similares.
- Los países con diferentes grados de prestaciones por discapacidad parcial se encuentran entre el grupo con altos índices de perceptores de prestaciones. En estos países, una de cada tres nuevas concesiones lo es en concepto de discapacidad parcial.
- A pesar de los altos índices de perceptores de prestaciones, persisten los problemas de exclusión de las prestaciones, debidos, por una parte, a que no se cumplen los requisitos del seguro y, por otra, a que falla el sistema de comprobación de los recursos (familiares).
- En los países con un sistema de prestaciones de tipo dual, está aumentando la proporción de benefi-

⁴³ Posiblemente, Portugal también cae dentro de este grupo, aunque esta consecuencia es menos clara, ya que, a los efectos de las prestaciones por discapacidad, no se abonan los años que faltan hasta la edad de jubilación obligatoria.

⁴⁴ Con la reciente reforma global de las pensiones en Italia, este caso ya no se dará más a largo plazo.

ciarios de prestaciones sujetas a la comprobación de los recursos, lo que da como resultado un descenso en el promedio de los ingresos *per cápita* en concepto de prestaciones.

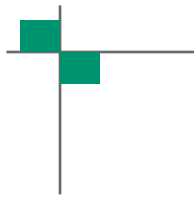
- Las mujeres suelen tener menor representación en los programas de seguros y mayor representación en los programas sujetos a la comprobación de recursos. Éste no es el caso en algunos sistemas con individualización de derechos para toda la población con discapacidad, en la que las mujeres de menos de 45 años de edad tienen unos índices del flujo de entrada superiores a los de los hombres.
- Los problemas mentales y psicológicos son los responsables de entre una cuarta parte y un tercio de los niveles de perceptores de prestaciones por discapacidad, y de una parte considerable del aumento de estos niveles.
- Los índices de solicitudes de prestaciones difieren menos de un país a otro que los índices del flujo de entrada. Los índices de denegaciones de prestaciones son mayores en los países con flujos de entrada más bajos, los índices de apelaciones con éxito contra la denegación de las prestaciones tienden a ser más altos en países con índices de denegación bajos.
- Una considerable distinción por edades es evidente en los programas de prestaciones por discapacidad. En muchos países, las indemnizaciones de las prestaciones por discapacidad se concentran excesivamente entre las personas mayores de 50 años. Sin embargo, si se tiene en cuenta la sesgada estructura por edades de la prevalencia de la discapacidad en la población, resulta que algunos países tienen unos índices de flujo de entrada en las prestaciones particularmente altos entre las personas con discapacidad más jóvenes.
- Si comparamos los diferentes países, hay pocas pruebas de que un desempleo elevado o en aumento conduzca a unos índices de perceptores de prestaciones por discapacidad altos o en aumento. Al mismo tiempo, hay determinados indicios de que un acceso estricto a las prestaciones por discapacidad tiene como resultado mayores niveles de desempleo.
- No existen pruebas de la posibilidad de intercambio de los programas entre las prestaciones por jubilación anticipada y las prestaciones por discapacidad. Por el contrario, los países en los que el sistema de discapacidad es utilizado predominantemente por los trabajadores de más edad tienden a ser países con gran cantidad de personas en los programas de jubilación anticipada.



CAPÍTULO 5

Retos de las políticas de integración

Resumen: En el Capítulo 5 se analizan los enfoques de las políticas de integración y las obligaciones de los empresarios que resultan de ellas, entre las que se incluyen la distinción por edades en los programas de formación, rehabilitación y empleo y los nuevos avances de la política en materia de discapacidad orientada al empleo. Las características políticas concretas de cada país con respecto al enfoque del fomento del empleo se encuentran en el Anexo 4.



► 5.1. Marco legal para el fomento del empleo

Hay varios problemas implicados en la (re)integración de las personas con discapacidad en el mercado laboral, y hay pocas evidencias de que diferentes medidas políticas tengan un fuerte impacto en los resultados.

El enfoque legislativo para fomentar el empleo de las personas con discapacidad es quizás el punto más intensamente debatido en el contexto de las políticas en materia de discapacidad. Durante la década de 1990, con la introducción de la legislación antidiscriminatoria en muchos países de la OCDE, este debate se hizo incluso más intenso. La diferencia entre un enfoque basado en los derechos civiles y otro basado en las obligaciones de emplear a personas con una capacidad de trabajo reducida parece grande. Al mismo tiempo, recientes avances sugieren que diferentes enfoques pueden ser menos incompatibles de lo que normalmente se cree.

Legislación antidiscriminatoria

En Australia, los Estados Unidos y el Reino Unido, la política está basada en la legislación antidiscriminatoria, que fue introducida a comienzos de 1990, primero en los Estados Unidos y después en los otros dos países. Toda esta legislación tiene capítulos especiales que prohíben la discriminación contra las personas con discapacidad en todos los aspectos del empleo o del proceso del empleo. Canadá persigue los mismos objetivos tomando como base sus leyes provinciales y nacionales sobre los derechos humanos.

La legislación antidiscriminatoria obliga a los empresarios a emplear a las personas con discapacidad que cumplen los requisitos laborales en su puesto de trabajo, a menos que esto supusiera costes o dificultades excesivas (véase el Cuadro A4.1 del Anexo 4). Existen diferencias en cuanto a la categoría de las personas a las que se aplica la ley, la definición del término dificultades excesivas, y las consecuencias del incumplimiento de la ley.

Durante los últimos años, varios países europeos han adoptado también más leyes generales antidiscriminatorias (por ejemplo, Suecia en 1999, Noruega en 2001, Alemania en 2002), pero estas leyes han sido redactadas para complementar las normas existentes y no para establecer una nueva base política en lo referente al empleo de las personas con discapacidad. Otros países han introducido una cláusula general antidiscriminatoria en su constitución (por ejemplo, Austria en 1997, Suiza en 1999), aunque tales instrumentos tienen básicamente una importancia simbólica y, sin embargo, otros países han adoptado disposiciones antidiscriminatorias en otras partes de su legislación (por ejemplo, España en 1994).

Cuotas de empleo

En más de un tercio de los países, las políticas se basan en una cuota de empleo obligatoria, incluida normalmente en una ley especial sobre el empleo o el fomento del empleo de las personas con discapacidad¹.

¹ Obsérvese que en algunos de los países en los que se ha introducido una cuota sólo muy recientemente, como España, la política, de hecho, incluye muchos elementos diferentes procedentes de diferentes enfoques.

Según tales normas, los empresarios están obligados a tener un cierto porcentaje de personas con discapacidad entre su personal; el 7% de la fuerza laboral en Italia, el 6% en Francia y Polonia, el 5% en Alemania, el 4% en Austria, el 3% en Turquía y el 2% en Corea y España (véase el Cuadro A4.2 del Anexo 4). Sólo las personas con discapacidad registrada que cumplen los criterios de elegibilidad cuentan para la cuota². En todos los países estas cuotas se relacionan tanto con el sector público como con el sector privado, pero sólo se aplican a empresarios con un cierto número de empleados; el mínimo es de 300 empleados en Corea, 50 empleados en España y Turquía, y de 15 a 25 empleados en otras partes. Algunos países permiten el doble e, incluso, el triple de personas con discapacidad grave.

El cumplimiento de la cuota puede parecer bajo, y fluctúa alrededor del 50 al 70% en la mayoría de los países, con niveles muchos más bajos de cumplimiento en Polonia y España (y una falta total de datos en Italia y Turquía). Por otra parte, en todos estos países, se considera que la cuota obligatoria es un importante elemento político que goza de éxito.

Aparte de estos países, otros cuatro países tienen o han tenido ciertas normas en lo que se refiere a cuotas. Bélgica tiene una cuota del 2 al 2,5% para el sector público (con alto cumplimiento), y Portugal ha introducido recientemente una cuota del 5% para el nuevo reclutamiento en el sector público. En el Reino Unido, la cuota introducida durante la década de 1940 fue abolida en 1996 después de un rápido declive del cumplimiento de las cuotas. En Holanda, existe una autorización legal que impone un sistema de cuotas como última solución cuando todas las demás medidas resultan inadecuadas.

Otros enfoques

La legislación laboral general o del entorno de trabajo es importante en otros países. Esto es particularmente cierto para Suecia y Noruega, pero también para España, Bélgica y, más recientemente, también para Holanda. Tal legislación regula las responsabilidades de los empresarios, que pueden, por ejemplo, excluir la discriminación de los contratos o incluir una obligación referente a la adaptación del lugar de trabajo para fomentar la rehabilitación de un empleado con discapacidad.

Por último, en algunos países la política se basa, en gran parte, en la acción voluntaria y en la información, de forma más concreta en Dinamarca, y residualmente en otras partes. Un enfoque de esa clase puede abarcar desde campañas regulares de concienciación en cuanto a la homologación de los empresarios que desarrollen buenas prácticas, tal vez incluyendo la denominación y culpabilidad de las malas prácticas, hasta esfuerzos por aumentar el uso de los instrumentos de incentivación (por ejemplo, las subvenciones para el acondicionamiento del lugar de trabajo). Dinamarca ha consolidado su enfoque mediante la introducción de dos principios básicos, que también son una respuesta al movimiento antidiscriminatorio: el principio de indemnización, según el cual la sociedad tiene que indemnizar a las personas con discapacidad para posibilitar el uso de sus capacidades, y el principio de responsabilidad del sector, que hace responsable a cada sector de la sociedad de sus propios asuntos.

Derechos, incentivos y obligaciones

El enfoque legislativo subyacente que tiende a fomentar el empleo de las personas con discapacidad parece de mucha menor importancia para los resultados políticos en lo que respecta al aumento o a la seguridad del empleo para los diferentes subgrupos de esa población. Tanto si se basa el enfoque en los derechos (las leyes antidiscriminatorias), como en las obligaciones (las cuotas) o en los incentivos (la acción voluntaria),

² Es interesante observar que todos los países con un sistema de cuotas han establecido un sistema de registro de las personas con discapacidad. Esto es interesante, porque tal registro es independiente de la situación laboral real (véase la discusión en el capítulo final de este informe). Aunque este sistema de registro sólo se usa, en principio, para determinar la elegibilidad de la norma de la cuota (que a veces está vinculada a la mejor protección contra el despido), puede o podría determinar también el derecho a otras prestaciones o servicios. Obsérvese, además, que los sistemas públicos de prestaciones por discapacidad usan siempre su propia definición de discapacidad.

quienes reciben protección son, predominantemente, los empleados con una condición discapacitante. Es difícil para el solicitante de un trabajo establecer legalmente que se le ha rehusado un empleo por razones de discapacidad, a pesar de la igualdad de cualificaciones. De modo similar, la experiencia de los países con cuotas muestra que los empleados que se ven afectados por una discapacidad y que, en consecuencia, son idóneos para entrar en las cuotas, es más probable que sigan en un trabajo, aunque los sistemas de cuotas ofrecen pocos incentivos para emplear a un solicitante de trabajo con discapacidad. Este es también el razonamiento en favor de que los sistemas fomenten la acción voluntaria, y de que las normas se dirijan directamente al empresario.

En particular, la elección entre legislación antidiscriminatoria y una cuota de empleo obligatoria parece que se basa principalmente en diferencias culturales, actitudes y experiencias. En los países escandinavos y en los de habla inglesa, las políticas obligatorias de arriba abajo no se consideran apropiadas o efectivas. Por el contrario, en otras regiones de la OCDE, tales como la Europa Central, Occidental y del Sur, así como en Corea y Japón, tales políticas están bien establecidas. Aunque estas políticas se consideran, a veces, diametralmente opuestas, parece más bien que son sustitutas y –en el mejor de los casos– hasta complementarias. Una diferencia importante es que las políticas de cuotas tienden a destacar la diferencia y la incapacidad más que la capacidad, lo que explica, en parte, por qué algunos países con cuotas también han introducido recientemente nuevos elementos de la política antidiscriminatoria.

► 5.2. Obligaciones de los empresarios

Creación y conservación del empleo

Las políticas basadas en cuotas de empleo obligatorias pueden adaptarse a las principales obligaciones de los empresarios (por ejemplo, Italia y, en menor grado, Alemania) o sólo a las menos importantes (por ejemplo, Corea, Turquía y, en alguna medida, Austria) (Cuadro 5.1) Las disposiciones especiales de empleo en la legislación antidiscriminatoria pueden ocasionar obligaciones superiores a la media para el empresario, y habitualmente incluyen el requisito de ajustar el equipamiento, hacer accesibles las instalaciones y modificar los programas de trabajo.

Además de la magnitud nominal de las obligaciones, dos elementos políticos son importantes para determinar el nivel real de obligaciones de los empresarios: si hay sanciones apropiadas para los empresarios que no cumplen sus obligaciones, y si hay instrumentos adecuados para aplicar estas sanciones. La existencia de estos dos elementos constituye la garantía de que las medidas antidiscriminatorias o las cuotas de empleo obligatorias forzarán a los empresarios a asumir sus responsabilidades.

El último grado de obligación del empresario en la legislación antidiscriminatoria depende por completo de la interpretación de las dificultades excesivas, las cuales, a su vez, dependen del tamaño y de la situación económica de la empresa y del conjunto de sanciones usadas. Las sanciones suelen ser pagos o multas, pero también pueden incluir elementos no financieros tales como, en el caso de los Estados Unidos, acondicionamientos, reincorporaciones y ofertas de trabajo (véase la primera columna del Cuadro A4.3 del Anexo 4). En la práctica, la principal dificultad surge del hecho de que demandar a un empresario, o a un potencial empresario, es un obstáculo considerable en la mayoría de las culturas. Incluso en los Estados Unidos, se presentan relativamente pocos casos legales.

Para los sistemas de cuotas, la aplicación es una función del nivel de las cuotas y, de nuevo, la medida de las sanciones al empresario. Empíricamente, lo anterior abarca desde la ausencia práctica de sanciones en España, a sanciones bajas –lo que equivale, de hecho, a un impuesto extra sobre las nóminas del orden del 0,5%, aproximadamente – en la mayoría de países, y sanciones relativamente altas en sólo dos países, Italia

Cuadro 5.1. Marco legislativo y grado de responsabilidad de los empresarios

		Legislación que determina el marco			
		Convincente legislación antidiscriminatoria	Cuota de empleo obligatoria	Legislación sobre las obligaciones de los empresarios	Política basadas en la voluntariedad
Grado de responsabilidad de los empresarios	Principales obligaciones de los empresarios	Australia Canadá Reino Unido	(Alemania) ^a Italia	Suecia	--
	Algunas, pero menos, para los nuevos solicitantes	Estados Unidos	(Austria) ^a Francia (Alemania) ^a Polonia España	Holanda Noruega	Dinamarca
	Sólo pocas obligaciones de los empresarios	--	(Austria) ^a Corea Turquía	Bélgica	México Portugal Suiza

a) La clasificación de Austria y de Alemania con respecto a las obligaciones de los empresarios están situadas en dos grupos.
Fuente: Base de datos de la OCDE relativos a los programas para las personas con discapacidad, véase el Cuadro A1.2 del Anexo I.

y Polonia.³ En Italia, las sanciones por incumplimiento son considerables (hasta diez veces más altas que en otras partes) e incluso más, como se han introducido recientemente para la falta de declaración, aunque esto ha sido mitigado por una norma según la cual sólo un “candidato apropiado” no puede ser rechazado.⁴ En Polonia, las multas son casi cuatro veces más altas que en los demás países de cuotas, pero de nuevo estas sanciones sólo se han introducido hace poco tiempo. Sin una aplicación real, un sistema de cuotas es un incentivo para emplear a las personas con discapacidad que están registradas, o para conservar a las personas que se han vuelto discapacitadas, pero sin representar automáticamente ningún tipo de obligaciones para los empresarios.⁵

Las diferencias en la medida de la aplicación de las obligaciones de los empresarios tienen un impacto mucho mayor que las diferencias de enfoque entre la legislación antidiscriminatoria o las cuotas de empleo obligatorias. La ausencia de sanciones y la falta de instrumentos para aplicarlas suelen estar en el núcleo del problema. Por esta razón, sistemas como el sueco, con obligaciones específicas de los empresarios en diferentes leyes, tanto hacia los empleados actuales como a los nuevos solicitantes de trabajo, y la relativamente rígida aplicación de esas responsabilidades, parecen más efectivos.

Las políticas basadas en el cumplimiento voluntario de los empresarios no van dirigidas a crear obligaciones. Tales políticas necesitan proporcionar una ayuda técnica y financiera particularmente fuerte para que el acondicionamiento del lugar de trabajo tenga éxito, aunque una ayuda similar es igualmente útil en combinación con otras políticas de promoción del empleo.

³ En España se prevén medidas disciplinarias, pero nunca han sido promulgadas, aunque el incumplimiento de las cuotas se considera como una infracción grave. Recientemente, se han introducido más controles a través de la obligación de informar del número de empleados con discapacidad, con una verificación sistemática llevada a cabo por los organismos de inspección laboral. Además, las empresas que cumplen con las cuotas disfrutaban de un tratamiento preferente en los contratos con la administración pública.

⁴ Aunque las estadísticas sobre el resultado y la eficacia de la nueva ley, promulgada en el año 2000, no están disponibles todavía, las pruebas de que se tiene conocimiento indican que es fácil demostrar que no puede encontrarse ningún “candidato apropiado”.

⁵ Gran parte del éxito de los sistemas de cuotas resulta del hecho de que las penalizaciones a los empresarios o los impuestos compensatorios se usan directamente para financiar los programas de promoción del empleo, estimulando, por consiguiente, el empleo de las personas con discapacidad en una dirección (por ejemplo, a través de la cuota) o en la otra (por ejemplo, a través de programas de empleo financiados mediante impuestos).

Rehabilitación y compensación por enfermedad

Hay otros dos ámbitos importantes por lo que se refiere a las obligaciones de los empresarios: la rehabilitación profesional y la compensación por enfermedad.

Pocos países tienen una implicación obligatoria de los empresarios en el proceso de rehabilitación. En Holanda y en Suecia, los empresarios teóricamente tienen que enviar un plan de rehabilitación individual a la autoridad responsable de la seguridad social, dentro de las ocho semanas de la enfermedad en Suecia y dentro de las 13 semanas en Holanda. Sin embargo, la mayoría de los empresarios no lo hace, en parte porque no se sienten capaces de juzgar lo que se debe hacer y en parte también porque (prácticamente) no hay sanciones. En otros países, los empleados con discapacidad tienen derecho a ausencias especiales para rehabilitación (Alemania, Polonia, España, Reino Unido). Por lo general, no obstante, los empresarios no están implicados en esta fase del proceso político.

Hacer que los empresarios sean parcialmente responsables del pago continuo del salario en caso de ausencia por enfermedad está motivado por la esperanza de que invertirán en medidas de prevención y conservación. Se han introducido recientemente múltiples obligaciones de los empresarios para la compensación por enfermedad en Holanda (durante un período de un año, aunque varios grupos están exentos) y en el Reino Unido (durante un periodo de 28 semanas, con la devolución en el caso de gastos excepcionales), y éstas siempre han existido en Suiza. En estos países, los empresarios normalmente tienen un seguro privado para cubrir su riesgo⁶.

También se han establecido múltiples obligaciones de los empresarios en este ámbito en Austria (hasta 12 semanas), Alemania (hasta seis semanas), Polonia (35 días) y Bélgica (un mes), en particular porque el reaseguramiento no es posible. En otros países, el empresario sólo está obligado al pago continuo del salario durante una corta ausencia de unas dos semanas (Australia, Dinamarca, Noruega, España y Suecia). En todos los demás países, la compensación por enfermedad está cubierta por el programa del seguro de enfermedad a partir del primer día en adelante (o posiblemente después de uno o más días de espera).

En una perspectiva internacional, no puede determinarse una clara relación entre las obligaciones del empresario con respecto al pago del salario durante los períodos de enfermedad y el número medio resultante de los casos de enfermedad equivalentes a tiempo completo. Sin embargo, las experiencias internas de cada país muestran que inicialmente la conducta ha cambiado de forma extraordinaria en respuesta a los cambios políticos (por ejemplo, a mediados de la década de 1990 en Holanda y a mediados de la de 1980 en el Reino Unido). A largo plazo, sin embargo, la conducta ha revertido gradualmente, al menos en parte.

Un problema que aparece en los diferentes ámbitos políticos es equilibrar el fomento del empleo para las personas con discapacidad que buscan trabajo con la obligación, por parte del empresario, de conservar a los empleados que se ven afectados por una discapacidad. Las normas acerca de la sobreprotección es probable que den lugar a una mayor discriminación contra las personas con discapacidad en el proceso de contratación. Esta es la razón principal de la reciente abolición o derogación de la protección especial contra el despido de las personas con discapacidad en varios países (por ejemplo, Austria, Alemania). De modo similar, el traspaso a los empresarios de gran parte de los costos ocasionados por el absentismo por razones de enfermedad puede fomentar nuevas comprobaciones y métodos para identificar a los solicitantes de empleo amenazados potencialmente por un mayor riesgo de enfermedad.

Dado que las políticas de mantenimiento del empleo pueden actuar en desventaja de las personas con discapacidad que buscan trabajo, es esencial reconocer que los empresarios necesitan ayuda para cumplir sus

⁶ En Suiza esto es obligatorio para la mayoría de los empresarios. Además, la cofinanciación de este tipo de seguros por el empleado es bastante común (hasta el 50% de la prima).

obligaciones. En muchos países, por ejemplo, hay subvenciones disponibles para la adaptación del puesto de trabajo. Tales programas son de particular importancia para las pequeñas empresas. Este problema tan crítico se tratará de nuevo con más detalle en el capítulo final del presente informe.

► 5.3. Rehabilitación y formación profesionales

En muchos casos, la formación y la rehabilitación profesionales pueden ser fundamentales para conseguir o asegurar el empleo. Incluso después de haber terminado el proceso médico de rehabilitación, una persona que se ve afectada por una discapacidad puede no ser capaz de continuar trabajando en la ocupación anterior. Esta persona puede necesitar un asesoramiento y una formación profesionales adicionales, que abarquen desde intervenciones menores, como, por ejemplo, la evaluación de las necesidades iniciales, hasta una formación de varios años (por ejemplo, un plan de estudios universitarios completo)⁷. De modo similar, una persona con discapacidad que intenta entrar en el mercado de trabajo por primera vez puede necesitar una formación profesional adicional en una edad adulta.

Los países tienen enfoques muy diferentes para satisfacer estas necesidades, y existe una gran variedad sobre cómo se producen tales intervenciones (con qué frecuencia, en qué fase del proceso y con cuánta inversión financiera).

Características de los programas

Hay una distinción importante entre los países en los que la participación en tales programas es totalmente voluntaria, y los países en los que puede ser obligatoria antes de que pueda concederse una prestación por discapacidad (véase el Cuadro A4.4 del Anexo 4). En algunos países, la solicitud de una prestación se trata automáticamente como una petición de rehabilitación profesional; este principio de “la rehabilitación precede a la pensión” se aplica en Austria, Dinamarca, España, Suecia y Suiza⁸. El enfoque es semejante en Alemania, Noruega y Polonia, aunque el grado de coacción está ligeramente mitigado⁹.

En Austria (para las personas con discapacidad en la población activa) así como en Francia, Alemania y Polonia (para todas las personas con discapacidad sin restricción), la rehabilitación profesional es un derecho, mientras que en los Estados Unidos –ejemplo de un país con un programa voluntario– esto está restringido al derecho a enviar una solicitud.

En todos los países, la elegibilidad va unida al potencial de ganancia del programa, normalmente definido como la perspectiva de que se pueda realizar otro trabajo. En los sistemas de rehabilitación obligatoria, esta perspectiva puede estar restringida a los trabajos adaptados a las cualificaciones de la persona (como en Austria, España y, en alguna medida, también en Suiza), o podrían incluir trabajos “inferiores” (Dinamarca, Suecia).

El derecho adquirido puede estar restringido a las personas que tienen derecho o que potencialmente tienen derecho a las prestaciones por discapacidad (por ejemplo, en Austria), o puede implicar un proceso de evaluación separado independiente de la obtención de prestaciones y, de esta forma, ser accesible a todo el

⁷ La importancia y la necesidad de la intervención profesional dependen también de requisitos legales para aceptar otros trabajos -y en particular trabajos menos considerados y menos pagados- (véase más adelante en este tema).

⁸ En Dinamarca, la posibilidad de solicitar una prestación por discapacidad ha sido abolida formalmente. Más bien, una persona con discapacidad tendría que dirigirse al organismo responsable en la municipalidad, que deberá decidir entonces qué tipo de intervención (trabajo subvencionado, empleo protegido, rehabilitación profesional) o prestación parece ser la más apropiada.

⁹ En Alemania, la ley dice que se requiere el acuerdo de la persona con discapacidad, y en Noruega la formulación es que se debe intentar la rehabilitación antes de conceder ninguna prestación. La situación en Polonia es semejante (el principio está incluido en la legislación, y dice que debe tenerse en cuenta la conveniencia del reciclaje profesional). Más aún, obsérvese que en el caso de los accidentes de trabajo está más ampliamente extendida la rehabilitación profesional obligatoria.

mundo (como en Dinamarca, Francia, Portugal y Suiza). En algunos países, se considera que las personas con discapacidad moderada no necesitan ninguna rehabilitación profesional especial. En Australia, por ejemplo, los programas de rehabilitación profesional especial y de ayuda al empleo están restringidos a las personas con una discapacidad más grave (es decir, con una puntuación de 50 puntos en los baremos de aptitud para el trabajo), mientras que las personas con discapacidad moderada son enviadas a programas de integración. En los Estados Unidos, la rehabilitación profesional especial se dirige cada vez más a las personas con discapacidad grave sin ninguna experiencia laboral.

Un tema de gran importancia es el momento de la intervención profesional. Incluso si la necesidad de intervención se muestra evidente en una fase precoz del proceso de la enfermedad, las medidas profesionales deberían introducirse normalmente en una fase mucho más avanzada. En algunos países, principalmente en Suecia y Alemania, la intervención profesional tiene un inicio precoz y se pone en práctica con prontitud (Cuadro 5.2) En Alemania, por ejemplo, las autoridades responsables del seguro sanitario tienen que verificar la necesidad de la rehabilitación profesional antes de, durante y después del proceso de rehabilitación médica. En un número mayor de países, la rehabilitación profesional sólo se inicia después de estabilizarse la condición médica de la persona, y raramente en el primer año después de haber comenzado la condición discapacitante, lo que suele ser demasiado tarde. Esto se puede atribuir, en parte, a una falta de acceso a la información necesaria en una fase precoz, debida, con frecuencia, a que las autoridades responsables de la rehabilitación profesional no están en contacto con los responsables de la recuperación médica.

Cuadro 5.2. Orientación y momento de la rehabilitación y formación profesionales

		Orientación de la rehabilitación profesional		
		(Casi) obligatorio	Enfoque intermedio	Enteramente voluntario
Momento de la rehabilitación profesional	Cualquier momento posible (también muy precoz)	(Austria) ^a (Dinamarca) ^a Alemania (España) ^a Suecia	--	--
	Intervención no muy precoz	(Austria) ^a Noruega (España) ^a Suiza	Bélgica Holanda Polonia	Australia Francia Italia Corea Reino Unido
	Únicamente después de una enfermedad de larga duración	--	Turquía	Canadá México Portugal Estados Unidos

a) Obsérvese que Austria, Dinamarca y España están situadas en dos grupos de clasificación del momento.

Fuente: Base de datos de la OCDE relativos a los programas para las personas con discapacidad, véase el Cuadro A1.2 del Anexo 1.

Hay diferentes formas de financiar las medidas profesionales. En muchos países, la rehabilitación profesional la financia en parte la seguridad social y en parte las autoridades responsables del mercado de trabajo para las personas que no están cubiertas por el seguro de discapacidad (Austria, Alemania, España y los Estados Unidos). En otro grupo de países, tales medidas se financian totalmente con ingresos del Gobierno (Australia, Polonia y Noruega). Un tercer grupo está formado por los países donde la autoridad que concede las prestaciones sólo tiene la responsabilidad de cubrir los costes de las intervenciones profesionales (la municipalidad en Dinamarca y el seguro de invalidez en Suiza).

En países con más de una autoridad responsable, la coordinación de los servicios es un tema muy importante. En Austria, por poner un ejemplo, no hay casi coordinación entre las autoridades responsables del seguro de pensiones, del seguro de accidentes laborales, las autoridades responsables del mercado de trabajo y las autoridades regionales. En Alemania, por el contrario, la autoridad federal del mercado laboral es la responsable de coordinar el proceso de intervención, y la legislación reciente es favorable a integrar aún más el proceso.

Algunas veces son las autoridades estatales las que proporcionan servicios de rehabilitación, tales como los centros especializados en rehabilitación profesional en Francia o los institutos especiales de empleo en Suecia. En otros países, ofrecen sus servicios los proveedores privados competidores (por ejemplo, en Australia, los Estados Unidos y Holanda, donde actualmente se está creando esta estructura). Con todo, otro grupo de países, entre los que se incluyen Austria, Alemania, Portugal y España, utilizan una combinación de servicios de proveedores privados y públicos. En estos países, las autoridades responsables del seguro disponen normalmente de sus propios centros de rehabilitación, pero subcontratan los servicios que necesitan siempre que éstos sea más adecuados.

La aseguración de la calidad se está convirtiendo en un problema, en particular, pero no sólo en los países donde las autoridades reembolsan a los proveedores privados. En Australia, por ejemplo, las leyes de calidad se controlan a través de objetivos de rendimiento predefinidos y de diferentes requisitos de presentación de informes. En los Estados Unidos, se han introducido recientemente nuevas formas de servicios dirigidos a los consumidores (cuentas individuales de formación, bonos del programa “pasaporte al empleo”) a través de los cuales el cliente puede elegir y contratar con un proveedor aprobado. En ambos países, se han introducido nuevos procedimientos de financiación basados en resultados.

Participación y resultados

Entre los sistemas de protección social más desarrollados, sólo en Dinamarca y Noruega hay cada año más personas siguiendo programas de formación y rehabilitación profesionales que personas a las que se les concede una prestación por discapacidad, aunque los datos no indican la proporción de personas a las que últimamente se les ha concedido una prestación que previamente han recibido medidas de carácter profesional (Gráfico 5.1)¹⁰. El ratio sólo es ligeramente más bajo en Corea; aunque esto se explica, en parte, por el bajo nivel actual de los que tienen derecho a prestaciones por discapacidad, también se subraya que Corea está aplicando una política en materia de discapacidad con un equilibrio entre los elementos compensatorios y los de integración.

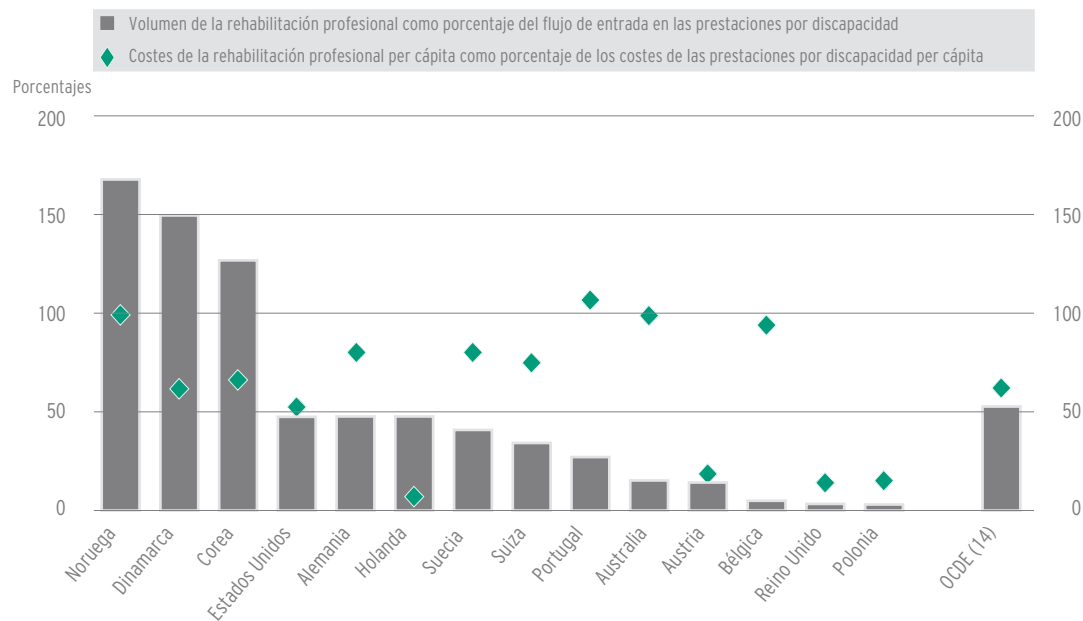
En otros países, el número de personas que siguen programas de rehabilitación profesional representa cerca del 50% del flujo de entrada anual en las prestaciones por discapacidad. Estos países son Alemania, Suecia y, muy recientemente, Holanda, y también los Estados Unidos¹¹. A continuación, están Suiza, Portugal, Australia y Austria con alrededor del 20 al 30%¹². En la mitad de los países, por el contrario, el número es inferior al 5% del flujo de entrada anual en las prestaciones por discapacidad. En líneas generales, estas cifras reflejan la obligatoriedad o voluntariedad del sistema de rehabilitación establecido, aunque la cifra es también alta en Corea, Holanda y los Estados Unidos, tres países con un programa voluntario¹³.

¹⁰ Obsérvese que la cifra de Dinamarca ha aumentado del 70 % en 1995 al 150 % en 1999.

¹¹ Obsérvese que la cifra de Suecia se ha reducido del 90 % en 1995 al 40 % en 1999, lo que supone una reducción en un grado desconocido explicada por la integración hasta la fecha de los servicios especializados.

¹² La cifra de Austria está considerablemente infravalorada, porque sólo incluye los programas de rehabilitación profesional ofrecidos por el sistema del seguro de jubilación. La cifra correcta es probablemente al menos dos veces más alta, quizás semejante al nivel de Suiza (de aquí que estaría en el mismo grupo de países).

¹³ La cifra de Holanda parece alta, porque tales programas sólo se han introducido muy recientemente. Los datos de los Estados Unidos muestran una equivalencia restringida, dado que la mayoría de las personas en programas de rehabilitación son personas con discapacidad grave que no tienen derecho a las prestaciones por discapacidad.

GRÁFICO 5.1. SE CONCEDE UNA PRESTACIÓN POR DISCAPACIDAD A MÁS PERSONAS DE LAS QUE RECIBEN SERVICIOS DE REHABILITACIÓN PROFESIONAL
**Volumen de la rehabilitación profesional como ratio de los flujos de entrada en las prestaciones por discapacidad^a
Porcentajes, 1999**


Nota: Los países se clasifican en orden decreciente del ratio de la rehabilitación profesional con respecto al flujo de entrada en las prestaciones.

a) Prestaciones por discapacidad contributivas, excepto el sistema de discapacidad no contributivo para Australia y Dinamarca.

Fuente: Base de datos de la OCDE relativas a los programas para las personas con discapacidad, véase el Cuadro A1.2 del Anexo I.

Los gastos *per cápita* para las personas en servicios de rehabilitación son tan importantes para la evaluación del programa como la cantidad de personas que reciben los servicios. Lamentablemente, es difícil encontrar datos equiparables. Las estadísticas nacionales sobre la rehabilitación profesional pueden incluir los costes no sólo de los servicios, sino también de las prestaciones especiales pagadas durante este proceso. Aparecerán diferencias entre los países en los que todas o la mayoría de las personas en proceso de rehabilitación reciben prestaciones por discapacidad o por enfermedad (en cuyo caso los datos de los gastos sólo se refieren a los costes de los servicios) y aquellos otros países en los que todas o la mayoría de tales personas reciben una prestación o subvención especial de rehabilitación, cuyos costes son totalmente cubiertos en las estadísticas. La corrección de estas diferencias, que se intenta a continuación, requiere una aproximación de la distribución de las personas en proceso de rehabilitación por el tipo de prestación recibida.

Los países en los que la mayoría de las personas en proceso de rehabilitación, si no todas, reciben una prestación o subvención especial durante la fase de rehabilitación comprenden Dinamarca, Francia, Alemania, Corea, Polonia, Portugal, Suecia y Suiza. En algunos de estos países se han establecido incentivos para participar en los programas de rehabilitación a través de un mayor nivel de esta prestación. En Francia, por ejemplo, esta prestación es el 100% del último salario (hasta un techo) o el 30% de ese techo para las personas que anteriormente no tenían ningún empleo. En Portugal, se recibe una subvención especial fija del 70% del sueldo mínimo además de cualquier otra prestación.

Se pueden identificar dos grupos de países (gráfico 5.1): los países en los que los gastos por persona en proceso de rehabilitación son pequeños en comparación con el coste *per cápita* de una prestación por discapacidad –en particular, Holanda y también Polonia, el Reino Unido y, sorprendentemente, Austria–; y los países en los que los costes de rehabilitación por término medio están entre el 60 y el 100% de una prestación

media por discapacidad. Algunos países con prestaciones por discapacidad relativamente bajas (Australia y Portugal) parecen tener gastos relativamente altos de rehabilitación, pero esto es debido al denominador usado en este indicador. Estos datos muestran también que en Holanda –sólo un año después de la introducción de la nueva ley de rehabilitación, en 1998– una gran cantidad de personas han recibido ya servicios, pero sólo a una escala muy baja *per cápita*.

Los datos sugieren que incluso los costes medios más altos *per cápita* serán rentables a medio plazo en el caso de que la intervención profesional tenga como resultado la reintegración con éxito en el mercado de trabajo. Sin embargo, es de lamentar que la información sobre la eficacia de la rehabilitación profesional sea escasa y, con frecuencia, incompleta. Raramente se hace un seguimiento de las personas durante años para determinar los efectos a más largo plazo. Y cualquier efecto debe considerarse siempre en relación con la proporción de solicitantes potenciales de prestaciones que reciben tales servicios. Además, la confusión en el proceso de selección de las personas en proceso de rehabilitación –bastante común según las pruebas de las que se tiene conocimiento– es probable que proporcione superficialmente resultados satisfactorios. Además, la razón por la que la evaluación de las medidas de rehabilitación es tan difícil es que los criterios de comparación son difíciles de crear. Siempre hay una proporción considerable de personas con problemas de salud a más largo plazo que no necesitan ninguna intervención profesional. Normalmente, suelen ser personas con problemas menos graves que tienen una gran tendencia a volver a su centro de trabajo anterior en algún momento, muy probablemente una tendencia más alta que la mayoría de las personas que alguna vez han pasado por medidas profesionales.

► 5.4. Programas especiales de empleo

Además de los servicios de formación y rehabilitación profesional, a las personas con discapacidad se les puede ayudar a trabajar a través de toda una gama de programas de empleo, que van desde el empleo especial protegido y por lo general segregado hasta diferentes formas de ayuda en el mercado laboral ordinario. Tales programas y servicios son particularmente importantes para el fomento del empleo de las personas con discapacidad que nunca han trabajado o que nunca han tenido ningún tipo de relación con un empresario sobre el cual basarse.

Empleo subvencionado

Una posibilidad es subvencionar a los empresarios para que empleen a las personas con discapacidad mediante la compensación de parte de los costes laborales (salarios y/o aportaciones a la seguridad social)¹⁴. Varios países tienen una proporción considerable de su población en edad laboral en tales programas, en particular Suecia (con casi el 11 por 1.000) y Francia (con más del 6 por 1.000), y también Austria, Dinamarca y Noruega, países todos ellos con índices de empleo bastante altos entre las personas con discapacidad de media edad en edad laboral (Cuadro 5.3, segunda columna).

En Austria, Noruega y Suecia tales subvenciones pueden ser muy altas (de hasta los costes salariales completos tanto en Noruega como en Austria) y se están reduciendo progresivamente en un período de pocos años. Suecia tiene un sistema flexible en el que el nivel de la subvención varía con el grado de reducción de la capacidad para el trabajo y con los respectivos cambios con el paso del tiempo (véase también el Cuadro A4.5 del Anexo 4). Además, esta subvención puede interrumpirse si se acepta un trabajo no subvencionado y puede reanudarse dentro de tres años. Bélgica, Dinamarca, Francia y Corea son los únicos países que ofrecen subvenciones de salarios permanentes o renovables repetidas veces, aunque generalmente en un nivel

¹⁴ Las deducciones de impuestos podrían caer también en esta categoría, pero sobre ello no se dispone de datos equiparables.

más bajo de subvenciones (50% de los costes salariales en el sistema belga, regulados a través de contratos colectivos). En Dinamarca, la subvención está relacionada con el salario mínimo y se paga en tres niveles conforme a la reducción de la capacidad para el trabajo (sistema de empleo flexible)¹⁵. Corea es otro caso interesante donde, de acuerdo con el cuota de empleo recientemente introducido, también se ha reestructurado el sistema de subvención existente: en lugar de subvencionar el empleo de todos los trabajadores con discapacidad registrados durante un periodo de tres años, sólo se subvenciona el empleo que supera la cuota obligatoria, pero entonces con una duración ilimitada. La subvención mínima supone el 100% del sueldo mínimo, complementado por otro 50% si la discapacidad es grave y con otro 25% si el perceptor es una mujer.

Cuadro 5.3. Gran variación en la orientación y el tipo de los programas de empleo

<i>Personas en los programas especiales de empleo para las personas con discapacidad por mil de la población, 1999</i>				
	Todos los programas de empleo	Empleo subvencionado	Empleo con apoyo	Empleo protegido
Australia	3,4	0,2	1,6	1,5
Austria	7,0	3,6	0,7	2,7
Bélgica	3,6	0,7	0,0	2,9
Dinamarca	5,9	3,0	0,6	2,4
Francia	9,5	6,3	b	3,2
Alemania	4,1	0,2	0,6	3,3
Italia	0,8	0,3	b	0,6
Corea	0,3	0,1	0,0	0,2
Holanda	9,2	b	a	9,2
Noruega	7,2	2,4	0,5	4,3
Polonia	12,1	2,0	x	10,1
Portugal	0,2	0,1	x	0,1
España	1,2	0,6	x	0,6
Suecia	16,2	10,8	0,2	5,2
Suiza	5,6	x	x	5,6
Reino Unido	1,2	0,5	0,7	a
Estados Unidos	1,1	b	1,1	a
OCDE (17)	5,2	-	-	-

x Ningún programa de este tipo hasta el presente;
 - No aplicable.
 a) Programa importante, no hay datos disponibles.
 b) Programa de menor importancia, no hay datos disponibles.

Fuente: Base de datos de la OCDE relativos a los programas para las personas con discapacidad, véase el Cuadro A1.2 del Anexo I.

Empleo con apoyo

Junto con la mayoría de las subvenciones al empleo establecidas, recientemente se han introducido múltiples programas de empleo con apoyo, tales como diferentes tipos de sistemas que ofrecen amplio apoyo en el centro de trabajo a través de preparadores laborales individuales, que pueden ser empleados por el empresario o por la comunidad. Más (o cerca de) de una persona de cada mil en edad laboral puede encontrarse normalmente en tales programas (Cuadro 5.3, tercera columna) en un tercio de todos los países analizados (Australia, Austria, Dinamarca, Alemania, Noruega, el Reino Unido y los Estados Unidos).

Al igual que las subvenciones salariales, tal apoyo personal intensivo se reduce progresivamente con el paso del tiempo en la mayoría de los países. Dinamarca es el único país que ofrece un considerable apoyo personal –de hasta 20 horas por semana para un trabajo a tiempo completo de 37 horas– con una duración

¹⁵ A partir de 2003, este sistema de empleo flexible se ha extendido considerablemente y con el tiempo reemplazará al actual sistema de prestaciones por discapacidad en lo referente a la capacidad para el trabajo parcialmente reducida.

ilimitada (véase también el Cuadro A4.6 del Anexo 4). Australia, Alemania, Noruega, el Reino Unido y los Estados Unidos (aunque, en este último país, dependiendo del programa y del estado) ofrecen algún tipo de ayuda continua o de ayuda de acompañamiento para las personas con discapacidad grave. En Austria también se ha desarrollado un programa completo de asesoramiento profesional con el propósito de obtener un trabajo en el mercado laboral abierto y asegurar el empleo a través de la mediación. Alemania es el único país que ha introducido recientemente el derecho al apoyo, lo que implica ayuda en el trabajo durante un periodo de hasta tres años (financiado por las autoridades responsables de la rehabilitación).

Empleo protegido

La mayoría de los países de la OCDE ofrecen empleo especial en un entorno protegido, tanto en talleres protegidos como en centros especiales o en sectores protegidos en empresas normales. Holanda y Polonia son los dos países que han avanzado más en el desarrollo de empleo segregado en un mercado de trabajo protegido. Ambos países proporcionan este tipo de empleo a casi el 1% de la población en edad laboral (Cuadro 5.3, última columna). A la par con valores muy altos de perceptores de prestaciones por discapacidad, esta práctica da como resultado la segregación particular de las personas con discapacidades en estos dos países. El empleo protegido está también extendido, con casi el 5 por 1.000 en Suiza, Suecia y Noruega, seguido por el 3 por 1.000 en Austria, Bélgica, Francia y Alemania. En la mayoría de los países, una parte muy importante de las personas con empleo protegido son personas con discapacidad grave con enfermedades mentales, que con frecuencia implican discapacidades de aprendizaje congénitas.

Aunque el empleo protegido se considera cada vez más inapropiado para una gran cantidad de personas con discapacidad y la mayoría de los países preferirían reemplazarlo por iniciativas del tipo de empleo con apoyo, en la práctica no hay signos de ningún recorte importante todavía. En varios países se han llevado a cabo intentos para hacer que el sector protegido sea más empresarial y competitivo, con la esperanza de aumentar las oportunidades de transición al sector abierto. Holanda es un buen ejemplo de esto; en 1998, tuvo lugar un importante programa de reorientación con el objetivo de aumentar la eficacia (por ejemplo, transferir la responsabilidad a los municipios, subvenciones flexibles por persona en lugar de por empresa). En el Reino Unido, se han introducido más recientemente objetivos de progreso con el cambio al programa Workstep. Y en España, por poner un tercer ejemplo, desde 1997 las entidades protegidas tienen una mayor flexibilidad para contratar a sus trabajadores, pueden despedirlos bajo las mismas disposiciones y procedimientos que se aplican a los demás trabajadores, y tienen una mayor flexibilidad con relación al porcentaje de trabajadores sin discapacidades. Hasta ahora, sin embargo, estos intentos de aumentar los índices de transición sólo han tenido éxito en algunos casos. Las empresas del mercado de trabajo noruego con un índice de transición del 30% en el empleo regular son, más bien, una excepción real (véase también el Cuadro A4.7 del Anexo 4).¹⁶

También es digno de tener en cuenta que los niveles salariales en este entorno de trabajo protegido varían considerablemente tanto entre los diferentes países como dentro de ellos, diferencias que van desde los programas que ofrecen una simple remuneración simbólica hasta los trabajos que conceden una seguridad social completa y que pagan el salario mínimo regular específico de cada sector, con frecuencia a través de subvenciones salariales. Francia, con dos tipos de empleo protegido –uno para las personas con más de dos tercios de pérdida de capacidad para el trabajo y otro para las personas con menos– es un buen ejemplo.

Acceso a los programas

En la mayoría de los países con cuotas (Francia, Alemania, Italia, Polonia y España, y en menor grado también Austria, Bélgica y Corea), generalmente se usa una misma definición tanto para la elegibilidad de

¹⁶ En Noruega, el empleo protegido en las empresas del mercado de trabajo está estructurado en tres fases: comprobación de las perspectivas de formación (Fase 1, normalmente mientras se reciben prestaciones por enfermedad), comprobación de las perspectivas de transición (Fase 2) y empleo permanente (Fase 3). Durante la segunda y la tercera fases, se pagan salarios estándar. Al menos el 50 % de los trabajadores protegidos tienen que estar en la fase 2, que no puede durar más de dos años. Alrededor del 30 % hacen la transición desde la fase 2 al mercado de trabajo abierto en lugar de a la fase 3 permanente.

todos los programas de empleo (véase el Cuadro A4.8 del Anexo 4) como para el registro de las plazas de las cuotas de empleo, lo que garantiza, en gran parte, el acceso sistemático a todos los programas. En estos países se usa un procedimiento especial de evaluación de la discapacidad, aunque también pueden optar grupos especiales, como las víctimas de guerra o de accidentes laborales. Para acceder al empleo protegido, con frecuencia tienen que reunirse ciertos requisitos adicionales.

La situación es semejante en varios de los países sin un sistema de cuotas que además requieren algún tipo de registro en calidad de discapacitado profesional o para el trabajo con la autoridad responsable (Holanda, Noruega, Suecia). De nuevo, tal enfoque debe garantizar el acceso adecuado de todas las personas a todo el conjunto de programas disponibles. Existe una variación con respecto al grado en que estos países distinguen el grupo de personas con discapacidad profesional grave que pueden acceder al empleo protegido y quizás también a empleo con apoyo.

Los países de habla inglesa usan una definición especial en su legislación antidiscriminatoria que, sin embargo, no se usa para ningún otro propósito. En todos estos países, los programas de empleo los proporcionan los proveedores de servicios privados competidores o los diferentes estados o provincias, que usan sus propias configuraciones y sus propios criterios de elegibilidad. Por lo tanto, no se dispone de una definición común y de un acceso coherente a todos los programas no necesariamente protegidos. Los potenciales participantes de los programas pueden tener que recurrir a muchos proveedores diferentes antes de ser aceptados.

Por último, en Dinamarca y Portugal se usan definiciones muy diferentes para la elegibilidad de los diferentes programas. Sin embargo, ya que en ambos países existe una autoridad responsable de determinar el acceso a estos programas (los ayuntamientos en Dinamarca, el Instituto para el Empleo y la Formación Profesional en Portugal), este hecho, que parece una falta de coherencia en los criterios de elegibilidad necesarios, no da como resultado restricciones de acceso.

Por consiguiente, y para concluir, la mayoría de los países que no son de habla inglesa han desarrollado una estructura coherente de evaluación y elegibilidad que debe garantizar que las personas con una capacidad de trabajo reducida tengan acceso al programa de empleo más apropiado. Una posible ventaja de los sistemas que se basan principalmente en los proveedores privados competidores es una mayor variedad de programas.

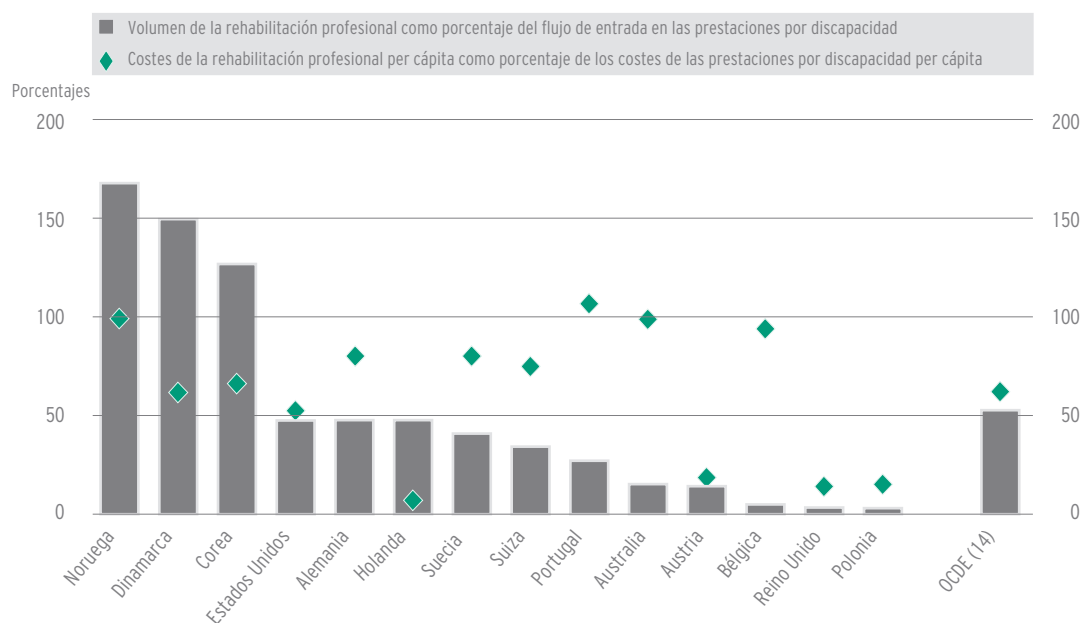
Participantes de los programas

Si comparamos todos los programas especiales de empleo para las personas con discapacidad, Francia, Suecia y Austria son los tres países con mayor número de participantes en programas en relación con el número de personas que perciben prestaciones por discapacidad (del 15 al 20%, véase el Gráfico 5.2). En su inmensa mayoría, estos tres países se centran en las subvenciones al empleo, mientras que los lugares de trabajo protegidos sólo suponen un tercio de los participantes.

Un importante grupo de países tiene cerca de un tercio de su volumen de beneficiarios de prestaciones por discapacidad en los programas especiales de empleo. En la mitad de estos países, la mayoría de las personas, o incluso todas, se encuentran en empleo protegido (Suiza, Holanda, Polonia, Alemania, Bélgica), mientras que la otra mitad usa una combinación más equilibrada de empleo subvencionado y protegido (Corea, Noruega, Dinamarca, Australia). En los países del sur de Europa, e incluso en el Reino Unido y en los Estados Unidos, muy pocas personas se encuentran en los programas especiales de empleo.

Considerando juntos todos los tipos de programas, los costes anuales *per cápita* son normalmente inferiores a la prestación por discapacidad media. En la mitad de los países, esta ratio está alrededor del 40 al 60%, y es incluso más bajo en Austria (Cuadro 5.4). En Alemania, Noruega y el Reino Unido, estos gastos están más cerca del nivel medio de prestaciones por discapacidad, y en Bélgica, Portugal y Suecia cerca de un tercio más alto. Holanda es excepcional por su enormemente caro y extendido programa de empleo protegido.

GRÁFICO 5.2. HAY DIEZ VECES MÁS PERSONAS CON PRESTACIONES QUE EN LOS PROGRAMAS ESPECIALES DE EMPLEO

Volumen de los programas de empleo como porcentaje del volumen sobre las prestaciones por discapacidad^a, 1999

Nota: Los países se clasifican en orden decreciente del volumen de los programas de empleo con respecto al volumen sobre las prestaciones por discapacidad.

a) Prestaciones contributivas, excepto el programa de discapacidad no contributivo para Australia y Dinamarca.

Fuente: Base de datos de la OCDE relativas a los programas para las personas con discapacidad, véase el Cuadro A1.2 del Anexo 1.

El empleo protegido es a veces menos costoso, y a veces más, que el empleo subvencionado. En la mayoría de los países, los costes *per cápita* de los programas de empleo con apoyo no son particularmente altos y, por lo general, son más bajos que los de las subvenciones al empleo. El Reino Unido y, en menor grado, también Dinamarca son excepciones a este respecto.

► 5.5. Distinción por edades en los programas de integración

Al igual que con las políticas de transferencias, la distinción por edades puede producirse también en las políticas relacionadas con el empleo, explicando así, posiblemente, parte del desequilibrio de edad en los programas de transferencias por discapacidad.

Estructuras por edades

Aunque las normas suelen ser neutrales con respecto a la edad, las distribuciones por edades de los participantes en los programas son sumamente sesgadas. Para la rehabilitación profesional, por ejemplo, siete países han proporcionado datos específicos por grupos de edad. La participación de personas con 45 o más años de edad entre los participantes de los programas es sorprendentemente baja dado el hecho de que la gran mayoría de los potenciales participantes está comprendida en este grupo de edad (Cuadro 5.5; obsérvese que la última columna muestra la participación correspondiente en el flujo de entrada en las prestaciones por discapacidad). En Portugal, menos del 5% de todas las personas en rehabilitación profesional están en los 45 años de edad o por encima de ellos; en Suiza y Austria, la proporción es menor del 15%; en Dinamarca, el 20%; en Noruega y los Estados Unidos, el 25%, y en Holanda, alrededor del 30%.

Los datos sobre las estructuras por edades de los participantes en los programas de empleo son escasos, pero también sugieren una considerable distinción por grupo de edad. Los empleados protegidos suelen ser generalmente hombres más jóvenes con una enfermedad mental congénita, como discapacidades de aprendizaje: menos del 25% de los participantes en estos programas tienen 45 o más años de edad, excepto en Noruega, con cerca del 40% (datos disponibles para seis países), y del 50 al 90% de ellos son personas con enfermedades mentales. Los empleados con discapacidad que reciben ayuda y preparación individual son incluso más jóvenes, de los cuales únicamente cerca del 10% tienen 45 o más años de edad (datos sólo disponibles para Australia y Noruega) y también, en su mayoría, son enfermos mentales o están discapacitados intelectualmente. Sin embargo, las personas con empleo subvencionado muestran una estructura por edades más equilibrada, con una mayor proporción de personas de 45 o más años de edad (alrededor del 25% en Noruega y España, pero cerca del 50% en Dinamarca, Francia y Alemania). De aquí que los programas dirigidos a las personas con discapacidad más grave suelen beneficiar, en gran parte, a las personas con discapacidad más jóvenes, aunque este no es el caso en lo que se refiere a las subvenciones salariales¹⁷.

Cuadro 5.4. Gastos elevados por participante en los programas de empleo

<i>Gasto per cápita de los programas de empleo como porcentaje de las prestaciones por discapacidad per cápita, 1999</i>				
Costes relativos per cápita de los programas de empleo:				
	Subvencionado	Con apoyo	Protegido	Los tres sistemas
Australia	43	58	73	63
Austria	26	9	24	24
Bélgica	90	..	146	135
Dinamarca	62	98	44	58
Francia	23	..	102	49
Alemania	128	54	78	78
Italia	39	..	..	39
Corea	57	42	57	57
Holanda	..	..	184	184
Noruega	139	66	67	91
Polonia	153	..	37	56
Portugal	185	..	78	133
España	23	..	72	49
Suecia	120	..	164	135
Suiza	..	..	42	42
Turquía	..	..	..	..
Reino Unido	24	150	..	93
Estados Unidos	..	41	..	41
OCDE (17)	80	65	83	78

.. Datos no disponibles.

Fuente: Base de datos de la OCDE relativos a los programas para las personas con discapacidad, véase el Cuadro A1.2 del Anexo 1.

Valoración de los desequilibrios

El tamaño del desequilibrio de edades en la rehabilitación profesional puede comprenderse mejor comparando, para cada grupo de edad, los flujos de entrada en las prestaciones por discapacidad con el número de personas en rehabilitación profesional. Tomemos Suiza como ejemplo, donde la participación total anual

¹⁷ Todos los programas muestran una estructura semejante en función del género, y alrededor del 35 al 40 % de los participantes son mujeres.

Cuadro 5.5. Pocas personas con discapacidad de 45 o más años de edad en los programas activos

Proporción de personas de 45 o más años de edad entre las personas en los programas de rehabilitación y empleo, porcentajes, 1999

	Rehabilitación profesional	Empleo subvencionado	Empleo con apoyo	Empleo protegido	Para la comparación: proporción en el flujo de entrada en las prestaciones por discapacidad
Australia	..	..	11	20	61
Austria	14	..	..	24	85
Bélgica	..	..	..	19	..
Dinamarca	20	47	..	..	79
Francia	..	55	..	..	85
Alemania	..	51	..	..	85
Holanda	32	..	..	..	46
Noruega	26	30	11	41	74
Portugal	3	..	..	8	89
España	..	24	..	18	84
Suiza	13	..	..	..	69
Estados Unidos	25	..	..	..	69

.. Datos no disponibles.

Fuente: Base de datos de la OCDE relativos a los programas para las personas con discapacidad, véase el Cuadro A1.2 del Anexo 1.

en los servicios de rehabilitación profesional en 1999 era de casi un tercio del flujo de entrada en las prestaciones por discapacidad de ese año (Cuadro 5.6). Entre el grupo de edad comprendida entre los 20 y los 34 años, la ratio de personas en rehabilitación profesional sobre el flujo de entrada en las prestaciones por discapacidad es de 1,66 (es decir, a esta edad hay más personas en programas de rehabilitación profesional que personas a las que se concede una prestación por discapacidad); en el grupo de edad comprendida entre los 35 y los 44 años esta ratio es de 0,47; en el grupo de edad comprendida entre los 45 y los 54 años, es de 0,11; en el grupo de edad comprendida entre los 55 y los 59 años, es de 0,03 (es decir, para cada persona en rehabilitación profesional hay más de 30 personas nuevas con derecho a prestaciones por discapacidad), y en el grupo de edad comprendida entre los 60 y los 64 años, es de 0,004.

Tales cifras parecen reflejar una considerable distinción por edades en el proceso de selección para la rehabilitación profesional. Suiza no es una excepción a este respecto. La estructura es casi idéntica en Austria, y también es semejante, aunque no tan pronunciado, en Dinamarca y Noruega. La estructura es más extrema en Portugal, donde (como en Dinamarca y Noruega), por debajo de los 35 años, el número de personas en programas de rehabilitación es seis veces más alto que el flujo de entrada en las prestaciones por discapacidad, pero, en contraste con los dos países escandinavos, es cero a los 45 o más años de edad.

Con excepción de Holanda, las personas con discapacidad de 45 o más años de edad están prácticamente excluidas en todos los países. Al parecer, se considera que cualesquiera esfuerzos de rehabilitación no serían rentables; a las personas no se les ofrece ningún tipo de medidas profesionales. Esta forma de distinción por edades debe contribuir naturalmente al desequilibrio de edades en los sistemas de transferencia por discapacidad (véase el Cuadro A1.2 del Anexo 1).

Esta observación suscita una serie de problemas. Dada la limitación de los presupuestos para la intervención profesional, el hecho de dirigir los servicios de rehabilitación a las personas reintegradas más fácilmente es un enfoque razonable. El análisis de Suiza, por ejemplo, ha mostrado una probabilidad muy alta de integración después de concluir el proceso de rehabilitación profesional (Buri, 2000), lo que se relaciona

Cuadro 5.6. Desajuste espectacular entre el flujo de entrada en las prestaciones por discapacidad y las ofertas de rehabilitación profesional

Ratios -por edad- de las personas que están en rehabilitación profesional con respecto a los flujos de entrada en las prestaciones por discapacidad, en porcentajes, en 1999

	<i>De 20 a 34</i>	<i>De 20 a 34</i>	<i>De 35 a 44</i>	<i>De 45 a 54</i>	<i>De 55 a 64</i>	<i>De 60 a 64</i>
Austria	0,14	1,70	0,44		0,04	0,02
			<i>De 18 a 39</i>		<i>De 40 a 59</i>	<i>De 60 a 66</i>
Dinamarca ^a	1,47		5,83		0,60	0,01
					<i>De 55 a 64</i>	
Holanda ^b	0,49	0,72	0,51	0,42		0,18
Noruega	1,69	8,12	2,02	1,41	0,51	0,15
Portugal ^b	0,28	6,64	1,15	0,00	0,00	0,00
Suiza	0,33	1,66	0,47	0,11	0,03	0,004
					<i>De 55 a 64</i>	
Estados Unidos ^b	0,78	2,94	1,17	0,46		0,14

a) Flujos de entrada en las prestaciones no contributivas.
b) Flujos de entrada en las prestaciones contributivas únicamente.

Fuente: Base de datos de la OCDE relativos a los programas para las personas con discapacidad, véase el Cuadro A1.2 del Anexo 1.

parcialmente con un alto grado de selección de casos con buen potencial de integración¹⁸. Aunque se cuestiona si la edad es un indicador adecuado para ese propósito. Las personas con más de 50 años pueden ser ayudadas fácilmente con algún tipo de intervención profesional, y no sólo porque a menudo tienen una larga experiencia de trabajo. Un simple argumento de eficacia económica –cuanto más joven sea la persona que recibe inicialmente los servicios, tanto mayor será el rendimiento económico a largo plazo– puede que no siempre sea apropiado. En este sentido, la discriminación contra las personas con discapacidad de edad media en el proceso de selección para la intervención profesional sólo refleja la discriminación general hacia este grupo de edad en los mercados actuales de trabajo y en las políticas del mercado de trabajo. Parece que tal selección de edad es particularmente fuerte en Austria y Suiza, donde la rehabilitación profesional es obligatoria.

Es interesante observar que los Estados Unidos aplican categóricamente una línea diferente, es decir, dirigen estos servicios a los quienes tienen una discapacidad más grave (el denominado orden de los criterios de selección), tomando como base el supuesto de que las personas con mejor potencial de integración pueden encontrar su camino de regreso a la fuerza laboral incluso sin tal ayuda. No obstante, la estructura por edades de los participantes en las medidas profesionales en este país es también muy sesgada.

► 5.6. Análisis de las políticas de integración y de las políticas activas del mercado de trabajo

Avances de las políticas de integración

El gasto en los programas de empleo y rehabilitación para las personas con discapacidad como una proporción del gasto total en los programas relacionados con la discapacidad activa y pasiva ha aumentado gradual-

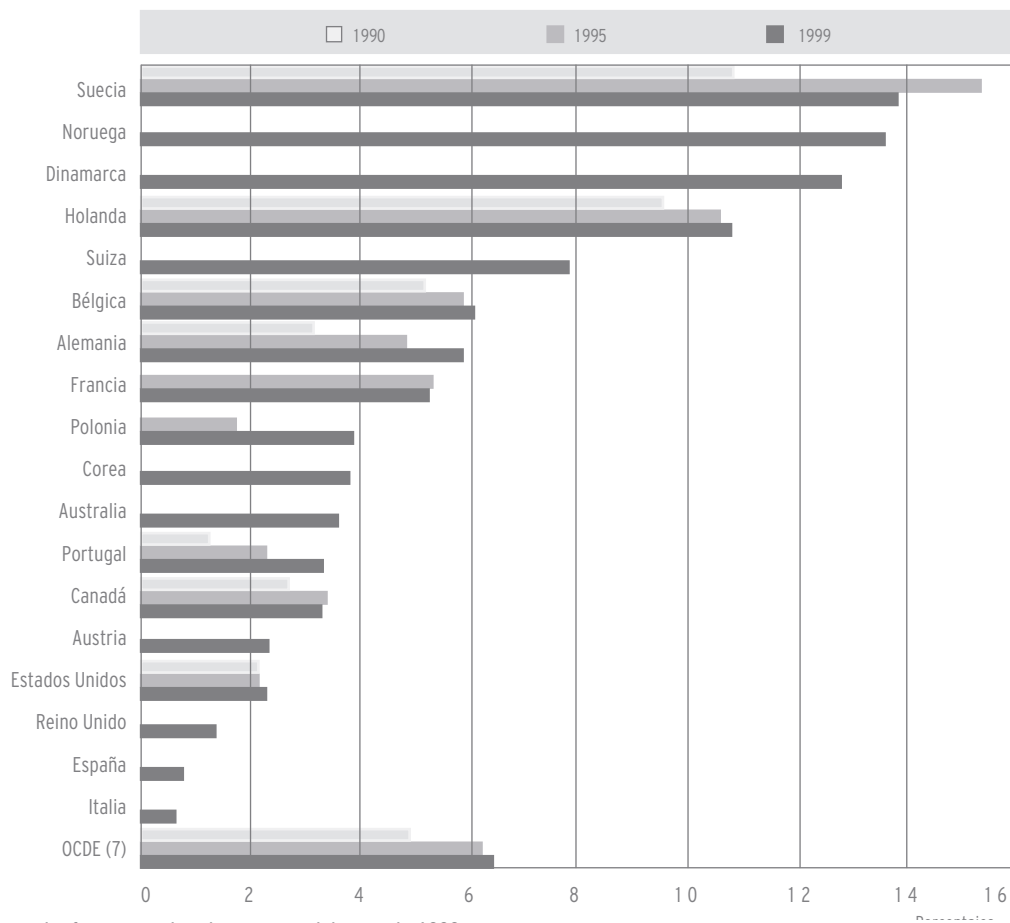
¹⁸ Se ha descubierto también que la rehabilitación profesional es mucho más frecuente en los cantones con mejores condiciones del mercado laboral (Prinz, 2002).

mente en todas partes (Gráfico 5.3)¹⁹. Sin embargo, esta participación sigue siendo baja en la mayoría de los países. Sólo en los tres países escandinavos se acerca al 14%, y nótese que estos son países con altos gastos de transferencia. En Suiza y en Holanda, la participación es casi del 8 al 10%, reflejando los costes de un sector de empleo protegido muy substancial. En Bélgica, Alemania y Francia, la participación en el gasto activo está cercana al 5%, aunque en algunos países es inferior al 2% (el Reino Unido, Italia, España, y también México y Turquía).

Sólo hay una débil correlación entre el gasto total en los programas activos especiales para las personas con discapacidad (medido como un porcentaje del producto interior bruto) y el resultado en cuanto a los índices de empleo de las personas con discapacidades (derivados de las encuestas nacionales). Los países con un gasto elevado en los que se refiere a medidas relacionadas con el empleo tienen generalmente unos índices de empleo superiores a la media, aunque esto es no realmente cierto en Holanda (Gráfico 5.4). Suiza, por poner otro ejemplo, tiene unos índices de empleo muy altos de personas con discapacidad a pesar de la falta de un programa de empleo con apoyo o subvencionado.

GRÁFICO 5.3. GASTOS EN CRECIMIENTO EN LOS PROGRAMAS ACTIVOS DE LA MAYORÍA DE LOS PAÍSES

Gasto en los programas relacionados con el empleo a como porcentaje del gasto total relacionado con la discapacidad, 1999



Nota: Los países se clasifican en orden decreciente del ratio de 1999.

a) Precaución:

- los datos incluyen solamente los programas especiales para las personas con discapacidad;
- los datos sobre programas provinciales o sobre programas a escala comunitaria no están disponibles para todos los países.

Fuente: Base de datos de la OCDE relativos a los programas para las personas con discapacidad, véase el Cuadro A1.2 del Anexo 1.

¹⁹ Como ya se ha expuesto en el Recuadro 3.3 del Capítulo 3, estos datos reflejan el orden de magnitud del acento puesto en los programas activos, pero no captan todo el esfuerzo en algunos de los países, sobre todo en países con sistemas políticos en materia de discapacidad parcialmente federados o en países en los que amplias competencias están bajo la responsabilidad de las regiones o comunidades, y también, de forma más general, como consecuencia de las recientes tendencias de integración en varios países.

Lecciones del análisis de las políticas activas del mercado de trabajo

Una evaluación macroeconómica tan cruda es probable que no sea concluyente debido a problemas de datos y de medidas. Una limitación importante en el área de las políticas de empleo de las personas con discapacidad es la falta de evaluación de los distintos programas, lo que puede atribuirse, en parte, a la falta de objetivos bien definidos de los programas²⁰. Como resultado, la evaluación de los programas se centra principalmente en la supervisión de los costes más que en el rendimiento y los resultados de los programas. Allí donde existen evaluaciones, éstas suelen referirse más a los efectos a corto plazo que a la supervisión de los clientes de los servicios a más largo plazo; los efectos a largo plazo (el empleo) prácticamente se desconocen. Además, las evaluaciones carecen a menudo de una perspectiva global de las políticas y no tienen en cuenta el entorno total de las políticas en materia de empleo y seguridad social. Por lo tanto, merece la pena examinar la medida en que las conclusiones del análisis general de las políticas del mercado de trabajo activo pueden trasladarse o no al grupo particular de las personas con discapacidad.

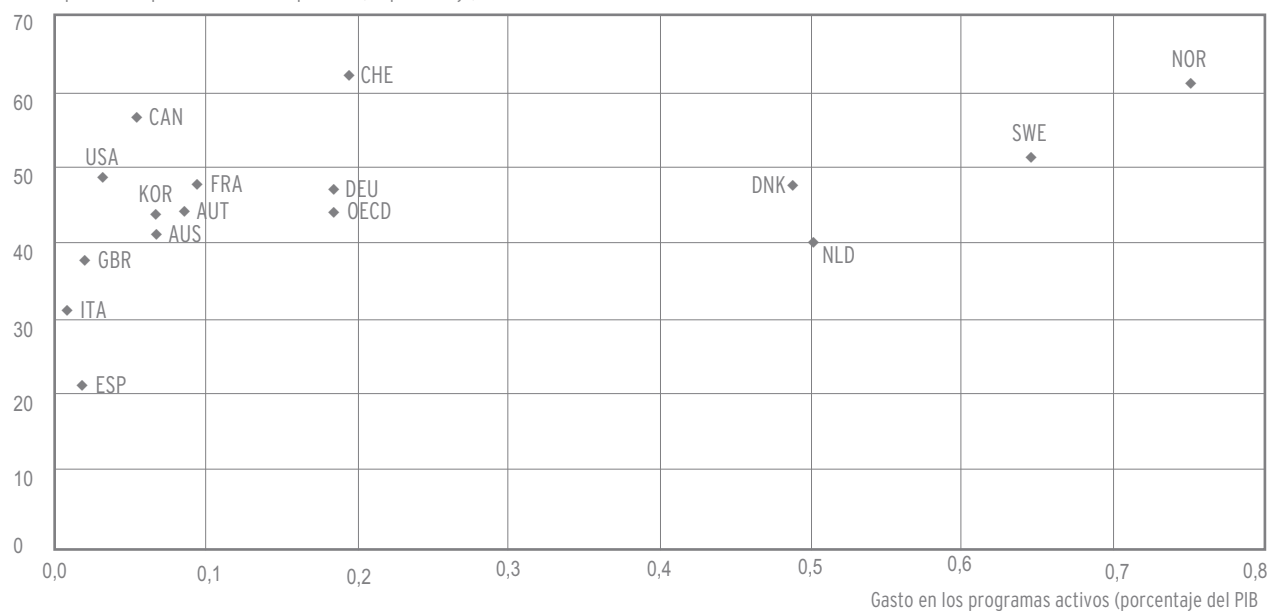
En el análisis de las políticas activas del mercado de trabajo, los programas de formación general, en particular la formación en clase, se ha descubierto que apenas son eficaces, especialmente para los grupos más en desventaja (jóvenes y personas con una educación inicial más baja). Sólo parecen tener éxito las medidas bien dirigidas, tanto a las necesidades individuales como a las del mercado de trabajo local. Ciertamente, es muy probable que estas conclusiones se apliquen a las personas con discapacidad, lo que también explica, en parte, que cada vez se ponga más el acento en las iniciativas del tipo de empleo con apoyo.

Otro descubrimiento importante del análisis de las políticas activas del mercado de trabajo es que las subvenciones de empleo tienen importantes efectos (o de inercia), de desplazamiento y de sustitución. Tales pro-

GRÁFICO 5.4. RELACIÓN INESTABLE ENTRE EL ÍNDICE DE EMPLEO Y EL GASTO EN PROGRAMAS ACTIVOS^a

Índice de empleo de las personas con discapacidad (porcentaje) a finales de la década de 1990 y gasto en todos los programas relacionados con el empleo para las personas con discapacidad (porcentaje del PIB)

Índice de empleo de las personas con discapacidad (en porcentaje)



a) Los programas activos se componen de empleo subvencionado, con apoyo y protegido, y programas de rehabilitación profesional.

Fuente: Base de datos de la OCDE relativos a los programas para las personas con discapacidad, véase el Cuadro A1.2 del Anexo I.

²⁰ Los programas vinculados a la discapacidad tienden a tener muchos objetivos explícitamente expuestos, tales como, por ejemplo, los talleres protegidos que ofrecen empleo permanente y, al mismo tiempo, formación en empleo para la colocación en el empleo abierto.

gramas a menudo sólo conducen a pequeñas ganancias de empleo neto, y a veces únicamente pueden justificarse mediante consideraciones de equidad, ya que proporcionan empleos a los más vulnerables, como los desempleados de larga duración, aun cuando suceda a costa de los desempleados de corta duración. Este argumento de equidad parece particularmente apropiado para las personas con discapacidad grave.

La creación de trabajo directo en el sector público puede ayudar a las personas sin empleo o desempleadas a conseguir trabajo o a estar en contacto con el mercado laboral, creando o manteniendo de esta forma la motivación y las aptitudes. Sin embargo, el análisis de las políticas activas del mercado de trabajo demuestra también que, exactamente por esta razón, tal intervención debe ser de breve duración y no convertirse en una forma disfrazada de empleo permanente. El empleo protegido es una forma especial de creación de trabajo directo al que suelen aplicarse estas conclusiones. No obstante, todos los países han decidido deliberadamente ofrecer empleo permanente en este sector segregado a las personas con discapacidad. De hecho, la gran mayoría de los trabajadores con discapacidad del empleo protegido están empleados de forma permanente, incluso aunque ello exija formalmente una renovación repetida del contrato. Para algunos grupos de personas con discapacidad muy grave, puede estar perfectamente justificado. Para las personas con mayor capacidad de trabajo, por el contrario, suele tener un efecto secundario no deseable: la tendencia generalizada hacia formas más comerciales de las entidades de trabajo protegido.

Las subvenciones pagadas al empresario para contratar a una persona desempleada difícil de integrar, a veces han tenido éxito para ayudar a esas personas a entrar en el mercado de trabajo, lo que también puede valer para las subvenciones salariales que se conceden para el reclutamiento de las personas con discapacidad. Puede haber una diferencia entre las subvenciones provisionales y las permanentes. Estas últimas pueden convertirse fácilmente en una pérdida de eficiencia para el desempleado después de un periodo inicial. Sin embargo, para las personas con discapacidad cuya pérdida de productividad, relacionada con la discapacidad, no puede adaptarse o compensarse mediante medidas profesionales de rehabilitación puede estar justificada alguna forma de subvención o prestación permanente para mejorar la igualdad de oportunidades.

► 5.7. Resumen de las conclusiones del análisis de las políticas de integración

Las siguientes son algunas de las conclusiones principales del análisis de los retos de las políticas de integración:

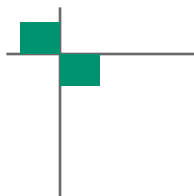
- Los diferentes enfoques de las políticas de empleo (políticas antidiscriminatorias basadas en los derechos, cuotas de empleo fundamentadas en las obligaciones, o acción voluntaria basada en los incentivos) tienden a fomentar sobre todo el mantenimiento del empleo de los trabajadores actuales.
- Las sanciones apropiadas a los empresarios que no cumplen con sus obligaciones y los instrumentos idóneos para aplicar estas sanciones son decisivos para una política eficaz de promoción de empleo.
- Aunque el enfoque de la formación y rehabilitación profesionales difiere sensiblemente entre los países, este tipo de intervención suele usarse demasiado poco, y con frecuencia se inicia demasiado tarde. Se puede hacer mucho más para implicar a los empresarios en este proceso.
- El coste medio *per cápita* de la formación y rehabilitación profesionales es bajo si se compara con el coste medio de una prestación por discapacidad. Siempre que tal intervención asegure el empleo permanente, las inversiones serán rentables en un corto periodo de tiempo.
- Los países difieren sensiblemente tanto en lo que se refiere a la variedad de los programas de empleo especial para las personas con discapacidad como en lo relativo a los costes por participante. Allí donde tal programa es permanente, en particular en el empleo protegido, los costes medios pueden superar los costes *per cápita* de las prestaciones por discapacidad.

- El tipo de programas de empleo usado ha cambiado muy despacio. Aunque el empleo protegido se considera cada vez más inapropiado y con necesidad de ser reemplazado por iniciativas del tipo de empleo con apoyo, empíricamente el sector protegido sigue siendo tan importante como siempre.
- Hay un sorprendente desequilibrio de edades en los programas de integración. La rehabilitación y la formación profesionales se ofrecen en su mayoría a las personas con edad inferior a los 45 años, y los programas de empleo protegido y del tipo de empleo con apoyo tienden a beneficiar básicamente a las personas jóvenes con discapacidad (más grave).
- Las lecciones del análisis general de las políticas del mercado de trabajo activo se aplican mayoritariamente a la situación de las personas con discapacidad. Algunas de las críticas (por ejemplo, las que se refieren a los efectos de peso muerto –o de inercia– o de sustitución) son menos importantes, debido a la pérdida permanente de productividad de algunos grupos de personas con discapacidad.

CAPÍTULO 6

Una tipología de las políticas en materia de discapacidad

Resumen: En los Capítulos anteriores se han determinado las cuestiones y los problemas en una perspectiva internacional. En el Capítulo 6 se desarrolla una tipología de las políticas en materia de discapacidad con el fin de clasificar y agrupar a los países según su enfoque de las políticas. Por consiguiente, la tipología se usa para analizar la relación entre el diseño de las políticas y el resultado de las mismas y para comparar los procesos de reforma de las políticas en los diferentes países. Los pormenores de la clasificación se encuentran en el Anexo 2.



▶ 6.1. Evaluación de los enfoques de las políticas: una tipología como herramienta para el análisis comparativo

Si siguiendo las orientaciones de las principales políticas, todo el conjunto de medidas políticas puede dividirse en dos dimensiones: medidas de indemnización o programas de transferencia de prestaciones (políticas pasivas) y medidas de integración o de empleo (políticas activas). El objetivo de tal concepción simplificada bidimensional es desarrollar una herramienta para el análisis comparativo de las políticas¹.

Descripción de la tipología

Cada una de las dos dimensiones de la tipología de las políticas –indemnización e integración– se divide en diez subdimensiones. Cada subdimensión se mide según una escala predefinida cuantitativa y/o cualitativa, que da como resultado un cierto número de puntos, que abarcan de cero a cinco puntos para cada subdimensión. Aunque esto suele ser una clasificación razonable, no es una caja negra, dado que los criterios están claramente definidos y la clasificación resultante puede ajustarse en caso de necesidad (véanse los Cuadros A2.1 a A2.4 del Anexo 2). Los puntos para cada subdimensión se añaden para obtener la puntuación global de cada dimensión; de aquí que cada subdimensión recibe el mismo peso. Al juntar los resultados de la dimensión de indemnización e integración, cada país se sitúa de forma inequívoca en un diagrama político de dos dimensiones.

En su mayor parte, la dimensión de indemnización hace referencia al sistema principal de las prestaciones por discapacidad, ya sea contributivo, ya sea no contributivo (como en el caso de Australia y Dinamarca). Está dividida en las diez subdimensiones siguientes: I) *cobertura* (desde la población total a empleados seleccionados); II) *nivel de discapacidad mínima*; III) *nivel de discapacidad para una prestación plena*; IV) *nivel máximo de la prestación* (en cuanto al índice de sustitución de los ingresos medios con un registro de trabajo continuo); V) *permanencia de las prestaciones* (desde las estrictamente permanentes a las estrictamente temporales); VI) *evaluación médica* (desde la responsabilidad exclusiva de los doctores que llevan a cabo el tratamiento a la responsabilidad de los equipos de doctores del seguro); VII) *evaluación profesional* (desde la estricta evaluación de la profesión habitual del interesado a criterios más abiertos); VIII) *nivel de las prestaciones por enfermedad* (distinguiendo ausencia por enfermedad de corta y larga duración); IX) *duración de las prestaciones por enfermedad* (incluido el periodo de pago continuo del salario); y X) *nivel y duración de las prestaciones por desempleo* (comparado con el nivel de las prestaciones por discapacidad). En cada una de estas subdimensiones, una puntuación más alta significa un acceso más fácil; unos niveles de prestaciones más altos, más larga duración, etc.

La dimensión de integración hace referencia a toda la gama de medidas de empleo y rehabilitación, y distingue entre las diez subdimensiones siguientes: I) *coherencia de la cobertura* (acceso a los diferentes pro-

¹ La tipología está influida por Dropping y col. (2000), quienes desarrollaron un marco para analizar las diferencias en las respuestas de las políticas en materia de discapacidad. Se distinguen cinco modelos, según se basen en el mercado, en los incentivos, en la integración, en la elección y en los derechos. Cada modelo está relacionado con ciertos acuerdos institucionales para las prestaciones y servicios, y con expectativas sobre la participación en el mercado de trabajo. En contraste con la tipología usada en el presente estudio, su marco se basa en una formulación política de tipo ideal más que en las políticas que se llevan a cabo actualmente, y consideran la participación en el mercado de trabajo como una variable de entrada más que como una variable de resultados.

gramas y posibilidad de combinarlos); II) *estructura de las evaluaciones* (responsabilidad y coherencia); III) *responsabilidad del empresario para la conservación del empleo y el acondicionamiento del lugar de trabajo*; IV) *programa de empleo con apoyo* (extensión, permanencia y flexibilidad); V) *programa de empleo subvencionado* (extensión, permanencia y flexibilidad); VI) *sector de empleo protegido* (extensión y naturaleza transitoria); VII) *programa de rehabilitación profesional* (obligación y extensión de los gastos); VIII) *momento de la rehabilitación* (desde la intervención precoz a la intervención tardía sólo para los beneficiarios de prestaciones por discapacidad); IX) *normas relativas a la suspensión de las prestaciones* (desde la duración considerable a lo no existencia), y X) *incentivos para el trabajo adicionales* (incluidas las posibilidades de combinar el trabajo con la recepción de la prestación). En cada una de las subdimensiones, una puntuación más alta indica un enfoque más activo.

Las principales ventajas de la tipología de estas políticas es que tiene en cuenta una amplia gama de características políticas muy importantes en lo que se refiere a las medidas tanto de integración como de indemnización dirigidas a las personas con discapacidad, y que trata de conseguir un equilibrio entre las dos esferas políticas. La principal debilidad está en la elección algo arbitraria de las subdimensiones, que, en gran parte, no son totalmente independientes, por lo que no pueden representar el juego completo de atributos de un sistema “idealizado” fuertemente integrador o fuertemente compensatorio y que, por simplicidad, tienen el mismo peso y la misma puntuación.

Tomando como base estas veinte subdimensiones, se distinguen varios enfoques de las políticas o de los tipos de políticas:

- El enfoque de las *políticas de indemnización* (alta puntuación en indemnización, baja puntuación en integración) refleja una fuerte orientación hacia unas prestaciones adecuadas y permanentes con amplia elegibilidad y normas de acceso libres, combinadas con la falta de esfuerzos de integración. Pone poco énfasis en el empleo de las personas con discapacidad y posiblemente daría como resultado unos índices de perceptores de prestaciones altos y unos índices de empleo bajos.
- El enfoque de las *políticas de integración* (baja puntuación en indemnización, alta puntuación en integración) refleja exactamente lo opuesto, es decir, una fuerte orientación hacia unas medidas relacionadas con el empleo, adecuadas y fácilmente accesibles e incluso obligatorias, con un acceso muy restringido y un nivel de transferencias públicas bajo. Se piensa que este enfoque daría posiblemente como resultado unos índices de perceptores de prestaciones bajos y unos índices de empleo altos.

Los otros tipos de políticas –con puntuaciones semejantes en la dimensión de indemnización y de integración– son más indeterminados en lo que se refiere al deseo y probabilidad de un resultado del empleo:

- *Una débil política intermedia* (baja puntuación en ambas dimensiones) se caracteriza por unas prestaciones limitadas con un acceso estricto, combinadas con una falta general de medidas de integración públicas; en este sentido, el empleo –incluso aunque no se considere productivo– es implícitamente necesario para conseguir un nivel de vida decente, aunque sigue siendo difícil de conseguir.
- *Una política intermedia* (puntuación intermedia en ambas dimensiones) es la que se compromete a realizar algunos esfuerzos de integración y selecciona una prestación a medio camino; los incentivos para el empleo de tal enfoque son particularmente ambiguos.
- Por último, *una fuerte política intermedia* (alta puntuación en ambas dimensiones) se tipifica por unas prestaciones adecuadas, permanentes y muy accesibles combinadas con unos considerables y accesibles esfuerzos de integración; de aquí que, aunque el empleo se considera como muy deseable, también hay importantes incentivos para solicitar, o mantener, las prestaciones.

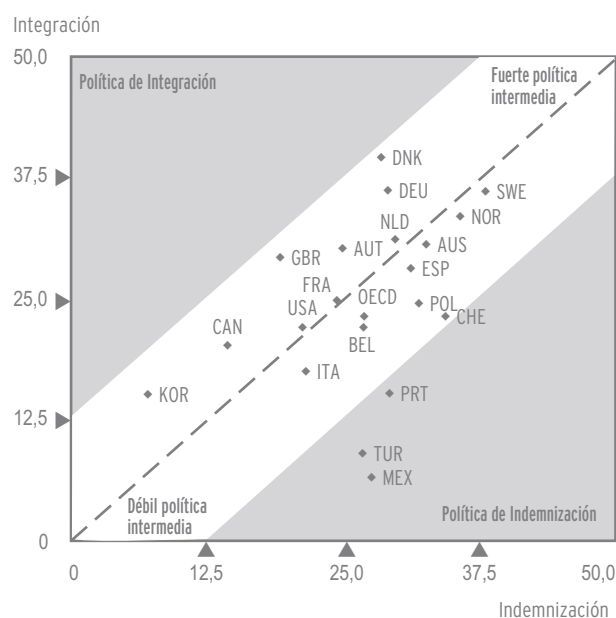
Aplicación de la tipología

El Gráfico 6.1 muestra el diagrama de dos dimensiones resultante de aplicar la tipología. Cada país puede situarse de forma inequívoca, según la puntuación, en los dos ejes y, de esta forma, puede clasificarse aproximadamente con uno de los cinco enfoques diferentes de las políticas. Se supone que la diagonal representa la línea con incentivos igualmente fuertes o débiles para la solicitud de las prestaciones y la participación en el mercado de trabajo.

Hay que tener en cuenta la naturaleza cualitativa de esta tipología. Una cierta puntuación en la dimensión de integración no tiene por qué tener la misma implicación que una puntuación igual en la dimensión de indemnización. Además, el mismo lugar en el diagrama puede ser resultado de diferentes parámetros en cada una de las dos subdimensiones. Hablando en general, sin embargo, una política clasificada en la diagonal, o cerca de ella, sería la esperada para dar lugar a un resultado más ambiguo en cuanto a los índices de empleo. Cuanto más apartado de la diagonal, más claro es el resultado esperado de empleo de la política: alto para un objetivo de integración y bajo para un objetivo de indemnización.

GRÁFICO 6.1. LA MAYORÍA DE LOS PAÍSES APLICAN UNA POLÍTICA INTERMEDIA EN MATERIA DE DISCAPACIDAD

Tipología de las políticas en materia de discapacidad alrededor del año 2000



Fuente: Base de datos de la OCDE relativos a los programas para las personas con discapacidad, véase el Cuadro A1.2 del Anexo I.

AUS = Austria	AUT = Australia	BEL = Bélgica	CAN = Canadá	CHE = Suiza	DEU = Alemania
DNK = Dinamarca	ESP = España	FRA = Francia	GBR = Reino Unido	ITA = Italia	KOR = Corea
MEX = México	NLD = Holanda	NOR = Noruega	POL = Polonia	PRT = Portugal	SWE = Suecia
USA = Estados Unidos	OECD = OCDE				

La clasificación de las políticas en materia de discapacidad de cada país muestra que casi todos ellos están situados cerca de la diagonal (todos operan con algún tipo de política intermedia). Siguiendo la descripción que figura más arriba, se sugiere que la mayoría de las políticas son bastante ambiguas en cuanto a los incentivos para el empleo. Esto es sólo otro indicio del dilema al que tienen que hacer frente las políticas en materia de discapacidad: reconciliar los dos objetivos de garantizar la seguridad de los ingresos así como su inclusión. Entre los países con políticas intermedias, los países escandinavos y Alemania aplican una política más fuerte y Canadá y, en particular, Corea, una política más débil. La media no ponderada de los 20 países de la OCDE implicados en este proyecto está realmente muy cerca del centro.

México, Turquía y también Portugal tienen una política de indemnización muy diferente, que en los tres casos es el resultado de un enfoque de integración relativamente débil, unido a un enfoque de indemnización intermedio. Corea, con un enfoque de integración igualmente débil, se encuentra en el grupo de políticas intermedias, porque su puntuación por indemnización es mucho más baja.

No puede decirse de ningún país que tenga un enfoque diferente de la política de integración. Dinamarca está más cerca, y además tiene la puntuación más alta entre todos los países en la dimensión de integración, debido a una política de empleo y rehabilitación muy completa en este país. Unas obligaciones de los empresarios bastante limitadas, algunas inconsistencias en el acceso a los diferentes programas y un programa bastante tradicional de empleo protegido “impiden” que Dinamarca tenga una puntuación incluso más alta en esta dimensión.

Agrupaciones de las políticas

La realización de un “análisis completo de la vinculación de las agrupaciones” de las 20 subdimensiones de la tipología de las políticas ayuda más a agrupar los países. Han cristalizado las seis agrupaciones de países siguientes²:

- Agrupación A (Sistemas inmaduros): Turquía y México;
- Agrupación B (Angloamericana): Canadá, Estados Unidos, Reino Unido y Corea;
- Agrupación C (Escandinava): Noruega, Suecia y Dinamarca;
- Agrupación D (Germánica): Austria y Alemania;
- Agrupación E (Románica): Francia, Italia, Portugal, Polonia, España y Bélgica;
- Agrupación F (Mixta): Holanda, Australia y Suiza

La Agrupación A se caracteriza principalmente por una cobertura limitada de las prestaciones por discapacidad, unos niveles relativamente bajos de prestaciones por discapacidad y enfermedad y la ausencia de cualquier tipo de programas de empleo y rehabilitación.

La Agrupación B, el modelo angloamericano, se caracteriza por un sistema de prestaciones de tipo dual, unos requisitos médicos muy estrictos y la evaluación de todas las ocupaciones para tener derecho a las prestaciones, unos niveles relativamente bajos de prestaciones por discapacidad y enfermedad (generalmente más bajos que las prestaciones por desempleo), muchas anomalías en las medidas de cobertura y evaluación de la integración, unas considerables responsabilidades de los empresarios e importantes avances en el ámbito del empleo con apoyo, un débil programa de rehabilitación e importantes incentivos para la vuelta al trabajo.

La Agrupación C, el modelo escandinavo, se caracteriza por una cobertura de toda la población en el sistema de prestaciones, un fuerte objetivo en las prestaciones parciales, unos estrictos criterios médicos y profesionales para la concesión de una prestación completa, unos niveles de prestaciones generosos, unas prestaciones básicamente permanentes, un firme enfoque de las subvenciones de empleo, un sólido programa de rehabilitación y nuevas posibilidades para la interrupción del pago de las prestaciones.

² Algunos países se identifican por tener enfoques muy semejantes de las políticas en materia de discapacidad: Canadá y los Estados Unidos, Noruega y Suecia, y Francia e Italia. La reducción del número elegido de agrupaciones implicaría la siguiente secuencia de pasos: 1. fusión de la agrupación F y de la agrupación E; 2. fusión de la agrupación EF y de la agrupación D; 3. fusión de la agrupación DEF y de la agrupación C; 4. fusión de la agrupación B y de la agrupación A, y, por último, 5. fusión de la agrupación AB y de la agrupación CDEF. Esto sugiere una fuerte división entre la Europa de la OCDE y la Europa no integrada en la OCDE, con dos excepciones: que el enfoque de Australia con respecto a las políticas relacionadas con la discapacidad parece más europeo y que el enfoque del Reino Unido parece menos europeo.

La Agrupación D, el modelo germánico, se caracteriza por una cobertura de la población activa para las prestaciones, unos niveles medios de prestaciones, unas prestaciones temporales, una evaluación de la profesión habitual del interesado, el pago continuo de los salarios durante la ausencia por enfermedad, un firme enfoque de todos los tipos de empleo y un potente programa de rehabilitación.

La Agrupación E, el modelo románico, se caracteriza por un sistema de prestaciones de tipo dual, unos estrictos criterios médicos pero una evaluación parcial de la profesión habitual del interesado para acceder a las prestaciones del seguro, unas responsabilidades medias de los empresarios, un enfoque muy firme de las subvenciones de empleo (y en Polonia también del empleo protegido) y un débil programa de rehabilitación (excepto Polonia y España).

La Agrupación F, el modelo mixto, se caracteriza por una cobertura de toda la población en el sistema de prestaciones (aunque con la comprobación de los recursos económicos en Australia, y con algunas restricciones en Holanda), una reducción mínima de la capacidad para el trabajo requerida para tener derecho a las prestaciones (parciales), un enfoque sistemático de las políticas de integración, una importante responsabilidad de los empresarios (menos en Suiza), un enfoque relativamente firme del empleo protegido (menos en Australia) y –dado que agrupa a tres países que son diferentes en algunos aspectos– unas variaciones importantes en los niveles de las prestaciones y en el enfoque de la rehabilitación profesional.

► 6.2. Comparación de las políticas y de los resultados usando la tipología de las políticas en materia de discapacidad

La tipología de las políticas es una potente herramienta para el análisis comparativo de los resultados de las políticas en los diferentes países. La correlación de los componentes de las políticas con las principales variables de los resultados da una serie de resultados esperados, pero también inesperados. El uso de las agrupaciones de las políticas ayuda a interpretar las conclusiones.

Resultados del empleo

Podría esperarse que una fuerte *política de integración* condujera a altos índices de empleo de las personas con discapacidad. Esta hipótesis, sin embargo, no se ha confirmado; no existe ninguna correlación entre las políticas de integración y los resultados globales del empleo (Gráfico 6.2 y Cuadro 6.1, M2 y M4). Hay varios países en los que los índices de empleo de las personas con discapacidad en la agrupación de edad de 20 a 64 años son relativamente altos, dados los esfuerzos de integración más bajos de la media (México, Corea, Portugal, Canadá, Estados Unidos y Suiza). Los índices de empleo son bajos en Dinamarca y Alemania en lo que se refiere al objetivo de integración de esos países. De hecho, ninguna de las diez subdimensiones de integración muestra una fuerte correlación con los resultados del empleo.

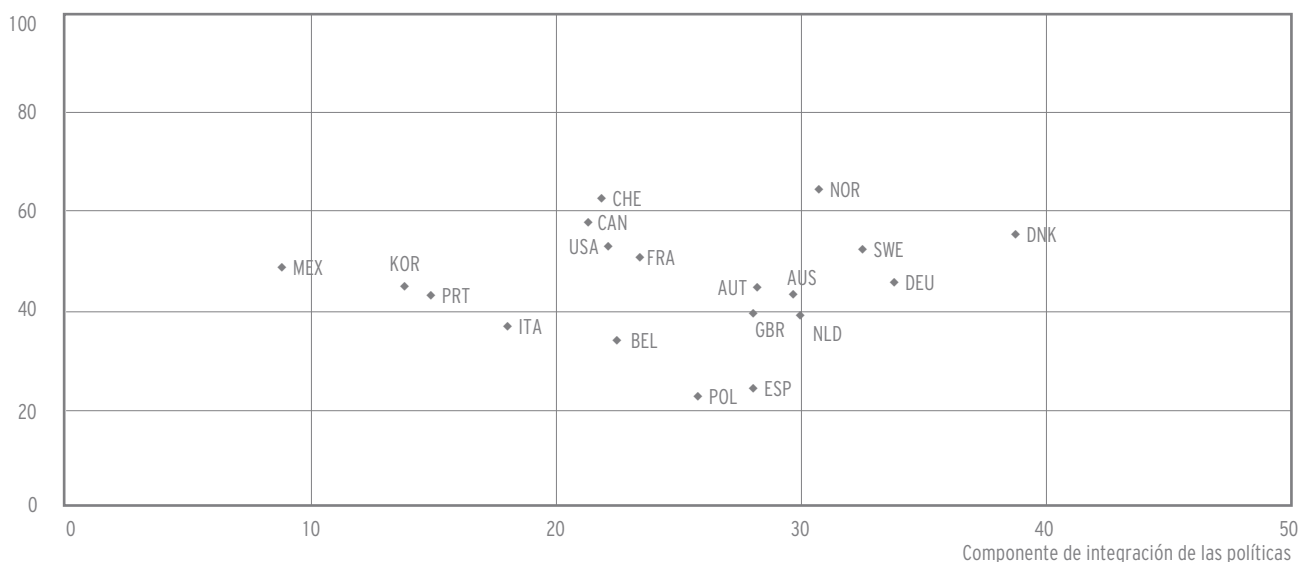
Sería erróneo, sin embargo, sacar en conclusión que las medidas de empleo son ineficaces e incluso irrelevantes. La falta de cualquier correlación con los resultados del empleo puede estar motivada, en parte, por las *políticas de indemnización* de los países, que tienden a ser fuertes en los países con una fuerte política de integración, y con frecuencia relativamente débiles en los países con una política de integración menos desarrollada³. Por muy firme que pueda ser el enfoque de integración, un sistema generoso y accesible de prestaciones –como en los países escandinavos– puede enmascarar cualquier efecto sobre el empleo. De forma semejante, los altos índices de empleo entre las personas con discapacidad puede ser también un indicio de que las personas con discapacidad deben trabajar para tener un nivel de vida adecuado.

³ Aunque, debido a varios casos atípicos, el coeficiente de correlación entre los componentes de las dos políticas en los veinte países es pequeño ($R^2 = 0,15$).

GRÁFICO 6.2. NO EXISTE CORRELACIÓN ENTRE LA POLÍTICA DE INTEGRACIÓN Y LOS RESULTADOS DEL EMPLEO

Componente de integración de la tipología de las políticas alrededor de 2000 frente al índice de empleo a finales de la década de 1990

Índice de empleo, porcentaje



Fuente: Base de datos de la OCDE relativos a los programas para las personas con discapacidad, véase el Cuadro A1.2 del Anexo 1.

AUS = Austria	AUT = Australia	BEL = Bélgica	CAN = Canadá	CHE = Suiza	DEU = Alemania
DNK = Dinamarca	ESP = España	FRA = Francia	GBR = Reino Unido	ITA = Italia	KOR = Corea
MEX = México	NLD = Holanda	NOR = Noruega	POL = Polonia	PRT = Portugal	SWE = Suecia
USA = Estados Unidos					

Cuadro 6.1. El índice general de empleo determina el índice de empleo de las personas con discapacidad

Ratios —por edad— de las personas que están en rehabilitación profesional con respecto a los flujos de entrada en las prestaciones por discapacidad, en porcentajes, en 1999

Variable dependiente	Variables explicativas	Resultados para los coeficientes		Resultados de los modelos globales	
		Coefficientes	Estadística t	R ²	Estadística F
Índice de empleo de las personas con discapacidad	M1: Ratio empleo-población no discapacitada	0,87	** 4,4	0,53	** 19,2
	M2: Política de integración	0,19	0,5	0,01	0,2
Índice de empleo relativo de las personas con discapacidad	M3: Ratio empleo-población	0,42	1,5	0,11	2,1
	M4: Política de integración no discapacitada	-0,31	-0,8	0,04	0,6

** importante al 1 %.

Fuente: Cálculos propios basados en el Cuadro A1.1 del Anexo 1 y en la base de datos de la OCDE relativos a los programas para las personas con discapacidad, véase el Cuadro A1.2 del Anexo 1.

Resulta que la mitad de la cantidad de variación en los índices de empleo de las personas *con discapacidad* de los diferentes países se explica por la variación en el índice general de empleo de las personas *sin discapacidad*. En un modelo de regresión lineal, esta variable es importante al nivel del 1%, y el coeficiente es positivo en

0,87 (Cuadro 6.1, M1)⁴. En otras palabras, un país con un índice de empleo un punto porcentual más alto entre las personas sin discapacidad tiene, por término medio, un índice de empleo 0,87 puntos porcentuales más alto entre la población con discapacidad. De aquí que hay un fuerte impacto de las fuerzas del mercado de trabajo general en el empleo de las personas con discapacidades, lo que sugiere que las políticas que promueven el empleo en general también ayudarán a promover el empleo de las personas con capacidad reducida para el trabajo.⁵

En contraste, el nivel de empleo de las personas sin discapacidad no tiene fuerza para explicar el índice de empleo *relativo* de las personas con discapacidad, es decir, que el nivel de empleo de las personas con discapacidad en relación con sus semejantes no discapacitados no parece corresponderse con las fuerzas del mercado de trabajo general (Tabla 6.1, M3).

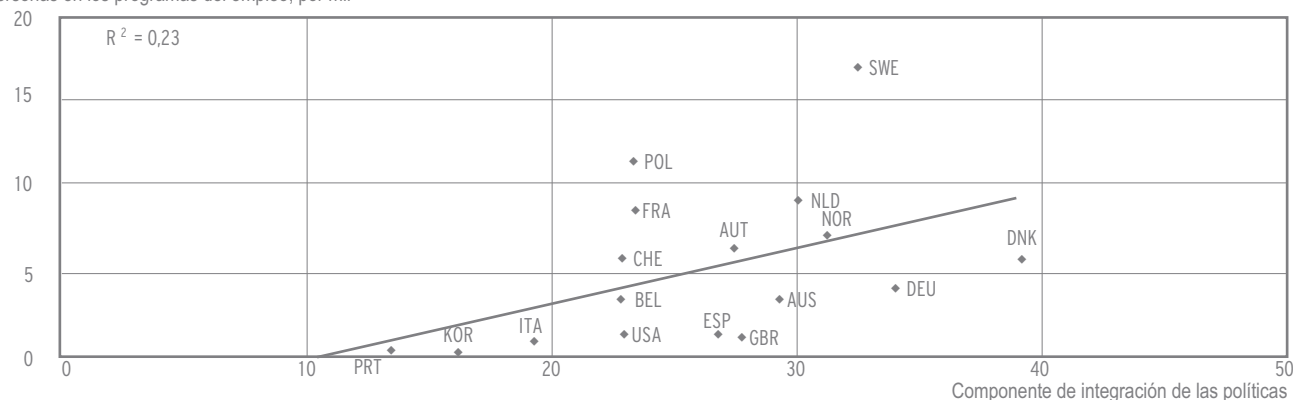
La puntuación del componente de las políticas de integración no sólo no tiene relación con los índices del empleo, sino que parecen mostrar sólo una débil correlación con el número de participantes en los programas especiales de empleo (medido por mil personas de la población en edad laboral). De nuevo, Dinamarca y Alemania son los dos países que muestran un número bajo de participantes en los programas respecto a su objetivo de integración, aunque Polonia, con su fuerte sector de empleo protegido, es el ejemplo contrario (Gráfico 6.3). Si se eliminara a estos tres países, el coeficiente de correlación aumentaría de 0,23 a 0,47⁶.

Otra forma de eliminar, o compensar, el efecto de los valores atípicos de algunos países es mirar en las seis *agrupaciones* de políticas definidas en la sección anterior. Si tuviéramos que reconstruir el mismo Gráfico tomando como base estas agrupaciones en lugar de los 20 países individuales, el coeficiente de correlación saltaría desde 0,23 a 0,78 (sólo la agrupación angloamericano muestra bajas cantidades en los programas de empleo respecto a la clasificación de sus políticas de integración). Esto puede explicarse, en parte, por las políticas que se han introducido sólo muy recientemente (el Reino Unido en particular) y que por ese motivo todavía no aparecen en las estadísticas de empleo.

GRÁFICO 6.3. LA FUERTE POLÍTICA DE INTEGRACIÓN NO CONDUCE SIEMPRE A CANTIDADES IMPORTANTES EN LOS PROGRAMAS DEL EMPLEO

Participantes del programa de empleo en 1999 frente al componente de integración de las políticas a finales de la década de 1990

Personas en los programas del empleo, por mil



Fuente: Base de datos de la OCDE relativos a los programas para las personas con discapacidad, véase el Cuadro A1.2 del Anexo I.

AUS = Austria	AUT = Australia	BEL = Bélgica	CHE = Suiza	DEU = Alemania	DNK = Dinamarca
ESP = España	FRA = Francia	GBR = Reino Unido	ITA = Italia	KOR = Corea	NLD = Holanda
NOR = Noruega	POL = Polonia	PRT = Portugal	SWE = Suecia	USA = Estados Unidos	

⁴ Todos los modelos de regresión mencionados en esta sección se basan en la siguiente ecuación: X (finales de la década de 1990) = a + β (Y [finales de la década de 1990]).

⁵ Si se añade la puntuación de las políticas de integración como una segunda variable explicativa de este modelo de regresión, el modelo mixto sigue siendo importante al 1 %, pero, dado que disminuye la estadística F (es decir, disminuye la importancia del modelo) y el coeficiente de integración no es importante, este modelo es rechazado.

⁶ Obsérvese que, al menos para Alemania, se debe en parte a datos incompletos, porque los programas que funcionan a escala provincial no están totalmente cubiertos.

Resultados referentes a los perceptores

Los resultados de los beneficiarios están relacionados más directamente con la puntuación del componente de las políticas de indemnización. Esto es cierto tanto para el volumen de beneficiarios de prestaciones por discapacidad (Gráfico 6.4) como para el flujo de entrada anual en tales prestaciones (Gráfico 6.5). En ambos casos, el coeficiente de correlación es de alrededor de 0,40, y Polonia tiene un índice de perceptores más alto que lo esperado y Noruega (recientemente) un índice del flujo de entrada más alto de lo esperado⁷. México y Turquía tienen índices muy bajos de perceptores comparados con la puntuación de sus políticas de indemnización, lo que se explica, en gran medida, por una cobertura de prestaciones más restringida en estos países, que sólo se tiene en cuenta explícitamente en una de las diez subdimensiones de las políticas de indemnización.

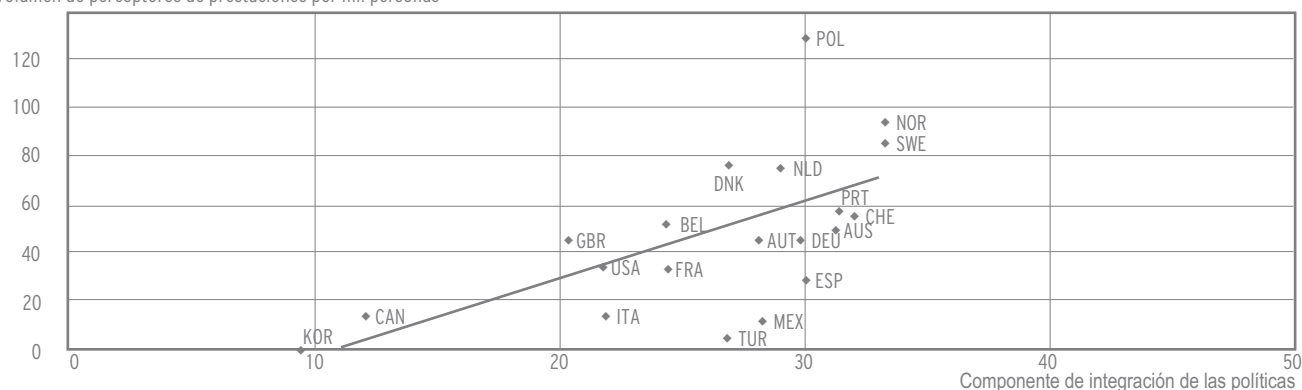
Basar el Gráfico en las seis agrupaciones de políticas en lugar de los 20 países no parece tener gran impacto en la correlación entre las políticas de indemnización y los resultados de los beneficiarios. Como los dos principales países atípicos, México y Turquía, forman una agrupación aparte, en esta perspectiva más completa permanecen atípicos. Si se elimina de la relación de agrupaciones a este grupo de estados que no han alcanzado un bienestar social desarrollado, es decir, si se basa el Gráfico en sólo cinco agrupaciones de políticas, se eleva el coeficiente de correlación a un nivel de 0,80, lo que sugiere que, de hecho, son las mismas políticas de indemnización las que determinan, en gran medida, los resultados de los beneficiarios.

Un posterior análisis estadístico sugiere que, efectivamente, la puntuación de las políticas de indemnización “explican” una parte importante de la variación en los índices de perceptores de prestaciones por discapacidad: la variable de las políticas de indemnización es importante en el 1%, y el coeficiente es positivo en el 3,0 (Cuadro 6.2, M5). Esto significa que, por término medio, un solo punto de puntuación adicional en el eje de las políticas de indemnización aumenta el índice de perceptores de prestaciones por discapacidad en tres puntos porcentuales⁸.

GRÁFICO 6.4. LA POLÍTICA GENEROSA DE INDEMNIZACIÓN DA LUGAR A UNA CANTIDAD IMPORTANTE DE BENEFICIARIOS

Componente de indemnización de la tipología en el año 2000 frente a los resultados de 1999 de los perceptores de prestaciones

Volumen de perceptores de prestaciones por mil personas



Nota: Los datos se refieren únicamente al principal programa público de prestaciones por discapacidad.

Fuente: Base de datos de la OCDE relativos a los programas para las personas con discapacidad, véase el Cuadro A1.2 del Anexo I.

AUS = Austria	AUT = Australia	BEL = Bélgica	CAN = Canadá	CHE = Suiza	DEU = Alemania	DNK = Dinamarca
ESP = España	FRA = Francia	GBR = Reino Unido	ITA = Italia	KOR = Corea	MEX = México	NLD = Holanda
NOR = Noruega	POL = Polonia	PRT = Portugal	SWE = Suecia	TUR = Turquía	USA = Estados Unidos	

⁷ Ambos Gráficos hacen referencia al principal programa público en materia de discapacidad -el programa público no contributivo en Australia y Dinamarca, y el programa de seguros en los demás países-, dado que las subdimensiones del componente de las políticas de indemnización se refieren, en gran medida, a este programa principal únicamente.

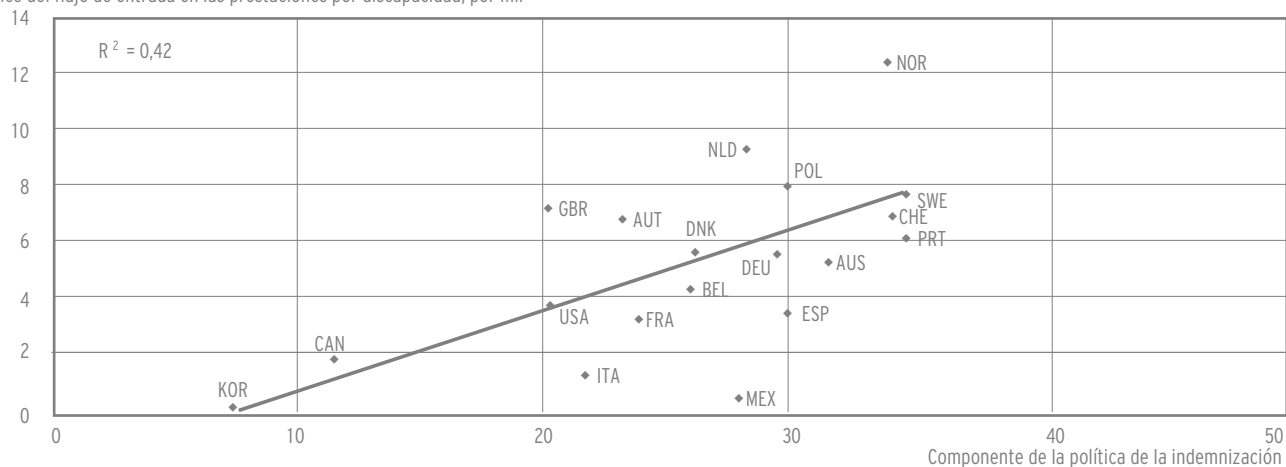
⁸ Este resultado se basa en tomar a los beneficiarios del principal programa público de prestaciones por discapacidad como una variable dependiente. Si también se tiene en cuenta a los beneficiarios del segundo programa de discapacidad no contributivo, se reduce la importancia del modelo, aunque sigue siendo importante al 5 %. Es algo que se debe esperar porque, como ya se ha mencionado en la nota anterior, la mayoría de los subcomponentes de las políticas de indemnización sólo están relacionados con el principal programa de prestaciones.

El Cuadro 6.2 ilustra que la *prevalencia de la discapacidad* –medida a través de la propia evaluación de los interesados– es importante por igual para explicar la variación en los índices de perceptores de prestaciones por discapacidad (M6).⁹ Es imposible decir hasta qué punto se debe al hecho de que las personas con prestaciones por discapacidad tienden más a reivindicar su discapacidad (con el fin de justificar la percep-

GRÁFICO 6.5. FLUJO DE ENTRADA ESTRECHAMENTE RELACIONADO CON LA POLÍTICA DE INDEMNIZACIÓN COMO VOLUMEN DE BENEFICIARIOS

Componente de indemnización de la tipología en el año 2000 frente al índice de 1999 del flujo de entrada en las prestaciones por discapacidad

Índice del flujo de entrada en las prestaciones por discapacidad, por mil



Nota: Los datos se refieren únicamente al principal programa público de prestaciones por discapacidad.

Fuente: Base de datos de la OCDE relativos a los programas para las personas con discapacidad, véase el Cuadro A1.2 del Anexo I.

AUS = Austria AUT = Australia BEL = Bélgica CAN = Canadá CHE = Suiza DEU = Alemania DNK = Dinamarca
 ESP = España FRA = Francia GBR = Reino Unido ITA = Italia KOR = Corea MEX = México NLD = Holanda
 NOR = Noruega POL = Polonia PRT = Portugal SWE = Suecia USA = Estados Unidos

Cuadro 6.2. La política de indemnización y la prevalencia de la discapacidad afectan al índice de perceptores de prestaciones por discapacidad

Resultados de diferentes modelos de regresión lineal relativos a los resultados de los perceptores de prestaciones, a finales de la década de 1990

Variable dependiente	Variables explicativas	Resultados para los coeficientes		Resultados de los modelos globales	
		Coefficientes	Estadística t	R ²	Estadística F
Índice de perceptores de prestaciones por discapacidad (sólo el programa principal)	M5: Política de indemnización	3,02	3,5**	0,42	12,5**
	M6: Prevalencia de la discapacidad	4,17	3,4**	0,40	11,5**
	M7: Prevalencia de la discapacidad y política de indemnización	2,70	2,1*	0,55	9,8**
Índice de perceptores de prestaciones por discapacidad (excepto Polonia)	M8: Puntuación de la cobertura	13,95	5,6**	0,66	31,5*
	M9: Puntuación del nivel de las prestaciones	11,02	4,3**	0,54	18,9**
	M10: Suma de las puntuaciones de la cobertura y del nivel de las prestaciones	7,46	6,4**	0,72	41,5**

* importante al 5 %.

** importante al 1 %.

Fuente: Cálculos propios basados en el Cuadro A1.1 del Anexo I y en la base de datos de la OCDE relativos a los programas para las personas con discapacidad, véase el Cuadro A1.2 del Anexo I.

⁹ En este caso, los resultados del modelo son independientes de tomar como variable dependiente a los beneficiarios del único programa principal de prestaciones por discapacidad o a los de todos los programas públicos relacionados con la discapacidad.

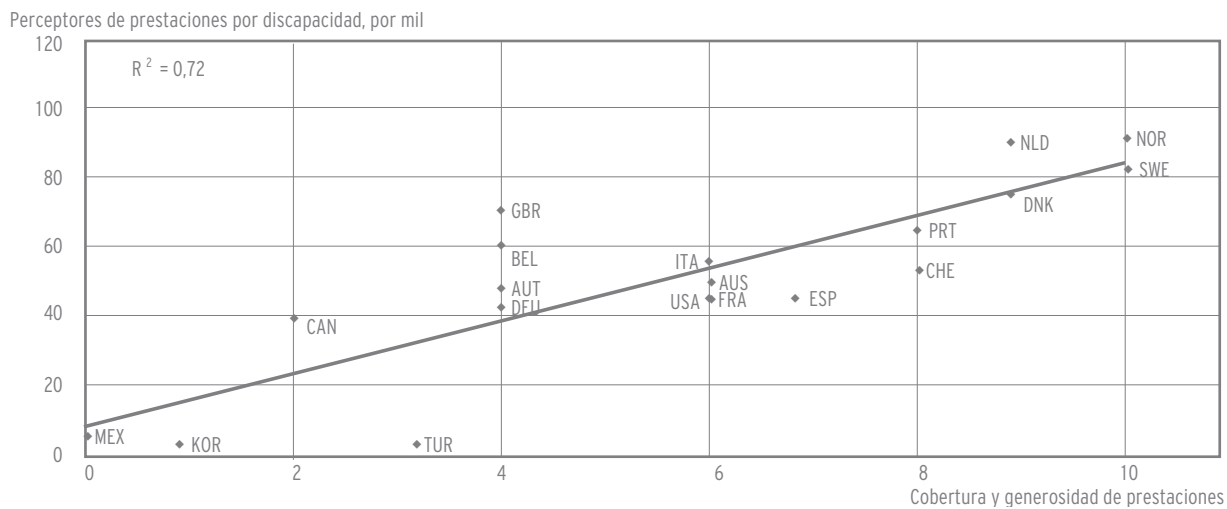
ción de la prestación o porque pasar por todos los procedimientos de evaluación les hace sentirse discapacitados). El análisis del Capítulo 3, sin embargo, identifica un desequilibrio considerable al respecto, es decir, que muchas personas con prestaciones por discapacidad no reivindican su discapacidad, mientras que, al mismo tiempo, la mayoría de las personas con discapacidad no recibe prestaciones por discapacidad. Esto sugeriría que el resultado de esta regresión es realmente importante o, en otras palabras, que los altos índices de perceptores de prestaciones por discapacidad en algunos países, como Holanda o los países escandinavos, son causados, hasta cierto punto, por los altos niveles de prevalencia de la discapacidad de esos países¹⁰.

Comoquiera que la prevalencia de la discapacidad y la política de indemnización aparecen como variables bastante independientes, un modelo con *ambas* políticas como factores explicativos debería ser particularmente elocuente. El modelo mixto es también importante al 1%, aunque la estadística F es ligeramente inferior (Cuadro 6.2, M7). Ambos coeficientes son positivos e importantes al 5%. Aunque cada uno de los dos factores explica individualmente cerca del 40% de la variación en los resultados de los perceptores, el modelo mixto explica cerca del 55% de la variación total.

Es interesante mirar más allá de los detalles de las políticas de indemnización relacionando los resultados de los beneficiarios con las *subdimensiones* individuales de las políticas de indemnización. El resultado es inequívoco. Ocho de las subdimensiones no muestran o muestran una correlación insignificante con estos resultados, que normalmente sólo se explican en dos subdimensiones: niveles aproximados de prestaciones y cobertura de las prestaciones (véase de nuevo el Anexo 2 para los pormenores de los países en estas subdimensiones). La generosidad y la accesibilidad de las prestaciones aparecen juntas para explicar casi tres cuartas partes de la diferencia entre los países en lo que respecta a los niveles de perceptores de prestaciones (Gráfico 6.6)¹¹. Basar el análisis sobre las seis agrupaciones de políticas aumenta aún más el coeficiente de correlación de 0,73 hasta 0,91 e, incluso, hasta 0,96 si –como sucede más arriba– la agrupación “México y Turquía” no se toma en consideración.

GRÁFICO 6.6. LA COBERTURA Y LA GENEROSIDAD DETERMINAN LOS NIVELES DE PERCEPTORES DE PRESTACIONES

Cobertura y generosidad de las prestaciones en el año 2000 frente a los resultados de 1999 de los perceptores de prestaciones



Nota: : Se excluye Polonia (la inclusión de Polonia reduce R2 a 0,54).

Fuente: Base de datos de la OCDE relativos a los programas para las personas con discapacidad, véase el Cuadro A1.2 del Anexo I.

AUS = Austria	AUT = Australia	BEL = Bélgica	CAN = Canadá	CHE = Suiza	DEU = Alemania	DNK = Dinamarca
ESP = España	FRA = Francia	GBR = Reino Unido	ITA = Italia	KOR = Corea	MEX = México	NLD = Holanda
NOR = Noruega	PRT = Portugal	SWE = Suecia	TUR = Turquía	USA = Estados Unidos		

¹⁰ Va más allá del propósito del presente estudio examinar las razones de una mayor prevalencia de la discapacidad en algunos países, así como las razones del aumento de la prevalencia de la discapacidad que se ha encontrado en muchos países desarrollados.

¹¹ Si se correlacionan los índices de perceptores de prestaciones con la cobertura de las prestaciones de la subdimensión, sólo se obtiene $R^2 = 0,67$, pero si la correlación se hace con los niveles de las prestaciones de la dimensión, el único resultado es $R^2 = 0,53$ (en todos los casos está excluida Polonia).

De nuevo, los modelos de regresión ofrecen información adicional. El Gráfico 6.6 refleja el modelo en el que la suma de las puntuaciones de la cobertura y del nivel de las prestaciones forma una única variable explicativa. Este es el modelo con el mayor significado de todos los modelos usados (Cuadro 6.2, M10)¹². Tanto la puntuación de la cobertura como, con una estadística F ligeramente más baja, la puntuación del nivel de las prestaciones son también importantes individualmente al 1% (M8 y M9)¹³.

Resultados del bienestar económico

El análisis de la Sección 3.2 indicaba que los resultados del bienestar económico, medidos a través de los relativamente equiparables ingresos familiares con una persona con discapacidad, pueden estar relacionados con la estructura del sistema de prestaciones por discapacidad. Los resultados que se muestran en el Gráfico 3.2 (véase el Capítulo 3) sugieren de hecho que a las personas con discapacidad les va mejor en los países con prestaciones individuales para toda la población y/o con altos índices de sustitución de los ingresos, y que les va peor en los países con un fuerte enfoque de los programas sujetos a la comprobación de los recursos y con índices de sustitución comparativamente bajos en su programa de seguros relacionados a los ingresos.

Al usar la tipología de las políticas, se identifica cierta correlación entre la puntuación de las *políticas de indemnización* y el bienestar económico. La cantidad de variación entre países explicada es baja ($R^2 = 0,25$, véase el Gráfico 6.7), pero la correlación es estadísticamente importante al 5% (Cuadro 6.3, M11). Hay varios países que no se ajustan a la línea de tendencia. Esto es particularmente válido para España y Portugal, que ofrecen generosas prestaciones del seguro pero sólo a un grupo relativamente pequeño de personas con discapacidad, debido a unas prestaciones más bajas para las personas más jóvenes con discapacidad (Portugal) o a unos índices de desempleo sumamente altos, y por consiguiente, carentes de elegibilidad (España). Canadá es el único ejemplo opuesto importante, con un bienestar económico relativamente alto a pesar de tener un sistema de prestaciones restrictivo. Si se elimina a estos tres países del análisis, el coeficiente de correlación aumentaría a más de 0,70.

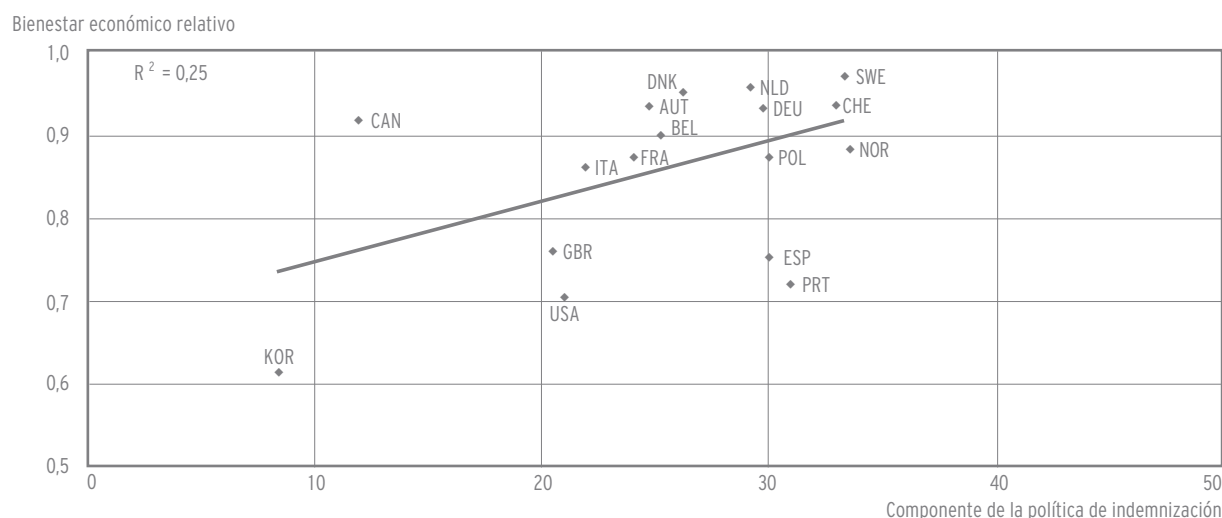
Al mismo tiempo, el análisis muestra que también existe una correlación mucho más fuerte, importante al 1%, entre la puntuación de las *políticas de integración* y el resultado referente al bienestar económico de las familias (Gráfico 6.8 y Cuadro 6.3, M12)¹⁴. Tal como se determinó en el Capítulo 3, a nivel del *individuo* los ingresos de las personas con discapacidad dependen básicamente de su situación laboral. Sin embargo, cuando se encuentra una correlación global no significativa entre las políticas de integración y los resultados del empleo (Gráfico 6.2), los mecanismos a través de los que las políticas de integración pueden influir en el resultado del bienestar económico necesitan un examen ulterior. De hecho, el Cuadro 6.3 muestra también que el *índice de empleo* de las personas con discapacidad no es un factor importante para explicar la variación entre países en cuanto al bienestar económico de las familias con personas con discapacidad (M13).

Por el contrario, el *índice de perceptores de prestaciones por discapacidad* está relacionado de forma considerable con el bienestar económico relativo de las familias (importante al 5%), probablemente como consecuencia de los niveles más altos de prestaciones en los países con índices globales más altos de perceptores de prestaciones (Cuadro 6.3, M14).

¹² La estadística F en este modelo es igual a 41,5, y el nivel de importancia correspondiente es 0,000008.

¹³ Obsérvese que el modelo mixto que usa ambos parámetros como dos variables explicativas independientes por separado es también muy importante, aunque la estadística F es considerablemente más baja que en el modelo que usa la suma de los dos parámetros como una sola variable independiente. En el modelo mixto, el coeficiente de cobertura es importante al 1 %, mientras que el coeficiente del nivel de las prestaciones sólo es importante al 10%.

¹⁴ El modelo mixto con ambos componentes de las políticas es también importante, aunque sólo al 5 %, pero explica algo más de la variación en el bienestar económico que hace el modelo simple de las políticas de integración. Por consiguiente, no es sorprendente que en el modelo mixto sólo sea importante el coeficiente de las políticas de integración.

GRÁFICO 6.7. CORRELACIÓN MENSURABLE ENTRE EL BIENESTAR ECONÓMICO Y LA POLÍTICA DE INDEMNIZACIÓNComponente de indemnización de la tipología del año 2000 frente al bienestar económico relativo^a

a) Bienestar económico: renta familiar equiparable, a finales de la década de 1990.

Fuente: Base de datos de la OCDE relativos a los programas para las personas con discapacidad, véase el Cuadro A1.2 del Anexo I.

AUS = Austria AUT = Australia BEL = Bélgica CAN = Canadá CHE = Suiza DEU = Alemania DNK = Dinamarca
 ESP = España FRA = Francia GBR = Reino Unido ITA = Italia KOR = Corea NLD = Holanda NOR = Noruega
 PRT = Portugal SWE = Suecia USA = Estados Unidos

Cuadro 6.3. La política de integración tiene el mayor impacto sobre el bienestar económico relativo

Resultados de diferentes modelos de regresión lineal relativos a los resultados del bienestar económico, a finales de la década de 1990

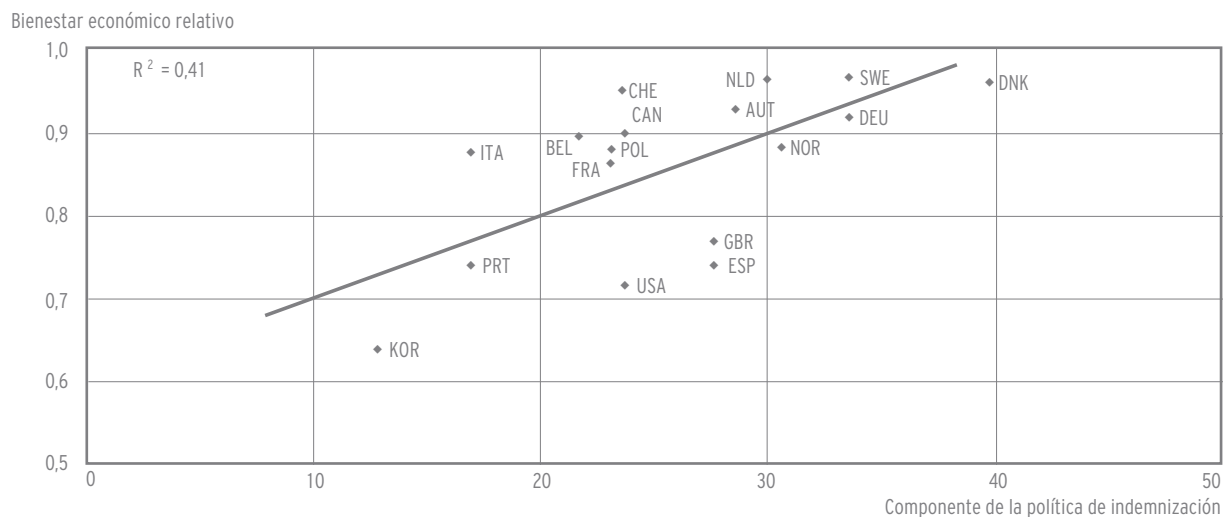
Variable dependiente	Variables explicativas	Resultados para los coeficientes		Resultados de los modelos globales	
		Coefficientes	Estadística t	R ²	Estadística F
Bienestar económico relativo de las familias con personas con discapacidad	M11: Política de indemnización	0,74	2,2*	0,25	5*
	M12: Política de integración	1,00	3,2**	0,41	10,4**
	M13: Índice de empleo de las personas con discapacidad	0,15	0,7	0,03	0,5
	M14: Índice de perceptores de prestaciones por discapacidad	0,18	2,1*	0,23	4,5*
	M15: Política de indemnización, política de integración, índice de empleo e índice de perceptores de prestaciones	0,13	0,3	0,49	2,9
		0,71	1,9		
		0,11	0,6		
	0,09	0,9			

* importante al 5 %.
 ** importante al 1 %.

Fuente: Cálculos propios basados en el Cuadro A1.1 del Anexo I y en la base de datos de la OCDE relativos a los programas para las personas con discapacidad, véase el Cuadro A1.2 del Anexo I.

Un modelo mixto de regresión con las cuatro variables –puntuaciones de las políticas de indemnización, puntuaciones de las políticas de integración, índices de empleo de las personas con discapacidad e índices de perceptores de prestaciones por discapacidad– no es importante al 5% (aunque sí es importante al 10%), pero confirma que la puntuación de las políticas de integración es el único factor explicativo más importante (M15)¹⁵.

¹⁵ Obsérvese que, aunque los resultados parecen ser muy importantes, los resultados de las regresiones relativas al bienestar económico tienen que interpretarse con cautela, ya que no son muy sólidos. Si se prescinde de Corea en el análisis, por ejemplo, se elimina la importancia tanto del modelo de las políticas de indemnización como del modelo de los perceptores de prestaciones, y se reduce la importancia del modelo de las políticas de integración del nivel del 1% al del 5%. De modo similar, si también se dispusiera de los datos sobre el bienestar familiar relativo para México y Australia,

GRÁFICO 6.8. PERO UNA CORRELACIÓN MÁS FUERTE ENTRE EL BIENESTAR ECONÓMICO Y LA POLÍTICA DE INTEGRACIÓN**Componente de integración de la tipología del año 2000 frente al bienestar económico relativo^a**

a) Bienestar económico: renta familiar equiparable, a finales de la década de 1990.

Fuente: Base de datos de la OCDE relativos a los programas para las personas con discapacidad, véase el Cuadro A1.2 del Anexo I.

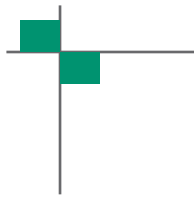
AUS = Austria	AUT = Australia	BEL = Bélgica	CAN = Canadá	CHE = Suiza	DEU = Alemania	DNK = Dinamarca
ESP = España	FRA = Francia	GBR = Reino Unido	ITA = Italia	KOR = Corea	MEX = México	NLD = Holanda
NOR = Noruega	PRT = Portugal	SWE = Suecia	TUR = Turquía	USA = Estados Unidos		

es probable que se eliminara la importancia del factor de las políticas de integración (porque los datos sobre los ingresos personales de las personas con discapacidad sugieren unos niveles de bienestar económico relativo comparativamente altos para esta agrupación en México, a pesar de la ausencia práctica de cualquiera de las políticas de integración, y unos niveles de bienestar relativo comparativamente bajos en Australia, a pesar de que en este país existe un enfoque de integración bastante firme).

 **CAPÍTULO 7**

Reformas políticas recientes y futuras

Resumen: En el Capítulo 7 se analizan las reformas de las políticas en materia de discapacidad durante la década de 1990 y se describen con algún detalle las últimas iniciativas de reforma más importantes de cada país. Este análisis también pretende ayudar a comprender hasta qué punto las estrategias políticas futuras que se sugieren y debaten en el Capítulo de Conclusiones son una continuación de la evolución reciente en el campo de las políticas en materia de discapacidad dirigidas a la población activa o un movimiento que se aparta de estas tendencias.

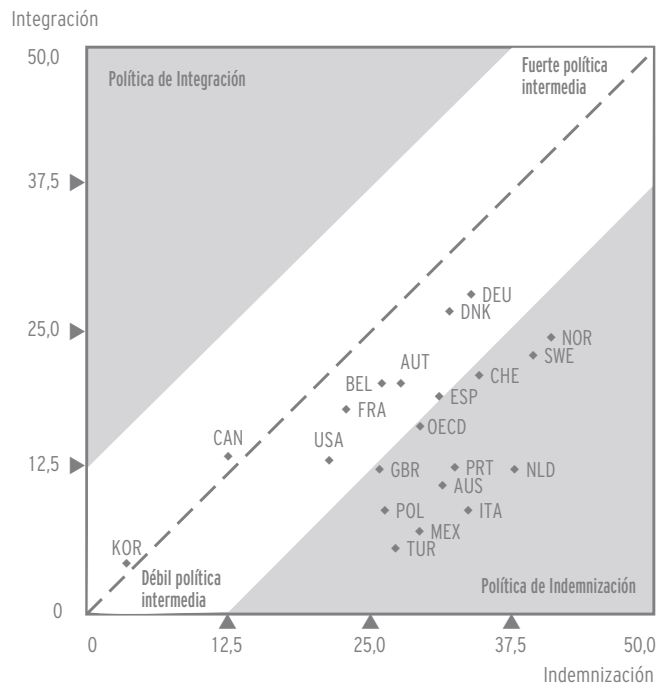


7.1. Alcance y orientación de las recientes reformas

La tipología de las políticas desarrollada en el capítulo anterior es esclarecedora para analizar la *reforma* de las políticas en materia de discapacidad, y en especial los cambios en la orientación de las políticas. En el Gráfico 7.1 se muestra la clasificación de las políticas en materia de discapacidad en 1985, que puede compararse directamente con el Gráfico 6.1. Hace unos quince años, las políticas de casi todos los países podían caracterizarse por estar orientadas claramente a la indemnización. En un grado considerable, es probable que esta conclusión explique los elevados índices de perceptores de prestaciones existentes en la actualidad. Ningún país posee una dosificación de políticas situada en la diagonal, y mucho menos por encima de ella, con dos excepciones: Corea, que sólo introdujo sus sistemas de prestaciones por discapacidad (y también la mayoría de los programas de empleo) después de 1985, y Canadá, que nunca ha gestionado un programa de prestaciones generoso (es probable que sea un factor decisivo para explicar el bajo índice de perceptores de prestaciones por discapacidad en ese país).

GRÁFICO 7.1. FUERTE ENFOQUE DE LAS POLÍTICAS DE INDEMNIZACIÓN HASTA HACE POCO TIEMPO

Tipología de las políticas en materia de discapacidad en torno al año 1985



Fuente: Base de datos de la OCDE relativos a los programas de las personas con discapacidad, véase el Cuadro A1.2 del Anexo I.

AUS = Austria	AUT = Australia	BEL = Bélgica	CAN = Canadá	CHE = Suiza	DEU = Alemania	DNK = Dinamarca
ESP = España	FRA = Francia	GBR = Reino Unido	ITA = Italia	KOR = Corea	MEX = México	NLD = Holanda
NOR = Noruega	POL = Polonia	PRT = Portugal	SWE = Suecia	TUR = Turquía	USA = Estados Unidos	OECD = OCDE

Impulsados por experiencias frustrantes con los enfoques políticos existentes, casi todos los países de la OCDE emprendieron importantes reformas durante la década de 1990. También incitaron al cambio de políticas las iniciativas de ámbito supranacional y el cometido más activo y visible de las asociaciones de personas con discapacidad, que obtuvieron una aceptación creciente como actores independientes en el proceso normativo.

En muchos países, las reformas de la década de 1990 fueron de mayor envergadura que nunca. Un impulso nuevo y reforzado en los derechos civiles y en las medidas contra la discriminación de las personas con discapacidad ha dado lugar casi siempre a una reorientación de las políticas. Por lo general, puede observarse una convergencia considerable en los objetivos de las políticas. Países que hasta hace poco se han centrado sólo en la indemnización (como Italia, Holanda y el Reino Unido) se encuentran en el proceso de llevar a cabo una serie de programas de fomento del empleo. Países con núcleos de integración más desarrollados (como Alemania y los países escandinavos) han potenciado considerablemente su estrategia de fomento del empleo. Y países con estados de bienestar en desarrollo, en especial Corea, y los que están empeñados en el perfeccionamiento gradual de los programas públicos para las personas con discapacidad (como Portugal y España) han tenido en cuenta las experiencias de otros países y establecen su política en materia de discapacidad en una dosificación equilibrada de políticas de empleo y transferencia.

De manera más detallada, en muchos países y de diferentes formas se han sugerido los siguientes elementos:

- la introducción de una legislación antidiscriminatoria;
- un aumento notable de las responsabilidades de los empresarios hacia las personas con discapacidad;
- la promoción de una administración modernizada y de centros de servicios de ventanilla única, y
- la introducción de distintas formas de incentivos para el trabajo con reconocimiento permanente de la situación de discapacidad¹.

La inquietud en materia de igualdad de oportunidades ha dado lugar a la introducción de una legislación antidiscriminatoria, con un especial enfoque o capítulo destinado a la no discriminación, en todos los aspectos del proceso de empleo. Dicha legislación se introdujo por primera vez en los Estados Unidos en 1990 (aunque en Canadá existía mucho antes una legislación en materia de derechos humanos) y después fue adoptada por otros países de habla inglesa. Más recientemente, una legislación similar también se ha introducido, o está en preparación, en varios países europeos.

En muchos países, una mayor conciencia de los incentivos creados por los sistemas de prestaciones por discapacidad ha hecho modificar también las políticas de transferencia. En países con un sistema de prestaciones de tipo dual se han llegado a adoptar diferentes formas de restringir, sobre todo, el acceso a las prestaciones del seguro de discapacidad. En varios países, se ha incluido un acceso más estricto en uno o más de los aspectos siguientes:

- un procedimiento de evaluación médica más reglamentado y normalizado;
- una suavización o supresión de la anterior evaluación de ocupación “propia”;
- el uso de un criterio abstracto del mercado laboral;
- el énfasis en conceder prestaciones sobre una base más temporal, y
- una reducción de los niveles de las prestaciones.

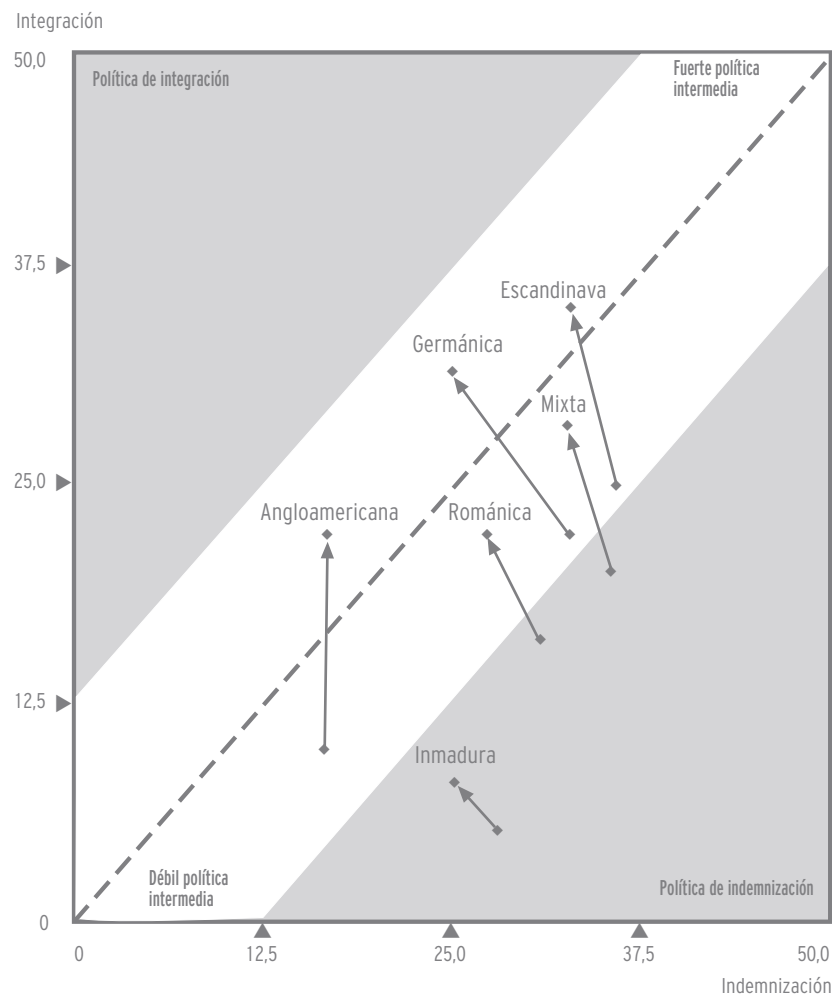
¹ El "reconocimiento permanente de la situación de discapacidad" se refiere a una situación en la que la discapacidad continúa, pero las prestaciones pueden interrumpirse cuando un beneficiario acepta un trabajo. Los pagos de las prestaciones se reanudan inmediatamente si resulta que la persona no se adapta al trabajo. Estas normas se han diseñado con el fin de aumentar el incentivo para probar a trabajar, mientras que el derecho a las prestaciones permanece totalmente intacto.

En conjunto, los últimos quince años fueron un período de fuerte expansión de las medidas de integración relacionadas con el empleo, con alguna contracción de las transferencias compensatorias. Los cambios fueron igual de amplios en todos los grupos de países (Gráfico 7.2), aunque algo menos pronunciados en sistemas inmaduros (México y Turquía). En 1985, por ejemplo, los grupos románico y mixto todavía utilizaban un enfoque más pronunciado de la política de indemnización, lo que ya no ocurría en 2000. Si la misma tendencia política se prolonga durante el próximo período de 15 años, para 2015 la mayoría de los grupos se caracterizarán por tener un enfoque bien diferenciado de las políticas en materia de integración.

Entre los 20 países estudiados, el cambio de las políticas durante los últimos quince años fue más pronunciado en Holanda, mientras que Suiza es el único país que sólo presentó cambios secundarios en ambas dimensiones (Cuadro 7.1). Los primeros resultados positivos de estas reformas de bastante largo alcance fueron estabilizar o, incluso, disminuir los índices de los flujos de entrada en las prestaciones por discapacidad. Pero también hubo ciertos fracasos inesperados en la forma de aumentar los índices de los flujos de entrada en algunos países, en parte porque la expansión de las medidas de integración no estuvo acompañada por la ejecución de programas de transferencia supeditados a la participación en estos programas.

GRÁFICO 7.2. FUERTE DESPLAZAMIENTO HACIA LA INTEGRACIÓN DE TODAS LAS AGRUPACIONES DE LAS POLÍTICAS

Tipología de las políticas en materia de discapacidad en torno a 1985 y 2000



Fuente: Base de datos de la OCDE relativos a los programas de las personas con discapacidad, véase el Cuadro A1.2 del Anexo I.

Cuadro 7.1. Orientación del cambio de las políticas en materia de discapacidad en el período de 1985 a 2000

		Política de indemnización		
		Fuerte contracción	Alguna contracción	Ninguna contracción o expansión
Política en materia de integración	Expansión fuerte	Holanda	Australia Dinamarca Reino Unido	Polonia
	Expansión intermedia	Italia	Austria Alemania Noruega España Suecia	Canadá Francia Corea Estados Unidos
	Expansión débil	-	Bélgica México Portugal Turquía	Suiza

Fuente: Base de datos de la OCDE relativos a los programas de las personas con discapacidad, véase el Cuadro A1.2 del Anexo I.

7.2. Iniciativas de reforma adoptadas por cada uno de los países

En esta sección se resumen, país por país, los cambios de políticas más importantes en los 20 países de la OCDE participantes durante los últimos diez a veinte años. Están ordenados por las seis agrupaciones de las políticas identificadas en el capítulo anterior.

Sistemas inmaduros: Turquía y México

México parece estar en la misma etapa en la que estaba Corea hace unos diez años. Aunque el marco normativo propiamente dicho todavía no ha cambiado en realidad, durante la segunda mitad de la década de 1990 se llevaron a cabo varios programas y se constituyeron organismos que reconocen la necesidad de promocionar e integrar a las personas con discapacidad. Entre los objetivos de estas iniciativas se cuentan la concienciación institucional, la educación en materia de prevención e integración y la coordinación de las políticas, las estrategias y los programas de acción. El sistema de seguridad social, por el contrario, experimentó dos reformas estructurales importantes. En 1995 se introdujo un nuevo seguro de pensiones obligatorio y privado (que se aplicó en 1997) para quienes entraron en la población activa en 1997 (con una posibilidad de cambio voluntario para todos los demás). En 1997, el seguro de discapacidad y supervivencia se reformó para convertirlo en un seguro social que debe contratarse en el mercado de seguros privados.

En Turquía, las reformas vinculadas a la integración se caracterizaron por nuevos desarrollos en la rehabilitación y formación profesionales. No existen programas especiales de empleo. Desde 1984 se ha exigido a los ayuntamientos que suministren servicios de rehabilitación y, en 2000, se pidió al Instituto Turco de Empleo que estableciera centros de formación profesional por sí mismo o en cooperación con otras organizaciones públicas o privadas. En la Normativa de 1987, relativa al Empleo de las Personas con Discapacidad, se introdujo una nueva definición de discapacidad –una reducción de la capacidad de trabajo mínima del 40% y máxima del 70%– que se utiliza para la cuota de empleo y para la rehabilitación profesional. La enmienda de 2000 de la Ley Laboral elevó la cuota de empleo obligatoria del 2 al 3%. Las prestaciones por discapacidad experimentaron un cambio considerable en el contexto de una reforma de las pensiones de largo alcance que pretendía restringir el acceso (con la introducción y el incremento de la edad mínima de jubila-

ción) y el fortalecimiento del vínculo entre las cotizaciones y las prestaciones (la nueva fórmula de prestaciones tiene en cuenta el período de cotización y los ingresos vitalicios como ingresos de referencia). En la actualidad están en curso otras medidas para aumentar la cobertura de la seguridad social (introducción del seguro de desempleo en 2000, cuyas primeras prestaciones pagadas fueron las referidas a febrero de 2002, lo que amplía la cobertura del sistema de pensiones).

Enfoque de las políticas angloamericanas: Canadá, los Estados Unidos, el Reino Unido y Corea

Canadá ha presenciado cambios importantes en el marco legal. En 1982, el Gobierno federal y todas las provincias, excepto Québec, firmaron la Carta Canadiense de Derechos y Libertades. En 1992, se enmendó la Ley Canadiense de Derechos Humanos para incluir una cláusula de "adaptación razonable", lo que significa que los empresarios deberán proporcionar la adaptación, a menos que hacerlo provoque dificultades excesivas. Aparte de esto, las tendencias recientes se han caracterizado por cambios estructurales con la continua devolución a las provincias y territorios de la responsabilidad para disponer las medidas de empleo, y el establecimiento de un marco federal-provincial compartido o asociación para abordar las cuestiones relacionadas con la discapacidad (En Unison, *A Canadian Approach to Disability Issues*). En el ámbito provincial, se ha puesto mayor interés en tomar medidas activas que estimulen el empleo. Los incentivos para el trabajo también se incrementaron mediante la aportación de ingresos complementarios en la forma de distintas desgravaciones fiscales para los perceptores de ingresos bajos. Por el contrario, las reformas relativas a las prestaciones tuvieron una importancia secundaria. El sistema fiscal también se utiliza cada vez más como instrumento de política federal en materia de discapacidad.

En Corea, la década de 1980 fue un período de aumento de la conciencia con respecto a la discapacidad, la cual cobró protagonismo gracias a los juegos paralímpicos celebrados en Seúl en 1988, que terminó en un período de cambio activo y rápido de las políticas en los últimos años de la década de 1980 y en toda la década de 1990. En el breve período de menos de 15 años, se introdujeron todas las clases de nuevos programas de empleo y prestaciones: un sistema de registro de la discapacidad (1989), normas antidiscriminatorias y un sistema de cuotas de empleo (1990), la rehabilitación profesional y el fomento del empleo (2000), y, por el lado de la transferencia, una prestación por discapacidad contributiva (1988), un subsidio por discapacidad no contributiva (1990) y prestaciones por desempleo (1995). Aunque el historial político en este ámbito es breve, en los últimos años de la década de 1990 tuvo lugar una importante política de reorientación. Aunque al principio la política se fundamentaba en el sistema de cuotas, con la segunda ronda de reformas la orientación se giró a la rehabilitación profesional de las personas con discapacidad grave (más servicios disponibles, mejor gestión). Por el lado de la seguridad social, el objetivo principal durante la década de 1990 fue ampliar la cobertura tanto del programa de discapacidad como del programa de prevención de accidentes laborales.

La política en materia de discapacidad en el Reino Unido experimentó una reorientación considerable durante la década de 1990, con un nuevo interés en la rehabilitación profesional, las necesidades individuales y los servicios personalizados, y distintos esfuerzos para imponer un salario (unos ingresos mínimos para las personas con discapacidad introducidos en 1992, reformados después para convertirse en una desgravación fiscal para las personas con discapacidad en 1999). En 1996, la parte de empleo de la nueva legislación contra la discriminación sustituyó sin éxito a la cuota de empleo obligatoria existente hasta entonces (no tuvo éxito porque el cumplimiento de la cuota había caído con rapidez). En 1994, ya se había introducido el programa de "acceso al trabajo", que ofrecía ayuda práctica para superar los obstáculos en el lugar de trabajo o para conseguir trabajo. En 1998, se establecieron dos sistemas piloto del "Nuevo Trato para las Personas con Discapacidad" a fin de apoyar a las personas con discapacidad en su vuelta al trabajo. Uno de ellos tenía un servicio de asesoría personal, mientras que el otro incluía una serie de sistemas, como ensayos de trabajo no remunerado y pagos de contrapartida por trabajo a tiempo par-

cial. En 2001, se inició un "Nuevo Trato para las Personas con Discapacidad" de ámbito nacional, en virtud del cual se ha contratado a diversas organizaciones para que presten servicios en calidad de intermediarias del empleo y que trabajan tanto con las personas con discapacidad como con los empresarios. En el mismo año, en un esfuerzo por aumentar la eficiencia y mejorar el servicio, el organismo de prestaciones y el servicio de empleo se fundieron en un solo organismo para las personas en edad laboral (Jobcentre Plus) como parte del recién creado Departamento de Trabajo y Pensiones. El empleo con apoyo y el empleo protegido se integraron y reiniciaron en el programa Workstep (criterios de elegibilidad menos estrictos y centrados en las personas que perciben prestaciones; objetivos de progresión difíciles, pero alcanzables, junto con nuevas disposiciones de financiación orientada al resultado; desarrollo de normas de calidad). En el futuro, se pondrá más el acento en la asistencia personal y en la rehabilitación profesional mediante sistemas piloto de conservación del empleo y de rehabilitación para comprobar el efecto y la rentabilidad de la ayuda prematura centrada en el trabajo. Por el lado de las prestaciones, se hicieron esfuerzos para simplificar diferentes prestaciones (por ejemplo, en 1995 una nueva prestación por discapacidad sustituyó a la prestación por invalidez y enfermedad), para pasar los costes a los empresarios (ocho semanas de compensación reglamentaria por enfermedad por parte de la empresa desde 1983; 28 semanas de compensación por enfermedad, soportada totalmente por parte del empresario desde 1995), para hacer más estrictas las condiciones del derecho al acceso (nuevo reconocimiento médico, la prueba de aptitud para todos los trabajos, introducida en 1995, sustituida sólo cinco años después por la evaluación de la capacidad personal, que proporciona información adicional al personal asesor sobre la capacidad del solicitante), y para aumentar los incentivos para el trabajo (las reglas vinculantes para prestaciones relacionadas con discapacidad se extendieron de ocho a 52 semanas en 1998, las reglas de trabajo permitido se modificaron –por ejemplo, ya no era necesario el permiso del médico para trabajar– en 2002). A partir de 2001, desde la supresión del subsidio por discapacidad grave, se rebajaron los requisitos de cotización para las prestaciones por discapacidad con el fin de garantizar que las personas con discapacidad adquirida de forma congénita o en la juventud tuvieran acceso a esta prestación.

En los Estados Unidos, el elemento de reforma más importante durante las dos últimas décadas fue la ejecución de una legislación de gran alcance contra la discriminación en 1992, que ejerció un efecto importante sobre las obligaciones de los empresarios. Aparte de esto, ha habido también reformas relacionadas con el empleo, dirigidas a aumentar las posibilidades de empleo de las personas con discapacidad grave, una tendencia que se inició en 1973. En ellas se incluyó el empleo con apoyo (definido legalmente y dotado de financiación apropiada en 1986, ampliado en 1992 para incluir otras discapacidades distintas de las desarrolladas en el trabajo) y tratamiento prioritario en la rehabilitación profesional (también desde 1992). Ha habido otra tendencia más reciente para dar más peso a las preferencias individuales de los clientes: en 1998 se introdujeron unas cuentas individuales de formación que permiten a los clientes elegir su proveedor, que se complementaron un año después con los bonos del programa "pasaporte al empleo" para la rehabilitación profesional, que son ofrecidos por la administración de la Seguridad Social. La reforma de 1998 empezó también por establecer centros de ventanilla única para todos los servicios en cada ámbito local de inversión en fuerza laboral, que funciona como un sistema continuo y coordinado de prestación de servicios a las personas con o sin discapacidad. Otras reformas relacionadas con las prestaciones se fijaron el objetivo concreto de aumentar los incentivos para el trabajo para los beneficiarios de prestaciones por discapacidad: el denominado período extendido de elegibilidad de 15 meses (que sigue al período probatorio de trabajo) se introdujo en 1980 y se amplió a 36 meses en 1987; en 1986, la normativa denominada 1619b) suavizó bastante las restricciones al trabajo para los beneficiarios de prestaciones, y 1999 contempló la introducción de la cobertura de Medicare para quienes volvieran a trabajar y de incentivos para la afiliación a Medicare. Los intentos realizados en 1980 para dificultar el acceso a las prestaciones por discapacidad y aumentar el control mediante un mayor recurso a las revisiones constantes de la discapacidad fracasaron en gran medida, porque en 1984 una gran protesta política había forzado la suavización e incluso la retirada parcial de tales medidas.

Enfoque de las políticas escandinavas: Noruega, Suecia y Dinamarca

En Dinamarca se introdujeron reformas de gran alcance, sobre todo en la década de 1990. Una tendencia importante fue la descentralización gradual de competencias, que empezó en 1976 y terminó en 1998; desde entonces, los Ayuntamientos tienen la responsabilidad de casi todas las cuestiones relacionadas con la discapacidad (oficinas de ventanilla única) así como otras obligaciones (por ejemplo, las relativas a la intervención profesional precoz o las revisiones de seguimiento de las personas que aparecen en las listas de enfermos). El Estado ejerce un papel director a través de la variación de los índices de reembolso con el fin de establecer incentivos para usar los programas activos más que los pasivos. Además, en 1993 mejoró la situación legal de las personas con discapacidad mediante la introducción de dos nuevos principios políticos como partes del modelo social de discapacidad: la *responsabilidad de los sectores* y la *indemnización*. La responsabilidad social de los empresarios ha ido pasando a primer plano (por ejemplo, mediante un enfoque de la rehabilitación empresarial). Las reformas relacionadas con el empleo se encaminaron a ampliar las opciones en el mercado laboral abierto. En 1992 se introdujo un sólido programa de empleo con apoyo, y en 1994 se lanzaron sistemas de empleo subvencionado nuevos y más flexibles (capítulos sociales en convenios colectivos) y, en especial, en 1998 (empleos flexibles a tiempo completo, empleos protegidos a tiempo parcial, plan de formación en la empresa). Para 2003 se contempla una reforma de gran envergadura en materia de prestaciones dirigida a reducir la dependencia de las mismas. Según los planes de reforma, se suprimirán las prestaciones parciales, que serán sustituidas por la disponibilidad de empleos flexibles adaptables. Al mismo tiempo, se aplicará un criterio de aptitud para el trabajo, que se centra en la capacidad de realizar un empleo flexible en lugar de perder la empleabilidad, y que concede menos importancia a los aspectos médicos.

En Noruega las reformas relacionadas con el empleo durante la última década se orientaron a incrementar el empleo en el mercado laboral abierto (introducción de empleo con apoyo en 1993, fortalecimiento de la función de transición del empleo protegido en 1994). En 1994, aumentó la eficacia de la intervención profesional porque la responsabilidad general de las medidas activas de empleo para las personas con discapacidad profesional se transfirió al servicio público de empleo. Esta medida fue acompañada de una reforma del programa de prestaciones por enfermedad (posibilidad de detener el pago si el cliente rechaza las medidas de rehabilitación, necesidad de que los empresarios comuniquen las medidas adoptadas en el lugar de trabajo). Para el futuro, hay planes de simplificar las normas, reducir el número y los tipos de programas y reconsiderar la duración y el importe de la ayuda. Dos objetivos informaron las reformas de los sistemas de prestaciones por enfermedad y discapacidad: restringir el acceso (evaluación médica más estricta de la discapacidad, requisitos más exigentes de movilidad profesional y geográfica en 1991; desde 1988, las prestaciones por enfermedad que duran más de ocho semanas se han condicionado a un informe detallado del médico de cabecera, y desde 1993, después de 12 semanas se ha exigido un dictamen especial de los organismos de seguro nacionales) y difundir la flexibilidad. En 1995, y después de un fallo del Tribunal de la Seguridad Social, hubo que derogar las nuevas normas en materia de criterios médicos para la concesión de las prestaciones por discapacidad (desde entonces, los criterios médicos se han definido con más precisión en la ley). Para el futuro, un grupo de expertos ha propuesto reformas ambiciosas que, sin embargo, han sido rechazadas por el Gobierno en favor de acuerdos voluntarios que serán formulados por los agentes sociales. El grupo ha sugerido: centrarse en una intervención profesional más precoz (sistema de seguimiento individual durante las primeras ocho semanas); potenciar el reparto del coste de las prestaciones por enfermedad (los empresarios deben soportar el 20% de las prestaciones después de los primeros 16 días, los empleados deben recibir el 80% del índice de sustitución durante los primeros 16 días); introducir una prestación por discapacidad temporal de hasta cuatro años y reconsiderar las solicitudes de prestaciones por discapacidad de los menores de 50 años, a quienes se les concedieron prestaciones parciales durante los últimos cinco años.

También en Suecia la década de 1990 fue un período de reformas muy extensas, incluido un considerable cambio del marco legal. Una tendencia importante fue la de incrementar las responsabilidades de los empresarios, entre ellas las obligaciones en materia de acondicionamiento del lugar de trabajo (modificaciones en

1991 y en 2000 de la ley relativa al entorno laboral), rehabilitación profesional (desde 1992, análisis de la rehabilitación que se ha de impartir dentro de las primeras ocho semanas de enfermedad, haciendo hincapié en la rehabilitación en el lugar de trabajo) y el pago de prestaciones por enfermedad (período empresarial de 14 días, también desde 1992). Hubo otra tendencia importante hacia nuevos derechos y obligaciones de las personas con discapacidad, en especial por lo que respecta a la rehabilitación profesional (derecho y obligación introducidos en 1992), pero también como se disponía en la Ley de Discriminación de 1999. Estas dos tendencias deben continuar: la adecuación de los instrumentos legales se analiza ahora en el seno de dos comisiones y hay preparativos para hacer más cambios en la rehabilitación profesional con un acento más fuerte en el individuo y en una persona responsable que lo ayude. Las reformas relacionadas con el empleo pretendían ampliar las opciones de las personas con discapacidad, sobre todo, pero no únicamente, en el mercado laboral abierto. El empleo protegido fue fortalecido en 1980 y 1985, las subvenciones al empleo se reformaron en 1991 (mayor flexibilidad, de conformidad con los cambios de la capacidad laboral, limitada en el tiempo), y en 1998 el empleo con apoyo se convirtió en un programa permanente (cinco años después de haberse iniciado como tentativa). Las reformas de las prestaciones se caracterizaron por restringir el acceso a las prestaciones, tanto en materia de discapacidad –en especial en 1997 (criterios médicos más estrictos)– como en lo relativo a los accidentes de trabajo (vinculación con los programas de enfermedad y una elegibilidad más estricta desde 1993). Para el próximo futuro, se han planeado cambios de gran alcance: se fusionarán el seguro de discapacidad y el de enfermedad; la responsabilidad empresarial del pago continuo del salario se aumentará de 14 a 60 días, y la prestación por discapacidad permanente se suprimirá del todo y será sustituida por: I) una prestación de actividad temporal con incentivos para el trabajo especial para el grupo de edad de 19 a 29 años, y II) una prestación por enfermedad temporal para quienes tengan 30 o más años de edad.

Enfoque de las políticas germánicas: Austria y Alemania

En Austria las reformas relacionadas con el empleo se centraron en ampliar las opciones de empleo mediante la introducción del empleo protegido en talleres especiales (en 1979) y el empleo con apoyo o el asesoramiento profesional (en 1999, después de distintos proyectos probatorios desde 1992). Las reformas de la rehabilitación profesional aumentaron los derechos y obligaciones de las personas con discapacidad; el principio "la rehabilitación precede a la pensión" se introdujo en 1996. Las reformas de las prestaciones se caracterizaron por diversos cambios asistemáticos en la aplicación de la evaluación de la profesión habitual del interesado en el programa de las prestaciones por discapacidad, aunque sin desafiar el concepto en sí mismo. En particular, en 1993 se introdujo un programa especial de jubilación anticipada tomando como base la capacidad de trabajo reducida (con una interpretación muy generosa del término "propia ocupación"), pero, a raíz del uso a gran escala de esta forma de salida del mercado laboral, se suprimió en 2000. Desde 1996, las prestaciones por discapacidad se han concedido, en general, de manera temporal, salvo cuando la discapacidad es del 100%. El nuevo Gobierno ha nombrado a un grupo de expertos que está en el proceso de terminar su trabajo. El borrador del informe propone lo siguiente: separar el riesgo de discapacidad del riesgo de jubilación; introducir equipos de rehabilitación que empiecen a actuar pronto en el proceso de discapacidad y aumentar las obligaciones de la persona con discapacidad; suprimir gran parte de la evaluación de la profesión habitual del interesado (aunque no por completo); hacer la fórmula de prestación independiente del período de cotización (el 60% de los ingresos asegurados), e introducir una prestación por disminución parcial de la capacidad de trabajo (sólo un valor parcial) y una prestación especial de desempleo para los perceptores de prestaciones por discapacidad parcial que no pueden encontrar un puesto de trabajo.

En Alemania la reforma de las políticas en materia de discapacidad adquirió un considerable ímpetu en la segunda mitad de la década de 1990 (por ejemplo, reducción de las subvenciones salariales en 1994 y 1997), y condujo a reformas de gran envergadura, sobre todo en el año 2001, y a la introducción, en 2002, de una nueva ley de igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. En 2001 se introdujo un

conjunto completo de derechos y posibilidades mediante una nueva ley de lucha contra el desempleo de las personas con discapacidad. En ella se incluye el derecho a asistencia en el trabajo, la adaptación del lugar de trabajo, el empleo a tiempo parcial y la oferta precoz de medidas de calificación, pero también más obligaciones por parte de los empresarios y algunos cambios de la cuota de empleo. La rehabilitación profesional se hizo más eficiente y accesible, en primer lugar, porque se suprimió el monopolio de la orientación profesional por parte del servicio público del mercado laboral (1998), y, luego, mediante la mejora de la integración y coordinación de las actividades de los distintos organismos responsables (2002). Por consiguiente, se ha podido hacer cumplir mejor el derecho a la rehabilitación profesional. Por lo que respecta a las prestaciones, se tomaron medidas para reforzar el acceso a las prestaciones por discapacidad (1984) y reducir las prestaciones en el caso de acumulación con otras prestaciones (1992) o ingresos (1996). Una reforma importante iniciada durante los últimos años de la década de 1990 entró en vigor en 2001: se suprimió la evaluación de la profesión habitual del interesado (aunque sólo para las personas nacidas después de 1960), se introdujo una nueva definición de discapacidad con una distinción explícita entre prestaciones totales y parciales –en relación con las horas que una persona puede trabajar– y se hizo obligatoria la concesión de prestaciones con base temporal. En 2003 se introducirá una prestación especial no contributiva para las personas con discapacidad, similar a la existente en muchos otros países de la OCDE. Por último, merece la pena mencionar que las recientes reformas del sistema de desempleo (reducción del 3% de las prestaciones por año) y, en especial, de la jubilación anticipada (supresión de la mayoría de estos programas), es probable que aumenten la presión sobre el sistema de discapacidad.

Enfoque de las políticas románicas: Francia, Italia, Portugal, Polonia, España y Bélgica

En Bélgica sólo se han ejecutado reformas secundarias durante los últimos veinte años. En 1991 se disolvió el Fondo Nacional para la Rehabilitación Social de las Personas con Discapacidad y la responsabilidad de los servicios de empleo y rehabilitación profesional se devolvió al ámbito regional (mientras que la rehabilitación médica, como la seguridad social, permaneció en el ámbito federal). Desde entonces, en todas las regiones se ha ampliado la serie de programas de empleo en el mercado laboral abierto (nuevos sistemas de salario subvencionado, diversos tipos de iniciativas de empleo con apoyo). Una reforma importante de las prestaciones por discapacidad suprimió en 1987 las distinciones por tipo de discapacidad y modificó las condiciones y tipos de prestaciones, con adaptación de la política a pequeña escala desde entonces.

En Francia, la reforma más importante relacionada con el empleo tuvo lugar en 1987 con la promulgación de la Ley de Empleo de los Trabajadores con Discapacidad. Esta ley introdujo una nueva cuota de empleo del 6% (en sustitución de un sistema anterior que se había ejecutado) y extendió la obligación de empleo al sector público. Al mismo tiempo, se introdujeron otras cuatro opciones para el cumplimiento de esta obligación: el pago obligatorio de aportaciones por cumplimiento insuficiente de la cuota, la (sub)contratación con entidades de empleo protegido, la suscripción de convenios colectivos especiales a escala de las empresas o las sucursales y la aceptación de personas discapacitadas en prácticas. Un organismo aparte (AGEFIPH, *Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées* [Asociación de Gestión de Fondos para la Integración Profesional de las Personas con Discapacidad]) se hizo responsable de desembolsar los fondos recogidos gracias a este sistema. El modo de financiar los talleres protegidos se cambió dos veces durante la década de 1990 y ahora se encuentra de nuevo en fase de consideración. En 1991, la responsabilidad de subvencionar talleres protegidos se devolvió al nivel regional, y en 1996 se estableció parcialmente un fondo central que garantice préstamos contratados por talleres protegidos. Por último, a finales de 2000 se agruparon distintos tipos de servicios de empleo especial y se especificaron nuevos requisitos de producción, con el objetivo de hacer más eficiente la colocación de los trabajadores con discapacidad en el mercado laboral (CAP EMPLOI)².

². Obsérvese que no se ha proporcionado información de las reformas relativas a la Seguridad Social en Francia.

Italia atravesó dos periodos muy diferentes. Después de introducirse la legislación en materia de empleo protegido en 1991, la década de 1990 se caracterizó por un reconocimiento de la importancia de la integración social y los derechos de las personas con discapacidad. En 1999 se promulgaron algunas medidas de empleo específicas, poniendo el acento en las aptitudes, el objetivo de colocación mediante una cuota de empleo reformada y nuevas responsabilidades de los empresarios. Estos cambios se derivaron, en parte, de medidas adoptadas en la década de 1980 dirigidas a limitar un programa de pensiones por discapacidad, generoso hasta entonces. Una reforma muy amplia del programa de prestaciones por discapacidad tuvo lugar ya en 1984: el criterio de capacidad para obtener ingresos fue sustituido por un criterio de capacidad para el trabajo, el mercado laboral (regional) dejó de tenerse en cuenta para determinar la elegibilidad, el procedimiento de evaluación se hizo más restrictivo, las prestaciones permanentes sólo se concedieron a las personas con discapacidad total, mientras que a la mayoría de los solicitantes se les concedían unas prestaciones temporales parciales mucho más bajas, con reevaluaciones de la situación de discapacidad al cabo de tres y seis años. Esto fue seguido de una disminución espectacular del tamaño de la población beneficiaria, lo que, a su vez, condujo a reformar el programa de prestaciones no contributivas. Las reglas de acceso a este programa se hicieron más estrictas (1988), y la repetición de la prueba en determinados grupos de beneficiarios condujo a la pérdida de prestaciones en el 25% de los casos comprobados (1996).

En Polonia durante la década de 1990 se hicieron considerables esfuerzos para impulsar medidas activas en el mercado laboral y aumentar las responsabilidades de los empresarios hacia las personas con discapacidad. En 1991, una ambiciosa ley inicial estableció un sistema de cuotas obligatorias y un conjunto de programas de rehabilitación y empleo financiados a partir de los impuestos recaudados por el sistema de cuotas. En 1998 se amplió más la extensión del apoyo que se ofrecía. Se puso un interés notable en los talleres protegidos, donde se considera que deben proporcionarse unas condiciones de trabajo y una asistencia médica adecuadas, mientras que para el futuro se planifica mejorar el acceso al mercado laboral abierto. El sistema de seguridad social se difundió considerablemente en los últimos quince años. En 1990 se introdujo un sistema especial de prestaciones por jubilación y por discapacidad para los agricultores, junto con pensiones sociales para las personas con discapacidad no protegidas por ningún otro sistema (que formaban parte del sistema de asistencia social, pero no estaban sujetas a la comprobación de los recursos). En los primeros años de la década de 1990, las prestaciones por discapacidad funcionaban como un instrumento importante del mercado laboral (hubo un acceso muy fácil para los agricultores, que constituían una proporción notable de la fuerza laboral). Desde 1997, se utilizó un nuevo procedimiento de evaluación de la discapacidad para mantener controlados los flujos de entrada en este sistema. Después de una reforma radical de las pensiones de vejez en 1999, el programa de discapacidad se convirtió en un sistema de seguro aparte, aunque las prestaciones se calculan todavía según el sistema antiguo. Las normas que rigen el derecho a las prestaciones por enfermedad también se hicieron más estrictas en 1999.

En Portugal casi todas las medidas existentes relacionadas con el empleo se introdujeron durante las dos últimas décadas (subvenciones al empleo en 1982, el programa de empleo protegido en 1983, una base legal para el sistema de rehabilitación profesional en 1989, una cuota de contratación para los servicios y organismos de la administración pública en 2001). En fase de planificación se encuentran varias iniciativas, entre las que se incluyen nuevas subvenciones salariales, un sistema de empleo con apoyo y una red de instituciones especializadas que han de ayudar a aumentar la eficacia de la rehabilitación y formación profesionales. Por el lado de las prestaciones por discapacidad, se tomaron medidas de aumento de la cobertura (normas especiales para determinadas enfermedades en 1990, 1998 y 2000) y de la seguridad (introducción de prestaciones mínimas en 1983, 1993 y 1998). Al mismo tiempo, se hicieron varios intentos de hacer más exigente el acceso a las prestaciones (aplicación de un nuevo procedimiento de evaluación de tres etapas en 1987, ampliado para cubrir el período de enfermedad en 1992, y armonización de los procedimientos de evaluación en 1997: el denominado sistema de verificación de la discapacidad) y de reforzar los controles contra el fraude. En los últimos tiempos se ha creado un nuevo complemento de dependencia para las personas con discapacidad grave, que se paga conforme a dos niveles. Las prestaciones se basarán gradualmente en todo

el período de cotización (40 años, en lugar de los 10 mejores de los últimos 15 años), con unos índices de acumulación diferentes (que van del 2% al 2,3%), en función del volumen de ingresos. Hay también planes para elevar las pensiones mínimas y las pensiones sociales sujetas a la comprobación de los recursos hasta el importe del salario mínimo nacional.

En España las tendencias se caracterizan por una gradual expansión de las medidas de integración de las personas con discapacidad en el mercado laboral, tanto con medidas obligatorias (por ejemplo, la cuota obligatoria de empleo introducida en 1982, el tratamiento preferente de los beneficiarios de prestaciones recuperados en 1983) como con instrumentos de incentivación. En la segunda mitad de la década de 1990 se puso más el acento en la orientación de servicios que proporcionasen recorridos completos hasta la integración. En un futuro próximo está previsto promulgar una normativa del empleo con apoyo, en especial para las personas afectadas de discapacidad intelectual. Además, el objetivo es hacer más hincapié en la prevención, la retención y la adaptación del puesto de trabajo; en una mejor coordinación de las distintas medidas y en un papel más activo del sector privado. Las reformas relativas a la Seguridad Social se caracterizaron por los esfuerzos continuos para hacer menos atractiva la solicitud de prestaciones y menos probable la dependencia de prestaciones de larga duración (por ejemplo, más requisitos del seguro en 1986, una reducción en el importe de la prestación por enfermedad de corta duración, un control más estricto del estado de enfermedad y un ligero cambio en la definición de ocupación propia –trabajo "habitual" en lugar de "propio"– para recibir una prestación por discapacidad en 1997). Además, se amplió el ámbito de acción de las Mutuas de Accidentes de Trabajo, a las que antes sólo se les permitía gestionar enfermedades y discapacidad profesionales. Es probable que su papel se incremente más en el futuro (obsérvese que es el empresario el que puede optar entre gestión pública y gestión privada por estas mutualidades aseguradoras).

Enfoque de las políticas mixtas: Holanda, Australia y Suiza

En Australia la década de 1990 fue un período de reformas muy extensas, entre ellas un cambio considerable del marco legal. En 1986, se estableció un marco que articuló los derechos, las responsabilidades y las expectativas de las personas con discapacidad y de los proveedores de servicios a dichas personas. En 1992 se introdujo una legislación contra la discriminación que ejerció un efecto importante sobre las obligaciones de los empresarios, que se suplementó unos años después con un sistema de modificación del lugar de trabajo. Las reformas relacionadas con el empleo se orientaron a introducir nuevos programas que ampliasen las oportunidades de las personas con discapacidad (por ejemplo, sistemas de salarios subvencionados en 1993), añadir plazas a los programas existentes (en especial con el Paquete de Reformas en materia de Discapacidad de 1991) y trabajar en diversos aspectos para mejorar la calidad y el resultado de los servicios. Las reformas relacionadas con las prestaciones se caracterizaron por hacer más exigentes los criterios con respecto al derecho a las prestaciones por discapacidad, de nuevo mediante el Paquete de Reformas en materia de Discapacidad de 1991, pero también en 1997 y 1998 (un nuevo modelo de evaluación de las peticiones, un proceso de evaluación más estricto). La reestructuración de los programas y la mayor exigencia del acceso a las prestaciones no relacionadas con la discapacidad han afectado indirectamente a la solicitud de las prestaciones relacionadas con la discapacidad (Recuadro 7.1).

También en Holanda aumentaron notablemente la intensidad y velocidad de reforma a mediados de la década de 1990 (Recuadro 7.2). Hasta finales de dicha década, las reformas relacionadas con el empleo se caracterizaron por los esfuerzos para aumentar la eficacia del muy extenso programa de empleo protegido, la única medida de empleo existente en aquel momento (programa simplificado de 1981, limitación del volumen de financiación en 1984, en 1989 se introdujo una gestión más similar a la empresarial, en 1998 se concedió la plena responsabilidad a los Ayuntamientos que reciben subvenciones por persona empleada en un entorno protegido). También en 1998, con la promulgación de la ley relativa a la integración de personas con discapacidad para el trabajo, se provocó un cambio político total dirigido a facilitar el acceso al empleo a dis-

Recuadro 7.1. Cambios en curso y recientemente anunciados en Australia

Se están experimentando varias intervenciones nuevas para mejorar el enfoque individual y el resultado de los programas de empleo y rehabilitación: 1) Un sistema de aseguramiento de la calidad, con posibilidades de auditar y certificar a los proveedores de servicios usando normas de servicios prescritas. 2) Financiación caso por caso de servicios con el fin de desarrollar un sistema de financiación más equitativo (con tres plazos: un pago inicial, un pago por resultado y un pago de mantenimiento), que está vinculado a las necesidades individuales, con tres niveles de financiación. 3) Nuevos enfoques para evaluar las necesidades y la aptitud laboral de las personas con discapacidad (para las pensiones y las intervenciones) y para identificar intervenciones apropiadas mediante la gestión de los casos. 4) Estudio de la capacidad del mercado privado de la rehabilitación para proporcionar servicios impugnables (pruebas de impugnabilidad).

Con la presentación del presupuesto para 2002-2003, el Gobierno ha anunciado varios cambios nuevos, que están sujetos a las enmiendas legislativas necesarias. Las personas que soliciten una pensión de ayuda a la discapacidad a partir del 1 julio de 2003 necesitarán cumplir nuevos criterios de elegibilidad. Estos criterios limitarán la pensión de ayuda a la discapacidad a los nuevos solicitantes que posean una capacidad para trabajar muy restringida (de 15 horas a la semana con salario completo, menos del umbral actual de 30 horas). Este cambio no se aplicará a los beneficiarios actuales de la pensión de ayuda a la discapacidad y a los que cursen una solicitud antes de esa fecha. Para los solicitantes con 55 o más años de edad, al evaluar su capacidad de trabajo no se considerarán en adelante las condiciones del mercado laboral local. Estos cambios se complementarán con la ampliación de intervenciones especializadas y generales para mejorar la capacidad de trabajo, y se crearán hasta 73.000 plazas más en los programas de rehabilitación profesional, educación y formación, ayuda al empleo y en los programas de carácter preprofesional.

tintos grupos, entre ellos también los que ya percibían prestaciones: se lanzó un nuevo programa de empleo con apoyo, se establecieron varios elementos de empleo subvencionado y se dio mucha más importancia a la rehabilitación profesional (bajo la responsabilidad del empresario, con consentimiento de los organismos públicos de seguridad social). Al mismo tiempo, se suprimió el sistema de cuotas voluntarias que se había introducido en 1986. Las reformas de la prestación por discapacidad pretendían reducir los beneficiarios de prestaciones mediante la limitación del acceso a las mismas (por ejemplo, el criterio de buscar la disponibilidad concreta de puestos de trabajo proporcionados se suprimió en 1987, la evaluación de la profesión habitual del interesado se suprimió en 1994) y mediante el cambio de incentivos para los empresarios y para los beneficiarios potenciales. Los incentivos para los solicitantes potenciales se redujeron gracias a que se disminuyó el importe de las prestaciones (aunque éstas fueron neutralizadas en grado considerable por los complementos que proporcionaron los convenios colectivos) y a que las concesiones de las prestaciones se hicieron temporales (aunque, en realidad, siguen siendo permanentes). En relación con los incentivos para los empresarios, hubo una privatización gradual de los costes de la compensación obligatoria por enfermedad hasta 1996 (después de introducirse en 1992 las primas ponderadas por la experiencia en el programa del seguro de enfermedad). En 1998, las primas del programa de prestaciones por discapacidad también cambiaron para reflejar las experiencias de los empresarios (este sistema tuvo un precedente entre 1992 y 1996: un sistema de gratificación-multa, con una gratificación por emplear a un beneficiario y una multa por producir un beneficiario).

En Suiza el cambio de la política de discapacidad sólo ha sido marginal durante las dos últimas décadas, y reflejaba hasta hace poco los niveles comparativamente bajos de perceptores de prestaciones. La política de empleo se basa todavía, en gran parte, en la acción voluntaria, aunque está en preparación una cláusula especial contra la discriminación. El único cambio con respecto a la rehabilitación profesional consistió en hacer estos sistemas accesibles a las personas con discapacidad congénita (1987). Una reforma importante de las prestaciones fue la introducción de un sistema general obligatorio de accidentes de trabajo en 1984 (que hasta entonces sólo existía para grupos especiales de empleados). El programa de la discapacidad ha experimentado la introducción de prestaciones por el 25% en 1986, además de las prestaciones por la totali-

dad y por el 50% que ya existían; los intentos de suprimir esta nueva categoría de prestaciones por discapacidad parcial en 1999 no tuvieron éxito. Una reforma importante de la administración de la discapacidad tuvo lugar en 1995, cuando se establecieron centros descentralizados de ventanilla única en cada uno de los cantones y se cedió a éstos la responsabilidad total de las asignaciones en materia de rehabilitación y de prestaciones, con lo que la nueva estructura de financiación se complementó con una estructura de responsabilidades bien coordinada entre los distintos niveles de gobierno. De cara al futuro, se planifican esfuerzos importantes para eliminar las incoherencias existentes en esta estructura ejemplar. Entre las reformas auguradas se cuentan la introducción de consultorios médicos regionales (que abarquen varios cantones) bajo la supervisión directa del organismo de discapacidad federal, con el fin de armonizar los procedimientos de evaluación, y la introducción de criterios de calidad, objetivos de realización y un sistema de gestión de la información para las oficinas cantonales del seguro.

Recuadro 7.2. Continuas iniciativas de reforma en Holanda

Dado el aumento continuo del número de beneficiarios de prestaciones por discapacidad, a pesar de los distintos pasos de reforma emprendidos durante la década de 1990, a principios de 2001 se creó un grupo de expertos para la reforma de las prestaciones por discapacidad. El comité, dirigido por Mr. Donner, publicó su informe, "Poner en funcionamiento la capacidad laboral", en junio de 2001. Sus recomendaciones se basan en la premisa de que la recuperación y reintegración de la capacidad laboral disponible tienen la máxima prioridad, y en que el empresario y el empleado juntos son los responsables de garantizar el mejor uso de la capacidad laboral. La idea clave de la propuesta consiste en: I) la asignación de nuevas responsabilidades tanto al empresario (por ejemplo, el pago del salario continúa si el empresario no cumple con sus obligaciones) como al empleado (por ejemplo, la falta de cooperación puede conducir a recortes de las prestaciones e, incluso, al despido), con un fuerte enfoque en las medidas preventivas, y II) la reforma drástica del programa de prestaciones por discapacidad. Esta reforma de las prestaciones implica sustituir el criterio de capacidad para obtener ingresos por un criterio funcional de capacidad para el trabajo; suprimir las prestaciones parciales (únicamente la pérdida permanente y total de la capacidad para trabajar generará el derecho a las prestaciones por discapacidad); suprimir los reconocimientos repetidos, así como las normas relativas a los ingresos salariales obtenidos además de cualquier prestación; separar los accidentes laborales (que deberán ser atendidos por un seguro privado obligatorio) de la discapacidad general, y suprimir del sistema general de discapacidad la diferenciación de las primas en función de los antecedentes del asegurado. Los empleados que no tengan derecho a prestaciones por discapacidad podrían ser despedidos si su puesto de trabajo no puede asegurarse o no se encuentra otro nuevo durante un período de intervención de dos años, y después quedarían protegidos por las prestaciones por desempleo y los servicios para los desempleados. Esta propuesta parte de suponer un uso bastante abusivo del sistema, y de creer que este tipo de abuso puede detenerse con incentivos adecuados. Se basa en unas obligaciones mutuas muy fuertes para los empresarios y los empleados, lo que origina nuevos retos (por ejemplo, determinar si se han cumplido las obligaciones), pero también nuevos problemas para las personas sin un contrato de trabajo. Además, debería encontrarse una solución para determinar la discapacidad total y permanente mediante un método adecuado sin presionar a los responsables del control de acceso para que evalúen tal situación con el fin de crear la posibilidad de una prestación por discapacidad.

En respuesta a esta propuesta, el Consejo Económico y Social publicó un acuerdo que utiliza algunas ideas de la denominada propuesta Donner, pero añade bastantes elementos nuevos. Si bien acepta que las prestaciones por discapacidad sólo se concedan a las personas con discapacidad total (80 % o más) y permanente (de cinco años como mínimo), se introduce una nueva prestación para las personas con una pérdida considerable de capacidad (entre el 35 y el 80 %). Esta nueva prestación se pagaría mediante un sistema de seguro privado creado especialmente para este fin. Este grupo recibirá el 100% del salario final durante el primer año, y el 70% durante el segundo año. Deberán prohibirse los pagos complementarios durante este segundo año. Después del segundo año, el trabajador obtendrá un salario proporcional a sus horas de trabajo reales, complementado con pagos del nuevo seguro privado. El gobierno deberá establecer normas de activación para este grupo. Si no es posible el empleo con el empresario anterior o con uno nuevo, este grupo tiene derecho a las prestaciones por desempleo. Los empresarios y los empleados (al nivel organizativo) comparten la responsabilidad total de las personas con reducciones leves de su capacidad de trabajo (menos del 35 %). Además, la prestación para las personas con discapacidad total se aumentaría del 70 al 75 % del salario, y se suprimiría del programa de la discapacidad la diferenciación de las primas en función de los antecedentes del ase-

Recuadro 7.2. **Continuas iniciativas de reforma en Holanda** (continuación)

gurado, a pesar de que los accidentes laborales no se traten en un programa aparte. La prestación por discapacidad a las personas con discapacidad total y permanente deberá pagarse con cargo al presupuesto del Estado.

Un problema importante de este acuerdo del Consejo Económico y Social reside en los incentivos confusos que se crearían para el seguro privado recién establecido para las personas con una considerable discapacidad para el trabajo. Además, la prestación complementaria sólo se paga sumada a cualesquiera ingresos del trabajo, lo que crea incentivos en este seguro privado para que fracase la reintegración (si la persona en cuestión no trabaja, no surge derecho a la prestación complementaria, pero en su lugar se paga una prestación del seguro de desempleo). Otros problemas surgen del hecho de no separar los accidentes laborales de la discapacidad general (con lo que se consigue que las personas con accidentes laborales que producen una incapacidad para el trabajo inferior al 35 % queden en una posición difícil) y de quitar el argumento de suprimir la diferenciación de las primas en función de los antecedentes del asegurado. Además, las personas con una considerable discapacidad para el trabajo que no han podido conservar su puesto de trabajo o encontrar otro y que, por lo tanto, han sido transferidas a las prestaciones por desempleo, se encontrarán en una difícil posición, como sucederá con las personas a las que se considerada afectadas temporalmente de una discapacidad total. Las personas sin un contrato de trabajo experimentarán la misma clase de inconvenientes con este acuerdo que con la propuesta original. Está por ver en qué medida saca conclusiones el nuevo Gobierno de tales iniciativas y acuerdos recientes.

► 7.3. Una nueva estrategia de reforma en Luxemburgo

Luxemburgo, un país con generosos sistemas de seguros de prestaciones por enfermedad y por discapacidad con evaluación de la profesión habitual del interesado y requisitos del seguro relativamente escasos, no ha participado en este proyecto. A pesar de todo, en la sección siguiente se describe con algún detalle una reciente iniciativa de reforma que pretende mejorar la (re)integración en el mercado laboral de las personas en edad activa con discapacidad, no sólo porque es interesante, sino también porque, en muchos aspectos, está muy de acuerdo con las conclusiones en materia de políticas expresadas al final del presente Informe (véase la Sección 8.2 del Capítulo 8).

La ley propuesta (que deberá debatirse en el Parlamento a finales de este año) contempla una serie de etapas acompañadas por diferentes tipos de prestaciones. La *primera etapa* empieza durante la baja por enfermedad: para el cuarto mes de enfermedad, el trabajador tiene que someterse a un reconocimiento médico. Si se encuentra que el trabajador puede volver al trabajo, se detienen los pagos de las prestaciones por discapacidad (y, en caso de alegación, se aceleran los procedimientos administrativos). Si del reconocimiento resulta probable que la enfermedad se prolongue, se continúa el pago de la prestación por enfermedad y se programa otro reconocimiento para una fecha posterior. Si se encuentra que el trabajador tiene discapacidad, se desencadena una solicitud de pensión de discapacidad. En la *segunda etapa*, son posibles dos resultados diferentes: o se encuentra que el trabajador, en efecto, tiene derecho a una pensión de discapacidad y el contrato de trabajo se disuelve, o se encuentra que el trabajador no posee una discapacidad en sentido general. En este último caso, se realizan nuevos reconocimientos para averiguar si el trabajador puede volver al trabajo anterior.

La incapacidad para continuar en el puesto de trabajo anterior conducirá a la *tercera etapa*: la reclasificación del trabajador. La reclasificación interna, es decir, en la misma empresa, es obligatoria siempre que ésta cuente con más de 25 empleados. Si el nuevo puesto de trabajo está menos retribuido que el anterior, el Fondo Laboral paga una prestación compensatoria hasta completar la diferencia (hasta cinco veces el salario mínimo social). Además, el trabajador reclasificado disfruta de protección especial contra el despido

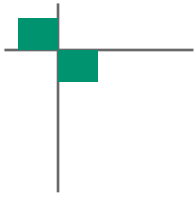
durante un año. El empresario tiene derecho a una ayuda especial, así como a deducciones fiscales especiales; por otra parte, pueden imponerse sanciones (la mitad del salario mínimo social durante un período máximo de 24 meses) a los empresarios que dejen de cumplir con su obligación en cuanto a la reclasificación interna de sus trabajadores con discapacidad. Si la reclasificación interna no es posible, el trabajador se registra como desempleado en la Oficina Laboral y tiene derecho a las prestaciones por desempleo mientras siga la búsqueda de otro empleo conveniente. Si no puede encontrarse un empleo de ese tipo, los trabajadores con discapacidad y sus empresarios tienen derecho a las mismas prestaciones que en el caso de los trabajadores reclasificados internamente. Las prestaciones compensatorias se calculan de acuerdo con el salario anterior y con independencia del nivel de la prestación por desempleo que el trabajador percibió mientras tanto. La *cuarta etapa* se aplica en los casos en que la persona con discapacidad no pudiera colocarse en un empleo alternativo durante la duración legal de los pagos de la prestación por desempleo. En este caso, el trabajador tiene derecho a un subsidio de espera, cuyo importe corresponde al de una pensión de discapacidad. Pero el trabajador con discapacidad tiene que permanecer disponible para todos los intentos de colocación, y el subsidio de espera se detendrá una vez que se encuentre una ocupación conveniente. El subsidio de espera no lo paga el Fondo Laboral, sino el sistema de seguros de pensiones.

Las consecuencias financieras de estas nuevas medidas dependen, en gran medida, de que la reintegración profesional tenga éxito. La prestación compensatoria y el subsidio de espera, así como la ayuda y las deducciones fiscales a los empresarios implican gastos adicionales, pero pueden esperarse ahorros, puesto que ya no será preciso pagar prestaciones por enfermedad durante todo un año y la reintegración en el mercado laboral reducirá los gastos de las pensiones por discapacidad. A corto y a medio plazo, también será necesario aumentar el gasto para mejorar las evaluaciones médicas de la discapacidad, acelerar la tramitación administrativa de las solicitudes de prestación por discapacidad y ayudar mejor a los trabajadores con discapacidad en el proceso de reclasificación.

 **CAPÍTULO 8**

Conclusiones políticas

Resumen: En el Capítulo 8 se desarrollan estrategias para una combinación coherente de las políticas en materia de discapacidad que traten de resolver algunos de los problemas y obstáculos identificados en las secciones analíticas anteriores. Se sugiere un enfoque que intenta superar algunos de los problemas y obstáculos identificados en los capítulos analíticos, y que pretende remodelar la política en materia de discapacidad a partir de un marco de obligaciones mutuas.



► 8.1. Principios políticos

Para mejorar la integración de las personas con discapacidad, las sociedades necesitan cambiar de manera de pensar por lo que respecta a la discapacidad y a los afectados por ella. El término “discapacidad” no debe seguir equiparándose automáticamente con “incapacidad para trabajar”. La discapacidad debe reconocerse como una condición, pero debe diferenciarse del derecho a las prestaciones y de la recepción de las mismas, igual que no debe representar automáticamente un obstáculo para trabajar. La situación sanitaria de una persona con discapacidad debe ser reevaluada a intervalos regulares si es necesario, con independencia de si trabaja o de la medida en que lo hace.

Este concepto de desvincular la discapacidad y la recepción de las prestaciones desplazaría el carácter de la política en materia de discapacidad de un enfoque pasivo a otro en el que se pone mayor énfasis en las medidas de activación. También ayudaría a resolver otro problema: en muchos países, la rehabilitación y la formación profesional sólo se encuentran a disposición de las personas que hayan estado aseguradas en los sistemas de seguro de discapacidad o de las personas que perciben alguna clase de prestación por discapacidad. Toda la gama de prestaciones y servicios que se vinculan a la discapacidad deben estar disponibles para toda persona con una discapacidad, de conformidad con sus necesidades individuales, pero con independencia de su situación laboral, su situación de seguro o la recepción de las prestaciones.

Este cambio de paradigma exigirá una nueva reflexión fundamental y una reestructuración del marco legal e institucional de la política en materia de discapacidad en muchos países. Sólo será eficaz si va acompañado de un cambio de actitud de todos los actores implicados en las cuestiones relacionadas con la discapacidad. La mayoría de las sociedades están dispuestas a aceptar su obligación de hacer esfuerzos especiales para ayudar e integrar a las personas con discapacidad, pero es menos corriente esperar que las propias personas con discapacidad y, en caso necesario sus empresarios, contribuyan también al proceso.

Según la lógica de los sistemas de seguridad social, la persona asegurada tiene derecho a los pagos de prestaciones una vez que ocurre el riesgo asegurado, es decir, una condición de discapacidad. Este derecho se adquiere mediante el pago de cotizaciones. Con el enfoque del desglose –hacia el cual se mueven ya, en realidad, muchos países con sistemas de seguridad social– las cotizaciones al seguro de discapacidad todavía dan derecho, pero no necesariamente dan lugar, a una prestación sustitutiva de los ingresos, total o parcialmente. En lugar de eso, la persona asegurada tiene derecho a una asistencia personalizada y dirigida a su reintegración en el mercado laboral. Se proporciona ayuda a los ingresos en la medida en que estos esfuerzos no hayan tenido éxito completo o sean inadecuados debido a la gravedad de la discapacidad. En la mayoría de los casos, la asistencia consistirá en una combinación de medidas de activación, transferencias en efectivo y servicios.

Al mismo tiempo, debe esperarse la cooperación de la persona asegurada, en especial si sólo se concede una prestación parcial porque se considera que la persona no posee una discapacidad total. Igual que el asistente social que se ocupa de ella tiene la responsabilidad de ayudar a la persona con discapacidad a encontrar una ocupación que corresponda a su capacidad, se espera que la persona con discapacidad haga un esfuerzo de participación en el proceso de reemplazo. Si dejara de hacerlo, podría ser sancionada, del mismo modo que si la sociedad dejara de proporcionar trabajo a la persona con discapacidad se vería obligada a

pagarle una transferencia en efectivo. Pero la obligación de cooperar no significa que cualquier persona con discapacidad, en especial las afectadas de discapacidad grave, sean forzadas a trabajar, ni que las sanciones produzcan la retirada total de las prestaciones.

En algunos sistemas de discapacidad sujetos a la comprobación de los recursos, es probable que deba reconsiderarse el método de comprobación de los ingresos si se aplican las obligaciones mutuas. Como el objetivo se centra en la persona con discapacidad y en el grado de su capacidad para participar en el mercado de trabajo, la comprobación individual de los ingresos que tiene en cuenta la capacidad del beneficiario para obtener rentas salariales puede ser más apropiada que la comprobación de los recursos familiares. Una persona con discapacidad sin derecho a ninguna transferencia en efectivo porque posee otras fuentes de ingresos familiares, no puede ser obligada a participar en los programas de integración. Igualmente, en algunos sistemas sujetos a la comprobación de los recursos, el no tener derecho a las prestaciones excluye el acceso a determinadas medidas de rehabilitación o de empleo; algo que debería cambiarse.

Implicar a los empresarios es decisivo para la integración de las personas con discapacidad. Pero hay menos unanimidad con respecto al mejor modo de lograr este objetivo. Existen diferentes enfoques, que abarcan desde la persuasión moral y la legislación contra la discriminación hasta las cuotas obligatorias de empleo. La eficacia de las medidas depende de la voluntad de los empresarios en ayudar a que las personas con discapacidad permanezcan en el trabajo o accedan a él, pero también de las posibilidades de soslayar la legislación o pagar las multas impuestas por no cumplirla. Encontrar el equilibrio adecuado entre fomentar el empleo e imponer dificultades excesivas a los empresarios es un reto político de primer orden, sobre todo porque unas normas protectoras pueden conducir a más discriminación contra las personas con discapacidad en el proceso de contratación. Una implicación sindical más fuerte en la representación de los intereses de las personas con discapacidad también puede servir de ayuda para que las políticas de activación tengan éxito en algunos países.

Pero, incluso haciendo más hincapié en las medidas de activación y en las obligaciones mutuas, el éxito de las políticas en materia de discapacidad depende de otra serie de factores. En especial, no puede esperarse que los programas de discapacidad resuelvan problemas más amplios del mercado laboral, como la existencia de un alto índice global de desempleo o la escasa demanda de trabajadores mayores en general. La mayoría de los países han considerado la reducción de la capacidad de trabajar o de obtener ingresos y la “situación real del mercado laboral” en la concesión de prestaciones por discapacidad, pero no se ha puesto mucho énfasis en las políticas de activación. En realidad, una “situación real del mercado laboral” desfavorable se ha utilizado muchas veces como argumento para aplicar evaluaciones menos rigurosas de la capacidad de trabajo y conceder prestaciones sustitutivas de los ingresos sin hacer esfuerzos ulteriores para la reintegración. Las sociedades y los responsables de las políticas deben ser honestos al considerar qué oportunidades de trabajo pueden ofrecerse a los trabajadores de mediana edad con discapacidad, y en algunos casos, podría suceder simplemente que resultara imposible encontrar trabajo adecuado para la persona con discapacidad.

El hecho de reconocer que algunas personas con discapacidad se quedarán sin trabajo no significa que no haya espacio para mejorar las políticas. Algunos grupos en especial no han recibido casi ninguna ayuda en absoluto; en pocos de los países participantes se ofrecen a las personas con más de 45 años, por ejemplo, los programas de rehabilitación y formación profesional. Si bien puede ser más eficaz –dados los escasos presupuestos– concentrar los esfuerzos de reintegración en los grupos que tienen mayores probabilidades de volver al trabajo, ello no justifica discriminar a las personas mayores o a cualesquiera otros grupos seleccionados únicamente por criterios relacionados con la carencia de trabajo. Por el contrario, la selección debe basarse en las capacidades del individuo y en las oportunidades de volver al trabajo, lo que puede ser igual de bueno o malo para una persona mayor con discapacidad que para una persona más joven con discapacidad.

Si se adoptaran estos principios, la política en materia de discapacidad experimentaría un cambio profundo. Hasta hace poco el funcionamiento de los sistemas de prestaciones por discapacidad era muy asimi-

lable al de los programas de jubilación anticipada, por cuanto proporcionaba una vía para la salida casi permanente del mercado laboral. Si se pone el acento en las políticas de activación y se introduce la noción de obligaciones mutuas tanto de la sociedad como de la persona con discapacidad, la política en materia de discapacidad estará más cerca de la filosofía de los programas de desempleo, que también esperan una contribución activa y un esfuerzo por parte de los beneficiarios. Los programas de discapacidad deben actuar para disuadir la exclusión del mercado laboral e impedir el aislamiento social mediante el estímulo al trabajo y a otras formas de participación en la sociedad.

► 8.2. Limitaciones bajo las cuales actúan las políticas en materia de discapacidad

En el intento de modelar la política de conformidad con estos principios generales, los responsables de las políticas en materia de discapacidad tienen que actuar sometidos a numerosas restricciones, para cuya superación no existen soluciones fáciles.

- *Es notorio que la discapacidad es difícil de evaluar.* Es difícil determinar el conocimiento real “verdadero” del estado de salud de una persona y su efecto sobre su capacidad de trabajo. Esto se cumple sobre todo en muchas de las enfermedades mentales más nuevas, así como en muchas afecciones físicas relacionadas con el estrés, como las molestias lumbares, que van en aumento en la mayoría de los países. Diagnosticar estas discapacidades es difícil, como lo es cualquier predicción de cómo evolucionarán estas afecciones en el futuro. Estos problemas pueden reducirse, pero no evitarse del todo, si se hace intervenir a un espectro más amplio de médicos especialistas y expertos profesionales.
- *El problema de los errores de exclusión e inclusión persistirá incluso después de desglosar la situación de discapacidad y la obtención de prestaciones.* A causa de las dificultades para evaluar el estado de salud y la capacidad de trabajo, se cometen errores tanto de exclusión (es decir, se niegan prestaciones y servicios a personas que los necesitan) como de inclusión (es decir, se conceden prestaciones a personas que no las necesitan). Un sistema de prestaciones por discapacidad con unas normas de acceso exigentes y una cobertura restrictiva dará como resultado un registro de perceptores de prestaciones menor y menos dependencia de las prestaciones y, por lo tanto, un error de inclusión pequeño, pero potencialmente un error de exclusión grande. Sucede lo contrario con los sistemas de acceso más fácil y amplia cobertura. Este problema puede solucionarse en parte, pero no suprimirse, con unos menús de prestaciones y servicios más flexibles combinados con reevaluaciones frecuentes.
- *El grupo destinatario es sumamente heterogéneo.* En el debate general, la discapacidad se suele asociar con personas afectadas por discapacidades graves, congénitas y permanentes. Pero este grupo constituye la minoría de las personas con discapacidad: son muchas más las que adquieren la discapacidad en una etapa posterior de su vida. Algunas discapacidades son reversibles, otras irreversibles; unas se producen de repente, otras se desarrollan gradualmente y, desde luego, algunas son graves y otras moderadas. Para abordar con eficacia los problemas del mercado laboral de las personas con discapacidad, también cuenta si la discapacidad surge mientras una persona está empleada o no, si la persona ha estado inactiva durante algún tiempo o si no ha trabajado nunca. Aunque quienes adquieren su discapacidad en el empleo pueden basarse en una relación entre el empresario y el empleado ya existente, las personas que carecen de empleo necesitan más ayuda para encontrar trabajo e incluso pueden no ser conscientes de su derecho a determinadas prestaciones. Otra característica importante –en la práctica, aunque en teoría no debiera serlo– es la edad de la persona con discapacidad; las personas de mediana edad con discapacidad tienen muchas menos probabilidades de encontrar un

empleo conveniente. Por lo tanto, las políticas en materia de discapacidad que aplican un enfoque uniforme hacia las personas con discapacidad están abocadas al fracaso; las soluciones muy individualizadas serán más eficaces, pero también exigen más tiempo, esfuerzo y dinero.

- *La integración de determinados grupos en el mercado de trabajo puede ser muy difícil o casi imposible.* Los esfuerzos para que las personas con discapacidad consigan (de nuevo) un puesto de trabajo alcanzan sus límites si el mercado laboral no puede absorber la oferta. En principio, es probable que toda persona con discapacidad que desee participar en el mercado laboral pueda conseguir alguna forma de empleo –protegido o subvencionado si es necesario–, pero en algunos casos puede exigir más recursos de los que una sociedad pueda o quiera dedicar a este ámbito político. Además, es evidente que no todas las personas con discapacidad, sobre todo las afectadas de discapacidades graves o en una etapa aguda, pueden querer (re)emplearse, puesto que hacerlo les exigiría un esfuerzo personal desproporcionado. El conocimiento de estos límites proporciona un motivo más para reestructurar y aumentar la eficacia del gasto en las políticas en materia de discapacidad.

► 8.3. Reestructuración de las políticas en materia de discapacidad tomando como base las obligaciones mutuas

En esta sección se analizan varias reformas más específicas que deben emprenderse de acuerdo con los principios políticos propuestos. Las recomendaciones tratan de tener en cuenta, dentro de lo posible, el amplio espectro de políticas en materia de discapacidad y de sistemas de prestaciones que existen en los países participantes. Pero es evidente que cada país tiene que encontrar su propio modo de adoptar los principios políticos generales antes esbozados.

Las medidas de reforma propuestas se agrupan en ocho objetivos políticos:

- Introducir una cultura de obligaciones mutuas.
- Reconocer la situación de discapacidad con independencia de la situación del trabajo y los ingresos.
- Diseñar paquetes individuales de trabajo/prestaciones para las personas con discapacidad;
- Fomentar la intervención precoz.
- Implicar a los empresarios en el proceso.
- Reestructurar los sistemas de prestaciones para eliminar la falta de incentivos para el trabajo.
- Reformar la administración de los programas.
- Mejorar la coordinación de los sistemas de transferencia.

Introducir una cultura de obligaciones mutuas

El enfoque de las obligaciones mutuas, en especial si se pone el acento en la obligación que tiene el beneficiario de cooperar en el proceso de rehabilitación y de (re)empleo y, si es aplicable, de hacer un esfuerzo de (re)introducirse en el mercado laboral, es el que adoptan muchos países en sus programas de desempleo y asistencia social. En la política en materia de discapacidad, este enfoque es todavía menos corriente, pero adquiere impulso poco a poco.

La introducción de las obligaciones mutuas en la política en materia de discapacidad significa que la sociedad tendrá que hacer un esfuerzo mayor que el simple pago de prestaciones en efectivo para garantizar

el bienestar económico de las personas con discapacidad. Es preciso concederles a estas personas la ayuda necesaria para participar en el trabajo y, cuando no es posible, ofrecerles otras formas de actividades y acciones sociales con el fin de impedir que la persona con discapacidad se quede aislada y excluida de la sociedad.

Por otra parte, la recepción de las prestaciones debe estar condicionada por la participación en estas medidas de rehabilitación y empleo. La participación activa es la contrapartida de la recepción de las prestaciones, lo que implica que a los beneficiarios que dejen de cooperar en los esfuerzos de (re)integración se les podrían imponer sanciones en la forma de disminución de las prestaciones. Es evidente que cualquiera de estas sanciones tendría que ser administrada con el debido respeto a las necesidades básicas de la persona y de la esposa e hijos a su cargo. Además, las sanciones no estarían justificadas en ningún caso si no se ha trazado una estrategia de integración apropiada, o si se demuestra que es imposible formularla debido al estado de salud grave o agudo. Pero si se quiere que los sistemas de prestaciones por discapacidad dejen de tender puentes a la retirada permanente de la actividad económica, es esencial cuidar las obligaciones mutuas de los administradores de las prestaciones y de los beneficiarios de las mismas.

Varios países utilizan elementos de obligaciones mutuas en el establecimiento de sus políticas. La participación en las medidas de rehabilitación profesional, por ejemplo, es obligatoria en cierto número de países (Austria, Dinamarca, España, Suecia, Suiza y, de forma moderada, también Alemania y Noruega), y el ajuste de las prestaciones por discapacidad está condicionado a la conclusión del proceso de rehabilitación profesional. Ahora bien, en la mayoría de los casos esta obligación se administra con gran flexibilidad y subjetividad, por ejemplo, en relación con la edad o la experiencia en el trabajo de la persona con discapacidad.

Reconocer la situación de discapacidad con independencia de la situación del trabajo y los ingresos

El antiguo modelo médico de discapacidad, en virtud del cual la discapacidad es una característica biológica del individuo, ha sido sustituido recientemente por un modelo social, que considera la discapacidad como un atributo resultante de la interacción entre el individuo y el entorno social y físico (véase también el Anexo 1). Este modelo social distingue explícitamente entre la diferencia biológica (funciones corporales –deficiencia– y estructuras corporales –limitaciones funcionales–) y la interacción con los papeles social y económico del individuo (actividades y participación –minusvalía– y factores “ambientales”, que comprenden, por ejemplo, las políticas y los problemas de accesibilidad).

La evaluación de la discapacidad debe reflejar este nuevo modelo. Las limitaciones funcionales deben evaluarse según criterios médicos, y para realizar esta evaluación se necesita una extensa nómina de médicos especialistas con competencia especial en enfermedades “nuevas” y, a veces, más difíciles de diagnosticar. En un segundo paso, la evaluación de la capacidad de trabajo debe determinar el grado en que la discapacidad afecta a la aptitud de la persona para trabajar, en cuyo caso implica disponer de especialistas para estas revisiones profesionales.

La situación de discapacidad reconocida como resultado de este procedimiento en dos fases debe permanecer sin ser afectada por el tipo y el éxito de las medidas relativas al trabajo, a menos que una revisión médica certifique los cambios. Este enfoque permitiría a los beneficiarios asumir el “riesgo” de aceptar un puesto de trabajo aunque no estén seguros de ser aptos para trabajar. Además, la situación de discapacidad por sí misma debe servir de base para determinadas prestaciones que están diseñadas para compensar los gastos extraordinarios de la situación de discapacidad, como son los gastos especiales relacionados con la medicación, la asistencia o la movilidad. Las prestaciones para estos fines no deben guardar relación con la situación laboral de la persona con discapacidad, no deben estar sujetas a la comprobación de los recursos y deben pagarse mientras la condición exista, es decir, mientras se originen los gastos adicionales.

La evaluación de la discapacidad debe repetirse periódicamente para determinar si ha cambiado la limitación funcional de la persona y/o la capacidad de trabajo resultante de ella. Estas evaluaciones periódicas deben manejarse con una flexibilidad que tenga en cuenta tanto al individuo como la naturaleza de la discapacidad; la reevaluación es innecesaria si la discapacidad es permanente. Las revisiones periódicas para determinar la aptitud de la persona para participar en diferentes tipos de actividades (por ejemplo, rehabilitación, formación, empleo) es probable que provoquen cambios en el paquete de trabajo/prestaciones del beneficiario a lo largo del tiempo. Si en una revisión se encuentra una mejora importante de la salud, o si se considera de otra manera el resultado profesional de una condición sanitaria estable (por ejemplo, a causa de la disponibilidad una nueva tecnología de ayuda), deberá reiniciarse una intervención activa. El objetivo de las reevaluaciones no es tanto ahorrarse el pago de las prestaciones cuanto identificar a las personas a quienes pudiera ofrecerse (de nuevo) servicios de formación, de rehabilitación o de reempleo.

Algunos de los países participantes se han movido hace poco en la dirección de desglosar la situación de discapacidad y la recepción de las prestaciones. Los países usan diferente terminología, como “normas vinculantes” (Reino Unido), “dejar en espera la pensión” (Dinamarca) o “congelar una pensión de discapacidad” (Suecia) para permitir la posibilidad de mantener la situación de discapacidad mientras se intenta trabajar, con la opción de volver a las prestaciones si la persona pierde su puesto de trabajo o si el trabajo no es aceptable. Pero todos estos modelos tienen duración limitada, con un máximo de tres años en Holanda, Noruega y Suecia. En la actualidad, Canadá es el único país donde se dispone, al menos, de una tramitación rápida de la nueva solicitud –es decir, un proceso para solicitar de nuevo la prestación por discapacidad, que es menos exhaustivo que en la etapa inicial– sin ninguna limitación de tiempo.

Hasta cierto punto, el hecho de que la evaluación de la situación de discapacidad se desglose de la situación laboral y de prestaciones de la persona es algo que también se está produciendo en la mayoría de los países con una cuota de empleo obligatoria, donde se utiliza un sistema de registro de la discapacidad para determinar el derecho a la colocación bajo el sistema de cuotas. Esta situación de discapacidad registrada se mantiene con independencia de la situación laboral. Pero las diferencias entre países son grandes, en cuanto al grado en que esta situación da derecho a otras prestaciones. A menudo hace posible que la persona acceda a una completa gama de programas de empleo. En Alemania también significa tener acceso a una prestación de pensión especial cinco años antes de la edad de jubilación reglamentaria. En Austria la situación de discapacidad registrada se pierde cuando la persona inicia un programa de formación profesional o adquiere el derecho a una prestación por discapacidad permanente. Estas consecuencias automáticas son contrarias a la recomendación de desvincular la situación de discapacidad del derecho a los servicios y/o las prestaciones que sustituyen a los ingresos.

En varios países se ha introducido también una reevaluación más frecuente del estado de discapacidad. Pero, hasta la fecha, no parece que haya incidido de manera significativa en los índices de los flujos de salida de las prestaciones por discapacidad. Las pruebas de las que se tiene conocimiento sugieren que la reevaluación se legisló con frecuencia, pero sin la dotación de recursos adecuada, lo que significa que el cambio político sólo se lleva a cabo parcialmente.

Muchos países también pagan prestaciones que se basan únicamente en la situación de discapacidad, sin relación alguna con el estado laboral. Ejemplos interesantes de este tipo de prestaciones son el subsidio de asistencia de Austria, que varía con el grado de asistencia necesaria, y el subsidio de subsistencia para las personas con discapacidad del Reino Unido, que consta de un componente de movilidad y de otro de asistencia con varios porcentajes. Formas similares de complementos, pagos compensatorios o subsidios de asistencia constante existen en otros varios países (por ejemplo, los países escandinavos, Bélgica, Alemania, Italia, Corea y Portugal). Pero, por lo general, estas prestaciones están diseñadas para compensar sólo los muy elevados costes de la asistencia diaria y, por lo tanto, únicamente suelen ser accesibles para un grupo

pequeño de personas con discapacidad grave. Lo habitual es que la evaluación de estos derechos a prestaciones sea independiente de cualquier otra evaluación de la discapacidad y, en consecuencia, no suele estar bien integrada con ningún otro componente político.

Diseñar paquetes individuales de trabajo/prestaciones para las personas con discapacidad

Toda persona con discapacidad debe tener derecho a un “paquete de participación” adaptado a sus necesidades y capacidades individuales. El paquete debe contener rehabilitación y formación profesional, elementos laborales de una extensa oferta de formas de empleo (empleo normal, a tiempo parcial, subvencionado, protegido) y prestaciones en efectivo o en especie. También podría contener actividades que no se consideran trabajo en sentido estricto, pero que contribuyen a la integración social de la persona con discapacidad.

La parte del paquete correspondiente a las prestaciones en efectivo se determinaría en función de la capacidad para trabajar de la persona con discapacidad, pero también debería considerarse si la persona ha podido encontrar un puesto de trabajo en realidad. La mayoría de los países quisieran tomar en consideración también el nivel de ingresos del beneficiario en su trabajo anterior. Así pues, deberían ofrecerse prestaciones en efectivo con la flexibilidad suficiente para tener en cuenta tanto los distintos casos de capacidad de trabajo restante como la evolución de la situación de discapacidad de un individuo a lo largo del tiempo. Los derechos a las prestaciones deben diseñarse de manera que la persona con discapacidad no sea penalizada por aceptar un trabajo, es decir, sus beneficios después de impuestos, incluidas todas las transferencias, no deben ser inferiores a los ingresos que la persona percibía mientras estaba sin trabajar¹.

La nueva política propuesta en Luxemburgo (véase la Sección 7.3) sugiere reformas en esta dirección, mediante la dotación de una prestación compensatoria cuyo fin es compensar la diferencia entre el pago anterior y el posterior a la discapacidad en los casos en que una persona es trasladada a un puesto de trabajo de menor nivel. Además, se propone el pago de un subsidio de espera a las personas con discapacidad consideradas aptas para el trabajo pero incapaces de encontrar un empleo (pago que correspondería a una indemnización por desempleo, pero de importe equivalente al de una pensión de discapacidad).

Algunos países han intentado garantizar el acceso a una serie más amplia de servicios relacionados con la discapacidad mediante una legislación que concede a las personas con discapacidad el derecho legal a determinados servicios. En Alemania se establecieron recientemente derechos legales para la adaptación del lugar de trabajo, la rehabilitación profesional y el empleo con apoyo. En Suecia se impuso la obligación de proporcionar la adaptación del lugar de trabajo y rehabilitación profesional, aunque en este caso a los empresarios. La rehabilitación profesional es un derecho, al menos para algunos grupos de personas con discapacidad, en varios de los países en los que dicha intervención es obligatoria antes de conceder las prestaciones.

Personalizar paquetes de reintegración laboral sólo será posible si se dispone de programas orientados especiales, a pequeña escala. Muchos países han generalizado últimamente sus programas mediante la exigencia de que todos los programas generales del mercado de trabajo sean accesibles a las personas con discapacidad. Para que esta estrategia tenga éxito, en estos programas puede necesitarse que se preste una ayuda especial a las personas con discapacidad así como que los asistentes sociales posean cualificaciones adicionales más especializadas.

Muchas personas con discapacidad que participan en el mercado laboral normal necesitan una ayuda más permanente en el centro de trabajo. Las iniciativas del tipo de empleo con apoyo, tales como prepara-

¹ Para una exposición más detallada de este punto, véase también la sección relativa a la reestructuración del sistema de prestaciones.

dores laborales individuales y ayuda personal para diversas actividades sociales o relacionadas con el trabajo, parecen tener un fuerte potencial. En Dinamarca, por ejemplo, puede contratarse un ayudante personal, con contrato de trabajo normal, para que ayude en las tareas profesionales; este tipo de asistencia es de duración ilimitada, y se conceden hasta 20 horas semanales para un trabajo a tiempo completo. En algunos otros países se dispone de la ayuda permanente de un acompañante, pero con bastantes menos horas por semana.

Fomentar la intervención precoz

Los datos disponibles demuestran que en muchos países han funcionado los sistemas de prestaciones por discapacidad como un camino de salida casi permanente del mercado laboral. Hasta cierto punto, es consecuencia de los exigentes y exhaustivos procedimientos de evaluación que han de superarse antes de que se conceda una prestación. A medida que estos procedimientos se hacen más estrictos, será incluso más difícil aumentar el flujo de salida de las prestaciones. Pero el momento de las medidas de activación también desempeña un papel importante. Cuanto más tiempo esté una persona con discapacidad fuera del mercado de trabajo, tanto menores serán las oportunidades de reintegración.

La medida más eficaz contra la dependencia de las prestaciones de larga duración parece ser centrarse en la intervención precoz. Tan pronto como una persona llega a tener una discapacidad, lo que puede producirse inmediatamente después de un determinado suceso discapacitante o, con más frecuencia, en una fase precoz de una enfermedad o de un problema de salud crónico, debe iniciarse un proceso de intervención personalizada. La rehabilitación médica requiere una cierta estabilización de la condición médica y, por lo tanto, se iniciará después del tratamiento médico. Por el contrario, si es necesario, pueden emprenderse el reciclaje y la rehabilitación profesionales al mismo tiempo que el tratamiento médico con el fin de evitar que ocurra lo peor, es decir, que la persona llegue a ser incapaz de trabajar². En el transcurso del proceso, el plan de participación puede ajustarse a medida que cambian las circunstancias. Varios países (Dinamarca, Francia, Portugal, Suecia y Suiza) han introducido incluso una prestación específica que se paga durante el período de rehabilitación. Una ventaja añadida de un subsidio especial de rehabilitación o formación reside en sus especiales condiciones de elegibilidad; dichas prestaciones pueden cubrir a toda la población y desconectarse con facilidad de otros sistemas de prestaciones.

La intervención precoz “vinculada al desempeño de un empleo” es más corriente en Alemania y Suecia, donde los sistemas de rehabilitación se han diseñado explícitamente para actuar de inmediato. En Noruega, para poner otro ejemplo, la baja por enfermedad activa se ha diseñado para impedir la discapacidad de larga duración mediante la combinación de la baja por enfermedad con uno de los dos tipos de intervención: el ajuste de tareas en el lugar de trabajo normal, o la rehabilitación profesional. Los pagos de las prestaciones por discapacidad pueden interrumpirse si el solicitante rechaza las medidas de rehabilitación. En Bélgica, la prestación por enfermedad puede dejarse en suspenso hasta 14 días, durante los cuales el beneficiario puede tratar de hacerse cargo de su trabajo sin pérdida del derecho a prestaciones. Esta medida es un fuerte incentivo para intentar trabajar, tanto para el empresario, porque no tiene que recomenzar un nuevo ciclo de pago del salario garantizado, como para el empleado, puesto que estos períodos cuentan como un tiempo de espera para la solicitud de las prestaciones por discapacidad. Para volver a la prestación, el médico de cabecera ha de certificar que el deterioro del estado de salud se debe a la causa inicial de la incapacidad para trabajar.

En muchos países, por el contrario, el período de baja por enfermedad es tiempo “perdido”, porque la intervención profesional, si la hay, sólo empieza cuando una persona tiene potencialmente derecho a una prestación por discapacidad o ya la percibe. Esto significa que, en algunos casos, la persona afectada permanecerá

² Por ejemplo, si hay una probabilidad elevada de que, debido a un problema sanitario crónico de desarrollo lento, resulte improbable que desempeñe su trabajo actual durante muchos años más, podría iniciarse el reciclaje profesional para ocupar otro puesto de trabajo en la misma empresa, si es posible del mismo nivel o incluso de otro superior. Puede ser que la transferencia a otro trabajo en la misma empresa ni siquiera requiera formación adicional. La legislación francesa relativa a la reclasificación de los trabajadores con discapacidad debe propiciar en especial estas transferencias.

inactiva hasta un año sin ninguno de los servicios relacionados con la discapacidad. Si comenzara inmediatamente un plan de participación, ya fuera bajo la responsabilidad del empresario, como en Holanda y Suecia, ya fuera bajo la responsabilidad del organismo encargado de las prestaciones por discapacidad o de la rehabilitación, aumentarían las probabilidades de reintegración.

Implicar a los empresarios en el proceso

Las relaciones existentes entre el empresario y el empleado deben utilizarse siempre que sea posible, mediante incentivos positivos y también mediante obligaciones impuestas. Muchos países tienen normas que obligan legalmente al empresario a hacer un esfuerzo a favor de los empleados con discapacidad. En Italia hace poco que se responsabilizó a los empresarios de asignar tareas equivalentes a la persona con discapacidad, o, si esto no fuera posible, tareas de menor categoría pero en las mismas condiciones. De modo similar, los empresarios suecos tienen que efectuar una adaptación razonable del lugar de trabajo o, si es posible, proporcionar un trabajo diferente en la empresa. En Alemania los empresarios tienen la obligación general de fomentar el empleo permanente de los empleados con discapacidad mediante la dotación de puestos de trabajo que estén de acuerdo con sus conocimientos y capacidades, y realizar una selección preferente para facilitar la formación en la empresa y ayuda para la formación externa. Y en Francia las empresas con al menos 5.000 empleados están obligadas a ofrecer reciclaje profesional para garantizar que las personas afectadas por una enfermedad o un accidente puedan conservar su puesto de trabajo o ser trasladadas a otro puesto en la misma empresa.

Pero en la práctica es difícil hacer cumplir muchas de estas normas, a pesar de la posibilidad de sancionar a los empresarios que no las cumplen. La mayoría de las normas poseen una redacción abierta a la interpretación, y en cada caso hay que determinar qué dificultades son excesivas para el empresario o si es realmente imposible adaptar la condición de discapacidad de una persona dentro de la empresa. Lo mismo ocurre con la legislación contra la discriminación, que a menudo está debilitada por la cláusula de rigor excesivo. Incluso en aquellos países que disponen cuotas obligatorias para el empleo de las personas con discapacidad, las multas por incumplimiento suelen ser tan bajas que a los empresarios les puede resultar más fácil pagar una multa que hacer un esfuerzo.

Aparte de las excusas legales, otra de las razones de la ineficacia parece residir en que los empresarios necesitan ayuda para cumplir sus obligaciones. Los ajustes del local y del lugar de trabajo requieren, por lo general, pequeñas inversiones financieras. Más importantes son la asistencia y orientación técnicas, entre ellas la evaluación del problema y el desarrollo de una estrategia de intervención en el plan de participación. Los recientes programas piloto relativos a servicios de gestión de la discapacidad en Holanda, que pretenden hacer coincidir los requisitos del puesto de trabajo con las posibilidades de la persona con discapacidad, son un buen ejemplo.

Los empresarios que hacen un esfuerzo para (re)emplear a las personas con discapacidad no deben ser penalizados igual que los empresarios que eluden hacerlo. Por lo tanto, puede ser apropiado que, en algunos casos, se pague una compensación por el mayor coste de emplear a personas con discapacidad. Pero la justificación dependería del sistema existente en cada país. Si existen cuotas o una legislación fuerte contra la discriminación, por ejemplo, los pagos compensatorios serían teóricamente innecesarios o, incluso, incompatibles con la obligación legal.

Por otra parte, la protección especial del empleo de las personas con discapacidad, por sí misma, sólo ayudará a las personas a permanecer en el empleo o a volver a su lugar de trabajo si va acompañada de una ayuda individual. Holanda tuvo una experiencia negativa con una normativa que prohibía a los empresarios despedir a un empleado por motivos de enfermedad durante un período de dos años. Sin una ayuda de activación, la normativa demostró ser ineficaz; se limitó a transferir los costes y a retrasar la transferencia del beneficiario a una prestación por discapacidad de larga duración. A menudo las personas esperaban presta-

ciones por enfermedad sin ninguna intervención hasta solicitar una prestación por discapacidad (un problema que los responsables de la política holandesa han tratado de resolver con varias reformas desde mediados de la década de 1990).

La implicación del empresario puede estimularse también mediante incentivos financieros para invertir en medidas de prevención y retención, por ejemplo, la promoción de una formación continua que sea accesible para todos los empleados. El hecho de obligar a los empresarios a que sigan pagando el salario durante la primera fase del período de baja por enfermedad es un incentivo fuerte. Austria (con un pago continuado del salario hasta 12 semanas) y Alemania (hasta 6 semanas) son los ejemplos más sobresalientes, puesto que el empresario no tiene ninguna posibilidad de reaseguro. Así pues, los empresarios se enfrentan directamente al coste de la enfermedad.

Es difícil determinar la duración óptima de este período de pago del salario. Seis meses pueden ser demasiado tiempo, puesto que una ausencia tan larga es probable que exija una sustitución, mientras que dos semanas –como en los países escandinavos– puede ser demasiado corto. El reaseguro total de estos costes con una aseguradora privada puede debilitar los objetivos políticos. En Holanda y en el Reino Unido (donde los empresarios soportan la responsabilidad total de la compensación por enfermedad durante un año y 28 semanas, respectivamente), la experiencia ha demostrado que el reaseguro puede conducir a una socialización considerable de los costes dado que las primas de seguro no estén diferenciadas al nivel de la empresa. Esto reduciría los incentivos para invertir en prevención.

Transferir algunos de los costes de la baja por enfermedad a los empresarios puede llevar a discriminar, en el proceso de contratación, a quienes probablemente necesiten una baja por enfermedad. Hay distintas posibilidades de superar este problema. En primer lugar, la discriminación en la contratación puede combatirse excluyendo a los grupos críticos de riesgo (antiguos beneficiarios de prestaciones por discapacidad, personas con enfermedades crónicas, personas con brotes de enfermedad repetidos) de la responsabilidad empresarial de continuar los pagos salariales, y haciendo que dichos grupos tengan derecho a las prestaciones de la seguridad social desde el principio. Otra opción es la de descartar una investigación detallada del estado de salud del solicitante de un trabajo. Las dos opciones están legisladas en Holanda y en parte también en el Reino Unido.

En los programas relativos a los accidentes de trabajo también se deben incluir o reforzar los incentivos o desincentivos financieros para el empresario. La práctica habitual es aplicar el coeficiente de riesgo en función del sector de actividad (o de características similares), aunque en Austria, Noruega, Suecia, el Reino Unido y –hasta 2003– Polonia se recaudan primas uniformes, lo que socializa los costes de los sectores de alto riesgo y subvenciona implícitamente el empleo en tales sectores. Sin embargo, sólo unos pocos países basan las primas del seguro de accidentes de trabajo en la experiencia individual del empresario (Australia, Francia, Holanda y los Estados Unidos, y –sólo con un interés destacado en iniciativas de carácter preventivo– Portugal y España).

Reestructurar los sistemas de prestaciones para eliminar los desincentivos para el trabajo

En muchos países la estructura del sistema de prestaciones y el método que se aplica en la concesión de las prestaciones por discapacidad tendrán que experimentar un cambio fundamental. Muchos sistemas de discapacidad se centran en las prestaciones sustitutivas de los ingresos y unen otros tipos de prestaciones y servicios al derecho a las transferencias en efectivo, lo que disuade a las personas con discapacidad de intentar la vuelta al trabajo y contribuye así a que dependan de las prestaciones. Si el intento de trabajar fracasa, la persona ha de recorrer de nuevo todo el proceso hasta que se le conceda una prestación (y sus complementos). Estos sistemas necesitan ser reestructurados de manera que las prestaciones y los servicios puedan asignarse con independencia y a los diferentes niveles que correspondan a la situación del beneficiario.

Como se ha expuesto antes, tendrán que introducirse sanciones para hacer cumplir al beneficiario la obligación de cooperar. Hasta la fecha, pocos países imponen sanciones por falta de cooperación del beneficiario. Un enfoque más corriente es el de estimular la aceptación de un trabajo mediante la oferta de incentivos financieros. El complemento especial permanente vinculado al desempeño de un empleo, que se aplica en Dinamarca a las personas que abandonan una prestación por discapacidad, es el único ejemplo de gran alcance, pero todavía no se dispone de una evaluación de esta medida. También puede ser útil continuar el pago de las prestaciones durante un par de meses, como en Holanda y en los Estados Unidos, pero los plazos parecen demasiado cortos para dar un incentivo suficiente al hecho de asumir un trabajo.

Es probable que los pagos complementarios permanentes vinculados al desempeño de un empleo sean la medida más eficaz para animar a los beneficiarios a trabajar. Estos pagos complementarios serían similares a las prestaciones por discapacidad parcial, que ya existen en muchos países. No obstante, la diferencia consiste en que los pagos complementarios estarían relacionados estrictamente con el empleo, como compensación de los menores ingresos que pudieran resultar de un puesto de menor categoría o de menos horas de trabajo. Los niveles a los que dicha compensación debería interrumpirse tendrían que ser determinados por cada país de conformidad con las preferencias, los recursos y la estructura del sistema de protección social.

Las subvenciones salariales que se pagan a los empresarios de las personas con discapacidad representarían un papel menos importante con este nuevo enfoque, puesto que los beneficiarios recibirían prestaciones directas vinculadas al desempeño de un empleo y, cuando fuera necesario, los empresarios serían compensados por el coste extraordinario de la adaptación del lugar de trabajo. Hoy en día muchos países utilizan subvenciones salariales temporales como instrumento político que ofrece a los empresarios un incentivo para suscribir un contrato de trabajo con una persona con discapacidad; esta práctica no contradiría el enfoque individualizado.

En unos pocos países, por lo general de habla inglesa, la pérdida potencial de prestaciones complementarias en efectivo o en especie cuando se acepta un trabajo actúa como un desincentivo más para emprender un empleo. Un ejemplo que destaca especialmente se da en los Estados Unidos, donde el derecho a la asistencia sanitaria gratuita se asocia con una solicitud de prestaciones por discapacidad mediante la cobertura de Medicare y Medicaid. Es necesario reconocer y abordar con cuidado tales problemas al diseñar normas de suspensión de prestaciones y ampliar los incentivos para el trabajo. El ejemplo de los Estados Unidos enseña que esto puede ser muy difícil³.

Pero en algunos países el problema de reestructuración no se limita a los incentivos para el trabajo, dado que un gran número de personas están excluidas aún de toda prestación en efectivo. Se trata, sobre todo, de personas con poca o ninguna vinculación con la población activa. En Austria y Alemania, por ejemplo, los sistemas sólo protegen a la población activa, y en México y Turquía también están excluidos los autónomos y varias ocupaciones especiales.

Reformar la administración de los programas

El enfoque individual impondrá un amplio conjunto de nuevas exigencias a los responsables del control de acceso a la discapacidad. Los asistentes sociales necesitarán conocimientos más extensos de la gama de prestaciones, servicios y programas disponibles. Hará falta más tiempo individual para asistir y seguir cada caso. Será preciso contar con más personal y mejor cualificado si se quieren atender estas tareas, que requieren una dedicación más intensiva.

³ En los Estados Unidos se han puesto en vigor distintas normas para disociar la pérdida de una prestación por discapacidad de la pérdida de la cobertura sanitaria. La cobertura sanitaria total durante el período prolongado de elegibilidad (es decir, los tres años siguientes a la terminación del período probatorio de trabajo), más tres meses adicionales, se introdujo nada menos que en 1980. Como la pérdida de la cobertura sanitaria se conservaba todavía para crear dependencia de las prestaciones, en 1999 se implantaron medidas adicionales (ampliar la cobertura de Medicare para los que volvían a trabajar e incentivar la suscripción a Medicare para los que se encontraban excluidos permanentemente de las prestaciones), dirigidas, sobre todo, a los beneficiarios de prestaciones del seguro de discapacidad.

También los médicos deberán capacitarse (por ejemplo, mediante cursos de formación especiales) para cumplir su papel de asesores sanitarios, en especial para diagnosticar las enfermedades mentales y las relacionadas con el estrés, que son más difíciles de evaluar. Además, hay que implicar a médicos especialistas independientes en la recopilación de pruebas médicas. El hecho de que los médicos de cabecera asuman toda la responsabilidad de actuar como responsables del control de acceso en este proceso, por ejemplo, parece ser la única explicación más importante de los índices excepcionalmente altos de concesión de prestaciones en Noruega. Si se separara la toma de decisiones, que no requiere titulación médica, de la recopilación de pruebas, se evitarían conflictos de intereses, se reducirían los desequilibrios y se fomentaría el tratamiento idéntico de casos equivalentes.

De manera semejante, el proceso de evaluación profesional necesita una revisión crítica. Si las prestaciones han de estar condicionadas por la participación, ésta deberá definirse con mucha más amplitud, quizás hasta para incluir actividades no laborales. En algunos países, la capacidad de trabajo todavía se evalúa únicamente con respecto a la anterior ocupación (“propia”) de la persona, lo que no parece adecuado para determinar la capacidad de una persona para participar en el mercado laboral. Los asistentes sociales que evalúan las capacidades de trabajo de una persona con discapacidad tendrán que tener en cuenta una gama mucho más amplia de oportunidades de formación y de empleo que antes.

Una filosofía de ventanilla única puede fomentar la igualdad de acceso de todas las personas a todos los programas, y ayudaría a los responsables del control de acceso a gestionar todo el menú de intervenciones disponibles. En muchos países, las personas con discapacidad tienen que acercarse a muchas instituciones diferentes (por ejemplo, el servicio público de empleo o el organismo del seguro) y de distintos ámbitos (por ejemplo, de ámbito municipal/local, provincial o federal) para acceder a los diferentes tipos de prestaciones y servicios. Un enfoque de participación individualizada exige una mejor coordinación entre los organismos que prestan servicios y prestaciones diferentes. Recientemente, varios países han establecido centros de servicios de ventanilla única, donde los clientes potenciales pueden obtener toda la información necesaria y el acceso a todos los servicios disponibles. Un ejemplo interesante de la puesta en práctica de este enfoque es el de los asesores de empleo británicos para las personas con discapacidad, que tienen un completo conocimiento en lo que se refiere a empresarios locales, vacantes y nuevos proyectos piloto.

En Australia, Centrelink, el organismo que presta los servicios sociales del Gobierno, reúne la responsabilidad de casi todos los asuntos vinculados a la discapacidad, que abarcan desde evaluar el derecho a todas las clases de programas de integración (aunque Centrelink no haga las evaluaciones por sí mismo) hasta conceder un subsidio de enfermedad o una pensión de ayuda a la discapacidad. A través de sus oficinas regionales, Centrelink funciona como centro de ventanilla única. En Dinamarca, los 275 Ayuntamientos gestionan todo el sistema social y son responsables de todos los programas de empleo y rehabilitación, así como de las prestaciones por enfermedad y por discapacidad. En Suiza, 26 organismos cantonales que se ocupan de la discapacidad son totalmente responsables de conceder las prestaciones por discapacidad y de determinar el derecho a cualquier clase de programa de empleo o rehabilitación.

En otros países (Bélgica, Francia, Noruega, Portugal, Estados Unidos) se ha optado por una estructura en la que un organismo es el responsable de todas las clases de servicios de rehabilitación y empleo, pero uno o varios organismos distintos son responsables de evaluar la obtención de prestaciones y la concesión de las mismas. Este acuerdo garantiza como mínimo la coordinación continua de la prestación de servicios, pero necesita una sincronización adicional con los procedimientos de concesión de las prestaciones.

En los países donde la responsabilidad de la rehabilitación profesional es compartida por diferentes organismos del mercado laboral y de los seguros, se necesita una mejor coordinación entre dichos organismos y los departamentos gubernamentales, con claras responsabilidades de quién ha de coordinar cada cosa. La reciente reforma llevada a cabo en Alemania, que estableció centros de servicios conjuntos de los diversos fondos de rehabilitación (con 544 de tales centros hasta finales de 2002), es un buen ejemplo.

Mejorar la coordinación de los sistemas de transferencia

La existencia de límites confusos entre los distintos sistemas de transferencia contribuye a los bajos índices de empleo de las personas con discapacidad y a su fuerte dependencia de las prestaciones. La práctica actual en muchos países, consistente en conceder prestaciones por discapacidad casi permanentes, tiende a ocultar problemas de desempleo estructural y cíclico. Como consecuencia, los trabajadores mayores con sólo moderados problemas sanitarios y que conservan una capacidad de trabajo considerable son, sobre todo, quienes suelen verse excluidos de la participación en los programas activos del mercado de trabajo.

El hecho de que una persona reciba prestaciones por desempleo es muy diferente de que las reciba por discapacidad, dada la relación asimétrica entre discapacidad y desempleo. Los casos de desempleo que pasan al registro de perceptores de prestaciones por discapacidad en tiempos de dificultades económicas, por lo general no vuelven al mercado laboral cuando el crecimiento económico se reanuda. Por lo tanto, un crecimiento temporal del registro de perceptores de prestaciones por desempleo es mucho menos dramático a largo plazo que un crecimiento similar del registro de perceptores de prestaciones por discapacidad.

Como se ha mencionado antes, muchos países desplazan sus programas de desempleo hacia el enfoque de obligaciones mutuas. Es probable que los programas de discapacidad no reformados atraigan solicitantes que puedan encontrar difícil cumplir las obligaciones más estrictas de los sistemas de desempleo. Desde luego, esta interrelación puede explicar, en parte, los grandes aumentos recientes del registro de perceptores de prestaciones por discapacidad en Australia, el Reino Unido y los Estados Unidos, lo que pone de relieve la necesidad de una estrategia coherente de la política en materia de discapacidad y desempleo que amplíe el enfoque de las obligaciones mutuas a todos los programas del mercado de trabajo.

Las prestaciones por discapacidad deberían hacerse también más flexibles separando las situaciones de vejez y discapacidad. En la mitad de los países participantes, estos dos programas se atienden en el mismo sistema. En la mayoría de los casos, las prestaciones por discapacidad se denominan pensiones de discapacidad, lo que indica un pago casi permanente. Pero el hecho de separar las dos situaciones exige el establecimiento de un mecanismo para el pago de las cotizaciones en nombre de la persona con discapacidad que mantiene el período de cotización de la pensión de vejez.

En muchos países, las evaluaciones sanitarias de los programas de enfermedad y discapacidad son totalmente diferentes. Es inevitable, pues, que aparezcan incoherencias y sea más difícil la intervención precoz específica de la rehabilitación profesional. La fusión de los dos programas relacionados con la salud haría más fácil armonizar los procedimientos de evaluación respectivos y conduciría a una implicación más inmediata de expertos médicos independientes. En Suecia, Bélgica y Francia, el programa de discapacidad y el programa de prestaciones por enfermedad están gestionados por las mismas instituciones. En Bélgica, por ejemplo, tras una baja por enfermedad de un mes, interviene un médico, empleado por la entidad aseguradora, que controla y observa el desarrollo posterior a lo largo del proceso de enfermedad y discapacidad. Este doctor puede imponer reconocimientos médicos siempre que los considere necesarios, y también puede implicarse en evaluar una solicitud de prestación por discapacidad. Portugal y, en menor grado, España también han hecho intentos de armonizar los procedimientos de evaluación de las enfermedades de corta duración y de la discapacidad de larga duración.

También es preciso abordar la relación entre el programa de accidentes de trabajo y el programa general de discapacidad. Estos dos riesgos están separados en la mayoría de los países, porque exigen una estructura de financiación diferente (los costes de los accidentes laborales deben ser soportados en su totalidad por el empresario) y justifican un nivel de discapacidad mínimo diferente (en un accidente de trabajo, tienen que indemnizarse incluso las disminuciones de capacidad relativamente secundarias). Pero también hay argumentos que invitan a la integración parcial de los dos. Aunque una discapacidad se origine en un accidente de trabajo o en cualquier otro accidente, en una enfermedad profesional o en cualquier otra enfermedad, la

persona necesitará el mismo tipo de paquete de apoyo y participación. Por este motivo, es de todo punto apropiado utilizar el mismo procedimiento de evaluación para establecer la existencia y el grado de discapacidad y la capacidad de trabajo restante, aun cuando en el caso de accidentes laborales haya una necesidad adicional de determinar el nivel de indemnización por lesiones corporales. También es adecuado utilizar el mismo proceso y el mismo enfoque de la rehabilitación y formación profesionales. Sólo tres países tienen esta clase de integración estructural, ya sea con prestaciones idénticas (Polonia y España), ya sea con mayores niveles de prestaciones para quienes sufren accidentes laborales (Turquía). Los países totalmente orientados hacia la rehabilitación profesional obligatoria suelen haber armonizado el proceso de intervención activa por lo que respecta a las personas con accidentes laborales y a las personas con discapacidad general, aunque dependan de dos organismos diferentes.

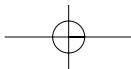
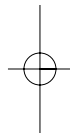
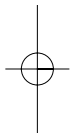
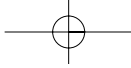
Los trabajadores cuya edad supera los 50 años son un grupo problemático especial. En primer lugar, en muchos países este grupo de edad tiene acceso a programas especiales de jubilación anticipada; y en segundo lugar, los confusos límites entre discapacidad y desempleo adquieren una importancia especial, debido a la discriminación (legal o implícita) vinculada a la edad en el programa de discapacidad y aún más en el caso de la rehabilitación profesional.

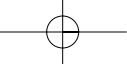
En muchos países, la política se ha resistido a aceptar índices de desempleo más altos entre los trabajadores mayores. El efecto de esta política –acceso más fácil a unas generosas prestaciones por discapacidad y por jubilación anticipada para los trabajadores mayores– es una considerable discriminación vinculada a la edad; la acumulación de factores de atracción y rechazo desplaza a los trabajadores mayores del mercado laboral. Si se considera, en especial, el envejecimiento de la población, esta política necesita ser reconsiderada e invertida. La política de jubilación ha empezado a reaccionar en muchos países reduciendo las opciones y el atractivo de la jubilación anticipada, por ejemplo, mediante la introducción de deducciones de las prestaciones determinadas actuarialmente. Estas medidas ejercerán un fuerte impacto sobre los programas de discapacidad, porque los trabajadores mayores puede que traten de salir del mercado laboral a través de los programas de discapacidad, sobre todo si el nivel de las prestaciones es mayor que la pensión de vejez ajustada actuarialmente. La política en materia de discapacidad tendrá que reaccionar, y en especial necesita potenciar los instrumentos que fomenten el empleo de los trabajadores mayores y el desarrollo de una cultura de obligaciones mutuas.

Observación final

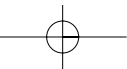
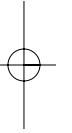
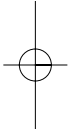
Todos los responsables de las políticas y las personas involucradas en ellas están de acuerdo en que hay más personas con discapacidad aptas para trabajar. El hecho de que muchas de estas personas no lo hagan se debe más al fracaso de las políticas y a la elección de las mismas que a ninguna otra cosa. La postura de las sociedades frente a algunos grupos de personas con discapacidad ha consistido en ocultarlos mediante prestaciones a menudo generosas. Otros grupos fueron aislados en programas de empleo protegido, al tiempo que han faltado programas que les permitieran trabajar en el mercado laboral abierto (o, si los hubo, no fueron suficientes). En un grado variable, esta conclusión es cierta para las personas con discapacidad tanto moderada como más grave, y en especial para las personas cuya edad supera los 50 años, que representan la gran mayoría de este grupo y que pueden tener acceso a toda una serie de pagos de transferencias.

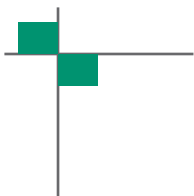
Este enfoque de segregación no es nada bueno para las personas con discapacidad, aunque pueda proporcionar una seguridad salarial a muchas de ellas. También es muy caro y, por lo tanto, en último término, tampoco es nada bueno para los contribuyentes. Este es el motivo de que sea preciso centrar la política en materia de discapacidad en las aptitudes de las personas con discapacidad y seguir la estrategia de obligaciones mutuas esbozada en este capítulo de conclusiones y adaptarla a las condiciones y circunstancias nacionales.





Bibliografía





Bibliografía

- AARTS, L., y P. DE JONG (2000), "Disability insurance in a multi-pillar framework", Proyecto final, documento preparado originalmente para la conferencia del Banco Mundial: *New ideas about old age security* (Washington D.C, 14 al 15 de septiembre de 1999), La Haya.
- AARTS, L. R. BURKHAUSER y P. DE JONG (eds.) (1996), *Curing the Dutch Disease: An International Perspective on Disability Policy Reform*, Aldershot, Avebury.
- AARTS, L., P. DE JONG y C. PRINZ (2000), "Determinanten der Inanspruchnahme einer Invalidenrente: Eine Literaturstudie", *Forschungsbericht Nr. 10/00*, Bundesamt für Sozialversicherung, Berna.
- ANDREWS, E. (1998), "Disability insurance: programs and practice", World Bank Paper, Nueva York.
- ARENTS, M., M. CLUITMANS y M. VAN DER ENDE (2000), *Benefit Dependency Ratios: An analysis of nine European countries, Japan and the US*, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, La Haya.
- BACHMANN, R., y C. FURRER (1999), "Die ärztliche Beurteilung und ihre Bedeutung im Entscheidungsverfahren über einen Rentenanspruch in der Eidg. Invalidenversicherung", *Forschungsbericht Nr. 6/99*, Bundesamt für Sozialversicherung, Berna.
- BEMELSMANN-VIDEC, M., R. RIST y E. VEDUNG (eds.) (1998), *Carrots, Sticks, and Sermons: Policy Instruments and their Evaluation*, Transaction Publishers, New Brunswick / Nueva Jersey.
- BENÍTEZ-SILVA, H., M. BUCHINSKY, H. CHAN, S. SHEIDVASSER y J. RUST (2000), "How large is the bias in self-reported disability", NBER Working Paper No. 7526, Cambridge, Massachusetts.
- BENÍTEZ-SILVA, H., M. BUCHINSKY, H. CHAN, J. RUST y S. SHEIDVASSER (1999), "An empirical analysis of the social security disability application, appeal, and award process", *Labour Economics*, Vol. 6/2, Amsterdam, pp.147-178.
- BERGESKOG, A. (2001), "Labour market policies, strategies and statistics for people with disabilities: A cross-national comparison", Working Paper 2001:13, Office of Labour Market Policy Evaluation, Uppsala.
- BLOCH, F. (1994), "Disability benefit claim processing and appeals in six industrialised countries", ISSA Occasional Papers on Social Security, Ginebra: International Social Security Association.
- BLOCH, F., y R. PRINS (eds.) (2001), *Who Returns to Work and Why. A Sic-Country Study on Work Incapacity and Reintegration*, International Social Security Series Vol. 5, Transaction Publishers, New Brunswick / Londres.
- BLÖNDAL, S., y M. PEARSON (1994), "Unemployment and other non-employment benefits", *Oxford Review of Economic Policy*, Vol.11/1, Oxford University Press, pp. 136-169.
- BLÖNDAL, S., y S. SCARPETTA (1999), "The retirement decision in OECD countries", Economics Department Working Papers No. 202, OCDE, París.

- BOUND, J., y R. BURKHAUSER (1999), "Economic analysis of transfer programs targeted on people with disabilities", en O. Ashenfelter y D. Card (eds.), *Handbook of Labor Economics*, Vol. 3, Amsterdam, pp. 3417-3528.
- BOUND, J., y T. WAIDMANN (2000), "Accounting for recent declines in employment rates among the working-aged disabled", NBER Working Paper No. 7975, Cambridge, Massachusetts.
- BOUND, J., J. CULLEN, A. NICHOLS y L. SCHMIDT (2001), "The Welfare Implications of Increasing DI Benefit Generosity", documento preparado para la tercera conferencia anual del Retirement Research Consortium "Making Hard Choices About Retirement" (17 y 18 de mayo de 2001, Washington DC), University of Michigan Retirement Research Center.
- BRATBERG, E. (1999), "Disability Retirement in a Welfare State", Department of Economics Discussion Paper, University of Bergen.
- BURCHARDT, T. (1999), "The Evolution of Disability Benefits in the UK: Re-weighting the basket", CASEpaper 26, London School of Economics, Londres.
- (2000), "The Dynamics of Being Disabled", *Journal of Social Policy*, Vol. 29/4, Cambridge University Press, pp. 645-668.
- BURI, M. (2000), "Wirksamkeit beruflicher Massnahmen der Invalidenversicherung", CHSS 6/2000, pp. 327-330, Bundesamt für Sozialversicherung, Berna.
- BURKHAUSER, R., y M. DALY (1998), "Disability and work: The experiences of American and German men", *Economic Review* 1998/2, Federal Reserve Bank of San Francisco, pp. 17-28.
- BURKHAUSER, R., M. DALY y A. HOUTENVILLE (2001), "How working age people with disabilities fared over the 1990s business cycle", en P. Budetti, R. Burkhauser, J. Gregory y A. Hunt (eds.), *Ensuring Health and Income Security for an Aging Workforce*, W. E. UpJohn Institute for Employment Research, Kalamazoo, pp. 291-346.
- BURKHAUSER, R., A. HOUTENVILLE y D. WITTENBURG (2001), "A User Guide to Current Statistics on the Employment of People With Disabilities", Borrador del 10/03/01, Documento presentado en la conferencia sobre "The Persistence of Low Employment Rates of People With Disabilities - Cause and Policy Implications" (18 y 19 de octubre de 2001, Washington DC).
- COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS (1996), "Comunicación para la comisión sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad: Una nueva estrategia de la Comunidad Europea en materia de discapacidad", Bruselas.
- (1998), *Compendio de las políticas de los Estados miembros sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad*, Bruselas.
- (1998), "Elevar los niveles de empleo de las personas con discapacidad: El reto común, Documento de trabajo de la Comisión", Bruselas.
- (1998), "Income benefits for early exit from the labour market in eight European countries: A comparative study", *European Economy* No. 3, Bruselas.
- (2000), *Evaluación comparativa de las políticas de empleo para las personas con discapacidad*, Bruselas.
- (2000), *Informe sobre las disposiciones legales de los Estados miembros para combatir la discriminación*, Bruselas.

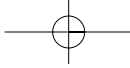
- CONSEJO DE EUROPA (1991), "Una política coherente para la rehabilitación de las personas con discapacidad", Recomendación No. R (92) 6 adoptada por el Comité de Ministros el 9 de abril de 1992 en la 474ª reunión de delegados de los ministros, Estrasburgo.
- (1996), *La transición del empleo protegido al empleo ordinario*, Estrasburgo.
 - (2000), *Estrategias de empleo para fomentar la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad en el mercado de trabajo*, Publicaciones del Consejo de Europa, Estrasburgo.
- CONSEJO DE LA UNIÓN EUROPEA (2000), "Directiva 2000/78/CE de 27 de noviembre de 2000 por la que se establece un marco general para la igualdad de trato en el empleo y la ocupación", Diario Oficial L 303, 02/12/2000, pp. 0016-0022.
- CORDEN, A., y R. SAINSBURY (2001), "Incapacity benefits and work incentives", Department of Social Security Research Report No. 141, Corporate Document Service, Leeds.
- CORDEN, A., y P. THORNTON (2002), "Employment programmes for disabled people: Lessons from research evaluations", Department for Work and Pensions In-house Report 90, Social Research Branch, Department for Work, Londres.
- DAHL, S., O. NILSEN y K. VAAGE (1999), "Work or retirement. Exit routes for Norwegian elderly", Discussion Paper No. 32, IZA, Bonn.
- DAVIS, E., J. BEER, C. GLIGORA y A. THORN (2001), "Accounting for change in disability and severe restriction, 1981-1998", Working Paper in Social and Labour statistics No.2001/1, Australian Bureau of Statistics, Canberra.
- DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS (2002), "Integrating measurements of disability in Federal surveys: Seminar proceedings", National Center for Health Statistics, Vital Health Statistics Series 4/32, Hyattsville.
- DIXON, J., y M. HYDE (2000), "A global perspective on social security programmes for disabled people", *Disability and Society*, Vol. 15/5, Carfax Publishing, pp. 709-730.
- DORSETT, R., L. FINLAYSON, R. RORD, A. MARSH, M. WHITE y G. ZARB (1999), "Leaving incapacity benefit", Department of Social Security Research Report No. 86, Corporate Document Service, Leeds.
- DROPPING, J., B. HVINDEN y W. VAN OORSCHOT (2000), "Reconstruction and reorientation: Changing disability policies in the Netherlands and Norway", *European Journal of Social Security*, Vol. 2/1, Kluwer Law International, La Haya, pp. 35-68.
- DUNCAN, B., y D. WOODS (eds.) (1987), *Social Security Disability Programs: An International Perspective (Austria, Canada, Finland, Israel, Sweden, the Netherlands, Federal Republic of Germany, England)*, World Rehabilitation Fund, Nueva York.
- ELWAN, A. (1999), "Poverty and disability: A survey of the literature", Social Protection Discussion Paper No. 9932, Banco Mundial.
- ERENS, B., y D. GHATE (1993), "Invalidity benefit: a longitudinal survey of new recipients", Department of Social Security Research Report No. 20, Corporate Document Service, Leeds.
- EUROSTAT (1995), *Disabled Persons Statistical Data*, second edition, Luxemburgo.
- (2001a), *Disability and Social Participation in Europe. Key Indicators*, Luxemburgo.

- EUROSTAT (2001b), *European Social Statistics: Labour Market Policy Expenditure and Participants (Data1998)*, Luxemburgo.
- FROEHLICH, M., A. HESHMATI y M. LECHNER (2000), "A microeconomic evaluation of rehabilitation of long-term sickness in Sweden", SSE/EFI Working Paper Series in Economics and Finance No. 373, Estocolmo.
- FUNDACIÓN TOMILLO (2000), "Active employment policies and labour integration of disabled people: Estimation of the net benefit, European synthesis", Centre for Economic Studies.
- GILBERT, N. (ed.) (2000), *Targeting Social Benefits: International Perspectives and Trends*, International Social Security Association, Ginebra.
- GUDEX, C., y G. LAFORTUNE (2000), "An inventory of health and disability-related surveys in OECD countries", Labour Market and Social Policy Occasional Papers No. 44, París.
- HAVEMAN, R., y B. WOLFE (2000), "The economics of disability and disability policy", en A.Culyer y J. Newhouse (eds.), *Handbook of Health Economics*, Vol. 1a, Amsterdam, pp. 995-1051.
- HARKNESS, J. (1993), "Labour force participation by disabled males in Canada", *Canadian Journal of Economics*, Vol. 26/4, Montreal, pp. 878-889.
- HOOPENGARDNER, T. (2001), "Disability and work in Poland: Disability pensions and programs to encourage the employment of people with disabilities", Social protection discussion paper No. SP 0101, Banco Mundial.
- ISSA (1981), *Social Security and Disability: Issues in Policy Research*, Studies and Research No. 17, International Social Security Association, Ginebra.
- JEE, M., y Z. OR (1998), "Health outcomes in OECD countries: A framework of health indicators for outcome-oriented policymaking", Labour Market and Social Policy Occasional Papers No. 36, París.
- LEICHSENRING, K., y C. STRÜMPEL (1995), *Mandatory Employment or Equal Opportunities. Employment Policies for People with Disabilities in the UN-European Region*, Eurosocial Report No.55, European Centre, Viena.
- LESSOF, C., y G. FERRIS (1993), "Invalidity benefit: a survey of recipients", Department of Social Security Research Report No. 19, Corporate Document Service, Leeds.
- LEVINE, D. (1997), "Reinventing disability policy", Documento de trabajo N° 65, Institute of Industrial Relations, Berkeley.
- LONSDALE, S. (1993), "Invalidity benefit: An international comparison", In-house report No. 1, DSS (Social research branch).
- LUNT, N., y P. THORNTON (1993), "Employment policies for disabled people: A review of legislation and services in fifteen countries", Research Series No. 16, Social Policy Research Unit/University of York.
- MABBETT, D., y H. BOLDESON (2002), "Definitions of disability in Europe", Final Report to the European Commission, Employment and Social Affairs Directorate General, Brunel University, Uxbridge.
- MALO, M., y C. GARCIA-SERRANO (2001), "An analysis of the employment status of the disabled persons using the ECHP Data", Segundo borrador, www.employment-disability.net/

- MARTIN, J. (2000), "What works among active labour market policies: Evidence from OECD countries' experience", *OECD Economic Studies* No. 30, 2000/1, París, pp. 79-113.
- McNEIL, J. (2000), "Employment, earnings, and disability", Documento preparado para la 75ª Conferencia Anual de The Western Economic Association International (29 de junio a 3 de julio de 2000, Vancouver), US Bureau of the Census, Washington D.C.
- MOOIJ, R. de (1999), "Disability benefits and hidden unemployment in the Netherlands", *Journal of Policy Modeling*, Vol. 21/6, Nueva York, pp. 695-713.
- NACIONES UNIDAS (1994), "Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad" (adoptadas por la Asamblea General en su 48ª sesión), <http://www.un.org/esa/socdev/enable/dissre00.htm>
- OCDE (1992), "Employment policies for people with disabilities: report by an evaluation panel", Labour Market and Social Policy Occasional Papers No. 8, París.
- (1994), *The OECD Jobs Study. Facts, Analysis, Strategies*, París.
 - (1996), *The OECD Jobs Strategy. Enhancing the Effectiveness of Active Labour Market Policies*, París.
 - (1999), "Employment protection and labour market performance", *Employment Outlook 1999*, Capítulo 2, París.
 - (2000), "Data requirements for the project on policies to support and integrate working-age disabled people. Questionnaire", DEELSA/ELSA/WP1/DIS (2000) 4, París.
 - (2001a), *Society at a Glance: OECD Social Indicators*, París.
 - (2001b), *Ageing and Income: Financial Resources and Retirement in OECD Countries*, París.
 - (2001c), *OECD Social Expenditure Database, 1980-1998*, 3ª edición, París.
- OIT (1996), "Employment prospects for disabled people in transition countries: Guidelines on active training and employment policies for disabled people in Central and Eastern Europe", Organización Internacional del Trabajo, Ginebra.
- (1998), "International research project on job retention and return to work strategies for disabled workers: key issues", Organización Internacional del Trabajo, Ginebra.
 - (1999), "Proceedings of the international symposium on job retention and return to work strategies for disabled workers" (20 y 21 de mayo de 1998, Washington DC), Organización Internacional del Trabajo, Ginebra.
- OMS (1999), "Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud", Proyecto Beta-2, Versión abreviada, Ginebra (véase también www3.who.int/icf/icftemplate.cfm).
- OORSCHOT, W. van, y B. HVINDEN (2000), "Introduction: towards convergence. Disability policies in Europe", *European Journal of Social Security*, Vol. 2/4, Kluwer Law International, La Haya, pp. 293-302.
- OORSHOT, W. van, y B. HVINDEN (eds.) (2000), *European Journal of Social Security*, Vol. 2/4, Kluwer Law International, La Haya.
- ORSZAG, J., y D. SNOWER (2002), "Incapacity benefits and employment policy", Discussion Paper No. 529, IZA, Bonn.

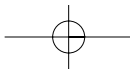
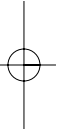
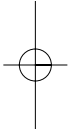
- PEARSON, M., y S. SCARPETTA (2000), "An overview: What do we know about policies to make work pay.", *OECD Economic Studies* No. 31, 2000/2, París, pp. 11-24.
- PRIESTLEY, M. (2000), "Adults only: Disability, social policy and the life course", *Journal of Social Policy*, Vol. 29/3, Cambridge of University Press, Cambridge, pp. 421-439.
- PRINZ, C. (1999), "Invalidenversicherung: Europäische Entwicklungstendenzen zur Invalidität im Erwerbsalter", Band 1, Forschungsbericht Nr. 7/99, Bundesamt für Sozialversicherung, Berna.
- PRINZ, C. (ed.) (2003), *European Disability Benefit Policies. 11 Country Trends 1970-2002*, Ashgate, Aldershot/Brookfield.
- PRINZ, C., y B. MARIN (1999), *Pensionsreformen. Nachhaltiger Sozialumbau am Beispiel Österreichs*, Campus, Frankfurt/Nueva York.
- RENO, V., J. MASHAW y B. GRADISON (eds.) (1997), *Disability: Challenges for Social Insurance, Health Care Financing and Labor Market Policy*, National Academy of Social Insurance, Washington DC.
- RUPP, K., y D. STAPLETON (eds.) (1998), "Growth in disability benefits. Explanations and policy implications", W. E. Upjohn Institute for Employment Research, Kalamazoo, Michigan.
- RUSSELL, M. (2002), "What disability civil rights cannot do: employment and political economy", *Disability and Society*, Vol. 17/2, Carfax Publishing, pp. 117-135.
- SALKEVER, D., J. SHINOGLE y M. PURUSHOTHAMAN (2001), "Employer disability management strategies and other predictors of injury claims rates and costs - Analysis of employment-based long-term disability insurance claims", *Journal of Safety Research*, Vol. 32/2, Amsterdam, pp. 157-185.
- SALOVIITA, T. (2000): "Supported employment as a paradigm shift and a cause of legitimization crisis", *Disability and Society*, Vol. 15/1, Carfax Publishing, pp. 87-98.
- SAMOY, E., y L. WATERPLAS (1992), "Sheltered employment in European community", Comisión de las Comunidades Europeas, Bruselas.
- SAMOY, E., y L. WATERPLAS (1997), "Sheltered employment in five member states of the Council of Europe: Austria, Finland, Norway, Sweden and Switzerland", Publicaciones del Consejo de Europa, Estrasburgo.
- SARFATI, H. y G. BONOLI (eds.) (2002), *Labour Market and Social Protection Reforms in International Perspective: Parallel or converging tracks?*, Ashgate, Aldershot.
- SAUNDERS, P. (2002), "Mutual obligation, participation and popularity: Social security reform in Australia", *Journal of Social Policy*, Vol. 31/1, Cambridge of University Press, Cambridge, pp. 21-38.
- THORNTON, P. (1998), "Employment quotas, levies and national rehabilitation funds for persons with disabilities: Pointers for policy and practice", Organización Internacional del Trabajo, Ginebra.
- THORNTON, P., y N. LUNT (1997), "Employment policies for disabled people in eighteen countries: A review", Social Policy Research Unit, University of York.
- VEERMAN, T. (2001), "Incentives and privatisation - Integrated report on the evaluation of legislation relating to sick leave, disability and reintegration", resumen en inglés del informe "Prikkels en Privatisering - Integrerende rapportage evaluatie wetgeving rond ziekteverzuim, WAO en reïntegratie", Ministerie van Sociale Yaken en Werkgelegenheid, La Haya.

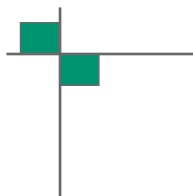
- WADDINGTON, L. (2001), "Evolving disability policies: From social welfare to human rights - An international trend from a European perspective", Netherlands *Quarterly of Human Rights*, Vol. 19/2, Kluwer Law International, La Haya, pp. 141-165.
- WESTERHOUT, E. (2001), "Disability risk, disability benefits, and reequilibrium unemployment", *International Tax and Public Finance*, Vol. 8/3, Boston, pp. 219-244.
- WESTON, J. (2002), "Supported employment and people with complex needs: A review of research literature and ongoing research", *Journal of Social Work*, Vol. 2/1, Thousands Oaks/ London/ Nueva Delhi, pp. 83-104.
- WILLIAMSON HOYNES, H., y R. MOFFITT (1997), "Tax rates and work incentives in the social security disability insurance program: current law and alternative reforms", NBER Working Paper No. 6058, Cambridge, Massachusetts.



 ANEXO 1

Anexo Técnico





► A1.1. Enfoque para conseguir los objetivos del proyecto

Los objetivos del proyecto se desarrollaron mediante una combinación de tres métodos diferentes, cada uno de los cuales ofrece una perspectiva distinta de la política en materia de discapacidad: I) análisis de los informes descriptivos de las determinaciones de política; II) análisis de los datos administrativos, y III) análisis de los microdatos. Los informes descriptivos comprenden las normas actuales y los cambios de interés en la política relativa a la discapacidad durante las dos últimas décadas. El análisis de estos informes proporciona la información necesaria para comprender la política en materia de discapacidad de cada país.

Se han procesado las estadísticas de los programas administrativos para evaluar cómo se han desarrollado durante las dos últimas décadas los programas de empleo relacionado con la discapacidad y los de asistencia social, con el fin de investigar la relación entre la participación en los programas y la reforma de las políticas y de analizar los incentivos generados por cada paquete normativo. Se han utilizado los datos relativos a la existencia media anual de participantes o beneficiarios de los programas, a los flujos anuales de entrada y salida de personas en los programas o sistemas de prestaciones y a los gastos anuales de los programas.

Se han recogido microdatos de las encuestas de población nacionales –representativas de la población activa y que combinan información relativa a la situación de discapacidad, a la situación de empleo y a la situación de ingresos– para identificar a la población con discapacidad; para evaluar el nivel de participación de la población con discapacidad (situación de actividad, trabajo con / sin ayuda de programas públicos, recepción de prestaciones en efectivo, no tener trabajo y no conseguir transferencias públicas) y para medir el bienestar económico relativo de la población con discapacidad (por lo que se refiere a los niveles de ingresos personales y familiares y a las fuentes de ingresos en relación con la población no discapacitada)¹.

► A1.2. Limitaciones de los datos

El análisis está limitado por la no disponibilidad y/o no uniformidad de algunas de las estadísticas de los programas administrativos (véase también el Cuadro A1.2). En muchos países los datos son parciales o inexistentes, en especial si los programas son administrados a escala regional o provincial. A menudo las estadísticas de los programas se refieren a un solo año, lo que imposibilita la realización de evaluaciones de su evolución en el tiempo. Donde se usan programas de empleo generales para integrar a las personas con discapacidad mediante la integración el análisis se hace más difícil porque las personas con discapacidad no pueden contabilizarse por separado. Aparte de la omisión de datos y de las personas con discapacidad “escondidas” en programas generales, surgen otros problemas a causa del doble recuento que resulta de la super-

¹ Para Austria, Bélgica, Dinamarca, Francia, Alemania, Italia, Holanda, Portugal, España, Suecia y el Reino Unido, se utilizan datos del Panel de Hogares de la Unión Europea (PHOGUE). Los datos se refieren a la oleada de 1997 del Panel de Hogares excepto para Alemania y el Reino Unido, para los cuales se usan datos de la oleada de 1996 (cambio de base de datos de 1997 en adelante). Para los demás países, se analizan encuestas nacionales con una definición de discapacidad comparable: la Encuesta de la Discapacidad, el Envejecimiento y los Cuidadores de 1998 para Australia, la Encuesta Nacional de la Salud de la Población de 1998 para Canadá, la Encuesta Nacional sobre las Personas con Discapacidad de 2000 para Corea, la Encuesta Nacional sobre el Empleo y la Seguridad Social de 1996 para México, la Encuesta del Nivel de Vida de 1998 para Noruega, la Encuesta de la Salud de 1997 para Suiza y la Encuesta de los Ingresos y la Participación en Programas de 1997 para los Estados Unidos. Para Polonia se utilizó el material publicado de la Encuesta de la Población Activa de 2000. Turquía no ha proporcionado datos de ninguna encuesta

posición (de grado a menudo desconocido) entre los distintos programas de prestaciones, pero también entre los programas de prestaciones y los programas de empleo o de rehabilitación.

Un problema adicional es el provocado por la confusión de límites entre las medidas políticas activas y pasivas. Por ejemplo, no parece que tenga mucho sentido clasificar las prestaciones parciales como una medida pasiva, sino las subvenciones permanentes del salario como una medida activa. En efecto, se trata de etiquetas más o menos diferentes para la misma clase de política, o sea, la ayuda financiera. O, para poner otro ejemplo, es especialmente difícil hacer una clasificación adecuada de las prestaciones percibidas durante una fase de rehabilitación. Allí donde existen prestaciones específicas de rehabilitación, suelen contarse como instrumentos activos, mientras que deberían contarse como pasivos si la misma persona en proceso de rehabilitación ha de permanecer en las prestaciones por enfermedad o discapacidad durante esta fase.

En el caso de los datos procedentes de las encuestas de población nacionales, la falta de comparabilidad es un inconveniente importante. La interpretación de los resultados cuantitativos –por ejemplo, los relativos a los índices de empleo y bienestar económico de las personas con discapacidad en comparación con las personas no discapacitadas– exige una cuidadosa consideración de varios aspectos relativos a los datos. La calidad de los datos y, por lo tanto, su comparabilidad, puede estar influida por: I) diferencias en cuanto a las poblaciones de las encuestas y al diseño de las encuestas; II) diferencias en la formulación y secuencia de las preguntas; III) diferencias en las definiciones, por ejemplo, de discapacidad, empleo o ingresos; IV) diferencias en las categorías de respuesta, por ejemplo, en relación con la recepción de prestaciones sociales públicas, y V) años diferentes, es decir, etapas diferentes del ciclo económico en el que se hacen las encuestas.

Por tales razones, principalmente, se decidió utilizar los datos del Panel de Hogares de la Unión Europea (PHOGUE) –que están disponibles para 11 de los 20 países implicados en el proyecto–, a pesar de la calidad imperfecta de estos datos y del tamaño bastante bajo de la muestra. Los puntos fuertes de los datos del Panel de Hogares son que proporcionan información detallada sobre el empleo y los ingresos, y también que se utiliza una definición de discapacidad autoevaluada muy apropiada y aceptada en general. El Panel de Hogares hace dos preguntas: “¿Tiene usted algún problema de salud, alguna enfermedad o discapacidad de carácter crónico y de orden físico o mental?” y “¿Se ve usted dificultado en sus actividades cotidianas por este problema de salud, esta enfermedad o discapacidad de carácter crónico y de orden físico o mental?”. En el análisis se clasifica a las personas como discapacitadas si tienen un problema sanitario de larga duración y se ven dificultadas –de forma moderada o grave– en sus actividades cotidianas por dicho problema.

Para los países no incluidos en el Panel de Hogares hubo que idear encuestas que utilizaran preguntas lo más semejantes posible a las del Panel de Hogares (véase el Cuadro A1.1). Para solucionar algunos de los posibles problemas de comparabilidad sólo se analizó la posición de las personas con discapacidad con respecto a la población sin discapacidad, como, por ejemplo, las diferencias en los índices de empleo relativos. El estudio no pretende comparar valores absolutos de la prevalencia de la discapacidad en cada país. En esencia, el objetivo es contrastar la posición relativa (en lo que se refiere a la actividad económica y los ingresos) de una proporción comparable de personas clasificadas como discapacitadas, usando una definición similar de discapacidad autoevaluada². Sin embargo, sigue siendo difícil distinguir una diferencia “real” entre países que esté causada por diferencias en las políticas de una diferencia que esté provocada por definiciones subyacentes o por diferencias objetivas de los grados de discapacidad.

Hay otra limitación inherente, vinculada a la interpretación de los datos de la encuesta de población así como a las estadísticas de los programas administrativos. Los efectos de las nuevas políticas a menudo se manifiestan con mucha lentitud, puesto que las nuevas normas –en especial en el ámbito de la seguridad

² Obsérvese que, en este contexto, la no comparabilidad metodológica de los datos que usan dos categorías de respuesta (sí, no) o tres categorías (sí grave, sí algo, no) es un asunto secundario; nuestros datos empíricos parecen indicar que la suma de “algo y grave” se asemeja más a la categoría total “sí”.

social— sólo suelen aplicarse a los nuevos solicitantes. Es habitual que el volumen de beneficiarios de prestaciones permanezca invariable a corto plazo. La consecuencia es que el tamaño del volumen actual de beneficiarios de prestaciones dependa más del marco político durante las últimas décadas que de las reformas recientes. Este problema se agrava porque los datos de la encuesta de población utilizados suelen referirse a un año en torno a 1997, lo que proporciona la imagen instantánea de un momento concreto tras el cual podrían haberse promulgado varias políticas nuevas, como sin duda ha ocurrido muchas veces.

► A1.3. Definición del término discapacidad

El análisis de las políticas de protección social y de empleo dirigidas a las personas con discapacidad exige, ante todo, una respuesta a la pregunta de “qué constituye una discapacidad”. A medida que evolucionan las políticas en materia de discapacidad, las definiciones y etiquetas cambian para reflejar los cambios de actitud de la comunidad hacia la discapacidad. En los últimos años el término discapacidad ha sido sometido a un escrutinio especialmente minucioso. Las nuevas políticas se centran cada vez más en las aptitudes más que en las discapacidades. El modelo médico de discapacidad, según el cual la discapacidad se considera una característica del individuo, ha sido sustituido por un modelo socioambiental, en que la discapacidad se interpreta como una construcción socioambiental, es decir, un atributo resultante de la interacción entre el individuo y el entorno social y físico.

La nueva CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud) de la Organización Mundial de la Salud es un reflejo del desplazamiento de una visión estática de la discapacidad a una visión dinámica³. Esta clasificación distingue cuatro capas: funciones corporales, estructuras corporales, actividades y participación y factores “ambientales”. Las funciones corporales se corresponden con lo que se solía denominar deficiencia, es decir, toda pérdida o anomalía de cualquier estructura o función. Las estructuras corporales reflejan limitaciones funcionales o discapacidad, es decir, restricciones o falta de capacidad para realizar una actividad, causada por una función corporal. Las funciones corporales y, hasta cierto punto, también las estructuras corporales se refieren a características del individuo (o diferencia biológica), mientras que las otras dos capas se refieren a la interacción con el entorno social y físico, de donde resulta una desventaja para un individuo determinado: una desventaja resultante de una función corporal (deficiencia) o de una estructura corporal (limitación funcional). Las actividades y la participación constituyen lo que solía denominarse una minusvalía, que la nueva clasificación hace más explícita en la interacción con los papeles social y económico del individuo. La nueva cuarta capa tiene en cuenta el hecho de que intervienen factores “ambientales” que, por ejemplo, pueden facilitar o impedir el trabajo⁴.

Un objetivo importante de este proyecto es analizar el impacto de una parte de los factores “ambientales”, a saber: las políticas de seguridad social y de empleo. Las estadísticas de los programas administrativos, así como los datos de las encuestas de población, se utilizan para analizar hasta qué punto se traduce en desventaja la diferencia biológica. Los criterios de discapacidad autoevaluada empleados por el Panel de Hogares de la UE y, por lo general, todas las demás encuestas utilizadas, siguen la “capa dos” de la clasificación de la Organización Mundial de la Salud, es decir, limitación funcional o discapacidad causada por una deficiencia crónica de larga duración. Lo que debe medirse a partir de estos datos es la desventaja en lo que se refiere al trabajo y al bienestar económico (es decir, la capa tres) e identificar así la contribución de determinados elementos de la “capa cuatro”.

³ En el caso de la Organización Mundial de la Salud, esto se refleja también en el acrónimo CIF de la nueva clasificación, que sustituye al acrónimo CIDD (Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías).

⁴ Según la CIF, estos factores ambientales comprenden cinco capítulos diferentes: Productos y tecnología, Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana, Apoyo y relaciones, Actitudes y Servicios, sistemas y políticas (capítulo en el que se incluyen, entre otras cosas, las políticas de seguridad social y de empleo).

Si bien el modelo de discapacidad socioambiental se acepta ahora ampliamente, no se ha fijado en absoluto la relación entre capacidad y productividad. Establecer el grado de capacidad (o discapacidad) y, por lo tanto, el grado de productividad es y será siempre una tarea difícil, sobre todo en el caso de condiciones mentales y psicológicas. Además, la clasificación de la Organización Mundial de la Salud sugiere que los resultados correspondientes dependen de factores “ambientales”, es decir, que el mismo grado de diferencia biológica no implica necesariamente el mismo grado de disminución de la discapacidad o de la capacidad en todas las circunstancias. El desarrollo de las políticas también refleja esta controversia. Los sistemas de prestaciones por discapacidad en la mayoría de los países, pero no en todos, se basan en la noción de una disminución porcentual fija de la capacidad de trabajar o de obtener ingresos, un concepto que, por definición, mezcla varias capas de la clasificación de la Organización Mundial de la Salud. En teoría parece deseable, aunque prácticamente imposible, suprimir esta clase de juicio y evaluación.

Cuadro A 1. 1. Datos estadísticos nacionales: fuentes de los datos, tamaños de las muestras y definiciones que se han usado

	Estudio	Año: finales de la década de 1990	Tamaño de muestra	Situación de discapacidad			
				Personas con discapacidad		Personas sin discapacidad	
				Grave	Moderada		
Austria	PHOGUE (Panel de Hogares de la Unión Europea), base de datos universal, versión de septiembre de 2001	1997	5.197	Problema de salud duradero, gravemente dificultado	Problema de salud duradero, algo dificultado	Problema de salud duradero, no dificultado	Ningún problema de salud duradero
Bélgica	Véase Austria	1997	4.381	Véase Austria	Véase Austria	Véase Austria	Véase Austria
Dinamarca	Véase Austria	1997	3.641	Véase Austria	Véase Austria	Véase Austria	Véase Austria
Francia	Véase Austria	1997	9.337	Véase Austria	Véase Austria	Véase Austria	Véase Austria
Alemania	Véase Austria	1996	6.920	Véase Austria	Véase Austria	Véase Austria	Véase Austria
Italia	Véase Austria	1997	12.987	Véase Austria	Véase Austria	Véase Austria	Véase Austria
Holanda	Véase Austria	1997	7.217	Véase Austria	Véase Austria	Véase Austria	Véase Austria
Portugal	Véase Austria	1997	8.367	Véase Austria	Véase Austria	Véase Austria	Véase Austria
España	Véase Austria	1997	10.728	Véase Austria	Véase Austria	Véase Austria	Véase Austria
Suecia	Véase Austria	1997	7.427	Véase Austria	Véase Austria	Véase Austria	Véase Austria
Reino Unido	Véase Austria	1996	5.215	Véase Austria	Véase Austria	Véase Austria	Véase Austria
Australia	SDAC (Encuesta de Discapacidad, Envejecimiento y Cuidadores)	1998	..	Restricción de las actividades básicas profunda / grave (se incluyen los cuidados personales, la movilidad y la comunicación)	Restricción de las actividades básicas moderada / leve (se incluyen los cuidados personales, la movilidad y la comunicación)	Ninguna restricción de las actividades básicas (se incluyen las restricciones al empleo y/o la enseñanza)	Ninguna discapacidad
Canadá	Archivo de Salud de la NPHS (Encuesta Nacional de Salud de la Población)	1998/99	10.990	Restricción de las actividades		Ninguna restricción de la actividad	

Cuadro A 1.1. Datos estadísticos nacionales: fuentes de los datos, tamaños de las muestras y definiciones que se han usado (cont.)

	Estudio	Año: finales de la década de 1990	Tamaño de muestra	Situación de discapacidad			
				Personas con discapacidad		Personas sin discapacidad	
				Grave	Moderada		
Corea	Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad	2000	75.784 personas de 20 a 64 años de edad (35.426 familias)	Necesidad de ayuda para todas o casi todas las actividades cotidianas	Posibilidad de hacer todas o casi todas las actividades cotidianas por sí mismo, o necesidad de ayuda para algunas actividades cotidianas	--	Ninguna discapacidad
México	ENESS (Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social)	1996	25.804	Discapacidad permanente y temporal		--	Ninguna discapacidad
Noruega	LLS (Encuesta de Nivel de Vida)	1998 moderado	2.500	Enfermedad permanente, fuertes limitaciones en las actividades moderadas	Enfermedad permanente, limitaciones de menor importancia en las actividades moderadas	Enfermedad permanente, ninguna limitación en las actividades moderadas	Ninguna enfermedad/enfermedad de naturaleza permanente
	Como anteriormente	1998 extenuante	Como anteriormente	Enfermedad permanente, fuertes limitaciones en las actividades extenuantes	Enfermedad permanente, limitaciones de menor importancia en las actividades extenuantes	Enfermedad permanente, ninguna limitación en las actividades extenuantes	Como anteriormente
Polonia	Encuesta de Población Activa (GUS) 2000	Primer trimestre 2000	30,6 millones de personas de edades entre 25 y 64 años	Personas con discapacidad legal (con tres grados de discapacidad)		--	Personas con discapacidad legal negativa de la encuesta de población
Suiza	SGB (Encuesta de Salud de Suiza)	1997	9.800	Problema de salud duradero, capacidad reducida		--	Ninguna actividad duradera que restrinja un problema físico o mental
Estados Unidos	Base de SIPP (Encuesta de Ingresos y Participación en Programas) y módulos tópicos	1996 (oleada 4)	49.124 personas de edades entre 20 y 64 años (86.173 de todas las edades)	Estado de salud de larga duración que limita sustancialmente las capacidades para realizar actividades cotidianas comunes	Estado de salud de larga duración que limita a veces las capacidades para realizar actividades cotidianas comunes	--	Ningún estado de salud de larga duración que dificulte la realización de actividades cotidianas comunes
	.. Datos no disponibles	- No aplicable					

Cuadro A 1.1. Datos estadísticos nacionales: fuentes de los datos, tamaños de las muestras y definiciones que se han usado (cont.)

	Prestación por discapacidad	Nivel de educación	Empleo	Desempleo	Ingresos personales	Ingresos de la familia equivalentes
Austria	Prestación por enfermedad / invalidez recibida	Educación superior: segunda secundaria + terciaria; inferior: menos que segunda secundaria (Clasificación Internacional Normalizada de la Educación: 0-2) + aún en la escuela	Normalmente trabajo bajo de quince horas o más	Desempleado como porcentaje de la población activa	Ingresos personales netos totales anuales (año antes del estudio)	Ingresos de la familia netos totales anuales (año antes del estudio) divididos por el tamaño equivalente
Bélgica	Véase Austria	Véase Austria	Véase Austria	Véase Austria	Véase Austria	Véase Austria
Dinamarca	Véase Austria	Véase Austria	Véase Austria	Véase Austria	Véase Austria	Véase Austria
Francia	Véase Austria	Véase Austria	Véase Austria	Véase Austria	Véase Austria	Véase Austria
Alemania	Véase Austria	Véase Austria	Véase Austria	Véase Austria	Véase Austria	Véase Austria
Italia	Véase Austria	Véase Austria	Véase Austria	Véase Austria	Véase Austria	Véase Austria
Holanda	Véase Austria	Véase Austria	Véase Austria	Véase Austria	Véase Austria	Véase Austria
Portugal	Véase Austria	Véase Austria	Véase Austria	Véase Austria	Véase Austria	Véase Austria
España	Véase Austria	Véase Austria	Véase Austria	Véase Austria	Véase Austria	Véase Austria
Suecia	Véase Austria	Véase Austria	Véase Austria	Véase Austria	Véase Austria	Véase Austria
Reino Unido	Véase Austria	Véase Austria	Véase Austria	Véase Austria	Véase Austria	Véase Austria
Australia	Personas que reciben una pensión de ayuda a la discapacidad, una asignación por enfermedad o una indemnización a los trabajadores	Educación superior: segunda secundaria + terciaria; inferior: menos que segunda secundaria + primaria	Actualmente empleado (incluidos los trabajadores domésticos y los trabajadores por cuenta propia)	Desempleado como porcentaje de (desempleado + empleado)	Ingresos brutos semanales medianos	--
Canadá	..	Superior: postsecundaria; inferior: secundaria y menos que licenciatura	Actualmente trabajando	En busca de trabajo o en conflicto laboral / despido	Ingresos personales totales procedentes de todas las fuentes	Ingresos totales de la familia procedentes de todas las fuentes equivalentes
Corea	Persona con discapacidad que recibe una pensión nacional (se incluye la pensión de los funcionarios, los profesores de escuelas privadas, los soldados y los veteranos) o una indemnización a los trabajadores	Educación superior: licenciatura o más; inferior: universidad o menos que universidad	Actualmente empleado	Desempleado como porcentaje de la población activa	..	Salario mensual/ingresos de la familia/tamaño de la familia equivalente

Cuadro A 1.1. Datos estadísticos nacionales: fuentes de los datos, tamaños de las muestras y definiciones que se han usado (cont.)

	Prestación por discapacidad	Nivel de educación	Empleo	Desempleo	Ingresos personales	Ingresos de la familia equivalentes
México	Recepción de una prestación por invalidez o por accidente laboral	..	Trabajó la última semana o trabajador por cuenta propia o de vacaciones / baja por enfermedad / huelga	En busca de trabajo	Ingresos del empleo principal	..
Noruega	Recepción de una prestación por discapacidad	Educación superior: segunda secundaria y terciaria; inferior: primera secundaria y menos	La persona tiene ingresos procedentes del trabajo durante la última semana	..	Ingresos brutos personales totales	Ingresos brutos de la familia divididos por el tamaño de la familia equivalente (1 + ,4 por otra persona en la familia)
	Como anteriormente	Como anteriormente	Como anteriormente	..	Como anteriormente	Como anteriormente
Polonia	..	..	Actualmente empleado	Desempleado en porcentaje de la población activa	..	Ingresos mensuales por familia (año antes del estudio)
Suiza	Prestación sanitaria (incluye todos los tipos de discapacidad, de accidentes laborales y de prestaciones para rehabilitación)	Educación superior: segunda secundaria y terciaria; inferior: primera secundaria y menos	Actualmente trabajando o trabajador por cuenta propia	Desempleado como porcentaje de (desempleado + empleado)	Mensuales	Ingresos netos mensuales de la familia, equivalentes
Estados Unidos	Recepción de una prestación por discapacidad (seguro de discapacidad de la seguridad social o ingreso de seguridad complementario) o una indemnización a los veteranos o a los trabajadores o una prestación por enfermedad temporal a cargo del empresario / sindicato o un pago por discapacidad a cargo del empresario	Superior: licenciatura o graduado universitario equivalente o superior nivel; inferior: 12 ^o grado o menor	Tenía un trabajo remunerado durante el período de referencia o incapaz temporal de trabajar debido a accidente/enfermedad/embarazo/nacimiento de un hijo	Incapaz de encontrar trabajo o en despido o no interesado en trabajar en un empleo	Ingresos personales totales para el mes de referencia	Ingresos totales de la familia para el mes de referencia dividido por el tamaño de la familia equivalente (1 + ,4 por otra persona en la familia)
	.. Datos no disponibles	- No aplicable				

A 1.2. Base de datos de la OCDE relativos a los programas para las personas con discapacidad: fuentes y cálculos

Obsérvese que, en la mayoría de los países, los datos proporcionados por los Ministerios colaboradores fueron parciales o incompletos. Siempre que fue posible, se ajustaron los datos para que se correspondieran con la estructura deseada. En varios casos, los datos faltantes se calcularon tomando como base el material disponible y la información correspondiente de países con sistemas similares. Aunque no es probable que tales cálculos sean del todo correctos, deben reflejar la situación del país con suficiente exactitud. En el Cuadro siguiente se describen todos los cálculos asumidos por la OCDE.

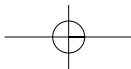
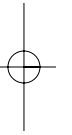
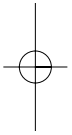
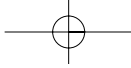
País	Fuentes de los datos	Cálculos de los datos
Australia	Departamento de Servicios Familiares y Comunitarios (FaCS)	Pensión de ayuda a la discapacidad: datos de los gastos anteriores a 1998 calculados sobre el supuesto de las prestaciones <i>per cápita</i> constantes del año 2000 en relación con el producto interior bruto <i>per cápita</i> . Sistemas de accidentes laborales: beneficiarios de prestaciones calculados tomando como base los datos para Canadá y los Estados Unidos.
Austria	Ministerio de Seguridad Social y Generaciones y Cámara de Trabajo	Prestaciones por discapacidad: datos del sector público calculados por la Cámara de Trabajo. Prestaciones por enfermedad: datos de los perceptores calculados tomando como base el número de casos de enfermedad y la duración por caso. Rehabilitación profesional: los datos se refieren únicamente a las autoridades responsables del seguro de pensiones. Empleo protegido: datos sobre los lugares provinciales calculados tomando como base comunicaciones verbales.
Bélgica	Ministerio de Asuntos Sociales y Salud Pública	Gasto de las prestaciones por discapacidad: datos de 1999 calculados tomando como base el ratio de beneficiarios de 1999/95, corregido para la inflación. Flujos de entrada en las prestaciones por discapacidad (programa contributivo y no contributivo): datos calculados tomando como base el flujo / volumen para países con una estructura de edad similar en su volumen de prestaciones. Prestaciones por discapacidad no contributivas: datos de los perceptores antes de 1999 y datos de los gastos para todos los años ajustados al grupo de edad de 20 a 64 años según la parte de este grupo de edad en los datos de los perceptores de 1999.
Canadá	Desarrollo de Recursos Humanos Canadá	Prestaciones por discapacidad no contributivas (pagos de la asistencia social por motivos de discapacidad): flujos de entrada calculados tomando como base el flujo / volumen para los países con sistemas no contributivos
Dinamarca	Ministerio de Asuntos Sociales	Empleo subvencionado: gasto calculado tomando como base los datos de Suecia respectivos (reducidos en 1/3). Empleo protegido: gasto calculado tomando como base los datos de Noruega respectivos (reducidos en 1/3). Sistema de accidentes laborales: datos de los perceptores calculados tomando como base los datos para los países con niveles de gasto similares (Austria, Alemania, Italia, Suecia).
Francia	Ministerio de Trabajo y Solidaridad (DARES)	Empleo subvencionado y protegido: datos de los gastos tomados de la base de datos de gastos sociales de la OCDE (SOCX). Prestaciones por discapacidad contributivas: datos de los perceptores calculados a partir de los del Instituto Económico de Holanda, datos del flujo de entrada procedentes de CNAMTS (<i>Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés</i> : Caja Nacional del Seguro de Enfermedad de los Trabajadores por cuenta ajena] (ajustado con el ratio "régime général/total") tomados de la SOCX para ser representativos de toda la población). Prestaciones por discapacidad no contributivas: datos de los perceptores procedentes del anuario estadístico anual, datos de los gastos de la SOCX, flujos de entrada calculados tomando como base el ratio del flujo de entrada / volumen para el programa contributivo. Sistema de accidentes laborales: datos de los gastos de la SOCX, ningún dato de los perceptores.

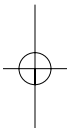
A 1.2. Base de datos de la OCDE relativos a los programas para las personas con discapacidad: fuentes y cálculos (cont.)

País	Fuentes de los datos	Cálculos de los datos
Alemania	Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales	Empleo protegido: datos de los gastos calculados tomando como base los datos de Austria respectivos. Prestaciones por discapacidad: los datos incluyen las prestaciones por vejez para las personas con discapacidad grave (edad de 60 a 64 años).
Italia	Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales	Prestaciones por discapacidad contributivas: datos de los perceptores antes de 1990 tomados de Baldacci y De Santis (cálculo basado en un estudio del ISTAT [<i>Istituto Nazionale di Statistica</i> : Instituto Nacional de Estadística] sobre el número de pensiones, véase Prinz, 2003); datos de los gastos ajustados al grupo de edad de 20 a 64 años según la estructura de edad de los beneficiarios (ajustados de la tendencia en las prestaciones <i>per cápita</i>). Prestaciones por discapacidad no contributivas: datos de los gastos tomados de Baldacci y De Santis (Prinz, 2003); datos de los perceptores antes de 1999 calculados tomando como base el gasto constante <i>per cápita</i> como porcentaje del producto interior bruto.
Corea	Ministerio de Salud y Bienestar Social	--
México	Instituto Mexicano de la Seguridad Social	--
Holanda	Ministerio de Asuntos Sociales y Empleo	Prestaciones por enfermedad: los datos de los perceptores para 1995 y 1999 se calculan tomando como base un estudio de la CBS [<i>Centraal Bureau voor de Statistiek</i> : Oficina Central de Estadísticas] sobre 17.000 empresas privadas, que se lleva a cabo anualmente para medir las tendencias en las ausencias por enfermedad (los datos del estudio ofrecen el porcentaje de días perdidos a causa de enfermedad, no los beneficiarios).
Noruega	Ministerio de Finanzas y Ministerio de Salud y Asuntos Sociales	--
Polonia	Ministerio de Trabajo y Política Social	Rehabilitación profesional: cubre únicamente los programas financiados mediante fondos del PFRON [<i>Panstwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych</i> : Fondos Nacionales para la Reinserción de las Personas con Discapacidad]. Prestaciones por discapacidad contributivas: programas del ZUS [<i>Zakład Ubezpieczeń Społecznych</i> : Instituto de Seguros Sociales] y de la KRUS [<i>Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego</i> : Caja del Seguro Social Agrícola], datos de los gastos ajustados al grupo de edad de 20 a 64 años según la parte de este grupo en el volumen (estructura de edad tomada de programa del ZUS). Prestaciones por discapacidad no contributivas: datos sobre las pensiones sociales.
Portugal	Ministerio de Trabajo y Solidaridad	Prestaciones por discapacidad: para 1995 y 1999, gasto sobre complementos sociales pagados a los beneficiarios de prestaciones contributivas (fuente: cuentas de la Seguridad Social) deducidos de las no contributivas y añadidos al programa contributivo. Prestaciones por discapacidad no contributivas: flujo de entrada de 1999 calculado tomando como base el ratio del flujo de entrada / volumen de 1995.
España	Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales	Prestaciones por discapacidad: datos de los gastos ajustados al grupo de edad de 20 a 64 años según la parte de este grupo en el volumen.

A 1.2. Base de datos de la OCDE relativos a los programas para las personas con discapacidad: fuentes y cálculos (cont.)

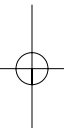
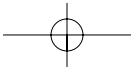
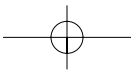
País	Fuentes de los datos	Cálculos de los datos
Suecia	Ministerio de Salud y Asuntos Sociales	--
Suiza	Oficina Federal para la Seguridad Social	Prestaciones por discapacidad: los datos de los gastos incluyen las prestaciones para el programa del segundo pilar (pensión profesional obligatoria), que se calculan tomando como base los datos de años seleccionados durante la década de 1990.
Turquía	Ministerio de Trabajo y Seguridad Social	--
Reino Unido	Departamento de Trabajo y Pensiones	Prestaciones por enfermedad: los datos de los perceptores incluyen casos de "sólo créditos". Prestaciones por discapacidad no contributivas: comprende el subsidio por discapacidad grave y la ayuda a los ingresos con una prima de discapacidad, corregidos para la doble contabilización según el presupuesto para el año 1999.
Estados Unidos	Departamento de Trabajo	Rehabilitación profesional: datos de los perceptores derivados del número de personas que finalizan los servicios de rehabilitación. Prestaciones por discapacidad no contributivas: datos de los gastos ajustados al grupo de edad de 20 a 64 años según la estructura de edad de los beneficiarios de prestaciones en 1999 (16 % de 65 años en adelante).





ANEXO 2

**Clasificación
de la tipología de las políticas**



Cuadro A2.1. Clasificación de la dimensión de indemnización de la tipología de las políticas

Dimensión	5 puntos	4 puntos	3 puntos	2 puntos	1 punto	0 puntos
x1. Cobertura						
x1. Cobertura	Población total (residentes)	Algunos de los que están fuera de la población activa (por ejemplo, congénitos)	Población activa más sistema no contributivo sujeto a la comprobación de los recursos	Población activa con autoseguro voluntario	Población activa	Empleados
x2. Nivel de discapacidad mínimo	Del 0 al 25 %	Del 26 al 40 %	Del 41 al 55 %	Del 56 al 70 %	Del 71 al 85 %	Del 86 al 100 %
x3. Nivel de discapacidad para la prestación total	< 50 %	Del 50 al 61 %	Del 62 al 73 %	Del 74 al 85 %	Del 86 al 99 %	100 %
x4. Nivel de prestaciones máximo	RR > = 75 %,mínimo razonable	RR > = 75 %,mínimo no especificado	75 > RR > = 50 %, mínimo razonable	75 > RR > = 50 %, mínimo no especificado	RR < 50 %, mínimo razonable	RR < 50 %, mínimo no especificado
x5. Permanencia de las prestaciones	Estrictamente permanente	Permanente de hecho	Sólo revisión por declaración propia	Procedimiento de revisión regulado	Estrictamente temporal, salvo (= 100 %) discapacidad total	Estrictamente temporal en todos los casos
x6. Evaluación médica	Exclusivamente el doctor que realiza el tratamiento	Preferentemente el doctor que realiza el tratamiento	Preferentemente el doctor del seguro	Exclusivamente el doctor del seguro	Grupo de expertos en el seguro	Grupo del seguro y procedimiento en dos etapas
x7. Evaluación profesional	Evaluación estricta de la profesión habitual del interesado	Se hace referencia a los ingresos propios anteriores	Evaluación de la profesión habitual del interesado para las prestaciones parciales	Se tienen en cuenta las condiciones actuales del mercado de trabajo	Se tienen en cuenta todos los empleos disponibles, aplicados con clemencia	Se tienen en cuenta todos los empleos disponibles, aplicados estrictamente
x8. Nivel de las prestaciones por enfermedad	RR = 100 % ausencia por enfermedad de larga duración	RR = 100 % (corta duración)> = 75 % (larga duración) ausencia por enfermedad	RR > = 75 % (corta duración)> = 50 % (larga duración) ausencia por enfermedad	75 > RR > = 50 % para cualquier tipo de ausencia por enfermedad	RR > = 50 % (corta duración)< 50 % (larga duración) ausencia por enfermedad	RR < 50 % también para ausencia por enfermedad de corta duración

Cuadro A2.1. Clasificación de la dimensión de indemnización de la tipología de las políticas (cont.)

Dimensión	5 puntos	4 puntos	3 puntos	2 puntos	1 punto	0 puntos
x9. Duración de las prestaciones por enfermedad	Un año o más, período de pago salarial corto o inexistente	Un año o más, período de pago salarial importante	De seis a doce meses, período de pago salarial corto o inexistente	De seis a doce meses, período de pago salarial importante	Menos de 6 meses, período de pago salarial corto o inexistente	Menos de 6 meses, período de pago salarial importante
x10. Nivel y duración de las prestaciones por desempleo	DI > Nivel de la UE, desempleo de corta duración	DI > Nivel de la UE, desempleo de larga duración	Niveles similares, desempleo de corta duración	Niveles similares, desempleo de larga duración	DI < nivel de la UE, desempleo de corta duración	DI < nivel de la UE, desempleo de larga duración
RR = índice de sustitución; DI = prestación por discapacidad; UE = prestación por desempleo. Fuente: OCDE						

Cuadro A2.2. Clasificación de la dimensión de integración de la tipología de las políticas						
Dimensión	5 puntos	4 puntos	3 puntos	2 puntos	1 punto	0 puntos
Y. Integración						
y1. Coherencia de la cobertura	Todos los programas accesibles	Discrepancia de menor importancia, combinación flexible	Discrepancia de menor importancia, combinación restringida	Discrepancia importante, combinación flexible	Discrepancia importante, combinación restringida	Fuertes diferencias en cuanto a la elegibilidad
y2. Estructura de las evaluaciones	La misma agencia para la evaluación de todos los programas	Una agencia para la integración, prestaciones coordinadas	La misma agencia para las prestaciones y la rehabilitación profesional	Una agencia para la integración, prestaciones no coordinadas	Diferentes agencias para la mayoría de los programas	Diferentes agencias para toda clase de evaluaciones
y3. Responsabilidad del empresario	Obligaciones importantes hacia los empleados y nuevos solicitantes	Algunas obligaciones hacia los empleados y nuevos solicitantes	Obligaciones importantes hacia los empleados, menos para los solicitantes	Algunas obligaciones hacia los empleados, ninguna para los solicitantes	No hay ninguna obligación, pero protección contra el despido	No hay obligación de ninguna clase
y4. Empleo con apoyo	Programa fuerte, opción permanente	Programa fuerte, sólo tiempo limitado	Intermediario, también permanente	Intermediario, sólo tiempo limitado	Programa muy limitado	No existente
y5. Empleo subvencionado	Programa fuerte y flexible, con una opción permanente	Programa fuerte y flexible, pero tiempo limitado	Intermediario, tanto si es permanente como si es flexible	Intermediario, ni permanente ni flexible	Programa muy limitado	No existente
y5. Empleo subvencionado	Programa fuerte y flexible, con una opción permanente	Programa fuerte y flexible, pero tiempo limitado	Intermediario, tanto si es permanente como si es flexible	Intermediario, ni permanente ni flexible	Programa muy limitado	No existente
y6. Empleo protegido	Enfoque fuerte, con importantes índices de transición	Enfoque fuerte, pero empleo en gran parte permanente	Enfoque intermediario, con algunas "nuevas" tentativas	Enfoque intermediario, programa "tradicional"	Programa muy limitado	No existente

Cuadro A2.2. Clasificación de la dimensión de integración de la tipología de las políticas (cont.)

Dimensión	5 puntos	4 puntos	3 puntos	2 puntos	1 punto	0 puntos
y7. Rehabilitación profesional	Rehabilitación obligatoria con gastos elevados	Rehabilitación obligatoria con gastos inferiores	Visión intermedia, gastos relativamente elevados	Visión intermedia, gastos relativamente inferiores	Rehabilitación voluntaria con gastos elevados	Rehabilitación voluntaria con gastos inferiores
y8. Momento de la rehabilitación	En la teoría y en la práctica, en cualquier momento (por ejemplo, estando todavía en el trabajo)	En teoría, en cualquier momento; en la práctica, no muy precoz	Cada vez se alienta más la intervención precoz	Generalmente, intervención relativamente tardía de hecho	Después de una enfermedad de larga duración o para los beneficiarios de prestaciones por discapacidad	Sólo para los beneficiarios de prestaciones por discapacidad
y9. Suspensión de las prestaciones	Dos años o más	Al menos uno, pero menos de dos años	Más de tres pero menos de 12 meses	Hasta tres meses	Alguna, pero no para las prestaciones por discapacidad	Ninguna
Y10. Incentivos para el trabajo	Se proporciona una prestación permanente vinculada al desempeño de un empleo	Prestación continuada durante un período considerable (ensayo)	Se permiten ingresos más allá del nivel de prediscapacidad	Ingresos hasta el nivel de prediscapacidad, también prestación parcial	Ingresos hasta el nivel de prediscapacidad, ninguna prestación parcial	Se permiten algunos ingresos adicionales

Fuente: OCDE

Cuadro A2.3. Puntuaciones por país para las subdimensiones de la tipología alrededor del año 2000

Dimensión x : indemnización (valores de 0 a 50)											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	Cobertura	Nivel de discapacidad mínimo	Nivel para la discapacidad total	Generosidad de las prestaciones	Permanencia de las prestaciones	Evaluación médica	Evaluación profesional	Nivel de las prestaciones por enfermedad	Duración de las prestaciones por enfermedad	Nivel y duración de las prestaciones por desempleo	SUMA
Australia	5	5	5	1	2	4	2	1	5	2	32
Austria	2	3	4	2	1	1	5	3	2	2	25
Bélgica	3	2	3	1	4	2	4	3	2	2	26
Canadá	1	1	1	1	4	1	0	2	1	1	13
Dinamarca	5	3	1	4	4	3	1	2	2	2	27
Francia	3	2	1	3	1	2	4	2	5	2	25
Alemania	2	5	3	2	1	3	3,5	4	4	2	29,5
Italia	3	2	0	3	1	1	3	3	3	3	22
Corea	0	3	0	1	2	1	0	0	1	1	9
México	0	3	4	0	3	2	5	2	3	5	27
Holanda	4	5	2	5	3	1	1	3	3	2	29
Noruega	5	3	0	5	5	5	2	5	2	2	34
Polonia	2	3	4	4	2	2	3	4	2	4	30
Portugal	3	2	3	5	4	1	4	2	5	2	31
España	3	4	1	4	5	0	3	2	4	4	30
Suecia	5	5	1	5	3	3	1	4	3	2	34
Suiza	5	4	3	4	4	4	2	4	2	1	33
Turquía	2	2	3	2	5	3	0	2	3	3	25
Reino Unido	3	1	2	1	2	3	1,5	1	2	4	20,5
Estados Unidos	3	1	2	3	4	4	1	2	0	1	21
OCDE(20)	3,0	3,0	2,2	2,8	3,0	2,3	2,3	2,6	2,8	2,4	26,2

Cuadro A2.3. Puntuaciones por país para las subdimensiones de la tipología alrededor del año 2000 (cont.)

Dimensión y: indemnización (valores de 0 a 50)											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	Coherencia de la cobertura	Estructura de las evaluaciones	Responsabilidad del empresario	Empleo con apoyo	Empleo subvencionado	Empleo protegido	Programas de rehabilitación	Momento de la rehabilitación	Suspensión de las prestaciones	Incentivos para el trabajo	SUMA
Australia	4	4	4	2	2	3	1	3	4	2	29
Austria	2	3	1	4	4	2	5	4	0	3	28
Bélgica	3	3	2	1	5	2	2	3	2	0	23
Canadá	1	0	4	3	2	2	1	0	5	4	22
Dinamarca	2	5	2	5	5	2	5	5	3	5	39
Francia	5	2	2	2	5	2	1	2	0	3	24
Alemania	4	0	3	5	4	3	5	5	3	3	35
Italia	4	2	4	1	1	2	0	2	0	2	18
Corea	0	0	1	2	3	2	1	2	0	3	14
México	2	2	0	0	0	0	0	1	0	3	8
Holanda	4	2	3	2	1	5	2	2	5	4	30
Noruega	4	2	3	2	4	3	5	3	5	0	31
Polonia	5	2	2	0	4	4	2	2	0	3	24
Portugal	3	2	2	1	2	2	1	1	1	1	16
España	4	3	3	1	3	3	4	4	0	2	27
Suecia	3	3	5	2	4	2	5	4	5	0	33
Suiza	4	3	1	1	1	3	5	3	0	2	23
Turquía	3	2	0	0	1	0	2	1	0	0	9
Reino Unido	2	2	4	3	1	2	1	3	4	5	27
Estados Unidos	0	0	4	5	1	2	1	1	5	4	23
OCDE(20)	3,0	2,1	2,5	2,1	2,7	2,3	2,5	2,6	2,1	2,5	24,2

Fuente: OCDE

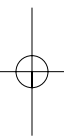
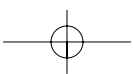
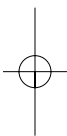
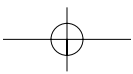
Cuadro A2.4. Puntuaciones por país para las subdimensiones de la tipología alrededor del año 1985

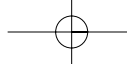
Dimensión x : indemnización (valores de 0 a 50)											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	Cobertura	Nivel de discapacidad mínimo	Nivel para la discapacidad total	Generosidad de las prestaciones	Permanencia de las prestaciones	Evaluación médica	Evaluación profesional	Nivel de las prestaciones por enfermedad	Duración de las prestaciones por enfermedad	Nivel y duración de las prestaciones por desempleo	SUMA
Australia	5	5	5	1	2	3	2	1	5	2	31
Austria	2	3	4	2	4	1	5	3	2	2	28
Bélgica	3	2	3	1	4	2	4	3	3	2	27
Canadá	1	1	1	1	4	1	0	2	1	1	13
Dinamarca	5	3	1	4	4	4	2	2	4	2	31
Francia	3	2	1	3	1	2	4	2	5	2	25
Alemania	2	3	4	2	4	4	5	4	4	2	34
Italia	3	2	3	3	4	2	5	3	3	5	33
Corea	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
México	0	3	4	0	4	3	5	2	3	5	29
Holanda	4	5	2	5	5	1	4	5	3	4	38
Noruega	5	3	0	5	5	5	5	5	2	2	37
Polonia	1	3	4	4	2	1	1	4	2	4	26
Portugal	3	2	3	4	4	3	4	2	5	3	33
España	1	4	1	4	5	0	5	3	4	4	31
Suecia	5	4	1	5	3	4	2	4	5	3	36
Suiza	5	3	3	4	4	5	2	4	2	1	33
Turquía	2	2	3	2	5	3	0	2	3	5	27
Reino Unido	3	1	2	1	2	3	5	1	3	4	25
Estados Unidos	3	1	2	3	4	4	1	2	0	1	21
OCDE(20)	2,8	2,6	2,4	2,7	3,5	2,6	3,1	2,7	3,1	2,7	28,0

Cuadro A2.4. Puntuaciones por país para las subdimensiones de la tipología alrededor del año 1985 (cont.)

Dimensión y: indemnización (valores de 0 a 50)											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	Coherencia de la cobertura	Estructura de las evaluaciones	Responsabilidad del empresario	Empleo con apoyo	Empleo subvencionado	Empleo protegido	Programas de rehabilitación	Momento de la rehabilitación	Suspensión de las prestaciones	Incentivos para el trabajo	SUMA
Australia	2	2	1	0	0	2	0	2	0	2	11
Austria	2	3	1	0	4	1	3	2	0	3	19
Bélgica	3	3	2	0	3	2	2	2	2	0	19
Canadá	1	0	1	1	1	2	1	0	5	1	13
Dinamarca	1	4	2	0	3	2	4	2	2	5	25
Francia	5	1	1	0	3	2	1	2	0	2	17
Alemania	4	0	1	1	4	2	5	4	2	3	26
Italia	2	2	1	0	0	0	0	2	0	1	8
Corea	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	3
México	1	1	0	0	0	0	0	1	0	3	6
Holanda	2	1	1	0	0	4	0	0	2	2	12
Noruega	3	1	2	0	4	2	5	2	4	0	23
Polonia	1	1	1	0	1	1	0	0	0	3	8
Portugal	3	2	2	0	1	1	0	1	1	1	12
España	4	1	2	0	2	2	4	2	0	2	19
Suecia	3	3	2	0	5	1	3	2	3	0	22
Suiza	4	2	1	0	1	2	5	3	0	2	20
Turquía	1	1	0	0	0	0	2	1	0	0	5
Reino Unido	2	1	1	1	0	2	0	1	2	2	12
Estados Unidos	0	0	1	1	1	2	0	1	3	4	13
OCDE(20)	2,2	1,5	1,2	0,2	1,7	1,6	1,8	1,5	1,3	1,9	14,7

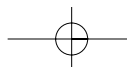
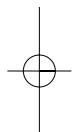
Fuente: OCDE





 ANEXO 3

Características de los sistemas de prestaciones relacionadas con la discapacidad



Cuadro A3.1. Normas relativas a la reevaluación de los derechos a recibir prestaciones por discapacidad

<i>Tipo y frecuencia de la reevaluación de los derechos a recibir prestaciones</i>	
Australia	Temporal; revisión médica cada dos o, por lo común, cinco años; revisión aleatoria de los ingresos y activos mediante un cuestionario de las variaciones habidas desde la última revisión
Austria	Temporal hasta dos años (renovación periódica), continuación del pago si la salud no mejora; permanente si la discapacidad es del 100 % (alrededor del 20 al 25 % del flujo de entrada)
Bélgica	Concesión indefinida, con reconocimientos flexibles (en la mayoría de los casos, varios reconocimientos de control); transcurridos tres años, suele ser permanente
Canadá	Permanente de hecho
Dinamarca	Permanente si la rehabilitación fracasó (sin reevaluaciones)
Francia	Temporal, sujeta a una evaluación periódica flexible
Alemania	Temporal hasta tres años si hay expectativas razonables de mejora, con renovación periódica; derechos parciales que se pagan como prestaciones completas si el mercado de trabajo es deficiente (perspectiva concreta del mercado de trabajo), siempre temporales
Italia	Permanente para la discapacidad total permanente; hasta tres años, temporal en el caso de prestación parcial, es decir, para la discapacidad parcial (transcurridos seis años, la prestación se convierte en permanente)
Corea	Flexible; revisión periódica de enfermedades no definitivas
México	Temporal por períodos renovables (con reconocimientos periódicos en el primer año) si existen perspectivas de recuperación; por lo común, permanente al término de dos años
Holanda	Temporal hasta cinco años como máximo; reevaluaciones periódicas, pero, debido a la falta de personal, por lo general sólo a través de un cuestionario para el beneficiario de la prestación
Noruega	Básicamente permanente; sin revisión periódica de la situación de discapacidad (la mejora de la aptitud para el trabajo sólo podría deducirse de los registros de ingresos de los organismos fiscales)
Polonia	Flexible (en función de las posibilidades de mejora), después de la expiración del período de pago se mantienen prestaciones temporales (el beneficiario tiene que aportar nuevas pruebas)
Portugal	Permanente pero no definitiva, es decir, reevaluación cada tres a diez años, aunque una comisión de evaluación -prueba de revisión- puede efectuarla en cualquier momento (y ordinaria después de tres años en las prestaciones por enfermedad)
España	Permanente, pero por discapacidad temporal puede pagarse una prestación por enfermedad de larga duración hasta 30 meses (después de los cuales, la prestación se convierte en permanente)
Suecia	Flexible, pero de hecho casi siempre permanente; puede concederse una prestación temporal en el caso de discapacidades de larga duración, pero no permanentes
Suiza	Permanente de hecho, pero reevaluación cada tres a diez años, aunque es posible efectuarla en cualquier momento (ya sea a petición del beneficiario de la prestación, ya sea de oficio)
Turquía	Permanente
Reino Unido	Por lo general, temporal siempre que se cumpla el umbral de evaluación de la capacidad personal; la frecuencia de revisión se valora en cada nueva evaluación
Estados Unidos	En la mayoría de los casos, permanente de hecho, pero sujeta a una revisión continua de la discapacidad (pero las autoridades tienen que demostrar que las condiciones de salud han mejorado)

Cuadro A3.2. Normas relativas a la suspensión de las prestaciones por discapacidad e incentivos para el trabajo

	<i>Suspensión de las prestaciones</i>	<i>Otros incentivos para el trabajo</i>
Australia	Hasta dos años en el caso de trabajo a tiempo completo	El trabajo a tiempo parcial es compatible si se cumplen las condiciones de la comprobación de los recursos (ningún corte de prestación por debajo de la "zona libre" de 200 a 230 AU\$ mensuales; sólo por encima del 70 % de los ingresos medios se pierde toda la prestación)
Austria	No es posible; y no hay incentivos para reanudar la ocupación original	Se permite trabajar en un empleo diferente (recorte del 30 al 50 % de la prestación por encima de cierto límite superior)
Bélgica	Hasta tres meses de trabajo de prueba; suspensión de la prestación por enfermedad hasta 14 días	Se admiten algunos ingresos adicionales
Canadá	Posible sin limitación de tiempo; proceso de nueva solicitud "por la vía rápida"	Tres meses de trabajo de prueba remunerado sin pérdida de las prestaciones
Dinamarca	Es posible "dejar en espera la pensión" durante el trabajo de prueba y la rehabilitación profesional	Complemento especial vinculado al desempeño de un empleo para las personas con su capacidad profesional disminuida en dos tercios, como mínimo, si antecede la prestación por discapacidad
Francia	No es posible	Se admiten ingresos hasta el nivel de prediscapacidad (en los seis primeros meses, incluso por encima)
Alemania	Hasta seis meses; reanudación inmediata si el trabajo de prueba no tiene éxito por motivos de salud	Prestaciones (también prestaciones parciales) compatibles con trabajo más allá de los ingresos de prediscapacidad: la prestación puede reducirse a tres cuartas partes, la mitad o una cuarta parte
Italia	No es posible	Prestación parcial totalmente compatible con ingresos de hasta cuatro veces la pensión mínima, y parcialmente también con ingresos superiores
Corea	No es posible	Los ingresos no inciden en absoluto en el derecho a recibir una prestación
México	No es posible	El trabajo en una ocupación diferente no afecta a la prestación
Holanda	Hasta tres años durante los períodos de trabajo	El pago de la prestación continúa hasta seis meses con trabajo de prueba
Noruega	Hasta tres años para el trabajo de prueba; suspensión de la prestación por enfermedad en fase de rehabilitación	Se admiten ingresos adicionales bajos
Polonia	No es posible	Prestación por discapacidad parcial plenamente compatible con ingresos de hasta el 70% del salario medio, y parcialmente con ingresos de hasta el 130%
Portugal	Sólo en el caso de trabajo protegido	Se admiten ingresos hasta el salario de referencia (con subvención de los pagos de las cotizaciones hasta este nivel de ingresos)

Cuadro A3.2. Normas relativas a la suspensión de las prestaciones por discapacidad e incentivos para el trabajo (cont.)

	<i>Suspensión de las prestaciones</i>	<i>Otros incentivos para el trabajo</i>
España	No es posible	Con prestaciones por discapacidad parcial o total vinculada a la profesión habitual del interesado, se admite el trabajo en un empleo diferente que sea compatible con el estado de salud
Suecia	Hasta tres años durante el trabajo de prueba (sólo un año sin nueva solicitud); suspensión de las subvención salarial hasta tres años; interrupción por trabajo protegido hasta un año	Se admiten ingresos adicionales limitados
Suiza	No es posible	Se admiten ingresos hasta el nivel de prediscapacidad
Turquía	No es posible	Prestaciones por discapacidad no compatibles con el trabajo; rebaja en los impuestos sobre los ingresos para los trabajadores con discapacidad (se concede de acuerdo con tres niveles de disminución de la capacidad laboral)
Reino Unido	Hasta un año para probar el trabajo (reglas vinculantes) y hasta ocho semanas durante las primeras 28 semanas (es decir, discapacidad de breve duración); dos años si tiene derecho a crédito fiscal de persona con discapacidad	Prestación compatible con un trabajo de menos de 16 horas semanales (disposiciones de trabajo permitidas; desde abril de 2002, no se necesita permiso médico)
Estados Unidos	Período ampliado de elegibilidad de tres años, durante el cual se pagan prestaciones por cada mes de ingresos inferiores a los de la actividad importante retribuida si la situación médica no ha mejorado; solicitud dentro de cinco años sin nuevo período de espera	Prestación completa durante un período de trabajo de prueba de hasta nueve meses (que pueden repartirse en cinco años); cobertura completa de Medicare durante el período ampliado de elegibilidad y tres meses más

Cuadro A3.3. Normas relativas a los niveles de las prestaciones por enfermedad y discapacidad

	<i>Nivel máximo de prestación por discapacidad (programa principal de prestaciones públicas)</i>	<i>Nivel de prestación en efectivo por enfermedad</i>
Australia	Prestación fija, sujeta a la comprobación de los recursos, que depende de la situación familiar, comparada con el 25 % de los ingresos medios masculinos (se consideran la mayoría de los ingresos familiares, pero con umbrales generosos)	Prestación fija, sujeta a la comprobación de los recursos, que depende de la situación familiar, alrededor del 87 % de la prestación por discapacidad (no hay establecida una duración de la prestación)
Austria	El 60 % de los ingresos pensionables protegidos, los años restantes acreditados parcialmente	El 100 % de los ingresos durante 6 a 12 semanas (sujetos a la duración del contrato), después, el 60 % de los ingresos protegidos (hasta 52 semanas en total)
Bélgica	El 40 % del salario perdido si no se tiene nadie a cargo, entre un margen pequeño mínimo-máximo; en otro caso, el 65 % (es decir, los años restantes acreditados implícitamente); prestación fija para los trabajadores autónomos	El 100 % de ingresos en el primer mes (un día de espera); los trabajadores manuales el 86 % excepto la primera semana, luego el 60 % de los ingresos (sin nadie a cargo, el 55 %) y prestación fija con un período de espera de 3 meses para los trabajadores autónomos (un año en total)
Canadá	En torno al 30 % de los ingresos cubiertos con una media de ingresos de hasta 935 CAN\$ mensuales, consistentes en una cantidad básica fija y el 75 % de la pensión de jubilación correspondiente (con complementos por personas a su cargo)	El 55 % de los ingresos semanales asegurables, con un complemento familiar para los perceptores de ingresos bajos (hasta 15 semanas en total)
Dinamarca	Prestación fija con varios componentes (algunos de los cuales están sujetos a la comprobación de los ingresos propios o también del cónyuge) en función de la discapacidad, la edad y el estado civil; hasta alrededor de un máximo del 150 % de los ingresos medios	Hasta alrededor del 100 % de la prestación máxima por desempleo -es decir, el 88 % de la prestación máxima por discapacidad- en función del salario y las horas de trabajo contractuales (hasta 52 semanas en cualquier período de 18 meses)
Francia	El 50 % de los ingresos cubiertos (es decir, los años restantes acreditados implícitamente), el 30 % por discapacidad parcial, complemento por ingresos bajos	El 50 % de los ingresos, quizás complementados por convenios colectivos, elevado al 66,66 % transcurridos 30 días si hay tres niños o más (hasta tres años en total)
Alemania	El 58 % de los ingresos vitalicios pensionables, los años restantes acreditados parcialmente	El 100 % de ingresos hasta seis semanas, después el 70 % de los ingresos protegidos (hasta 78 semanas en total en cada período de 3 años)
Italia	El 80 % de los ingresos pensionables (cotización definida), los años restantes acreditados para prestación completa solamente, se ofrece pensión mínima	El 50 % de los últimos ingresos (con período de espera de 3 días, que pueden incluirse al 100 % mediante convenios colectivos), aumentado al 67 % después del día 20 (hasta 180 días en total)
Corea	Sistema desarrollado: el 60 % de los ingresos cubiertos, los años restantes no acreditados; en la actualidad: el 30 % de los ingresos; como mínimo también el 30 %	No hay programa de prestaciones en efectivo por enfermedad (para las enfermedades profesionales, protegidas por el sistema de accidentes laborales, el 70 % de los ingresos)
México	El 40,25 % de los ingresos pensionables con independencia de la edad y el período de cotización, con complemento familiar del 15 % de la prestación	El 60 % de los ingresos con período de espera de 3 días (hasta 52 semanas, ó 78 semanas si la discapacidad permanece después de las primeras 52 semanas)

Cuadro A3.3. Normas relativas a los niveles de las prestaciones por enfermedad y discapacidad (cont.)

	<i>Nivel máximo de prestación por discapacidad (programa principal de prestaciones públicas)</i>	<i>Nivel de prestación en efectivo por enfermedad</i>
Holanda	El 70% de los ingresos hasta 3 a 6 años, sujetos a la edad (durante el primer año complementado hasta el 80 al 100% por convenios colectivos); después, calculada en parte con respecto al salario mínimo, es decir, reducción en función de la edad y el salario; prestación fija para los trabajadores autónomos y los jóvenes con discapacidad	El 70% de los ingresos, que para casi todos los empleados sube por convenios colectivos al 100% del salario neto (hasta 52 semanas)
Noruega	En torno al 65% de los ingresos cubiertos con ingresos medios (redistribución considerable); pagos suplementarios por convenios colectivos ordinarios para ingresos superiores	El 100% de los ingresos pensionables (hasta 52 semanas); los trabajadores autónomos el 65% o bien, con cobertura voluntaria adicional, también el 100%
Polonia	El 76% de los ingresos pensionables (el 57% para la prestación parcial), los años restantes acreditados pero con un índice de acumulación reducido	El 80 % de los ingresos, aumentado en algunos convenios colectivos (el 100% si es enfermedad profesional o embarazo), en general el 100% desde el día 91 en adelante (hasta seis meses en total)
Portugal	El 80% de los ingresos pensionables (o hasta el 92 % según la nueva fórmula); los años restantes no acreditados, pero mínimo del 30% y mínimo absoluto (del 65 al 100 % del salario mínimo) sujeto al historial laboral	El 65% de los ingresos durante el primer año (período de espera de tres días para los empleados, 30 días para los trabajadores autónomos y otros asegurados voluntarios), y el 70 % después (hasta tres años en total)
España	El 85% de los ingresos en los últimos ocho años (es decir, los años restantes acreditados implícitamente); y el 47 % por discapacidad en la profesión habitual del interesado	El 51% de los ingresos en los últimos ocho años (período de espera de 3 días, aumentado en algunos convenios colectivos), incrementado al 64 % después de las primeras tres semanas (hasta 12 a 18 meses en total)
Suecia	En torno al 70% de los ingresos cubiertos con ingresos medios (redistribución considerable); más cobertura casi universal con pensiones profesionales	El 80% de los ingresos (un día de espera), en general aumentado en otro 10% por convenios colectivos (prestación pagadera durante un período ilimitado, pero que suele ser de un año)
Suiza	En torno al 60% de los ingresos cubiertos (primer pilar público, que garantiza los ingresos de subsistencia, más segundo pilar obligatorio); puede concederse un complemento, sujeto a la comprobación de los recursos, a quienes tienen prestación por discapacidad media o total	Por lo general, el 80% de los ingresos anteriores, tanto para el pago prolongado del salario (entre tres semanas y seis meses, sujeto a la duración del contrato) como para el seguro privado (hasta 720 días en un período de 900 días)
Turquía	El 60% de los ingresos medios en los últimos cinco años (es decir, los años restantes acreditados implícitamente)	El 67% de ingresos para los pacientes ambulatorios, el 50% para los pacientes hospitalizados (período de espera de 2 días), el 100% para los funcionarios civiles (hasta 6 a 18 meses en total)
Reino Unido	Prestación fija (pero no sujeta a la comprobación de los recursos) pagada a tres tipos diferentes; tipo de larga duración del 20 al 25 % de los ingresos medios (más complementos por familia), los primeros seis meses el 75 % y los segundos seis meses el 89 % de los mismos	Prestación fija pagada al tipo medio de la prestación por discapacidad (período de espera de 3 días); complementada con una compensación por enfermedad profesional hasta el salario completo, que gestionan el 85 % de las empresas (hasta 28 semanas en total)

Cuadro A3.3. Normas relativas a los niveles de las prestaciones por enfermedad y discapacidad (cont.)

	<i>Nivel máximo de prestación por discapacidad (programa principal de prestaciones públicas)</i>	<i>Nivel de prestación en efectivo por enfermedad</i>
Estados Unidos	Alrededor del 35 al 40% de los ingresos protegidos, a ingresos medios de hasta 1.700 US\$ mensuales (más complementos para las personas que se tienen a cargo y cobertura de Medicare gratuita)	El 100 % del salario a través de sistemas acumulativos de bajas (de muy breve duración), el 50 al 70 % con un período de espera de hasta 7 días por prestaciones por discapacidad temporal (hasta 13 a 52 semanas en total)semanas)
Nota: Si no se especifica lo contrario, los porcentajes se refieren a ingresos brutos.		

Cuadro A3.4. Normas relativas a la cobertura de los sistemas públicos de prestaciones relacionadas con la discapacidad

	<i>Prestaciones en efectivo por enfermedad</i>	<i>Prestaciones por discapacidad contributivas o vinculadas a los ingresos</i>	<i>Prestaciones por discapacidad no contributivas</i>
Australia	Sistema no contributivo sujeto a la comprobación de los recursos para los empleados o en formación a tiempo completo mayores de 21 años	No existe este sistema	Programa universal sujeto a la comprobación de los recursos (residentes actualmente presentes en el país); diez años de residencia para la discapacidad anterior a la llegada
Austria	Todos los empleados	Población activa más asegurados voluntarios con cinco años de cotización en los últimos diez años (más con edad superior a los 50 años, menos con edad inferior a los 27 años); población activa con 15 años de antigüedad	No existe este sistema (sólo se dispone de asistencia social ordinaria sujeta a la comprobación de los recursos)
Bélgica	Población activa con cantidad mínima de cotizaciones y 6 meses de seguro, incluidos 120 días de trabajo pagado o acreditado y seguro en el último trimestre		Complemento de ingresos sujeto a la comprobación de los ingresos propios y del cónyuge para los mayores de 21 años
Canadá	Empleados con 600 horas de ingresos asegurables en las 52 últimas semanas	Población activa con cuatro años de cotización en los últimos seis años (más flexible en Québec)	No hay sistema federal; prestación especial sujeta a la comprobación de los recursos en tres provincias, en otro caso asistencia social general
Dinamarca	Población activa con (por lo general) 120 horas de trabajo en las 13 últimas semanas	No existe este sistema	Programa universal "de pensión previa" (residentes de 18 a 65 años de edad); los componentes principales no están sujetos a la comprobación de los ingresos
Francia	Empleados y desempleados con período laboral de 800 horas en los últimos 12 meses; 200 horas de trabajo remunerado en los últimos tres meses para tener derecho a una compensación por enfermedad durante los primeros seis meses; sistema especial para autónomos		Subsidio complementario sujeto a la comprobación de los recursos por debajo de determinados umbrales de ingresos
Alemania	Todos los empleados	Población activa más asegurados voluntarios con cinco años de cotización, tres de ellos en los últimos cinco años	No existe este sistema hasta ahora; nuevo sistema sujeto a la comprobación de los recursos para las personas con discapacidad total en 2003
Italia	Todos los empleados	Población activa más trabajadores domésticos asegurados voluntariamente con cinco años de cotización, tres de ellos en los últimos cinco años	Prestación sujeta a la comprobación de los ingresos propios para los residentes italianos y los ciudadanos de la Unión Europea con tarjeta de residente de larga duración
Corea	No existe este sistema (algunos convenios colectivos, por ejemplo, de funcionarios públicos)	Empleados con un mes de cotización	Subsidio por discapacidad sujeto a la comprobación de los recursos para las personas con discapacidad grave o múltiple

Cuadro A3.4. Normas relativas a la cobertura de los sistemas públicos de prestaciones relacionadas con la discapacidad (cont.)

	<i>Prestaciones en efectivo por enfermedad</i>	<i>Prestaciones por discapacidad contributivas o vinculadas a los ingresos</i>	<i>Prestaciones por discapacidad no contributivas</i>
México	Empleados y desempleados con cuatro semanas de cotización que precedan a la enfermedad	Empleados con 250 semanas de cotización (150 semanas si la discapacidad es del 75%)	No existe este sistema
Holanda	Todos los empleados y desempleados	Población activa sin requisitos, trabajadores autónomos con 52 semanas de cotización	Personas jóvenes con discapacidad sin requisitos (no sujetas a la comprobación de los recursos)
Noruega	Toda la población activa	Universal (todos los residentes de 18 a 67 años de edad, con tres años de residencia o de cotización)	(Componente no contributivo para las personas que no forman parte de la población activa)
Polonia	Empleados con 30 días seguidos de empleo asegurado	Población activa con cinco años de cotización y edad superior a los 30 años (menos con menor edad); sistema especial para agricultores	Pensión social para personas jóvenes con discapacidad no protegidas por cualquier otro sistema (no sujeta a la comprobación de los recursos)
Portugal	Empleados con seis meses de seguro, incluidos 12 días de trabajo asegurado en los últimos cuatro meses (seguro voluntario para trabajadores autónomos)	Trabajadores autónomos y empleados con cinco años de cotización (sistemas especiales tres años, asegurados voluntariamente seis años)	Prestación sujeta a la comprobación de los ingresos propios y del cónyuge para las personas en situación de necesidad y mayores de 18 años
España	Población activa con 180 días de cotización en los últimos cinco años (sin mínimo para los accidentes en el trabajo)	Población activa con cinco años de cotización, un quinto (total) o mitad (parcial) de ella en los últimos diez años; población activa con 15 años de antigüedad, un quinto de ella en los últimos diez años	Prestaciones sujetas a la comprobación de los recursos para quienes no cumplen los requisitos de cotización
Suecia	Toda la población activa	Toda la población activa Universal (todos los residentes de 16 a 65 años de edad con tres años de residencia o cotización)	(Componente no contributivo para las personas que no forman parte de la población activa)
Suiza	No hay sistema público; pago prolongado del salario para empleados más seguro privado voluntario	Universal (residentes o trabajadores en el país), con un año de cotización	Prestación extraordinaria si hay menos de un año de cotización (no sujeta a la comprobación de los recursos)
Turquía	Empleados con 120 días de cotización en los 12 últimos meses	Empleados con 1.800 días de cotización, o cinco años a 180 días cada uno, o con derecho a una pensión de vejez	Prestación sujeta a la comprobación de los recursos para las personas necesitadas, débiles y desamparadas no protegidas por la seguridad social
Reino Unido	Empleados con un contrato de más de tres meses (actualmente en fase de ampliar a todos los empleados); acceso a prestación por discapacidad de breve duración si se cumplen las condiciones que se muestran en la columna siguiente	Población activa con seis meses de cotización pagada en los últimos tres años y 12 meses de cotización pagada o acreditada en los últimos dos años	(1) subsidio no contributivo por discapacidad grave hasta 2001; (2) ayuda a los ingresos sujeta a la comprobación de los recursos (es decir, asistencia social) con primas especiales por discapacidad

Cuadro A3.4. Normas relativas a la cobertura de los sistemas públicos de prestaciones relacionadas con la discapacidad (cont.)

	<i>Prestaciones en efectivo por enfermedad</i>	<i>Prestaciones por discapacidad contributivas o vinculadas a los ingresos</i>	<i>Prestaciones por discapacidad no contributivas</i>
Estados Unidos	No hay sistema público; seguro de discapacidad temporal en seis estados, cobertura relativamente amplia con programas proporcionados por la empresa (por ejemplo, prestación por discapacidad de corta duración)	Población activa con 5 a 10 años de cotización en los últimos diez años si la edad es superior a 31 años (menos en los demás casos); los jóvenes con discapacidad pueden solicitarla con un período de trabajo de tres años	Ingresos complementarios de garantía, sujetos a la comprobación de los recursos, para las personas invidentes y con otra discapacidad con ingresos bajos o ningún ingreso

Cuadro A3.5. Intentos de impedir la solicitud de prestaciones: algunos ejemplos de las políticas*Medidas orientadas a impedir la solicitud de prestaciones por enfermedad y por discapacidad*

Australia	Paquete de reforma de la discapacidad: criterios de elegibilidad más estrictos, estructura de prestaciones más clara (1991); rigidez del proceso de evaluación de las prestaciones por discapacidad y enfermedad, baremos de discapacidades revisados (1998); introducción de evaluaciones independientes de la capacidad de trabajo (2002); planificado: hacer más estrictos los criterios de elegibilidad (mediados de 2003)
Austria	Prestaciones por discapacidad concedidas temporalmente (1996); abolida la jubilación anticipada especial con motivo de capacidad de trabajo reducida (2000); los ingresos procedentes del trabajo reducen la prestación (2001)
Dinamarca	No hay solicitud directa de prestaciones por discapacidad, sino sólo de prestación social, es decir, el ayuntamiento decide si podría ser adecuada la prestación por discapacidad (1998) junto con menores tipos de reembolso a los ayuntamientos (década de 1990); revisión más estricta de la situación de enfermedad (1997); planificada: abolición de la prestación por discapacidad parcial (2003)
Alemania	Los ingresos procedentes del trabajo reducen la prestación (1996); las prestaciones por discapacidad siempre se conceden temporalmente, abolida la evaluación de la profesión habitual del interesado para grupos de población nacidos después de 1960 (2001)
Italia	Nueva prestación por discapacidad parcial (alrededor del 90 % del flujo de entrada) que se concede temporalmente, sin acreditar los años restantes (1984), el criterio de capacidad para trabajar sustituye al criterio de capacidad para obtener ingresos, evaluación de la profesión habitual del interesado (excepto para la prestación parcial) y abolida la perspectiva concreta del mercado de trabajo (también 1984); no hay combinación de prestación por discapacidad y accidente laboral derivados de la misma causa (1995)
Holanda	Abolida la perspectiva concreta del mercado de trabajo (1987); prestaciones por discapacidad concedidas temporalmente, abolida la evaluación de la profesión habitual del interesado, nivel de prestación de larga duración reducida en función de la edad, revisión del volumen de la prestación si la edad es inferior a 45 años con reclasificación en el 30 % de todos los casos (1994); responsabilidad de las prestaciones por enfermedad desviada hacia el empresario parcialmente (1994) y después totalmente (1996), con reaseguro privado; introducción de índices de prima ponderados por la experiencia para las prestaciones por discapacidad (1998)
Noruega	Criterios médicos más estrictos para la recepción de las prestaciones por discapacidad y para los certificados de los médicos especialistas, abolición de la evaluación de la profesión habitual del interesado, mayores exigencias en la movilidad regional (1991); criterios médicos más estrictos para la recepción de las prestaciones por enfermedad, se necesita la opinión del organismo asegurador una vez transcurridas 12 semanas de enfermedad (1993); ahora bien: disposiciones de 1991 relativas a criterios médicos más estrictos para las prestaciones por discapacidad tuvieron que ser anuladas en gran parte después de un veredicto del Tribunal de Seguridad Social (1995)
Polonia	Gastos de enfermedad derivados en parte al empresario, armonización y reducción del nivel de la prestación por enfermedad (1995); nuevo procedimiento de evaluación de la discapacidad con nuevos criterios y responsabilidades más claras, gestión más estricta de los derechos temporales (1997); mejor control de la situación de enfermedad (1999)
Portugal	Aplicación del Sistema de Verificación de la Incapacidad Permanente (1987); extensión a la evaluación de la situación de enfermedad (1992); creación del Sistema de Verificación de la Incapacidad con una nueva evaluación de la situación de discapacidad y enfermedad con más objetividad y coherencia (1997)
España	Aumento de los requisitos de cotización para las prestaciones por discapacidad (1986); control más estricto de la situación de enfermedad, reducción del nivel de prestación por enfermedad de larga duración, la evaluación de la ocupación habitual sustituye a la de trabajo propio (1997)
Suecia	El empresario tiene que cubrir los primeros 14 días de baja por enfermedad (1992); se abolieron los motivos basados en el mercado de trabajo para tener derecho a una prestación por discapacidad con edad superior a los 60 años, se introdujo un día de espera para las prestaciones por enfermedad (ambas medidas en 1993); criterios médicos más estrictos incluida la abolición de las denominadas reglas de mayores, es decir, una aplicación más matizada para las personas mayores que solicitan prestaciones por discapacidad (1997)

Cuadro A3.5. Intentos de impedir la solicitud de prestaciones: algunos ejemplos de las políticas (cont.)*Medidas orientadas a impedir la solicitud de prestaciones por enfermedad y por discapacidad*

Reino Unido	Responsabilidad de las prestaciones por enfermedad derivadas hacia el empresario (1986) con un tipo de reembolso reducido al 80 % (1991) y abolida por completo (1995), aunque con reaseguro privado; reducción del nivel de las prestaciones contributivas mediante la abolición del componente vinculado a los ingresos (1995); acceso más estricto a las prestaciones por discapacidad mediante una nueva prueba para cualquier trabajo (1995) que fue sustituida después por una evaluación de la capacidad personal (2000)
Estados Unidos	Disminución del índice de sustitución, mayor recurso a revisiones continuas de la discapacidad (1980) pero el control administrativo más estricto tuvo que suavizarse después de las protestas políticas (1984)

Cuadro A3.6. Normas vinculadas a la edad en el programa de prestaciones por discapacidad

<i>Selección de normas que afectan a los grupos de edad en diferentes aspectos</i>	
Australia	Nivel de las prestaciones: no cuentan los años hasta la jubilación (sujeta a la comprobación de los recursos y fija); se tiene en cuenta la disponibilidad de los puestos de trabajo adecuados para las personas de 55 o más años de edad como consecuencia de aplicar diferentes criterios de elegibilidad
Austria	Nivel de las prestaciones: los años restantes sólo se acreditan hasta la edad de 56 años; evaluación de la profesión habitual del interesado: abarca también a los trabajadores no cualificados con una edad superior a los 55 años
Bélgica	Nivel de las prestaciones: años hasta la jubilación acreditados total e implícitamente, porque no se tiene en cuenta el número de años cotizados al seguro
Canadá	Nivel de las prestaciones: años hasta la jubilación acreditados total e implícitamente, porque no se tiene en cuenta el número de años cotizados al seguro; evaluación: perspectiva de la profesión habitual del interesado para personas entre 60 y 65 años de edad (sólo en Québec)
Dinamarca	Nivel de las prestaciones: años hasta la jubilación acreditados implícitamente, porque no se tiene en cuenta el número de años cotizados al seguro, y prestación ligeramente reducida para quienes tienen concedida la pensión con edad superior a 60 años (sin posibilidad de acceso a un complemento de pensión previa igual al 7,5 % de la prestación máxima); evaluación: para las personas con edad superior a 50 años, la elegibilidad se crea por la reducción de la capacidad laboral inducida por problemas sociales graves
Francia	Nivel de las prestaciones: años hasta la jubilación acreditados total e implícitamente, porque no se tiene en cuenta el número de años cotizados al seguro (y un complemento aumenta los ingresos bajos)
Alemania	Nivel de las prestaciones: los años restantes hasta la edad de 55 años acreditados totalmente, más un tercio del período de 55 a 60 años; evaluación de la profesión habitual del interesado para grupos nacidos en 1960 o antes
Italia	Nivel de las prestaciones: años hasta la jubilación acreditados totalmente para la prestación completa, pero no acreditados para la prestación parcial, por lo que la mayoría de los nuevos solicitantes dependen de la pensión mínima
Corea	Nivel de las prestaciones: años hasta la jubilación la edad no acreditados, derecho a la prestación básica si estuvo asegurado menos de 20 años (índice del 30 % de sustitución a los ingresos medios)
México	Nivel de las prestaciones: años hasta la jubilación acreditados implícitamente, porque no se tiene en cuenta el número de años cotizados al seguro
Holanda	Nivel de las prestaciones: duración del pago de la prestación en función del salario, con el 70 % de los ingresos, aumenta con la edad - desde medio año, si la edad es de 33 a 37 años, hasta tres años, si la edad es de 53 a 57 años, seis años si la edad es de 58 años y hasta la edad de 65 si tiene 59 años o más; de modo similar, reducción del nivel de las prestaciones durante el período siguiente, en el que las prestaciones guardan relación parcialmente con el salario mínimo, baja con la edad - a los ingresos medios, la reducción sería de alrededor del 35 % si la edad es de 30 años, pero sólo en torno al 10 % si la edad es de 55 años
Noruega	Nivel de las prestaciones: los años restantes hasta la edad de 67 años (edad de jubilación reglamentaria) se acreditan totalmente si se cumplen las condiciones de cobertura
Polonia	Nivel de las prestaciones: años hasta la jubilación acreditados como años sin cotización, es decir, con un índice de acumulación del 0,7 % en vez del 1,3 %
Portugal	Nivel de las prestaciones: años hasta la jubilación no acreditados, por lo tanto los solicitantes más jóvenes recibirán el mínimo (respecto a los ingresos o absoluto)
España	Nivel de las prestaciones: prestación por discapacidad total para la profesión habitual del interesado incrementada en el 20 % si la edad es de 55 o más años; años hasta la jubilación acreditados total e implícitamente, porque no se tiene en cuenta el número de años cotizados al seguro

Cuadro A3.6. Normas vinculadas a la edad en el programa de prestaciones por discapacidad (cont.)*Selección de normas que afectan a los grupos de edad en diferentes aspectos*

Suecia	Nivel de las prestaciones: los años restantes hasta los 65 años (edad de jubilación reglamentaria) están acreditados totalmente si se cumplen las condiciones de cobertura
Suiza	Nivel de las prestaciones: años hasta la jubilación acreditados totalmente, y además para los solicitantes de prestaciones más jóvenes (es decir, con edad inferior a 45 años) se añade un factor de trayectoria profesional a los ingresos de referencia, que desciende gradualmente desde el 100 % si la edad es inferior a 23 años hasta el 5 % si es de 39 a 44 años
Turquía	Nivel de las prestaciones: años hasta la jubilación acreditados total e implícitamente, porque no se tiene en cuenta el período de cotización
Reino Unido	Nivel de las prestaciones: años hasta la jubilación acreditados implícitamente, porque no se tiene en cuenta el número de años cotizados al seguro (prestación fija)
Estados Unidos	Nivel de las prestaciones: años hasta la jubilación acreditados implícitamente, porque no se tiene en cuenta el número de años cotizados al seguro (sólo los ingresos durante el período asegurado)

Cuadro A3.7. Normas relativas a la definición de discapacidad y a los períodos de espera

	<i>Definición de discapacidad</i>	<i>Período de espera obligatorio</i>
Australia	Dos criterios: poseer una discapacidad que dé lugar a una calificación de al menos 20 puntos en los baremos de discapacidades, e incapacidad continuada para trabajar 30 horas o más a la semana o estar recualificado para trabajar con salario completo en los dos próximos años	Ninguno (pero un período de espera obligatorio de diez años para las personas que adquieren su discapacidad antes de trasladarse a Australia)
Austria	Reducción del 50 % de la capacidad para el trabajo (capacidad de obtener ingresos para los trabajadores no cualificados); papel crítico de las decisiones judiciales, a causa de la imprecisa definición legal	Ninguno, pero la restricción de salud deberá haber durado seis meses
Bélgica	Reducción del 66,6 % de la capacidad de obtener ingresos en la actividad habitual	Un año
Canadá	Discapacidad grave y prolongada que impide realizar ningún trabajo de carácter normal	Ninguno
Dinamarca	Reducción del 50 % de la capacidad para el trabajo (con una edad superior a los 50 años, dicha reducción puede deberse únicamente a motivos sociales)	Ninguno, pero la rehabilitación debe haberse completado
Francia	Reducción del 66,6 % de la capacidad de obtener ingresos, pero la prestación completa exige también pérdida de capacidad para el trabajo	Ninguno, si la condición se ha estabilizado, pero a menudo sólo después de tres años
Alemania	Reducción del 25 % de la capacidad para el trabajo; discapacidad parcial determinada en relación con las horas que una persona puede trabajar (de 0 a 3 horas o de 3 a 6 horas)	Ninguno, pero la discapacidad tiene que haber durado 26 semanas
Italia	Reducción del 66,6 % de la capacidad para el trabajo (para una prestación parcial referida a un empleo adecuado)	Ninguno
Corea	Criterio médico (cuatro grados de discapacidad definidos con precisión)	Período de espera de alrededor de 50 días (prestaciones por enfermedad no disponibles)
México	Reducción del 50 % de la capacidad de obtener los ingresos del trabajo anterior	Ninguno
Holanda	Reducción del 15 % de la capacidad de obtener ingresos (25 % para los trabajadores autónomos y los jóvenes con discapacidad); grado de discapacidad determinado por la relación entre el salario en un empleo adaptado a la limitación funcional y el salario de prediscapacidad	Un año
Noruega	Reducción del 50 % de la capacidad para el trabajo; pero la reducción de la capacidad de obtener ingresos determina el nivel de las prestaciones	Ninguno (una vez realizada una rehabilitación profesional adecuada)

Cuadro A3.7. Normas relativas a la definición de discapacidad y a los períodos de espera (cont.)

	<i>Definición de discapacidad</i>	<i>Período de espera obligatorio</i>
Polonia	Reducción de la capacidad temporal o permanente para el trabajo (para una prestación por discapacidad parcial, referida a la ocupación habitual)	Ninguno
Portugal	Reducción del 66,6 % de la capacidad de obtener ingresos en la ocupación habitual	Ninguno, pero en la práctica suelen transcurrir tres años (fin de la enfermedad de larga duración)
España	Reducción del 33 % de la capacidad para el trabajo en la ocupación habitual para una prestación parcial global; incapacidad de realizar un trabajo "habitual" / "cualquier" trabajo para una discapacidad "total" / "absoluta"	Un año (pero es posible la reclamación precoz para casos permanentes claros)
Suecia	Reducción del 25 % de la capacidad para el trabajo; grado de discapacidad parcial determinado en relación con las horas diarias que una persona puede trabajar (de 0 a 2 / de 2 a 4 / de 4 a 6 horas)	Ninguno (después de una rehabilitación profesional adecuada)
Suiza	Reducción del 40 % de la capacidad de obtener ingresos; para las personas inactivas, el grado de discapacidad se determina en relación con la actividad actual (por ejemplo, trabajo doméstico o enseñanza)	Un año
Turquía	Reducción del 66,6 % de la capacidad para el trabajo, con un enfoque médico sólido	Ninguno
Reino Unido	Limitaciones en las actividades diarias de interés para el trabajo (es decir, "evaluación de la capacidad personal" predominantemente médica); pero prueba de la profesión habitual del interesado durante las primeras 28 semanas (recepción de la prestación por enfermedad)	28 semanas
Estados Unidos	Reducción de la capacidad de obtener ingresos: incapacidad para ejercer una actividad retribuida importante (es decir, ganar 740 US\$ mensuales)	Cinco meses (no siempre cubiertos por las prestaciones de corta duración), y un período de 24 meses para la cobertura de Medicare

Cuadro A3.8. Descripción del procedimiento de evaluación para las solicitudes de prestaciones por discapacidad

	<i>Evaluación médica</i>	<i>Toma de decisiones con respecto a las prestaciones</i>	<i>Evaluación profesional</i>
Australia	Informes médicos de los doctores a cargo del tratamiento; con reconocimientos médicos independientes en el 65 % de todos los casos	Un solo gestor de Centrelink a partir de un conjunto de criterios preceptivos	Los baremos de discapacidades se refieren al trabajo en general; se consideran las condiciones del mercado de trabajo al evaluar si las personas con 55 o más años de edad están recualificadas para trabajar en los próximos dos años
Austria	Equipo médico del seguro; los certificados médicos privados no ejercen ningún efecto	Gestor responsable del seguro (en la oficina local o central del seguro)	Evaluación estricta de la profesión habitual del interesado para los trabajadores cualificados y los trabajadores no cualificados con edad superior a los 50 años
Bélgica	Médico del seguro (además de informes de evolución por parte del médico nombrado al efecto)	Comisión médica del organismo asegurador (decisión por la comisión central)	Referencia al trabajador equivalente
Canadá	Personal del seguro (médicos y enfermeras)	Un solo gestor del seguro	Todos los empleos (profesión habitual del interesado para la edad de 60 a 64 años en Québec)
Dinamarca	Médico a cargo del tratamiento y especialistas en evaluaciones contratados por el ayuntamiento	Asistente social del ayuntamiento	Cualquier empleo; la persona en proceso de rehabilitación influye en el plan profesional
Francia	Médico del seguro	Equipo de expertos en el organismo asegurador	Referencia a los ingresos previos (pero no a la capacidad que les queda para trabajar)
Alemania	Asesores médico-sociales; mediante reconocimiento o a partir de expedientes médicos (por ejemplo, después del tratamiento hospitalario); se tiene en cuenta el certificado del médico a cargo del tratamiento, pero en general no basta	El gestor del seguro evalúa el efecto sobre la capacidad de trabajo y verifica la disponibilidad de un trabajo a tiempo parcial (en el mercado de trabajo local) en el caso de discapacidad parcial	Evaluación de la profesión habitual del interesado abolida en 2001, excepto para los grupos nacidos antes de 1961; perspectiva concreta del mercado de trabajo (se concede una prestación completa si no hay disponible un trabajo a tiempo parcial adecuado)
Italia	Médico especializado del seguro	Equipo de evaluación (el médico de cabecera supervisa todas las evaluaciones)	Trabajo adecuado para la incapacidad parcial, cualquier trabajo para la incapacidad total
Corea	Comité de médicos asesores de la Corporación Nacional de Pensiones	Gestor de la Corporación Nacional de Pensiones	Se tienen en cuenta todos los trabajos posibles total
México	Médico del seguro (se basada en un baremo de porcentajes para las enfermedades especificadas)	Gestor del seguro	Evaluación estricta de la profesión habitual del interesado (referida al empleo de la prediscapacidad)

Cuadro A3.8. Descripción del procedimiento de evaluación para las solicitudes de prestaciones por discapacidad (cont.)

	<i>Evaluación médica</i>	<i>Toma de decisiones con respecto a las prestaciones</i>	<i>Evaluación profesional</i>
Holanda	El médico del seguro evalúa la limitación funcional	El médico junto con un experto profesional	Todos los trabajos teóricamente disponibles (aunque la rehabilitación es voluntaria)
Noruega	Médico a cargo del tratamiento (pueden intervenir médicos asesores)	Gestor regional a partir de la evaluación efectuada por el gestor local	Cualquier trabajo; las condiciones reales del mercado de trabajo pueden influir en la evaluación de las posibilidades de vuelta al trabajo
Polonia	Certificado único del médico de la seguridad social	Gestor del seguro en una de las divisiones regionales	Cualquier trabajo para la discapacidad total, trabajo proporcionado para la prestación por discapacidad parcial
Portugal	Informe de un médico designado por el centro regional de la seguridad social	Comisión de verificación (tres expertos técnicamente independientes)	Referencia a la ocupación habitual de la persona
España	Equipo de expertos del instituto del seguro	Director provincial del instituto del seguro, tomando como base la recomendación emitida por el equipo de evaluaciones de la discapacidad (que es un órgano separado)	Ocupación habitual para la discapacidad parcial (33 %) y total, cualquier ocupación para la discapacidad absoluta y grave
Suecia	Médico del seguro tomando como base los expedientes médicos (pueden implicarse otros expertos)	Gestor del seguro	Cualquier ocupación posible (tiene prioridad el trabajo normal)
Suiza	Médico a cargo del tratamiento; intervención creciente de expertos médicos adicionales	Equipo interdisciplinario en el organismo cantonal de discapacidad	Empleo con ingresos razonables; se refiere al mercado de trabajo teórico equilibrado
Turquía	Informes elaborados por cuadros médicos o comisiones sanitarias de establecimientos sanitarios u hospitales	Gestor del seguro en la oficina central del organismo del seguro	Se refiere a cualquier trabajo
Reino Unido	Los médicos a cargo del tratamiento aportan pruebas médicas; evaluación de la capacidad personal realizada por doctores de servicios médicos contratados y homologados	Personal no médico en la oficina local de prestaciones	Profesión habitual del interesado en las primeras 28 semanas; cualquier ocupación en la evaluación de la capacidad personal para una prestación por discapacidad
Estados Unidos	Médico a cargo del tratamiento o médicos asesores	Gestores estatales de discapacidad (trabajo en equipos, por lo común doctores no médicos)	La actividad principal retribuida se relaciona con cualquier trabajo que exista

Cuadro A3.9. Aspectos importantes del sistema de prestaciones por desempleo

	<i>Nivel de las prestaciones por desempleo</i>	<i>Duración de las prestaciones por desempleo</i>
Australia	Prestación fija sujeta a la comprobación de los recursos, idéntica a la prestación por enfermedad, es decir, alrededor del 87 % de la prestación por discapacidad (en función de la situación familiar)	No hay límite de tiempo; pagadera mientras se busque trabajo o se satisfaga una prueba de actividad (exenciones de la prueba de actividad durante períodos de enfermedad o incapacidad temporal)
Austria	El 55 % de los ingresos netos protegidos previos (con complementos fijos para las personas a su cargo), ayuda al desempleo sujeta a la comprobación de los recursos, igual al 92 a 95 % de la prestación precedente (en función de la situación familiar)	Mínimo de 20 semanas, aumento a 30 / 39 / 52 semanas si estuvo empleado durante 3 / 6 / 9 años en los últimos 5 / 10 / 15 años y con edad superior a - / 40 / 50 años; después ayuda al desempleo ilimitada
Bélgica	El 55 % de los ingresos anteriores (el 60 % con personas a su cargo) en el primer año, después se reduce al 44 % si vive solo (no hay reducción si es cabeza de familia con personas a su cargo)	Duración indefinida con independencia del período del seguro; si comparte el mantenimiento familiar con otras fuentes de ingresos, la prestación se reduce al 22 % del mínimo (tanto alzado)
Canadá	El 55 % de los ingresos semanales asegurables, con un complemento familiar para los perceptores de ingresos bajos (idéntica a la prestación por enfermedad)	Hasta 45 semanas, en función del historial de empleo individual y del índice de desempleo regional
Dinamarca	El 90 % del salario hasta un máximo determinado (que es de alrededor del 88 % de la prestación máxima por discapacidad), el mínimo para empleados a tiempo completo es el 82 % de este máximo	Hasta cuatro años; durante el período de prestación (un año o, si la edad es inferior a 25 años, seis meses), ningún requisito para aceptar ofertas de trabajo, durante el período de activación hay que aceptar trabajos
Francia	El 57,4 % de los ingresos anteriores (o el 40,4 % más una cantidad fija) en el período inicial, reducción escalonada en cada período semestral posterior (pero no inferior al 70 % del mínimo), ayuda al desempleo sujeta a la comprobación de los ingresos	De 7 a 60 meses, sujeta al período de cotización y a la edad (< 50 / > 50 años), dividida en dos períodos; después ayuda al desempleo ilimitada si trabajó cinco años en los últimos diez años, mayor prestación si la edad es de 55 / 57,5 años y estuvo asegurado 20 / 10 años
Alemania	El 60 % de los ingresos previos netos cubiertos (el 67 % con un hijo a su cargo), ayuda al desempleo del 53 % / 57 % sujeta a la comprobación de los recursos	Mínimo de seis meses, 12 meses con dos años de empleo en los últimos siete años, aumenta hasta 18 / 22 / 26 / 32 meses si se cumplen requisitos de cotización y la edad es de 45 / 47 / 52 / 57 años; después ayuda al desempleo ilimitada
Italia	El 30 % de los ingresos (período de espera de 7 días); pero hasta el 80 % mediante planes especiales de desempleo (por ejemplo, en crisis industrial)	Normalmente 180 días, a veces hasta un año; los planes especiales tienen una duración más larga, que suele ser de dos años
Corea	El 50 % del último salario	De 90 a 240 días en función de la edad (menos de 30 años, de 30 a 49 años, más de 50 años) y período del seguro (máximo con un plazo de más años en el seguro); por lo general, 240 días si tiene discapacidad
México	No hay seguro de desempleo; la legislación laboral exige a los empresarios que paguen una indemnización por despido, que es una cantidad global de tres meses de salario más 20 días de salario por cada año de servicio	
Holanda	El 70 % del último salario hasta un máximo; continuación de la prestación, que no está sujeta a la comprobación de los recursos, igual al 70 % del salario mínimo (o al 70 % del último salario si éste es menor que aquél)	El período de prestación depende de la edad y del período de empleo en los últimos cinco años, y aumenta gradualmente desde seis meses a cinco años (si la edad es de 58 años); continuación de la prestación durante un período posterior de dos años (o hasta la edad de 65 años, si tenía 57 + años cuando quedó desempleado)

Cuadro A3.9. Aspectos importantes del sistema de prestaciones por desempleo (cont.)

	<i>Nivel de las prestaciones por desempleo</i>	<i>Duración de las prestaciones por desempleo</i>
Noruega	El 62,4 % de los ingresos del último año	Hasta tres años, si los ingresos superan dos veces la cantidad base (y para todas las personas con edad superior a 64 años); en otro caso, un año y medio
Polonia	Fija (pero no sujeta a la comprobación de los recursos) en función del período de empleo: 80 / 100 / 120 % de 446,7 PLN / mes con < 5 años / de 5 a 19 años / 20 años o más	Varía con el índice de desempleo local: menos del promedio, seis meses; más del promedio, 12 meses; dos veces el índice medio y 20 años de empleo, 18 meses
Portugal	El 65 % de los ingresos (entre una y tres veces el salario mínimo), prestación social fija por desempleo, del 80 % de salario mínimo (el 100 % para una familia), sujeta a la comprobación de los recursos	De 12 a 30 meses, en función de la edad (30 meses con edad superior a 45 años), seguida de una prestación social por desempleo durante la mitad de esta duración; si no tiene derecho a una prestación contributiva, una prestación durante 12 a 30 meses sujeta a la comprobación de los recursos
España	El 70 % de ingresos (el 60 % transcurridos 180 días) entre el 75 % y el 170 % del salario mínimo (el 100 % / 220 % con hijos a su cargo); prestación no contributiva por desempleo del 75 % del salario mínimo, sujeta a la comprobación de los recursos	Hasta 720 días como máximo con seis años de cotización; prestación no contributiva pagadera normalmente durante 6 a 18 meses (diversos grupos, por ejemplo, prestación contributiva agotada e hijos, prestación no contributiva, edad superior a 45 años con condiciones adicionales, edad superior a 52 años)
Suecia	El 80 % de los ingresos diarios hasta un máximo (período de espera de 5 días) para la prestación normal; tipo fijo del 40 % de este máximo para la prestación básica (es decir, sin cumplir los criterios del seguro)	Hasta 300 días, ó 450 días si la edad es de 57 a 64 años (para cobertura básica y normal)
Suiza	El 80 % de los ingresos protegidos con hijos dependientes o ingresos bajos o si tiene discapacidad, y el 70 % en otro caso (período de espera de 5 días)	150 días si la edad es menor de 50 años, 250 días si la edad es de 50 a 59 años, 400 días si la edad es de 60 años o más, y 520 días si es beneficiario de una prestación por discapacidad parcial
Turquía	El 50 % de los ingresos netos diarios hasta el salario mínimo neto	De 180 a 300 días, en función de los días de cotización (300 con 1.080 días de cotización)
Reino Unido	Prestación fija que se paga a tres tipos: similar al tipo bajo de la prestación por discapacidad si la edad es de 25 años o más, el 80 % si la edad es de 18 a 24 años, el 60 % si la edad es inferior a 18 años (período de espera de 3 días)	Hasta 182 días en cualquier período de busca de trabajo, con independencia de la duración y el nivel de las cotizaciones, seguidos de un subsidio por búsqueda de empleo, sujeto a la comprobación de los recursos, de hasta el 100 % de la prestación normal durante un período ilimitado
Estados Unidos	Alrededor del 50 % del salario (seguro específico de cada estado, con algunas diferencias)	Hasta 4 a 26 semanas (en dos estados, 30 semanas) en función de la pertenencia a la población activa en los primeros cuatro trimestres de los últimos cinco trimestres; posiblemente seguidas de programas de prestaciones ampliados o prestaciones de emergencia
Nota: Si no se especifica lo contrario, los porcentajes se refieren a ingresos brutos.		

Cuadro A3.10. Resumen de las características de los sistemas de jubilación anticipada¹

<i>Rasgos importantes del (de los) programa(s) de jubilación anticipada</i>	
Australia	A la edad de 55 años, es decir, con 10 / 6,5 años de adelanto para los hombres / las mujeres, mediante un plan de pensiones profesional obligatorio por capitalización (garantía de jubilación) si la jubilación es permanente; a la edad 60 años con subsidios especiales de desempleo y sin experiencia reciente de trabajo (asignación para la tercera edad y asignación para la pareja, que se están reduciendo progresivamente y estarán cerradas a nuevas incorporaciones a mediados de 2003)
Austria	3,5 años antes de la edad reglamentaria: I) con un período de cotización prolongado (37,5 años), ó II) de larga duración, es decir, un año, recepción de las prestaciones por desempleo o por discapacidad en los últimos 15 meses y 20 años de seguro en los últimos 30 años
Bélgica	Complemento de prestación por desempleo previo a la pensión si tiene 58 años de edad, ha sido despedido y cuenta con 25 años de empleo
Canadá	Cinco años antes con prestación reducida (sólo para el componente vinculado a los ingresos, no para la prestación básica fija universal)
Dinamarca	Siete años antes de la edad reglamentaria de 67 años mediante seguro voluntario de jubilación anticipada con 25 años de pertenencia al fondo de desempleo y -con plan de vejez- 30 años con pago de cotización especial (nota: parte del seguro de desempleo igualmente voluntario, con cotizaciones especiales introducidas en abril de 1999)
Francia	Ninguna opción en un plan público (jubilación reglamentaria a la edad de 60 años), pero reglas más generosas para los trabajadores desempleados más antiguos; diversos planes privados completan la pensión
Alemania	Dos años antes con período de cotización largo (35 años); cinco años antes si I) es de larga duración, es decir, un año de desempleo en las últimas 78 semanas ó 24 meses a tiempo parcial si es de avanzada edad y 15 años de seguro, ó II) mujeres con 15 años de seguro y diez años de cotización después de 40 años de edad, ó III) con discapacidad grave y 35 años de seguro
Italia	Ningún límite de edad para la pensión de vejez, que exige 35 años de cotización o muchos menos años en el sector público (aumentado en la actualidad a 40 años, ó 35 años y edad de 57 años, y todo ello se eliminará por fases para 2010)
Corea	Cinco años antes (la edad reglamentaria es actualmente de 60 años) con diez años de cotización
México	Cinco años antes con la prestación correspondiente (desde cuentas individuales) si tiene 1.250 semanas con cotizaciones (nuevo sistema para los que entran en la población activa en 1997); diez años antes con 15 años de servicio para los empleados públicos
Holanda	No hay jubilación anticipada en el plan público de pensiones; suele ser cinco años antes según las disposiciones de los convenios colectivos, que amparan el 70 % de todos los empleados y el 100 % de todos los funcionarios
Noruega	No hay jubilación anticipada en el plan público de pensiones (excepto para límites de edad especiales en determinadas profesiones); cinco años antes según el programa AFP del convenio colectivo si está empleado en la actualidad, 10 años de cotización desde la edad de 50 años, e ingresos que sobrepasan dos cantidades base (comprende el 60 % de la población activa)
Polonia	Cinco años antes para mujeres con 30 años de cotización, veteranos de guerra, beneficiarios de una prestación por accidente laboral o por discapacidad; edades especiales en determinadas profesiones; ningún requisito de edad para los desempleados con 35 / 40 años de cotización (mujeres / hombres); pensiones de desempleo previas a la jubilación si posee un historial de empleo de 25 / 30 años
Portugal	Jubilación flexible diez años antes con 30 años de ingresos registrados con reducción de la prestación; cinco años antes para los desempleados de larga duración (diez años antes con 20 años de ingresos registrados, con reducción de la prestación); límites de edad especiales para determinadas profesiones; diez años antes de la jubilación anticipada no permanente (la jubilación anticipada puede ocurrir antes si la empresa entra en situación de crisis)
España	Cinco años antes con reducción actuarial considerable (con 15 años de cotización); un año antes si la empresa concluye el contrato de sustitución; edades especiales para determinadas profesiones; arreglos especiales en algunos convenios colectivos

Cuadro A3.10. Resumen de las características de los sistemas de jubilación anticipada¹ (cont.)*Rasgos importantes del (de los) programa(s) de jubilación anticipada*

Suecia	Sistema antiguo: adelanto de la jubilación en cinco años con prestación reducida, o jubilación parcial cuatro años antes; nuevo sistema: jubilación flexible, también con prestación reducida (definida por la cotización), hasta cuatro años antes
Suiza	Adelanto de la jubilación en 1 / 2 años (para mujeres hasta 2004 / para mujeres en 2005 y para hombres) con prestación reducida en el primer pilar, y hasta cinco años antes en el segundo pilar, también con una prestación reducida
Turquía	Edad reglamentaria de 50 / 55 años para mujeres / hombres con pequeños requisitos de cotización; ningún límite de edad con 25 años de cotización (edad media de jubilación de 47 a 48 años, actualmente en eliminación y reintroducción de edades obligatorias de jubilación)
Reino Unido	No hay jubilación anticipada en el plan público de pensiones; adelanto de la jubilación mediante planes profesionales voluntarios o también seguro sanitario voluntario y permanente (el último suele proporcionar una prestación puente del 50 % del salario durante un período de diez años tras la jubilación por motivos de salud)
Estados Unidos	Adelanto de la jubilación tres años antes con prestación reducida (con diez años de empleo cubiertos); hasta diez años antes en muchos planes privados de pensiones (prestación definida o cotización definida) con determinados requisitos de servicio

1. La información que se ofrece en este cuadro se refiere a la situación actual, tal como figura en las normas de interés para la comprensión del comportamiento actual y la dinámica de los incentivos. En muchos países, entrarán en vigor reformas de largo alcance en la disposición de la jubilación anticipada durante los próximos años o decenios, incluida la abolición total de disposiciones anteriores (por ejemplo, con la nueva reforma polaca de las pensiones en tres pilares, las normas de jubilación anticipada se eliminan por completo y son sustituidos por un sistema de cotizaciones voluntarias a un fondo de jubilación anticipada).

 ANEXO 4

Características del enfoque del fomento del empleo

Cuadro A4.1. El marco legislativo que conforma el fomento del empleo¹*Legislación más importante que influye en el empleo de las personas con discapacidad*

Australia	(1) Ley sobre la Discriminación de la Discapacidad de la Commonwealth: excluye el despido por causa de la discapacidad de una persona o de sus asociados, define las normas en el empleo; (2) Ley sobre los Servicios de la Discapacidad: esboza las normas de la asignación de servicios en materia de discapacidad (empleo con apoyo, rehabilitación profesional); (3) Ley de Relaciones Laborales: regula los subsidios de empleo en el mercado de trabajo libre
Austria	(1) Ley sobre el Empleo de las Personas con Discapacidad: cuota de empleo obligatoria para las personas con discapacidad registradas, despido (transcurridos los primeros seis meses de un nuevo contrato) sólo con el consentimiento de un comité regional para las personas con discapacidad; (2) Constitución Austriaca: artículo general de no discriminación
Bélgica	(1) Ley de Rehabilitación Social, que formó la base de una nueva legislación que promueve la igualdad de oportunidades en cada una de las comunidades; (2) Legislación Laboral: prohíbe la discriminación en la contratación por razones de discapacidad, entre otras cosas
Canadá	(1) Carta Canadiense de Derechos y Libertades: garantiza la igualdad de derechos ante y bajo cualquier legislación sin discriminación por razones de discapacidad; (2) Ley Canadiense de Derechos Humanos y leyes provinciales de derechos humanos: regulan las obligaciones de los empresarios; (3) Ley de Igualdad del Empleo: exige que la composición de la mano de obra regulada por las normas federales refleje la composición de la población
Dinamarca	(1) Modelo Social de Discapacidad: principio de compensación (las personas con discapacidad tienen que ser compensadas por la sociedad para permitir el uso de sus capacidades) y principio de responsabilidad sectorial (cada sector de la sociedad es responsable de sus propios asuntos); (2) en general, la política se basa en la voluntariedad y la información
Francia	(1) Ley de Orientación de las Personas con Discapacidad: fomento de la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad; (2) Ley de Empleo de los Trabajadores con Discapacidad: cuota de empleo obligatoria para las personas con discapacidad, período de aviso más largo para el despido
Alemania	(1) Ley de Integración de las Personas con Discapacidad Grave: cuota de empleo obligatoria para las personas con discapacidad grave, despido (transcurridos seis meses de contrato) sólo con aprobación por parte del gestor de bienestar público, varias obligaciones de la empresa; (2) Código Social: derecho de integración social (base legal para la rehabilitación); (3) nueva ley sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad (vigente desde mayo de 2002)
Italia	(1) Ley Marco relativa a la Asistencia, la Integración Social y los Derechos de las Personas con Discapacidad: establece principios políticos (de integración) y prescribe una serie de derechos; (2) Normas del Derecho al Trabajo de las Personas con Discapacidad: cuota de empleo obligatoria para las personas con discapacidad registradas, la discapacidad hasta el 60 % y la discapacidad en el trabajo hasta el 33 % no constituyen motivo para un despido justo
Corea	(1) Ley relativa al Fomento del Empleo y la Rehabilitación Profesional de las Personas con Discapacidad: prohíbe la discriminación, pequeña cuota de empleo obligatoria para las personas con discapacidad; (2) Ley de Normativa Laboral: despido sólo por motivo justificable; (3) Ley de Bienestar de las Personas con Discapacidad: prohíbe la discriminación por parte de los empresarios e instituciones de protección del empleo
México	(1) Ley Laboral Federal: establece el derecho a trabajar y protege a todos los trabajadores del despido injustificado; (2) Convención de la Organización de Estados Americanos para la eliminación de todas las formas de discriminación por discapacidad (ratificada recientemente)
Holanda	(1) Ley de Reintegración de los Trabajadores Discapacitados: pretende impedir la salida del mercado de trabajo de los empleados con discapacidad y regula las responsabilidades de los empresarios; (2) Código Civil Holandés: prohíbe el despido por razones de enfermedad durante un período de dos años
Noruega	(1) Ley sobre el Entorno Laboral: regula las obligaciones de los empresarios hacia los empleados con discapacidad; (2) Ley Antidiscriminatoria: prohíbe la discriminación por razones de discapacidad

Cuadro A4.1. El marco legislativo que conforma el fomento del empleo¹ (cont.)*Legislación más importante que influye en el empleo de las personas con discapacidad*

Polonia	(1) Ley de Rehabilitación Profesional y Social y de Empleo de las Personas con Discapacidad: cuota de empleo obligatoria para las personas con discapacidad registradas; (2) Código Laboral: prohíbe la discriminación en las relaciones de empleo por razones de discapacidad
Portugal	(1) Ley Básica sobre la Prevención, la Rehabilitación y la Integración de las Personas con Discapacidad: define la política nacional, pretende garantizar la aplicación de los derechos constitucionales; (2) Constitución Portuguesa: mismos derechos y obligaciones de las personas con discapacidad, prohibido el despido sin una causa justificada; (3) Ley que define el papel del Instituto de Empleo y Formación Profesional (apoyo a los promotores de programas para la rehabilitación profesional de las personas con discapacidad)
España	(1) Ley sobre la Integración Social de las Personas con Discapacidad: cuota de empleo obligatoria, protección especial a los antiguos empleados que reciben una pensión por discapacidad; (2) Normativa Permanente de los Trabajadores: prohíbe la discriminación contra los solicitantes de empleo con discapacidad; (3) Constitución Española: disposición sobre la no discriminación
Suecia	(1) Ley de Discriminación: prohíbe la discriminación contra las personas con discapacidad en la vida laboral; (2) Ley sobre el Entorno Laboral: regula las obligaciones de los empresarios; (3) Ley sobre Ayuda y Servicios para las Personas con Limitaciones Funcionales: regula las obligaciones de los ayuntamientos y comarcas
Suiza	(1) (Nueva) Constitución Suiza: cláusula general antidiscriminatoria; (2) en general, el sistema no se basa en mandatos legales, sino en la voluntariedad y los incentivos
Turquía	(1) Ley Laboral: cuota de empleo obligatoria para las personas con discapacidad; (2) Normas relativas al Empleo de las Personas con Discapacidad: criterios de definición de la discapacidad
Reino Unido	(1) Ley sobre la Discriminación de la Discapacidad: protege a las personas con discapacidad en todos los aspectos del empleo, prohíbe el despido por razones de discapacidad, ordena la concentración de los servicios (que han de cumplir los empresarios con al menos 15 empleados)
Estados Unidos	(1) Ley sobre los Americanos con Discapacidad: prohíbe la discriminación contra los individuos calificados con discapacidad en todos los aspectos del proceso de empleo (que han de cumplir los empresarios con al menos 15 empleados); (2) Ley de Rehabilitación (que han de cumplir el gobierno federal y las organizaciones que reciben financiación federal): emancipa a las personas con discapacidad, garantiza que el gobierno federal represente un papel de liderazgo en el fomento del empleo de las personas con discapacidad

¹ En muchos países, las leyes de seguridad social pueden ser igualmente importantes para (re)integrar a las personas con discapacidad en el mercado de trabajo. Esta afirmación es particularmente cierta en los países en los que la rehabilitación profesional es, en gran parte, responsabilidad de los organismos aseguradores. Dichas leyes no se relacionan aquí porque no están dirigidas a las personas con discapacidad.

Cuadro A4.2. Detalles relativos a los sistemas de cuota (obligatoria) de empleo

	<i>Cuota</i>	<i>Cumplimiento</i>	<i>Sanción</i>	<i>Uso del gravamen</i>
Australia	--			
Austria	El 4 % (con doble recuento), empresas públicas y privadas con más de 25 empleados	El 64 % de todos los puestos de la cuota ocupados; una de cada cuatro empresas cumple toda la cuota	Gravamen de 200 € mensuales por cada plaza no cubierta (el 0,4 % de la nómina)	Programas de empleo para las personas con discapacidad y/o sus empresarios
Bélgica	Entre el 2 y 2,5 % en el sector público, no hay cuota para el sector privado	Más bien alto	--	--
Canadá	--			
Dinamarca	--			
Francia	El 6 % (con doble recuento, por ejemplo, en los dos primeros años de contrato), sectores público y privado con más de 19 empleados	El 67 % de todos los puestos de la cuota ocupados; cuatro de cada diez empresarios cumplen toda la cuota y más de un tercio la pasa por alto	De 300 a 500 veces el salario mínimo horario, penalización del 25 % por falta de pago (de 150 a 250 € mensuales, del 0,45 al 0,75 % de la nómina)	Formación, conservación del empleo y medidas de empleo para las personas con discapacidad, llevadas a cabo a través de un órgano preceptivo (AGEFIPH)
Alemania	5 % (doble / triple recuento), empresas públicas y privadas con más de 19 empleados	El 57 % de todos los puestos de la cuota ocupados; uno de cada ocho empresarios cumple toda la cuota y un tercio la pasa por alto	De 100 a 250 € mensuales por cada puesto no ocupado, en función del cumplimiento (del 0,25 al 0,65 % de la nómina)	Gama de servicios de integración para las personas con discapacidad (el 55 % gestionado por las provincias, el 45 % por el ministerio)
Italia	El 7 % para los sectores público y privado con más de 50 trabajadores, uno / dos puestos por cada 15 a 35 / 36 a 50 empleados	No hay estadísticas desde la introducción de la nueva ley (2000), pero alrededor del 50 % de la cuota cumplida durante el período de 1986 a 1998	52€ por día de trabajo (1.075 €/mes) por cada puesto no ocupado (un cuarto si no hay candidato apropiado (4 % ó 1 % de la nómina)	Programas regionales para las personas con discapacidad (es decir, fondos regionales)
Corea	El 2 % para los sectores público y privado con más de 300 empleados	El 72 % de cumplimiento en el sector público, el 46 % en el privado; uno de cada seis empresarios cumple toda la cuota	Del 65 al 75 % del salario mínimo, en función del cumplimiento (324 \$ mensuales por cada puesto no ocupado, 0,5 % de la nómina)	Proyectos de fomento de empleo para las personas con discapacidad (subsídios, equipo, orientación, investigación)
México	--			

Cuadro A4.2. Detalles relativos a los sistemas de cuota (obligatoria) de empleo (cont.)

	<i>Cuota</i>	<i>Cumplimiento</i>	<i>Sanción</i>	<i>Uso del gravamen</i>
Holanda	Autorización legal para imponer un sistema de cuotas como solución última			
Noruega	--			
Polonia	El 6 % (doble / triple recuento) para los empresarios privados con al menos 25 empleados a tiempo completo; el 2 % para el sector público	Los pocos datos disponibles indican un cumplimiento de la cuota de alrededor del 33 %	Gravamen del 40,65 % del salario medio mensual por cada puesto no ocupado (2,4 % de la nómina)	Programas de rehabilitación y empleo para las personas con discapacidad, llevados a cabo a través de un fondo especial del estado (PFRON)
Portugal	El 5 %, pero sólo para nuevas contrataciones en el sector público	--	--	--
España	El 2 % para el sector privado con más de 50 empleados y para todo el sector público	El 25 % del sector privado y el 30 % del sector público (el incumplimiento se ve como una vulneración grave)	Ninguna sanción; obligación de declarar los empleados con discapacidad y verificación a través de órganos de inspección laboral	Actividades de empleo realizadas por organizaciones no gubernamentales y por organizaciones sin ánimo de lucro
Suecia	--			
Suiza	--			
Turquía	El 3 % para los sectores público y privado con más de 50 trabajadores	No hay estadísticas disponibles en relación con el cumplimiento de la cuota	410 \$ anuales por cada puesto no ocupado (alrededor del 0,2 % de la nómina)	Casi únicamente medidas de rehabilitación y formación profesionales
Reino Unido	(Cuota del 3 % para los empresarios con más de 20 trabajadores abolida en 1996)	(Cumplimiento de la cuota en rápido descenso hasta 1996)	--	--
Estados Unidos	--			

Cuadro A4.3. Obligaciones más importantes del empresario

	<i>En relación con el trabajo</i>	<i>En relación con la rehabilitación</i>	<i>En relación con la compensación por enfermedad</i>
Australia	El empresario está obligado a adaptar el trabajo o el lugar de trabajo, a menos que hacerlo impusiera dificultades injustificables (interpretación rígida del término "injustificable")	Ninguna obligación por parte del empresario	Pago del salario prolongado durante los primeros días de baja por enfermedad (de 5 a 8 días por año para los trabajadores manuales, de 8 a 20 días para los administrativos)
Austria	Tener en cuenta el estado de salud de los empleados con discapacidad (ausencia de sanciones, pero considerados en procedimiento de despido); contribuir "razonablemente" a la adaptación del lugar de trabajo	Ninguna obligación por parte del empresario	Pago del salario prolongado durante 6 a 12 semanas (en función de la duración del empleo); sin posibilidad de reaseguro
Bélgica	Sólo en algunos sectores de alto riesgo de la economía: reasignar o adaptar el lugar de trabajo tras la ausencia de cuatro semanas con motivo de enfermedad o accidente	Ninguna obligación por parte del empresario	Pago del salario prolongado durante un mes para los empleados; para los trabajadores manuales: el 100 % la 1ª semana, el 86 % la 2ª semana, el 26 % las semanas 3ª y 4ª
Canadá	Deber de adaptar las condiciones del lugar de trabajo (es decir, eliminar la discriminación resultante de una norma, práctica o barrera) excepto en casos de dificultades excesivas (con multas en caso de incumplimiento)	Ninguna obligación por parte del empresario	Ninguna obligación por parte del empresario, es decir, ningún período de prolongación del pago del salario
Dinamarca	Ninguno; énfasis en estimular la responsabilidad social de los empresarios (índice social, rendición de cuentas social)	Ninguna obligación por parte del empresario	Pago del salario prolongado durante dos semanas (si estuvo empleado durante 13 semanas, y no aumentó el riesgo de enfermedad); períodos más largos (convenios colectivos) con reembolso de las prestaciones por enfermedad
Francia	Garantizar la facilidad de acceso (al trabajo, los lavabos, la cantina), debe adaptar el lugar de trabajo; adaptar el trabajo o el tiempo de trabajo para las víctimas de los accidentes de trabajo	Ninguna obligación por parte del empresario	Ninguna obligación, pero varios convenios colectivos complementan las prestaciones por enfermedad escasas
Alemania	Proporcionar empleo acorde con los conocimientos y capacidades, selección preferente para cursos de formación dentro de la empresa, ayuda para asistir a cursos de formación en el exterior, examinar si las vacantes pueden ser ocupadas por personas con discapacidad	Ninguna obligación por parte del empresario	Pago del salario prolongado durante las primeras 6 semanas; sin posibilidad de reaseguro

Cuadro A4.3. Obligaciones más importantes del empresario (cont.)

	<i>En relación con el trabajo</i>	<i>En relación con la rehabilitación</i>	<i>En relación con la compensación por enfermedad</i>
Italia	Asignar tareas equivalentes o tareas de menor nivel, pero en las condiciones antiguas, hacer las adaptaciones necesarias en la organización del trabajo	Ninguna obligación por parte del empresario	Ninguna obligación, pero distintos convenios colectivos pagan los días de espera
Corea	Debe ofrecer empleo -con orientación técnica- acorde con sus capacidades (pero sin sanciones) Ninguna obligación por parte del empresario	Ninguna obligación por parte del empresario	Los convenios colectivos pueden incluir disposiciones relativas a los pagos relacionados con enfermedades (por ejemplo, funcionarios)
México	Ninguna obligación por parte del empresario	Ninguna obligación por parte del empresario	Ninguna obligación por parte del empresario, es decir, no hay período de pago prolongado del salario
Holanda	La obligación de rehabilitación puede incluir el acondicionamiento del lugar de trabajo y la reducción de las horas de trabajo; prohibición de reconocimientos médicos durante el proceso de contratación	El empresario debe presentar un plan de medidas de rehabilitación transcurridas 13 semanas de baja por enfermedad (sanción de poca importancia, casi ninguna empresa se considera responsable); la responsabilidad dura todo el primer año siempre que el empleado pueda volver a la empresa	Pago de la prestación por enfermedad durante todo el período de 52 semanas (excepto para las personas con discapacidad para el trabajo durante los primeros cinco años de empleo), pero los empresarios pueden reasegurar con un seguro privado; obligación de contratar con el servicio de gestión de absentismo por enfermedad
Noruega	Garantizar un trabajo adecuado (pero el despido es posible transcurridos 6 a 12 meses), acomodar las condiciones de trabajo en general para permitir el empleo de las personas con discapacidad	Ninguna obligación por parte del empresario	Pago del salario prolongado durante los primeros 16 días
Polonia	Garantizar la adaptación del lugar de trabajo y el acceso al mismo; en los accidentes de trabajo: arreglo conveniente del lugar de trabajo si el empleado declara su disposición de volver al trabajo	Los empleados con discapacidad tienen derecho a pausas especiales para hacer ejercicios de rehabilitación	Pago de la prestación por enfermedad durante los primeros 35 días
Portugal	Sólo para los accidentados en el trabajo: adaptar el lugar de trabajo, ofrecer un trabajo compatible y trabajo a tiempo parcial	También, sólo para los accidentados en el trabajo: ofrecer formación profesional y permiso para formación con vistas a otro empleo	Ninguna obligación; además, no está permitido complementar las prestaciones por enfermedad
España	Los antiguos empleados perceptores de una prestación por discapacidad que se recuperan tienen prioridad absoluta para ocupar una vacante conveniente; o (después de una prestación parcial) se les debe ofrecer el mismo trabajo u otro similar, posiblemente con un salario reducido hasta el 25 %	Durante un proceso de rehabilitación prometedor, el empresario tiene que reservar el puesto dos años	Pago de una prestación por enfermedad desde el día 4 hasta el día 18

Cuadro A4.3. Obligaciones más importantes del empresario (cont.)

	<i>En relación con el trabajo</i>	<i>En relación con la rehabilitación</i>	<i>En relación con la compensación por enfermedad</i>
Suecia	Proporcionar una adaptación razonable y adecuada si el empleado o solicitante tiene la cualificación suficiente (por ejemplo, comprar herramientas y cambiar el entorno de trabajo, organización del trabajo, tareas encomendadas y horas de trabajo); proporcionar, si es posible, un puesto de trabajo diferente en la empresa	El empresario es responsable de presentar un análisis de rehabilitación al gestor regional del seguro dentro de las primeras ocho semanas de enfermedad, también para una enfermedad repetida de corta duración (ninguna sanción, sólo el 35 % lo hacen); y de tomar medidas de rehabilitación que puedan llevarse a cabo en la empresa (no contra el deseo del empresario, y tampoco hay sanciones)	Pago del salario prolongado durante los primeros 14 días (excepto el primer día)
Suiza	Ninguna obligación por parte del empresario (protección contra el despido durante el período de prolongación del pago del salario)	Ninguna obligación por parte del empresario	Pago prolongado del salario a nivel reducido (el 80 % del salario) entre tres semanas y seis meses, sujeto a la duración del contrato
Turquía	Los trabajadores accidentados en el trabajo adquieren un derecho de prioridad; los funcionarios tienen derecho a pedir un trabajo adecuado	Ninguna obligación por parte del empresario	Pago prolongado del salario para los funcionarios, soportado por el Estado como empresario
Reino Unido	El empresario tiene que hacer ajustes razonables, por ejemplo, adaptar los locales, reasignar los deberes, alterar las horas de trabajo, proporcionar un puesto de trabajo diferente, modificar el equipo, proporcionar supervisión (casi siempre sanciones financieras y compensatorias)	Ninguna obligación por parte del empresario excepto la de permitir ausencias por rehabilitación	Pago de una prestación por enfermedad durante un período completo de 28 semanas (reembolso posible cuando los costes superan el 13 % de las cotizaciones totales a la seguridad social), pero las empresas pueden reasegurar con un seguro privado
Estados Unidos	Proporcionar una adaptación razonable (por ejemplo, ajustar el equipo, hacer accesibles los servicios, modificar los calendarios de trabajo) a menos que implicaran dificultades excesivas (las sanciones comprenden, por ejemplo, salarios atrasados y futuros, facturas de abogados, acondicionamiento, reincorporación, ofertas de trabajo)	Ninguna obligación por parte del empresario	Prestaciones voluntarias pagadas por el empresario, como planes acumulativos de bajas (baja por enfermedad pagada hasta 12 días por año o balance de 6 a 12 semanas, tiempo pagado hasta 20 días por año o balance de 4 a 6 semanas) o prestaciones de breve duración por discapacidad (cubre las primeras 13 a 52 semanas)

Cuadro A4.4. Enfoque de la rehabilitación y formación profesionales: ejemplos seleccionados*Enfoque de la rehabilitación profesional*

Australia	Voluntaria (excepto para los beneficiarios de desempleo y las personas con lesiones adquiridas en el lugar de trabajo o por accidentes en un vehículo de motor); los servicios pueden comprender la evaluación inicial de las necesidades, la gestión de la discapacidad y ayuda para un empleo posterior; elegibilidad evaluada a partir de la gravedad de la discapacidad (con una exigencia mínima de 50 en los baremos de aptitud para el trabajo), efecto sobre la capacidad de trabajo, y potencial para obtener ingresos en un programa; Centrelink, el centro de servicios sociales básico del gobierno, pone en contacto a los clientes potenciales con los proveedores; se facilitan los servicios y el acceso lo determina el proveedor de rehabilitación de la Commonwealth, que recibe financiación gubernamental gracias a un acuerdo anual de servicios con unos objetivos de gestión definidos y unos requisitos de información, y gracias a un nuevo marco de aseguramiento de la calidad; no hay directrices de programa establecidas para medidas profesionales voluntarias; intervención posible en cualquier momento (por ejemplo, a petición del cliente, durante la recepción o revisión de la prestación), pero la aceptación en un programa es improbable durante la recepción de las prestaciones por enfermedad
Austria	Es obligatoria (reclamación de la prestación tramitada como una solicitud de rehabilitación profesional) y también un derecho; pretende restablecer o mejorar la capacidad de trabajo del asegurado; se lleva a cabo si el trabajo actual no puede reanudarse, pero hay perspectiva de que pueda realizarse otro trabajo proporcionado a las cualificaciones de la persona; pueden acceder las personas que cumplen o es probable que cumplan los requisitos para obtener una pensión de discapacidad; formación de gran alcance y medidas de ocupación (puede incluir estudios universitarios); ejecutadas por los organismos del seguro en colaboración con el servicio del mercado de trabajo y financiadas por las cotizaciones del seguro; ingresos garantizados en concepto de prestaciones (pensión de discapacidad o subsidio transitorio especial)
Dinamarca	Obligatoria para el acceso a los sistemas administrados por los ayuntamientos, es decir, prestaciones por discapacidad así como puestos de trabajo subsidiados y empleo protegido; derecho de acceso, que requiere la posibilidad de valerse por sí mismo, total o parcialmente, determinada por un asistente social del ayuntamiento (basada en información médica y profesional); recientemente, estímulo a la rehabilitación voluntaria primaria en las empresas; el proceso de rehabilitación consta de una fase previa a la rehabilitación (clarificar la aspiración profesional, trazar un plan profesional) y la fase de rehabilitación; se lleva a cabo según el principio de "cuanto antes mejor" tras la estabilización de la condición médica, pero posible cuando ya se perciben prestaciones por discapacidad; ingresos garantizados en concepto de prestaciones (prestación por rehabilitación especial si no se tiene derecho a ninguna otra prestación); gastos en efectivo de los ayuntamientos reembolsados del presupuesto federal al tipo del 50 % (comparado con el 35 % de las prestaciones por discapacidad)
Francia	Opcional; financiada por los organismos del seguro de enfermedad / discapacidad y presentada por centros especializados de rehabilitación profesional; elegibilidad evaluada por COTOREP, la comisión departamental de evaluación de la capacidad de trabajo (pero se exige estabilización de la condición médica); fuertes incentivos para la inscripción con motivo de la generosa prestación por rehabilitación (el 100 % del salario anterior hasta un techo, o el 30 % del techo si no tuvo empleo previo)
Alemania	Derecho general de todas las personas con discapacidad -sin ninguna restricción- en la medida en que es necesario mantener, mejorar o restablecer la capacidad de trabajo y garantizar la integración en el mercado de trabajo; casi obligatoria (se exige el acuerdo de la persona con discapacidad, pero es posible la suspensión de las prestaciones); intervención precoz y aplicación eficaz y rápida; medidas de largo alcance; financiadas y gestionadas por los organismos aseguradores y el organismo laboral federal (que es responsable de la coordinación); el seguro de enfermedad también tiene que comprobar la necesidad de la rehabilitación profesional antes, durante y después de la rehabilitación médica; ingresos garantizados en concepto de prestaciones (por lo general una transición especial o una asignación para escolaridad)
Holanda	Programa voluntario, porque la motivación para el trabajo se considera un factor vital para el éxito, pero se espera que la persona con discapacidad siga el plan de rehabilitación; la intervención precoz debe ser garantizada (en teoría) y ofrecida por el empresario, que ha de preparar un plan de rehabilitación transcurridas 13 semanas de enfermedad y que mantiene la responsabilidad durante todo el período de un año de la prestación por enfermedad; el plan de rehabilitación tiene que ser aprobado por el instituto nacional para el seguro social, que se hace responsable transcurrido el primer año (es decir, también de todas las personas a quienes se ha concedido una prestación por discapacidad), o antes si la persona con discapacidad no es capaz de volver a la empresa o si el empresario no asume la responsabilidad; por lo tanto, la asistencia a los programas de rehabilitación profesional con frecuencia sólo empieza en el segundo año; el plan lo lleva a cabo el instituto nacional, pero se contrata fuera a proveedores privados de servicios, que actualmente se están creando

Cuadro A4.4. Enfoque de la rehabilitación y formación profesionales: ejemplos seleccionados (cont.)*Enfoque de la rehabilitación profesional*

Noruega	No obligatoria, pero en principio debe intentarse la rehabilitación antes de que se conceda la prestación; toda persona clasificada como afectada por discapacidad profesional (definición del servicio público de empleo) o con derecho a las prestaciones de la seguridad social (definición del seguro social) puede acceder a la rehabilitación profesional; el servicio público de empleo es el responsable de establecer un plan de formación individual y de financiar la rehabilitación profesional; tradicionalmente se aplicaba antes de concederse la prestación por discapacidad, pero ahora aumenta la combinación de la intervención precoz para las personas con brotes breves de enfermedad -con suspensión de la prestación por enfermedad- con la intervención tardía para los beneficiarios de prestaciones por discapacidad; ingresos garantizados en concepto de prestaciones (subsidio especial si no hay otro derecho a prestación)
Polonia	Voluntaria, pero es un derecho; trata de ayudar a las personas con discapacidad -que figuren registradas como personas desempleadas o en busca de empleo- a que consigan un empleo adecuado y la promoción en el trabajo mediante servicios de asesoramiento profesional, formación (hasta 36 meses) y colocación; incluye una evaluación especial de la incapacidad de trabajar; financiada por contribuciones a un fondo de recaudación compensatoria y otros presupuestos del Estado; ingresos garantizados en concepto de prestaciones (pensión de formación) durante seis meses hasta un máximo de 36 meses
Portugal	Voluntaria, aunque la legislación favorece la rehabilitación profesional antes de pagar una compensación; programas de largo alcance ofrecidos por diversas instituciones públicas y privadas; accesible para todos (con gran atención a la integración); elegibilidad evaluada por equipos de expertos del Instituto de Empleo y Formación Profesional; formación profesional que suele dividirse en tres fases: formación previa (hasta un año), formación / cualificación (hasta dos años) y aprendizaje en una empresa (hasta un año); por lo general, presentada tras la recepción de las prestaciones por enfermedad (es decir, a menudo en una etapa más bien tardía); ingresos garantizados en concepto de prestaciones mediante un subsidio de formación del 70 % del salario mínimo (además de otras prestaciones)
España	Obligatoria para las personas con derecho a prestaciones por discapacidad (pago condicionado al seguimiento de plan); el organismo del seguro es responsable de determinar un plan y un programa de recuperación, y financiación, con intervención precoz; subvención especial (el 75 % de compensación por enfermedad) disponible para los trabajadores en baja por enfermedad sin derecho a una compensación por enfermedad; servicios de rehabilitación accesibles voluntariamente por parte de otros grupos (financiados de los ingresos del Estado, responsabilidad del servicio público de empleo y servicios sociales)
Suecia	Obligatoria, es decir, la pensión de discapacidad no puede concederse si todavía hay una posibilidad de que la persona se rehabilite; también es obligatorio aceptar la formación para trabajos inferiores; la elegibilidad sólo exige que la persona sea considerada necesitada de rehabilitación por el gestor del seguro nacional; el empresario es responsable de presentar un análisis de rehabilitación, mientras que el gestor del seguro nacional es responsable de financiar, elaborar un plan de rehabilitación y coordinar diversas medidas; la rehabilitación profesional suele ser aplicada por institutos especiales de empleabilidad, mientras que la formación es impartida por centros de formación del mercado de trabajo; se toman medidas siempre que se detecta su necesidad; también después de brotes breves de enfermedad (aunque rara vez durante las primeras ocho semanas), preventivamente mientras está todavía de alta, o intervención tardía cuando ya se tienen prestaciones por discapacidad; la rehabilitación está siempre conectada con un subsidio especial de rehabilitación, que es más alto que la prestación por enfermedad
Suiza	Obligatoria (se aplica el principio de 'integración antes que prestaciones' desde la introducción del seguro de invalidez en 1960); se concede la rehabilitación profesional si puede mejorarse o mantenerse la capacidad de trabajo, y hasta que la persona pueda reintegrarse; la elegibilidad también exige que la persona sea declarada discapacitada de conformidad con la Ley del seguro de invalidez (o en caso de una discapacidad inminente); los organismos del seguro son responsables de evaluar la elegibilidad y de establecer un plan de rehabilitación individual; las medidas son financiadas por cotizaciones reglamentarias y subsidios del seguro de invalidez gubernamentales; amplia gama de medidas de rehabilitación; la rehabilitación a menudo empieza en una etapa relativamente tardía (reducción de la capacidad de trabajar permanente o de larga duración); las autoridades no tienen ninguna información relativa a la necesidad de rehabilitación durante la ausencia por enfermedad, porque no hay obligación de registrarse durante los períodos de pago continuo del salario o de la recepción de las prestaciones en efectivo por enfermedad procedentes de un seguro privado; ingresos del seguro en concepto de una asignación diaria que es más alta que una prestación por discapacidad

Cuadro A4.4. Enfoque de la rehabilitación y formación profesionales: ejemplos seleccionados (cont.)*Enfoque de la rehabilitación profesional*

Estados Unidos Voluntaria, pero todo el mundo tiene derecho a presentar una solicitud; la elegibilidad requiere que se necesiten servicios de rehabilitación para conseguir el resultado de un empleo; la evaluación la realiza un asesor de rehabilitación o un gestor de asistencia social, que también tiene que aprobar el plan; en general, los propios clientes tienen que buscar los servicios; superación sistemática sólo durante la solicitud y revisión de la prestación por discapacidad; amplia gama de servicios poniendo el énfasis en las preferencias del cliente; el objetivo está cada vez más orientado a la ayuda a las personas con discapacidad grave sin ninguna experiencia laboral; flexible e individualizada, pero de entrada difícil y -a pesar del presupuesto elevado- escasa de financiación para atender las necesidades de todos; pone en juego la financiación federal-estatal de los servicios públicos de rehabilitación y el reembolso por el organismo de seguridad social para los beneficiarios de prestaciones; subsidios muy limitados a los clientes de rehabilitación, pero los beneficiarios de prestaciones de la Administración de la Seguridad Social suelen conservar su prestación; varias nuevas formas de servicios dirigidos al consumidor (cuentas individuales de formación, bonos del programa "pasaporte al empleo") mediante los cuales el cliente puede elegir y contratar a un proveedor aprobado, y nuevos procedimientos de financiación basados en los resultados

Cuadro A4.5. Buenas prácticas: programas de empleo subvencionado*Empleo subvencionado: ejemplos de buenas prácticas*

Bélgica	Tanto mediante convenios colectivos (CCT 26, el 50 % de los costes laborales) como mediante normas regionales (con nivel de subvención más bajo, por ejemplo, el 30 % del salario mínimo propio del sector en Flandes), se conceden subsidios por productividad reducida de un trabajador con discapacidad; la mayoría de estos subsidios, incluido el CCT 26, son renovables y, por lo tanto, pueden convertirse en permanentes; los solicitantes tienen que inscribirse en el órgano regional de discapacidad, la pérdida de productividad es evaluada por un médico, equipos multidisciplinares externos hacen recomendaciones al organismo responsable (la inspección federal del trabajo para el CCT 26, la administración regional para otros subsidios)
Dinamarca	Plan de trabajo flexible: subvención al empresario que responde a tres niveles de reducción de la capacidad para el trabajo, igual a un tercio, la mitad, o dos tercios del salario mínimo colectivo; la elegibilidad exige la reducción permanente de la capacidad para el trabajo, la terminación de la rehabilitación profesional y la imposibilidad de trabajar en un puesto normal o en un empleo del capítulo social (que es un empleo especial con salario reducido negociado bajo convenios colectivos); los subsidios se conceden para un contrato ilimitado; los empleos flexibles han de ser siempre empleos a tiempo completo y, por lo tanto, no pueden combinarse con los pagos de prestaciones por discapacidad; para el futuro, se planifica un aumento considerable del número de puestos de trabajo flexibles (desde 9.000 a algo así como 40.000), con los que se irán sustituyendo las prestaciones por discapacidad parcial (se introducirá la aptitud para ocupar un puesto de trabajo flexible como criterio principal para determinar la obtención de las prestaciones por discapacidad)
Corea	Los subsidios de empleo para cualquier trabajador con discapacidad durante un período de tres años (con un índice de subvención descendente) fueron abolidos en 1999 y sustituidos por subsidios mucho más generosos, con contrato ilimitado, sólo para el empleo que exceda la cuota obligatoria de empleo; la nueva subvención varía con el grado de discapacidad y el sexo: el índice básico es el 100 % del salario mínimo, aumentada en otro 50 % si la discapacidad es grave y en otro 25 % si el receptor es una mujer.
Suecia	Sistema flexible de subvención salarial, principalmente para nuevas contrataciones: el subsidio alcanza hasta el 80 % de los costes salariales y hasta un nivel máximo (la media empírica es el 60 %) en función del grado de reducción de la capacidad de trabajo y de su evolución en el tiempo; la evaluación de la elegibilidad y de la reducción de capacidad para el trabajo (basada en un certificado médico y en el tipo de trabajo que la persona deberá realizar) la efectúa el organismo de empleo; financiado por los órganos del mercado de trabajo; la subvención es pagadera hasta cuatro años, con un ajuste periódico del nivel de subvención, y puede reanudarse dentro de tres años después de haber iniciado un trabajo no subsidiado.

Cuadro A4.6. Buenas prácticas: programas de empleo con apoyo*Empleo con apoyo: ejemplos de buenas prácticas*

Austria	La asesoría profesional (Arbeitsassistentz) aspira a obtener empleo en el mercado de trabajo libre y a garantizar los puestos de trabajo en peligro con ayuda de la mediación; la proporcionan organizaciones sin ánimo de lucro y asistentes sociales calificados, psicólogos u otros especialistas; la financian los organismos de rehabilitación; consta de cinco fases: I) contacto con la persona con discapacidad, II) preparación de un plan de profesional o de formación, III) fase de información y entrada (reconcilia las necesidades del empresario y del empleado), IV) ayuda de seguimiento (algunas semanas o meses), y V) intervención en las crisis si fuera necesario; las tareas de Arbeitsassistentz comprenden: el desarrollo de los perfiles de las aptitudes, la identificación y reducción al mínimo de los obstáculos que dificulten el empleo, el hallazgo del empleo correcto, la introducción en el puesto de trabajo, la asistencia psicológica y social en el lugar de trabajo, el desarrollo de métodos personales de trabajo y estructuras organizativas, la instalación de ayudas prácticas, el establecimiento de la comunicación, el intercambio de información entre la persona con discapacidad, sus colegas y supervisores, la gestión de conflictos y la gestión de crisis en caso de amenaza de despido
Dinamarca	Puede contratarse personal asistente que ayude en las funciones profesionales prácticas que surjan del empleo específico; este tipo de ayuda se concede sin limitación de duración y por hasta 20 horas semanales para un empleo a tiempo completo de 37 horas semanales; la subvención se entrega al empresario (o al trabajador autónomo con discapacidad), porque el asistente es un empleado normal; el asistente tiene que ser aprobado por la persona con discapacidad; también puede concederse una ayuda de tipo similar en la formación profesional y durante la rehabilitación profesional
Alemania	Una ayuda de acompañamiento, financiada por el fondo de imposición compensatoria, puede concederse sin limitación de duración a las personas con discapacidad grave (también para los trabajos temporales y el empleo a tiempo parcial de al menos 15 horas semanales) con el fin de aprovechar totalmente los conocimientos y capacidades y garantizar la plena integración; además, desde hace poco tiempo existe un derecho a la ayuda a través de una ayuda en el trabajo durante un período de hasta tres años (que conceden y financian los organismos de rehabilitación)

Cuadro A4.7. Buenas prácticas: programas de empleo protegido*Empleo con apoyo: ejemplos de buenas prácticas*

Francia	Hay dos tipos principales de empleo protegido: (1) centros de ayuda a través del trabajo destinados a las personas con discapacidad grave y una pérdida de capacidad para el trabajo superior a dos tercios (índice de transición cero), y (2) talleres de trabajo protegido para personas con una pérdida de capacidad inferior a dos tercios (1,5 % de transición al empleo genérico cada año); ambos tipos ofrecen empleo permanente; la elegibilidad la evalúa el COTOREP; los trabajadores de los centros de ayuda, que son gestionados por órganos sin ánimo de lucro, tienen que recibir al menos el 5 % del salario mínimo (que es de unos 900 mensuales) y tienen garantizado del 55 al 110 % del salario mínimo mediante pagos complementarios; los trabajadores de los talleres, que operan como empresas comerciales, deben cobrar al menos el 35 % del salario mínimo y tienen garantizados unos ingresos mínimos del 90 al 130 % del salario mínimo (también mediante subvención)
Holanda	Desde la década de 1950 se ha centrado marcadamente la atención en el empleo protegido, con introducción de más gestión similar a la empresarial y en 1989 más atención a la transición al empleo genérico; en 1998, tuvo lugar una importante reorientación de los programas con el fin de incrementar la eficacia: la responsabilidad se derivó totalmente a los ayuntamientos, que están obligados a proporcionar oportunidades al mercado de trabajo subvencionado, y que reciben una subvención del gobierno central para cada persona con discapacidad ocupada en empleo protegido; hay tres niveles de subvención en función de la gravedad de la discapacidad; subvención por persona para estimular la creación de puestos de trabajo protegido en un ambiente de trabajo normal o del denominado trabajo guiado (trabajo normal con orientación desde una institución especial); los empleados protegidos trabajan en empresas competitivas, con condiciones laborales normales y salarios reglamentarios fijados mediante convenio colectivo; también es posible el empleo permanente, aunque sólo con contratos temporales renovables
Noruega	Las empresas del mercado de trabajo han puesto el acento sobre todo en la transición al mercado de trabajo libre; estas entidades de empleo protegido constan de tres fases distintas: fase 1) comprobación de las perspectivas de formación, fase 2) comprobación de las perspectivas de transición, y fase 3) el empleo permanente; un porcentaje sorprendentemente alto hace la transición al mercado de trabajo libre (alrededor del 30 %); en cualquier etapa, el 50 % como mínimo de los trabajadores tienen que estar en la fase 2, que no puede durar más de dos años; la fase 1 suele tener lugar mientras se perciben prestaciones por enfermedad, durante la segunda y la tercera fase se pagan salarios normales

Cuadro A4.8. Acceso a diferentes programas de empleo

	<i>Antidiscriminación, cuota de empleo</i>	<i>Empleo subvencionado</i>	<i>Empleo con apoyo</i>	<i>Empleo protegido</i>
Australia	Antidiscriminación: la discapacidad que existe ahora, existió antes, puede existir en el futuro o se imputa a una persona	La elegibilidad se evalúa en función de las necesidades de ayuda; todas las personas con discapacidad pueden acceder en principio, y también pueden dirigirse directamente a los proveedores de servicios		
Austria	Cuota: "personas con discapacidad registradas", es decir, discapacidad de larga duración (estrictamente médica) del 50 % como mínimo	Personas con discapacidad registradas que necesitan ayuda, es decir, con una discapacidad mínima del 30 %, incapaces de encontrar trabajo sin dichas medidas	Personas con discapacidad grave, la mayoría con discapacidades mentales o sensoriales o trastornos psicológicos	Personas con discapacidad registradas cuya producción coincide al menos con el 50 % de la media de un trabajador productivo
Bélgica	Cuota pública: limitación de larga duración en las oportunidades de integración social o profesional	Similar a la cuota y registradas en el organismo regional de discapacidad; algunas regiones exigen, además, un nivel mínimo de incapacidad en función del tipo de discapacidad		
Canadá	Antidiscriminación: discapacidad previa o existente, incluida la desfiguración y la dependencia de las drogas o el alcohol	Programas provinciales, a menudo con definiciones diferentes; los subsidios salariales federales se destinan a las personas desempleadas que tienen dificultades para encontrar trabajo; el empleo con apoyo se centra en las personas con discapacidad intelectual o evolutiva		
Dinamarca	Principios: se aplican a todas las personas con discapacidad	Capacidad de trabajo reducida, empleo normal imposible, rehabilitación profesional terminada	Grave deficiencia visual o auditiva o funciones reducidas gravemente (necesidad de ayuda permanente)	Con funciones reducidas gravemente, incapaz de acceder a cualquier otro programa de empleo
Francia	Cuota y subsidios al empleo y ayuda: las personas con discapacidad registradas en COTOREP (comisión para evaluar la situación de discapacidad) o las víctimas de accidentes laborales o los beneficiarios de prestaciones por discapacidad o los veteranos de guerra			El grado de pérdida de capacidad para el trabajo determina el tipo de programa
Alemania	Cuota: "personas con discapacidad grave registradas", es decir, con discapacidad de al menos el 50 % o situación equivalente (por ejemplo, del 30 al 49 % e incapaz de conseguir trabajo)	Igual que para la cuota y registrados como desempleados	Igual que para la cuota	El grado y tipo de discapacidad hace imposible el empleo genérico, pero es capaz de hacer algún trabajo productivo
Italia	Cuota y los pocos programas de empleo disponibles: "personas con discapacidad registradas", es decir, reducción general del 45 % en la aptitud para el trabajo o reducción del 33 % de la capacidad profesional o discapacidad para el servicio militar o deficiencia visual / auditiva / verbal ("lista obligatoria de colocación")			

Cuadro A4.8. Acceso a diferentes programas de empleo (cont.)

	<i>Antidiscriminación, cuota de empleo</i>	<i>Empleo subvencionado</i>	<i>Empleo con apoyo</i>	<i>Empleo protegido</i>
Corea	Cuota, antidiscriminación y subsidios: restricción considerable en la vida laboral provocada por la discapacidad durante un período prolongado de tiempo (definición médica)		Con discapacidad grave o considerado con dificultad para encontrar trabajo adecuado / ayuda local para sus necesidades	Con discapacidad grave que vive en una comunidad y que tiene difícil conseguir empleo
México	No existen estos programas			
Holanda	--	Clasificado como discapacitado para el trabajo: beneficiario de una prestación por discapacidad actual o anterior o en lista de espera de empleo protegido o que ha pasado la prueba de discapacidad para el trabajo, que es válida para cinco años y renovable		Con discapacidad grave, es decir, sólo puede trabajar con elementos adaptados
Noruega	--	Clasificado como discapacitado profesional por el servicio público de empleo	Clasificado como discapacitado profesional por el organismo responsable: el servicio público de empleo	
Polonia	Cuota y todos los programas de empleo: evaluación de la discapacidad realizada por equipos locales de evaluación, para determinar el grado de discapacidad e identificar la medidas adecuadas de formación y de empleo; nota: la evaluación obtenida también se reconoce para recibir las prestaciones de la seguridad social			
Portugal	Nueva cuota: discapacidad de al menos el 60 % y capaz de desempeñar el trabajo	Dificultad en asegurar o retener un empleo adecuado	Persona con discapacidad en formación en el trabajo (fase inicial de la integración)	Productividad inferior, incapaz de trabajar en un empleo genérico, registrado en el departamento
España	Cuota, subvenciones para la adaptación del lugar de trabajo y para los empresarios, y programas de empleo: evaluación de tener discapacidad, es decir, un grado de discapacidad certificado de al menos el 33 %			Igual que para la cuota y registrado como desempleado
Suecia	Antidiscriminación: cualquier discapacidad permanente resultante de una lesión o enfermedad	Discapacidad profesional registrada en la oficina regional de empleo	Discapacidad profesional grave registrada	Registrado; puede trabajar media jornada, pero no puede conseguir ningún otro trabajo
Suiza	--	Discapacidad declarada, junto con la ley del seguro de invalidez		La subvención a la institución exige una discapacidad del 50 %
Turquía	Cuota: tarjeta de identidad de discapacidad, es decir, reducción del 40 al 70 % de la capacidad para el trabajo	No existen estos programas		

Cuadro A4.8. Acceso a diferentes programas de empleo (cont.)

	<i>Antidiscriminación, cuota de empleo</i>	<i>Empleo subvencionado</i>	<i>Empleo con apoyo</i>	<i>Empleo protegido</i>
Reino Unido	Antidiscriminación: discapacidad importante y de larga duración con efecto adverso sobre la aptitud para llevar a cabo las actividades de la vida diaria	Límites borrosos entre los programas: la naturaleza y gravedad de la discapacidad impide que la persona encuentre un puesto de trabajo en un empleo genérico (el empleo genérico se considerará en primer lugar y se demostrará que no es viable)		
Estados Unidos	Antidiscriminación: persona cualificada (es decir, capaz de realizar el trabajo) con discapacidad que limita una o más actividades importantes de la vida diaria	Neutral frente a la etiqueta de discapacidad, es decir, el acceso está determinado por las características del programa	La elegibilidad varía con el organismo financiador	Los programas estatales usan sus propias configuraciones y criterios

