

**Comisión Técnica de
Investigación en materia
de Seguridad Social**

**Tendencias en las tasas de percepción
de prestaciones de invalidez en las
sociedades post - industriales: Resultados
preliminares de un proyecto de
investigación de la AISS**

Marilyn Howard
Analista de Políticas Sociales
Reino Unido

Tendencias en las tasas de percepción de prestaciones de invalidez en las sociedades post-industriales: Resultados preliminares de un proyecto de investigación de la AISS

Marilyn Howard
Analista de Políticas Sociales
Reino Unido

RESUMEN

¿Cuál es el problema?

En las dos últimas décadas, ha sido creciente el número de personas receptoras de prestaciones de invalidez en la mayor parte de los países industrializados. Los responsables de las políticas han considerado que ello representaba un gran problema, debido a su impacto en los presupuestos gubernamentales y en la participación en el mercado de trabajo. Para abordar este asunto, el proyecto de investigación de la AISS se centra en las prestaciones de sustitución del ingreso, pagaderas a las personas cuya enfermedad o discapacidad afecta su capacidad laboral, y analiza las tendencias y las respuestas en seis países: Dinamarca, Estados Unidos, Israel, Países Bajos, Reino Unido y Suecia. Entre las causas de este aumento en las sociedades post-industriales, se encuentran los cambios demográficos, las condiciones del mercado laboral y las transformaciones en materia de políticas.

¿Qué han procurado hacer los países y por qué?

Algunos países, como Dinamarca y Suecia, se centran en la reducción de nuevas solicitudes (entradas), puesto que las personas sólo tienen derecho a la prestación una vez efectuada la rehabilitación. Otros países, como Estados Unidos y el Reino Unido, tienden a poner el acento en los incentivos y en los servicios orientados a la reincorporación de la gente al trabajo (salidas). El individuo es con frecuencia el principal objetivo de la intervención, pero es creciente la atención que se dedica a los empleadores, a los proveedores y a los administradores.

¿Cuál es el impacto de las intervenciones?

Las intervenciones pueden reducir las entradas, aumentar las salidas o mejorar la reanudación del trabajo. Es difícil establecer una comparación entre países, debido a que cada uno de éstos ha desarrollado y puesto en práctica políticas de naturaleza diferente. Sin embargo, las intervenciones

que parecen tener algún éxito en la reducción de las entradas, son: una rehabilitación precoz (Suecia), las obligaciones del empleador (Países Bajos) y posiblemente, el cambio de conducta del administrador, a través de incentivos (Dinamarca). Son limitadas también la aceptación y las pruebas de la eficacia de las intervenciones en el número cada vez mayor de salidas. Las intervenciones que promueven la reintegración en el empleo, son más difíciles de evaluar, pero es más probable que ello ocurra con la intervención precoz, con la gestión de los casos individuales y con la búsqueda de trabajo. Algunas políticas pueden redundar en que la gente solicite, en cambio, prestaciones alternativas (sustitución).

Algunas cuestiones para el debate

Las cuestiones que los responsables de las políticas han de considerar cuando desarrollen respuestas a las políticas, son las siguientes:

- los cambios introducidos en materia de políticas y de administración, como una elegibilidad más restrictiva, una creciente responsabilidad del empleador y la introducción de incentivos a los administradores, pueden reducir las entradas, pero podrían llevar a la sustitución;
- la elección del momento de la reintegración (intervención precoz), marca la diferencia;
- es difícil establecer la eficacia de la rehabilitación, puesto que ésta puede verse afectada por algunas variables, por ejemplo, si el programa es voluntario u obligatorio, los diferentes tipos de rehabilitación disponibles, y si los participantes difieren de otros beneficiarios en términos de su idoneidad y disponibilidad para el trabajo;
- en algunos países, las personas pueden trabajar y percibir prestaciones, pero existe la cuestión de si la rehabilitación representa un éxito cuando la gente encuentra trabajo, pero sigue percibiendo algún porcentaje de la prestación o del complemento salarial;
- es poco lo que se sabe de los efectos de la sustitución, si bien la solicitud de otra prestación podría generar gastos administrativos y aumentar o reducir potencialmente las oportunidades de trabajar.

1. EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DE LA AISS

Una de las grandes preocupaciones de los responsables de las políticas de los países industrializados es el número creciente de personas que perciben prestaciones de invalidez.

Este proyecto se centra en las prestaciones de “sustitución del ingreso” para las personas cuya enfermedad o discapacidad afecte sus aptitudes laborales. Estas prestaciones se basan a menudo en la incapacidad para el trabajo o en la reducción de las ganancias por razones de discapacidad, y se describen

como prestaciones de “incapacidad/invalidez” o de “discapacidad”. En este informe, se utilizan los términos “prestaciones de invalidez”, que no deben confundirse con otras prestaciones de invalidez pagaderas en concepto de asistencia, cuidados personales o gastos extras ocasionados por la invalidez, que no están incluidas en el marco del presente estudio. Empero, en países que otorgan esas prestaciones (como Israel y el Reino Unido), también ha aumentado el número de beneficiarios, lo que indica que el problema puede ser mayor que el que representan las prestaciones de sustitución del ingreso, y que el tratamiento de éstas aisladamente, puede no ser suficiente para abordar tal incremento.

El objetivo del proyecto, lanzado por el Consejo Consultivo de Investigación en Seguridad Social de la AISS, es el análisis de las influencias en las recientes tendencias relativas a la percepción de las prestaciones. Dado que la tasa de las personas que dejan de acogerse a estas prestaciones en los diferentes países, es muy baja, el proyecto se centra en obtener una mayor comprensión de los factores que inciden en el número de personas que presentan nuevas solicitudes. Son seis los países que participan en el proyecto: Dinamarca, Estados Unidos, Israel, Países Bajos, Reino Unido y Suecia¹. Este informe contiene una presentación preliminar de los resultados del proyecto y se basa en los informes nacionales. Se publicará un libro sobre el proyecto concluido, que consistirá en informes nacionales y en análisis comparativos de las tendencias en la percepción de prestaciones de invalidez, en el alcance de las intervenciones utilizadas y en si éstas pueden traducirse en que la gente se acoja a prestaciones diferentes, en lugar de trabajar (“sustitución”).

1.1 Las prestaciones de sustitución del ingreso en estudio

A la hora de decidir sobre la adquisición de derechos para las prestaciones de invalidez, se utilizan, en los seis países, diferentes conceptos, que incluyen la “invalidez”, la incapacidad laboral y la reducción de la capacidad de obtención de ingresos. Algunos evalúan esto frente a las exigencias de los trabajos reales (Israel y Países Bajos), mientras que otros (como el Reino Unido), aplican una prueba abstracta de capacidad funcional. En Estados Unidos, si alguien no es considerado “inválido”, en base a criterios médicos, existe una evaluación de su capacidad funcional para realizar el trabajo anterior u otros trabajos.

Algunos países pagan prestaciones de invalidez sólo después del pago de prestaciones provisionales o después de que hubiese fracasado la rehabilitación (enfoque “rehabilitación antes de las pensiones”). En los países también existen variaciones en relación con los demás criterios para las prestaciones, como la residencia, las cotizaciones laborales y los ingresos. Se presenta a continuación una breve reseña de los enfoques de los seis países.

¹ Los patrocinadores del proyecto son: el Instituto Nacional de Investigación Social de Dinamarca, el Instituto nacional del Seguro de Israel, el Servicio de Inspección del Trabajo y del Ingreso (IWI) y el Instituto de Regímenes de los Países Bajos, la Oficina Nacional del Seguro Social de Suecia, el Ministerios del Trabajo y Pensiones del Reino Unido y la Administración de Seguridad Social de los Estados Unidos.

Dinamarca

La prestación de enfermedad se paga a los trabajadores que pasan a estar temporalmente incapacitados para el trabajo, debido a una enfermedad. Los municipios evalúan la elegibilidad para las prestaciones de invalidez. Para adquirir el derecho a una prestación de invalidez, primero debe considerarse el potencial de rehabilitación. Por consiguiente, en la práctica, las prestaciones temporales preceden a la prestación de invalidez. A partir de 2003, las personas no tienen derecho a una prestación de invalidez, si pueden realizar trabajos "flexibles" (subvencionados).

Estados Unidos

Las prestaciones se pagan a aquellos que no están capacitados para dar inicio a una "actividad remunerada sustancial", debido a su estado de salud, que se espera dure al menos 12 meses o desemboque en el fallecimiento. El Seguro de Invalidez de la Seguridad Social es el programa contributivo y el Ingreso Complementario de Seguridad, está sujeto a la verificación de recursos. Se ofrece a los beneficiarios rehabilitación e incentivos laborales y se experimenta en la actualidad con intervenciones más precoces.

Israel

Para tener derecho a la prestación de invalidez, los beneficiarios deben tener una "invalidez médica" de al menos el 40 por ciento (50 por ciento, en el caso de las amas de casa) y estar incapacitados para ganarse la vida mediante un trabajo o tener una capacidad de ingresos reducida de al menos el 50 por ciento (en una ocupación anterior o en cualquier otra ocupación). Las prestaciones parciales pueden pagarse dependiendo de la reducción de la capacidad del ingreso. El Instituto Nacional del Seguro evalúa las prestaciones y brinda servicios de rehabilitación (incluso a aquellos que no tienen derecho a una prestación de invalidez), si bien la elegibilidad para la rehabilitación tiende a hacerse efectiva después de la aplicación de la prestación.

Países Bajos

Se ofrecen incentivos a las personas y a los empleadores para contener el flujo hacia las prestaciones. Corresponde a los empleadores financiar la prestación de enfermedad y mantener a alguien en un trabajo los dos primeros años, de modo que la gente no pueda solicitar un seguro de invalidez hasta después de ese tiempo. Las prestaciones de invalidez se basan en la capacidad residual de obtención de ingresos. Un médico establece las limitaciones físicas y psicológicas, y un experto en mercado laboral determina el trabajo y los ingresos que una persona pudiera esperar. El nivel de invalidez está dado por la diferencia entre los salarios anteriores y la capacidad teórica de ingresos. Las prestaciones pueden pagarse en

diferentes niveles y combinarse, ya sea con salarios, ya sea con prestaciones de desempleo parciales.

Reino Unido

Las personas tienen que demostrar que no pueden trabajar en su ocupación habitual durante las primeras 28 semanas y posteriormente, que son incapaces de desempeñar cualquier trabajo, mediante una "evaluación de capacidad personal" que considera la capacidad funcional en una serie de tareas cotidianas. La prestación de incapacidad es la prestación contributiva y el apoyo al ingreso está sujeto a la verificación de recursos.

Puede pagarse a los trabajadores de bajos salarios un complemento sujeto a prueba de recursos, que se encuentra en un nivel más elevado en el caso de los inválidos. Tienen lugar en la actualidad un programa experimental de intervención precoz durante la licencia de enfermedad y un programa piloto de rehabilitación para los beneficiarios.

Suecia

El seguro de enfermedad otorga prestaciones a las personas temporalmente incapacitadas para el trabajo, por razones de enfermedad, hasta un año o más. Se exige a los empleadores que evalúen las necesidades de rehabilitación de los empleados que se encuentran con licencia de enfermedad. Se considera que alguien tiene derecho a prestaciones de invalidez una vez que se hubiese concluido la rehabilitación. La elegibilidad se fundamenta en una reducción de la capacidad laboral de al menos el 25 por ciento, en base a los ingresos del trabajo anterior, con prestaciones parciales pagaderas en aumentos del 25 por ciento. Las prestaciones pueden ser temporales o permanentes. La Oficina del Seguro Social evalúa las prestaciones y la rehabilitación.

2. ¿CUÁL ES EL PROBLEMA?

El número total de beneficiarios de prestaciones de invalidez, depende de la tasa de presentación de nuevas solicitudes por parte de las personas de diferentes grupos de edad ("entradas") o de aquella en la que dejan de percibir las prestaciones ("salidas"). En los últimos años, las entradas han venido bajando o manteniéndose estables en muchos países, pero, como son pocos los que dejan la prestación, el número total es estable o aumenta.

2.1. Modelos de percepción de las prestaciones de invalidez

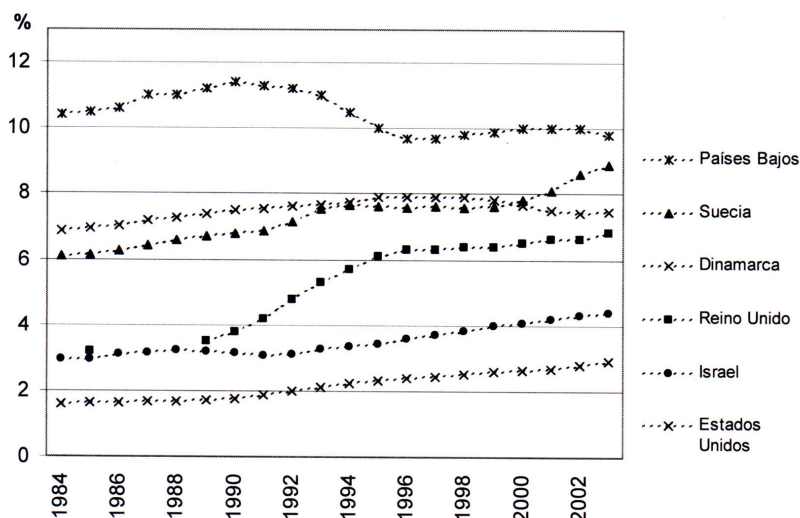
Deberíamos ser cautos a la hora de establecer comparaciones directas entre países, debido a las diferencias en los sistemas de prestaciones, en la situación económica y cultural, y en la demografía. Los modelos varían según los países aunque las salidas en la mayoría de los países se encuentran por debajo del 1 por ciento (Prinz, 2003).

En los Países Bajos, las entradas han descendido últimamente (partiendo de una base alta en relación con otros países), pero se han mantenido

constantes, en la década de 1990, en Estados Unidos. En Suecia, ha tenido lugar, en los últimos cinco años, un incremento de las solicitudes de prestaciones de enfermedad. En Israel, el número de nuevos beneficiarios, se duplicó entre 1984 y 2003.

En términos del número total de beneficiarios (entradas y solicitudes vigentes, en el Reino Unido, ese número casi se cuadruplicó entre 1979 y 2002. En Suecia, el porcentaje de beneficiarios en la población de edad laboral, ascendió del 5 por ciento, en 1977, a casi el 10 por ciento, en 2002. El Gráfico 1 que viene a continuación pone de manifiesto la proporción de las personas de edad laboral de cada país que percibieron prestaciones en los dos últimos decenios.

Gráfico 1. Porcentaje de la población en edad de trabajar que percibe prestaciones de invalidez en cada país, 1984-2003



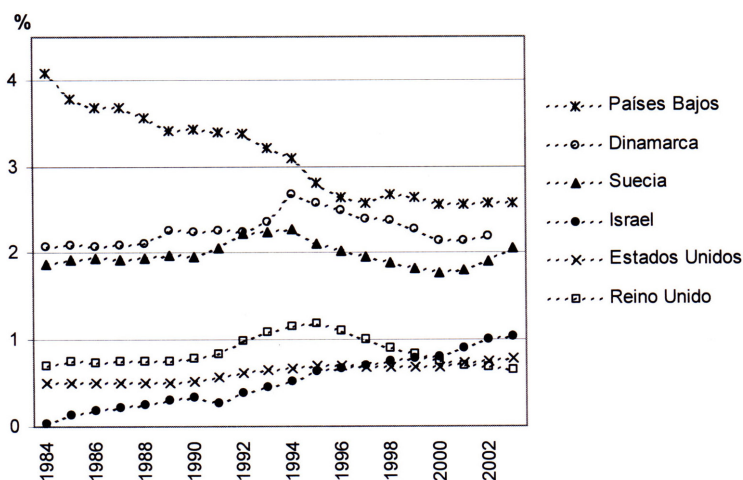
Notas: Las cifras de Estados Unidos corresponden sólo a los beneficiarios del seguro de invalidez.

2.2. Gastos en prestaciones de invalidez

El aumento del número de beneficiarios de prestaciones de invalidez se considera algunas veces como un problema que concierne a los presupuestos del Estado, pero últimamente (sobre todo en los países europeos), la principal preocupación está dada por la disminución de la participación en el mercado laboral. Los gastos en concepto de prestaciones de invalidez varían del 0,7 por ciento del PIB, en el Reino Unido, al 2,6 por ciento del PIB en los Países Bajos. En este país, los gastos comenzaron a

bajar tras las reformas de 1987 (haciéndose más restrictivos los criterios para declarar la invalidez) y los gastos cayeron significativamente, del 4,1 por ciento del PIB, de 1984, al 2,6 por ciento, de 2002. Sin embargo, en algunos países, a pesar del descenso de los gastos, siguió aumentando el número de beneficiarios. En Suecia, los gastos han sido bastante constantes (2 por ciento del PIB), pero se produjo un ascenso en el número de beneficiarios. En el Reino Unido, los gastos fluctuaron en alrededor del 0,75 por ciento del PIB para casi toda la década de 1980, antes de subir a un tope del 1,2 por ciento, en 1994. Luego, se produjo una disminución de los gastos, como consecuencia de los cambios en materia de políticas que tuvieron lugar en 1995, encaminados a reducir, tanto el número de solicitudes como la cuantía pagadera a los nuevos beneficiarios. En Estados Unidos e Israel, se produjo un aumento de los gastos lento, pero continuado. El Gráfico 2 muestra los gastos de cada país en porcentaje del PIB.

Gráfico 2. Porcentaje del PIB gastado en prestaciones de invalidez en cada país, 1984-2003



Notas: Estados Unidos incluye, tanto el seguro de invalidez como el Ingreso Complementario de Seguridad.
Israel sólo incluye el régimen general de invalidez

2.3. Características cambiantes de los beneficiarios

Las tendencias en los beneficiarios de prestaciones a través del tiempo, también ponen de manifiesto cambios por grupo de discapacidad, por género y por edad.

2.3.1. Grupo de discapacidad

En varios de los seis países, hasta un tercio de las nuevas solicitudes corresponde a personas con problemas de salud mental (Cuadro 1), especialmente personas más jóvenes y mujeres. Este porcentaje se ha triplicado en el Reino Unido y se ha más que duplicado en Estados Unidos en las dos últimas décadas. En Suecia, son aún significativas las alteraciones osteo-musculares, representando el 38,9 por ciento de las prestaciones otorgadas en 2002, en comparación con sólo el 16 por ciento de nuevas solicitudes del Reino Unido en 2003.

Cuadro 1. Porcentaje de beneficiarios de prestaciones con problemas de salud mental

País	Porcentaje de nuevas solicitudes
Dinamarca	35% (2002)
Israel	29,5%
Países Bajos	33% (finales de los 90)
Suecia	27,7%
Reino Unido	33% (2003)
Estados Unidos	25,5% (2001)

2.3.2. Género

Más mujeres pasan a ser beneficiarias, hecho que tal vez refleje una creciente participación en la fuerza del trabajo o una crisis en las relaciones (Unidad de Estrategia, 2004). En los últimos cinco años, se han otorgado prestaciones a las mujeres suecas a un ritmo más acelerado que en el caso de los hombres, y las mujeres de los Países Bajos tienen en la actualidad una posibilidad dos veces mayor con respecto a los hombres de convertirse en beneficiarias. La mayoría de los países tiene los mismos requisitos de elegibilidad para hombres y mujeres, aunque en Israel se exige un umbral de discapacidad más elevado para las amas de casa. En este país, la mayor parte de los aumentos en el número de beneficiarios se ha atribuido a los hombres, excepto entre 1992 y 1995.

2.3.3. Edad

Aunque muchos beneficiarios se encuentran en los grupos de edad más avanzada, en muchos países existe una tendencia a que los nuevos solicitantes sean más jóvenes. Por ejemplo, en Suecia, el 25 por ciento del grupo de edad situado entre los 60 y los 64 años, percibe prestaciones de invalidez, si bien esto ha ido disminuyendo con el tiempo. En los dos últimos años, un número cada vez mayor de personas de edades comprendidas entre los 40 y los 59 años, han pasado a ser beneficiarios.

2.4. Posibles influencias en el crecimiento

El proyecto de la AISS analiza si rasgos particulares de las sociedades post-industriales han ejercido una influencia en el aumento del número de beneficiarios. Esos países han venido abordando factores complejos e interrelacionados de un mercado laboral y de una demografía cambiantes (AISS, 2002). Por ejemplo, la disminución del trabajo manual y el aumento de las industrias de los servicios y de las tecnologías de la información (que requieren niveles más elevados de capacitación), junto con la recesión económica, pueden haber aumentado la probabilidad de que los trabajadores masculinos de más edad con alteraciones osteo-musculares ya no tuvieran trabajo y solicitaran, por tanto, la prestación de invalidez. El reciente incremento del número de beneficiarios más jóvenes, de mujeres y de personas con problemas de salud mental, se ha atribuido a tendencias demográficas y económicas, aunque ninguna de las explicaciones presentadas parece brindar una cabal comprensión de las razones por las que ha ido en aumento el número de beneficiarios de prestaciones de invalidez.

2.4.1. Tendencias demográficas

En muchos países post-industriales, se ha producido un aumento de las poblaciones de edad más avanzada y, puesto que las tasas más elevadas de discapacidad se asocian con la edad, podría esperarse que se elevara el número de beneficiarios de prestaciones de invalidez en los grupos de más edad. Sin embargo, los beneficiarios son cada vez más jóvenes. En Estados Unidos, la edad media de los beneficiarios masculinos del seguro de invalidez ha descendido de aproximadamente 54 en 1970, a 51, en 2001, y en las mujeres, de 55 a 51. Como se indicara antes, son muchos los países en los que las mujeres tienen una probabilidad cada vez mayor de percibir una prestación de invalidez. En Israel, los cambios en la estructura de edad y de género de la población, parecen haber ejercido un impacto limitado en la percepción y en las tasas de entrada. El aflujo de los nuevos inmigrantes ha sido más significativo, constituyendo, entre 1991 y 1996, alrededor del 20 por ciento de los nuevos beneficiarios.

2.4.2. Tendencias en la salud

Podría esperarse que la mejora de las medidas en materia de salud pública en las sociedades post-industriales hubiese conducido a niveles de salud más satisfactorios y a un descenso de los beneficiarios de invalidez. Empero, aunque la salud de la población general pareciera haber mejorado, el número de beneficiarios de prestaciones ha tendido a aumentar. En Dinamarca, el número de beneficiarios se incrementó en algunos períodos y disminuyó en otros, sin guardar necesariamente una relación con la salud general de la población. En el caso de Estados Unidos, los datos de la encuesta ponen de manifiesto que el incremento de la población en edad laboral que manifestaba dificultades con las funciones básicas, se vinculaba con la obesidad. El porcentaje de personas a las que se habían otorgado prestaciones de invalidez fundamentándose en criterios médicos relativos a la

obesidad, ascendió, entre 1975 y 1999, en aproximadamente el 50 por ciento. Se ha producido un aumento en la prevalencia de los problemas de salud mental en la mayoría de los países, hecho que se vio reflejado en las tasas de beneficiarios (como se señalara antes).

2.4.3. Mercado laboral y situación económica

El mercado laboral parece ejercer una influencia significativa (Prinz, 2003). El reducido número de beneficiarios de Suecia en 1998, coincidió con un boom económico. En general, es más probable que se presenten solicitudes en zonas de desempleo elevado. La falta de trabajo puede ocasionar un empeoramiento del estado de salud y parece ser habitual en Dinamarca y en el Reino Unido la existencia de un período sin trabajo antes de solicitar la prestación de invalidez. Aún cuando mejore la situación económica, es a menudo desdeñable el número de personas que deja de percibir la prestación de invalidez en razón de un trabajo. En Dinamarca, hay pocas pruebas de un vínculo directo entre la situación económica y el otorgamiento de prestaciones. Los investigadores de Estados Unidos también encontraron que, entre mediados de la década de 1989 y 2000, se había producido un descenso en la tasa de empleo de los trabajadores discapacitados, tanto en tiempos de recuperación económica como de recesión, si bien las razones exactas de esto han sido motivo de encendidos debates (Stapleton y Burkhauser, 2003).

El cierre de las industrias pesadas en algunos países puede haber afectado el número de beneficiarios de prestaciones de invalidez. Por ejemplo, en los Países Bajos, las prestaciones de invalidez atenuaron las consecuencias de la reestructuración económica en los decenios de 1970 y 1980. Muchos beneficiarios de los países estudiados presentan bajos niveles de educación y de capacitación. En Israel, la demanda de trabajadores de escasa capacitación ha descendido, al igual que los niveles salariales, hecho que se ha traducido en que sea menor el número de hombres trabajadores menos capacitados y de más edad. Es más probable que los beneficiarios de prestaciones de invalidez carezcan de calificaciones en relación con la población general, debiéndose ello tal vez a un aumento de las entradas y a una disminución de las salidas.

2.4.4. Cambios de políticas en la seguridad social

Parte de la explicación del número creciente de beneficiarios de prestaciones de invalidez, podría estar dada también por las políticas y la administración de la seguridad social (se considerarán en secciones posteriores los cambios en las políticas y en la administración dirigidos a revertir esta tendencia). El haber hecho más generosas las prestaciones de invalidez o el haberlas facilitado en el pasado, puede haber generado incentivos (para las personas o para los empleadores) a favor de prestaciones de invalidez en relación con otras prestaciones o trabajos. Por ejemplo, en Estados Unidos, la legislación posterior a los litigios de los años 80, liberalizó los criterios para las condiciones relativas a la evaluación. Esto también afectó las revisiones, dificultándose a las personas la pérdida de prestaciones, al pasar la carga de

la prueba al Gobierno. Existen algunas evidencias de que las prestaciones pueden haberse convertido en más generosas en relación con los salarios, en el caso de los trabajadores de baja remuneración, derivado de una combinación de indexación de las prestaciones y de ahondamiento de la brecha entre los salarios bajos y los salarios altos. Niveles más elevados de prestaciones pueden actuar como un incentivo económico para la solicitud de prestaciones, en detrimento del trabajo (Gruber, 2000).

En Suecia, las tasas máximas de solicitudes parecen haber coincidido con los esfuerzos de las Oficinas de Seguridad Social, en cuanto a la reducción del número de beneficiarios del seguro de enfermedad, y en el Reino Unido hay indicios de que, en los años 80, se había incentivado a la gente a la percepción de prestaciones de invalidez, a efectos de mantener bajas las cifras del desempleo.

En los seis países, el creciente número de beneficiarios de prestaciones de invalidez no puede explicarse mediante uno de estos factores: demografía, salud, mercado laboral o cambios de políticas, pero se ve afectado por éstos en diversos grados. De los responsables de las políticas se requiere que, al considerar las posibles respuestas, tengan en cuenta esta complejidad. En el próximo capítulo, se analizará de qué manera los diferentes países afrontaron este reto.

3. ¿QUÉ HAN TRATADO DE HACER LOS PAÍSES Y POR QUÉ?

Esta sección describe algunas intervenciones habituales y la próxima sección considera su impacto potencial. La principal respuesta de las políticas al aumento de las prestaciones ha sido la de limitar las entradas, pero, cuando éstas se estabilizan, la atención se dirige a las salidas. Con frecuencia los países fueron desarrollando un paquete de diferentes políticas, pero, a los fines del análisis, éstas se describen, en primer término, en relación con la reducción de las entradas, y, en segundo término, en relación con el aumento de las salidas. Las intervenciones se centran, sobre todo, en las personas, pero se dedica una atención cada vez mayor a los empleadores, a los proveedores de servicios y a los administradores (véanse los Cuadros 3 y 4).

3.1. Intervenciones que pueden reducir el acceso a las prestaciones

El Cuadro 3 que figura a continuación muestra algunos ejemplos (no una lista completa) de intervenciones que pueden reducir las entradas a las prestaciones de invalidez. Asimismo, los países pueden centrarse en más de un objetivo. Por ejemplo, la estrategia de los Países Bajos ha sido la de intervenir en todos los niveles, utilizando criterios de elegibilidad más estrictos, valiéndose de reducciones de los niveles de prestaciones, de una intervención precoz a través de la responsabilidad del empleador, asignando el riesgo financiero a los empleadores (y aseguradores), y de una reforma administrativa.

3.1.1. Personas

Algunos países han tratado de reducir las entradas, haciendo más estrictos los criterios de elegibilidad. En 1991, Suecia eliminó las “razones del mercado laboral” como medio para que la gente de más edad solicitara el seguro de invalidez, mientras que los Países Bajos (1993) y el Reino Unido (1995) trataron de hacer más “objetiva” la prueba de elegibilidad

También se disminuyeron los niveles de las prestaciones (para hacer que las prestaciones de invalidez fuesen menos atractivas que el trabajo). Las reformas del Reino Unido de 1995 supusieron una reducción directa de las cuantías pagaderas a los nuevos solicitantes, al tiempo que en Israel, las prestaciones de invalidez (junto con otras) no se verán aumentadas por los salarios o por la inflación hasta 2006, indexándose con posterioridad sólo los precios. Algunos países tienen diferentes niveles de prestaciones (“prestaciones parciales”). En los Países Bajos, en los dos primeros años consecutivos a las reformas de 1993, nuevas evaluaciones con arreglo a las normas recientes, condujeron a que el 50 por ciento de las prestaciones completas se convirtieran en prestaciones parciales o a que se pusiera fin a las mismas.

Cuadro 3. Ejemplos de intervenciones que podrían reducir el acceso a las prestaciones

Objetivo	Tipo de intervención	Ejemplos de países
Personas	Pruebas de elegibilidad más estrictas	<p><i>Suecia</i>: eliminación de las razones relativas al mercado laboral para los trabajadores de más edad (1991);</p> <p><i>Países Bajos</i>: más evaluación médica objetiva (1993);</p> <p><i>Reino Unido</i>: evaluación funcional de todo el trabajo, eliminando las consideraciones de orden personal (1995);</p> <p><i>Dinamarca</i>: trabajos flexibles que hacen más estricto el acceso a las prestaciones (2003);</p>
	Reducción de los niveles de las prestaciones	<p><i>Reino Unido</i>: cambio de las condiciones y de la estructura de las prestaciones (1995);</p> <p><i>Suecia</i>: las cuantías ya no están vinculadas con las pensiones (2003).</p>
	Rehabilitación precoz	<p><i>Suecia</i>: durante el seguro de enfermedad;</p> <p><i>Dinamarca</i>: antes del pago de la prestación de invalidez;</p> <p><i>Estados Unidos y Reino Unido</i>: fase experimental;</p>

Empleadores	Aumento de las obligaciones del Empleador	<p><i>Países Bajos:</i> los dos primeros años de la enfermedad/rehabilitación;</p> <p><i>Israel, Reino Unido:</i> responsabilidad del pago de prestaciones de corta duración por enfermedad;</p> <p><i>Suecia:</i> responsabilidad de la rehabilitación y de la adaptación del lugar de trabajo;</p> <p><i>Estados Unidos, Reino Unido:</i> legislación contra la discriminación;</p>
Proveedores	Responsabilidad del riesgo financiero	<i>Suecia:</i> cofinanciación entre las autoridades;
Administradores	Incentivos para el cambio del los comportamiento administrativo	<i>Dinamarca:</i> Participación en los gastos con municipios.

Algunos países identifican la idoneidad de la rehabilitación en una fase temprana. En Dinamarca, centrarse en lo que no puede hacerse, significa penalizar las estrategias puestas en práctica a tal efecto, de modo que existe una tendencia a no proceder a la rehabilitación hasta que exista una razón para ello. El enfoque de Suecia ha sido incentivar las salidas de las prestaciones de enfermedad hacia el trabajo y reducir las entradas del seguro de enfermedad a las pensiones de invalidez. En el Reino Unido, tienen lugar en la actualidad contactos en las primeras fases (conservación del empleo y rehabilitación en las primeras semanas de la licencia por enfermedad). En Estados Unidos, se proyecta también dar inicio a pruebas de una intervención precoz (efectuando pagos temporales durante un año, condicionados a la participación).

3.1.2. Empleadores

Existen diferentes enfoques según los países en términos de obligaciones del empleador. En Israel y en el Reino Unido, corresponde a los empleadores el pago de la prestación de enfermedad. El Reino Unido y Estados Unidos también cuentan con una legislación contra la discriminación (que puede contribuir a mantener a la gente en el trabajo). Sin embargo, en Estados Unidos, los investigadores tienen diferentes opiniones en cuanto a si la legislación contra la discriminación ha contribuido al descenso del número de personas discapacitadas que trabajan.

Los Países Bajos han introducido recompensas y sanciones a los empleadores que ejercieran un control sobre las entradas. Corresponde en la actualidad a los empleadores el pago de las prestaciones de enfermedad y la reincorporación al trabajo, y desde 2002, el empleador y el empleado deben elaborar un proyecto de reintegración hacia la octava semana de enfermedad. Si esto no resultara, deberá presentarse un informe de

reincorporación a la hora de las solicitudes de prestaciones de invalidez. Si ello no fuera suficiente, pueden aplicarse sanciones a ambas partes. Los empleadores suecos tienen que evaluar, después de cuatro semanas, las necesidades de rehabilitación, y remitir, ocho semanas después, su evaluación a la Oficina del Seguro Social. No existen límites de tiempo, ni sanciones respecto de esta Oficina, de modo que pueden producirse retrasos de varios meses. En los Países Bajos, no puede despedirse a un empleado los dos primeros años posteriores a la invalidez. Según la investigación, esta protección es mucho mayor que en otros países (Aarts y De Jong, 2003). Las pruebas resultantes de la investigación inicial de la AISS pusieron de manifiesto que la protección del trabajo podría ser determinante para la reanudación del trabajo (Bloch y Prins, 2001).

3.1.3. Proveedores

Suecia ha acometido la experiencia de co-financiación entre los Consejos de los condados que brindan asistencia médica, las Juntas Laborales de los condados y los municipios, a efectos de solucionar los problemas ocasionados por la división de las competencias de las diferentes autoridades. Nuevas leyes amplían las experiencias, de modo que, a partir de 2004, la cofinanciación que llegue hasta el 5 por ciento de la asignación otorgada en concepto de prestaciones monetarias de enfermedad, puede utilizarse para cualquier tipo de rehabilitación que acuerden por unanimidad los cuatro interlocutores. Los gastos de las Juntas laborales de los condados han de ser cubiertos por esta asignación. Sin embargo, se requiere de los Consejos de los condados y de los municipios que depositen la misma cuantía para la cooperación en materia de rehabilitación. La co-financiación puede ejercer algún efecto en la reducción de los períodos de enfermedades de larga duración, pero las experiencias no han sido evaluadas científicamente.

3.1.4. Administradores

En Dinamarca, se abordan las entradas influyendo en el comportamiento de los administradores. Corresponde a los municipios la decisión relativa a las solicitudes de prestaciones, reembolsando el Estado un porcentaje de los gastos. Los municipios corren con el 65 por ciento de los gastos en concepto de pagos de las prestaciones de invalidez y con la mitad de los gastos de rehabilitación, pero se subvencionan en su totalidad los trabajos flexibles. Se supone que los nuevos acuerdos en torno a la participación en los gastos, se traducirán en una selección más estricta de los solicitantes por parte de los municipios y en la introducción de incentivos para los mismos, a efectos de impulsar a los solicitantes hacia trabajos flexibles.

3.2. Intervenciones que pueden aumentar las salidas de las prestaciones

El Cuadro 4 contiene algunos ejemplos de intervenciones que pueden producir un aumento de las tasas de salidas, como la que consiste en ayudar a que los beneficiarios se reincorporen al mercado laboral. Al igual que ocurre

con las entradas, los países pueden adoptar una combinación de enfoques. No todas estas intervenciones se encaminan específicamente a aumentar las salidas (podrían tener la finalidad de determinar una subida del empleo o de prohibir la discriminación del empleador), si bien indirectamente pueden afectar a las salidas de las prestaciones de invalidez.

Cuadro 4. Ejemplos de intervenciones que podrían aumentar las salidas de las prestaciones

Objetivo	Intervención	Ejemplos de países
Personas	Incentivos laborales/eliminación de los frenos	<i>Dinamarca y Suecia:</i> "pensiones congeladas"; <i>Estados Unidos:</i> "período de prueba laboral" y reintegración de las prestaciones; <i>Reino Unido:</i> "normas vinculantes", trabajo permitido y entrevistas centradas en el trabajo;
	Rehabilitación para los beneficiarios de prestaciones	<i>Estados Unidos, Israel, Reino Unido</i>
Empleador	Incentivos para contratar a los beneficiarios (por ejemplo, subvenciones a los salarios, ayudas a sufragar los gastos de adaptación) Prohibición de la discriminación en la contratación	<i>Estados Unidos:</i> "créditos para el desarrollo de negocios", "créditos para el acceso a la invalidez"; <i>Países Bajos:</i> "subvención complementaria"; <i>Reino Unido:</i> acceso al régimen laboral; <i>Estados Unidos, Reino Unido</i>
Proveedor	Incentivos para colocar a los beneficiarios en el empleo	<i>Estados Unidos y Reino Unido</i> pagos por productividad;
Administrador	Revisiones periódicas	<i>Estados Unidos, Países Bajos y Reino Unido</i>
	Prestaciones temporales	<i>Israel, Suecia</i>

3.2.1. Personas

Las intervenciones centradas en las personas incluyen la reintegración de la prestación tras un período laboral (Suecia y Dinamarca: "pensiones

congeladas”, Reino Unido: “normas vinculantes”, Estados Unidos: “períodos de prueba laboral”). En algunos países, la gente puede combinar las prestaciones parciales con el trabajo, y en el Reino Unido, se dispone de un complemento salarial sujeto a verificación de recursos (crédito por impuestos pagados sobre el trabajo), en un nivel más elevado para las personas con discapacidad que trabajan al menos 16 horas a la semana. En el Reino Unido, la gente puede también realizar un trabajo limitado mientras percibe prestaciones (“trabajo permitido”).

La rehabilitación para los beneficiarios (en lugar de antes de las pensiones de invalidez), constituye una característica de países como Israel, Reino Unido y Estados Unidos. En Israel, la adquisición del derecho a la rehabilitación se encuentra en un umbral más bajo que la elegibilidad para la prestación, pero, a efectos de su instauración, es frecuente que se presente antes una solicitud de prestación de invalidez. Como consecuencia, el tiempo medio entre la entrada al sistema de prestaciones y la rehabilitación, es de dos años. En el Reino Unido, la rehabilitación ha sido tradicionalmente para los desempleados, pero en los últimos años, un programa voluntario incentiva a las personas que perciben prestaciones de incapacidad a que se registren en una oficina de empleo (el Nuevo Acuerdo para los Discapacitados), junto con entrevistas obligatorias centradas en el trabajo en el caso de las nuevas solicitudes y de las solicitudes reiteradas.

3.2.2. Empleador

Si bien no apuntan específicamente al aumento de las salidas de las prestaciones de invalidez, en el Reino Unido y Estados Unidos, se exige a los empleadores que realicen ajustes razonables para colocar a los discapacitados en el lugar de trabajo, incluida la prohibición de la discriminación en la contratación. Los incentivos al empleador incluyen asimismo, en muchos países, subvenciones al salario (para la baja productividad). Otro enfoque está dado por el apoyo financiero a los empleadores que efectúan ajustes costosos (como ocurre en Estados Unidos con el crédito de acceso a los discapacitados, y en el Reino Unido, con algunos elementos relativos al acceso al régimen laboral). En los Países Bajos, los empleadores que contratan a una persona con discapacidad puede solicitar una “subvención complementaria” (es decir, que paga menos en concepto de cotizaciones al régimen de invalidez). Puede disponerse de subvenciones adicionales dirigidas a más ajustes onerosos en el lugar de trabajo (salvo en el caso de los trabajos temporales de menos de seis meses).

3.2.3. Proveedor

En el Reino Unido y en Estados Unidos, se paga a los proveedores de rehabilitación según sus aciertos en la reintegración de los beneficiarios de prestaciones al mercado laboral. Empero, la evaluación de los programas orientados a los beneficiarios viene a indicar que ello puede conducir a los proveedores a seleccionar a la gente con más oportunidades de conseguir

trabajo, a menudo no tanto en base a criterios objetivos como en base a las consideraciones relacionadas con el personal (Corden y Thornton, 2002).

Administradores

Los países pueden otorgar prestaciones indefinidamente, pero muchos cuentan con procedimientos de revisión. En algunos, las revisiones son raras (como en Dinamarca, que pone el acento en las intervenciones en las entradas). La concesión de prestaciones temporales ha pasado a ser más frecuente en Suecia, país que ha alineado más estrechamente el seguro de invalidez al seguro de enfermedad como una prestación temporal con revisiones periódicas.

4. ¿CUÁL ES EL IMPACTO POTENCIAL DE LAS INTERVENCIONES?

En esta sección se aborda los conocimientos que se tienen acerca de si las intervenciones contribuyen a reducir el número de beneficiarios (mediante la disminución de las posibilidades de acogerse a las prestaciones o a través del aumento de la probabilidad de que la gente abandone las prestaciones de invalidez). Se trata también el hecho de si las intervenciones ocasionan un incremento de las oportunidades de empleo o conducen a que las personas soliciten, en cambio, otras prestaciones (“sustitución”).

4.1. Estrategias para reducir el acceso a las prestaciones

Unas pruebas de elegibilidad más estrictas pueden reducir el acceso a las prestaciones de invalidez, como viene ocurriendo en los Países Bajos desde 1993 y en el Reino Unido, desde 1995. La “Ley del guardián”, de los Países Bajos, que impone al empleador y al empleado la responsabilidad en los dos primeros años de enfermedad, apuntaba a impedir las entradas y parece haber redundado en un descenso de las mismas del 25-35 por ciento.

Una identificación y una rehabilitación precoces pueden determinar una reducción de las entradas a las prestaciones de invalidez, y en Suecia, parece disminuirse el riesgo de un nuevo período para las enfermedades de larga duración. Si bien la mayoría de los programas de reintegración de Dinamarca no se proponen específicamente la reducción del acceso a las prestaciones, en realidad tienden a ello. La rehabilitación también puede acortar en un 20 por ciento el tiempo medio de duración de la prestación. La limitación del reembolso a los municipios podría disminuir el número de otorgamientos, aunque esta reforma se encuentra aún en sus estadios iniciales. Del mismo modo, en Suecia, aún quedan por evaluarse los acuerdos para la cofinanciación de la rehabilitación entre las autoridades.

4.2. Estrategias para aumentar las salidas de las prestaciones

Es poca la gente que deja las prestaciones, hecho que viene a indicar la existencia, en algunos países, de un control más restrictivo de las entradas.

Una vez que alguien pasa a ser beneficiario, los incentivos laborales parecen tener un éxito limitado. En Estados Unidos, los períodos de trabajo a prueba; en Suecia, las “prestaciones congeladas”; y en el Reino Unido, las normas vinculantes y el trabajo permitido, han tenido una escasa aceptación.

Los esfuerzos en materia de rehabilitación para los beneficiarios también parecen haber tenido un impacto limitado. Ni el Nuevo Acuerdo para los Discapacitados, ni la experiencia de la Red del Proyecto de Estados Unidos se han traducido en una reducción significativa de los beneficiarios (Corden y Thornton, 2002). Sólo el 2 por ciento de la población con derechos participa en el Nuevo Acuerdo para los Discapacitados, aunque es dos veces más probable la participación de la gente a la que se le realizan entrevistas obligatorias centradas en el trabajo.

La financiación relacionada con la productividad se encamina al aumento de la eficacia y de la eficiencia de los proveedores en la reintegración de los beneficiarios. En el Reino Unido, esto parece haber impulsado a los proveedores a enfocarse en aquellos que se consideraban los más preparados para el trabajo. En Estados Unidos, el programa cupón para trabajar, también con pagos a los proveedores basados en la productividad, ha tenido una escasa aceptación, aparentemente debido a las reticencias del proveedor para correr con los gastos antes de que se efectuaran los pagos con arreglo a la productividad, y a las reticencias de las personas a poner en riesgo las prestaciones tras un largo proceso de determinación (Growick y Drew, 2003).

Las evidencias surgidas en torno a la eficacia de la legislación contra la discriminación de Estados Unidos y Gran Bretaña, vienen a indicar el impacto limitado sobre la contratación, dado que esto es difícil de probar. En Estados Unidos, el crédito para el acceso de los discapacitados parece ser muy poco utilizado en los negocios, sin ningún impacto discernible.

4.3. Estrategias para aumentar el empleo

La rehabilitación puede promover el empleo, pero las comparaciones entre los países presentan dificultades. La elección del momento de la rehabilitación varía y las personas que entran en los programas pueden diferenciarse de otros beneficiarios en que tienen una mayor probabilidad de que puedan ser considerados para la prestación de rehabilitación. Con el tiempo, pueden producirse variaciones, tanto en los participantes como en los tipos de intervención, complicándose más las comparaciones. Los estudios de Suecia han analizado el éxito obtenido en el regreso de la gente al trabajo, si bien no pueden extraerse conclusiones fiables, puesto que la gente puede trabajar y obtener prestaciones al mismo tiempo. Dado que la rehabilitación tiende a basarse en las necesidades individuales y en la probabilidad de regreso al trabajo o en la mejoría de la salud, se ve dificultada la comparación de aquellos que participan en programas con aquellos que no participan. El éxito de la rehabilitación dependerá también de las condiciones prevalentes en el mercado laboral y en la disponibilidad del trabajo adecuado.

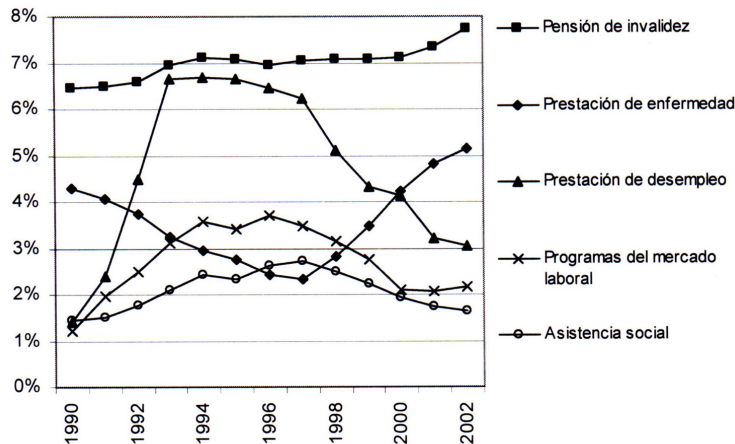
Una comparación internacional de sistemas de rehabilitación para los beneficiarios de prestaciones de invalidez, indica que la mayoría de los elementos eficaces incluían ayuda práctica y búsqueda de empleo (Corden y Thornton, 2002). Es importante el apoyo continuo después de la colocación laboral, tal y como han sido los enfoques holístico e individualizado (incluida la gestión de los casos). La intervención precoz y la protección del trabajo constituyen asimismo factores de relevancia en la investigación de la AISS en torno a la reanudación del trabajo (Bloch y Prins, 2001).

4.4. Otros resultados – sustitución

Si la gente no permanece en el trabajo o no regresa al mismo, puede solicitar otras prestaciones en lugar de las prestaciones de invalidez (las alternativas varían según los países).

El Gráfico 3 ilustra, en el caso de Suecia, las tendencias en el porcentaje de la población en edad de trabajar que percibe el seguro de invalidez y una gama de otras prestaciones, o que se encuentra en programas del mercado laboral.

Gráfico 3. *Porcentaje de la población en edad de trabajar de Suecia que percibe varias prestaciones o que se encuentra en programas de mercado laboral, 1990-2002*



Fuente: Estadísticas de Suecia.

Puede haber diferentes clases de sustitución: el paso de la gente entre prestaciones secuenciales más rápidamente o más lentamente (como el seguro de enfermedad y de invalidez de Suecia) o entre prestaciones diferentes (como la prestación de invalidez y la jubilación anticipada, en Dinamarca y Estados Unidos). En Estados Unidos, no existe una progresión secuencial entre programas, situándose el centro de la cuestión más en qué

medida las prestaciones de invalidez sustituyen a la participación en la fuerza del trabajo. En Dinamarca, existen variaciones en las pruebas en torno a la relación entre las prestaciones de invalidez y otros regímenes. Es típico que prestaciones temporales como el seguro de desempleo y la asistencia social se vinculen más con la situación económica que con el otorgamiento de prestaciones de invalidez, pero la entrada en la jubilación anticipada parece relacionarse firmemente (a la inversa) con aquellos que acceden a la prestación de invalidez.

Cada tipo de sustitución puede verse afectado por los cambios en las políticas y en la administración, tal vez de modo más significativo que en el caso de la elección individual. Los períodos de cambios en las políticas pueden revelar una sustitución potencial. En el Reino Unido, durante los esfuerzos administrativos realizados en el decenio de 1980, de cara a reducir el desempleo, se incluyeron incentivos para la solicitud de prestaciones de incapacidad. Tras las reformas de 1995 (que incluyeron cambios en las condiciones de las cotizaciones) y hasta 2002, se elevó en el 40 por ciento el porcentaje de solicitudes de asistencia sujetas a verificación de recursos. En los países de la OCDE que cuentan con ambos tipos de prestaciones, se ha producido un aumento en el número de prestaciones sujetas a verificación de recursos (Prinz, 2003).

Los modelos podrían ser el resultado de procesos no relacionados. Un descenso del seguro de desempleo y un aumento de las prestaciones de invalidez, simultáneamente, pueden no significar que la gente cambie de prestaciones, puesto que los desempleados pueden haber regresado al trabajo, al tiempo que otros pueden haber comenzado a percibir prestaciones de invalidez.

5. ALGUNAS CUESTIONES PARA EL DEBATE

Este informe aborda los resultados preliminares de la investigación de la AISS. Los capítulos del proyecto de informe final en los que se comparan varios países, incluyen un análisis más profundo de los factores relevantes asociados con las intervenciones y la importancia de cualquier sustitución. Mientras tanto, se ponen de relieve a continuación algunos asuntos en materia de políticas.

¿Cuáles son los tipos de cambios en materia de políticas y de administración que parecen tener la mayor relevancia?

Algunos cambios en materia de políticas y de administración parecen haber sido significativos en la estimulación o en la reducción del número de beneficiarios de las prestaciones de invalidez (a pesar de que muchos incentivos del aumento se encontraban fuera del sistema de prestaciones). Los cambios en los criterios de elegibilidad parecen ejercer algún efecto en el descenso del número, pero esto puede conducir tanto a la sustitución como al empleo. Una mayor responsabilidad del empleador puede tener algunas repercusiones (como ocurre en los Países Bajos), al igual que los incentivos encaminados a cambiar el comportamiento de los administradores

(Dinamarca), si bien esas reformas son relativamente nuevas y requieren una nueva evaluación.

¿Es importante la elección del momento para los esfuerzos de reintegración?

Se ha revelado eficaz el enfoque “rehabilitación antes de la pensión”. En otros países, existe un creciente interés en la intervención precoz, como respuesta a las evidencias de que cuanto menor es la probabilidad de que la gente regrese al trabajo, más será tiempo en que continuará percibiendo la prestación. La rehabilitación parece menos eficaz cuanto más tiempo la gente permanece fuera del mercado de trabajo, de modo que la elección del momento es importante. El estudio de la reintegración al trabajo llevado a cabo por la AISS, puso de manifiesto que la elección del momento de las intervenciones desempeñaba un papel determinante en la conservación del trabajo (Bloch y Prins, 2001). Las pruebas surgidas de las evaluaciones indican, además, que es menos adecuado para la población objeto que va a solicitar prestaciones (especialmente si ello entraña la demostración de la incapacidad para el trabajo: Corden y Thornton, 2002).

¿Qué factores pueden determinar que la rehabilitación sea más eficaz?

Como se señalara antes, las características de aquellos que participan en la rehabilitación, dificultan la determinación de la eficacia de los programas, y los resultados obtenidos en un grupo no pueden generalizarse a todos los beneficiarios. Todo objetivo de rehabilitación debería reflejar las características que actúan como predicción del empleo, pero se requiere más investigación en torno a ello. Una invitación abierta permite que la gente sea seleccionada para presentarse. Las pruebas en este sentido están representadas por el Nuevo Acuerdo para los Discapacitados, del Reino Unido, y por la Red del Proyecto, de Estados Unidos, vienen a sugerir que las personas voluntarias de los programas, tienen características asociadas con una mayor empleabilidad (Corden y Thornton, 2002). En algunos países, como Dinamarca, lo habitual ha venido siendo que la rehabilitación fuese obligatoria para las personas. Más recientemente, el Reino Unido ha introducido elementos obligatorios en los regímenes experimentales (incluidas las entrevistas centradas en el trabajo a escala nacional). Los países también han introducido más elementos obligatorios para los empleadores, como ocurre en el caso de los Países Bajos, que pueden tener mayores efectos.

¿Puede considerarse un éxito la rehabilitación si la gente, al tiempo que encuentra un trabajo, sigue manteniendo algún nivel de prestaciones o de complemento salarial?

La rehabilitación parece tener algún éxito cuando la gente regresa al empleo. Ahora bien, dependiendo del contexto del país, es inevitable encontrarse trabajando y percibir prestaciones, en la medida en que la estructura de la rehabilitación y de las prestaciones permitan ambas situaciones (por ejemplo, Suecia y los Países Bajos). En otros países, como Israel, aunque se

encontraba trabajando casi la mitad de aquellos que habían completado una rehabilitación, alrededor de las tres cuartas partes de los que trabajaban seguían percibiendo prestaciones. Sólo el 23 por ciento dejaba el sistema de prestaciones de invalidez, lo cual es un indicio de que la rehabilitación es más exitosa en la incorporación de los participantes al trabajo que en la reducción del número de beneficiarios que perciben prestaciones. Esto puede ser la consecuencia de iniciar la rehabilitación algún tiempo después de la solicitud de la prestación o puede derivarse del hecho de que las características típicas de los participantes (por ejemplo, una baja capacitación en el mercado laboral) significan que no pueden solicitar salarios suficientemente elevados. En Estados Unidos, pareciera que la gente raramente gana por encima del límite salarial permitido, de modo que tal vez las normas también establecen un “techo de cristal” a lo que se consigue.

En Dinamarca, la sustitución de cuatro niveles por uno y el mayor acento puesto en los trabajos flexibles, vienen a indicar que las subvenciones a los empleadores antes que a las personas, pueden constituir un enfoque alternativo.

¿Cuenta la sustitución?

Son importantes los márgenes en los que se mueve la gente entre diferentes prestaciones, si el resultado deseado es el trabajo para aquellos que pueden realizarlo. No está claro si el paso de prestación en prestación puede aumentar las oportunidades de empleo (por ejemplo, el paso de una prestación de invalidez a programas más activos o a prestaciones de desempleo). Alguna sustitución podría reducir las posibilidades de trabajo (por ejemplo, el paso de la prestación de invalidez a la jubilación anticipada). No está claro si la sustitución por otra prestación (como el desempleo) podría afectar la consideración de los empleadores. La sustitución podría ocasionar un aumento de los gastos administrativos. Tal vez la mejor forma de sustitución sea aquella que lleve a la persona a percibir la prestación que sea más adecuada para sus necesidades. Tanto los cambios en materia de políticas como los cambios administrativos pueden alterar los modelos vigentes de sustitución.

Referencias

- Aarts, L. y De Jong, P. 2003. "The Dutch Disability Experience", Prinz, (ed.), *European Disability Pension Policies*. Aldershot, Ashgate.
- AISS. 2002. *Who returns to work and why? Evidence and policy implications from a new disability and work reintegration study: a summary*. Ginebra, Asociación Internacional de la Seguridad Social, Programa de Investigación.
- Bloch, F. y Prins, R. (eds.). 2001. *Who returns to Work and Why? A six country study on work incapacity and reintegration*. New Brunswick, Transaction Publishers.
- Corden, A. y Thornton, P. 2002. "Employment programmes for disabled people: lessons from research evaluations", *Department for Work and Pensions in house report 90*.
- Growick, B. y Drew, J. 2003. "The ticket to work: the unintended consequences of an imperfect law", *Journal of Forensic Vocational Analysis*, Vol. 6, págs. 49-54.
- Gruber, J. 2000. "Disability insurance benefits and labour supply", *Journal of Political Economy*, Vol. 108, Núm. 6, págs. 1162-1183.
- Prinz, C. 2003. *Transforming Disability into Ability: Policies to promote work and income security for disabled people*. Paris, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos.
- Stapleton, D. y Burkhauser, R. (eds). 2003. *The Decline in Employment of People with Disabilities: A Policy Puzzle*. Kalamazoo, WE Upjohn Institute for Employment Research.
- Strategy Unit. 2004. *Improving the Life Chances of Disabled People: Analytical Report*, Cabinet Office, Reino Unido.