



REVISIÓN POR PARES
EN MATERIA DE PROTECCIÓN
E INCLUSIÓN SOCIALES
2008

MODERNIZACIÓN Y ACTIVACIÓN
DE LAS MEDIDAS RELACIONADAS
CON LA INCAPACIDAD LABORAL

MADRID, 4-5 DE FEBRERO 2010

INFORME DE SÍNTESIS



En nombre de la
Comisión Europea
Empleo, Asuntos Sociales e
Igualdad de Oportunidades



REVISIÓN POR PARES
EN MATERIA DE PROTECCIÓN
E INCLUSIÓN SOCIALES
2009

MODERNIZACIÓN Y ACTIVACIÓN
DE LAS MEDIDAS RELACIONADAS
CON LA INCAPACIDAD LABORAL

STEINAR WIDDING
WORK RESEARCH INSTITUTE

Madrid, 4-5 de febrero 2010

INFORME DE SÍNTESIS



En nombre de la
Comisión Europea
Empleo, Asuntos Sociales e
Igualdad de Oportunidades



La presente publicación está financiada en el marco del Programa de la Comunidad Europea para el Empleo y la Solidaridad Social (2007–2013). El programa está gestionado por la Dirección General de Empleo, Asuntos Sociales e Igualdad de Oportunidades de la Comisión Europea. Fue creado para contribuir a que se alcancen los objetivos de la Unión Europea en materia de empleo y asuntos sociales, como se establece en la Agenda Social, y, de este modo, contribuir a alcanzar los objetivos de la Estrategia de Lisboa en dichos ámbitos.

El Programa septenal está destinado a todas las partes interesadas que puedan contribuir a conformar una legislación y unas políticas sociales y de empleo adecuadas y efectivas en los veintisiete Estados miembros de la UE, los países de la AELC-EEE y los países candidatos y precandidatos a la adhesión a la UE.

La misión del programa PROGRESS es fortalecer la contribución de la UE para apoyar los compromisos y los esfuerzos de los Estados miembros por crear más y mejores empleos, así como para formar una sociedad más cohesiva. En este sentido, PROGRESS servirá para lograr los siguientes objetivos:

- ofrecer análisis y asesoramiento político sobre las áreas de actividad de PROGRESS;
- supervisar e informar sobre la aplicación de la legislación y las políticas comunitarias en las áreas de actividad de PROGRESS;
- promover la transferencia, el aprendizaje y el apoyo de políticas entre los Estados miembros en lo relativo a los objetivos y prioridades comunitarios; y
- divulgar los puntos de vista de las partes interesadas, así como de la sociedad en general

Para más información al respecto, consúltese:

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=327&langId=es>

Para más información sobre las Revisiones por Pares y la Evaluación de las políticas, así como para todos los documentos relevantes, véase:

<http://www.peer-review-social-inclusion.eu>

El contenido de esta publicación no refleja necesariamente las opiniones o las posiciones de la Comisión Europea, Dirección General de Empleo, Asuntos Sociales e Igualdad de Oportunidades. Ni la Comisión Europea ni ninguna persona que actúe en su nombre son responsables del uso que pudiera hacerse de la información de esta publicación.

2010

PRINTED IN BELGIUM



Contenido

Resumen	5
1. Contexto de la política en el ámbito europeo	7
2. Política y situación en el país anfitrión — España	13
3. Política y situación en los países pares	15
4. Contribuciones de las organizaciones europeas implicadas	25
5. Debates en la reunión de la Revisión por Pares	27
6. Conclusiones y lecciones aprendidas	35





Resumen

Con el envejecimiento de la población europea, existe una creciente preocupación por la sostenibilidad a largo plazo de los sistemas de protección social y de pensiones de los Estados Miembros. Para hacer frente a esta situación, los países europeos no solo tienen que reducir las salidas anticipadas del mercado de trabajo sino también la percepción de prestaciones. De hecho, los individuos, una vez inactivos, tienen dificultades para retornar al mercado de trabajo, y estas dificultades no hacen sino aumentar con la edad. Los problemas de salud y las discapacidades son importantes causas de las salidas anticipadas y las prestaciones por salida anticipada son, a su vez, una de las principales vías de abandono del mercado de trabajo. Actualmente, más de la mitad del grupo de edad 55-64 es inactivo y alrededor del 20% depende de las prestaciones por salida anticipada.

Los Estados Miembros de la UE han desarrollado diversas respuestas estratégicas para abordar esta situación y la Revisión por Pares española se organizó en este contexto.

La propia España se encuentra actualmente en los inicios de un proceso de reforma de su sistema de seguridad social. Un importante objetivo es evitar las situaciones en las que los individuos son excluidos del mercado de trabajo, especialmente por motivos de salud. Están realizándose esfuerzos para animar tanto a los empresarios como a los trabajadores a fijarse en las capacidades de los individuos antes que en sus discapacidades y se ha desarrollado un sistema de detección precoz para evitar colocarlos en ocupaciones que puedan causar discapacidades.

La mejora de la gestión y la contención de los costes también son objetivos clave de la reforma española, ya que el sistema actual, en el que las responsabilidades están repartidas entre el nivel nacional y los niveles regionales, ha dado como resultado complicaciones en la gestión y un acusado aumento de los costes de las prestaciones de incapacidad. La adopción de una serie de medidas de reducción de los costes en los últimos cinco años ya ha permitido reducir el gasto.

Todos los países pares presentes durante la Revisión se enfrentan a problemas similares a los de España. Las cuestiones de la restricción de la entrada en los regímenes de incapacidad permanente y del diseño de medidas activas para animar a los perceptores de prestaciones de discapacidad a aceptar un empleo se

abordan, sin embargo, de diferentes maneras y se basan en distintas medidas. Estas diferencias quedaron reflejadas en los debates entre los países pares.

Las lecciones clave aprendidas en la Revisión por Pares son:

- la necesidad de fijarse en las capacidades de los individuos antes que en lo que no pueden hacer;
- la necesidad de adoptar enfoques personalizados integrados;
- la necesidad de implicar a los empresarios por medio de incentivos y ayuda eficaces y de promover un cambio de sus actitudes por medio de campañas de información;
- el uso de trampolines, entre los que se encuentra la combinación de las prestaciones con servicios de empleo, para fomentar la aceptación de un empleo;
- la eliminación de los obstáculos al empleo por medio de la adaptación del centro de trabajo y del contenido del empleo al individuo;
- la necesidad de abordar la discapacidad en el origen y de poner el acento en la prevención;
- la necesidad de gestionar los flujos de entrada por medio de un diseño adecuado de los sistemas de incentivos que tenga en cuenta la naturaleza cambiante de la incapacidad;
- la importancia de los aspectos de la gobernanza y de la consulta y la participación de los interlocutores sociales en la planificación y la aplicación de la reforma.



1. Contexto de la política en el ámbito europeo

Con el envejecimiento de la población europea, existe una creciente preocupación por la sostenibilidad a largo plazo de los sistemas de protección social de los Estados Miembros. Para hacer frente a esta situación, los países europeos no solo tienen que reducir las salidas anticipadas del mercado de trabajo sino también la percepción de prestaciones. De hecho, los individuos, una vez inactivos, tienen dificultades para retornar al mercado de trabajo, y estas dificultades no hacen sino aumentar con la edad. Los problemas de salud y las discapacidades son importantes causas de las salidas anticipadas y las prestaciones por salida anticipada son, a su vez, una de las principales vías de abandono del mercado de trabajo. Actualmente, más de la mitad del grupo de edad 55–64 es inactivo y alrededor del 20% depende de las prestaciones por salida anticipada. En conjunto, este grupo de edad representa más de un tercio de la población inactiva en edad activa dentro de la UE. Entre los principales motivos de la inactividad se encuentra la jubilación, pero también los problemas de salud, las responsabilidades personales o familiares o la impresión — errónea o no — de que no hay empleo.

La prolongación de las vidas laborales y la prevención de las salidas anticipadas son componentes vitales de la reforma de las pensiones promovida dentro del Método abierto de coordinación en el ámbito de la protección social y la inclusión social (MAC Social). El envejecimiento activo también es un importante componente de la Estrategia Europea de Empleo y, por tanto, de la Estrategia de Lisboa para el Crecimiento y el Empleo.

Además, la Estrategia Europea en Materia de Discapacidad¹ es una parte importante del marco de política para lograr la igualdad de trato en el empleo, al igual que el Artículo 5 de la Directiva relativa al establecimiento de un marco general para la igualdad de trato en el empleo y la ocupación², que obliga a los empresarios a realizar ajustes razonables en el trabajo. La Convención de las Naciones Unidas de 2007 sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Art. 27) también compromete a los países firmantes a trabajar por el empleo de las personas con discapacidades.

1 Comunicación de la Comisión Europea sobre el establecimiento de la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad: un Plan de Acción Europeo (COM/2003/650); Comunicación de la Comisión Europea sobre la situación de las personas con discapacidad en la Unión Europea ampliada: el Plan de Acción Europeo 2006 — 2007 (COM/2005/604); Comunicación de la Comisión Europea sobre la situación de las personas con discapacidad en la Unión Europea: el Plan de Acción Europeo 2008–2009 (COM/2007/738).

2 Directiva 2000/78/CE.



La tasa de empleo del grupo de edad 55–64 de la UE27 ha aumentado en los últimos años, pasando del 36% en 1997 al 44% en 2006. Sin embargo, sigue siendo baja en comparación con el objetivo de Lisboa del 50%, así como en comparación con los niveles internacionales. Y lo que es más, el aumento previsto de la esperanza de vida, especialmente de las personas de 60 a 65 años, probablemente provocará una intensificación de las presiones demográficas sobre los sistemas de pensiones, subrayando así la importancia de aumentar las tasas de empleo de las personas de 55–64 años en las próximas décadas.

Varios estudios han señalado que las reformas para abordar las salidas anticipadas del mercado de trabajo deben diseñarse de manera que:

- *Restrinjan las condiciones de elegibilidad*, creando al mismo tiempo un marco adecuado para la participación continuada de los trabajadores mayores en el mercado de trabajo, permitiendo excepciones en el caso de los trabajos especialmente exigentes o peligrosos;
- *Aumenten los incentivos de los empleados para trabajar más años* (a saber, a través de las normas fiscales) y también de los empresarios para contratar trabajadores mayores;
- *Aumenten las oportunidades de empleo de los trabajadores mayores y de los trabajadores con discapacidades*, poniendo énfasis en la mejora de las condiciones de trabajo (a saber, previniendo los problemas de salud), en el desarrollo de medidas activas, como programas de formación o programas específicos para ayudar a reintegrarse en el mercado de trabajo, y en la realización de ajustes razonables en el trabajo.

Entre los factores clave de éxito destacados en varios estudios también se encuentran adoptar un enfoque global de la reforma, lograr un amplio consenso social y garantizar la implicación y el compromiso de los interlocutores sociales y de otras organizaciones interesadas.

Una serie de Estados Miembros ha llevado a cabo recientemente reformas que van en la línea de estas directrices, entre las cuales se encuentran las siguientes:

- *Las reformas de las prestaciones por desempleo* para los trabajadores mayores han tratado de reducir las diferencias entre las condiciones de elegibilidad de los trabajadores mayores y las del resto de la población activa, así como desarrollar medidas activas para aumentar las oportunidades de los trabajadores mayores en el mercado de trabajo.



- *Las reformas de las prestaciones de invalidez* tenían por objeto facilitar la combinación del trabajo y las prestaciones, ofrecer posibilidades de reciclaje y mejorar la adaptación de los centros de trabajo. También se han reforzado los incentivos de los empresarios para animarlos a contratar a personas con una capacidad de trabajo reducida. Al mismo tiempo, están revisándose los incentivos de los beneficiarios con el fin de reducir las barreras para retornar a la vida activa. También se ha aumentado el énfasis en la prevención de la invalidez y en la rehabilitación profesional de las personas con problemas de salud desde una temprana edad.
- *Las reformas de las pensiones complementarias* se han llevado a cabo con la idea de reducir o incluso de poner fin a la percepción anticipada de prestaciones, endureciendo las normas de elegibilidad y aumentando la concienciación sobre las consecuencias de la salida anticipada para los futuros niveles de las prestaciones.
- *Las reformas de los impuestos* tenían por objeto animar a los empresarios a contratar trabajadores mayores y aumentar los incentivos de los empleados para seguir trabajando.

Además de reformar sus sistemas de pensiones y de prestaciones, algunos Estados Miembros han concentrado sus esfuerzos en la mejora de la participación de los trabajadores mayores en el aprendizaje permanente, en la promoción de la salud en el centro de trabajo, en la mejora de los servicios públicos de empleo y en la lucha contra la discriminación por razones de edad por medio de una legislación más estricta y de campañas de sensibilización sobre las personas mayores.

Muchos Estados Miembros han trabajado o están trabajando en el desarrollo de un enfoque de ventanilla única, en el que unos únicos puntos de contacto ofrecen tanto a los trabajadores con discapacidades como a los empresarios una perspectiva general de todas las medidas de apoyo existentes y canalizan a los usuarios hacia las organizaciones pertinentes. Ese tipo de enfoque se considera útil para animar a los empresarios a aceptar las discapacidades de los trabajadores mayores, siempre y cuando los puntos únicos de contacto se divulguen ampliamente tanto entre las empresas como en la comunidad de personas con discapacidades.

Los países que han obtenido mejores resultados permiten extraer algunas lecciones y la Revisión por Pares española se organizó en este contexto. Sin embar-



go, uno de los problemas que se plantean cuando se evalúan y se comparan políticas y reformas es que las políticas relativas a la discapacidad van destinadas a un grupo extraordinariamente heterogéneo y las definiciones de discapacidad varían mucho de unos países a otros dentro de la UE y de la OCDE. Incluso dentro de un mismo país, puede haber varias definiciones dependiendo del origen de la legislación específica (p. ej., legislación del seguro social frente a legislación del mercado de trabajo) o del órgano legislativo (p. ej., legislación nacional frente a legislación regional). La visión general de la prevalencia de la discapacidad variará según la definición que se utilice. Muchas estadísticas se basan en las declaraciones realizadas por los propios individuos. Según esos datos, alrededor del 15% de la población trabajadora padece uno u otro tipo de discapacidad. Parece que existen abundantes pruebas de que los indicadores de la discapacidad basados en información suministrada por los propios individuos ofrecen una imagen razonablemente fidedigna del estado objetivo de salud de una persona. No obstante, el uso de datos basados en información suministrada por los propios individuos para realizar comparaciones internacionales es criticado por algunos, que sostienen que la discapacidad lleva aparejado un estigma mayor en unos países que en otros.

10

El análisis de las políticas de discapacidad de los Estados Miembros permite realizar una serie de observaciones. En primer lugar, es evidente que la mayoría de los programas de discapacidad desempeñan varias funciones, una de las cuales es la jubilación anticipada. En algunos países, puede ser menos estigmatizador no trabajar por razones de salud que debido al desempleo. También constituyen un instrumento para gestionar las dificultades del mercado de trabajo, como las reducciones de plantilla, los despidos o la reestructuración. Y sin embargo, a lo largo de los años, los estudios han mostrado que las personas con discapacidades a menudo pueden y quieren trabajar. No necesariamente a tiempo completo o en condiciones normales — pueden requerir algunos ajustes — pero el uso de tecnología de apoyo ha mejorado las oportunidades de muchas personas con discapacidades para entrar en la población trabajadora. La práctica de diseñar políticas basadas en el supuesto de que las personas con discapacidades no pueden trabajar puede ser, pues, errónea.

Otra observación es que, en general, hay un bajo flujo de salida de personas que perciben prestaciones de discapacidad. Éste es bajo debido a una serie de razones. En primer lugar, el nivel de estudios desempeña un importante papel. De hecho, las tasas prevalencia de la discapacidad son significativamente más



altas en los grupos que tienen un bajo nivel de estudios, que a menudo trabajan en ocupaciones físicamente más exigentes. Y lo que es más, las personas con discapacidades no siempre están bien incluidas en los sistemas de educación y de formación. Una segunda cuestión es la edad. En muchos países, la concesión de prestaciones de discapacidad está muy concentrada en las personas mayores de 50 años. Eso se debe en parte a la pauta por edades de la prevalencia de la discapacidad, pero también parece que en muchos programas de integración hay un sesgo inherente en contra de las personas mayores, y la rehabilitación y la formación profesionales se ofrecen predominantemente a personas menores de 45 años.

Estos fallos del diseño de las políticas de discapacidad han dado lugar a una situación en la que las personas en edad activa con una discapacidad dependen casi siempre de las prestaciones de discapacidad o de las prestaciones por jubilación permanente como fuente más importante de renta. Las prestaciones por desempleo desempeñan un papel mucho menos importante en general, a pesar de que las tasas de desempleo de este grupo son relativamente altas.

A la luz de esta situación, los estudios realizados en esta área han presentado una serie de recomendaciones:

- Es necesario *distinguir entre la situación de discapacidad y la situación de trabajo y de renta*. El término “discapacitado” debe dejar de identificarse con “incapaz de trabajar”. La discapacidad debe reconocerse como una afección, pero debe distinguirse de la elegibilidad para percibir prestaciones y de la percepción de prestaciones, de la misma manera que no se debe considerar automáticamente que es un obstáculo para trabajar. La situación de discapacidad, es decir, la enfermedad y la capacidad resultante para trabajar, debe revisarse a intervalos regulares.
- Es importante *diseñar paquetes individuales de trabajo/prestaciones*. No es suficiente atender únicamente las necesidades financieras de las personas discapacitadas con prestaciones en efectivo, ya que eso excluirá a muchas del mercado de trabajo y a veces incluso de la sociedad. Cada persona discapacitada debe tener derecho a un “paquete de participación” adaptado a sus propias necesidades y capacidades. Esos paquetes deben contener rehabilitación y formación profesional, ayuda para la búsqueda de empleo y oportunidades de trabajo dentro de una amplia



variedad de modalidades de empleo (ordinario, a tiempo parcial, subvencionado o protegido).

- *La percepción de prestaciones debe condicionarse en principio* a la participación en el empleo, la rehabilitación profesional y otras medidas de integración.
- *La implicación de los interlocutores sociales* es crucial para el éxito de la reintegración de las personas discapacitadas. La eficacia de las medidas dependerá de la disposición de los empresarios a ayudar a las personas discapacitadas a seguir trabajando o a empezar a trabajar y a hacer los ajustes necesarios en el centro de trabajo.
- *La intervención temprana* tiene una importancia fundamental.
- En muchos países es necesario *reformar la administración de los programas*, ya que a menudo está fragmentada e insuficientemente coordinada.
- *Los programas de discapacidad deben diseñarse como programas activos*. A menudo los sistemas de prestaciones de discapacidad funcionan en realidad como programas de jubilación anticipada, constituyendo una vía de salida casi definitiva del mercado de trabajo. El énfasis en la activación y en las obligaciones mutuas tanto de la sociedad como de la persona discapacitada aproximará más la política de discapacidad a la lógica subyacente de los programas de desempleo, que esperan una contribución y un esfuerzo activos de los beneficiarios.

Es probable que los programas de discapacidad, si no se reforman, atraigan a solicitantes que tienen dificultades para cumplir las obligaciones más estrictas de los programas de desempleo. Debe aplicarse una estrategia coherente tanto a la política de discapacidad como a la política de desempleo, con la idea de extender la cultura de las obligaciones mutuas a todos los programas del mercado de trabajo.



2. Política y situación en el país anfitrión — España

España se encuentra en los inicios de un proceso de reforma de su sistema de seguridad social. Un importante objetivo es evitar las situaciones en las que los individuos son excluidos del mercado de trabajo, especialmente por motivos de salud. Están realizándose esfuerzos para animar tanto a los empresarios como a los trabajadores a fijarse en las capacidades de los individuos antes que en sus discapacidades y se ha desarrollado un sistema de detección precoz para evitar colocarlos en ocupaciones que puedan causar discapacidades.

La mejora de la gestión y la contención de los costes también son importantes elementos de la reforma. El sistema español distingue entre incapacidad laboral temporal y permanente. En los doce primeros meses, la situación de incapacidad temporal se reconoce sobre una base médica por medio de un parte semanal expedido por el médico que trata a la persona afectada. Eso plantea cuestiones de gestión, ya que las prestaciones de incapacidad se pagan con cargo al presupuesto nacional, pero la decisión que da lugar al pago es tomada por médicos responsables ante los 17 sistemas sanitarios regionales autónomos. Estas complicaciones de la gestión han dado como resultado un acusado aumento de los costes de las prestaciones de incapacidad. En 2003–2004, el gasto del Instituto Nacional de Seguridad Social aumentó un 14,5%. Sin embargo, gracias a la adopción de una serie de medidas en los últimos cinco años para reducir los costes, el gasto disminuyó un 4,92% entre 2007 y 2008.

Una importante medida fue la creación de equipos multidisciplinares de valoración de incapacidades que incluyen inspectores médicos que trabajan directamente para el Instituto Nacional. Y lo que es más, el Instituto ha firmado acuerdos de valoración con los servicios regionales de salud, fijando unos objetivos anuales para controlar los pagos de prestaciones de incapacidad.

En enero de 2006, se dictó una resolución por la que el Instituto es el único competente para determinar la situación de los trabajadores que llevan 365 días en situación de incapacidad temporal. El Instituto puede decidir que un trabajador debe reintegrarse al trabajo, seguir percibiendo prestaciones por incapacidad temporal durante 180 días más o iniciar el proceso de adquisición de la situación de incapacidad permanente. De todos los trabajadores que llegaron al límite de los 365 días en 2009, el Instituto determinó que el 30% había recuperado su ca-

pacidad para trabajar, el 16% debía revalorarse para determinar si se iniciaba un expediente de incapacidad permanente a la vista de problemas cognitivos o físicos que pudieran ser permanentes y el 54% debía continuar percibiendo prestaciones por incapacidad temporal durante otros 6 meses.

En los casos de incapacidad permanente, el Instituto es responsable de decidir el grado de incapacidad, el cual define, a su vez, las prestaciones pagaderas. El proceso de reconocimiento de la incapacidad permanente puede iniciarse antes o en el límite de los 365 días, pero por ley debe iniciarse a lo más tardar cuando termina el periodo de 18 meses de incapacidad temporal. Tras algunos fallos del Tribunal Supremo, el único criterio que puede utilizarse actualmente cuando se revisa el grado de incapacidad permanente, una vez establecido, es si la incapacidad ha aumentado o ha disminuido. Ya no se tienen en cuenta los requisitos del puesto de trabajo.

Otro objetivo del proceso de reforma era ligar las prestaciones por incapacidad temporal al proceso de recuperación de los individuos y las necesidades del puesto de trabajo y no a su patología subyacente. Están estableciéndose unas normas de recuperación para los diferentes sectores, que tienen en cuenta, por ejemplo, el hecho de que un trabajador administrativo que se rompe un brazo es probable que esté menos tiempo incapacitado profesionalmente que un trabajador del sector de la construcción. El Instituto puede verificar entonces si la duración de la incapacidad coincide con las normas sectoriales, basándose en los códigos de diagnóstico indicados en los partes médicos semanales de los pacientes, que se transmiten electrónicamente al Instituto.

También se han propuesto varias medidas para reducir las salidas anticipadas de la población activa por motivos de incapacidad. Entre éstas se encuentran el endurecimiento de las condiciones para percibir prestaciones; políticas para la rehabilitación ocupacional de los beneficiarios; programas multidisciplinares de formación para fomentar la readaptación, especialmente para las personas que tienen unos niveles más bajos de cualificación; formación para la búsqueda de empleo; e incentivos a las empresas para que contraten personas con incapacidades permanentes.

El proceso español de reforma podría aprender de las Revisiones por Pares realizadas anteriormente en Finlandia (estrategias de envejecimiento activo para reforzar la inclusión social, 2007) y en Suecia (servicios integrados de rehabilitación: coordinación de la organización y financiación, 2006).



3. Política y situación en los países pares

Todos los países pares presentes durante la Revisión se enfrentan a problemas similares a los de España. Las cuestiones de la restricción de la entrada en los regímenes de incapacidad permanente y del diseño de medidas activas para animar a los perceptores de prestaciones de discapacidad a aceptar un empleo se abordan, sin embargo, de diferentes maneras y se basan en distintas medidas. Estas diferencias quedaron reflejadas en los debates entre los países pares.³

En **Francia**, existen varias prestaciones para los adultos en edad activa que tienen discapacidades. Éstas pueden estar relacionadas con la vida laboral (pensiones de invalidez, pensiones por accidentes laborales y enfermedades ocupacionales) o no (prestación para adultos discapacitados). Por otra parte, las medidas para apoyar la integración o la reintegración en el empleo cubren a todas las personas con discapacidades, independientemente de que estén trabajando o no. Las dos categorías más importantes de prestaciones son la pensión de invalidez, prevista por la legislación sobre la seguridad social, y la prestación para adultos discapacitados (AAH), que entra dentro de la legislación sobre asistencia y acción sociales. Actualmente, alrededor de 0,6 millones de personas perciben una pensión de invalidez y casi 850.000 reciben la prestación para adultos discapacitados.

15

El objetivo de las pensiones de invalidez es garantizar unos ingresos de sustitución a los trabajadores cuya capacidad para trabajar se ha reducido al menos un 66%. Las pensiones son concedidas por el fondo de seguro de enfermedad una vez valorado el grado de invalidez por un responsable médico del fondo de seguridad social. La cuantía de las pensiones varía dependiendo de la capacidad residual de trabajo o de ingresos.

La prestación para adultos con discapacidades (AAH) tiene por objeto garantizar una renta mínima a las personas que padecen una incapacidad permanente de al menos un 80% o, en determinadas circunstancias, de entre el 50 y el 80%. La incapacidad permanente es valorada por la Comisión de derechos y autonomía de las personas discapacitadas (CDAPH). La AAH es una renta mínima social no contributiva complementaria dependiente de los recursos y financiada con cargo a los presupuestos del Estado a través del fondo de prestaciones destinadas a la familia.

3 Para más información sobre la situación de los países, véanse los respectivos informes para esta Revisión por Pares publicados en: [http:// www.Peer-review-social-inclusion.eu/Peer-reviews/2009/modernising-and-activating-measures-relating-to-work-incapacity](http://www.Peer-review-social-inclusion.eu/Peer-reviews/2009/modernising-and-activating-measures-relating-to-work-incapacity)



Tanto la pensión de invalidez como la prestación para adultos discapacitados se conceden con carácter temporal y pueden revisarse en condiciones bastante estrictas de valoración y revisión. Los perceptores de pensiones de invalidez son, en promedio, bastante mayores (la edad media a la que se percibe por primera vez una pensión de invalidez es de 52 años) y padecen graves enfermedades.

Cualquiera que sea la categoría de compensación financiera aplicable a su discapacidad, las personas discapacitadas también tienen acceso a una variedad de mecanismos generales y especializados de ayuda. Los demandantes de empleo con discapacidades son ayudados en su búsqueda por el servicio general de empleo (Pôle Emploi) y por el Cap Emploi, red especializada de colocación para los trabajadores con discapacidades. Las medidas específicas de ayuda son financiadas por el Estado.

Para las personas que deseen y puedan hacerlo, es posible combinar las prestaciones de invalidez o de discapacidad con un empleo: actualmente, alrededor del 20% de los perceptores de pensiones de invalidez y de los beneficiarios de la AAH tiene empleo (el 8% un empleo normal y el 12% un empleo protegido). Y lo que es más, la legislación francesa de empleo impone una obligación de empleo a los empresarios por la que cada empresa de más de 20 asalariados tiene la obligación de tener en su plantilla un 6% de personas reconocidas como “trabajadores con discapacidades”.

Lituania ha aprobado una serie de importantes reformas en el campo de la política de integración social para los discapacitados. En 2005 entró en vigor una nueva Ley sobre integración social de los discapacitados.

La ley aproxima más el modelo de integración social de los discapacitados del país a los modelos de otros Estados Miembros de la UE, imponiendo legalmente la igualdad de derechos y oportunidades de los discapacitados en la sociedad. Introduce nuevos sistemas para valorar los niveles de discapacidad y de capacidad para trabajar, poniendo más énfasis en la capacidad de trabajo que en los tests de valoración de la invalidez que se utilizaban anteriormente.

La valoración de los niveles de discapacidad y de capacidad para trabajar es realizada por la Autoridad de Valoración de la Discapacidad y la Capacidad para Trabajar dependiente del Ministerio de Seguridad Social y Trabajo. La capacidad de una persona para trabajar se valora en porcentaje, en incrementos del 5 por



ciento. Por ejemplo, si la capacidad de una persona para trabajar se valora en 0-25%, se considera incapacitada para trabajar.

La ley también regula el acceso a los programas de rehabilitación profesional. Una vez que la Autoridad de Valoración ha confirmado que una persona necesita rehabilitación profesional, la persona en cuestión tiene que hacer una solicitud a la Oficina Local de Empleo de su lugar de residencia, la cual la remite a la institución que presta los servicios de rehabilitación profesional. A continuación se elabora un programa personalizado de rehabilitación profesional para la persona y se realizan los servicios programados. Cuando ha terminado el programa de rehabilitación profesional, la persona vuelve a la Autoridad de Valoración de la Discapacidad y la Capacidad para Trabajar para una valoración final de su nivel de capacidad para trabajar. Las personas que participan en ese programa de rehabilitación profesional reciben una prestación de rehabilitación profesional.

El tipo más frecuente de seguridad social en los casos de discapacidad es la pensión contributiva nacional por incapacidad para trabajar (conocida con el nombre de "pensión de discapacidad" hasta el 1 de julio de 2005). Las pensiones por incapacidad para trabajar se pagan a las personas que el día en que se establece su nivel de incapacidad para trabajar tienen el periodo mínimo de seguro social nacional para percibir una pensión.

Desde 2004, el Gobierno ha realizado esfuerzos para ligar las prestaciones asistenciales a la participación en programas activos del mercado de trabajo. Estos programas van dirigidos principalmente a los desempleados de larga duración. Para integrar a los grupos de personas más vulnerables en el mercado de trabajo se han introducido dos leyes fundamentales: la Ley de fomento del empleo y la Ley de empresas sociales. Las leyes prevén empleo subvencionado y ayuda para los empresarios que crean nuevos puestos de trabajo y contratan a personas discapacitadas desempleadas con contratos de trabajo indefinidos o que adaptan los centros de trabajo existentes a las necesidades de discapacidad de la persona desempleada.

Luxemburgo tiene dos tipos de prestaciones relacionadas con la discapacidad: las prestaciones en efectivo por enfermedad y las prestaciones de discapacidad.

Las prestaciones en efectivo por enfermedad garantizan hasta un máximo de 52 semanas el salario íntegro que las personas aseguradas habrían ganado si hubieran continuado trabajando. Los pagos finalizan si se concede una pensión de



discapacidad, si el individuo es reorientado hacia otro régimen de prestaciones o en caso de incumplimiento de las medidas de control. Para mejorar el seguimiento de las personas que presentan largos episodios de enfermedad, el procedimiento de valoración requiere un informe médico detallado sobre el estado de salud, como máximo en la décima semana de ausencia del trabajo en un periodo de veinte semanas. En caso contrario, deja de concederse la prestación de baja por enfermedad.

Las pensiones de discapacidad se calculan de la misma forma que las pensiones de jubilación, con un componente básico y un componente relacionado con los ingresos, que puede incrementarse artificialmente en caso de discapacidad antes de los 55 años. Tienen derecho a una pensión de discapacidad las personas que, como consecuencia de una larga enfermedad o dolencia, hayan sufrido una reducción de la capacidad para trabajar que les impide ejercer la profesión que ejercían más recientemente u otra actividad que corresponda a su fuerza y sus cualificaciones.

Se han elaborado procedimientos especiales para valorar las solicitudes de prestaciones de discapacidad. Incluyen valoraciones y exámenes médicos obligatorios, la toma de decisiones sobre las prestaciones, la revisión de los derechos a percibir prestaciones de discapacidad y la posibilidad de suspender el pago de prestaciones relacionadas con la discapacidad y los incentivos al trabajo. De hecho, el trabajador debe estar disponible para trabajar y la prestación sólo se paga mientras no se haya encontrado un trabajo adecuado para el beneficiario.

En 2002, se introdujeron nuevas leyes destinadas, por una parte, a acelerar los procedimientos prescritos en el ámbito de la seguridad social coordinándolos con las normas que salvaguardan el derecho a trabajar y, por otra, a complementar el mecanismo protector con medidas de reintegración ocupacional para los trabajadores que no pueden reanudar sus obligaciones anteriores.

En 2008, la Inspección General de la Seguridad Social (IGSS) realizó una evaluación de las medidas existentes para la reintegración profesional de las personas que tienen una capacidad de trabajo reducida. Las principales conclusiones del proceso de evaluación se referían a la necesidad de reforzar los procesos internos de recolocación, de realizar revisiones periódicas del grado de discapacidad, de estandarizar las evaluaciones de la capacidad para trabajar y de mejorar las políticas destinadas a prevenir las discapacidades.



En **Polonia**, el gasto público en prestaciones por enfermedad y por discapacidad era significativo a principios de la década de 1990, debido en gran parte a la difícil situación del mercado de trabajo y a las elevadas tasas de desempleo. Las pensiones de discapacidad se consideraban una alternativa a las prestaciones por desempleo y muchas personas las solicitaban. Para mejorar el control del gasto relacionado con la salud, Polonia emprendió una serie de reformas a finales de la década de 1990. Estas reformas se caracterizaron por un intento de endurecer las condiciones para percibir prestaciones, reforzando al mismo tiempo el énfasis en el retorno al mercado de trabajo. Las reformas, introducidas en 1997, dieron como resultado una rapidísima disminución de la tasa de entrada en las prestaciones, de más del 50% en sólo 6 años. La tasa de salida de las prestaciones de discapacidad también disminuyó significativamente, reduciéndose a la mitad el número de pensionistas en 10 años.

Sin embargo, los programas de rehabilitación profesional no tuvieron éxito, debido en gran parte a restricciones del lado de la oferta, ya que las oficinas de empleo ofrecían pocos programas adecuados. Además, el carácter voluntario de estos programas ha hecho que pocas personas tengan interés en participar. Es necesario, pues, reforzar el sistema de rehabilitación profesional con el fin de ofrecer servicios de alta calidad con un enfoque más individualizado. También deberían introducirse algunos elementos de obligación, por ejemplo, en forma de reducciones moderadas de las prestaciones en el caso de las personas que se nieguen a participar en la rehabilitación profesional. Por otra parte, se debería dar más incentivos para la educación permanente, se debería promover las formas flexibles de trabajo y se debería abolir los límites de ingresos de las personas discapacitadas, ya que disuaden de volver a trabajar.

En 2004, la armonización de la legislación de **Rumania** con la legislación de la UE llevó a desarrollar normas sobre la evaluación profesional de las personas con discapacidades. La legislación rumana enfoca la integración y la inclusión sociales de las personas con discapacidades desde una perspectiva basada en los derechos. La principal ley normativa que regula los derechos de las personas con discapacidades, así como el método de evaluación, es la Ley 448/2006 sobre la protección y la promoción de los derechos de las personas con discapacidades.

La definición de discapacidad incorporada a la Ley 448/2006 se basa en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud de la OMS. Las prestaciones sociales para adultos con discapacidad se conceden a



petición del interesado o ex officio, dependiendo del caso, basándose en evidencia documental.

Según la ley, la Comisión de Evaluación de los Adultos Discapacitados es responsable de determinar el grado de discapacidad y de conceder certificados de discapacidad que abren la puerta a una serie de derechos y de prestaciones, incluidos servicios de información y de orientación profesionales, mediación laboral y formación profesional, proporcionados por las agencias territoriales de empleo u otros servicios autorizados. La Comisión de Evaluación de los Adultos Discapacitados puede decidir que la clasificación dentro de un grado de discapacidad es permanente o debe reevaluarse anualmente, dependiendo de la situación.

Rumania ha creado varios programas que tienen por objeto facilitar la integración de las personas con discapacidades en el mercado de trabajo. Entre éstos se encuentran los sistemas de cuotas, la ayuda financiera para las personas con discapacidades, las ventajas fiscales para los empresarios, etc. En 2008 se puso en marcha un proyecto llamado "Igualdad de oportunidades en el mercado de trabajo", financiado por el Fondo Social Europeo, para abordar la situación de las personas con discapacidades. El proyecto funcionará hasta abril de 2011 y concentrará sus esfuerzos en desarrollar servicios de rehabilitación profesional para las personas con discapacidades con el fin de facilitar su integración en el mercado de trabajo.

En **Suecia**, la grave recesión económica de principios de los años 90 marcó un cambio de tendencia en la política relativa a la discapacidad. Las tasas de desempleo aumentaron de menos de un 2% a finales de la década de 1980 a 8-10% y se mantuvieron en ese nivel hasta 1998. El número de personas que percibían prestaciones por enfermedad y por discapacidad también aumentó significativamente en esa época, de manera que más del 20% de la población en edad activa estaba recibiendo de hecho prestaciones contributivas, mientras que la cifra fue de alrededor de un 10% en las décadas de 1970 y 1980. Y como la baja por enfermedad era la principal vía para acceder a las prestaciones de discapacidad, los crecientes niveles de bajas por largas enfermedades se tradujeron gradualmente en crecientes niveles de perceptores de prestaciones de discapacidad. De hecho, el flujo anual de entrada en las prestaciones de discapacidad se duplicó con creces entre 1998 y 2004. Como consecuencia, la proporción de la población en edad activa que vivía de una prestación por enfermedad o por discapacidad alcanzó un máximo del 14% en 2004, el nivel más alto en el conjunto de la OCDE.



Para hacer frente a esta situación se llevaron a cabo varias reformas: la Administración del Seguro Social se sometió a una amplia reorganización; se introdujo un nuevo procedimiento de expedición de partes de baja por enfermedad con el fin de reducir el flujo de entrada en las prestaciones por largas enfermedades; se endureció la vía de entrada en las prestaciones de discapacidad para reducir el flujo de entrada en estas prestaciones; se adoptaron medidas para animar a los empresarios a contratar personas con una capacidad de trabajo reducida; y se mejoraron las medidas de rehabilitación.

A principios de la década de 1980, las tasas de enfermedad y de incapacidad de los **Países Bajos** aumentaron exponencialmente hasta convertirse en las más altas del mundo (la “enfermedad holandesa”). Al mismo tiempo, el país estaba experimentando una profunda crisis económica. Eso marcó el comienzo de un largo proceso de reforma, que parece estar dando sus frutos, aunque sigue en marcha.

Los cambios más importantes que se han introducido en el terreno de la enfermedad y la discapacidad en los últimos 10–15 años son:

- La privatización de los regímenes de enfermedad, por la que los empresarios están obligados a pagar las prestaciones por enfermedad durante dos años. Al principio, los empresarios sólo estaban obligados a pagar las prestaciones durante dos semanas en el caso de las pequeñas empresas y de seis en el caso de las grandes. Este plazo se amplió más tarde a un año y en 2005 a dos años. En términos monetarios, la diferencia entre uno y dos años es pequeña, ya que pocas personas permanecen más de un año de baja por enfermedad. Pero el aumento da más tiempo para la reintegración y anima al mismo tiempo a los empresarios a evitar las largas bajas por enfermedad.
- La posibilidad de los empresarios de salir del sistema de discapacidad si contratan un seguro privado que les permita cubrir el riesgo de pagar hasta 12 años de salario en prestaciones de incapacidad. Alrededor del 20% de las empresas ha decidido hacer eso.
- Fuertes incentivos a la reintegración: los empresarios son responsables de la reintegración de los empleados enfermos, en aplicación de la “ley de filtración del acceso”, lo que puede llevar a imponer multas a los empresarios que no realicen ningún esfuerzo de reintegración durante los dos primeros años. Además, los empleados que perciben prestaciones y no



realizan ningún esfuerzo de reintegración durante el periodo de dos años pueden ser despedidos.

- La aprobación de la Nueva ley sobre la discapacidad (WIA), que introduce un sistema de discapacidad basado en el riesgo que distingue entre tres categorías de discapacidad: discapacidad total permanente, discapacidad parcial y discapacidad temporal
- Fuertes incentivos para que los empleados utilicen su capacidad residual de trabajo: por ejemplo, una incapacidad del 50% da derecho inicialmente a un 50% de la prestación, pero si la persona no busca un empleo del 50%, la prestación se reduce bruscamente.
- La modulación de los tipos de cotización social de los empresarios;
- El endurecimiento de las condiciones de elegibilidad para percibir prestaciones;
- La revaloración de los solicitantes de prestaciones de discapacidad menores de 50 años;
- Más énfasis en los instrumentos de reintegración (principalmente por parte de las empresas privadas). Muchos servicios de reintegración se han privatizado y los proveedores de servicios reciben una prima si la reintegración tiene éxito. Los métodos no están regulados. Se cobra en función de los resultados.

Los fuertes interlocutores sociales existentes en los Países Bajos ayudaron a poner en marcha este sistema. Las reformas no han llevado a la selección médica de los empleados potenciales antes de contratarlos, ya que esta práctica se declaró ilegal cuando se llevaron a cabo las reformas. Si entran personas mayores (50–55 años) en la plantilla de un empresario, éste recibe una compensación adicional. Si el empresario contrata a una persona con discapacidades, la “política de riesgo cero” especial significa que es el Estado — en lugar del empresario — el que paga a esa persona cualquier prestación posterior por enfermedad o incapacidad.

Como consecuencia de este amplio proceso de reforma, las nuevas entradas en las prestaciones de discapacidad se han reducido de 100.000 en 2000 a alrededor de 35.000 en los últimos tres años. Además, ha aumentado el número de personas que han sido revaloradas y están utilizando su capacidad residual de trabajo.



El **Reino Unido** ha cambiado radicalmente su sistema de prestaciones recientemente. En octubre de 2008, se sustituyeron las prestaciones británicas de incapacidad por una “Employment and Support Allowance” para todos los nuevos clientes. Esas palabras se eligieron cuidadosamente. El número de perceptores de prestaciones de incapacidad se había disparado en las décadas de 1980 y 1990, alcanzando un máximo de algo menos de 2,8 millones de una población en edad activa de alrededor de 35,5 millones en noviembre de 2003. Actualmente, en torno a 2,6 millones perciben prestaciones relacionadas con la incapacidad, pero algunas personas que reciben las prestaciones para demandantes de empleo y padres solos también tienen problemas de salud o una discapacidad. Un elemento clave del nuevo programa de prestaciones es la introducción de una nueva valoración médica más precisa: la Valoración de la Capacidad para Trabajar, que incluye una valoración de la salud centrada en el trabajo, realizada por profesionales sanitarios independientes. Durante el periodo de valoración, la cantidad que reciben los solicitantes es exactamente igual que la prestación básica por desempleo.

El objetivo de la valoración es identificar lo que pueden hacer los individuos — no solo lo que no pueden hacer — con el fin de proporcionarles la ayuda más adecuada. Se considera que los individuos o

- son “aptos para trabajar”, en cuyo caso pasan a percibir la prestación normal por desempleo; o
- tienen una “capacidad limitada para trabajar”, en cuyo caso reciben una prestación más alta que la prestación normal por desempleo y están obligados a participar en programas destinados a volver a realizar actividades relacionadas con el trabajo; o
- tienen una capacidad limitada para realizar una actividad relacionada con el trabajo”, en cuyo caso reciben una prestación más alta en conjunto y están exentos de la obligación de participar en actividades de vuelta al trabajo, aunque pueden decidir aceptar la asistencia y la ayuda que se les ofrece si lo desean.

El plan es transferir todos los perceptores existentes de prestaciones de incapacidad al régimen de Employment and Support Allowance en octubre de 2010. En octubre de 2009 se publicaron las primeras estadísticas sobre el sistema de valoración de la capacidad para trabajar. De las personas que solicitaron la prestación, alrededor del 38% se consideró apto para trabajar, el 11% estaba en el grupo



de “actividad relacionada con el trabajo” y otro 5% en el grupo de “apoyo” para las personas que tienen graves discapacidades. Casi todas las demás habían dejado de percibir la prestación dentro del periodo de valoración de 14 semanas. Existen disposiciones especiales para las personas que tienen verdaderas dificultades para asistir a la valoración o que son incapaces intelectualmente de entender el sistema.

En el Reino Unido existe una amplia variedad de políticas activas del mercado de trabajo, pensadas especialmente para las personas discapacitadas y para las personas que tienen problemas de salud. Los programas más importantes son: “Pathways to Work” — un programa de retorno al trabajo disponible para todos los usuarios que soliciten prestaciones por incapacidad — “Work Preparation” — una serie de cursos breves (generalmente de seis semanas) impartidos por el sector público, el sector privado y el voluntariado para ayudar a las personas discapacitadas con complejas barreras a prepararse para el empleo aumentando su confianza, identificando los tipos adecuados de trabajo, ofreciendo experiencia laboral y proporcionando ayuda — y “WORKSTEP” — un programa que ofrece empleo ordinario (alrededor de 2.500 personas están en empresas protegidas) y anima a los individuos a progresar a un empleo no protegido ‘abierto’ en los casos en que procede. En octubre de 2010, los programas WORKSTEP y Work Preparation serán sustituidos por un único programa llamado “Work Choice”.



4. Contribuciones de las organizaciones europeas implicadas

‘La Plataforma Europea para la Rehabilitación’ (EPR) — red de destacados proveedores europeos de servicios de rehabilitación para personas con discapacidades y otros grupos desfavorecidos — subrayó la necesidad de una amplia variedad de servicios para ayudar a las personas discapacitadas a empezar a trabajar o a reintegrarse al trabajo. Por lo que se refiere a los modos de prestación de estos servicios, puede hacerse una distinción entre los servicios ordinarios genéricos, los servicios especializados y personalizados para las personas con discapacidades y una combinación de estos servicios, que puede denominarse “servicios ordinarios inclusivos”.

La mejora de la capacidad de trabajo de los trabajadores mayores — que son los que corren más riesgos de discapacidad — es clave y el énfasis debe ponerse en primer lugar en el propio trabajo, más que en la persona, mejorando las cargas de trabajo y el entorno de trabajo. Sólo en segundo y en tercer lugar, debe ponerse el acento en la optimización de la comunidad y la organización del trabajo, en la mejora de la capacidad funcional de los trabajadores mayores y en la promoción de sus cualificaciones profesionales.

Según la EPR, debe ponerse a disposición de las personas con discapacidades la siguiente tipología de medidas de activación:

- *Orientación social destinada a las personas con discapacidades*, que ponga el acento principalmente en las necesidades y las capacidades individuales de las personas afectadas (p. ej., servicios profesionales, prestaciones para compensar los gastos extra de estar discapacitado, etc.);
- *Orientación social destinada a los empresarios*, que incluya obligaciones e incentivos;
- *Orientación económica destinada a las personas con discapacidades*, encaminada a garantizar la sostenibilidad financiera de los sistemas de protección social (p. ej., endurecimiento de los umbrales de valoración, introducción de la obligación de participar en actividades o en rehabilitación relacionadas con el trabajo, programas de empleo flexible, combinación de prestaciones y renta del trabajo, periodos de prueba y posibilidad

de recurrir a las prestaciones sin tener que pasar de nuevo por todo el procedimiento, evitar la trampa de las prestaciones);

- *Orientación económica destinada a los empresarios* (p. ej., ayudas para compensar la menor productividad y los costes, cuotas legales para el empleo de personas con discapacidades).

AGE — la Plataforma Europea de las Personas Mayores — abordó tres grandes cuestiones:

- *¿Cómo pueden gestionarse las principales vías de entrada en la discapacidad de tal manera que no se rechace a los solicitantes legítimos y a los necesitados?* Se debe adoptar medidas de apoyo para ayudar a los trabajadores mayores que llevan mucho tiempo de baja por enfermedad a volver a trabajar en puestos adaptados a sus capacidades, pero no obligarlos a ocupar puestos de mala calidad. Es necesario mejorar la información sobre los derechos por medio de ventanillas únicas.
- *¿Cómo pueden mejorarse las condiciones de trabajo de los trabajadores mayores de tal manera que motiven y permitan a los trabajadores permanecer más años trabajando?* Debe ponerse más énfasis en el reciclaje y en la actualización de las cualificaciones, en la mejora de las normas de seguridad e higiene en el trabajo, en la adaptación de la ergonomía, en la mejora de la gestión de las personas mayores y en las políticas de empleo que adoptan un enfoque del trabajo basado en el ciclo de vida y neutral con respecto a la edad. Para aumentar la tasa de empleo de los trabajadores mayores, es necesario que los contratos de empleo sean más flexibles y se debe fomentar la interacción intergeneracional.
- *¿Qué aspectos adicionales de la prevención, además de la formación, la educación y la adaptación/mejora de las condiciones de trabajo, deben tenerse en cuenta en el diseño de medidas de integración?* El principal objetivo de las políticas de envejecimiento activo debería ser hacer que el mercado de trabajo sea neutral con respecto a la edad o favorable a las personas mayores. Sería útil la formación para las oficinas de empleo y los consejeros. Es necesario aumentar la cooperación entre los sectores de empleo, asuntos sociales y sanidad. Habrá que convencer a los sindicatos y a un considerable número de personas mayores de la necesidad de alargar la vida laboral y será necesario cambiar las actitudes de los empleadores potenciales.



5. Debates en la reunión de la Revisión por Pares

Los debates que tuvieron lugar durante la reunión pusieron de relieve una serie de cuestiones generales y más específicas.

Diferencias de definición y de medición de la discapacidad

En términos generales, se estaba de acuerdo en que la enfermedad y la salud no son absolutos: hay grados de incapacidad y los sistemas tienen que reconocerlo. Sin embargo, los participantes subrayaron las dificultades relacionadas con la definición y la medición de la discapacidad. De hecho, la discapacidad es un concepto fluido y las personas que, hace diez o veinte años, se habrían considerado normales hoy se consideran mentalmente discapacitadas. Las mediciones subjetivas de la discapacidad se consideraron, pues, especialmente problemáticas. Aunque las declaraciones de los propios afectados pueden desempeñar un papel nacionalmente, no permiten realizar comparaciones internacionales fiables. La EPR señaló un estudio que mostraba que cuando en Finlandia se preguntó a la gente si estaba discapacitada, alrededor del 33% declaró que lo estaba, mientras que en Malta la cifra correspondiente fue de 7-8%. Asimismo, en los Países Bajos, por ejemplo, el 50% de las personas que están actualmente en el sistema de prestaciones para personas muy discapacitadas no se siente discapacitado. Piensa que podría trabajar. Otro problema estadístico es que, en la mayoría de los países, los individuos no son considerados oficialmente discapacitados a menos que estén percibiendo prestaciones de discapacidad. Para resolver este problema, el EPR abogó por la utilización del concepto culturalmente neutral de la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud) desarrollado por la Organización Mundial de la Salud, si bien reconoció que eso requeriría un debate muy amplio de política.

En los últimos años, el acusado aumento de los solicitantes de prestaciones de discapacidad en la UE ha llevado a endurecer los criterios de elegibilidad en la mayoría de los países. En 1996, el Tribunal de la Seguridad Social de Luxemburgo declaró que, para recibir la pensión de discapacidad, una persona debe ser totalmente incapaz de trabajar. Esta decisión legal provocó una acusada disminución de los pagos de prestaciones, pero causó problemas a algunas personas que estaban de baja por una larga enfermedad, que a partir de entonces no recibieron

nada aparte de la asistencia social. Estas disposiciones legales se reformaron en parte en 2002, pero esas reformas dieron lugar a unas estructuras mucho más complicadas, por lo que actualmente está previsto adoptar medidas de simplificación.

La experiencia holandesa también muestra que si se reduce el acceso a las prestaciones de discapacidad, la gente se trasladará simplemente a otras partes del sistema de la seguridad social. Por tanto, las reformas deben garantizar que no desplazan simplemente a la gente de un sistema de prestaciones a otro y eso requiere un enfoque integrado.

Proporcionar la combinación correcta

Se hizo hincapié en que es necesario pasar de las prestaciones de sustitución de la renta solamente a una combinación de servicios y prestaciones con el fin de compensar mejor el coste extra de estar discapacitado y fomentar al mismo tiempo la participación en el mercado de trabajo. Los estudios muestran que los niveles totales de empleo de las personas con discapacidades han seguido siendo bajos, a pesar de todos los esfuerzos realizados a nivel europeo y nacional y a pesar del hecho de que muchas personas con discapacidades quieren trabajar. La combinación de medidas de empleo y prestaciones es ciertamente un objetivo que merece la pena, ya que ayuda a los individuos a volver a la vida activa.

En los documentos de política de la UE está poniéndose cada vez más énfasis en la relación entre los problemas de salud y el empleo. El primer documento clave data de los preparativos realizados en 2003 para una cumbre europea sobre la relación entre el envejecimiento de la población trabajadora y la disminución de las tasas de empleo, en el que se puso mucho énfasis en los problemas de salud a los que se enfrentan los trabajadores mayores. Desde entonces, una serie de informes de la Comisión y del Consejo ha destacado los problemas de salud como un importante obstáculo para el crecimiento del empleo y el crecimiento económico. Las consultas realizadas en 2006 y 2007 sobre la inclusión activa de los que se encuentran más alejados del mercado de trabajo y la posterior Recomendación de la Comisión sobre esta cuestión, que fue aprobada por el Consejo en diciembre de 2008, son iniciativas que tienen una relevancia clave en este contexto. Estos documentos fueron elaborados no solo por las Direcciones Generales responsables del empleo sino también por las que se ocupan de la economía y de la salud pública.



A la luz de estos acontecimientos, los revisores pares señalaron que el debate no debe centrarse únicamente en la discapacidad sino que debe considerarse a la luz de la cuestión más amplia del carácter poco inclusivo de los mercados de trabajo, teniendo en cuenta las recomendaciones de la UE sobre la inclusión activa. Éstas tienen tres componentes, a saber, la renta, la provisión de servicios sociales de calidad y la orientación sobre el empleo. Las cuestiones que es necesario preguntarse son las siguientes: “¿Cómo colocamos los problemas de salud en la agenda de los servicios de empleo y cómo colocamos el retorno al trabajo en la agenda de los servicios de salud?”

Implicar a los empresarios

Dado que la mayoría de las discapacidades se desarrollan durante el curso de la vida laboral, se señaló que el centro de trabajo y los empresarios desempeñan un importante papel a la hora de abordar la relación entre el empleo y los problemas de salud.

Existen numerosas oportunidades de prevenir el empeoramiento de la salud y de retener a los trabajadores en el empleo durante su vida laboral. Sin embargo, en muchos países, el papel de los empresarios se ha descuidado y, en los casos en los que existe ayuda para los empresarios, a menudo es difícil acceder a ella. Como consecuencia, los proveedores de servicios tienden a llenar ese vacío. Dado que en Europa la mayoría de los empresarios son pequeñas y medianas empresas (PYME), los intermediarios tienen realmente un importante papel que desempeñar. No obstante, los revisores subrayaron la necesidad de analizar cuidadosamente las oportunidades que se han desaprovechado para implicar a los profesionales de los centros de trabajo y, en particular, a sus gestores de recursos humanos y sus profesionales de la salud ocupacional en la retención, la reorientación y el retorno al trabajo.

Las reformas holandesas se basan en la propia premisa de que el empresario es la persona que más eficazmente puede ayudar a un empleado a volver a trabajar, por lo que se ha asignado a los empresarios la responsabilidad de pagar la prestación. La idea es que, por tanto, los empresarios no solo necesitan incentivos financieros para contratar personas con discapacidades sino que también deben ser penalizados financieramente por no asumir sus responsabilidades. Este desplazamiento de la carga del riesgo del Estado al nivel en el que mejor se puede influir en el riesgo también ha producido una disminución de las tasas de entrada



y, por tanto, a más largo plazo, del número de perceptores de prestaciones. Se preguntó si la responsabilización financiera de los empresarios, que es el objetivo de las reformas holandesas, no podría disminuir si los empresarios pueden contratar un seguro privado para cubrir los riesgos de sus pagos de prestaciones, pero parece que este problema es improbable que surja, ya que la compañía de seguros presionará al empresario para que reintegre lo antes posible a la persona en cuestión.

Aunque los elementos clave de las buenas prácticas en la gestión de las personas mayores y de la discapacidad se entienden relativamente bien en toda la UE, no se aplican coherentemente. Aunque las empresas actualmente sí prestan más atención a la promoción de la salud y el bienestar, continúa dedicándose poca atención a las necesidades específicas de algunos grupos de la población trabajadora, como los trabajadores menos cualificados o las mujeres.

Y lo que es más, según los estudios de Eurofound sobre medidas preventivas en el centro de trabajo y la Encuesta Europea sobre las Condiciones de Trabajo (disponibles en la página web de Eurofound, <http://www.eurofound.europa.eu>), las medidas activas de gestión y rehabilitación de las discapacidades son aún un raro fenómeno en las empresas encuestadas en Europa. Pocas empresas toman medidas activas para reintegrar a los individuos en el trabajo después de una larga enfermedad.

Será esencial abordar la ausencia de actitudes positivas en los profesionales de la salud y los empresarios, así como las bajas expectativas de los trabajadores y la falta de recursos apropiados en muchos centros de trabajo. Se necesitan respuestas coordinadas y centradas de los sistemas, no solo de las autoridades públicas sino también de y dentro tanto de las empresas como de los servicios comunitarios. De hecho, se señaló que conseguir que los empresarios que tienen actitudes positivas hablen con otros empresarios es mucho más eficaz que los decretos del Gobierno central. En el Reino Unido, se ha creado un foro para el diálogo entre los empresarios.

Se puso de relieve que el clima psicológico reinante en el centro de trabajo desempeña un importante papel. Muchas personas abandonan el trabajo debido a factores psicológicos como el estrés, la permanente reorganización, las tareas monótonas y la falta de autonomía. La mayoría de las salidas del mercado de trabajo no ocurren de repente. Las señales de alarma a menudo aparecen mucho antes (discusiones con los jefes, ciclos repetidos de empleo seguido de desem-



pleo, etc.) y la intervención temprana puede impedir que se recurra más tarde a las prestaciones de incapacidad. Los empresarios deben tener en cuenta las cuestiones de salud y el envejecimiento cuando definen sus estrategias de recursos humanos. Eso ayudará a resolver el problema de la jubilación anticipada, así como la integración de las personas con discapacidades mentales en el centro de trabajo. Ese enfoque significaría fijarse en lo que pueden hacer los individuos antes que en lo que no pueden hacer. También significaría anticiparse al fenómeno del envejecimiento planificando para una movilidad mayor entre las tareas durante el periodo de empleo, con el fin de evitar más tarde la discapacidad. Asimismo, el desarrollo de horarios de trabajo flexibles beneficiaría a todos los trabajadores. Las estrategias de recursos humanos deben dar más peso a las evaluaciones del rendimiento y los objetivos cualitativos y no solo a los cuantitativos. Es necesario formar y preparar a los directivos sobre las relaciones con los empleados mayores o discapacitados y animarlos a manifestar sus dificultades psicológicas para relacionarse con estas poblaciones. También debe realizarse una reflexión sobre las políticas salariales y su idoneidad para promover un aumento de la flexibilidad y para refutar el argumento de que los empresarios no pueden permitirse emplear a personas mayores y a personas con discapacidades.

Promover la reintegración

Los revisores pares señalaron que la cuestión de la reintegración se ha descuidado excesivamente. Se necesitan urgentemente nuevos datos europeos sobre este tema.

Las reformas están concentrándose actualmente en dar a los individuos un periodo de prueba en el empleo. También están realizándose esfuerzos para aumentar la flexibilidad del empleo, especialmente reduciendo los tiempos de trabajo. Y las valoraciones médicas están orientándose más hacia lo que una persona es capaz de hacer, en los casos en que procede. No obstante, debe prestarse más atención a algunas cuestiones como la motivación, las actitudes y las capacidades de los empresarios, los factores económicos y los factores de los sistemas, pero también a la manera en que se prestan los servicios tanto a los perceptores de prestaciones como a los empresarios.

El Reino Unido ha introducido recientemente una garantía por la que todo el que vuelva a trabajar percibirá al menos 40€ más a la semana. Esta política no cos-



tará mucho, puesto que ya está aplicándose a la mayoría de las personas que vuelven a trabajar. Una nueva iniciativa que está previsto poner en marcha en 2011 implicaría pagar a los proveedores de empleo una parte de lo que se ahorra el Estado cuando los individuos vuelven a trabajar. Esta iniciativa entraña, sin embargo, calcular por adelantado el “peso muerto” (la proporción de solicitantes que habrían encontrado trabajo de todos modos) y tenerlo en cuenta en los contratos con los proveedores, por lo que es una estrategia muy arriesgada.

Por lo que se refiere a la retención y a la reintegración de los trabajadores mayores en el empleo, se señaló que el sistema finlandés podría ser un buen ejemplo de cómo promover su capacidad de trabajo y sus cualificaciones y de cómo adaptar las políticas de recursos humanos a ellos, especialmente en lo que se refiere a la conciliación del trabajo con otras responsabilidades, como atender a los cónyuges o a los padres enfermos.

Otra cuestión que se debatió fue la disminución del número de puestos de trabajo poco cualificados y de bajos salarios en Europa y el posible impacto de este fenómeno en el empleo de las personas con discapacidades. No obstante, se estaba de acuerdo en general en que el retorno a un puesto de trabajo de baja calidad no sería una solución ni viable ni deseable. Lo que se necesita, más bien, es garantizar que las personas con discapacidades adquieren cualificaciones actualizadas.

Además, la reintegración puede no siempre entrañar el retorno al empleo asalariado. Puede haber razones para apoyar los esfuerzos de las personas parcialmente incapacitadas para convertirse en trabajadores por cuenta propia. De hecho, ésa sería una manera de sacar a los perceptores de prestaciones de la economía sumergida.

El aumento de los problemas de salud mental

La OCDE estima que actualmente entre el 30 y el 45% de las nuevas entradas en las prestaciones de discapacidad son personas con problemas de salud mental. Eso lleva a preguntarse si nuestros sistemas de discapacidad y medidas de activación están diseñados adecuadamente para ellas.

Esta población también es más joven y predominantemente femenina, mientras que la población anterior de perceptores de prestaciones tendía más a ser mayor y masculina. De hecho, se ha observado un aumento de la proporción de mujeres



que perciben prestaciones de incapacidad, pero la mayoría de los países pares no tienen intención de tomar medidas específicas para las mujeres en este terreno. Muchos de estos perceptores más jóvenes se vuelven dependientes de las prestaciones a largo plazo, abandonando de hecho la población activa.

La OCDE estima que las tasas de empleo de las personas con problemas mentales generalmente son menos de la mitad de las tasas de las personas que tienen otros problemas de salud. Los datos alemanes recientes también muestran un rápido aumento de las salidas anticipadas por razones de salud mental. La reticencia de los empresarios y la situación general del empleo explican en parte el aumento del desempleo por problemas de salud mental, pero también lo explican las mejoras de los diagnósticos, los cambios de las normas de elegibilidad y la tendencia de las políticas de los gobiernos a concentrarse en los ancianos más que en los problemas de los jóvenes con discapacidades.

Por último, se señaló que no solo están sufriendo una desventaja en el mercado de trabajo las personas que perciben prestaciones de incapacidad sino también algunas de las que las cuidan.

Fijar prioridades

Un dilema específico de la futura elaboración de la política en muchos países pares será si concentrar los esfuerzos en conseguir los resultados más rápidos y menos caros o concentrarlos en los casos más difíciles y, por tanto, más caros y lograr así mayores beneficios a largo plazo.

Un enfoque que está considerándose en el Reino Unido es el uso de pagos ascendentes a los proveedores de oportunidades de reinserción. Éstos recibirían, por ejemplo, más por persona por las segundas cien personas colocadas que por las cien primeras. Eso sería un incentivo para abordar los casos más difíciles. Otra idea es tener más en cuenta la motivación cuando se mide la lejanía de una persona del mercado de trabajo. Además, un programa llamado "Access to Work" ayuda a financiar las medidas de adaptación de los centros de trabajo que se consideran superiores a las que podrían esperarse razonablemente del empresario. Está considerándose la posibilidad de utilizar una parte de este fondo para tener empleos vacantes para personas cuyo estado de salud fluctúa, por ejemplo, contratando trabajadores de agencias para sustituirlas temporalmente cuando sea necesario.



Consultas a las organizaciones implicadas

Por último, pero no por ello menos importante, muchos participantes destacaron la importancia de la realización de amplias consultas con las organizaciones implicadas cuando se planean reformas, especialmente con las organizaciones de personas discapacitadas y con los interlocutores sociales.



6. Conclusiones y lecciones aprendidas

La cuestión de la gestión de las entradas fue un importante tema en los debates de la Revisión por Pares: ¿cómo diseñamos los sistemas de manera que motive-mos a los perceptores de prestaciones para buscar trabajo?

Un importante factor es el nivel de las prestaciones en comparación con los salarios. Las revisiones periódicas de los individuos también son esenciales, ya que el grado de incapacidad puede cambiar con el tiempo y los sistemas reformados tienden a estar cada vez más orientados hacia el derecho temporal a percibir prestaciones.

También es importante distinguir entre los problemas de salud y los problemas de empleo y decidir en qué centrar la atención. Los regímenes de incapacidad a veces confunden los dos. Los sistemas deben diseñarse de manera que tengan en cuenta variables como el aumento del número de jóvenes incapacitados, la creciente importancia de los problemas de salud mental entre los motivos de la incapacidad y la dimensión de género, ya que las mujeres con discapacidades pueden tener especiales dificultades para reintegrarse en el mercado de trabajo.

La flexibilidad se considera un importante principio de diseño de los sistemas. Los enfoques integrados y los modelos de ventanilla única fueron algunos de los modelos examinados y se insistió especialmente en que los enfoques deben estar personalizados: cada caso es único. En muchos países, las estructuras de rehabilitación están bastante fragmentadas y requieren mejor coordinación.

El modelo holandés, con su nuevo sistema de reparto del riesgo, suscitó mucho interés. No obstante, se señaló que si se impone a los empresarios una carga demasiado grande, éstos se retirarán y será aún más difícil conseguir que la gente vuelva al mercado de trabajo. El ejemplo holandés también puso de relieve el hecho de que las reformas llevan tiempo, 25 años en el caso holandés.

Otra cuestión es el tema de la priorización: ¿a quién deben ir destinados ante todo los programas? ¿A los que es más fácil y más barato reintegrar en el trabajo o a los casos más difíciles que entrañan mayores gastos? Cuando se trata de reintegrar a los individuos en el empleo, ¿de qué tipo de empleos estamos hablando? ¿De empleos de calidad o de empleos poco cualificados? ¿Qué importancia debe darse al ajuste de las cualificaciones? ¿Debe considerarse legítimo el tra-

bajo temporal, a tiempo parcial o flexible? ¿Y qué ocurre con el trabajo informal o no remunerado?

Por último, ha habido una serie de cambios de paradigma en la provisión de prestaciones de incapacidad: se ha pasado de los modelos médicos a modelos sociales; de los programas públicos a las soluciones basadas en el mercado; y quizá también de los enfoques “formar–colocar” (en los que los individuos reciben primero formación antes de intentar colocarlos en el mercado de trabajo) a los enfoques “colocar–formar” (que implican formación en el trabajo). Hasta ahora, la experiencia de Noruega de “colocar–formar” ha sido bastante positiva.

En casi todos los países de la UE, una tendencia evidente es pasar de fijarse en las incapacidades de los individuos a centrar, por el contrario, la atención en lo que *pueden* hacer.

La implicación de los empresarios es esencial y se necesitan incentivos eficaces para cambiar su conducta con respecto a la contratación de personas discapacitadas. En algunos casos, se requerirá ayuda para realizar los cambios necesarios en el centro de trabajo, especialmente en el caso de los empresarios que no tienen experiencia previa en el trato con personas con discapacidades. Para eso puede ser necesario personal especializado. Actualmente hay programas de formación y de certificación para los gestores de discapacidades y los gestores de vuelta al trabajo. Pero los pequeños empresarios tendrán menos recursos y pueden necesitar un enfoque distinto. En todo caso, si se asigna demasiada responsabilidad a los empresarios, pueden ser reacios a emplear a personas que pueden tener problemas en el futuro y la selección médica puede convertirse en un problema. Es necesario abordar las falsas percepciones de los empresarios sobre las personas incapacitadas. Una manera de lograrlo son las campañas de sensibilización como las del Reino Unido y los Países Bajos. Es necesario mejorar las cualificaciones de los proveedores de servicios y de otros que pueden estar implicados en el retorno al trabajo, como el personal de salud ocupacional.

La Revisión por Pares reveló que existe una gran cantidad de información sobre las buenas prácticas que funcionan. Sin embargo, las buenas prácticas tienden a tener fecha de “caducidad”. Hay que utilizarlas bastante deprisa. La cuestión clave es, pues, cómo poner en práctica lo que ya se conoce. Para eso será necesaria la participación de los interlocutores sociales, posiblemente por medio de modelos tripartitos. Asimismo, las estructuras de aprendizaje basado en la



acción podrían ser una manera eficiente de lograr el compromiso necesario de los grupos implicados.

Las lecciones clave que surgieron de esta Revisión por Pares son las siguientes:

- Debe centrarse más la atención en las **capacidades** de los individuos que en lo que no pueden hacer. Este principio debe tenerse presente en un momento en el que la mayoría de los Estados Miembros de la UE están reflexionando sobre cómo modernizar sus sistemas de protección social.
- Es necesario adoptar **enfoques personalizados** en la gestión de la incapacidad. Cada caso es único. Éstos deben combinarse con una coordinación adecuada entre los servicios y otros agentes implicados.
- Entre los **trampolines** para pasar de la incapacidad al empleo se encuentran la economía social, las posibilidades de combinar el trabajo con las prestaciones y los periodos de prueba con la posibilidad de recurrir a las prestaciones
- La **adaptación del centro de trabajo y del contenido del puesto de trabajo al individuo** puede ayudar a eliminar los obstáculos al empleo.
- La **prevención**, reduciendo los accidentes y las enfermedades ocupacionales y previniendo las causas potenciales del desempleo, puede ayudar a abordar la incapacidad en el origen.
- La **gestión de las entradas** es una importante cuestión y es necesario diseñar los sistemas de manera que motiven a los perceptores de prestaciones para buscar trabajo. Los factores clave en este caso son el nivel de las prestaciones en comparación con los salarios y la valoración periódica de los niveles de incapacidad. En el caso español, el hecho de que las prestaciones de incapacidad estén exentas de impuestos puede animar a los individuos a solicitarlas en lugar de esperar a percibir sus pensiones de jubilación, que están sujetas a impuestos.

La **naturaleza de la incapacidad está cambiando**. En los países de la OCDE, los problemas de salud mental son el motivo para solicitar las prestaciones por incapacidad que más deprisa está aumentando. La proporción de trabajadores jóvenes discapacitados también está aumentando, al igual que la proporción de mujeres con discapacidades que no trabajan. Una cuestión específica de género son los problemas a los que se enfrentan las cuidadoras con discapacidades que

tratan de reintegrarse en la población activa. Las políticas deben tener en cuenta todos estos aspectos.

- La **participación de los interlocutores sociales** en la planificación y la aplicación de la reforma debe garantizarse, posiblemente por medio de estructuras tripartitas.
- La **implicación de los empresarios** es esencial. Se necesitan incentivos eficaces para cambiar las actitudes de los empresarios hacia la discapacidad y animarlos a contratar y retener a los trabajadores incapacitados. Algunos empresarios también podrían necesitar ayuda para hacer los cambios necesarios en el centro de trabajo, especialmente las pequeñas empresas (PYME), que actualmente generan la mayor parte del empleo en Europa.
- Aunque la aparición de proveedores privados de servicios para la rehabilitación y la colocación de las personas incapacitadas puede ser beneficiosa, es necesario **impedir la selección**, es decir, la concentración en los casos más fáciles y baratos de colocar y no en los más necesitados de ayuda.
- Los **aspectos de la gobernanza**, como un aumento de la participación de las organizaciones implicadas relevantes, son vitales para aumentar la concienciación, para fomentar el entendimiento compartido de lo que las reformas pretenden lograr y para abordar las falsas percepciones y las actitudes que impiden progresar. Es necesario prestar más atención al seguimiento y la evaluación del impacto y de la eficacia de las reformas.
- Las **estrategias activas de inclusión** son especialmente relevantes para el debate sobre la incapacidad, ya que tienen por objeto tanto llegar a las personas que se encuentran más alejadas del mercado de trabajo como luchar contra la pobreza. Un buen empleo es la mejor salvaguardia contra la pobreza y la exclusión. La UE seguirá este enfoque por medio de su Método abierto de coordinación (MAC) social y de la Estrategia Europea de Empleo.





<http://www.peer-review-social-inclusion.eu>

Modernización y activación de las medidas relacionadas con la incapacidad laboral

País anfitrión : **España**

Países pares : **Francia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Polonia, Rumanía, Suecia, Países Bajos, Reino Unido**

La revisión de las políticas de seguridad social en la que se ha embarcado España ha suscitado la importante cuestión de la protección social de las personas que sufren una enfermedad o una discapacidad.

Muchos Estados Miembros han abordado esta misma cuestión en los últimos años, pero continúa figurando firmemente en la agenda de política. Los esfuerzos para reformar los sistemas de incapacidad siguen encaminándose a encontrar la mejor manera de definir la incapacidad permanente o la incapacidad para trabajar, de impedir los abusos y los costes correspondientes y de diseñar medidas de activación para ayudar a las personas con discapacidades a entrar en el empleo. Por una parte, es importante garantizar que las personas que necesitan realmente renta y otras ayudas pueden recibirlas; por otra, es igualmente importante que las que pueden trabajar no sean obligadas a salir anticipadamente del mercado de trabajo. La crisis económica actual añade, además, una nueva dimensión que debe considerarse.

La Revisión por Pares será una valiosa oportunidad para intercambiar experiencias nacionales recientes en esta área y evaluar los resultados de algunas de las políticas que se han puesto en práctica.