



Asamblea General

Distr. general
27 de agosto de 2012
Español
Original: inglés

Sexagésimo séptimo período de sesiones
Temas 135 y 136 del programa provisional*

Gestión de los recursos humanos

Dependencia Común de Inspección

Gestión de las licencias de enfermedad en las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas

Nota del Secretario General

El Secretario General tiene el honor de transmitir a los miembros de la Asamblea General el informe de la Dependencia Común de Inspección titulado “Gestión de las licencias de enfermedad en las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas” (JIU/REP/2012/2).

* A/67/150.



Gestión de las licencias de enfermedad en las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas

Informe preparado por

*Nikolay Chulkov
Gérard Biraud
Yishan Zhang*

Dependencia Común de Inspección

Ginebra 2012

Resumen

Gestión de las licencias de enfermedad en las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas – JIU/REP/2012/2

En el presente informe relativo a todo el sistema se examina la manera en que las organizaciones internacionales llevan a cabo el registro, la gestión y la elaboración de informes sobre las licencias de enfermedad y se proponen mejoras que permitirán que las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas aclaren, perfeccionen y armonicen, en todo el sistema, los reglamentos y las normas aplicables a las licencias de enfermedad, eviten los abusos y, lo que es más importante, cumplan su obligación de prestar atención a la salud y la seguridad de sus funcionarios.

Uno de los objetivos de una política viable de licencias de enfermedad es tener en cuenta el hecho de que las organizaciones tienen en su personal su recurso más valioso. Si adoptaran una política proactiva, las organizaciones empleadoras podrían estar al tanto de lo que sucede a su personal. Además, en según se calculó en un estudio, un aumento del 1% en el ausentismo equivale a un aumento del 1% en los costos salariales¹. Esto pone de relieve la necesidad de hacer cumplir, mediante una gestión adecuada, los reglamentos y las normas en vigor sobre las licencias de enfermedad (en concreto la licencia de enfermedad no certificada) y otros derechos de licencia.

No puede afirmarse con certeza el costo de las licencias de enfermedad para las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, ya que la mayoría no recopila estadísticas sobre ellas, e incluso cuando sí lo hacen no son comparables a causa de las distintas metodologías utilizadas y muchas no incluyen los costos indirectos en sus cálculos. Algunas organizaciones confirmaron además que no se registran datos sobre licencias de enfermedad de todo el personal: una de ellas lo hace en el caso del personal de contratación internacional, pero no para el 80% restante de su personal, mientras que otras no incluyen en sus estadísticas las licencias de enfermedad del personal temporal, los consultores y los contratistas independientes.

Si bien la decisión de los miembros de la Junta de los jefes ejecutivos del sistema de las Naciones Unidas para la coordinación de adoptar una política de seguridad y salud en el trabajo² para sus respectivas organizaciones, y el cambio de paradigma correspondiente en el que se hace hincapié en la prevención y no en la cura³, los servicios de salud ocupacional debidamente creados tendrán que centrarse en los aspectos médicos relativos a la licencia de enfermedad, como la recopilación de estadísticas y análisis pertinentes. No deberían ocuparse de la **gestión** de la licencia de enfermedad.

En el informe se recomienda que gestores y supervisores reciban capacitación oficial para responder a las necesidades del personal que tenga problemas médicos (incluidos los problemas de salud mental) que puedan afectar a su desempeño y ser causa de ausencias ostensibles y, en ocasiones, puedan requerir ajustes de los horarios laborales. Así, los jefes ejecutivos han de diseñar y poner en práctica una política de vuelta al trabajo para los funcionarios que regresen de una ausencia por licencia prolongada de enfermedad.

¹ Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra (ONUG), informe sobre licencias de enfermedad, 2008 y 2009.

² "Healthcare and its Management in the United Nations System" (CEB/2009/HLCM/32).

³ CEB/2010/3, párr. 77.

En el informe se concluye que mantener un entorno de trabajo saludable es una condición *sine qua non* para reducir el ausentismo (licencia de enfermedad). Por consiguiente, las organizaciones y entidades deben considerar la posibilidad de incluir módulos de gestión de la salud y la productividad en el lugar de trabajo.

Recomendación que se somete a la consideración de los órganos legislativos

Recomendación 5

Los órganos legislativos de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas deberían pedir a los jefes ejecutivos que les presentasen informes detallados, con periodicidad anual o bienal, sobre las licencias de enfermedad, con inclusión de datos estadísticos y financieros, y sobre las medidas adoptadas por la organización para reducir el ausentismo por licencia de enfermedad.

Recomendación que se somete a la consideración de la Junta de los jefes ejecutivos del sistema de las Naciones Unidas para la coordinación

Recomendación 6

El Comité de Alto Nivel sobre Gestión de la Junta de los jefes ejecutivos del sistema de las Naciones Unidas para la coordinación, a través de sus redes financieras, presupuestarias y de recursos humanos, debería elaborar una metodología para calcular la carga que suponen las enfermedades dentro de las organizaciones.

Índice

	<i>Párrafos</i>	<i>Página</i>
Resumen.....		v
Siglas.....		viii
I. Introducción.....	1–13	1
Antecedentes.....	1–4	1
Ámbito.....	5–6	1
Metodología.....	7–13	2
II. Licencia de enfermedad.....	14–22	3
III. Gestión de las licencias de enfermedad.....	23–74	7
A. Registro.....	23–26	7
B. Supervisión.....	27–56	8
i) Personal.....	30–31	8
ii) Personal encargado del control de horarios y el registro de asistencia...	32–34	9
iii) Directores/supervisores.....	35–40	9
iv) Servicios médicos.....	41–48	11
v) Asesores.....	49–50	13
vi) Recursos humanos.....	51–56	13
C. Elaboración de informes.....	57–61	14
D. Estadísticas.....	62–66	16
E. Costo.....	67–69	17
F. Políticas de reincorporación al trabajo.....	70–74	17
IV. Reducir el ausentismo.....	75–80	21
A. Modalidades de trabajo flexible.....	75–76	21
B. Gestión de la salud y la productividad.....	77–80	22
Anexos		
I. Derecho a licencia de enfermedad.....		24
II. Sinopsis de las medidas que han de adoptar las organizaciones participantes respecto de las recomendaciones de la Dependencia Común de Inspección – JIU/REP/2012/2.....		26

Siglas

ACNUR	Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CAPI	Comisión de Administración Pública Internacional
CCI	Centro de Comercio Internacional UNCTAD/Organización Mundial del Comercio
CEPA	Comisión Económica para África
CESPAO	Comisión Económica y Social para Asia Occidental
DCI	Dependencia Común de Inspección
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
FIDA	Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola
IPSAS	Normas Internacionales de Contabilidad para el Sector Público
OACI	Organización de Aviación Civil Internacional
OCDE	Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos
OIEA	Organismo Internacional de Energía Atómica
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMI	Organización Marítima Internacional
OMM	Organización Meteorológica Mundial
OMPI	Organización Mundial de la Propiedad Intelectual
OMS	Organización Mundial de la Salud
OMT	Organización Mundial del Turismo
ONUDI	Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial
ONUG	Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra
ONU-Hábitat	Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos
ONUN	Oficina de las Naciones Unidas en Nairobi
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
ONUV	Oficina de las Naciones Unidas en Viena
OOPS	Organismo de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en el Cercano Oriente
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSSI	Oficina de Servicios de Supervisión Interna

OTPCE	Organización del Tratado de Prohibición Completa de los Ensayos Nucleares
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PNUMA	Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente
UIT	Unión Internacional de Telecomunicaciones
UNCTAD	Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNODC	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
UNOPS	Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos
UPU	Unión Postal Universal

I. Introducción

Antecedentes

1. Dentro de su programa de trabajo para 2011, la Dependencia Común de Inspección realizó, entre febrero y noviembre de ese año, un examen titulado "Gestión de las licencias de enfermedad en las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas", a partir de una propuesta interna de la Dependencia respaldada por ocho organizaciones que participan en ella.

2. En el presente informe relativo a todo el sistema se examina la manera en que las organizaciones internacionales llevan a cabo el registro, la gestión y la elaboración de informes sobre las licencias de enfermedad con miras a proponer mejoras que permitirán que las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas aclaren, perfeccionen y armonicen, en todo el sistema, los reglamentos y las normas aplicables a las licencias de enfermedad, eviten los abusos y, lo que es más importante, cumplan su obligación de prestar atención a la salud y la seguridad de sus funcionarios.

3. No puede establecerse con certeza el costo de las licencias de enfermedad para las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas. Esto se debe a que la mayoría no recopila estadísticas sobre las licencias de enfermedad, e incluso en las organizaciones que sí lo hacen las estadísticas no son comparables a causa de las distintas metodologías utilizadas, además de que muchas organizaciones no incluyen los costos indirectos en sus cálculos. Los Inspectores desean llamar la atención sobre el hecho de que no haya datos suficientes sobre los costos de las licencias de enfermedad. Además, 23 de las 34 organizaciones/entidades que respondieron al cuestionario señalaron que la licencia de enfermedad no les suponía un problema, a pesar de que solo 10 de ellas⁴ confirmaron que podían facilitar informes estadísticos al respecto.

4. Uno de los objetivos de una política viable de licencias de enfermedad es tener en cuenta que el personal es el mayor activo de las organizaciones⁵. Si adoptaran una política proactiva, las organizaciones empleadoras podrían estar al tanto de lo que sucede a su personal. Además, se calcula que un aumento del 1% en el ausentismo equivale a un aumento del 1% en los costos salariales⁶. Esto pone de relieve la necesidad de hacer cumplir los reglamentos y las normas en vigor sobre las licencias de enfermedad (en concreto la licencia de enfermedad no certificada) y otros derechos de licencia.

Ámbito

5. En el informe se examinan las funciones y responsabilidades respectivas de los directores, departamentos de recursos humanos y servicios médicos o de salud ocupacional en la gestión de las licencias de enfermedad en una organización. En algunos casos, los reglamentos y las normas de las organizaciones exigen a sus servicios médicos o de salud ocupacional que añadan a sus tareas habituales una función de supervisión en la gestión de la licencia de enfermedad. Si bien el personal puede disfrutar de una licencia de enfermedad, su ausencia tiene consecuencias individuales y acumulativas en la eficacia y eficiencia de la organización para cumplir su mandato.

⁴ Comisión Europea, Grupo del Banco Mundial, OIT, OMI, ONUG, ONUN, ONUV/UNODC, UIT, UNESCO.

⁵ Memoria del Secretario General sobre la labor de la Organización, A/62/1, párr. 4.

⁶ ONUG, informe sobre licencias de enfermedad, 2008 y 2009.

6. El capítulo II se centra en el concepto de licencia de enfermedad y en el proceso de autorización, mientras que el capítulo III trata principalmente del aspecto de gestión de la licencia de enfermedad. El capítulo IV presenta información sobre determinados aspectos de la gestión de las licencias de enfermedad.

Metodología

7. De conformidad con las normas y directrices internas de la Dependencia Común de Inspección, la metodología seguida para preparar el presente informe comprendió un examen preliminar detallado, cuestionarios, entrevistas y un análisis a fondo.

8. Los Inspectores realizaron entrevistas en persona y por medio de teleconferencias y videoconferencias, además de visitas a algunas organizaciones/entidades internacionales en Bruselas, Ginebra, La Haya, Nairobi, Nueva York, París, Roma, Viena y Washington. Se reunieron con representantes de los servicios médicos o de salud ocupacional, departamentos de recursos humanos y finanzas, directores y consejeros. También se reunieron con determinados consejos del personal. En junio de 2011 participaron en una sesión de intercambio de ideas sobre gestión de las licencias de enfermedad con los médicos de las organizaciones internacionales con sede en La Haya (Países Bajos).

9. Se invitó a los Inspectores a presentar sus observaciones preliminares, basadas en las respuestas al cuestionario, en la reunión anual del Grupo de Trabajo de directores de los servicios médicos del sistema de las Naciones Unidas celebrada en Brindisi (Italia) en octubre de 2011. Después de la presentación, los participantes debatieron a fondo sobre las conclusiones que podían desprenderse y las posibles recomendaciones.

10. Para ultimar el informe se tuvieron en cuenta las observaciones sobre el proyecto de informe que se recabaron de todas las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas participantes de la Dependencia Común de Inspección, así como de un grupo restringido de otras organizaciones internacionales.

11. De conformidad con el artículo 11.2 del estatuto de la Dependencia Común de Inspección, el presente informe recibió forma definitiva tras la celebración de consultas entre los Inspectores a fin de someter sus conclusiones y recomendaciones a la prueba del juicio colectivo de la Dependencia.

12. Para facilitar la utilización del informe y la aplicación y el seguimiento de sus recomendaciones, en el anexo 2 figura un cuadro en el que se indica si el informe se ha presentado a las organizaciones interesadas para la adopción de medidas o a título de información. En el cuadro se indican las recomendaciones pertinentes para cada organización, y se especifica si es necesario que el órgano legislativo o rector de la organización adopte una decisión o bien la decisión que corresponda pueda ser adoptada por el jefe ejecutivo de la organización.

13. Los Inspectores desean expresar su reconocimiento a todas las personas que les brindaron asistencia en la preparación del presente informe, en particular a quienes participaron en las entrevistas, respondieron a los cuestionarios y tan generosamente compartieron sus conocimientos y experiencias.

II. Licencia de enfermedad

14. Las Naciones Unidas otorgan licencia de enfermedad, con sueldo, a los funcionarios "que por enfermedad o lesión se vean imposibilitados para realizar su labor o no puedan acudir al trabajo debido a disposiciones encaminadas a proteger la salud pública [...]. Toda licencia de enfermedad deberá ser aprobada en nombre del Secretario General y en las condiciones por él establecidas"⁷. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) define la licencia de enfermedad como el derecho cuyo objetivo es ofrecer protección salarial a los funcionarios que, por enfermedad o lesión, se vean médicamente imposibilitados para realizar su labor oficial, de manera que puedan atender a sus necesidades de salud y obtener cuidados médicos lo antes posible⁸. La Comisión de Administración Pública Internacional (CAPI) reconoce la licencia de enfermedad y afirma que los límites de las prestaciones varían según las organizaciones y el tipo de nombramiento del funcionario⁹. Para más información sobre las prestaciones relacionadas con la licencia de enfermedad en determinadas organizaciones, véase el anexo I.

15. Sin embargo, hay quien opina que la licencia de enfermedad no es un derecho de licencia, ya que solo se otorga si el funcionario está incapacitado y una vez presentado el certificado médico correspondiente¹⁰. En cualquier caso, a los fines del presente examen, la licencia de enfermedad se considera un derecho a una prestación si se cumplen ciertas condiciones. Es un derecho al estar legitimado como tal y, cuando se utiliza, pasa a ser una prestación social.

16. Para que la licencia de enfermedad se valide y autorice como tal, las organizaciones piden a su personal que presente un certificado o un informe médico, o ambos, a su supervisor inmediato/asistente encargado del registro de licencias y al servicio médico, o solamente a este último pero tras informar al primero, según el caso (véase el gráfico 1 *infra*). Un certificado médico **no incluye información médica confidencial** (por ejemplo, detalles del diagnóstico o del tratamiento) y solo indica que un profesional médico calificado ha examinado al funcionario y ha recomendado que no acuda al trabajo. Un informe médico, en cambio, incluye **información médica detallada y solo debe presentarse ante personal médico** sujeto a las habituales disposiciones profesionales relacionadas con la confidencialidad médica.

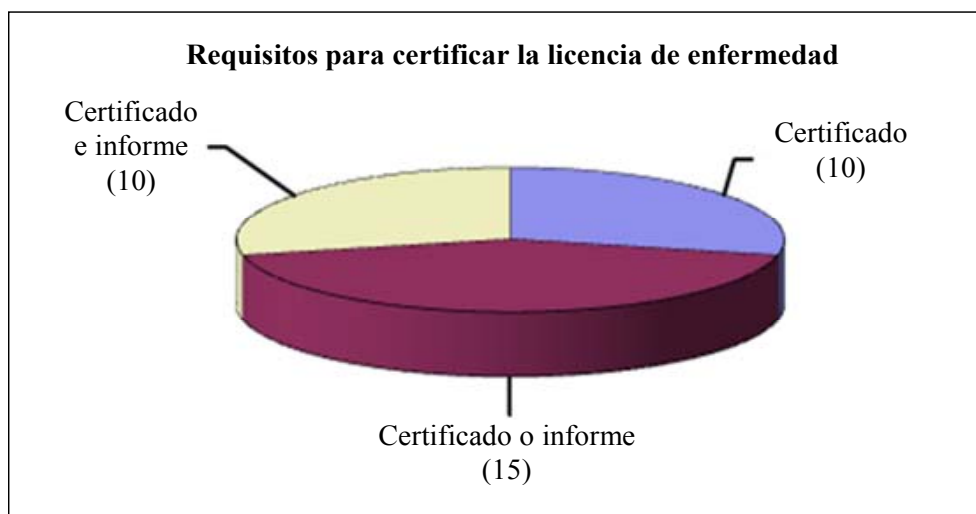
⁷ Reglamento y Estatuto del Personal de las Naciones Unidas (ST/SGB/2011/1), regla 6.2.

⁸ OIT, procedimiento de la oficina IGDS N° 153 (versión 1), 15 de julio de 2010.

⁹ Véase CAPI, *United Nations Common System of Salaries, Allowances and Benefits (Régimen común de sueldos, prestaciones y otros beneficios de las Naciones Unidas)*, agosto de 2010.

¹⁰ "The Provision of Leave" (CEB/2007/HR/5), 2 de marzo de 2007.

Gráfico 1

Requisitos para certificar la licencia de enfermedad en las organizaciones/entidades

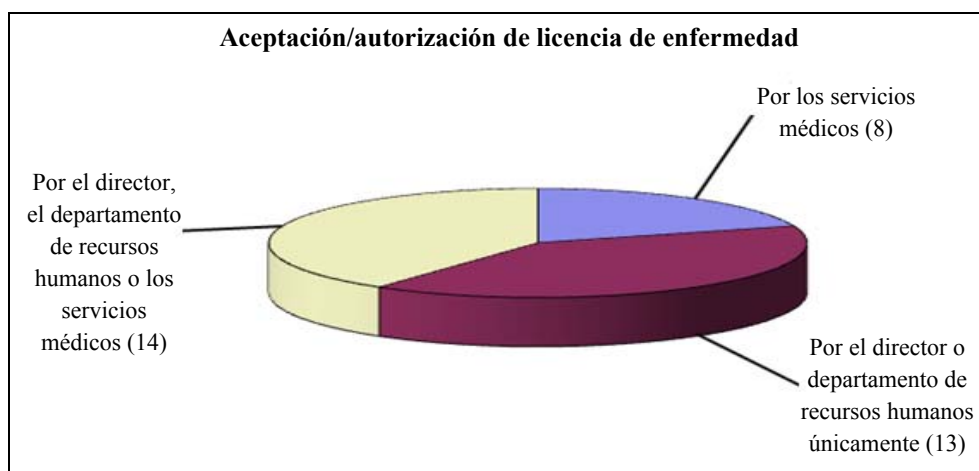
Certificado (10/35): Comisión Europea, FIDA, Grupo del Banco Mundial, OCDE, OIT, OMM, OOPS, Organización para la Prohibición de las Armas Químicas, UNOPS, UPU.

Certificado o informe (15/35): CESPAP, Departamento de Operaciones de Mantenimiento de la Paz/Departamento de Apoyo a las Actividades sobre el Terreno, OACI, OIEA, OMI, ONUDI, ONUN, ONUSIDA, PMA, PNUD, Sede de las Naciones Unidas, UIT, UNESCO, UNFPA, UNICEF.

Certificado e informe (10/35): ACNUR, CEPA, FAO, OMPI, OMS, OMT, ONUG, ONUV/UNODC, OPS, OTPCE.

En el gráfico 2 siguiente puede verse el número de organizaciones o entidades que permiten que el director o el departamento de recursos humanos acepten/autoricen la licencia de enfermedad, las que exigen que la autorización provenga de los servicios médicos y las que establecen que la aceptación/autorización venga de uno u otros, según el número solicitado de días de licencia (3, 10 o 20 días laborables). A juicio de los Inspectores, con fines estadísticos y no de control o autorización, deben remitirse copias de todos los certificados o informes relacionados con licencias de enfermedad a los servicios médicos o de salud ocupacional. Sin esa información, los servicios no pueden presentar una descripción correcta de las ausencias por licencia de enfermedad en la organización.

Gráfico 2

Proceso de aceptación/autorización de la licencia de enfermedad en las organizaciones o entidades

Por el director o departamento de recursos humanos (12/35): Comisión Europea, FAO, FIDA, OACI, OCDE, OIT, OMT, OOPS, OTPCE, PMA, UIT, UPU.

Por los servicios médicos (8/35): ACNUR, OMI, OMS, ONUDI, ONUSIDA, OPS, Organización para la Prohibición de las Armas Químicas, UNESCO.

Por el director, el departamento de recursos humanos o los servicios médicos (15/35): CEPA, CESPAP, Departamento de Operaciones de Mantenimiento de la Paz/Departamento de Apoyo a las Actividades sobre el Terreno, Grupo del Banco Mundial, OIEA, OMM, OMPI, ONUG, ONU, ONUV/UNODC, PNUD, Sede de las Naciones Unidas, UNFPA, UNICEF, UNOPS.

17. La aplicación de la recomendación que figura a continuación mejoraría los controles y el cumplimiento.

Recomendación 1

Los jefes ejecutivos de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas deberían pedir a los miembros de su personal que presentasen copias de todos los certificados o informes relacionados con licencias de enfermedad (según corresponda) a sus respectivos servicios médicos o de salud ocupacional.

Licencia de enfermedad no certificada

18. Los funcionarios de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas que enfermen durante un día o dos días consecutivos podrán asentar su ausencia como licencia de enfermedad no certificada sin presentar un certificado médico, siempre y cuando las ausencias no superen el límite de 7 días laborables en un año civil o en un período determinado de 12 meses. Otras organizaciones internacionales, como el Banco Mundial, el BID, la OCDE y la Comisión Europea, cuentan con arreglos distintos, a saber, 5, 8, 9 y 12 días laborables, respectivamente¹¹.

¹¹ Véase el anexo I.

19. Varias organizaciones permiten que el personal se ausente por cuestiones o problemas familiares dentro del derecho a la licencia de enfermedad no certificada. Si bien algunas de ellas cuentan con instrucciones sobre los motivos válidos para recurrir a la licencia familiar o por problemas familiares, en muchos casos no es así. Por otro lado, si se solicita con antelación, el personal puede optar por utilizar toda la prestación de licencia de enfermedad no certificada por un motivo concreto. Sin embargo, los días de licencia de enfermedad no certificada no podrán usarse como días adicionales a las vacaciones anuales¹².

20. A juicio de los Inspectores, al permitir que el personal ejerza su derecho a la licencia de enfermedad no certificada por motivos "familiares", el elemento "enfermedad" queda anulado. Al ampliar el ámbito de ese tipo de licencia, el nombre que recibe el derecho en su forma actual es inexacto y las estadísticas derivadas que se clasifiquen como "licencia de enfermedad" falsean el cómputo de ausencias que pueden atribuirse realmente a motivos de salud. Para evitar confusiones sobre cuándo puede citarse, **los Inspectores consideran que la terminología actual de la licencia de enfermedad no certificada debe cambiarse**, ya que deben aportarse motivos para disfrutar de ese tipo de licencia. Si el funcionario no desea hacerlo, deberá indicar que se trata de una licencia por motivos "personales". Al indicar y registrar debidamente los motivos de la ausencia, y, así, cumplir estrictamente con las normas y los procedimientos vigentes de la licencia de enfermedad no certificada, podrán destinarse adecuadamente programas apropiados de apoyo y prevención a reducir el número de ausencias en el lugar de trabajo por motivo de enfermedad. El Director Jefe del Servicio Médico de las Naciones Unidas informó a los Inspectores de que, como las estadísticas de licencia de enfermedad incluían también los días de licencia de enfermedad no certificada relativos a cuestiones o emergencias familiares, las cifras no correspondían a las ausencias que se debían solo a motivos de enfermedad.

21. Mientras que en el caso de las vacaciones anuales es necesario obtener una autorización previa y que la licencia de enfermedad certificada se otorga a partir de un certificado o informe médico, para la licencia de enfermedad no certificada no es necesaria una autorización previa. El derecho a la licencia de enfermedad no certificada implica la suposición de que el funcionario actuará con discreción y buen criterio al ausentarse del lugar de trabajo y, al mismo tiempo, aligera la carga administrativa y reduce los costos.

22. Por consiguiente, los Inspectores invitan a los jefes ejecutivos de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas a que estudien las sugerencias que se presentan a continuación a fin de simplificar el ejercicio del derecho a la licencia de enfermedad no certificada:

- a) Cambiar el nombre de la licencia de enfermedad no certificada por el de licencia por motivos personales, que incluiría la licencia familiar o por problemas familiares que se utiliza en la actualidad, cuando corresponda. El personal que solicite una licencia por motivos personales no tendría que indicar las razones de su solicitud.
- b) Trasladar la licencia familiar o por problemas familiares de la categoría de licencia de enfermedad no certificada a otra categoría de licencia independiente.
- c) Mantener la licencia de enfermedad no certificada vigente pero no registrarla como licencia de enfermedad con fines estadísticos y de evaluación.

¹² Nota informativa de la OMS N° 34/2010, 7 de diciembre de 2010, cap. 5.

III. Gestión de las licencias de enfermedad

A. Registro

23. Todas las organizaciones han afirmado que la disponibilidad de sistemas electrónicos de control de horarios y registro de asistencia ha facilitado la tarea de seguir de cerca las ausencias del personal (incluidas las licencias de enfermedad) y verificar el cumplimiento del reglamento y estatuto del personal. Al ir poniendo en marcha esos sistemas en las sedes y sobre el terreno, las organizaciones tendrán datos coherentes y en tiempo real, lo cual les permitirá conocer de manera inmediata su tasa global de ausentismo.

24. Como el personal debe presentar un certificado o informe médico para que se autorice la licencia de enfermedad, debe examinarse qué información solicitan las organizaciones. En la actualidad no hay un formulario estándar para presentar los certificados de licencia de enfermedad aplicable a todo el sistema. El Grupo de Trabajo de directores de los servicios médicos del sistema de las Naciones Unidas estudió la cuestión y optó por no adoptar un formulario por diversos motivos, entre los que estaban los requisitos específicos de cada organización, los formularios existentes en distintos sistemas de planificación de los recursos institucionales y la reticencia a sustituirlos o modificarlos¹³. No obstante, **los Inspectores consideran que el Grupo de Trabajo debería elaborar directrices y requisitos mínimos en lo que respecta a la información que deben presentar el funcionario y el médico, a fin de facilitar la recopilación de datos estadísticos comparables sobre licencias de enfermedad para análisis futuros.** De hecho, 20 de las organizaciones que respondieron al cuestionario de los Inspectores se mostraron a favor de utilizar un formulario estándar.

25. En la reunión anual del Grupo de Trabajo de directores de los servicios médicos del sistema de las Naciones Unidas, celebrada en 2011, los directores de los servicios médicos confirmaron a los Inspectores que aceptaban aplicar el requisito de presentar certificados o informes médicos en todas las solicitudes de licencias de enfermedad certificada, y señalaron que los informes debían presentarse a los respectivos servicios médicos o de salud ocupacional, si la intención era recopilar esa información para realizar evaluaciones. Convinieron además en elaborar directrices y requisitos de información para los formularios de presentación de certificados de licencia de enfermedad. Los directores de los servicios médicos subrayaron además la necesidad de que hubiera procedimientos administrativos para garantizar que únicamente el personal médico autorizado pudiera ver la información médica confidencial, conforme a las limitaciones profesionales habitualmente aplicables al manejo de ese tipo de información.

26. La aplicación de las recomendaciones que figuran a continuación mejoraría los controles y el cumplimiento en lo que respecta a las licencias de enfermedad.

Recomendación 2

El Grupo de Trabajo de directores de los servicios médicos del sistema de las Naciones Unidas debería establecer un conjunto de requisitos comunes de información para incluirlo en los certificados e informes relacionados con las licencias de enfermedad.

¹³ Actas de la reunión del comité directivo del Grupo de Trabajo de directores de los servicios médicos del sistema de las Naciones Unidas, febrero de 2010.

Recomendación 3

Los jefes ejecutivos de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas deberían asegurar que los certificados e informes relacionados con las licencias de enfermedad del personal incluyeran los requisitos de información acordados por el Grupo de Trabajo de directores de los servicios médicos del sistema de las Naciones Unidas.

B. Supervisión

27. En una nota anterior de la Dependencia Común de Inspección sobre la gestión de la licencia de enfermedad en el sistema de las Naciones Unidas¹⁴ se concluyó que dicha gestión debía ser una responsabilidad compartida de los servicios médicos y otros departamentos competentes. Los Inspectores están de acuerdo con esa conclusión, pero señalan que si las funciones respectivas no están definidas claramente hay un riesgo inherente de que nadie asuma la responsabilidad oficial, lo cual puede ser causa de abusos y mala gestión en lo tocante a la licencia de enfermedad.

28. Para garantizar que lo descrito anteriormente no ocurra, las organizaciones deben definir claramente las funciones y responsabilidades de los interesados, de manera más específica en cuanto a la gestión de las licencias de enfermedad, pero también en cuanto al ausentismo en general. Un ejemplo de ello es la nueva política de licencia de enfermedad adoptada por la OIT en julio de 2010¹⁵, en que tres circulares distintas se combinaron en una sola política, con lo que se logró una definición más clara de las funciones de los auxiliares administrativos, servicios médicos y asistentes encargados del registro de licencias. Según la OIT, esta política ha supuesto una gran diferencia y ha facilitado el cambio cultural necesario. La función del servicio médico es apoyar al personal, no ofrecerle cobertura; el asesor médico no certifica ni autoriza las licencias de enfermedad, con lo cual se evita un conflicto de intereses¹⁶. La primera opinión médica (y el certificado) es de origen externo. El asesor médico de la OIT colabora con el médico de cabecera del funcionario, y pocas veces recurre a otros expertos médicos, solamente cuando el médico de cabecera no aclara de manera adecuada el motivo por el que ha prescrito la licencia de enfermedad.

29. La OMS publicó la nota informativa N° 34/2010¹⁷ para informar al personal sobre sus obligaciones en general y sobre su *obligación personal* de registrar sus licencias y ausencias en el sistema global de gestión¹⁸, así como para definir sus funciones y obligaciones, así como las que recaen en los gestores y administradores de licencias.

i) Personal

30. El reglamento y estatuto del personal de la mayoría de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas exigen al personal que confirme oportunamente sus horarios y su asistencia, lo que supone también que informe a sus supervisores sobre sus ausencias del lugar de trabajo por razones médicas. Si un funcionario no puede regresar al trabajo en la fecha indicada inicialmente, debe informar a su supervisor sobre cuál será la nueva fecha

¹⁴ Dependencia Común de Inspección, nota sobre la gestión de la licencia de enfermedad en las Naciones Unidas (JIU/NOTE/88/2).

¹⁵ OIT, procedimiento de la oficina IGDS N° 153 (versión 1), 15 de julio de 2010, párr. 20.

¹⁶ *Ibid.*, párr. 37.

¹⁷ Nota informativa de la OMS N° 34/2010, 7 de diciembre de 2010.

¹⁸ Sistema de planificación de los recursos institucionales de la OMS.

prevista de regreso. En caso contrario, la ausencia se registrará como no autorizada, se computará como vacaciones anuales y, si corresponde, se aplicarán medidas disciplinarias.

31. Para que una ausencia se registre como licencia de enfermedad, el funcionario es responsable de cumplir los procedimientos de presentación de información y suministrar a sus supervisores la documentación necesaria. No se autorizará la licencia de enfermedad hasta que sea aprobada por los supervisores.

ii) Personal encargado del control de horarios y el registro de asistencia

32. Con la adopción de sistemas electrónicos de control de horarios y registro de asistencia, la tarea de consignar esos datos se ha hecho más sencilla e incluso, en algunos casos, podría considerarse redundante, ya que los supervisores pueden comprobar la asistencia del personal en tiempo real. Sin embargo, los supervisores deben garantizar que el personal cumpla las reglas correspondientes a la asistencia, por lo que esta función de supervisión suele delegarse en los auxiliares administrativos. Los funcionarios deben estar al corriente de esta responsabilidad delegada y colaborar con los auxiliares administrativos para facilitar su trabajo.

33. En algunas organizaciones, el personal puede enviar sus certificados o informes médicos directamente al servicio médico para su certificación o autorización. Si bien este proceso asegura una mejor confidencialidad de los expedientes médicos, no compete al servicio médico velar por que el personal presente la documentación necesaria. Es al auxiliar administrativo encargado de supervisar las licencias de enfermedad a quien corresponde comprobar que la documentación necesaria se presente al servicio médico en los plazos debidos.

34. Las organizaciones deberían elaborar informes anuales o bienales sobre las licencias de enfermedad y los auxiliares administrativos deberían desempeñar una función esencial en esa tarea (véase la recomendación 5).

iii) Directores/supervisores

35. Los directores y supervisores desempeñan una función clave en la gestión de las ausencias en lo que respecta al personal que supervisan directa o indirectamente, ya que normalmente son los que autorizan las vacaciones anuales y los primeros 10 o 20 días de licencia de enfermedad certificada en un año civil, a menos que las normas de la organización especifiquen que sea el servicio médico el que autorice todas las licencias de enfermedad certificadas.

36. En los casos en que sea el supervisor el que autoriza la licencia de enfermedad certificada, no se dará la autorización hasta que el funcionario haya presentado un certificado de un médico con licencia para ejercer la medicina. El supervisor no tendrá acceso al expediente médico, que es confidencial y solo puede ser consultado por el servicio médico de la organización. Si no se presenta un certificado médico, la licencia de enfermedad se computará como vacaciones anuales. La mayor parte de las organizaciones exigen la presentación del certificado médico dentro de un plazo concreto.

37. En los casos en que el supervisor tenga alguna duda o inquietud respecto de la situación médica del funcionario, conforme al reglamento aplicable del personal, podrá pedir al servicio médico que intervenga y solicite una aclaración o una segunda opinión médica. El servicio médico, por iniciativa propia, puede también pedir más información al funcionario en cuestión una vez haya recibido el certificado médico o pedir al funcionario que se presente para hacerle un reconocimiento. Sin embargo, el servicio médico rara vez pide una segunda opinión externa, ya que para ello son necesarios recursos adicionales. Si bien algunas organizaciones sí piden segundas opiniones externas cuando se considera

necesario, otras solo lo hacen cuando el departamento o la sección a que pertenece el funcionario se muestran dispuestas a asumir los costes.

38. Los inspectores consideran que la capacidad de cuestionar la validez de un certificado médico es un derecho adquirido de la organización y tiene efecto disuasorio contra la presentación de certificados fraudulentos. El reglamento del personal de la UNESCO estipula como mejor práctica que, durante o después de cualquier período de tiempo computado como licencia de enfermedad, el oficial médico u otro médico que este designe podrá investigar la solicitud y hacer las comprobaciones adecuadas relacionadas con la licencia¹⁹. El Grupo de Trabajo de directores de los servicios médicos del sistema de las Naciones Unidas ha aprobado la utilización de un texto de referencia reconocido internacionalmente²⁰ como estándar del sistema de las Naciones Unidas para determinar los períodos razonables de licencia de enfermedad asociados a distintas situaciones médicas. En caso de que el período solicitado de licencia de enfermedad supere las normas previstas para una situación médica concreta, se pedirán explicaciones sobre los motivos por los que se necesita un período más largo antes de que la solicitud sea certificada y aprobada.

39. Como las organizaciones internacionales no solo otorgan prestaciones por licencia de enfermedad sino que también las financian, deben asegurarse de que se otorgan por motivos válidos. Por lo tanto, el personal debe aceptar esos controles como necesarios para velar por el cumplimiento de las normas y evitar abusos. El reglamento de la Comisión Europea sobre licencia de enfermedad es un buen ejemplo²¹:

- El funcionario con licencia de enfermedad podrá en todo momento ser sometido a un reconocimiento médico organizado por la institución. El propósito de dicho reconocimiento es garantizar que la ausencia esté justificada y que su duración es proporcional a la naturaleza de la dolencia. Normalmente, el reconocimiento se lleva a cabo en la vivienda del funcionario.
- El reconocimiento es realizado por un médico a petición del servicio médico, que actúa por iniciativa propia o a petición del director de recursos humanos encargado del funcionario.
- El funcionario que tenga que someterse al reconocimiento médico podrá ser notificado por carta, teléfono o fax o cualquier otro medio adecuado. La notificación se enviará, según corresponda, a su domicilio, dirección durante la licencia o las vacaciones o lugar en que haya sido autorizado a residir durante la licencia de enfermedad.
- Si el reconocimiento no puede realizarse por motivos imputables al funcionario en cuestión, su ausencia se considerará no autorizada a partir de la fecha en que debía realizarse dicho reconocimiento.

Si se solicita una segunda opinión a un médico externo, están garantizadas la objetividad y la independencia.

40. Cuando el certificado de licencia de enfermedad sea emitido por un médico sobre el terreno y no sea posible que el médico de la organización examine al funcionario para

¹⁹ Estatuto y Reglamento del Personal de la UNESCO, disposición 106.1 h).

²⁰ Reed Group, *Medical Disability Advisor*, 6ª edición, 2009, aprobado en la reunión anual del Grupo de Trabajo de directores de los servicios médicos del sistema de las Naciones Unidas, febrero de 2011. Véase <http://www.mdguidelines.com>.

²¹ Decisión de la Comisión, de 28 de abril de 2004, por la que se introducen las disposiciones de ejecución sobre las ausencias debidas a enfermedad o accidente (C(2004) 1597/11) – A.N. 92-2004, de 6 de julio de 2004.

obtener una segunda opinión, los supervisores deberán tener la posibilidad de solicitar una opinión médica independiente de un médico calificado en el mismo lugar en que se encuentre el funcionario. Para ello podría utilizarse la lista de médicos designados por la División de Servicios Médicos de la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York.

iv) Servicios médicos

41. En algunas organizaciones, un médico debe aprobar todas las solicitudes de licencia de enfermedad²². Si bien ello no constituye de por sí un problema, y tal vez sea el método óptimo de supervisar las licencias de enfermedad, pueden plantearse situaciones de conflicto de intereses, en particular en las organizaciones en las que los funcionarios pueden acudir a clínicas ambulatorias²³ en las que pueden autorizarse las ausencias por licencia de enfermedad. En esos casos, es muy probable que el médico de la organización no impugne el certificado, puesto que los médicos de las clínicas ambulatorias también forman parte de los servicios médicos que se encuentran bajo su supervisión.

42. En consecuencia, algunas organizaciones dan instrucciones a sus oficiales médicos de que no expidan certificados de licencia de enfermedad sino que autoricen a los médicos de las clínicas ambulatorias (contratados externamente) a expedir esos certificados a sus funcionarios²⁴, o designen a un médico para que supervise las licencias de enfermedad fuera de su servicio médico²⁵. De este modo, los médicos designados pueden examinar los certificados de licencia de enfermedad de manera objetiva, ya que no existe contacto entre el paciente y el médico.

43. En los casos en que el tamaño de la organización no justifique que un médico de la organización supervise la licencia de enfermedad, esa tarea podría subcontratarse, con lo que mejoraría la objetividad y también se tendría acceso a médicos con la experiencia necesaria para examinar los certificados de licencia de enfermedad. En las organizaciones en que un médico examina los certificados de licencia de enfermedad, este podría ser trasladado del servicio médico a otro servicio o departamento. **Ello no entraña necesariamente la creación de un puesto adicional, sino más bien la asignación de un médico al departamento de recursos humanos a tiempo parcial.** Esta posibilidad no debería suponer un problema en muchas organizaciones, ya que los servicios médicos dependen del departamento de recursos humanos. De hecho, varias organizaciones situadas en el mismo lugar pueden utilizar los servicios de un único médico para que examine los certificados de licencia de enfermedad, racionalizando así los costos.

44. Con el fin de evitar posibles conflictos de intereses, **los jefes ejecutivos de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas deberían considerar la posibilidad de designar en sus respectivas organizaciones a un médico, desvinculado de sus respectivos servicios médicos o de salud ocupacional, para que supervise y apruebe (según proceda) las solicitudes de licencia de enfermedad.**

45. Los servicios médicos no deberían gestionar las licencias de enfermedad, sino que deberían centrarse en los aspectos médicos relacionados con esas licencias, incluida la compilación de las estadísticas pertinentes. De hecho, la Oficina de Servicios de Supervisión Interna (OSSI) ha recomendado en dos ocasiones²⁶ al Departamento de Gestión de la Sede de las Naciones Unidas que la División de Servicios Médicos no gestione las

²² Véase el gráfico 2 *supra*.

²³ Una clínica ambulatoria es la que ofrece servicios de atención de la salud sin cita previa.

²⁴ Por ejemplo, el Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA).

²⁵ Por ejemplo, la Comisión Europea.

²⁶ OSSI, "Management Audit of Attendance and Leave Systems", 21 de febrero de 2000 (AM1999/81/4); y "Review of the structure and operations of the United Nations Medical Services Division", 14 de noviembre de 2003 (AH2002/32/1).

licencias de enfermedad, puesto que esta función predominantemente administrativa exige un elevado porcentaje de recursos para lograr un resultado neto muy pequeño²⁷. Los Inspectores están de acuerdo con la OSSI por lo que respecta a esta cuestión y observan con pesar que no se han aplicado las recomendaciones resultantes del examen.

46. En agosto de 2009, la División de Servicios Médicos adoptó medidas para mejorar la gestión de las licencias de enfermedad reduciendo los exámenes/aumentos innecesarios de las solicitudes de licencia de enfermedad y potenciando la eficiencia y la eficacia del proceso²⁸. Si bien no se ha realizado ninguna evaluación del proyecto tras su puesta en práctica, y pese a que el proceso se ha racionalizado, los Inspectores señalan que el número de funcionarios que se ocupan de gestionar las licencias de enfermedad en la División de Servicios Médicos, antes y después de la ejecución del proyecto, sigue siendo el mismo. La OSSI destacó la necesidad de efectuar una evaluación del proyecto para mejorar la gestión de las licencias de enfermedad²⁹.

47. En virtud de la decisión de los miembros de la Junta de los jefes ejecutivos del sistema de las Naciones Unidas para la coordinación de adoptar una política de seguridad y salud en el trabajo para sus respectivas organizaciones³⁰ y del cambio de paradigma correspondiente por el que se ha pasado a hacer hincapié en la prevención más que en la curación³¹, los servicios de salud ocupacional debidamente creados deberán colaborar en la facilitación de información, capacitación y educación en las esferas de la salud ocupacional, la higiene y la ergonomía³². Además, el servicio de seguridad y salud en el trabajo no aprobará o supervisará las licencias de enfermedad. Por otra parte, según la práctica habitual y de conformidad con el Convenio N° 161 de la OIT sobre los servicios de salud en el trabajo, los servicios de seguridad y salud en el trabajo "deberán ser informados de los casos de enfermedad entre los trabajadores y de las ausencias del trabajo por razones de salud, a fin de poder identificar cualquier relación entre las causas de enfermedad o de ausencia y los riesgos para la salud que pueden presentarse en los lugares de trabajo. Los empleadores no deben encargar al personal de los servicios de salud en el trabajo que verifique las causas de la ausencia del trabajo"³³.

48. Si bien la mayoría de los servicios médicos en las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas participan en actividades de promoción de la salud, debido a los limitados recursos disponibles para esos programas y a la falta de un apoyo claro del personal directivo superior, la eficacia de los programas existentes es escasa. Los funcionarios cada vez muestran más interés por participar en esos programas. Por ejemplo, cuando el servicio médico de la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra ofreció un curso de gestión del estrés impartido en francés a los funcionarios que reunían las condiciones exigidas (aproximadamente 8.000) en Ginebra³⁴, 1.509 personas se inscribieron y 318 asistieron efectivamente a los módulos del curso entre enero y octubre de 2011. En un informe de la

²⁷ OSSI, "Management Audit of Attendance and Leave Systems" (AM1999/81/4).

²⁸ Ejecución del Proyecto de mejora de la gestión médica de los casos de licencia de enfermedad aplicando la metodología Lean Sigma Six.

²⁹ OSSI, "Audit of medical services at headquarters", noviembre de 2011 (AH2011/512/03).

³⁰ Junta de los jefes ejecutivos del sistema de las Naciones Unidas para la coordinación, "Healthcare and its Management in the United Nations System" (CEB/2009/HLCM/32).

³¹ CEB/2010/3, párr. 77.

³² Convenio N° 161 de la OIT sobre los servicios de salud en el trabajo, art. 5 i).

³³ *Ibid.*, art. 15.

³⁴ La ONUG presta servicios médicos a sus funcionarios, así como a los funcionarios de otras oficinas de las Naciones Unidas con sede en Ginebra, a saber, la OMPI, la OMM, el CCI, la Oficina Internacional de Educación, el UNICEF y la UIT.

Dependencia Común de Inspección de 2011 se destacaron las ventajas y las economías de costos resultantes de las actividades de promoción de la salud³⁵.

v) **Asesores**

49. Los asesores internos, entre otros, los asesores sobre control del estrés, los asistentes sociales y los *ombudsman* que interactúan con los funcionarios de manera privada y confidencial también participan en la gestión de las licencias de enfermedad. Gracias a su intervención, a menudo pueden reducir el ausentismo por licencia de enfermedad, pero también pueden hacer algo más importante: prestar asesoramiento a la administración acerca de las causas de las ausencias. Los Inspectores entrevistaron a varios asesores, en diversos lugares de destino, que indicaron que **algunas ausencias por licencia de enfermedad se debían a conflictos en el lugar de trabajo, en particular a cuestiones relacionadas con el equilibrio entre la vida y el trabajo**. Las respuestas al cuestionario también corroboraron esa opinión.

50. Los Inspectores son conscientes del papel que desempeñan los "asesores" en el ámbito de la salud y seguridad en el trabajo³⁶. El personal, incluido el personal directivo, debe ser informado de las funciones y responsabilidades de esos asesores en el contexto de la gestión de las licencias de enfermedad.

vi) **Recursos humanos**

51. El departamento de recursos humanos de la organización tiene la responsabilidad general de supervisar las ausencias del personal, incluidas las licencias de enfermedad. En consecuencia, le compete informar a los funcionarios sobre las políticas de gestión de las ausencias que aplica la organización y mantenerlos al día de cualquier cambio en esas políticas, normas y reglamentos. Asimismo, los recursos humanos brindan asistencia a los funcionarios y a la administración en la interpretación del reglamento y el estatuto del personal. En un contexto en que se pide a las organizaciones que hagan más con menos recursos, los funcionarios se ven sometidos a una presión cada vez mayor para satisfacer las demandas relacionadas con el trabajo. Ello también da lugar a que los funcionarios tengan que asumir responsabilidades adicionales; aunque tal vez ello sea posible debido, en parte, a los avances en las tecnologías de la información, en la mayoría de los casos los funcionarios no han adquirido necesariamente las competencias o la capacitación necesarias para realizar esas tareas. Esto es especialmente pertinente cuando se trata de gestionar las licencias de enfermedad.

52. Las respuestas a la pregunta que figura en el cuestionario de los Inspectores sobre si es necesario que los funcionarios que desempeñan las funciones pertinentes reciban capacitación en la gestión de las licencias de enfermedad indican que la inmensa mayoría está a favor de esa capacitación. Si bien algunas organizaciones han examinado esos programas de capacitación o han incorporado algunos elementos en los actuales módulos de capacitación, ninguna ha establecido un programa integral.

53. Un módulo de gestión de las ausencias (incluidas las licencias de enfermedad) debería incluir una sección concebida específicamente para informar a los funcionarios acerca de su derecho a licencias y los procedimientos para solicitar licencias, quién controla los horarios y la asistencia, los supervisores directos, el personal de recursos humanos, el personal de los servicios médicos, así como los consejeros del personal, los asistentes sociales y los *ombudsman*, entre otros. En la sección se deberían señalar cuáles son sus respectivas funciones y responsabilidades y cómo interactúan con los funcionarios en esta esfera.

³⁵ Dependencia Común de Inspección, "Examen del servicio médico en las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas" (JIU/REP/2011/1).

³⁶ *Ibid.*, págs. 27 y 28.

54. Los directores y los supervisores necesitan recibir capacitación formal sobre la manera de atender a las necesidades de los funcionarios que tienen problemas médicos (incluidos problemas de salud mental) que pueden afectar a su desempeño o dar lugar a ausencias considerables y que, en ocasiones, requieren ajustes en los horarios laborales. Las enfermedades relacionadas con la salud mental pueden precisar una flexibilidad y comprensión mayores por parte del supervisor o director. La capacitación para sensibilizar a los supervisores y los directores podría contribuir a que se realizara una detección precoz de los problemas y se evitaran demoras en la adopción de las medidas necesarias, promoviendo así la pronta resolución de los problemas y la mejora del desempeño y bienestar del funcionario afectado.

55. La capacitación en gestión de las ausencias debería incluirse en ese módulo y, lo que es más importante, deberían indicarse los recursos de que disponen las respectivas categorías del personal cuando se planteen cuestiones pertinentes relacionadas con la gestión de las ausencias. Por ejemplo, la OACI tiene un programa de asistencia al personal, que incluye un servicio de asesoramiento prestado por una empresa privada. Es estrictamente confidencial y se ocupa de cuestiones relacionadas con la salud mental y otras cuestiones personales que podrían afectar al bienestar mental de los funcionarios. Algunos elementos de formación se pueden consultar en línea a un costo mínimo o nulo y, por lo tanto, podrían incorporarse fácilmente si la administración está dispuesta y motivada para hacerlo.

56. La aplicación de la recomendación que figura a continuación aumentaría la rendición de cuentas y las economías de gastos.

Recomendación 4

Los jefes ejecutivos de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, en consulta con sus respectivos departamentos de recursos humanos y servicios médicos o de salud ocupacional, deberían elaborar y poner en práctica un módulo de gestión de las ausencias, en particular las ausencias por licencia de enfermedad, destinado a los funcionarios con responsabilidades de supervisión o gestión.

C. Elaboración de informes

57. Las ventajas que entraña analizar las causas de la licencia de enfermedad y adoptar medidas correctivas al respecto se ponen de relieve en una de las conclusiones de un examen realizado por el servicio médico de las Naciones Unidas en Nairobi. Tras examinar los expedientes de licencias de enfermedad superiores a 20 días en 2010, se constató que un número desmesurado de casos se debía a problemas de asma o pulmonares. Por tanto, se están adoptando medidas para capacitar al personal sobre la obtención de una atención de calidad para el asma.

58. Las organizaciones y entidades que facilitaron estadísticas solo pudieron indicar el promedio de días tomados de licencia de enfermedad de manera individual. Solo algunas proporcionaron información en la que se señalaban las causas de la licencia de enfermedad. No obstante, los Inspectores observan que, en este último caso, dado que los servicios médicos reciben copias de los certificados o informes de licencia de enfermedad solo una vez transcurridos los primeros 20 días hábiles de la licencia en un año civil, no hay datos sobre las causas de la licencia de enfermedad **durante los primeros 20 días hábiles de la licencia**. En consecuencia, la falta de estadísticas sobre las causas de la licencia de enfermedad en una organización impide que esa organización adopte las medidas preventivas necesarias.

59. Los Inspectores se refieren a un estudio no publicado del Departamento de Servicios de Salud del Banco Mundial en el que se calculaban los costos anuales totales (directos e indirectos)³⁷ de la carga que suponía la enfermedad para siete organizaciones en 2009³⁸. El importe de la carga no se notificó a las organizaciones participantes, ya que, pese a ser importante, se consideraba que no podía verificarse. Los Inspectores prefieren no revelar ese importe en el presente informe, puesto que podría interpretarse que tales costos pueden evitarse.

60. En referencia a ese estudio, el Jefe de la División de Servicios Médicos indicó a los Inspectores que, como promedio, los funcionarios de las organizaciones internacionales tomaban menos días de licencia de enfermedad con certificado médico que sus homólogos del sector público de los países de Europa Occidental.

61. En el estudio se señalaron dos problemas principales en relación con la información necesaria para estimar la carga total de la enfermedad en las organizaciones participantes³⁹. En primer lugar, el proceso de recopilación de datos sobre las licencias de enfermedad no era coherente; el cómputo no era exacto; había "zonas grises" debido a la existencia de diferentes políticas relativas a la licencia de enfermedad no certificada; no había un seguimiento de las licencias de enfermedad mediante un sistema unificado de identificación de enfermedades (por ejemplo, la ICD-10-2010)⁴⁰. En segundo lugar, se determinó que los datos sobre el costo de la gestión de las licencias de enfermedad no se recopilaban sistemáticamente: algunas organizaciones también confirmaron que los datos relativos a las licencias de enfermedad no se recopilaban para todas las categorías de funcionarios; una organización reunía los datos sobre las licencias de enfermedad únicamente en el caso del personal de contratación internacional, con lo que excluía al 80% restante de su personal; otras no tenían en cuenta en sus estadísticas las licencias de enfermedad tomadas por el personal temporario, los consultores y los contratistas independientes.

³⁷ Entre los costos directos figuran las licencias de enfermedad y los gastos médicos y farmacéuticos; los costos indirectos abarcan, entre otras cosas, la prestación por discapacidad, la indemnización por accidente de trabajo, las horas extraordinarias, el movimiento de personal, la contratación de personal temporario, los gastos administrativos y la capacitación para el personal suplente.

³⁸ Las organizaciones que participaron en el estudio fueron el Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA), el Fondo Monetario Internacional (FMI), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), la Sede de las Naciones Unidas, el Grupo del Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

³⁹ Exposición realizada por el Banco Mundial acerca del estudio sobre la gestión de las licencias de enfermedad en las Naciones Unidas en la reunión anual del Grupo de Trabajo de directores de los servicios médicos del sistema de las Naciones Unidas, celebrada en Ginebra en octubre de 2010.

⁴⁰ Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS, modificación clínica, décima revisión, 2010 (ICD-10-2010) es el sistema oficial para asignar códigos a los diagnósticos y procedimientos asociados con la utilización de hospitales en los Estados Unidos. Véase <http://apps.who.int/bookorders/anglais/detart1.jsp?sesslan=1&codlan=1&codcol=15&codcch=835#>.

D. Estadísticas

62. Si bien los Inspectores reconocen las ventajas que conlleva preparar informes sobre el ausentismo por licencia de enfermedad, la falta de seguimiento por parte de las organizaciones o entidades interesadas hace que, en la mayoría de los casos, los informes sean meros ejercicios académicos que se archivan para la posteridad. Sin embargo, la administración de algunas organizaciones y entidades sí toma decisiones en función de las conclusiones de los informes sobre las licencias de enfermedad, ya que la adopción de algunas medidas correctivas entraña un costo mínimo o nulo. Entre ellas destacan la modificación de los procedimientos y las políticas de gestión de las licencias de enfermedad⁴¹, el envío de recordatorios sobre sus responsabilidades en esa esfera a los supervisores directos o al personal encargado de controlar los horarios y la organización de programas de promoción de la salud sobre cuestiones específicas, como el uso indebido de sustancias y la gestión del estrés, ya que estas cuestiones son algunos de los principales motivos de las ausencias por licencia de enfermedad⁴².

63. La Comisión Europea prepara cada dos años un informe sobre el ausentismo por licencia de enfermedad, que presenta al Parlamento Europeo para su examen⁴³. Si bien en esos informes no se indica el costo del ausentismo por licencia de enfermedad, se proporcionan algunos datos estadísticos (por ejemplo, género y edad) y un análisis de las tendencias del ausentismo y se proponen medidas para reducirlo. El Parlamento Europeo examina los informes y formula recomendaciones que deben ser adoptadas por la Comisión Europea⁴⁴.

64. A continuación se mencionan algunas de las conclusiones y recomendaciones de la Comisión Europea sobre las licencias prolongadas de enfermedad:

- Las mujeres registran tasas desproporcionadas de ausentismo por licencia de enfermedad en todos los grupos de edad; y la diferencia es mayor cuando se establece una comparación entre las mujeres más jóvenes y sus coetáneos masculinos. Ello ha llevado a la Comisión Europea a examinar los motivos (entre los que figuran el cuidado de los hijos pequeños y los progenitores ancianos) y las medidas que podían adoptarse para reducir el ausentismo.
- Los períodos de ausencia por licencia de enfermedad son más prolongados en el caso de los funcionarios que se acercan a la edad de jubilación.
- Los trastornos psicológicos y psiquiátricos siguen siendo la causa principal de ausencia tanto para los hombres como para las mujeres.
- Las causas que se aducían como motivos psiquiátricos de ausencia ponían de manifiesto que el 30% de los casos estaban relacionados con el trabajo.

65. Teniendo en cuenta la práctica de la Comisión Europea y con el fin de reducir las tasas de ausentismo, los Estados Miembros deberían examinar la gestión de las licencias de enfermedad en las organizaciones internacionales, conocer las causas de esas licencias y respaldar las medidas adoptadas por la administración para reducir las tasas de ausentismo con miras a aumentar la productividad.

66. La aplicación de la recomendación que figura a continuación mejorará la rendición de cuentas y las economías de gastos.

⁴¹ Véase, por ejemplo, el mensaje sobre los procedimientos de licencia de enfermedad difundido al personal de la ONUG, 17 de junio de 2010.

⁴² Por ejemplo, en la Organización Marítima Internacional.

⁴³ Véase http://myintracomm.ec.europa.eu/hr_admin/en/medical/Pages/index.aspx.

⁴⁴ Las observaciones y recomendaciones del Parlamento Europeo no se hacen públicas.

Recomendación 5

Los órganos legislativos de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas deberían pedir a los jefes ejecutivos que les proporcionaran informes exhaustivos anuales o bienales sobre las licencias de enfermedad, que incluyeran datos estadísticos y sobre los costos, y sobre las medidas adoptadas por la organización para reducir el ausentismo por licencia de enfermedad.

E. Costo

67. El estudio elaborado por el Departamento de Servicios de Salud del Banco Mundial mencionado *supra* ilustra las dificultades que plantea para las organizaciones determinar e interpretar los costos de la licencia de enfermedad. Hay varias metodologías para determinar la carga de la enfermedad y deben revisarse y adaptarse a las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas. Determinar los costos de la licencia de enfermedad basándose en el número de días de licencia de enfermedad tomados y en la correspondiente pérdida de salario, como hicieron algunas organizaciones y entidades en su respuesta al cuestionario de los Inspectores, no proporciona un indicador adecuado. La metodología adoptada debería incorporar los costos directos e indirectos asociados a la licencia de enfermedad⁴⁵.

68. En 2006, las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas convinieron⁴⁶ en adoptar y cumplir las Normas Internacionales de Contabilidad para el Sector Público (IPSAS), más específicamente la norma 25⁴⁷, que se ocupa de las prestaciones de los empleados. En virtud de esta norma, se asigna un valor financiero a la licencia de enfermedad con goce de sueldo. No obstante, el Grupo de Trabajo de las Naciones Unidas sobre normas de contabilidad aún no ha acordado orientaciones normativas sobre las licencias de enfermedad.

69. La aplicación de la siguiente recomendación aumentará la rendición de cuentas.

Recomendación 6

El Comité de Alto Nivel sobre Gestión de la Junta de los jefes ejecutivos, mediante sus redes de recursos financieros, presupuestarios y humanos, debería elaborar una metodología para calcular la carga de las enfermedades o dolencias en las organizaciones.

F. Políticas de reincorporación al trabajo

70. La OIT⁴⁸ y la OMS⁴⁹ han señalado que, en épocas de crisis financieras e incertidumbre en el mercado laboral, el otorgamiento de la prestación de licencia de enfermedad con goce

⁴⁵ Véase la nota 37.

⁴⁶ Resolución 60/283 de la Asamblea General, parte IV.

⁴⁷ La norma 25 establece que las entidades del sector público deben contabilizar y divulgar las prestaciones de los empleados.

⁴⁸ Xenia Scheil-Adlung y Lydia Sandner, "Paid sick leave: Incidence, patterns and expenditure in times of crisis", ESS Paper N° 27 (OIT, octubre de 2010).

⁴⁹ Xenia Scheil-Adlung y Lydia Sandner, "The case for paid sick leave", Background paper N° 9, World Health Report (2010).

de sueldo debería interpretarse como una inversión a largo plazo. Los empleados necesitan tener la seguridad de que su estado de salud no afectará a sus medios de vida y, lo que es más importante, que los empleadores se preocupan por su buena salud y por su bienestar. Por tanto, las organizaciones y entidades deberían ser conscientes de esta "obligación de prestar atención" que tienen respecto de sus funcionarios.

71. A este respecto, cuando un funcionario está con licencia de enfermedad durante un período prolongado (más de 20 días hábiles a los efectos de la presentación de informes), el empleador debería mantenerse en contacto con el funcionario en cuestión y facilitar su reincorporación al trabajo tan pronto como su estado de salud se lo permita. La naturaleza de la enfermedad puede entrañar que el funcionario no pueda volver a asumir sus funciones originales inmediatamente, lo que requerirá una modificación de los planes de trabajo, o que pueda regresar al trabajo si se realizan y aceptan algunos ajustes basados en las conversaciones mantenidas entre el funcionario y la administración⁵⁰. Esta práctica se conoce habitualmente como "reincorporación al trabajo". Si bien las estrategias y los programas de reincorporación al trabajo se adoptaron inicialmente para reducir los costos de las indemnizaciones por accidente laboral, también pueden mejorar la productividad y fortalecer la moral de los funcionarios de una organización. En muchos casos, contar con la posibilidad de reincorporarse al trabajo lo antes posible tras sufrir una lesión o enfermedad es decisivo para el proceso de recuperación efectiva. Cuanto más tiempo esté ausente un funcionario por cualquier motivo, más difícil es reintegrarlo a su lugar de trabajo. Para que la reincorporación al trabajo sea satisfactoria es necesaria la comunicación entre el funcionario y la administración, así como con los proveedores de atención de salud, ya que es posible que este último grupo no conozca las funciones desempeñadas por el funcionario y el tipo de trabajo disponible para los funcionarios que se reincorporan tras una lesión o enfermedad. Cabe tener en cuenta que las diferentes esferas de actividad de una organización se rigen por sus propias normas de confidencialidad profesional y que el intercambio de información solo puede tener lugar previa autorización del funcionario. Los directores deberían recibir capacitación sobre su papel en el proceso de reintegración, en particular por lo que respecta a la importancia de aceptar, cuando sea posible, las restricciones y adaptaciones laborales que puedan recomendar los proveedores de atención de salud.

72. Si bien nueve organizaciones y entidades⁵¹ confirmaron, en sus respuestas al cuestionario de los Inspectores, que tenían una política de reincorporación al trabajo, la mayoría de las organizaciones que carecían de una afirmaron que su política estaba en fase de elaboración o examen. Algunas organizaciones propusieron que se elaborara una política de reincorporación al trabajo común a todo el sistema. La formulación de una política de esta índole lleva tiempo y las posibilidades de que se aplique con éxito aumentan si participa un tercer interesado. Los Inspectores desean destacar la experiencia del Banco Mundial sobre la reincorporación al trabajo, que se describe en el recuadro *infra*.

73. La CAPI propuso que la Red de Recursos Humanos de la Junta de los jefes ejecutivos del sistema de las Naciones Unidas para la coordinación elaborara directrices sobre la reincorporación al trabajo, con miras a garantizar un enfoque armonizado, y que cada organización redefiniera sus políticas en el marco de su programa de bienestar del personal. A tal fin, la CAPI remitió a la siguiente decisión:

⁵⁰ Entre los ejemplos de reincorporación al trabajo figuran el trabajo a tiempo parcial, el teletrabajo y la modificación de las tareas y los horarios de trabajo.

⁵¹ La OIT, la OCDE, la Organización para la Prohibición de las Armas Químicas, la OPS, la UNESCO, la ONU, la UNODC/ONUV, el Banco Mundial y la OMS.

Decisión de la Comisión⁵²

- La Comisión decidió que su función de coordinación y reglamentación en el ámbito del derecho a licencias debía centrarse en asegurar una política coherente dentro del régimen común en relación con los elementos que fueran fundamentales para mantener unos incentivos armonizados de contratación, facilitar la movilidad del personal y garantizar unas condiciones de empleo compatibles entre organizaciones con funcionarios que ocuparan puestos similares. La atención se centraría en las vacaciones anuales, las vacaciones en el país de origen y la licencia de enfermedad, aunque no se limitaría exclusivamente a esos ámbitos.
- Teniendo presentes las directrices establecidas por la CAPI sobre otras prestaciones en concepto de licencias, las organizaciones deberían tener flexibilidad para abordar esas cuestiones a la luz de las tendencias recientes y las mejores prácticas en la conciliación de la vida laboral y personal o la atención de la salud, entre otras esferas. Al examinar tales cuestiones, las organizaciones debían consultar al Presidente de la CAPI.
- La Comisión exhortó a las organizaciones a que intensificaran su cooperación con ella en el seguimiento de las mejores prácticas y las novedades registradas en la esfera de las licencias, y a que le comunicaran oportunamente esa información. Por su parte, la Comisión seguiría manteniendo a las organizaciones informadas de las prácticas imperantes en el marco del régimen común.

La experiencia del Banco Mundial sobre la reincorporación al trabajo

La Dependencia de Salud Ocupacional del Departamento de Servicios de Salud Conjunto del Grupo del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional presta asistencia a los funcionarios en su reincorporación al trabajo tras una ausencia (más de 20 días hábiles consecutivos) por motivos médicos. Ello requiere una estrecha colaboración entre la organización, los proveedores de atención de salud y el funcionario.

El Departamento de Servicios de Salud colabora con el administrador del Banco Mundial encargado de los casos de discapacidad, REED Group*, recursos humanos, los directores de las dependencias, el departamento jurídico, el departamento de gestión de las instalaciones y otros departamentos, cuando es necesario, en la aplicación de la política de reincorporación al trabajo. La participación de REED Group garantiza la independencia de la decisión, la confidencialidad y la ausencia de conflicto de intereses. Los proveedores de atención médica (médicos generalistas, especialistas o evaluadores médicos independientes) se encargan del tratamiento médico y/o la expedición del alta médica del funcionario para que vuelva al trabajo.

Cuando el funcionario recibe el alta médica para reincorporarse a sus funciones, el Departamento de Servicios de Salud, REED Group y los proveedores de atención médica examinan, si procede, la necesidad de realizar ajustes en el trabajo. El Departamento adopta un enfoque proactivo en este proceso y recomienda una amplia gama de adaptaciones en el puesto y el lugar de trabajo, entre otras, la modificación de los horarios, la limitación de los viajes, el teletrabajo, la oferta de un servicio de transporte hasta y desde la oficina y ajustes ergonómicos del puesto de trabajo. Una vez que se ha determinado el tipo de adaptación más adecuado, el Departamento brinda su asesoramiento en forma de recomendación al director de la dependencia para que la examine. Según las necesidades de trabajo de la dependencia, el director toma la decisión de aceptar o denegar los ajustes o modificaciones.

⁵² Informe de la Comisión de Administración Pública Internacional correspondiente a 2007 (A/62/30), párrs. 57 a 59.

En caso de aceptación, el Departamento prestará asistencia al funcionario y a la dependencia para realizar los ajustes necesarios en el lugar de trabajo. Por lo general, los gastos de esos ajustes son sufragados por el Fondo para la adaptación a la discapacidad, lo que reduce la carga financiera para el departamento del funcionario. Si el director de la dependencia no puede poner en práctica los ajustes recomendados, el funcionario permanece de baja por discapacidad a corto plazo (licencia de enfermedad) hasta que puedan efectuarse los ajustes debido a que se ha producido una mejora de su estado de salud o las necesidades de trabajo de la dependencia han pasado a ser compatibles con los ajustes recomendados.

Una vez que el funcionario ha vuelto al lugar de trabajo y se han introducido los ajustes necesarios, estos se mantienen y se van adaptando con el tiempo a medida que el estado de salud del funcionario mejora y este pueda reanudar sus funciones habituales. Durante el período de adaptación de un horario de trabajo modificado, REED Group sigue solicitando informes médicos actualizados al médico de cabecera y el Departamento de Servicios de Salud se mantiene en contacto con el director de la dependencia.

Por lo general, los ajustes en el lugar de trabajo se consideran temporales. En algunos casos, debido a la gravedad o naturaleza de la enfermedad o lesión y en función de las necesidades de trabajo de la dependencia, los ajustes pueden mantenerse durante la duración del programa de discapacidad a corto plazo (un máximo de dos años). Cuando se han realizado los ajustes necesarios en el puesto de trabajo, el médico de cabecera, REED Group y el Departamento de Servicios de Salud expiden el alta al funcionario para que pueda volver a desempeñar plenamente sus funciones. El Departamento informa al director de la dependencia de la fecha en que el funcionario puede reincorporarse plenamente a sus funciones.

Por ejemplo, de los 88 casos de reincorporación al trabajo registrados en 2010, 38 (el 43%) requirieron la realización de ajustes laborales para facilitar la pronta vuelta al trabajo, y se aceptaron y aplicaron el 92% de los ajustes recomendados. Solo en tres casos no se aprovechó la oportunidad de realizar los ajustes necesarios, lo que supuso 1.022 días naturales de ausencias adicionales e ilustra el costo que conlleva no optimizar la reincorporación al trabajo. En opinión del Departamento de Servicios de Salud, un enfoque proactivo de la gestión es fundamental para obtener resultados satisfactorios en la gestión integral de las licencias de enfermedad y el programa de reincorporación al trabajo de la organización.

Fuente: Banco Mundial.

* REED Group presta asesoramiento a sus clientes respecto de varias cuestiones, entre otras, la gestión de las ausencias, la legislación en materia de licencias, la gestión de los casos de discapacidad y las directrices sobre la reincorporación al trabajo.

74. La aplicación de la recomendación que figura a continuación aumentará la eficacia y contribuirá a la difusión de mejores prácticas.

Recomendación 7

Los jefes ejecutivos de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, en consulta con sus respectivos departamentos de recursos humanos y servicios médicos o de salud ocupacional, deberían formular y aplicar una política de reincorporación al trabajo para sus funcionarios.

IV. Reducir el ausentismo

A. Modalidades de trabajo flexible

75. Inicialmente las modalidades de trabajo flexible se veían como una prestación para los empleados, pero ahora se consideran un instrumento eficaz para lograr cambios institucionales y fomentar el equilibrio entre la vida y el trabajo y el aumento de la productividad. En la actualidad, los funcionarios de la Secretaría de las Naciones Unidas pueden acogerse a cuatro modalidades de trabajo flexible⁵³:

- Escalonamiento de los horarios de trabajo

En cada lugar de destino se establece un horario troncal durante la jornada de trabajo en el que los funcionarios deben estar presentes. El funcionario debe completar el resto de la jornada laboral antes, después, o en parte antes y en parte después de ese horario.

- Horarios de trabajo comprimidos: horas de trabajo correspondientes a 10 días hábiles repartidas en 9

Las horas de trabajo correspondientes a un período de 10 días hábiles se comprimen en 9 días hábiles repartiendo entre esos 9 días las horas correspondientes al décimo día. De este modo, cada dos semanas el funcionario puede tener libre el último día de la semana laboral normal.

- Pausas programadas para actividades de aprendizaje externas

Los funcionarios que deseen realizar actividades de aprendizaje pertinentes para su desarrollo profesional pueden solicitar autorización para ausentarse hasta tres horas por día, un máximo de dos días a la semana. Las horas que se tomen durante una semana concreta deben compensarse durante esa semana.

- Trabajo fuera de la oficina (teletrabajo)

Los funcionarios pueden trabajar un máximo de dos días a la semana en un lugar de trabajo alternativo, a condición de que tengan acceso al equipo necesario y puedan ser contactados por teléfono o correo electrónico.

76. Con horarios flexibles bien concebidos y empleados responsables, los empleadores también se ven beneficiados. Se ha demostrado que los horarios flexibles aumentan la moral, la lealtad y la productividad, favorecen la contratación y reducen los casos de ausencias no programadas. Constituyen asimismo un instrumento esencial para retener a los empleados valiosos y con experiencia, lo que ahorra al empleador el tiempo y los gastos que conlleva contratar y formar al personal suplente⁵⁴. La aplicación de horarios flexibles puede tener como resultado que los empleados destinen menos tiempo de su jornada laboral en la oficina a cuestiones personales, puesto que dispondrán de más flexibilidad para programar citas. También puede aumentar la productividad de los empleados, ya que estos pueden organizarse para trabajar durante sus horas más productivas. Otra ventaja es el aumento de las horas de apertura en el caso de los empleadores que tienen clientes en diferentes husos horarios. Si bien no existen estadísticas que confirmen que las modalidades de trabajo flexible dan lugar a una reducción del número de ausencias por licencia de enfermedad, la Dependencia Común de Inspección examinará esta cuestión en un próximo informe.

⁵³ ST/SGB/2003/4.

⁵⁴ Fuente: Entrevistas con funcionarios de ONU-Mujeres.

B. Gestión de la salud y la productividad

77. Los Inspectores señalan que, debido a la insuficiencia de datos sobre las licencias de enfermedad, no es posible realizar un análisis del ausentismo por licencia de enfermedad en todo el sistema y de otros costos directos e indirectos de la enfermedad, incluido el "presentismo". El presentismo consiste en ir a trabajar mientras se está enfermo y tiene como consecuencia un descenso de la productividad. Este fenómeno también incluye a los empleados que "se jubilan en el puesto de trabajo" o que simplemente han decidido dejar de trabajar y no desempeñan sus funciones, de modo que otros tienen que hacerse cargo de sus tareas.

78. En respuesta directa a la necesidad de una gestión integrada de la salud y el bienestar del personal, en los Estados Unidos se concibió y puso en práctica un nuevo modelo de gestión de la salud y la productividad. Este modelo obedece a un cambio de paradigma en la atención de la salud, con arreglo al cual ha pasado a hacerse hincapié en la gestión de la salud y la productividad de los empleados con el fin de mejorar el desempeño laboral⁵⁵. Puede definirse como la gestión integrada de los riesgos para la salud y los riesgos de lesiones, las enfermedades crónicas y la discapacidad con miras a reducir los gastos totales relacionados con la salud de los empleados, en particular los gastos médicos directos, las ausencias innecesarias del trabajo y la pérdida de desempeño laboral⁵⁶.

79. Los programas de gestión de la salud y la productividad abarcan, entre otras, las siguientes iniciativas en el lugar de trabajo⁵⁷:

- Promoción de la salud, incluidos programas de gestión de la salud o de bienestar;
- Gestión de las enfermedades, incluidos programas de detección, gestión de la atención de salud o gestión de casos;
- Gestión de la demanda, incluidos programas de autoasistencia y asistencia telefónica a cargo de personal de enfermería;
- Programas de asistencia a los empleados destinados a ocuparse de la salud del comportamiento⁵⁸, el uso indebido de sustancias o los problemas emocionales relacionados con el trabajo;
- Programas de reincorporación al trabajo;
- Servicios de gestión farmacéutica.

⁵⁵ Wolf Kirsten, "Health and Productivity Management – a Future Model for Europe", *Boletín electrónico*, Red Europea de Promoción de la Salud en el Trabajo, enero de 2004.

⁵⁶ Institute for Health and Productivity Management (IHPM), empresa internacional con sede en los Estados Unidos creada en 1997 con el objetivo de establecer el valor total de la salud de los empleados y maximizar sus consecuencias para el desempeño empresarial.

⁵⁷ Ron Z. Goetzel y otros, "Promising Practices in Employer Health and Productivity Management Efforts: Findings from a Benchmarking Study", *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol. 49, N° 2 (febrero de 2007), págs. 111 a 130.

⁵⁸ La salud del comportamiento es una ciencia interdisciplinaria dedicada a promover una filosofía de la salud que hace hincapié en la responsabilidad individual en la aplicación de los conocimientos y técnicas de las ciencias del comportamiento y biomédicas al mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedades y disfunciones mediante diversas actividades individuales y compartidas emprendidas por iniciativa propia. Véase <http://www.mondofacto.com/facts/dictionary?behavioural+health>.

80. Mantener un entorno laboral saludable es una condición *sine qua non* para reducir el ausentismo por licencia de enfermedad. Por consiguiente, los Inspectores recomiendan a las organizaciones y entidades que consideren la posibilidad de incorporar módulos de gestión de la salud y la productividad en el lugar de trabajo.

Anexo I

Derecho a licencia de enfermedad

Organización/entidad	Licencia de enfermedad certificada			Licencia de enfermedad no certificada
	Nombramiento temporal/de plazo fijo inferior a un año	Nombramiento de plazo fijo superior a un año e inferior a tres años (durante cualquier período de 12 meses consecutivos)	Nombramiento continuo/de plazo fijo superior a tres años (durante cualquier período de cuatro años consecutivos)	En un ciclo anual
ACNUR, CESPAP, FIDA, OMI, FAO, Organización para la Prohibición de las Armas Químicas, CEPA, Sede de las Naciones Unidas, ONUG, ONUN, ONUV, PNUD, UNFPA, UNICEF, UNOPS, OOPS, OMT, ONUDI, PMA, OMM	2 días hábiles/mes	SC: 3 meses MS: 3 meses	SC: 9 meses MS: 9 meses	7 días hábiles
UNESCO	2 días hábiles/mes	SC: 64 días hábiles MS: 64 días hábiles	SC: 192 días hábiles MS: 192 días hábiles	7 días hábiles
OMS, ONUSIDA		SC: 6 meses durante cualquier período de 12 meses consecutivos 195 días/9 meses máximo de licencia de enfermedad certificada y no certificada en 4 años		7 días hábiles
OPS		SC: 6 meses en 12 meses consecutivos		7 días hábiles
OIEA, OIT, OMPI		SC: 3 meses MS: 3 meses	SC: 9 meses MS: 9 meses	7 días hábiles
UIT		SC: 65 días hábiles MS: 65 días hábiles	SC: 9 meses MS: 9 meses	7 días hábiles
UPU			SC: 9 meses MS: 9 meses	
Banco Mundial	Acumulación de licencias de enfermedad: 120 horas por año, que pueden arrastrarse			No se requiere certificado si se trata de menos de 5 días hábiles

Organización/entidad	Licencia de enfermedad certificada		Licencia de enfermedad no certificada
	Nombramiento temporal/de plazo fijo inferior a un año	Nombramiento de plazo fijo superior a un año e inferior a tres años (durante cualquier período de 12 meses consecutivos)	Nombramiento continuo/de plazo fijo superior a tres años (durante cualquier período de cuatro años consecutivos)
			En un ciclo anual
OCDE	4 meses/año		9 días hábiles
	Una vez que ha transcurrido el período de 4 meses, SC: 6 meses como máximo MS: 4 meses siguientes Algunas enfermedades largas y costosas: SC: 14 meses; 80% del salario: 18 meses		
BID	Licencia de enfermedad con goce de sueldo hasta un máximo de 132 días hábiles por año civil		8 días hábiles
Comisión Europea	12 meses de salario completo durante un período de 3 años		12 días hábiles

SC: Sueldo completo.

MS: Medio sueldo.

Sinopsis de las medidas que han de adoptar las organizaciones participantes respecto de las recomendaciones de la Dependencia Común de Inspección – JIU/REP/2012/2

		Efectos previstos	Naciones Unidas, fondos y programas														Organismos especializados y OIEA													
			Junta jefes ejecutivos	Naciones Unidas*	UNCTAD	UNODC/ONUV	PNUMA	ONU-Habitat	ACNUR	OOPS	PNUD	UNFPA	UNICEF	ONUSIDA	ONU-Mujeres	UNOPS	PMA	OIT	FAO	UNESCO	OACI	OMS	UPU	UIT	OMM	OMI	OMPI	ONUDI	OMT	OIEA
Informe	Para adopción de medidas		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Para información		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Recomendación 1	d		E	E	E	E	E		E	E	E	E			E	E		E		E		E	E		E		E	E	E	
Recomendación 2	d		E	E	E	E	E	E		E	E	E	E			E	E	E		E		E	E		E	E		E	E	
Recomendación 3	d		E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E		E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	
Recomendación 4	a		E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E		E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	
Recomendación 5	a		L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L		L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	
Recomendación 6	a	E	E																											
Recomendación 7	g		E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E		E	E		E		E		E	E	E	E	E	E	E	E	

Leyenda: L: Recomendación de que adopte una decisión el órgano legislativo.

E: Recomendación para la adopción de medidas por un jefe ejecutivo.

☒: La recomendación no supone la adopción de medidas por la organización.

Efecto previsto: **a**: mejor rendición de cuentas; **b**: difusión de mejores prácticas; **c**: mayor coordinación y cooperación; **d**: mayor control y cumplimiento;

e: mayor eficacia; **f**: economías considerables; **g**: mayor eficiencia; **o**: otros.

* Abarca todas las entidades enumeradas en ST/SGB/2002/11 excepto el ACNUR, el ONU-Hábitat, el OOPS, el PNUMA, la UNCTAD y la UNODC.