



Serie Documentos de Trabajo

Superintendencia de Seguridad Social
Santiago - Chile

DOCUMENTO DE TRABAJO N° 10

**Subsidio por Incapacidad Laboral en Chile:
Situación Actual y Propuestas de Modificación**

Isabel Poblete H.
Javier Rivera C.

Septiembre 2017





SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL

SUPERINTENDENCE OF SOCIAL SECURITY

La Serie Documentos de Trabajo corresponde a una línea de publicaciones de la Superintendencia de Seguridad Social, que tiene por objetivo divulgar trabajos de investigación y estudios realizados por profesionales de esta institución, encargados o contribuidos por terceros. El objetivo de estas publicaciones es relevar temas de interés para las políticas de seguridad social, difundir el conocimiento adquirido e incentivar el intercambio de ideas.

Los trabajos aquí publicados tienen carácter preliminar y están disponibles para su discusión y comentarios. Los contenidos, análisis y conclusiones expresados son de exclusiva responsabilidad de su(s) autor(es), y no reflejan necesariamente la opinión de la Superintendencia de Seguridad Social.

Si requiere de mayor información, o desea contactarse con el equipo editorial, escriba a: publicaciones@suseso.cl.

Si desea conocer otras publicaciones, artículos de investigación y proyectos de la Superintendencia de Seguridad Social, visite nuestro sitio web: www.suseso.cl.

The Working Papers Series of the Superintendence of Social Security disseminates research and policy analysis conducted by its staff, outsourced or contributed by third parties. The purpose of the series is to discuss issues of interest for the social security policies, expose new knowledge and encourage the exchange of ideas.

These papers are preliminary research reports intended for discussion and comments. The contents, analysis and conclusions presented are solely the responsibility of the author(s), and do not necessarily reflect the position of the Superintendence of Social Security.

For further information, or to contact the editors, please write to: publicaciones@suseso.cl.

For other publications, research papers and projects of the Superintendence of Social Security, please visit our website: www.suseso.cl.

Superintendencia de Seguridad Social
Huérfanos 1376
Santiago, Chile.



Subsidio por Incapacidad Laboral en Chile: Situación Actual y Propuestas de Modificación

Isabel Poblete H.

Javier Rivera C.

Unidad de Estudios y Estadísticas

Superintendencia de Seguridad Social

Septiembre 2017

Contenido

1. Introducción	2
2. Subsidio por incapacidad laboral	3
2.1. Descripción general.....	3
2.2. Institucionalidad.....	4
3. Evolución del gasto e intensidad de uso del SIL.....	7
3.1. Análisis estructural del gasto	7
3.2. Intensidad de uso relativa al número de licencias autorizadas	11
3.3. Equilibrio entre el gasto y financiamiento	12
4. Morbilidad de los trabajadores.....	13
5. Análisis de los incentivos.....	16
5.1. Deficiencias generales del sistema.....	16
5.2. Cotizantes	17
5.3. Empleadores.....	18
5.4. Profesionales médicos.....	19
5.5. Administradores del seguro	19
5.6. Instituciones reguladoras	22
6. Chile en un contexto internacional	22
6.1. Antecedentes generales.....	22
6.2. Beneficios del SIL en países OECD.....	23
6.3. Beneficios del SIL en países LATAM	26
6.4. Producto Interno Bruto y gasto en SIL	28
7. Propuestas de modificación	29
7.1. Principales problemas de los SIL	29
7.2. Reformas implementadas en los países OECD.....	30
7.3. Reformas propuestas por comisiones de salud en Chile	32
7.4. Otras reformas propuestas para Chile	34
8. Conclusiones.....	36
Referencias.....	38
Anexo A: Modelación del Gasto en SIL (Rodríguez y Tokman, 2001)	40

1. Introducción

El Subsidio por Incapacidad Laboral por enfermedades curativas o comunes (SIL) contemplado en la legislación vigente otorga una prestación pecuniaria que sustituye la remuneración y permite mantener la continuidad previsional de los trabajadores acogidos al sistema de seguridad social frente a contingencias negativas en su salud que incapaciten de manera parcial o total su presencia en el trabajo.

En Chile las ausencias por reposo laboral generan grandes costos al sistema, para el año 2015 se pagaron \$990.992 millones por concepto de SIL¹, 8,9% real más que el año anterior. Entre los años 2011 y 2015, el gasto en SIL creció en términos reales un 44%, experimentando un incremento anual promedio de 9,5%. Del gasto total en SIL en el periodo 2011-2015, el 56% corresponde al Fondo Nacional de Salud (FONASA) y el 44% restante a Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), en promedio. Cabe señalar que existe un incremento proporcionalmente mayor en el gasto en SIL respecto al incremento en el número de cotizantes del sistema, 10,9% en este último caso para el periodo 2011-2015.

El aumento en el gasto del SIL podría ser consecuencia de múltiples factores, por ejemplo, un diseño generoso del beneficio acompañado de un débil esquema de incentivos, dificultades en la administración, regulación y supervisión del subsidio, efectos demográficos o factores epidemiológicos de la población cotizante. No obstante, cualquiera sea(n) la(s) causa(s) del aumento en el gasto, se traduce en mayores necesidades de financiamiento del seguro. Entre los años 2011 y 2015, la tasa de financiamiento o punto de equilibrio² del gasto en SIL transitó desde 1,8% a 2,2%, representando un incremento de 20,4% en dicho periodo. Así, para el periodo 2011-2015 se destinó entre 26,1% y 31,5% de los ingresos del sistema por cotizaciones legales para salud para financiar el SIL, reduciendo los fondos disponibles para cubrir otras prestaciones de salud.

En este contexto, el presente trabajo corresponde a un estudio exploratorio que presenta la evolución de los principales indicadores de gasto y de intensidad de uso del SIL en los últimos años. Además se analizan los incentivos que enfrentan los participantes del sistema (cotizantes, empleadores, médicos, administradores del seguro y entidades reguladoras). Por otra parte, se presenta el diseño de los sistemas de salud en un grupo de países (OECD y Latinoamericanos) y se mencionan distintas políticas que éstos han implementado para el correcto uso del SIL. Finalmente, se exponen las propuestas de perfeccionamiento sugeridas por las distintas comisiones de salud creadas en Chile, así como las recomendaciones de distintos investigadores para mejorar el diseño actual del SIL y controlar de mejor manera el gasto.

El estudio tiene la siguiente estructura. El capítulo 2 muestra una descripción del sistema SIL. El capítulo 3 presenta la evolución del gasto del SIL e intensidad de uso (2011-2015). El capítulo 4 muestra la morbilidad de los trabajadores. El capítulo 5 resume los incentivos institucionales. El capítulo 6 entrega una comparación internacional del SIL con sistemas similares en el mundo. El capítulo 7 analiza las potenciales reformas para el SIL. Finalmente, el capítulo 8 entrega las conclusiones.

¹ Esta cifra representa un 0,6% del Producto Interno Bruto (PIB) en el año 2015.

² La tasa de equilibrio se define como el porcentaje de la renta total que financia el gasto por SIL.

2. Subsidio por incapacidad laboral

2.1. Descripción general

El SIL es un beneficio en dinero que tiene por finalidad cubrir la contingencia o estado de necesidad que experimenta un trabajador por la suspensión transitoria de la capacidad de trabajo, originada por enfermedad o accidente común, prórroga por medicina preventiva o patologías del embarazo, que reemplaza a la remuneración o renta del trabajador total o parcialmente (Superintendencia de Seguridad Social, 2016)³. La normativa que regula el SIL de los trabajadores dependientes del sector privado es el D.F.L. N° 44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. En el caso del SIL de los trabajadores independientes, la normativa aplicable es el D.F.L. N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, artículos 149 y siguientes y, supletoriamente, el referido D.F.L. N° 44. Por último, los trabajadores del sector público se rigen por el artículo 111 del D.F.L. N° 29, de 2005, del Ministerio de Hacienda (Superintendencia de Seguridad Social, 2016).

Tienen derecho a SIL los trabajadores que cumplan con los siguientes requisitos:

Cuadro 1: Requisitos para tener derecho a SIL, trabajadores dependientes e independientes.

Trabajadores dependientes	Trabajadores independientes
<ul style="list-style-type: none">– Tener una licencia médica debidamente autorizada.– Tener 6 meses de afiliación previsional anteriores al mes en que se inicia la licencia.– Tener 3 meses de cotización dentro de los 6 meses anteriores a la fecha inicial de la licencia médica⁴.– Tener un contrato de trabajo vigente.	<ul style="list-style-type: none">– Tener una licencia médica debidamente autorizada.– Tener 12 meses de afiliación previsional anteriores al mes en que se inicia la licencia.– Tener 6 meses de cotización dentro de los 12 meses anteriores a la fecha inicial de la licencia médica.– Estar al día en el pago de las cotizaciones⁵.

Fuente: Superintendencia de Seguridad Social (2016)

El SIL se devenga por día, desde el primer día de la correspondiente licencia médica si ésta es superior a 10 días o desde el cuarto día si ella fuere igual o inferior a 10 días⁶ (Superintendencia de Seguridad Social, 2016). Cabe destacar que durante el periodo que el trabajador goce de subsidio, se genera el pago de cotizaciones previsionales con cargo a la entidad aseguradora, permitiendo mantener su continuidad previsional.

³ Cabe señalar que no son considerados los subsidios asociados a las licencias médicas maternas y enfermedad grave del niño menor a un año, puesto que estos subsidios son financiados con cargo al Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios de Cesantía del D.F.L. N° 150, de 1981, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

⁴ Este requisito debe entenderse como equivalente a 90 días de cotizaciones. Además este requisito se rebaja a 1 mes (equivalente a 30 días) de cotizaciones continuas o discontinuas dentro de los 180 días anteriores a la licencia médica para el caso de los trabajadores contratados por día, por turnos o jornadas.

⁵ Se considera “al día” al trabajador que hubiere pagado la cotización correspondiente al mes anterior a aquél en que se produzca la incapacidad.

⁶ Tratándose de licencias médicas otorgadas inmediatamente a continuación de otra licencia y por el mismo diagnóstico, se consideran como una sola licencia para efectos de determinar el número de días de subsidio a pagar, así como para el cálculo del monto del subsidio.

La generosidad del SIL corresponde al 100% de la remuneración imponible del trabajador⁷. Cabe destacar que las reglas de carencia y tope imponible no aplican para los funcionarios públicos, puesto que el Fisco, en su calidad de empleador, se hace cargo de los diferenciales, garantizando una tasa de reemplazo efectiva igual al 100%.

En términos de extensión, no hay un plazo límite de días para hacer uso del beneficio, siempre y cuando exista la posibilidad de recuperación de la enfermedad del trabajador (por tratarse de incapacidad laboral temporal)⁸. En cuanto a esta situación, tampoco existe un periodo definido para establecer que una enfermedad es permanente, para estos fines la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN) evalúa caso a caso, basada en los antecedentes presentados para los reposos laborales prolongados.

Por último, el beneficio es financiado con cargo a la cotización de salud que paga el trabajador (7% de su remuneración imponible o la cifra superior que haya pactado con una ISAPRE; Superintendencia de Seguridad Social, 2016).

2.2. Institucionalidad

La institucionalidad relacionada al sistema de licencias médicas y SIL es amplia, y va desde los cotizantes, empleadores, profesionales médicos, administradores del seguro hasta las Superintendencias de Salud y Seguridad Social. El detalle de las funciones de cada agente del sistema SIL se describe en los cuadros 2, 3 y 4.

Cuadro 2: Descripción de funciones de cotizantes, empleadores y médicos profesionales.

Agente	Descripción	Funciones
Cotizantes (con derecho a licencia médica)	Trabajadores dependientes e independientes activos mayores de 15 años que cotizaron a FONASA o a ISAPRES, esto indistintamente si el trabajador se encuentra pensionado. Para este último caso, el cotizante pensionado debe demostrar una actividad laboral.	<ul style="list-style-type: none"> – Tramitar licencia médica con un profesional de la salud. – Entregar licencia a su empleador (si no es electrónica).
Empleadores	Persona natural o jurídica que utiliza los servicios intelectuales o materiales de una o más personas en virtud de un contrato de trabajo.	<ul style="list-style-type: none"> – Remitir la licencia a la ISAPRE, COMPIN o Cajas de Compensación de Asignación Familiar (CCAF), para que sea tramitada (si no es electrónica). Si es trabajador independiente debe realizar este mismo trámite.
Profesionales médicos	Profesional de la salud certificado por la Superintendencia de Salud para emitir licencias médicas: médicos-cirujanos, matronas o cirujanos-dentistas.	<ul style="list-style-type: none"> – Certificar el reposo del cotizante mediante la emisión de una licencia que da cuenta del diagnóstico, tipo de reposo y la duración del mismo, entre otros.

Fuente: Benavides *et al.* (2011); Superintendencia de Seguridad Social (2016)

⁷ En el año 2017, el tope imponible es de 75,7 UF.

⁸ Existe un límite teórico de extensión de 52 semanas prorrogable a 104, sin embargo, en la práctica éste puede excederse en el tiempo que sea necesario.

Cuadro 3: Descripción de funciones de administradores del seguro e instituciones relacionadas.

Agente	Descripción	Funciones
FONASA	Organismo público encargado de otorgar cobertura de atención tanto a las personas que cotizan el 7% de sus ingresos mensuales para la salud en dicho fondo, como a aquellas que, por carecer de recursos propios, financia el Estado a través de un aporte fiscal directo.	<ul style="list-style-type: none"> – Entidad administradora del SIL. – Ejerce el traspaso de fondos para pagar los subsidios de la Unidad Central de Pagos radicada en la Subsecretaría de Salud Pública, así como cubrir los déficit de las CCAF⁹.
COMPIN	Comisiones descentralizadas, con presencia regional, que son dependientes de las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI) de Salud y son fiscalizadas por la Subsecretaría de Salud Pública. Según el Decreto N° 136 de 2004, del Ministerio de Salud, se establece que en cada SEREMI de Salud se debe constituir una COMPIN.	<ul style="list-style-type: none"> – Encargadas de pronunciarse sobre licencias médicas, declarar estados de invalidez y certificar estados de salud. – Para los casos que un trabajador afiliado a FONASA tenga una apelación contra la resolución de su licencia médica, debe acudir a la COMPIN, siendo este organismo el primer agente de apelación de las licencias médicas. – Poseen la tuición y supervisión técnica sobre las Unidades de Licencias Médicas de los Servicios de Salud. – Las Unidades de Subsidio de las COMPIN realizan el cálculo del SIL a pagar en base a los antecedentes financieros del trabajador (liquidaciones de sueldo) no afiliado a CCAF. Asimismo, para estos trabajadores es la Unidad de Central de Pagos la encargada de realizar los pagos de los subsidios (a través del Banco del Estado).
Unidades de Licencias Médicas	Unidades técnico-administrativas asociadas a los Servicios de Salud, dependientes de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.	<ul style="list-style-type: none"> – Encargadas de pronunciarse sobre licencias médicas, declarar estados de invalidez y certificar estados de salud sobre licencias médicas que no exceden los 30 días.
CCAF	Entidades de previsión social constituidas como corporaciones de derecho privado sin fines de lucro, cuyo objeto es la administración de prestaciones de seguridad social dentro del marco del Estatuto General establecido por la Ley N° 18.833, y se encuentran sometidas al control y fiscalización de la Superintendencia de Seguridad Social, de acuerdo a lo señalado en el artículo 23° de la Ley N° 16.395.	<ul style="list-style-type: none"> – Si un trabajador cotizante de FONASA está afiliado a una CCAF, la licencia médica es enviada a la respectiva Caja para el cálculo y pago del SIL. – Las CCAF son las encargadas de financiar las prestaciones derivadas del SIL, mediante el 0,6% que perciben por ingresos por cotización adicional (deducida de la cotización obligatoria de salud correspondiente al 7%).

Fuente: Benavides *et al.* (2011); Rodríguez y Tokman (2001); Superintendencia de Seguridad Social (2016)

⁹ Según se establece en el artículo 14 del D.L. N° 2062, de 1977, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

Cuadro 3: Descripción de funciones de administradores del seguro e instituciones relacionadas (continuación).

Agente	Descripción	Funciones
Seguro Privado	ISAPRES	<p>Son instituciones privadas que captan la cotización obligatoria de los trabajadores y pensionados que libre e individualmente han optado por afiliarse a ellas, otorgando servicios de financiamiento de prestaciones de salud y SIL para los afiliados y sus beneficiarios. Su fiscalización está a cargo de la Superintendencia de Salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Entidades administradoras del SIL. – Encargadas de la recepción, aceptación, rechazo o reducción, cálculo y pago de las licencias médicas. – Los cotizantes de ISAPRE deben dirigirse a su institución aseguradora para recibir el pago de su licencia médica.
	COMPIN	<p>Comisiones descentralizadas, con presencia regional, que son dependientes de las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI) de Salud y son fiscalizadas por la Subsecretaría de Salud Pública. Según el Decreto N° 136 de 2004, del Ministerio de Salud, se establece que en cada SEREMI de Salud se debe constituir una COMPIN.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Para los casos que un trabajador afiliado a ISAPRES tenga una apelación contra la resolución de su licencia médica, debe acudir a la COMPIN, siendo este organismo el primer agente de apelación de las licencias médicas.

Fuente: Benavides *et al.* (2011); Rodríguez y Tokman (2001); Superintendencia de Seguridad Social (2016)

Cuadro 4: Descripción de funciones de instituciones supervisoras o reguladoras.

Agente	Descripción	Funciones
Superintendencia de Salud	Institución autónoma del Estado, con personalidad jurídica y patrimonio propio, que se relaciona con el ejecutivo a través del Ministerio Salud.	<ul style="list-style-type: none"> – Supervigilar y controlar a las ISAPRES y a FONASA, y velar por el cumplimiento de las obligaciones que les imponga la ley, y fiscalizar a todos los prestadores de salud públicos y privados, respecto de su acreditación y certificación. – Actuar como segunda instancia de apelación para reclamaciones de licencias médicas.
Superintendencia de Seguridad Social	Institución autónoma del Estado, con personalidad jurídica y patrimonio propio, que se relaciona con el ejecutivo a través del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.	<ul style="list-style-type: none"> – Supervigilar y controlar el seguro social contra riesgos del trabajo; de salud común; servicios sociales, incluidos el crédito administrado por las CCAF; bienestar en la Administración Pública; prestaciones familiares; y subsidios de cesantía. – Actuar como segunda (cotizantes FONASA) y tercera (cotizantes ISAPRE) instancia de apelación para reclamaciones de licencias.
Subsecretaría de Salud Pública	Subsecretaría de Estado dependiente del Ministerio de Salud.	<ul style="list-style-type: none"> – Ejercer funciones reguladoras, normativas y fiscalizadoras, para contribuir a la calidad de los bienes públicos. – Ejercer control sobre las COMPIN.
Subsecretaría de Redes Asistenciales	Subsecretaría de Estado dependiente del Ministerio de Salud.	<ul style="list-style-type: none"> – Regular y supervisar el funcionamiento de las redes de salud a través del diseño de políticas, normas, planes y programas para su coordinación y articulación. – Ejercer control sobre las Unidades de Licencias Médicas de los Servicios de Salud.

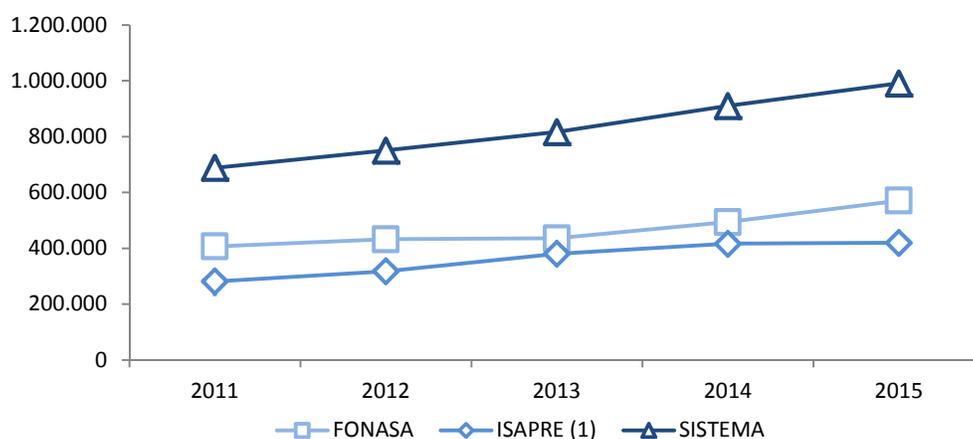
Fuente: Superintendencia de Seguridad Social (2016); Superintendencia de Salud (2016); Ministerio de Salud (2016)

3. Evolución del gasto e intensidad de uso del SIL

3.1. Análisis estructural del gasto

Entre los años 2011 y 2015, el gasto en SIL del sistema creció en 44% en términos reales, con una variación promedio anual de 9,5% (figura 1). Para este periodo, el gasto en SIL de ISAPRES y FONASA presentó cifras de crecimiento real de 49,4% y 40,3%, respectivamente. Las ISAPRES experimentaron una tasa de crecimiento anual del gasto de 1,7 puntos porcentuales (p.p.) más que FONASA. En FONASA la mayor alza en el gasto se aprecia entre los años 2014 y 2015, a diferencia de lo que se observa en ISAPRES, donde el gasto creció fuertemente entre los años 2012 y 2013 para luego crecer levemente en los años 2014 y 2015.

Figura 1: Gasto en SIL, según seguro de salud (millones \$ de diciembre 2015) años 2011-2015.



(1) Incluye licencias médicas reclamadas y acogidas total o parcialmente en las instancias de apelación.

Fuente: FONASA, Superintendencia de Salud y Superintendencia de Seguridad Social (2016)

La evolución del gasto en SIL se puede explicar por la variación de varios componentes que están relacionados directamente con su tasa de crecimiento. Por ejemplo, Benavides *et al.* (2011) asocian factores como número de cotizantes, número de días de subsidios pagados, tasa de incapacidad laboral (TIL), monto promedio pagado por cotizante, monto promedio pagado por día, ingreso imponible promedio por día e intensidad de uso relativa del subsidio como los principales factores con efecto en el incremento del gasto en SIL. Siguiendo esta idea, en el cuadro 5 se presenta la evolución en cifras de los componentes mencionados para los años 2011-2015.

En el caso de los cotizantes, se observa un importante incremento en ISAPRES, pasando de tener 1.308.749 afiliados en 2011 a 1.621.432 en 2015, lo que se traduce en un 23,9% de crecimiento (5,5% promedio anual). Por su parte, FONASA experimentó un alza de sólo 6,7% en el número de cotizantes durante el mismo periodo con una variación promedio anual de 1,6%. Para el año 2015, la proporción de cotizantes asciende a un 72% en FONASA y a un 28% en ISAPRES.

En ambos seguros de salud el número de días de subsidio pagados ha aumentado entre los años 2011 y 2015. En ISAPRES la variación de este indicador ascendió a 39,4% en el periodo señalado, siendo más de dos veces superior a la experimentada por FONASA (16,1%).

Resultado de lo anterior, la TIL, definida como el cociente entre el número de días de subsidio pagado y el número de cotizantes, muestra un crecimiento anual promedio de 3,0% y 2,1% para ISAPRES y FONASA, respectivamente. Así, para el periodo 2011-2015, ISAPRES presenta una tasa de crecimiento de 12,5% en comparación al 8,9% de FONASA. Cabe destacar la importancia de este indicador, puesto que registra la intensidad de uso del SIL basada en la medición de los días que efectivamente se pagaron en subsidio por cotizante. En este sentido, la TIL deja en evidencia que el número de días pagados se ha incrementado a una tasa mayor que el número de cotizantes para ambos seguros de salud entre los años 2011-2015. Además para todos los años, en FONASA se aprecia una TIL superior a la ISAPRES.

En cuanto al subsidio promedio pagado por cotizante, se observa que en FONASA el crecimiento ha sido de 31,5%, siendo 10,9 p.p. mayor al registrado por ISAPRES entre los años 2011 y 2015.

Durante el periodo 2011-2015, en ambos seguros de salud el monto promedio pagado por día tuvo una variación positiva. FONASA presenta tasas de crecimiento anual promedio de 4,8%, mientras que en ISAPRES se ubican en torno al 1,7%.

En el seguro de salud público el ingreso promedio diario de sus cotizantes experimentó un alza de 19,1% con una tasa de crecimiento anual promedio de 4,5% entre los años 2011 y 2015. Diferente es el caso del ingreso promedio diario de los cotizantes del seguro de salud privado, ya que éste presentó una disminución de 9,2% con una variación anual promedio de -2,4% para el mismo periodo.

Finalmente, la intensidad de uso relativa del SIL, definida como el cociente entre el monto promedio pagado por día de subsidio y el ingreso promedio imponible diario, permite identificar el ingreso diario de los cotizantes que hacen uso del SIL¹⁰. Los valores observados de este indicador para FONASA dan cuenta de cierta homogeneidad entre la población beneficiaria de SIL y la protegida, la cual se mantiene estable en el tiempo (variación de 1,4% para el periodo 2011-2015 y una variación anual promedio de 0,3%). Por su parte, ISAPRES presenta valores menores a uno y un perfil creciente en el tiempo (aumento de 18,1% entre los años 2011 y 2015, con incremento anual promedio de 4,2%), evidenciando para el año 2015 una mayor similitud entre los beneficiarios del SIL y la población protegida.

¹⁰ Valores iguales a uno para este indicador reflejan que los usuarios del SIL presentan un ingreso diario similar al ingreso promedio de la población protegida. Valores menores (mayores) a uno dan cuenta que los beneficiarios del SIL presentan un ingreso diario inferior (superior) a la población protegida.

Cuadro 5: Indicadores de gasto en SIL, según seguro de salud años 2011-2015.

Años	N° de cotizantes		N° de días de subsidio pagado		TIL (2)		Monto promedio pagado por cotizante (\$2015) (3)		Monto promedio pagado por día (\$2015) (4)		Ingreso imponible promedio por día (\$2015) (5)		Intensidad de uso relativa del subsidio (6)	
	FONASA	ISAPRE	FONASA	ISAPRE (1)	FONASA	ISAPRE	FONASA	ISAPRE	FONASA	ISAPRE	FONASA	ISAPRE	FONASA	ISAPRE
2011	3.977.465	1.308.749	30.634.263	8.831.870	7,7	6,7	102.327	214.857	13.286	31.839	12.793	41.011	1,04	0,78
2012	4.143.088	1.389.231	30.621.755	9.922.444	7,4	7,1	104.417	228.845	14.128	32.040	13.793	42.380	1,02	0,76
2013	4.110.279	1.484.404	31.300.886	10.819.899	7,6	7,3	106.087	256.272	13.931	35.158	14.354	42.484	0,97	0,83
2014	4.210.762	1.554.914	33.174.797	12.033.526	7,9	7,7	117.323	267.666	14.891	34.586	15.081	41.022	0,99	0,84
2015	4.242.060	1.621.432	35.572.645	12.310.568	8,4	7,6	134.578	259.093	16.049	34.125	15.240	37.225	1,05	0,92
Var. (%) 2011-2015	6,7%	23,9%	16,1%	39,4%	8,9%	12,5%	31,5%	20,6%	20,8%	7,2%	19,1%	-9,2%	1,4%	18,1%
Var. (%) promedio anual	1,6%	5,5%	3,8%	8,7%	2,1%	3,0%	7,1%	4,8%	4,8%	1,7%	4,5%	-2,4%	0,3%	4,2%

(1) Incluye licencias médicas reclamadas y acogidas total o parcialmente en las instancias de apelación.

(2) Calculada como el cociente entre el número de días de subsidio pagado y el número de cotizantes.

(3) Calculado como el cociente entre el gasto en SIL y el número de cotizantes.

(4) Calculado como el cociente entre el gasto en SIL y el número de días de subsidio pagado.

(5) Calculado como el cociente diario entre el ingreso promedio por cotización legal y el número promedio de cotizantes.

(6) Calculada como el cociente entre el monto promedio pagado por día de subsidio y el ingreso promedio imponible diario.

Fuente: FONASA, Superintendencia de Salud y Superintendencia de Seguridad Social (2016)

Luego, utilizando la metodología descrita por Rodríguez y Tokman (2001)¹¹ se estima la composición del gasto en SIL para el periodo 2011-2015. Este método se basa en descomponer la tasa de crecimiento del gasto en SIL en los principales factores observables del sistema (número de cotizantes, ingreso imponible promedio diario, intensidad de uso relativa del subsidio, TIL y efecto cruzado entre estas variables) y estimar el peso de cada uno en un periodo determinado (cuadro 6).

Cuadro 6: Descomposición de la tasa de crecimiento del gasto en SIL años 2011-2015 en base a metodología Rodríguez y Tokman (2001).

Variable	FONASA	ISAPRE	SISTEMA
Gasto en subsidio	40,3%	49,4%	44,0%
N° de cotizantes	6,7%	23,9%	10,9%
Ingreso imponible promedio diario (1)	19,1%	-9,2%	7,8%
Intensidad de uso relativa del subsidio (2)	1,4%	18,1%	10,1%
TIL (3)	8,9%	12,5%	9,4%
Efecto cruzado	4,2%	4,1%	5,8%

(1) Calculado como el cociente diario entre el ingreso promedio por cotización legal y el número promedio de cotizantes.

(2) Calculada como el cociente entre el monto promedio pagado por día de subsidio y el ingreso promedio imponible diario.

(3) Calculada como el cociente entre el número de días de subsidio pagado y el número de cotizantes.

Fuente: FONASA, Superintendencia de Salud y Superintendencia de Seguridad Social (2016)

Como se observa en el cuadro 6, el crecimiento en el gasto del sistema (44% entre los años 2011 y 2015) se explica mayoritariamente por el aumento en el número de cotizantes, el que explica un incremento de 10,9%, seguido por la intensidad de uso relativa del subsidio y la TIL, con aportes de 10,1% y 9,4%, respectivamente. Por último, el aumento de las remuneraciones explica el 7,8% y el efecto cruzado de todos los factores antes mencionados el 5,8%.

En el caso de FONASA, el factor con mayor representatividad en la tasa de crecimiento del SIL es el ingreso imponible promedio diario de sus cotizantes, con una contribución de 19,1%, seguido por la TIL (8,9%) y el número de cotizantes (6,7%).

Por su lado, en ISAPRES se puede identificar que la variación en el número de cotizantes es el principal factor que incrementa el gasto en SIL, con un aporte de 23,9% sobre el total. También, influyen de manera significativa la intensidad de uso relativa del SIL y la TIL, con participaciones del 18,1% y 12,5%, respectivamente.

Llama la atención las diferencias que se presentan entre ambos seguros de salud común. En el caso de FONASA el ingreso imponible diario tiene el mayor impacto en el incremento del gasto en SIL, mientras que en ISAPRE esta variable tiene el efecto contrario sobre la tasa de crecimiento. Asimismo, tanto el número de cotizantes como la intensidad de uso del subsidio son los

¹¹ Para el detalle completo de la metodología empleada, ver Anexo A.

principales factores que elevan el gasto en ISAPRE, en el caso de FONASA, sólo son factores de orden secundario.

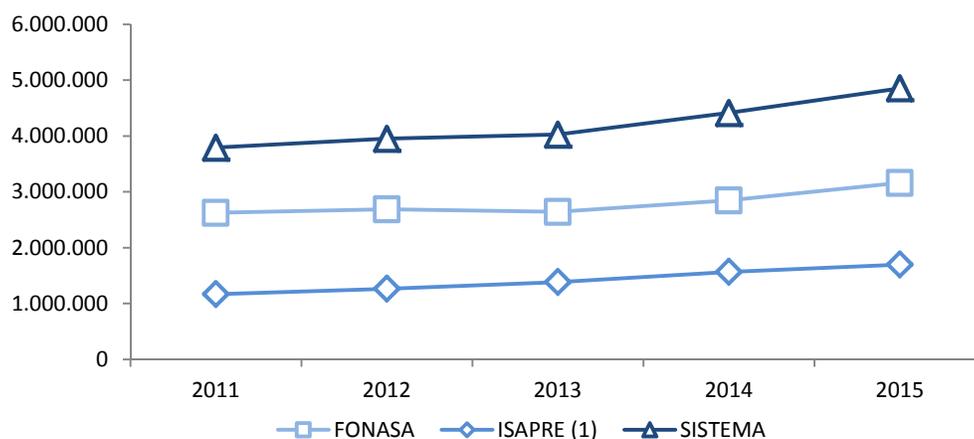
Finalmente, en base a los antecedentes presentados es posible inferir que el incremento del gasto en SIL en el sector público de salud se debe mayoritariamente a variaciones en el ingreso de los cotizantes, en cambio, en el sector privado de salud se explica principalmente por la variación en la población cotizante.

3.2. Intensidad de uso relativa al número de licencias autorizadas

El uso efectivo del SIL está asociado a la cantidad de licencias médicas autorizadas y días de subsidio pagado, es decir, los reposos laborales que son autorizados a pago por las COMPIN y las contralorías médicas de las ISAPRES, respectivamente. En este sentido, la evolución de las licencias médicas autorizadas y días pagados entregan una medida respecto al uso efectivo, incidencia y duración de las ausencias laborales cubiertas por el SIL en el tiempo.

Para el periodo 2011-2015 se observa un fuerte incremento en el número de licencias médicas autorizadas en el sistema de salud común, 28,1% con una tasa de crecimiento promedio anual de 6,4% (figura 2). Al desagregar estas cifras por seguro de salud, es posible notar que en ISAPRES el crecimiento total es de 45,2%, muy superior al que registra FONASA de 20,4%. En relación a la variabilidad anual, se nota un alza en el número de licencias médicas autorizadas por FONASA a partir del año 2014. Por el contrario, ISAPRE experimentó un alza continua desde el 2012 hasta el 2014, pero que luego disminuye su crecimiento en 2015.

Figura 2: Número de licencias médicas autorizadas, según seguro de salud años 2011-2015.



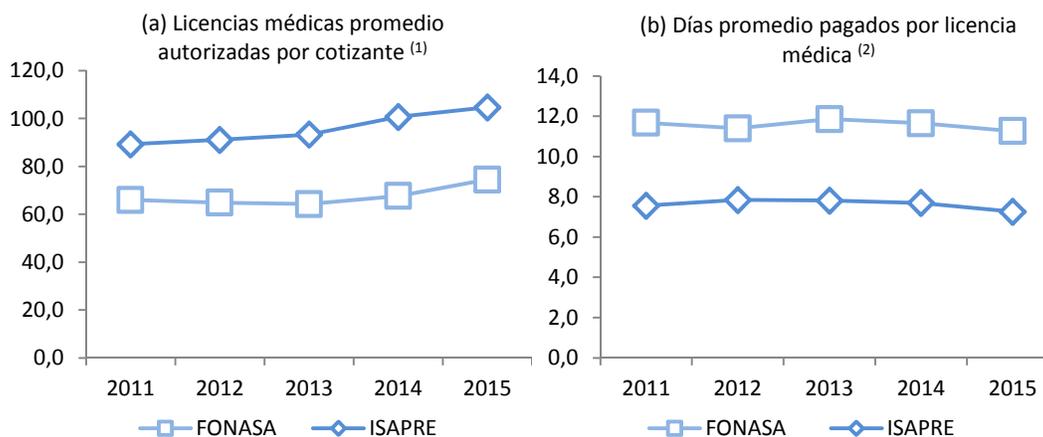
(1) Incluye licencias médicas reclamadas y acogidas total o parcialmente en las instancias de apelación.

Fuente: FONASA, Superintendencia de Salud y Superintendencia de Seguridad Social (2016)

Luego, en la figura 3 es posible identificar la incidencia del reposo laboral por cotizante, definida como el número de licencias médicas autorizadas por cada 100 cotizantes, y la duración promedio de las licencias médicas, definida como el cociente entre el número de días pagados sobre el número de licencias médicas autorizadas.

Respecto al número de licencias médicas autorizadas por cotizante, se observa que en ISAPRES fueron autorizados 95,8 reposos laborales por cada 100 cotizantes (en promedio), mientras que en FONASA esta cifra ascendió a 67,4 entre los años 2011 y 2015. El crecimiento observado para dicho periodo fue de 17,2% y 12,9% en ISAPRES y FONASA, respectivamente (figura 3a). Luego, al analizar la duración promedio de las licencias médicas se observa una disminución de 4,0% en ISAPRES y de 3,6% en FONASA para el periodo 2011-2015 (figura 3b). En el caso de FONASA la duración promedio de las licencias médicas fue de 11,6 días, mientras que en ISAPRES fue de 7,6 días.

Figura 3: Indicadores de licencias médicas autorizadas, según seguro de salud años 2011-2015.



(1) Calculado como el cociente entre el número de licencias médicas autorizadas y el número de cotizantes por 100.

(2) Calculado como el cociente entre el número de días de subsidio pagado y el número de licencias médicas autorizadas.

Fuente: FONASA, Superintendencia de Salud y Superintendencia de Seguridad Social (2016)

3.3. Equilibrio entre el gasto y financiamiento

La tasa de financiamiento o de equilibrio se define como el porcentaje de los ingresos por cotización de salud obligatoria que son destinados para financiar el gasto en SIL. Como se observa en el cuadro 7, del 7% que percibieron los aseguradores de salud (sistema) por concepto de ingresos por cotizaciones legales, se destinaron 1,9%, en promedio, para financiar el SIL entre los años 2011 y 2015 (incremento anual de 4,8%). Se observa una mayor tasa de equilibrio en FONASA respecto a ISAPRES, sin embargo, el crecimiento en ISAPRES es muy superior al observado en FONASA en dicho periodo. En el caso de FONASA, la tasa de financiamiento transitó desde el 2,2% en 2011 a 2,5% en 2015, reflejando un crecimiento de 10,4%. Por su parte, ISAPRES experimentó un crecimiento de 32,9% en la tasa de equilibrio, con valores que fluctuaron entre 1,5% y 1,9% para el periodo 2011-2015.

Si bien los ingresos de FONASA e ISAPRES han experimentado un alza entre los años 2011 y 2015 (tasa anual de 6,2% y 3,0%, respectivamente), la tasa de crecimiento del gasto en SIL ha aumentado en una magnitud mayor. Como se ha evidenciado, este resultado se traduce en mayores necesidades de financiamiento del subsidio, a través del incremento en la tasa de

equilibrio durante los últimos años, lo que a su vez impacta directamente en la reducción de los fondos disponibles para cubrir otras prestaciones de salud.

Cuadro 7: Tasa de financiamiento del gasto en SIL, según seguro de salud años 2011-2015.

Años	Ingreso Imponible (1) (M\$ 2015)			FONASA		ISAPRE		SISTEMA
	FONASA	ISAPRE	SISTEMA	Tasa (2)	% Var.	Tasa (2)	% Var.	Tasa (2)
2011	18.318.400	19.322.228	37.640.628	2,2%		1,5%		1,8%
2012	20.572.661	21.195.231	41.767.892	2,1%	-5,4%	1,5%	3,1%	1,8%
2013	21.239.561	22.702.728	43.942.289	2,1%	-2,4%	1,7%	11,7%	1,9%
2014	22.861.009	22.962.602	45.823.611	2,2%	5,3%	1,8%	8,2%	2,0%
2015	23.273.807	21.729.029	45.002.836	2,5%	13,5%	1,9%	6,7%	2,2%
Variación (%) 2011-2015	27,1%	12,5%	19,6%	10,4%		32,9%		20,4%
Variación (%) promedio anual	6,2%	3,0%	4,6%	2,5%		7,4%		4,8%

(1) Corresponde al ingreso por cotización legal en miles de pesos de diciembre 2015.

(2) Calculada como el cociente entre el ingreso por cotización legal y el gasto en SIL en pesos de cada año.

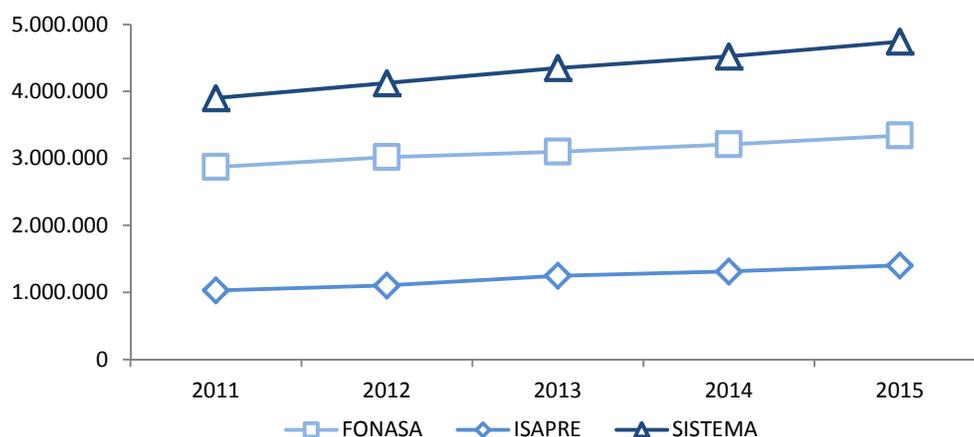
Fuente: FONASA, Superintendencia de Salud y Superintendencia de Seguridad Social (2016)

4. Morbilidad de los trabajadores

En los puntos anteriores se presentó la evolución del número de licencias autorizadas, las cuales determinan el gasto en SIL, junto con los días pagados, sin embargo, no dan cuenta explícitamente de los factores epidemiológicos que afectan la situación de salud de la población cotizante del país. En este sentido, ahondar en el análisis de las licencias médicas tramitadas, días de reposo laboral otorgados y tasas de uso por cotizantes aportará una visión sobre la morbilidad de los trabajadores con derecho a licencia médica.

Para el año 2015, el 70,4% de las licencias médicas tramitadas en el país corresponden a FONASA y el 29,6% a ISAPRES. Entre los años 2011 y 2015 se observa un incremento de 21,6% en el número de licencias médicas tramitadas en el sistema de salud, con una variación anual promedio de 5,0% (figura 4). En FONASA, la tramitación de licencias médicas aumentó en 16,4%. Por su parte, en ISAPRES el incremento fue de 36,2%, siendo más de dos veces superior con respecto a FONASA.

Figura 4: Número de licencias médicas tramitadas, según seguro de salud años 2011-2015.

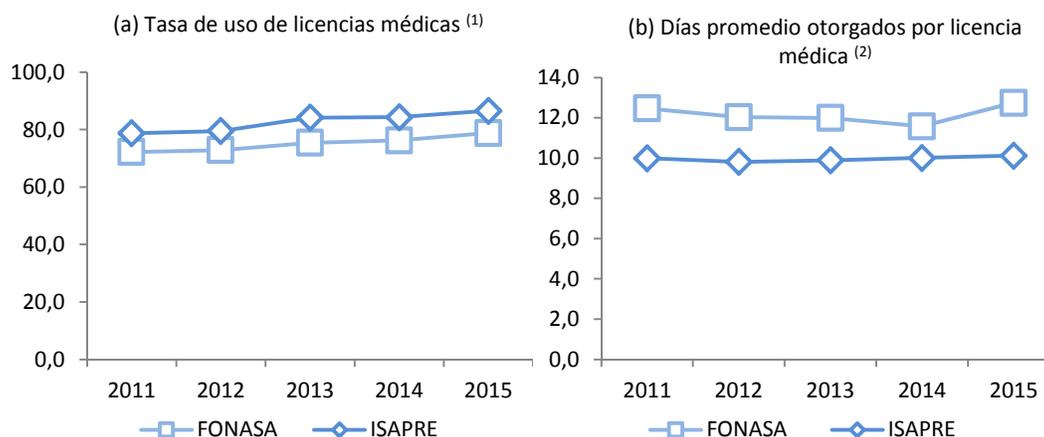


Fuente: FONASA, Superintendencia de Salud y Superintendencia de Seguridad Social (2016)

Si bien se observan tasas de crecimiento anual de las licencias médicas de 8,0% en ISAPRES y 3,9% en FONASA esto se puede deber al aumento en la población cubierta en el mismo periodo, por lo que es necesario contrastarlas con la evolución del número de cotizantes en cada seguro de salud. Un indicador que permite aislar este efecto es la tasa de uso, definida como el cociente entre el número de licencias tramitadas y el número de cotizantes por 100. A partir de las cifras de la figura 5a, es posible notar que en ISAPRES la tasa de uso transitó desde un 78,7 a un 86,5 entre los años 2011 y 2015, experimentando una variación de 9,9%. Asimismo, en FONASA la tasa de uso aumentó desde 72,2 en 2011 a 78,8 en 2015, lo que representa un alza de 9,1%. Para el periodo en análisis las tasas de uso del seguro público y privado de salud son similares –levemente mayor en ISAPRES-, sin embargo, sus niveles de crecimiento dan cuenta que la tramitación de licencias médicas aumentó a una tasa superior que el número de cotizantes.

Por su parte, el promedio de días otorgados por licencia médica tramitada, muestra un ligero incremento tanto en FONASA (2,2%) como en ISAPRES (1,3%), con valores promedio de 12,2 días en el seguro público y 10 días en el seguro privado (figura 5b) entre los años 2011 y 2015.

Figura 5: Indicadores de licencias médicas tramitadas, según seguro de salud años 2011-2015.



(1) Calculado como el cociente entre número de licencias médicas tramitadas y número de cotizantes por 100.
 (2) Calculado como el cociente entre el número de días otorgados y el número de licencias médicas tramitadas.
 Fuente: FONASA, Superintendencia de Salud y Superintendencia de Seguridad Social (2016)

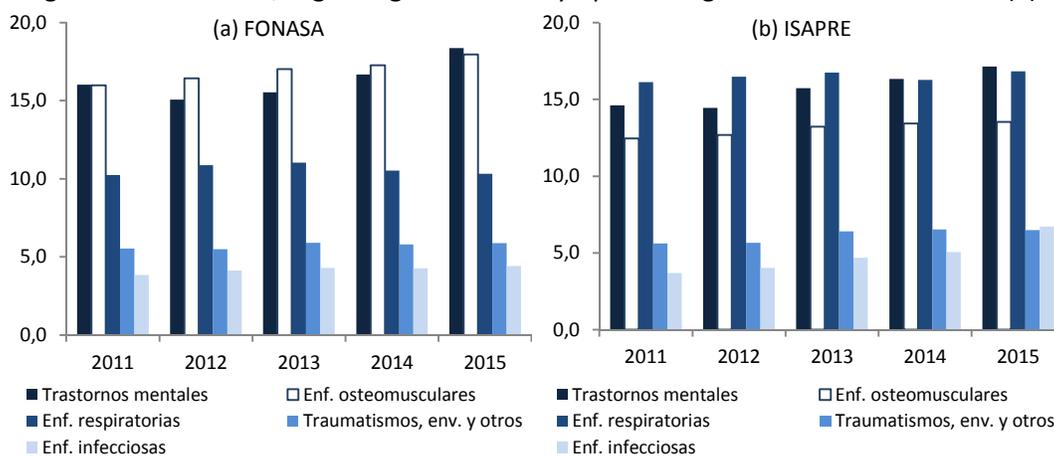
A priori, las cifras presentadas dan cuenta de una mayor vulnerabilidad sanitaria en los cotizantes del seguro de salud, la cual puede deberse a factores epidemiológicos, los que inciden en que la población cotizante requiera más días de reposo laboral, y/o por una posible sobreutilización del beneficio más allá de su justificación médica. De este modo, con el objetivo de identificar tendencias asociadas a las enfermedades con mayor presencia en la tramitación de permisos laborales se extiende el análisis a los factores epidemiológicos que explican los incrementos en los niveles de uso de licencia y número de días tramitados entre los años 2011 y 2015.

En la figura 6a, se aprecia que FONASA tiene un uso más intensivo de las licencias médicas por enfermedades osteomusculares y mentales. En el caso de las enfermedades osteomusculares, su tasa de uso transitó desde 16,0 a 18,0 entre los años 2011 y 2015, representando un incremento de 12,4%. Por su parte, la tasa de uso de las licencias médicas por trastornos mentales experimentó un alza de 14,6% entre los años 2011 y 2015. En ISAPRES las enfermedades respiratorias y mentales son las principales causas que dan origen a la tramitación de licencias médicas entre sus cotizantes (figura 6b). Las enfermedades respiratorias tienen una tasa de uso de 16,8 en el año 2015, siendo 4,4% superior a la observada en el año 2011. Asimismo, la tasa de uso por enfermedades mentales transitó desde 14,6 en 2011 a 17,1 en 2015, constituyendo un crecimiento de 17,4% en el periodo. Tanto en FONASA como en ISAPRES las enfermedades mentales pasaron a ser la principal causa de tramitación de licencias médicas en el año 2015.

En relación al promedio de días otorgados, se observa que en ambos seguros de salud son los trastornos mentales y traumatismos las enfermedades que lideran la lista con los reposos tramitados de mayor duración en el periodo 2011-2015 (figura 7). En el caso de FONASA, la extensión promedio de las enfermedades mentales y traumatismos es de 16,4 y 14,8 días, respectivamente (figura 7a). Por su lado, en ISAPRES las cifras promedio son de 15,4 días para los

trastornos mentales y de 13,9 días para los traumatismos (figura 7b), siendo ambos diagnósticos de menor duración con respecto a lo observado en FONASA.

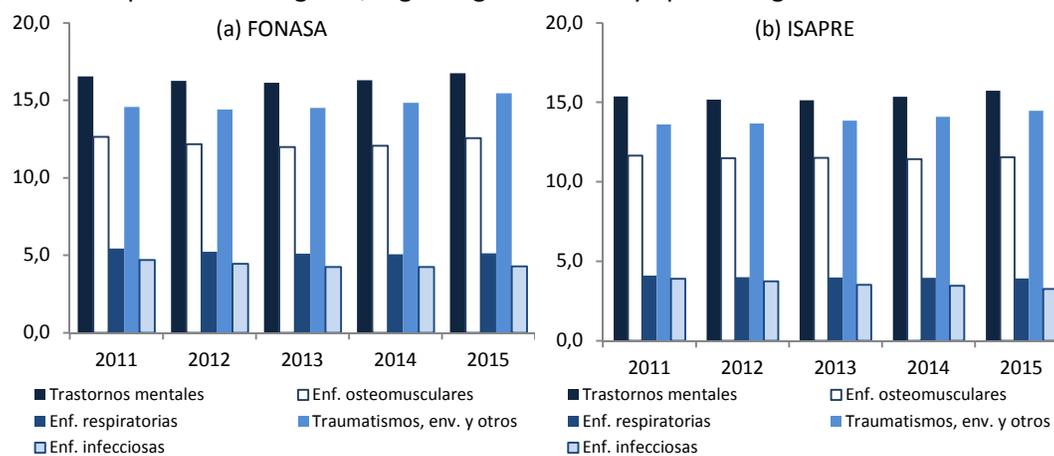
Figura 6: Tasa de uso, según seguro de salud y tipo de diagnóstico años 2011-2015 (1).



Fuente: FONASA (2011-2014); FONASA, Superintendencia de Salud y Superintendencia de Seguridad Social (2016)

(1) Calculado como el cociente entre número de licencias médicas tramitadas y número de cotizantes por 100. Se excluyen las cifras asociadas a “otros diagnósticos”.

Figura 7: Días promedio otorgados, según seguro de salud y tipo de diagnóstico años 2011-2015 (1).



Fuente: FONASA (2011-2014); FONASA, Superintendencia de Salud y Superintendencia de Seguridad Social (2016)

(1) Calculado como el cociente entre el número de días de subsidio pagado y el número de licencias médicas autorizadas. Se excluyen las cifras asociadas a “otros diagnósticos”.

5. Análisis de los incentivos

5.1. Deficiencias generales del sistema

Actualmente, existe un debate en torno al diseño del sistema de SIL, específicamente, a la institucionalidad vinculada en el proceso de autorización y pago del SIL, al esquema de pagos, a las

herramientas de control y a la creciente evolución del gasto. Por ejemplo, Benavides *et al.* (2011) destacan que el sistema presenta falencias en la tramitación y en los plazos de resolución de las licencias médicas, las que varían dependiendo del tipo de aseguradora del afiliado. En el caso del seguro público, existe una fragmentación en el proceso de tramitación de las licencias médicas, ya que existen multiplicidad de roles entre las COMPIN, las Unidades de Licencias Médicas de los Servicios de Salud y las CCAF, lo que dificulta la fiscalización, monitoreo y seguimiento. Por su parte, en el seguro privado existe un único agente que resuelve y paga las licencias médicas en un plazo oportuno, sin embargo, esta multifuncionalidad unilateral conlleva a deslegitimar el proceso resolutorio por considerar a las ISAPRES como juez y parte. Por su parte, Rodríguez y Tokman (2001) señalan que el diseño del sistema no incorpora restricción presupuestaria, el mecanismo de pago es generoso comparado con otros sistemas de similares características en el resto del mundo¹² (80% de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD) tienen tasas de reemplazo entre 50% y 75%) y las herramientas de control para regular potenciales abusos del beneficio no son suficientes¹³.

En términos generales, el diseño del SIL presenta varias dificultades en su operación, las que generan altos costos de transacción para los usuarios y entidades, así como altos costos financieros para el sistema de salud. En este sentido, Rodríguez y Tokman (2001) y Cid (2006) proponen analizar los incentivos institucionales para identificar patrones de riesgo de los principales actores del sistema de SIL. De esta manera, en las siguientes subsecciones se presenta un análisis bibliográfico de los incentivos de los cotizantes, empleadores, médicos, administradores del seguro y entidades reguladoras, con el objetivo de poner en evidencia el potencial riesgo moral presente en el diseño del SIL.

5.2. Cotizantes

En términos de los incentivos de los trabajadores, diversos estudios han constatado deficiencias en el diseño actual del seguro. Tal como mencionan Rodríguez y Tokman (2001), en el modelo actual, los cotizantes se enfrentan ante un seguro que reemplaza el 100% de la remuneración imponible, por lo tanto, las preferencias de ocio podrían afectar directamente las transiciones de estado entre utilizar o no el beneficio. Si a este comportamiento se suma un control reducido sobre el número de reposos laborales; una escasa acumulación de trabajo y un escaso efecto reputación en la organización (mientras el trabajador se encuentre ausente); el costo por ausentarse se reduce significativamente, por lo que existirían mayores incentivos a tramitar una licencia médica (aún si el trabajador no está enfermo).

¹² Este punto se analizará en detalle en las secciones posteriores.

¹³ Existen diferentes normas legales que regulan el ejercicio de las licencias médicas, los D.F.L. N° 3 y D.F.L. N° 1 del año 2005 en relación a la Ley 18.933, siendo la más reciente la Ley 20.585 de 2012 (todos del Ministerio de Salud), la que tiene como objetivo establecer medidas que permitan asegurar el correcto otorgamiento y uso de las licencias médicas, además de una adecuada protección al cotizante y beneficiarios de las ISAPRES y FONASA.

Dado que los incentivos del trabajador son no observables, el SIL incorpora una carencia de 3 días para licencias menores a 11 días, con el objetivo de disminuir un potencial uso malicioso del beneficio¹⁴. No obstante, Rodríguez y Tokman (2001), Larraín, Rodríguez y Tokman (2004), Castro (2009), Beteta y Willington (2010) y Benavides *et al.* (2011) presentan evidencia que este mecanismo iría en sentido contrario, ya que los trabajadores estarían tramitando licencias por periodos mayores a 11 días, por lo que no se cumpliría el objetivo esperado.

Por otro lado, Rodríguez y Tokman (2001) declaran que en ciertas industrias el SIL es utilizado como un seguro complementario de cesantía, específicamente, en actividades económicas que presentan importantes ciclos de estacionalidad. También, señalan la existencia de casos en los cuales algunos trabajadores en acuerdo con sus empleadores declaran ingresos mayores en los meses previos a la tramitación de una licencia médica, con el objetivo de incrementar la base de cálculo que determina el monto del beneficio.

5.3. Empleadores

En el estudio presentado por Larraín, Rodríguez y Tokman (2004), se indica que los empleadores enfrentan un costo en términos de continuidad operativa cuando los trabajadores se ausentan por reposo médico. Cabe señalar que este costo operativo estaría relacionado directamente con la magnitud del trabajo de cada trabajador.

Por su parte, Rodríguez y Tokman (2001) señalan que a pesar de la discontinuidad en el trabajo a causa del ausentismo por enfermedad, los costos monetarios (remuneraciones) son absorbidos por el SIL, por tanto, no queda claro si el empleador tiene incentivos directos sobre el uso intensivo de licencias médicas (o que intente aplicar medidas para prevenirlas). En este sentido, el diseño del seguro es generoso con el empleador, ya que en otros sistemas del mundo él debe hacerse cargo de la remuneración del trabajador por un número determinado de días (en los países OECD, en general, los primeros días son cubiertos por el empleador¹⁵).

Adicionalmente, Rodríguez y Tokman (2001) mencionan que los empleadores tienen el incentivo de declarar accidentes laborales y enfermedades profesionales como enfermedades comunes, debido a que existe un costo directo por siniestralidad en el trabajo que se traduce en una mayor tasa de cotización adicional¹⁶. Por lo tanto, se estarían utilizando los fondos del SIL para financiar remuneraciones correspondientes al Seguro Social de la Ley N° 16.744.

¹⁴ Cid (2006) señala que el origen del deducible de 3 días se remonta al año 1952 y se implementó con el objetivo de controlar el posible uso abusivo de este beneficio, especialmente para controlar el llamado “San Lunes”. Por lo tanto, más allá de un diseño óptimo del seguro este mecanismo contribuía a mitigar un riesgo particular presente en la época.

¹⁵ Este punto se analizará en detalle en las secciones posteriores.

¹⁶ D.S. N° 67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

Por último, Rodríguez y Tokman (2001) comentan que existen casos aislados de empleadores que crean empresas ficticias cuyo único objetivo es tramitar licencias médicas y obtener los recursos provenientes del SIL.

5.4. Profesionales médicos

Dentro de las funciones de los médicos está presente la emisión de licencias médicas para los trabajadores que muestren algún grado de discapacidad (recuperable) que afecte el correcto desempeño de sus funciones en el trabajo. En este sentido, Rodríguez y Tokman (2001) señalan que más allá de la comprensión que tienen los médicos sobre la salud de los pacientes, están presentes ante un problema de agencia (asimetría en la información ante lo que declara el paciente). Por lo tanto, dado que muchas enfermedades (principalmente las mentales y osteomusculares) tienen diagnósticos difíciles de comprobar mediante examen objetivo, pueden ser inducidos a dar una licencia médica de acuerdo a los antecedentes no observables que indica el paciente sobre su estado de salud. De esta manera, ante la duda el profesional de la salud emite un reposo laboral.

Por otro lado, los autores también identifican que existen casos aislados donde los médicos tienen un comportamiento que atenta contra la ética profesional, asociado específicamente a la comercialización injustificada de permisos laborales.

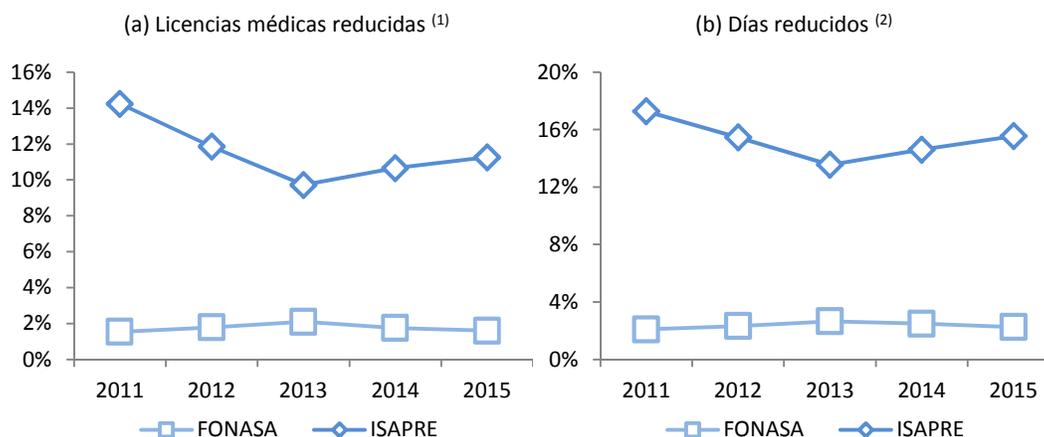
5.5. Administradores del seguro

En cuanto a la administración privada del SIL, Rodríguez y Tokman (2001) indican que las ISAPRES tienen los mayores incentivos a disminuir el gasto que el SIL genera. Respecto a las principales herramientas con las que cuentan para lograr este objetivo, disponen entre sus funciones el rol de ente pagador y fiscalizador. Según, los autores esta multiplicidad de tareas les permiten dirimir arbitrariamente sobre el pronunciamiento y pago de los SIL, reduciendo la duración de las licencias o rechazándolas por completo.

Según los datos reportados por FONASA, Superintendencia de Salud y Superintendencia de Seguridad Social (2016), el promedio de licencias médicas reducidas del sistema ISAPRES es de 11,5% para el periodo 2011-2015, siendo muy superior al que se observa en FONASA de 1,8% (figura 8a). A su vez, el promedio de días reducidos de ISAPRES es de 15,3% en contraste con el 2,4% de FONASA para el mismo periodo (figura 8b). Por su parte, las licencias médicas rechazadas entre los años 2011 y 2015, ascienden en promedio a 13,7% en ISAPRES y 7,1% en FONASA (figura 9a). Asimismo, el porcentaje promedio de días rechazados es de 20,8% y 9,4% en ISAPRES y FONASA, respectivamente (figura 9b).

A partir de las cifras oficiales de licencias médicas y SIL se observan importantes diferencias en ISAPRES con respecto a FONASA, tanto en el porcentaje de licencias reducidas, así como en el porcentaje de licencias rechazadas, lo cual daría cuenta de un posible incentivo oportunista en relación a los dictámenes que resuelven las ISAPRES.

Figura 8: Licencias médicas reducidas y días reducidos (%), según seguro de salud años 2011-2015.

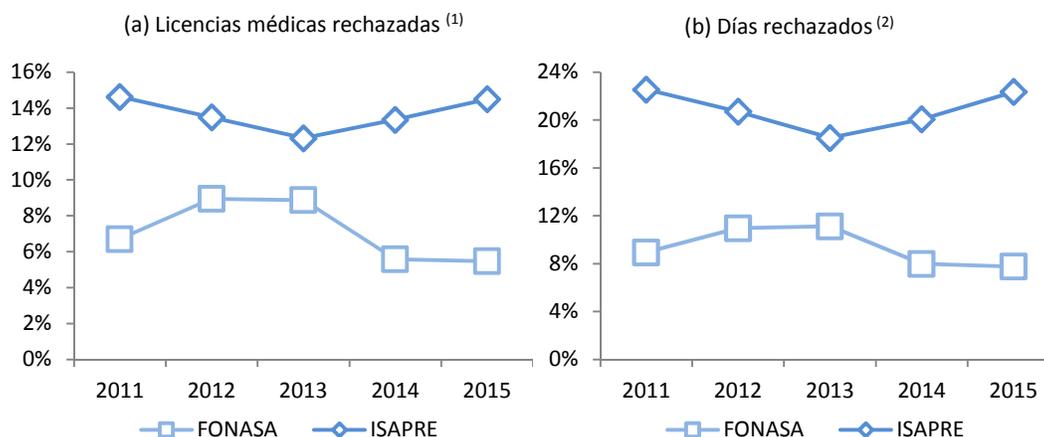


(1) Calculado como el cociente entre número de licencias médicas reducidas y el número de licencias médicas tramitadas.

(2) Calculado como el cociente entre número de días reducidos y el número de días otorgados.

Fuente: FONASA (2011-2014); FONASA, Superintendencia de Salud y Superintendencia de Seguridad Social (2016)

Figura 9: Licencias médicas rechazadas y días rechazados, según seguro de salud años 2011-2015.



(1) Calculado como el cociente entre número de licencias médicas rechazadas y el número de licencias médicas tramitadas.

(2) Calculado como el cociente entre número de días rechazados y el número de días otorgados.

Fuente: FONASA, Superintendencia de Salud y Superintendencia de Seguridad Social (2016)

Rodríguez y Tokman (2001) señalan que las consecuencias del rechazo injustificado o reducción de licencias podrían resultar rentables para las ISAPRES, ya que no hay multas o sanciones asociadas a una pronunciación equívoca¹⁷. Además, en muchas ocasiones los trabajadores que reciben una

¹⁷ Un cotizante de ISAPRE, frente a un rechazo y/o reducción de una licencia, debe presentar su reclamo por escrito directamente a la COMPIN, en un plazo de 15 días hábiles desde la recepción del pronunciamiento de la ISAPRE. Si la ISAPRE no cumple lo resuelto, el cotizante para hacer valer su derecho a reclamar sobre el rechazo o reducción de la licencia, podrá recurrir a la Superintendencia de Salud. Cuando la COMPIN rechaza o modifica una licencia médica, el trabajador debe apelar ante la Superintendencia de Seguridad Social, acompañando los antecedentes que den cuenta de la apelación previa a la COMPIN y de los antecedentes

reducción o rechazo de una licencia de corta duración optan por no apelar (evitando costos de transacción asociados), lo que genera mayores incentivos para las ISAPRES a utilizar este tipo de prácticas (las que se acompañan también con el escaso tiempo de pronunciamiento que disponen).

En el caso de FONASA, los incentivos deben estar asociados a controlar el buen uso del SIL. No obstante, Larraín, Rodríguez y Tokman (2004) indican que a pesar de los esfuerzos que se han llevado a cabo para contener el gasto, en la práctica, el déficit presentado por años ha sido cubierto por el fisco (al ser un gasto excedible por Ley), por lo que el objetivo se ve relativamente mermado ante la posibilidad de cubrir los excesos. Además, los autores señalan que una de las principales causas de esta situación se asocia a que FONASA no ejerce un rol directamente fiscalizador, es decir, no tiene las herramientas legales para controlar el gasto y la emisión de licencias médicas. En cuanto al control del gasto, FONASA tiene una participación indirecta en el uso de los recursos del SIL, ya que su función se basa únicamente en el traspaso de fondos a las CCAF cuando éstas exceden el presupuesto asignado (0,6% de las cotizaciones legales de salud) y a la Unidad Central de Pago cuando éstas pagan los SIL de los cotizantes no afiliados a CCAF. En relación al control sobre la emisión de licencias médicas, FONASA no tiene incidencia directa ni indirecta respecto al proceso.

Rodríguez y Tokman (2001) identifican diversos incentivos referentes a la institucionalidad relacionada de FONASA, los que se presentan en el siguiente cuadro:

Cuadro 8: Incentivos de CCAF y COMPIN.

Agente	Incentivos institucionales
CCAF	Las CCAF -además de rol pagador de SIL- actúan como ente verificador de la veracidad de los antecedentes para el cálculo del SIL (no incluye la parte médica a cargo de las COMPIN). En relación a estos incentivos de fiscalización, las CCAF reciben \$200 por cada SIL que no cumplan con los requisitos a los que se refieren los artículos 4 y 5 del D.F.L. N° 44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, o por comprobarse que el SIL que corresponde pagar es inferior al calculado desde la información entregada por el empleador. En la práctica, este incentivo es poco con respecto a los altos costos que implican la revisión de los antecedentes.
COMPIN	Las COMPIN tienen la obligación de controlar las licencia médicas de FONASA con una orientación médica, es decir, referente a la situación epidemiológica de los cotizantes de FONASA que solicitan reposo laboral. En primera instancia, el rol controlador de las COMPIN con las licencias tendría como objeto racionalizar el gasto en SIL, sin embargo, la ausencia de incentivos operativos, así como deficiencias de capacidad de gestión, infraestructura y herramientas de fiscalización, no contribuyen en su labor ¹⁸ .

Fuente: Rodríguez y Tokman (2001)

médicos de que disponga. Si el cotizante es afiliado a FONASA y la COMPIN rechaza su licencia médica debe apelar directamente en la Superintendencia de Seguridad Social (Superintendencia de Salud, 2016).

¹⁸ Estos incentivos aplican de igual manera a las Unidades de Licencias Médicas de los Servicios de Salud, sin embargo, en menor medida dadas las magnitudes de operación.

5.6. Instituciones reguladoras

La Superintendencia de Salud es la entidad que supervigila, controla y fiscaliza que las ISAPRES cumplan con los plazos de tramitación de las licencias médicas, calculen y paguen correctamente el monto del subsidio, y que éstas respeten los pronunciamientos de la COMPIN referidos a reclamos presentados por las personas. Además, genera normas regulatorias para el sistema en su conjunto (incluye el seguro público de salud). Sin embargo, Rodríguez y Tokman (2001) señalan que entre las facultades que le permite su rol fiscalizador no está la aplicación de multas a las ISAPRES que rechazan o reducen licencias médicas debidamente justificadas, lo que reduce el control sobre las mismas.

Por último, la Superintendencia de Seguridad Social cumple un rol fiscalizador como tercera instancia de apelación, tanto para trabajadores del FONASA como de ISAPRES. En este sentido, Rodríguez y Tokman (2001) indican que dado el carácter laboral que rige a esta institución en la mayoría de los casos sus incentivos están alineados con el trabajador, por lo tanto, resuelve a favor de éste. En cuanto a su naturaleza reguladora del gasto de la CCAF, tiene los incentivos para velar por el cumplimiento del pago realizado de forma correcta por las CCAF.

6. Chile en un contexto internacional

6.1. Antecedentes generales

Al igual que en Chile, diversos países mantienen un seguro por incapacidad laboral que opera como un mecanismo de protección financiera ante ausencia laboral por enfermedad. Con respecto a estos seguros, la evidencia internacional muestra diversos esquemas de copagos, deducibles y responsabilidades de pago durante los periodos iniciales de la enfermedad¹⁹.

A nivel global, existen 145 países que introducen en sus sistemas de seguridad social una cobertura remunerada por reposo laboral asociado a una enfermedad (Benavides *et al.*, 2011). De este grupo de países, el 21% tienen una tasa de reemplazo por el 100% de la remuneración, el 65% entregan una cobertura entre 50% y 75% del salario, y el 14% otorgan un pago único u otro tipo de transferencia (cuadro 9).

¹⁹ Cabe señalar que no es directa la comparación de los seguros de incapacidad laboral entre países, puesto que existen diferencias tanto en la diversidad de los sistemas de protección (si incorporan o no protección a problemas de salud asociados al trabajo, si protege la maternidad o es netamente asociado al empleo formal, etc.) así como en la calidad de los reportes. También, es preciso destacar que estas comparaciones presentan sesgo en cuanto a proporción de la población económica activa y la estructura por edad y sexo de la misma, además de las características propias que diferencian las necesidades de seguridad social de los países desarrollados de los que no lo son (Vergara, 2011).

Cuadro 9: Tasa de reemplazo 145 países con pago de licencia médica.

Países con cobertura de pago de licencia médica	Tasa de reemplazo del salario
21%	100%
14%	75%
51%	50%
14%	Otros

Fuente: Benavides *et al.* (2011)

En cuanto a la extensión máxima de las licencias médicas remuneradas, el 70% de los países entrega una cobertura mayor a los 30 días, el 23% lo hace por un periodo superior a los 11 días pero menor a los 30 días, y el 7% otorga una prestación financiera de hasta 10 días o por un periodo no especificado (cuadro 10).

Cuadro 10: Máxima duración del reposo laboral 145 países con pago de licencia médica.

Países con cobertura de pago de licencia médica	Máxima duración del reposo
70%	1 mes y más
23%	11 días a 1 mes
2%	Hasta 10 días
5%	<7 días o no especificado

Fuente: Benavides *et al.* (2011)

En términos relativos, es posible ubicar a Chile tanto en el grupo de países que otorga una tasa de reemplazo del 100% de la renta durante el episodio de enfermedad (21% del orbe), así como en el grupo que no tiene restricción temporal en la duración de la licencia médica remunerada (70% del orbe). De esta manera, se puede señalar que en Chile el SIL es generoso con respecto al resto del mundo, puesto que se ubica en los grupos que otorgan las mejores prestaciones monetarias (reintegro del 100% de la renta) y los mayores periodos para la recuperación de la enfermedad (extensión sin tope del reposo laboral remunerado).

Si bien Chile aparece como un país generoso en relación al resto del mundo en cuanto a la cobertura del SIL, es preciso realizar un análisis más detallado con países que presentan características similares con respecto al alcance de los sistemas de seguridad social por enfermedad del trabajador. Para esto, en las siguientes subsecciones se discute acerca de los sistemas de protección financiera ante ausencia laboral por enfermedad en algunos países perteneciente a la OECD y en países de Latinoamérica (LATAM).

6.2. Beneficios del SIL en países OECD

La comparación internacional de países OECD recopila una síntesis de los beneficios que otorgan los seguros por incapacidad laboral basada en tres parámetros: tasa de reemplazo, duración de la cobertura e información complementaria de la operación del subsidio (cuadro 11).

El SIL más generoso se presenta en Holanda, puesto que los trabajadores que están enfermos pueden ausentarse durante un máximo de 104 semanas y recibir el 70% de su remuneración por todo el período de reposo. En Alemania, el reposo laboral de un trabajador puede extenderse

hasta un máximo de 78 semanas y recibir el 100% de su renta en las primeras 6 semanas, y el 70% posteriormente. En Noruega y Dinamarca, las tasas de reemplazo son por el 100% de la remuneración de los trabajadores con un tope de hasta 52 semanas. En el caso de Finlandia, el trabajador obtiene una tasa de reemplazo del 100% con cargo al empleador por un periodo hasta 9 días (con carencia de 1 día), posteriormente, el Estado se hace cargo del subsidio por un máximo de 43 semanas.

En el Reino Unido el periodo máximo por reposo laboral remunerado es de 28 semanas, pagado a una tasa fija de 88,45£ por semana (109US\$ aproximadamente). En Suiza, la legislación laboral estipula que los empleadores tienen que pagar la remuneración a sus trabajadores que estén ausentes del trabajo por enfermedad durante tres semanas. En Irlanda, el subsidio por enfermedad depende del contrato específico de empleo.

Por su parte, en Suecia, España, Bélgica y Austria, los trabajadores pueden estar ausentes por enfermedad durante un máximo de 52 semanas, con una cobertura del subsidio que oscila entre 50% y 100% de la renta. En Francia el periodo de reposo laboral remunerado es de 26 semanas con un pago de 50% sobre la renta de los trabajadores. Por último, en Italia a partir del cuarto día los trabajadores reciben el 50% de su renta por parte del empleador hasta el día 20, la que luego se aumenta a 67% por hasta un máximo de 26 semanas.

Cuadro 11: Esquema de cobertura y beneficios de los subsidios de incapacidad laboral, selección de países OECD.

País	Tasa de reemplazo	Cobertura	Información adicional
Holanda	70%	Hasta 104 semanas	Los empleadores están obligados a cubrir al menos el 70% del salario durante los 2 primeros años de la enfermedad. El subsidio por enfermedad está sujeto a un tope aproximado de 200€ (212US\$) por día. No hay periodo de carencia.
Alemania	100%, después 70%	Hasta 78 semanas	El sueldo es pagado por el empleador las primeras 6 semanas de la enfermedad (siempre que el empleado haya trabajado allí al menos 4 semanas consecutivas). A continuación, el Estado paga el 70% del sueldo durante un máximo de 78 semanas por un período de 3 años (con posibilidad de extensión).
Noruega	100%	Hasta 52 semanas	Los primeros 16 días son cubiertos por el empleador, luego por el Plan Nacional de Seguros. El beneficio tiene un tope cuando es pagado por el sector público.
Dinamarca	100%	Hasta 52 semanas	Los empleados continúan recibiendo el subsidio de enfermedad durante un máximo de 52 semanas. En casos especiales, los beneficios se pueden extender hasta por 26 semanas, completando un total de 18 meses. El beneficio paga semanalmente con un tope de ≈ 500€ (530US\$).
Suecia	75%	Hasta 52 semanas	El subsidio es pagado por el empleador del día 2 al día 14. A partir de entonces, el beneficio es pagado por el Estado. Las 52 semanas tienen que ser tomadas dentro de un período de 15 meses. Posibilidad de extensión de 1,5 años aproximadamente (550 días), los que son pagados al 75% de los ingresos (con tope de pago).

Fuente: European Commission; Heymann, Rho, Schmitt y Earle (2009)

Cuadro 11: Esquema de cobertura y beneficios de los subsidios de incapacidad laboral, selección de países OECD (continuación).

País	Tasa de reemplazo	Cobertura	Información adicional
España	60%, después 75%	Hasta 52 semanas	Beneficio pagado por el empleador del día 4 al día 15. Luego, es cubierto por el Estado por un máximo de 12 meses. Se paga el 60% de los ingresos hasta el día 20; 75% a partir de entonces. Puede ser extendido por otros 180 días con certificado médico. Elegibilidad: sólo los que han cotizado a la seguridad social por 180 días en los últimos 5 años previos a la licencia médica.
Bélgica	Variable	Hasta 52 semanas	El primer pago es cubierto por el empleador (profesionales reciben 100% de la renta por hasta 1 mes, obreros obtienen 100% de la renta los primeros 7 días y 60% en adelante). A partir de entonces, el Estado paga el 60% de los ingresos por hasta 1 año, hasta un límite máximo de ≈ 130€ por día (138US\$).
Austria	50%, después 60%	Hasta 52 semanas	Por lo general es pagado el 50% desde el día 4 hasta el día 42 de ausencia, y el 60% en adelante. Empleador paga las primeras 6 a 12 semanas.
Finlandia	100%	Hasta 43 semanas	El primer día de enfermedad no está cubierto. El empleador paga por los primeros 9 días siempre que el empleado haya trabajado al menos 1 mes (de otro modo se cancela el 50% de los ingresos). A contar del día 10, el beneficio se recibe desde el Estado por un máximo de 300 días durante un período de 2 años.
Reino Unido	88,45£ por semana (109US\$)	Hasta 28 semanas	Pago de subsidio desde el 3er día. Después de la semana 28, los empleados tienen derecho a solicitar el Subsidio de Apoyo y Empleo por 50-70£ por semana (62-87US\$).
Italia	50%, después 67%	Hasta 26 semanas	Las 26 semanas pueden ser tomadas dentro de un período de 18 meses. Los empleados reciben un pago de 50% de sus ingresos a partir del cuarto día de cargo del empleador (que recibe las deducciones de las cotizaciones de seguros). Luego, se aumenta a 67% de los ingresos a contar del día 21.
Francia	50%	Hasta 26 semanas	Pago del subsidio a partir del cuarto día de ausencia del trabajo. Hasta un límite máximo de los ingresos (a diario). Las 26 semanas se pueden tomar dentro de un período de 3 años y deben por la misma enfermedad.
Suiza	100%	Al menos 3 semanas	Los empleadores pagan por 3 semanas durante el primer año. Cualquier período subsiguiente se fija de forma "equitativa". El pago y el período dependen de la permanencia en el trabajo, los convenios colectivos y los seguros. Se aplican reglas especiales a los desempleados.
Irlanda	Específico al contrato	Específico al contrato	Es común que a los empleados se les pague el 100% de sus remuneraciones por alrededor de 13 semanas y el 50% posteriormente. Si no se recibe ningún pago, los empleados asegurados tienen derecho a una prestación por enfermedad proporcionada por la seguridad social irlandesa.
Estados Unidos	Específico al estado	No disponible	Sólo tres estados (California, Connecticut y Massachusetts) y 16 ciudades tienen algún tipo de legislación sobre el pago de licencias médicas ²⁰ .

Fuente: European Commission; Heymann, Rho, Schmitt y Earle (2009)

²⁰ Según datos de la *Bureau of Labor Statistics' National Compensation Survey* (2008), un 39% de los trabajadores del sector privado no tienen cobertura monetaria en periodos de enfermedad. Sólo un 27% de los trabajadores *part-time* tienen algún tipo de cobertura, comparados al 71% de los trabajadores *full-time*. Asimismo, sólo un 23% de los trabajadores pertenecientes al percentil 10 de los ingresos tienen licencias médicas pagadas, en contraste con el 83% de los trabajadores con ingresos sobre el percentil 90. El 51% de los trabajadores de empresas con menos de 50 empleados reciben un subsidio por reposo laboral, a diferencia del 78% de las empresas con más de 500 empleados. Por último, los trabajadores que no pertenecen a un sindicato tienen menos probabilidad de tener un seguro de enfermedad, sólo el 60% de ellos, con respecto a los trabajadores sindicalizados que alcanzan el 66% (Heymann *et al.*, 2009).

6.3. Beneficios del SIL en países LATAM

Con el propósito de evaluar de manera más homogénea a Chile con respecto a países similares, se presenta un análisis simplificado de los sistemas de SIL en LATAM (cuadro 12).

Brasil tiene el sistema de seguridad social por enfermedad del trabajador más generoso de la región, donde el subsidio aplica sin deducible, por un periodo indeterminado de tiempo para la recuperación de la enfermedad y con una cobertura hasta el 92% de los ingresos. Por su parte, Perú también muestra un sistema generoso, donde otorga una cobertura de 100% durante los primeros 20 días por parte del empleador, la que luego puede ser extendida con cargo al seguro social por hasta 49 semanas.

En Argentina la legislación laboral establece que se reincorpore el 100% de los ingresos de los trabajadores que están ausentes por enfermedad, además, no incorpora restricciones de acceso más que sólo estar empleado y tener seguro. En cuanto a la extensión del reposo laboral, el sistema argentino entrega una cobertura por un máximo de 26 semanas. En el caso de Cuba, el subsidio cubre hasta un 90% por 11 semanas y sólo es necesario demostrar que se encuentra empleado. Bolivia presenta un seguro que otorga el 75% de la renta durante el periodo de reposo laboral por enfermedad que puede variar entre 26 y 52 semanas.

En México el seguro por incapacidad laboral tiene cobertura a partir del cuarto día y por un máximo de 52 semanas, donde la tasa de reemplazo asciende 60%. En Uruguay y Venezuela existe un periodo de carencia de 3 días en el pago del seguro y la cobertura es hasta por 52 semanas, con tasas de reemplazos de 70% y hasta 66,6%, respectivamente.

Por su parte, en Colombia el beneficio aplica a partir del quinto día y la tasa de reemplazo equivale a dos tercios de la renta del trabajador por un periodo máximo de 180 días. En Costa Rica, el periodo con licencia médica remunerada asciende a 52 semanas con una cobertura de 60% de los ingresos del trabajador. Por último, en Guatemala el beneficio no incorpora periodo de carencia y equivale a un 66% de las remuneraciones de los trabajadores por plazos que varían entre las 26 y 39 semanas.

Cuadro 12: Esquema de cobertura y beneficios de los subsidios de incapacidad laboral, selección de países LATAM.

País	Tasa de reemplazo	Cobertura	Información adicional
Argentina	100%	Hasta 26 semanas	El beneficio no considera periodo de carencia y es pagado con una tasa de reemplazo de 100% por hasta 26 semanas. Para tener derecho al subsidio sólo es necesario estar empleado y tener seguro.
Bolivia	75%	Entre 26 y 52 semanas	El subsidio tiene una cobertura de 75% y no considera deducible. Los trabajadores deben contribuir al seguro por al menos 9 semanas.
Brasil	80% - 92%	No hay límite	El pago del subsidio varía entre un 80% y 92% de la remuneración de los trabajadores durante el periodo de enfermedad. Los pagos no consideran carencia y la cobertura aplica durante todo el tiempo necesario para la recuperación del trabajador. Para tener derecho a subsidio se debe cotizar por al menos 52 semanas.
Colombia	66,6%	Hasta 180 días	El beneficio aplica a partir del quinto día y se debe cotizar al seguro por 4 semanas. La tasa de reemplazo equivale a dos tercios de la renta del trabajador y el periodo máximo de reposo laboral remunerado asciende a 180 días.
Costa Rica	60%	Hasta 52 semanas	No opera el periodo de carencia y se paga un 60% del salario por hasta 52 semanas. Los trabajadores deben contribuir al seguro por 4 semanas.
Cuba	50%-90%	Hasta 11 semanas	La tasa de reemplazo del subsidio varía entre 50% y 90% y no se considera periodo deducible. Para tener derecho al subsidio sólo es necesario estar empleado y tener seguro.
Guatemala	66%	Entre 26 y 39 semanas	No opera el periodo de carencia. Para tener derecho al subsidio sólo es necesario estar empleado y tener seguro.
México	60%	Hasta 52 semanas	El seguro aplica con un deducible de 3 días y se debe contribuir entre 4 y 6 semanas. Existe un tope de 52 semanas de cobertura de pago por un 60% de la remuneración del trabajador.
Perú	100%	Hasta 49 semanas	Los empleadores pagan por 20 días el 100% de la remuneración de los trabajadores. A partir de entonces, el seguro social paga la misma tasa de reemplazo por un plazo máximo de 49 semanas. Los trabajadores deben tener cotizaciones entre 13 y 17 semanas para hacer uso del beneficio.
Uruguay	70%	Hasta 12 meses	El beneficio se paga a partir del cuarto día. Se financia el 70% de la renta del trabajador y para tener acceso se debe contribuir al seguro por 13 semanas.
Venezuela	50% - 66,6%	Hasta 52 semanas	Los tres primeros días de enfermedad no están cubiertos. La tasa de reemplazo varía entre 50% y 66,6% de la remuneración por hasta 52 semanas. El beneficio se paga a todos los trabajadores que se encuentren contratados y que tengan seguro.

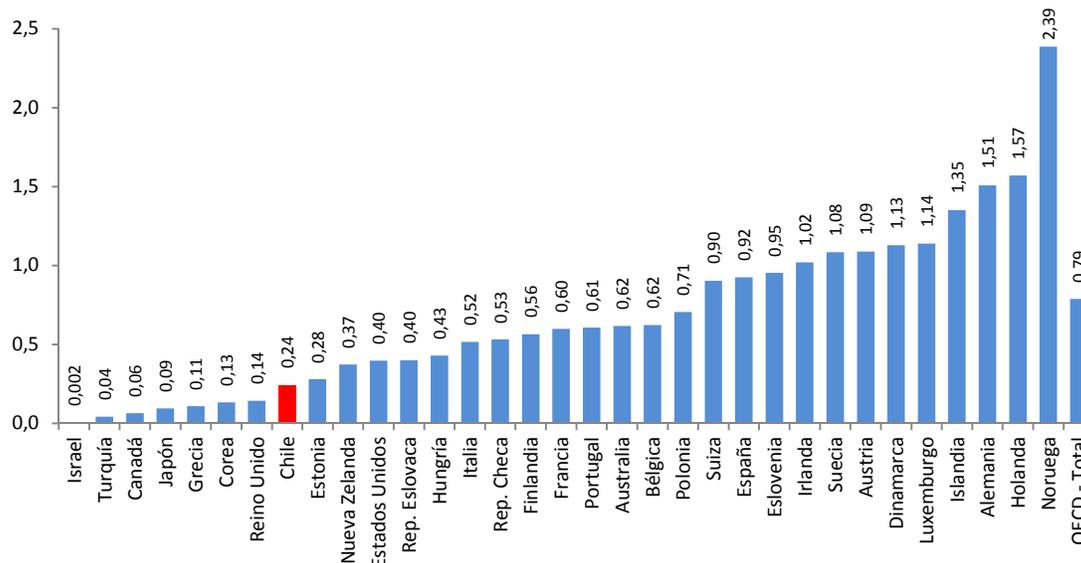
Fuente: Vergara (2011); Cid (2006)

6.4. Producto Interno Bruto y gasto en SIL

La proporción del PIB que se destina al gasto en SIL entrega una medida parcial de la cobertura financiera de los países con sus trabajadores en periodo de enfermedad.

En Chile, el año 2011 se destinó un 0,24% del PIB para el financiamiento del SIL, similar a lo que muestran países como Reino Unido y Estonia en el mismo año (figura 10). No obstante, esta cifra parece ser relativamente baja, puesto que se ubica en el 25% de los países OECD con menor gasto en SIL como porcentaje del PIB. Aquellos países que se sitúan por debajo de Chile, destinan en promedio el 0,08% para el financiamiento del SIL, y los que están por sobre, gastan un 0,87% en promedio. El gasto total en SIL de los países OECD es de 0,79%, el promedio y la mediana ascienden a 0,68% y 0,60%, respectivamente, en tanto la desviación estándar asciende a 0,53, la que se explica por las importantes diferencias entre los países de la cota superior en contraste con la cota inferior (por ejemplo, Israel aporta un 0,002% y Noruega 2,39%, más de 20 veces superior).

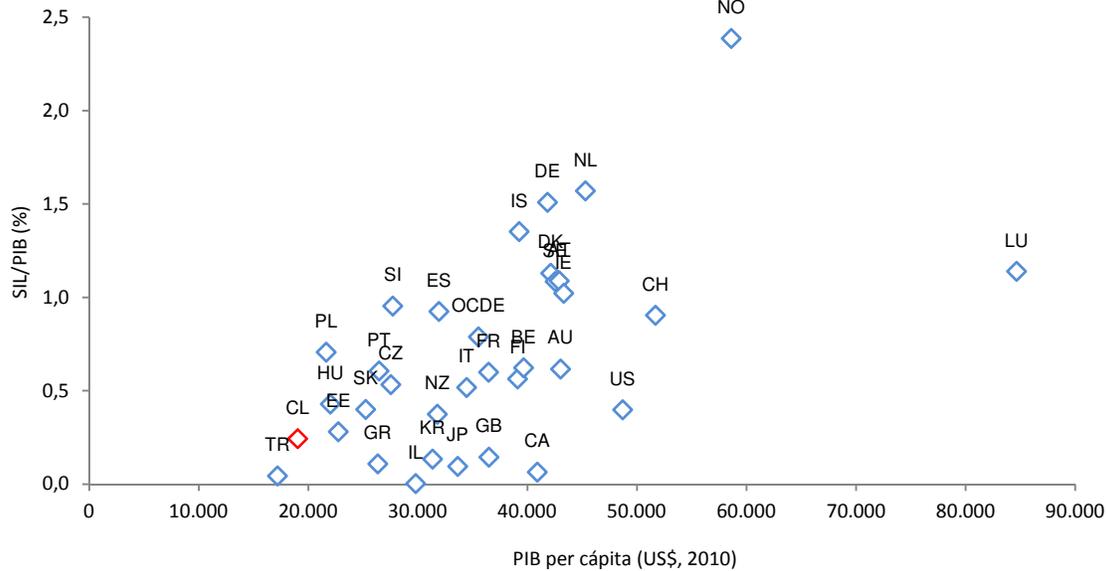
Figura 10: Gasto en SIL como porcentaje del PIB (%), selección de países OECD, año 2011.



Fuente: OECD, Social Expenditure Database (2016)

Luego, al comparar el gasto en SIL como participación del PIB y el PIB per cápita entre los países miembros de la OECD, es posible identificar una correlación positiva de 0,57 entre ambos indicadores. De la figura 11, se puede observar que Chile se ubica en el segundo de lugar de los países OECD con menor ingreso per cápita en el año 2011, sólo por encima de Turquía. En el percentil 25 de PIB per cápita (Turquía, Chile, Polonia, Hungría, Estonia, Rep. Eslovaca, Grecia y Portugal), Chile ocupa el lugar N° 3 entre aquellos países que tienen menor gasto en SIL como proporción del PIB. Luego, al realizar el mismo ejercicio entre la mediana de países (16 miembros) Chile se ubica en el lugar N° 6 en cuanto al porcentaje del PIB destinado a financiar el SIL, superando a países como Israel, Turquía, Japón, Grecia y Corea.

Figura 11: Gasto en SIL como porcentaje del PIB (%) y PIB per cápita (US\$, 2010), selección de países OECD, año 2011 (1).



Fuente: OECD, Social Expenditure Database (2016)

(1) Código de países ISO alfa-2. TR=Turquía, CL=Chile, PL=Polonia, HU=Hungría, EE=Estonia, SK=Rep. Eslovaca, GR=Grecia, PT=Portugal, CZ=Rep. Checa, SI=Eslovenia, IL=Israel, KR=Corea, NZ=Nueva Zelanda, ES=España, JP=Japón, IT=Italia, FR=Francia, GB=Reino Unido, FI=Finlandia, IS=Islandia, BE=Bélgica, CA=Canadá, DE=Alemania, DK=Dinamarca, SE=Suecia, AT=Austria, AU=Australia, IE=Irlanda, NL=Holanda, US=Estados Unidos, CH=Suiza, NO=Noruega, LU=Luxemburgo.

7. Propuestas de modificación

7.1. Principales problemas de los SIL

En términos generales, los SIL surgen para que los trabajadores protegidos por el sistema de seguridad social perciban una prestación pecuniaria sustitutiva de su remuneración en periodos de reposo por enfermedad. Distintas evaluaciones concluyen que este objetivo se cumple, por lo que su naturaleza sería eficaz en este sentido (Rodríguez y Tokman, 2011). No obstante, la existencia de beneficio y el grado de generosidad del mismo tendrían una incidencia importante en las tasas de ausentismo laboral (Cid, 2006; Vergara, 2011). El aumento de los días de reposo laboral tiene como consecuencia un incremento en el gasto asociado a los subsidios, sobrecargando los costos del sistema de salud (Rodríguez y Tokman, 2011). Lo anterior, acompañado de débiles esquemas de fiscalización y control han influido en que la mayoría de los países del mundo hayan tenido que modificar sus esquemas de pagos, implementar mayores medidas de supervisión y monitoreo, y perfeccionar y ampliar las funciones de los reguladores (Cid, 2006).

En el caso de Chile, los problemas asociados a la operación del SIL siguen los mismos patrones que se observan en el resto del mundo. Como se ha analizado en las secciones anteriores, el diseño del beneficio es generoso comparado a otros países del mundo, presenta una multiplicidad de roles en la administración y supervisión, y presenta debilidades en su control presupuestario –respecto

al sector público-. Por lo tanto, surge la necesidad de analizar las reformas que han implementado los países de la OECD en esta materia, así como aquellas que han sugerido las distintas comisiones de salud creadas para analizar el desempeño del sistema, también se incluyen las recomendaciones de distintos investigadores en Chile en los últimos años, todas orientadas a mejorar el diseño de los subsidios y controlar el gasto.

7.2. Reformas implementadas en los países OECD²¹

En los últimos años la experiencia en materia de SIL de los países OECD ha sido materia de evaluación y estudios. El perfeccionamiento de los esquemas de pagos, coberturas, extensiones y operativa del subsidio han seguido la evolución de los sistemas previsionales y mercados del trabajo²² (Cid, 2006).

Entre las principales reformas que se han implementado destaca el traspaso de la responsabilidad de pago del subsidio a los empleadores durante los primeros días de licencia médica (Cid, 2006; Benavides *et al.*, 2011; Vergara, 2011). Actualmente, operan con este mecanismo Alemania, Noruega, Suecia, España, Bélgica, Finlandia, Italia, Suiza, Irlanda, entre otros. Cabe señalar que esta política se crea con la intención de incentivar a los empleadores a prevenir y limitar el uso de licencias médicas por enfermedades comunes, ya que el sólo hecho de financiar la ausencia laboral, los induciría a controlar los reposos laborales injustificados (Cid, 2006).

La transición hacia esquemas de pago cubiertos por el empleador en los primeros días de licencia médica inicia hace más de 20 años en los países OECD, sin embargo, estas coberturas han variado dependiendo de los cambios estructurales en los sistemas de seguridad social y mercados laborales. Por ejemplo, en Austria previo a los años 80, los empleadores estaban obligados a contribuir en el pago de la licencias médicas la primera semana, posteriormente, la cobertura se extendió hasta las dos primeras semanas. En Suecia, la responsabilidad de pago del empleador fue ampliada desde los primeros 15 días a los primeros 28 días, en enero de 1997, pero luego fue reducida a 15 días a contar del abril de 1998. En consecuencia, se observa que no existe un consenso que demuestre la extensión óptima en que el empleador debe contribuir con el pago del SIL, no obstante, sí queda claro que debe existir un cargo asociado a su cuenta como mecanismo de control (Cid, 2006).

²¹ En los siguientes apartados no se realiza un análisis de las reformas implementadas en los países de LATAM, puesto que son escasas, y en general, los sistemas tienden a ser muy generosos con respecto a otros de países desarrollados. En términos globales, los países de LATAM presentan altos costos de administración, multiplicidad de roles entre organismos fiscalizadores, complejidades legislativas y deficiencias en los sistemas de información (Cid, 2006).

²² La precariedad laboral y las crisis económicas han llevado a los trabajadores a ausentarse sólo en casos de extrema necesidad por temor a perder sus empleos. Asimismo, los gobiernos han optado por recortar sus gastos mediante la introducción de copagos más elevados y carencias en los periodos iniciales de licencia médica, además de fortalecer las instituciones mediante mayores herramientas de supervisión y control médico.

Otra reforma común conducida por los países OECD es la reducción de la generosidad de los subsidios, destinada principalmente a evitar el riesgo moral y disminuir los costos del sistema. En particular, se han implementado distintas fórmulas de copagos diferenciados por días y cambios fijos en las tasas de copago (Cid, 2006; Vergara, 2011), las que también incluyen periodos de carencia para los primeros días de enfermedad. En esta línea, algunos países con sistemas de copago diferenciados son Alemania, España, Bélgica, Austria, Italia e Irlanda, donde la cobertura del subsidio varía según el periodo de reposo laboral, mayoritariamente, aplican una tasa de reemplazo menor para los periodos iniciales, pero que se incrementa a medida que la enfermedad demanda más tiempo para su recuperación. Otros países, tales como Holanda, Suecia y Francia han implementado sistemas con coberturas fijas entre el 50% y el 75% de la remuneración²³. Adicional a los métodos de pagos, países como Suecia, España, Austria, Finlandia, Reino Unido y Francia utilizan periodos de carencia que varían entre 1 y 4 días.

Tanto la disminución de las coberturas monetarias así como la incorporación de días de carencia inducirían a los trabajadores a evitar el abuso del beneficio, ya que desincentivaría el uso de licencias médicas cortas -aquellas que no requieren un tiempo prolongado de recuperación- o licencias médicas injustificadas -trabajadores que valoren más el ocio podrían tener mayores incentivos a utilizar el subsidio cuando éste es generoso- (Rodríguez y Tokman, 2011; Vergara, 2011).

Adicionalmente, los países OECD han establecido importantes normas de rehabilitación para los trabajadores que hacen uso de reposo laboral. Entre los años 1995 y 1996 Nueva Zelanda reforzó la administración del sistema, exigiendo antecedentes médicos más detallados sobre la naturaleza de la enfermedad del trabajador, reduciendo así los tiempos de chequeos, derivaciones e interconsultas y los tiempos requeridos para segundas opiniones en casos de reposos prolongados. En Noruega, se fijaron mayores esfuerzos en la intervención y en la investigación de las enfermedades más comunes. Por su parte, en España a contar del año 1997 se comienza a monitorear la incapacidad laboral temporal para trabajar, con el objetivo de disminuir el ausentismo, conocer con mayor precisión las enfermedades y su impacto en la salud de los trabajadores. En Turquía y Portugal también se iniciaron medidas de fomento a la rehabilitación, permitiendo acelerar el proceso de retorno al trabajo (Cid, 2006).

En los últimos años la introducción de cambios institucionales y mayores mecanismos de control han sido ampliamente utilizados por los países OECD. Entre las principales reformas destacan el mayor número de herramientas de chequeo del estado de salud de los trabajadores, el control en el pronunciamiento de los médicos y la disminución de los costos de transacción interinstitucionales. Por ejemplo, en países como Bélgica, Austria y República Checa, se realizan mayores chequeos en los periodos que el trabajador se encuentra con reposo laboral. Asimismo en España, se presentan reportes médicos al inicio y al final del reposo. En Nueva Zelanda, se aumentó la exigencia de información que acompañan los antecedentes médicos del trabajador

²³ En Reino Unido se implementó un sistema de pago único semanal.

enfermo. En Hungría, funciona un organismo de supervisión médica independiente que revisa los pronunciamientos, detectando licencias médicas injustificables y tratamientos erróneos. Del mismo modo, en Portugal existe un Consejo Médico Experto que ejerce un control extensivo de los antecedentes médicos por reposo laboral. En Suecia, se aumentó el poder de la oficina de seguridad social para investigar casos. En Canadá, se extendieron los beneficios a trabajadores *part-time* e independientes. Por último, en Holanda se externalizó el proceso de fiscalización de licencias médicas y pago de subsidios (Cid, 2006).

7.3. Reformas propuestas por comisiones de salud en Chile

En los años 2010 y 2014 las comisiones asesoras de salud han presentado proyectos con distintas iniciativas que buscan reducir las ineficiencias existentes en el diseño del SIL. En particular, las medidas abarcan tópicos como el mejoramiento de la cobertura, la operativa y el financiamiento del sistema.

En el año 2010, el gobierno solicitó a la Comisión de Salud convocada por el entonces Presidente de la República, Sr. Sebastián Piñera, revisar el mecanismo de otorgamiento de licencias médicas y financiamiento del SIL. A través de los antecedentes recopilados, la comisión identificó irregularidades en el uso del recurso, específicamente, se detectaron problemas en el diseño del beneficio que incentiva su uso para resolver circunstancias cotidianas o simplemente para extender las licencias más allá de la estricta necesidad de reposo médico (el abuso o mal uso); vacíos del sistema de protección social que inducen al uso de la licencia para resolver problemas que no dicen relación con el sistema de licencias médicas (estacionalidad laboral, tramitación de las pensiones de invalidez y coberturas de patologías laborales); y fraude asociado a la oferta y demanda. Estos problemas surgen desde los incentivos (escasos) de los empleadores para regular el uso de licencias médicas, el complejo esquema institucional (administración, leyes, normas, agencias, instancias de control y apelación, etc.) y normalidad y aceptación social frente al comportamiento de los involucrados (cotizantes y médicos).

En este sentido, las reformas que propuso la Comisión de Salud (2010) para mejorar el diseño del SIL son las siguientes:

- Separar el financiamiento del SIL de la cotización para salud y crear el seguro de incapacidad laboral que cubriría indistintamente a trabajadores dependientes e independientes, afiliados a FONASA o a ISAPRES y que coticen para dicho seguro (único, obligatorio, universal y gestionado bajo el mismo criterio para todos los trabajadores).
- Financiar el seguro con aportes de 50% por el trabajador²⁴ y de 50% por el empleador.

²⁴ El 50% de cargo del trabajador se restará de la cotización actual de salud (7%), determinado de acuerdo al porcentaje de la renta que el SIL representa actualmente, quedando la nueva cotización de salud en torno al 6% de la remuneración con tope legal (cotización actual menos 50% de la cotización promedio destinada hoy a financiar el SIL). Esta cotización está exenta del impuesto a la renta e IVA. Los pensionados por invalidez total y por vejez por edad no tendrán derecho al seguro aunque continúen trabajando y, por lo tanto, no cotizarán para este efecto, ni ellos ni sus empleadores.

- Reducir a dos días el deducible actual y que sea aplicado a todas las licencias médicas autorizadas (independientes de su duración).
- Reducir la tasa de reemplazo a niveles comparables con los países desarrollados (80% de los países OECD tienen copagos entre 50% y 75%).
- Sancionar el fraude previsional que supone el uso malicioso de licencias médicas.
- Establecer estándares referenciales de duración y tipos de reposo médico para las patologías más frecuentes.
- Establecer un sistema de control de licencias prolongadas en función de los plazos existentes (controles médicos y pronunciamiento del grado de incapacidad y recuperabilidad, y sustituciones de la tasa de reemplazo).
- Extender el uso de la licencia médica electrónica.
- Crear un sistema de evaluación de las licencias médicas que funcione con independencia de todas las entidades que administren el seguro.
- Licitación del seguro anual o bianualmente por fracciones porcentuales de riesgos.
- Crear una entidad privada altamente profesionalizada, sin fines de lucro, que tendría como función la evaluación y pago de las licencias médicas (constituida por un consejo directivo compuesto por miembros elegidos por las administradoras del seguro).
- Designar a la Superintendencia de Salud como regulador principal. No obstante, las administradoras del seguro podrían ser fiscalizadas por la Superintendencia de Valores y Seguros o por la Superintendencia de Seguridad Social en las materias propias de su accionar regulatorio.
- Crear una Comisión Nacional de Apelaciones de Licencias Médicas y una Comisión Técnica Nacional de Normas de Calificación de Incapacidad Laboral producto de enfermedad común, ambas bajo el alero de la Superintendencia de Salud.

En el año 2014, la Presidenta de la República Sra. Michelle Bachelet designó una Comisión de Salud encargada de asesorarla en el estudio de la normativa del sistema de salud, especialmente, en lo relacionado a las ISAPRES, los derechos de sus afiliados y beneficiarios y sus relaciones con el sistema de salud en su conjunto, siendo en este último punto, donde se abordan los problemas asociados al SIL. Por tanto, las propuestas referentes a las coberturas financieras por enfermedades comunes son tratadas mediante un enfoque sistémico institucional y colectivo para ambos seguros de salud.

Referente a las falencias del diseño del SIL detectadas por la comisión, se mencionan la discontinuidad de los ingresos de los trabajadores, asociados a la falta de oportunidad en el pago de la licencia médica (tiempos excesivos de los procesos de gestión, fiscalización, autorización y apelación); la desconfianza de los usuarios hacia los administradores del seguro (especialmente ISAPRES); y el creciente gasto del sistema, el que se ve aumentado por el sub-registro de enfermedades profesionales y accidentes del trabajo (subsido cruzado).

En relación al tema, la Comisión de Salud (2014) propuso las siguientes reformas:

- Crear un fondo único, el Fondo de Subsidio de Incapacidad Laboral, que administre y organice el SIL. Esto implica agrupar el financiamiento de las licencias médicas comunes (FONASA e ISAPRES) y las licencias médicas de accidentes y enfermedades profesionales (organismos administradores de la Ley N°16.744)²⁵.
- Financiar el SIL con aportes del trabajador y el empleador²⁶.
- Crear una institucionalidad autónoma, continuadora o que surja a partir de las actuales COMPIN y que recoja la experticia técnica de las ISAPRES y mutuales, permitiendo evaluar, calificar y controlar todas las licencias médicas.
- Crear una entidad pagadora de los SIL independiente de la entidad contralora y evaluadora de las licencias médicas (asegura mayor transparencia).
- Reducir los tiempos de recuperación y gestionar la integración oportuna al trabajo (monitoreo y rehabilitación).
- Calificar y diferenciar las enfermedades laborales y de las comunes mediante protocolos de diagnóstico explícitos.
- Señalar las responsabilidades de los diferentes actores, las supervisiones necesarias y los mecanismos de reclamación, superando la fragmentación hoy día existente: CCAF, FONASA, COMPIN, ISAPRES, Superintendencia de Salud y Superintendencia de Seguridad Social.

7.4. Otras reformas propuestas para Chile

Los autores Larraín, Rodríguez y Tokman (2004) proponen mantener asociado el SIL del seguro de salud obligatorio, tal como es el modelo actual, ya que el hecho de tener un sistema integrado incentiva a desarrollar acciones preventivas (no limitar licencias médica justificadas) con el fin de evitar así mayores costos en prestaciones curativas. Además, incluyen propuestas referentes a todos los agentes involucrados en la tramitación de las licencias médicas, las que se describen a continuación:

- Aplicar la carencia de tres días a todas las licencias médicas (independientes de su duración).
- Aplicar una tasa de reemplazo de 80% o un esquema escalonado donde la fracción de copago aumente conforme la duración de la licencias, pero que en promedio no supere el 80% de generosidad.
- Constituir funciones de procesamiento, verificación, autorización y pago de los subsidios a FONASA (al igual que ISAPRES)²⁷.
- Establecer procedimientos reglamentados y estandarizados para la modificación y rechazo de licencias, los que implican sanciones en casos de pronunciamiento injustificado.

²⁵ Este seguro cubrirá indistintamente a trabajadores dependientes e independientes, afiliados a ISAPRES o a FONASA y mutuales y que coticen él o su empleador para este seguro.

²⁶ La magnitud de los aportes deberán ser evaluados de manera regular para realizar los ajustes necesarios los primeros dos años.

²⁷ Esta propuesta permitiría controlar el presupuesto de FONASA asociado al SIL, además, fortalecería la labor de las COMPIN como segunda instancia de fiscalización.

- Establecer estándares referenciales de duración y tipos de reposo médico como guía médica.
- Censurar a los profesionales médicos que abusen del sistema (fraude doloso), quitando el derecho de emitir licencias médicas.

Por su parte, Cid (2006) describe las siguientes medidas para mejorar el diseño del SIL:

- Eliminar la carencia de los tres días.
- Mantener el tope imponible vigente en el copago.
- Incorporar al empleador como pagador en los primeros días de licencia médica.
- Eliminar el rol de juez y parte de las instituciones aseguradoras, es decir, separar las funciones de pagador del seguro de las funciones de contraloría médica.
- Fortalecer el rol de las COMPIN dotándolas de estatus regulador.
- Modificar los procedimientos de obtención y de reclamo de las licencias médicas.
- Calificar y diferenciar las enfermedades laborales de las comunes mediante protocolos de diagnóstico explícitos.
- Incorporar supervisión de la labor médica a través de organismos colegiados.
- Incorporar programas de rehabilitación y prevención, para un regreso al trabajo oportuno.
- Transparentar la información de costos, tratamientos, estándares de duración de licencias, proceso de tramitación y apelación, así como el precio de la prima expresado como porcentaje de la cotización obligatoria para salud.

Castro (2009) desarrolla una investigación referente a los determinantes de licencias médicas en el sistema ISAPRES, en ésta propone una serie de reformas que pretenden perfeccionar el diseño del SIL, entre las que destacan:

- Reemplazar el período de carencia por un mecanismo de licencia médica escalonada, donde el porcentaje de subsidio crece conforme aumentan los días de licencia.
- Reducir la generosidad del subsidio²⁸.
- Separar la cotización destinada a licencias médicas de la cotización de salud obligatoria. En este caso, los trabajadores podrían optar por la institución previsional más conveniente (independiente del asegurador de salud).
- Incorporar libertad de contratación de la cobertura de la licencia médica.
- Multar estrictamente a los facultativos que emitan licencias médicas sin fundamento médico. Las sanciones podrían ir desde la suspensión del derecho a emitir licencias por un periodo de tiempo hasta la prohibición permanente.

Del mismo modo, Libertad y Desarrollo (2010) propone un listado de propuestas para mejorar el sistema de licencias médicas y SIL, las que se detallan a continuación:

²⁸ En los casos que los días de reposo laboral remunerado superan el máximo número de días establecidos por Ley, o incluso aplicar una tabla progresiva de copagos.

- Disminuir la cobertura monetaria del beneficio, de manera que exista una ganancia por volver antes a trabajar.
- Introducir un deducible de días aplicable a todas las licencias médicas autorizadas.
- Mejorar la fiscalización y aumentar el castigo por emitir licencias fraudulentas.

Por último, Beteta y Willington (2010) definen que el seguro de incapacidad laboral óptimo debe balancear el costo entre un seguro menos completo con el beneficio de limitar las prácticas asociadas al riesgo moral. En este sentido, indican que el esquema de copagos y deducibles no tienen por qué ser idéntico para todas las patologías, sino que para aquellas enfermedades que no son ambiguas de verificar debiesen existir mejores beneficios que para aquellas que son más fáciles de simular (mentales u osteomusculares).

8. Conclusiones

En este trabajo se presenta la evolución de los principales indicadores de gasto en SIL y de intensidad de uso en los últimos años, se observa que entre los años 2011 y 2015, el gasto en SIL del sistema creció en términos reales un 44%, experimentando un incremento anual promedio de 9,5%. Los factores observables que explican este incremento se asocian principalmente a una mayor población de cotizantes protegidos (10,9%), seguido por la intensidad de uso relativa del subsidio (10,1%) y la TIL (9,4%), éstos últimos asociados a licencias más largas y/o mayor uso del beneficio. No menos importante resultan ser los aumentos de las remuneraciones y el efecto cruzado de todos los factores antes mencionados, los cuales explican el 7,8% y 5,8% de la tasa de crecimiento del SIL para el periodo señalado, respectivamente. En relación al tipo de asegurador, el sector público explica el aumento del gasto en SIL principalmente por el alza en los ingresos de sus cotizantes, a diferencia del sector privado, quién lo hace por el incremento de la población afiliada.

Si bien se observan mayores niveles de uso del SIL, existen otros componentes que contribuyen a explicar su incremento, como son los factores epidemiológicos presentes en la población protegida durante los últimos años. Así, para el periodo 2011-2015 la tasa de uso por cada 100 cotizantes y los días promedio otorgados aumentaron tanto en FONASA (+9,1%; +2,2%) como en ISAPRES (+9,9%; +1,3%). Cabe señalar que una de las principales patologías que explica estas cifras son los trastornos mentales, los cuales aumentaron en prevalencia y duración, pasando a ser en el año 2015 la mayor causa de tramitación de licencias médicas en el país con tasas de uso de 18,4 para FONASA y 17,1 para ISAPRES.

Otros factores explicativos del crecimiento en el gasto en SIL se asocian al diseño del seguro. Por ejemplo, Rodríguez y Tokman (2001) señalan que en el marco actual del SIL no existen restricciones de gasto, es generoso comparado con otros sistemas de características similares en el resto del mundo y los mecanismos de control para controlar el riesgo de abuso no son suficientes. Asimismo, Benavides *et al.* (2011) destacan que el sistema presenta falencias en la operativa, las que generan altos costos de transacción para los usuarios y entidades relacionadas.

Todo lo anterior, se traduce en mayores necesidades de financiamiento del subsidio, como da cuenta el aumento en la tasa de equilibrio del SIL en el último periodo (2011-2015), la que transitó desde 2,2% a 2,5% en FONASA (+10,4%) y desde 1,5% a 1,9% en ISAPRES (+32,9%). Como se mencionó, este incremento impacta directamente en los fondos disponibles para cubrir otras prestaciones de salud.

Los problemas de diseño del SIL en Chile no son una realidad ajena al resto del mundo. Por ejemplo, gran parte de los países OECD han tenido que fortalecer la administración y regulación de los sistemas, mediante cambios en los esquemas de pagos (traspaso de los pagos durante los primeros días de reposo laboral a los empleadores y coberturas monetarias diferenciadas por tramos de días o por pagos fijos), mayores medidas de supervisión y monitoreo (requerimientos de más antecedentes médicos, controles periódicos y restricciones a la duración de reposos), y perfeccionamiento de las funciones de los organismos reguladores (instituciones de supervisión e investigación médica más complejas).

En tanto en Chile, siguiendo la experiencia de los países OECD las comisiones presidenciales de salud de los años 2010 y 2014 y otros investigadores especialistas en salud pública han propuesto una serie de medidas para mejorar el diseño actual del SIL, orientadas principalmente al perfeccionamiento de la cobertura, la operativa y el financiamiento del sistema. En términos generales, los estudios propuestos concuerdan en diversos temas de interés, como por ejemplo: constituir un fondo de SIL independiente de la cotización obligatoria de salud, financiada con aportes del trabajador y del empleador; reducir los periodos de carencia y tasas de reemplazo; establecer estándares referenciales de duración y tipos de reposo médicos; incorporar programas de rehabilitación (chequeos periódicos) y prevención de las enfermedades; y crear organismos de evaluación y pago de licencias médicas que funcione con independencia de todas las entidades que administren el seguro.

Por último, es posible señalar que el aumento en el gasto del SIL no tiene un denominador común sino que tiene múltiples factores que explican su comportamiento en los últimos años, como lo son la incidencia y uso del beneficio, los factores epidemiológicos de la población, el diseño actual del seguro y los incentivos de las instituciones relacionadas a éste. Por lo tanto, este estudio contribuye a entender el estado actual y desafíos de perfeccionamiento del SIL, no obstante, es pieza inicial de una discusión abierta en cuanto a las propuestas de mejoramiento, ya que la evaluación de los incentivos y nuevos mecanismos de control deben ser complementados con otras metodologías de análisis y fuentes de información.

Referencias

Benavides, P., González, L., Jones, I. y Sugg, D. (2011): "Subsidios por incapacidad laboral por enfermedad y medicina curativa: estado actual y desafíos", Estudios de Finanzas Públicas, N°19, Dirección de Presupuestos, Ministerio de Hacienda.

Beteta, E. y Willington, M. (2010): "Determinantes del Uso y Abuso de Licencias Médicas en Chile", MIMEO, Universidad Alberto Hurtado.

Castro, R. (2009): "Determinantes del uso de licencias médicas en el sistema ISAPRE", Serie Informe Social, N°117, Libertad y Desarrollo.

Cid, C. (2006): "Evaluación del Subsidio por Incapacidad Laboral por enfermedad común en Chile: 1990-2000", Documento de Trabajo, Superintendencia de Salud.

Fondo Nacional de Salud, Superintendencia de Salud y Superintendencia de Seguridad Social (2016): "Estadísticas de licencias médicas y subsidio por incapacidad laboral 2015".

Fondo Nacional de Salud (2011-2014): "Boletines estadísticos", Recuperado de www.fonasa.cl/sites/fonasa/institucional/archivos.

Gobierno de Chile (2010): "Informe de propuesta del Seguro de Incapacidad Laboral", Comisión Presidencial de Salud.

Gobierno de Chile (2014): "Informe de Estudio y Propuesta de un Nuevo Marco Jurídico para el Sistema Privado de Salud", Comisión Presidencial ISAPRES.

Heymann, J., Rho, H., Schmitt, J. y Earle, A. (2009): "A Review of Sickness-related leave in 22 High Human Development Index Countries", CEPR.

Larraín, F., Rodríguez, J. y Tokman, M. (2004): "Subsidios Por Incapacidad Laboral 1991-2002: incentivos institucionales, crecimiento del gasto y una propuesta de racionalización", Estudios Públicos, N°93.

Libertad y Desarrollo (2010): "Licencias Médicas: Propuestas para Mejorar el Sistema", Temas Públicos, N°991, Libertad y Desarrollo.

Ministerio de Salud (2016): "Misión y Funciones". Recuperado de web.minsal.cl/mision-y-funciones/ y web.minsal.cl/mision-y-funciones-2/.

Rodríguez, J. y Tokman, M. (2001): "Análisis del gasto por subsidios por incapacidad laboral y sus determinantes", Estudios de Finanzas Públicas, N°2, Dirección de Presupuestos, Ministerio de Hacienda.

Superintendencia de Seguridad Social (2016): "Régimen de Licencias médicas y Subsidios por incapacidad laboral (SIL)", Recuperado de www.suseso.cl/609/w3-propertyvalue-31040.html.

Superintendencia de Salud (2016): “Licencias Médicas y Subsidios por Incapacidad Laboral”. Recuperado de www.supersalud.gob.cl/consultas/667/w3-propertyvalue-3468.html.

Vergara, M. (2011): “Experiencia internacional en relación al reposo médico y a la protección de los trabajadores frente a la incapacidad transitoria de generar ingresos: referente para el caso chileno”, *Revista médica de Chile*, 139(4), 495-504.

Anexo A: Modelación del Gasto en SIL (Rodríguez y Tokman, 2001)

Se define el gasto en SIL según la siguiente función:

$$G = f(N^+, Y^+, TIL^+) \quad (A.1.)$$

Donde G es el gasto anual en SIL, N es número de cotizantes, Y es el ingreso imponible de los cotizantes y TIL es la intensidad de uso del subsidio por cotizante, dado por la Tasa de Incapacidad Laboral (días de subsidio pagados por cotizante al año). El signo (+) representa un efecto positivo en la variable explicativa sobre el gasto.

Asimismo, la intensidad de uso del subsidio (TIL) se denota como:

$$TIL = f(E^+, A^+) \quad (A.2.)$$

Donde E son los factores epidemiológicos²⁹ y A es el abuso del beneficio más allá de su justificación médica.

Luego, el abuso del beneficio (A) puede definirse como:

$$A = f(I^+, C^-) \quad (A.3.)$$

Donde I son los incentivos de los diferentes agentes (cotizantes, médicos, entidades pagadoras) que puedan llevar a la sobreutilización del subsidio y C es el control y fiscalización por parte de los organismos fiscalizadores.

Agrupando las ecuaciones (A.1.), (A.2.) y (A.3.), el gasto anual en SIL depende de las siguientes variables:

$$G = f(N^+, Y^+, E^+, I^+, C^-) \quad (A.4.)$$

Las variables N y Y son objetivamente cuantificables, mientras que E , I y C en la práctica reflejan su efecto a través de la intensidad de uso del subsidio captada mediante la TIL . Por lo tanto, si bien la ecuación (A.4.) define conceptualmente el gasto en subsidio, en la práctica se observa la ecuación (A.1.). De esta forma, la ecuación (A.1.) puede definirse como:

$$G = \sum_i^N y_i \cdot til_i = N \cdot y \cdot TIL \quad (A.5.)$$

Donde y_i es el ingreso imponible diario del cotizante i y til_i es la Tasa de Incapacidad Laboral del cotizante i (días de subsidio pagados en el año al cotizante i); y es el monto promedio diario del subsidio pagado y TIL es la Tasa de Incapacidad Laboral (días de subsidios pagados por cotizante al año). Se definen y y TIL como:

²⁹ Los factores epidemiológicos corresponden a las razones médicas que justifican las licencias médicas que dan derecho a subsidio. En este caso es relevante la Tasa de Morbilidad de la fuerza laboral.

$$y = \frac{\sum_i^N y_i \cdot til_i}{\sum_i^N til_i} \quad (A.6.)$$

$$TIL = \frac{\sum_i^N til_i}{N} \quad (A.7.)$$

A su vez, la ecuación (A.5) puede reescribirse como:

$$G = N \cdot Y \cdot y' \cdot TIL \quad (A.8.)$$

Donde Y es el ingreso imponible promedio diario de los cotizantes y y' es la relación entre el monto promedio de subsidio pagado e ingreso imponible promedio diario de los cotizantes. Se definen Y y y' como:

$$Y = \frac{\sum_i^N y_i}{N} \quad (A.9.)$$

$$y' = \frac{y}{Y} \quad (A.10.)$$

Así, la ecuación que determina la tasa de crecimiento del gasto en SIL queda especificada por:

$$\hat{G} = (1 + \hat{N}) \cdot (1 + \hat{Y}) \cdot (1 + \hat{y}') \cdot (1 + \hat{TIL}) - 1 \quad (A.11.)$$

A su vez, la ecuación (A.11.) puede reescribirse como:

$$\hat{G} = \hat{N} + \hat{Y} + \hat{y}' + \hat{TIL} + \hat{\Delta} \quad (A.12.)$$

Donde $\hat{\Delta}$ representa los efectos cruzados de las variables \hat{N} , \hat{Y} , \hat{y}' y \hat{TIL} , definido como:

$$\begin{aligned} \hat{\Delta} = & \hat{y}' \cdot \hat{N} + \hat{y}' \cdot \hat{Y} + \hat{y}' \cdot \hat{TIL} + \hat{Y} \cdot \hat{TIL} + \hat{Y} \cdot \hat{N} + \hat{TIL} \cdot \hat{N} + \hat{y}' \cdot \hat{TIL} \cdot \hat{Y} \\ & + \hat{y}' \cdot \hat{TIL} \cdot \hat{N} + \hat{y}' \cdot \hat{Y} \cdot \hat{N} + \hat{Y} \cdot \hat{TIL} \cdot \hat{N} + \hat{y}' \cdot \hat{TIL} \cdot \hat{N} \cdot \hat{Y} \end{aligned} \quad (A.13.)$$

De esta manera, si la tasa \hat{G} es conocida para un periodo determinado, es posible identificar qué parte del crecimiento es explicado por las tasas \hat{N} , \hat{Y} y \hat{y}' observadas, y qué parte es explicado por el factor \hat{TIL} que representaría el efecto intensidad de uso del SIL, el que se deriva de factores epidemiológicos y del abuso del beneficio³⁰.

³⁰ Es importante mencionar que el componente “abuso del beneficio” no es posible separarlo completamente desde el efecto epidemiológico, por lo que debe recurrirse al análisis de la evolución de indicadores de nivel de salud para plantear hipótesis sobre la magnitud del abuso.