

La Generosa Protección a los Ingresos de las Licencias Médicas en Chile *Análisis sobre la entrega de licencias médicas a nivel internacional*

En Chile, las licencias médicas justifican el reposo médico cuando las personas se enferman, pero además va de la mano del pago de un subsidio que mantiene el 100% de las remuneraciones de las personas que trabajan y cotizan en algún sistema de salud (Fonasa o Isapre). Es decir, el subsidio por incapacidad laboral (SIL) es en realidad un seguro por pérdida de ingresos, incorporado en los planes de salud. De este modo, su pago es financiado por Fonasa o las Isapres, dependiendo de donde el trabajador realice su cotización de salud.

El país creó este beneficio hace 93 años y en diversas oportunidades ha modificado sus mecanismos de funcionamiento. En efecto, las licencias médicas han sido financiadas por cotizaciones y aportes del estado, y además por aportes del empleador. Ha habido deducibles de 5 días diferentes a los 3 días actuales. El monto cubierto ha sido variable dependiendo de las semanas de duración de la licencia, disminuyendo a medida que aumenta la duración, y también ha sido establecido en 85% de la remuneración, ambos diseños diferentes de los vigentes.

En la actualidad Chile, brinda una de las protecciones a los ingresos más generosas del mundo, si se le compara con países más desarrollados. En efecto, Chile pertenece al escaso grupo de países en donde la tasa de retorno de los ingresos es del 100% y además no tiene restricciones en cuanto a la duración de las licencias médicas, sólo un deducible de 3 días en caso de licencias con duración menor a los 11 días. Así mientras la tendencia internacional en países desarrollados es a restringir el uso de este beneficio, en Chile el financiamiento de este seguro crece exponencialmente.

Cuadro N° 1: Comparación sistema SIL en países desarrollados y Chile

País	Fuente de Financiamiento		Pago día SIL
	5 días gripe	50 días Cáncer	
Australia	E	E	10 días (100%, E)
Canadá	Ninguno	SS	12 sem de protección laboral (sin pago); 15 sem (55%, SS)
Chile	SS	SS	Deducible de 3 días para licencias médicas (no laborales) menores a 11 días para empleados particulares (no corre para e. públicos), deducible que desaparece para LM de mayor duración. Cubre el 100% de la renta del trabajador al tope imponible.
Francia	SS	SS	12 meses en un período de 3 años (50%, SS)
Alemania	E	E & SS	6 sem (100%, E); si sigue enfermo, 78 sem en un periodo de 3 año (70%, SS)
Italia	SS	SS	Primeros 20 días (50%, SS); desde el día 21 hasta los 180 días (66,7%, SS)
Japón	Ninguno	SS	Hasta 18 meses (60%, SS, sólo enfermedades serias)
Holanda	E	E	2 años (70%, E), salario mín. No garantizado en el segundo año
N. Zelanda	E	E	5 días en un período de 12 meses (100%, E)
España	E (SS reembolsa)	SS	Primeros 16 días (60%, SS reembolsa E); desde el día 16 hasta el 20 (60%, SS); desde el día 21 hasta 12 meses (75%, SS), extensión hasta 18 meses
EEUU	Ninguno	Ninguno	Ninguno

Nota: E: los días de enfermedad son pagados por el empleador; SS los días de enfermedad son pagados por el seguro social.

Fuente: Heymann J. (et al). "Contagion Nation: A Comparison of Paid Sick Day Policies in 22 Countries". Center for Economic and Policy Research.

Del Cuadro N° 1 se desprende que en la mayoría de los países desarrollados el financiamiento del seguro es compartido entre el empleador y los trabajadores (mediante el pago del seguro de salud), mientras en Chile el empleador no participa de su financiamiento. Además, en los países avanzados se hacen distinciones entre enfermedades no graves y de pronta recuperación, y enfermedades más graves y de largo aliento, siendo sobre estas últimas donde los seguros de protección de ingresos actúan con mayor intensidad.

En Australia, por ejemplo, el empleador es quien cubre el pago de licencias médicas, tanto en una gripe como en un cáncer en un 100% pero hasta un máximo de 10 días en ambos casos. En el caso de Canadá, las enfermedades leves como la gripe no son costeadas ni por el seguro social ni por el empleador, y frente a enfermedades complejas, la fuente de financiamiento es el seguro social, con una protección laboral de 12 semanas sin pago de salario y con el pago del 55% del salario a partir de la semana 15. En Japón al igual que en Canadá, la gripe no es pagada y en el caso de una enfermedad grave, como el cáncer, cubre el 60% del salario hasta 18 meses.

En otros países es incluso más estricto y menos permisivo, como por ejemplo en Holanda, donde se evidencia que empleador es quien paga las licencias por enfermedades leves y graves, por 2 años con un 70% del salario mínimo y no se garantiza que se prolongue por el segundo año. En Nueva Zelanda se restringe aún más su uso, ya que el empleador asume el pago SIL, el que si bien es del 100% de la remuneración, sólo paga hasta 5 días en un año.

Con todo, en Chile la protección frente a enfermedades es muy generosa, pues restituye el 100% de los ingresos, no hay topes a su pago (sólo tope remuneración imponible), ni restricciones al número de días de licencias médicas o a la cantidad de licencias médicas en un período de tiempo. Además, el que los empleadores no participen en su financiamiento, fomenta el ausentismo laboral e incluso le permite a los empleadores mantener la paga de sus trabajadores en tiempos de crisis.

Diagnóstico de la situación en Chile

En el sistema Isapre, el gasto en licencias médicas ha exhibido un crecimiento explosivo, representando actualmente algo menos del 2% de la renta de los trabajadores, destinándose cerca de la mitad de este gasto en licencias asociadas a diagnósticos de enfermedades mentales y del sistema osteomuscular. En la actualidad, en promedio 6 de cada 10 cotizantes de Isapre hacen uso de una licencia médica al año.

Hay que señalar, que este incremento sostenido en el gasto en licencias médicas no sólo afecta a las Isapres, sino también a Fonasa, exhibiendo entre los años 2012 y 2016 un crecimiento real promedio de 10% y 12%, respectivamente, llevando a que en el año 2016 en conjunto ambos sistemas gastaran US\$ 1.600 millones en este beneficio.

En ambos casos el incremento de los días pagados en SIL por cotizantes, ha sido a variable que más ha afectado el incremento en el pago de licencias médicas, mientras que el sector de Isapres, se ve afectado en mayor medida por la restitución de montos por día pagado que en promedio son el doble que en Fonasa, debido a que los sueldos en Isapres son mayores.

Cuadro N° 2: Gasto en SIL y Uso de Licencias Médicas en Isapres Abiertas

ISAPRES ABIERTA	N° LM *	Gasto LM (MM \$ 2016)**	Gasto LM por día SIL pagado (MM \$ 2016)**	N° de días SIL		Tasa de Incapacidad
				Pagados*	Cotizantes	Laboral (TIL)
2012	934.169	\$ 284.128	\$ 28.635	9.922.444	1.389.231	7,1
2013	1.027.515	\$ 327.900	\$ 30.305	10.819.899	1.484.404	7,3
2014	1.118.060	\$ 367.889	\$ 30.572	12.033.526	1.554.914	7,7
2015	1.198.550	\$ 408.496	\$ 33.183	12.310.568	1.621.432	7,6
2016	1.243.017	\$ 446.296	\$ 33.738	13.228.113	1.707.157	7,7
CREC. 2012-2016	33%	57%	18%	33%	23%	8%
CREC. PROM. 4 AÑOS	7%	12%	4%	7%	5%	2%

Fuente: Elaborado por AICH en base a:

* En base a Información de 5 Isapres del sistema (78% del mercado de cotizantes) se proyectó al resto del sistema de Isapres Abiertas.

** En base a FEFI de cada año. En el caso 2016 se proyectó FEFI de septiembre 2016 a diciembre 2016 para tener el dato de Mas Vida.

Fuente: Estadísticas Superintendencia de Salud.

* incluye los días pagados por las LM reclamadas y acogidas total o parcialmente en las instancias de apelación.

** proyección realizada por AICH.

Ahora bien, detrás de este aumento en el número de licencias médicas y días de reposo, no parecen haber motivos epidemiológicos pues en los últimos años muchos indicadores de salud incluso han mejorado. Lo que sí ha ocurrido es que año a año los pacientes cuentan con mayor acceso a salud y además a salud de mejor calidad, debido a los avances tecnológicos, lo que podría estar permitiendo un mayor número de diagnóstico y ello conduciendo a un mayor número de licencias médicas. De hecho, la incorporación de las enfermedades mentales al GES trajo aparejado un mayor número de licencias médicas provenientes de estas afecciones.

Pese a lo anterior, el mayor uso de licencia parece ir más allá del mayor acceso a la salud, y en la literatura se han descrito al menos tres tipos de situaciones que en Chile provocan su mal uso: para prolongar el descanso más allá de lo necesario o evitar el deducible de 3 días, para ausentarse del trabajo en casos que los trabajadores necesiten realizar trámites, cuidar algún familiar, extender vacaciones, entre otros usos indebidos, y para evitar la pérdida de trabajo, entre otras causales de mal uso, lo que de paso lleva a preguntarse en el rol que están teniendo los médicos en el uso distinto al cuidado médico que están teniendo las licencias médicas.

Lo anterior cobra sentido al revisar la Encuesta Percepciones sobre el Sistema Isapre realizada por CADEM en septiembre de 2016, la cual mostró que de los encuestados (usuarios de Isapre) un 76% señaló que en Chile es bastante o muy habitual presentar una licencia médica para faltar al trabajo sin estar enfermo, indicando además que tanto los pacientes como los médicos son responsables de ello. Sin embargo, detrás de esto lo que más preocupa es que los chilenos no perciban esta acción como un delito, lo que puede deberse a que no existen consecuencias serias frente a estas malas prácticas. Además, los pacientes no se dan cuenta que son ellos mismos los

perjudicados con el mal uso que algunos hacen de las licencias médicas, pues ellas son financiadas con el pago de la cotización de salud de todos (tanto en Isapres como en Fonasa), y como señalamos hoy los trabajadores de Isapres destinan un 2% de su renta anual al pago de este beneficio.

Propuestas de mejora

Creemos importante poner todos los esfuerzos disponibles en actualizar el sistema bajo el cual operan los subsidios por incapacidad laboral, ya que el incremento de estos permisos finalmente es una desviación de recursos destinados a atenciones. Por eso, proponemos un conjunto de mejoras:

1. Desincentivar su mal uso

A la luz de los antecedentes, vemos que la cobertura del 100% del ingreso es un sustituto completo de la renta, por lo que cuando esta se ve amenazada a bajar, incentiva el uso de LM para fines distintos que para la recuperación de una persona producto de una enfermedad. El reducir el porcentaje de ingresos que se retribuirán al trabajador ha demostrado en otros países ser un buen incentivo para el correcto uso de este beneficio.

En todo caso, parece razonable que se realice una distinción entre enfermedades de carácter grave (como un cáncer) y las de tipo leve (por ejemplo, un resfrío común), pues la extensión y tipo de cuidados son diametralmente distintas. Para abordar esto, se propone que en caso de enfermedades demostrables y que requieran de largos tratamientos (infartos, cáncer, etc.) se retribuya el 100% de la renta, mientras que cuando se trate de enfermedades de menor envergadura el pago sea menor y con un tope de días.

Adicionalmente, se podría avanzar en la idea de que el financiamiento de este subsidio sea compartido entre el empleador y el trabajador, de modo de desincentivar el mal uso de LM por parte del empleador y así también desincentivar el fomento del ausentismo laboral (rol fiscalizador en la misma empresa), pues en ambos casos el empleador deberá asumir parte de ese costo monetario.

2. Manejo de licencias prolongadas

Otro problema del sistema es la no convergencia en las tasas de reemplazo entre el sistema previsional y el sistema de salud, pagándose en caso de pensión por vejez o invalidez una tasa de reemplazo menor al 100% que otorga el sistema de salud. Ello lleva a que frente a enfermedades irrecuperables o en caso de jubilación, muchos trabajadores hacen uso y prolongan el uso de LM curativas. En el caso de la invalidez, en nuestra legislación no existen plazos máximos de días de licencias, transcurridos los cuales deba tramitarse la invalidez y dada la diferencia en tasas de reemplazo salariales, financieramente a las personas les conviene seguir prolongando las LM curativa.

3. Cambio en la institucionalidad de las Licencias Médicas

La cobertura de LM de nuestro país no ha tenido cambios sustanciales desde el año 1978, esto es, hace 40 años. En vista de ello y a la luz de los problemas que evidencia, se propone que todas las licencias de trabajadores (curativas de Isapres/Fonasa y laborales de mutuales) sean administradas por un solo asegurador especializado: el Servicio de Salud de Licencias Médicas. Sin embargo, esto requiere de cambios importantes, por lo que se podría partir con que este nuevo servicio se hiciera cargo de la resolución de conflictos de las licencias médicas del COMPIN (Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez), pues las COMPIN realizan múltiples funciones (resolución de LM, de invalidez, certificados de esta de salud, entre muchas otras) y hoy su dotación médica administrativa es insuficiente para la carga de trabajo que tienen.