

COSTOS DEL SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL EN EL SISTEMA ISAPRES: EVOLUCIÓN Y FACTORES QUE IMPULZAN SU ALZA

I. Resumen Ejecutivo

Los subsidios por incapacidad laboral (SIL) representan el 24% del gasto sobre la cotización legal de las Isapres en el año 2014, observándose en los últimos años un explosivo aumento de éste, lo que ha implicado una carga financiera cada vez más significativa tanto para Fonasa como para las Isapres.

Los resultados muestran que en los últimos años, el mayor uso de licencias médicas (efecto cantidad) es lo que ha elevado el gasto en SIL en el sistema Isapre, aunque el aumento en los salarios y topes imponibles también han influido (efecto precio). En efecto, **entre los años 2004 y 2014 el gasto en SIL por cotizante activo se incrementó en un 83% real, es decir, 6% anual en promedio**, consecuencia de un aumento de 53% real (4% promedio anual) del número de días de subsidio pagado (TIL, efecto cantidad) y de 20% real (2% promedio anual) del gasto por día de subsidio (efecto precio).

El incremento en el número de días pagados en subsidios SIL por cotizante (TIL) es preocupante, ya que puede estar indicándonos que la población o está más enferma (o se diagnostican más enfermedades) o estamos frente a una eventual sobreutilización sin justificación médica (abusos). No se perciben o no hay información relevante de cambios epidemiológicos, pero lo que si puede estar pasando es que el acceso a más y mejor salud (nuevas tecnologías y utilización del GES), estaría permitiendo un número mayor de diagnósticos y esto conduciendo a un mayor número de licencias médicas. Respecto al abuso, hay que señalar que la comprobación objetiva de algunas patologías es difícil y, por tanto, se prestan en algunos casos para abusos (diagnósticos de salud mental y osteomuscular).

En cualquier caso, debido a problemas en el diseño del seguro SIL (facilitan el riesgo moral) y a características de los individuos, situaciones laborales especiales (como riesgo

de cesantía) y otras causas institucionales, puede existir abuso. En este contexto, para que este beneficio pecuniario sea más justo y contenga los incentivos apropiados, se podría avanzar en un cambio de su institucionalidad, es decir, que tanto las licencias de Fonasa como de Isapres y mutuales de seguridad (accidentes y enfermedades laborales) sean administradas por un asegurador especializado. Adicionalmente, se deberían efectuar cambios en el diseño de las licencias, como por ejemplo, que los tres días de deducible sean válidos para licencias de cualquier duración (para no extender licencias innecesariamente a fin de evitar el deducible). Asimismo, se debería avanzar en que el financiamiento del subsidio sea compartido por los cotizantes y el empleador (para que empleador no fomente el ausentismo laboral).

El presente trabajo se centra en estudiar la evolución del gasto en SIL que es de cargo de las Isapres, es decir, las provenientes de licencias médicas curativas¹, así como los factores que más han impactado en su incremento en los últimos años. Se sabe que el aumento o disminución del gasto en SIL, depende del número de días de licencia, la frecuencia de uso de licencia, el número de afiliados y la remuneración imponible de los cotizantes. En este estudio, se usa la base de datos de la Superintendencia de Salud correspondiente a las licencias médicas curativas tramitadas de cargo de las Isapre y, en particular, se analiza la hipótesis de una eventual sobreutilización de los subsidios más allá de su justificación médica, posibilitada por el diseño institucional de los mismos.

¹ Por enfermedades comunes y patologías del embarazo.

II Origen del SIL de Cargo de las Isapres

El sistema de seguridad social en Chile considera distintos subsidios para el empleado que se encuentra imposibilitado de trabajar, conocidos como subsidios por incapacidad laboral (SIL). Esta imposibilidad de trabajar puede provenir de enfermedades comunes, reposo maternal habitual (pre y post natal), reposo maternal suplementario (patología del embarazo y prórrogas del pre y post natal), enfermedad grave por hijo menor a un año, accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. En tanto, dependiendo del tipo de licencia el financiamiento del SIL es distinto y por lo tanto su pago es realizado por diferentes instituciones.

En este contexto, la legislación vigente en Chile hace que existan tres tipos de SIL, los cuales se diferencian por el tipo de licencia del cual procede y la fuente de su financiamiento. A saber, están:

(i) Subsidio por Licencias Médicas Curativas: Subsidio que se origina a partir de una licencia por enfermedad común, por patologías del embarazo y prórrogas del pre y post natal y es financiado con cargo a la cotización obligatoria que el trabajador efectúa a su institución aseguradora de salud (Fonasa o Isapres)².

Los beneficiarios del subsidio por enfermedad curativa reciben el 100% de su renta al tope imponible vigente y sus cotizaciones previsionales, durante todo el tiempo que estén imposibilitados de asistir a sus trabajos. Eso si tiene un deducible de tres días para licencias menores a 11 días para empleados particulares³, deducible que desaparece para licencias de mayor duración.

El gasto en SIL por Licencias Médicas Curativas, es el objeto de análisis de este estudio, por cuanto estas son las únicas licencias de cargo de las Isapres.

Por su parte, las entidades encargadas de autorizar las licencias médicas en el caso del seguro público de salud son las Comisiones Médicas Públicas (COMPIN), mientras que en las Isapres son las contralorías médicas de estas instituciones las que autorizan en primera instancia y, en caso de apelación por parte del cotizante, las COMPIN en segunda instancia. La Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO) actúa como la última instancia de apelación en todos los casos.

(ii) Subsidio por Licencias Maternales: Este subsidio deriva de licencias por reposo maternal pre y post natal y por enfermedad grave por hijo menor a un año. Estos

² En estricto rigor, es una indemnización y no un subsidio, debido a que su financiamiento proviene de un seguro cuya prima es financiada con la cotización obligatoria del trabajador.

³ Este deducible y el tope en función de la remuneración imponible no se aplica para los funcionarios públicos, ya que el fisco en calidad de empleado se hace cargo de la diferencia.

subsidios son financiados con cargo al Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidio de Cesantía, constituido por aportes fiscales.

(iii) Subsidio por Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales: Este subsidio es financiado con cargo a la cotización obligatoria establecido en la Ley N° 16.744⁴, el cual es responsabilidad del empleador.

III Evidencia Internacional: Evolución del Gasto en SIL en otros Países

Antes de entrar en el análisis cuantitativo del gasto en SIL a cargo de las Isapres, creemos necesario mostrar que la tendencia al alza en el gasto en SIL provenientes de licencias médicas no es propia del sistema de salud chileno y, en el caso de Chile, es un problema que afecta tanto a Fonasa como a las Isapres.

Sin embargo, la comparación con otros países es difícil debido a los distintos arreglos institucionales, legislaciones y sistemas de protección social existentes en esta materia. En efecto, entre países varía quién financia el seguro por incapacidad laboral, así como la tasa de reemplazo salarial (porcentaje de la remuneración que el seguro restituye), el período de reposo médico sin restitución de renta y la duración máxima de la entrega del beneficio (el número de días cubiertos por el subsidio)⁵. Adicionalmente, es muy probable que varíe también la capacidad de fiscalizar los potenciales abusos al sistema.

Lo anterior se refleja en las cifras de pago por incapacidad laboral de la OCDE, las cuales agrupan en un mismo ítem el pago por licencias médicas y accidentes de trabajo, además, de otros subsidios especiales por enfermedades. Es difícil sacar conclusiones de esas cifras, pero podemos mencionar que Chile entre 2000 y 2011 vio aumentado su gasto en

⁴ Los Organismos que otorgan las prestaciones médicas, preventivas y económicas que establece la Ley 16.744 a los(as) trabajadores(as) dependientes, así como a los(as) trabajadores(as) independientes que coticen para este seguro son:

(i) Instituto de Seguridad Laboral (ISL, ex INP): Administrador público del Seguro Ley N° 16.744.

(ii) Mutualidades de Empleadores: Administradores privados. Existen tres en el país: Asociación Chilena de Seguridad (ACHS), Mutual de Seguridad de la Cámara Chilena de la Construcción (MUSEG) y el Instituto de Seguridad del Trabajo (IST).

(iii) Empresas con Administración Delegada: Son empresas con más de 2000 trabajadores que han sido autorizadas para administrar las prestaciones médicas, económicas (excepto las pensiones) y preventivas del Seguro Ley 16.744 de sus trabajadores. Estas son: las 4 Divisiones de Codelco: Andina, Norte, El Teniente y El Salvador, y la Pontificia Universidad Católica de Chile.

⁵ A modo de ejemplo, en EEUU la ausencia al trabajo por enfermedad común o accidente laboral no tiene protección y el trabajador necesita de un seguro privado y descuenta de sus días de permiso o vacaciones la ausencia de su trabajo para evitar el descuento en su salario por cada día de ausencia. La tasa de reemplazo y días de deducible dependen de cada compañía de seguro. En Alemania, en tanto, la tasa de reemplazo es de un 100% las primeras 6 semanas y después de un 70%. No hay deducible y las primeras 6 semanas son de cargo del empleador. La duración es de 78 semanas en 3 años.

SIL per cápita (accidentes más licencias médicas) en 500%, mientras que los países de la OCDE en promedio experimento un aumento de 4% en igual período.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010), en el 2007 eran 145 los países del mundo que entregaban subsidios por incapacidad laboral provenientes de licencias médicas⁶. No obstante, diferían entre países tanto las tasas de reemplazo salarial como el número de días cubiertos por el SIL.

En relación a la tasa de reemplazo, de estos 145 países, 30 tienen una tasa de reemplazo del 100%, 94 países tienen una tasa entre 50% y 75% y los 14 restantes entregan un pago único u otro tipo de transferencia. En cuanto al período cubierto, 102 países entregan cobertura por un período superior a un mes, 33 países lo hace para un período entre 11 y 30 días y 10 países no especifica el número de días o como tope establece una cobertura máxima por 10 días.

Con todo, Chile cuenta con uno de los sistemas más generosos⁷ en relación a los beneficios que obtienen los empleados adscritos al sistema de salud (público o privado) cuando deben ausentarse del trabajo por motivos de salud. En efecto, Chile se encuentra dentro del grupo de países con una tasa de reemplazo salarial del 100% (con un tope de 73,2 UF en 2015) y dentro del grupo de países que no tiene restricción en cuanto a la duración de las licencias. Sólo cuentan con un deducible de 3 días si la duración de la licencia es menor a 11 días.

A nivel nacional, el gasto en SIL ha crecido significativamente tanto en el sistema Fonasa como en el sistema Isapre. En efecto, en los últimos 10 años el gasto en SIL se ha triplicado tanto en el Fonasa como en las Isapres, creciendo en promedio en torno a 11% anual en el Sistema Isapre y 12% anual en Fonasa.

Sin embargo, en términos per cápita, el gasto en SIL por cotizante activo⁸ en el Sistema Isapre fue cercano a \$230 mil en el 2013, mientras que en Fonasa esta cifra alcanzó los \$78 mil. Esto se debe a que en promedio la remuneración de los cotizantes de Isapre es mayor a la de los cotizantes de Fonasa, además, la población cotizante activa en Fonasa es sustancialmente mayor a la de Isapres (5,1 millones versus 1,5 millones, aproximadamente). En este contexto, no es de extrañar que el gasto en SIL por cotizantes en las Isapres sea superior al de Fonasa.

⁶ La protección por enfermedad común o accidente no laboral se conoce como “sick leave” y la derivada por accidente laboral o enfermedad profesional (“workers’ compensation”).

⁷ La OIT define como “comprehensivos” a los seguros, como Chile, en que la cobertura del sistema es amplia.

⁸ Para el cálculo del SIL por cotizante se consideran sólo los cotizantes activos, es decir, la población cotizante compuesta por trabajadores dependientes e independientes (excluye pensionados y en el caso de las Isapres excluye además a los cotizantes voluntarios). En otras palabras, los cotizantes activos contempla sólo a los trabajadores y que por tanto están sujetos a recibir SIL.

IV. Determinantes y Evolución del Gasto en SIL a Cargo de las Isapres

A medida que avanzan los años se observa un crecimiento cada vez más pronunciado del gasto que generan los afiliados por subsidios por incapacidad laboral, lo que ha significado una carga financiera cada vez más importante tanto para el sector público como privado.

En este estudio nos centraremos en analizar la evolución del gasto en SIL que es de cargo de las Isapres (proveniente de licencias médicas por enfermedades comunes y patologías del embarazo y/o prórrogas del pre y post natal), así como los factores que impulsan dicho gasto. En este contexto, deberemos analizar el número de cotizantes, el ingreso imponible promedio de los cotizantes y el número de días de licencias por cotizantes al año, ya que el aumento (o disminución) del gasto en SIL depende de ellas.

Asimismo, para poder hacer un estudio más acabado de los factores detrás del aumento del gasto en SIL, analizaremos el gasto SIL por cotizante, descomponiendo el gasto en el costo promedio por día de subsidio pagado (efecto precio) y en el número de días pagados por cotizante (efecto cantidad).

Hay que señalar, que el número de cotizantes que se considerará es la población cotizante de trabajadores dependientes e independientes, ya que sólo éstos pueden solicitar subsidios por incapacidad laboral.

IV.1 Determinantes del Gasto en SIL por Licencias Médicas

El gasto en SIL depende positivamente de tres variables: la cantidad de cotizantes, el ingreso imponible diario promedio de los cotizantes y el número de días de subsidio pagados anualmente por cotizante. A esta última, se le conoce como la tasa de incapacidad laboral (TIL) y depende tanto del número de días de licencias como de la frecuencia de uso de licencias.

En estricto rigor, el gasto en SIL producto de un mayor número de cotizantes o un mayor ingreso de éstos no debiera ser motivo de preocupación para las entidades que pagan el subsidio, ya que ambas variables se mueven positivamente con el SIL. No obstante, si el aumento del gasto es consecuencia de una mayor tasa de uso por cotizante, sería necesario investigar las razones detrás de ello.

Rodríguez y Tokman (2001) identifican dos variables que podrían afectar la tasa de uso por cotizante (mayor días de subsidio por cotizante). En primer término, mayor utilización por razones médicas, producto de mayores tasas de morbilidad⁹ y/o natalidad de la población.

⁹ Frecuencia de enfermedades en proporción a la población y está determinada por factores epidemiológicos.

A las razones médicas hay que añadir, que cada día es más fácil acceder al doctor, por lo que existe una probabilidad mayor que se otorgue una licencia médica ya sea que encuentre alguna patología o dolencia o que se prosiga con el proceso de diagnóstico. En segundo término, esta una eventual sobreutilización sin ninguna justificación médica (abuso), lo que dependerá de otros factores y de la facilidad que se tenga para hacerlo (nivel de fiscalización).

A su vez, y siguiendo a Rodríguez y Tokman (2001), el abuso está determinado por un conjunto de factores relacionadas con las características individuales del beneficiario (como preferencia por ocio o valores morales, entre otros), características de su entorno familiar (madres sin redes de apoyo familiares necesitan solicitar licencia para cuidar a hijos enfermos mayores a 1 año) y laboral (menor flexibilidad laboral lleva a un mayor uso de licencias para realizar trámites, cuidar niños enfermos, o mantener la renta en caso de trabajadores que reciben rentas variables¹⁰, etc.) y con factores institucionales (insatisfacción laboral, probabilidad de pérdida del empleo¹¹ e incluso la generosidad del subsidio incitan a un mayor abuso).

Con todo, las variables que incitan al abuso son difíciles de medir, por lo que la única herramienta con que cuentan las entidades aseguradoras para evitar abusos es mediante un estricto control, ya que así desincentiva su práctica.

IV.2 Evolución del Gasto en SIL por Licencias Médicas a Cargo de las Isapres¹²

Las Isapres incurren en gastos para pagar los reembolsos en prestaciones médicas y el pago de licencias médicas, la suma de ambos gastos se conoce como costos técnicos u operacionales. Del gasto técnico total de las Isapres del año 2014, un 80% correspondió a gasto en prestaciones médicas y el 20% restante a licencias médicas. Sin embargo, en los últimos años el gasto en SIL por cotizante ha crecido a una tasa muy por sobre la del gasto en prestaciones médicas.

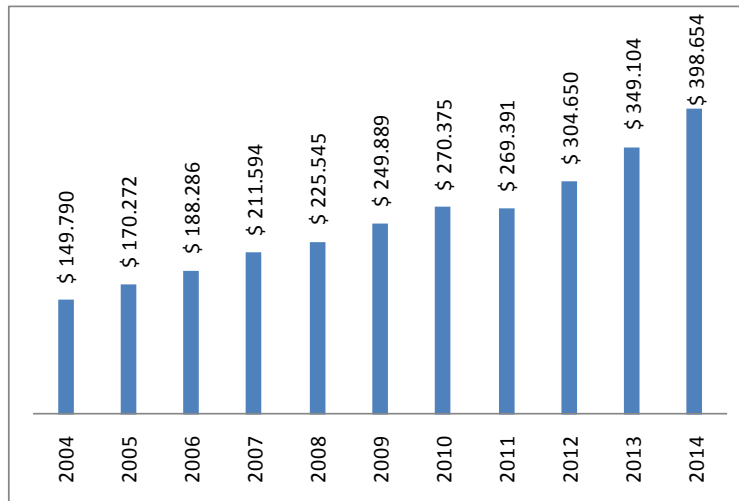
En el año 2014 se tramitaron un poco más de 1,5 millones de licencias médicas curativas en el sistema Isapres, lo que implicó un costo de algo menos de \$ 400 mil millones. En particular, en la última década el gasto en SIL de cargo de las Isapres se ha triplicado, incrementándose 166% real (10% promedio anual). Sólo entre el 2013 y 2014 el costo SIL se incrementó en un 14% real anual. Gráfico N° 1.

¹⁰ Cuando la estacionalidad de venta es baja, con el fin de mantener el nivel de renta del período alto, dado que se calcula el SIL con salarios pasados, que pudieron corresponder a ciclo de ingresos más altos.

¹¹ La probabilidad de pérdida del empleo, en principio, debiera llevar a que el empleado no solicite licencias fraudulentas para que su empleador no perciba ello como una falta. Sin embargo, si el empleado puede obtener una licencia por un período prolongado, puede protegerse contra un potencial despido.

¹² Se utilizarán cifras reportadas por la Superintendencia de Salud respecto a licencias médicas curativas y patologías del embarazo

**Gráfico N° 1 Gasto en SIL de Cargo de las Isapres (*)
(Millones de \$ de diciembre de 2014)**



Fuente: Elaboración Isapres de Chile en base a cifras Superintendencia de Salud.

(*) Incluye licencias curativas, licencias por patologías embarazo y licencias reclamadas a la COMPIN y a las propias Isapres, cuyos reclamos han sido acogidos total y parcialmente.

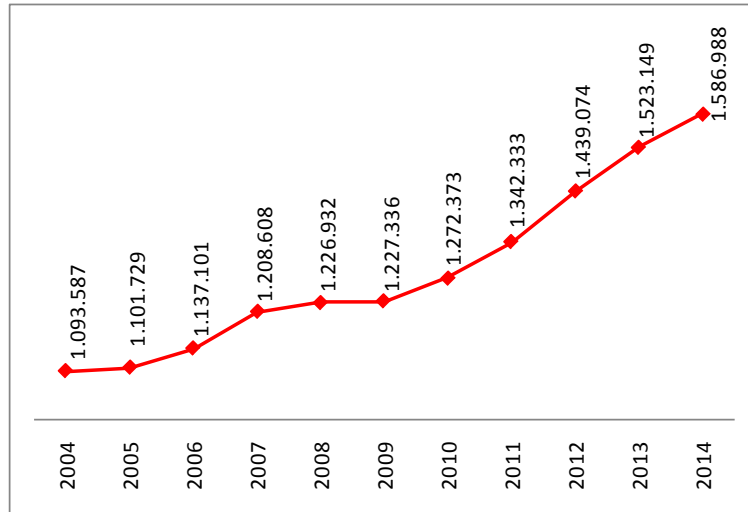
Costo SIL = Subsidio Líquido + Aporte Previsional Pensiones + Aporte Previsional Salud.

Parte del aumento en el gasto es explicado por el mayor número de cotizantes y el incremento de su ingreso promedio, lo que como señalábamos no es motivo de preocupación, sino que es una consecuencia inevitable ya que estas variables se relacionan positivamente con el gasto en SIL. Los Gráficos N° 2 y N° 3 muestran la evolución de estas variables entre 2004 y 2014.

El número de cotizantes “activos”¹³ del sistema Isapre entre los años 2004 y 2014 se incrementó en 493 mil, lo que equivale a un 45%, o bien, a un crecimiento promedio de 4% anual (Gráfico N° 2). En particular, en los últimos 3 años el crecimiento de los cotizantes ha sido más pronunciado, lo que ha incidido, en parte, en el aumento del gasto en SIL.

¹³ Se usa número de cotizantes dependientes e independientes, ya que sólo ellos son sujetos del SIL en caso de enfermedad.

**Gráfico 2: Número de Cotizantes Activos en Sistema Isapre
(Imponentes Dependientes e Independientes)**



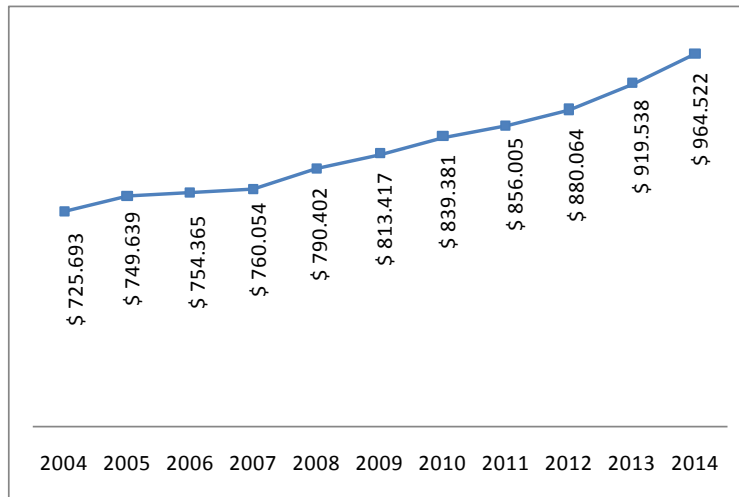
Fuente: Elaboración Isapres de Chile en base a cifras Superintendencia de Salud.

Por su parte, en el Gráfico N° 3 se aprecia el ingreso imponible mensual promedio de los cotizantes¹⁴, que recordemos se utiliza como base para calcular el monto líquido del SIL y los aportes previsionales. La renta imponible promedio mensual por cotizante se ha incrementado en cerca de \$ 240 mil entre 2004 y 2014, lo que representa un crecimiento real de 33%, equivalente a una tasa anual promedio de 3%. Entre 2013 y 2014 la renta imponible mensual promedio se incrementó en un 5% real anual.

De esta forma, vemos que en los últimos 10 años el incremento del número de cotizantes y de la renta imponible de los mismos, ha sido estable (tasa real anual promedio de 4% y 3%, respectivamente). En este contexto, el crecimiento real promedio de 10% anual exhibido por el gasto en SIL en igual período no parece ser exclusivamente resultado del aumento de cotizantes ni de sus rentas.

¹⁴ La renta imponible promedio se calcula tomando los ingresos provenientes de la cotización legal (información financiera reportada por las Isapres a la Superintendencia de Salud) y se divide por el número de cotizantes y por el 7%.

Gráfico 3: Renta Imponible Promedio Mensual por Cotizante del Sistema Isapres (\$ de diciembre de 2014)



Fuente: Elaboración Isapres de Chile en base a cifras Superintendencia de Salud.

En vista de lo anterior, y con el fin de indagar más sobre las causas que originan el aumento del gasto en SIL, analizaremos el gasto en SIL por cotizante activo y lo descompondremos de la siguiente manera:

$$\text{Costo SIL por Cotizante (\$)} = (\text{Costo SIL (\$)} / \text{Día Pagado}) \times (\text{Días SIL Pagados} / \text{Cotizante})$$

El primer componente de la ecuación, corresponde al costo promedio por día de subsidio pagado (efecto precio), mientras que el segundo componente corresponde a número de días de subsidio pagados por cotizante (efecto cantidad, TIL). Ver Cuadro N° 1.

Cuadro N° 1: Gasto en Subsidios de Cargo de las Isapres (\$ de diciembre de 2014)

	2004	2010	2011	2012	2013	2014	Variación	
							2004-2014	2013-2014
Costo SIL (mill. \$ 2014)	\$ 149.790	\$ 270.375	\$ 269.391	\$ 304.650	\$ 349.104	\$ 398.654	166%	14%
Costo en SIL por Cotizante (\$ 2014)	\$ 136.972	\$ 212.496	\$ 200.689	\$ 211.698	\$ 229.199	\$ 251.202	83%	10%
Costo SIL por día SIL (\$ 2014). Efecto "P"	\$ 27.718	\$ 30.268	\$ 30.502	\$ 30.703	\$ 34.556	\$ 33.129	20%	-4%
N° de días de SIL por Cotizante (TIL). Ef. "Q"	4,9	7,0	6,6	6,9	6,6	7,6	53%	14%
Cotizantes Activos (*)	1.093.587	1.272.373	1.342.333	1.439.074	1.523.149	1.586.988	45%	4%

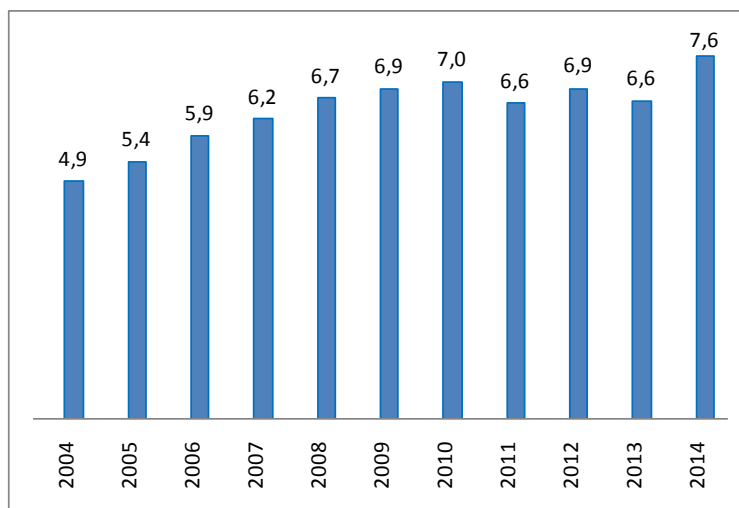
(*) Cotizantes Dependiente e Independientes

Fuente: Elaborado por Isapres de Chile en base a información de la Superintendencia de Salud

Al analizar el gasto en SIL por cotizante, tenemos que entre los años 2004 y 2014 éste aumentó 83% real (promedio anual de 6%), impulsado en mayor medida por el efecto

cantidad (TIL o números de días de SIL pagados por cotizantes) que por el efecto precio (costo SIL por día). En concreto, en los últimos 10 años la tasa TIL se ha incrementado en un 53% real (4% promedio anual), mientras que el gasto por día de subsidio creció 20% real (2% promedio anual). Específicamente, la tasa TIL ha pasado de un promedio de 4,9 días de licencia pagados por cotizante en el 2004 a 7,6 días pagados en el 2014 (Gráfico N° 4). Es decir, ha mostrado un incremento de 2,6 días.

**Gráfico 4: Tasa de Incapacidad Laboral por Cotizante del Sistema Isapre
(Número de días pagados SIL por cotizante)**

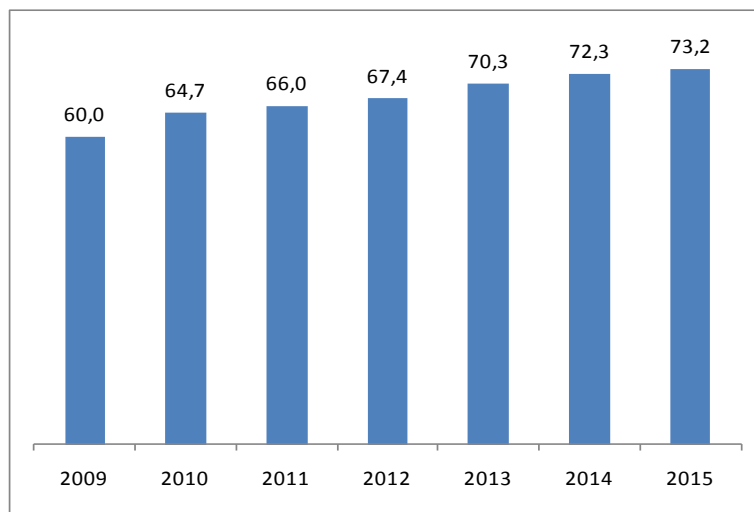


Fuente: Elaboración Isapres de Chile en base a cifras Superintendencia de Salud.

Ahora bien, **en relación al efecto precio**, hay que señalar que el mayor incremento en el monto pagado por día de SIL, obedece a un mejoramiento de los salarios y/o un aumento de los topes imposables. Por lo que era esperable que el efecto precio fuera positivo, ya que como se vio (Gráfico N° 3), la renta imposable se ha incrementado año a año en torno a un promedio de 3% anual real.

Asimismo, el aumento en los topes imposables también ha significado mayores costos para las Isapres, esto por cuanto el precio del plan de los individuos queda fijo en UF, mientras que los topes imposables a los salarios han aumentado sistemáticamente desde el año 2010. En efecto, en los últimos 6 años el tope imposable de los salarios se ha incrementado desde 60 UF a 73,2 UF en el 2015 (Gráfico N° 5), lo que equivale a un incremento de 22% (3% promedio anual). Es difícil dimensionar el efecto que tiene el aumento del tope imposable, pero es evidente que representa mayores costos a las Isapres, que al final también deben ser compensados con los aumentos de los precios de los planes.

Gráfico N° 5: Incremento del Tope Imponible Salarial (UF), 2009-2015



Fuente: Elaborado en base a Información de la Superintendencia de Pensiones

Por otra parte, hay que recordar que el gasto en SIL proveniente de licencias médicas curativas, al igual que las prestaciones médicas, se financian con los recursos propios de los cotizantes, es decir, con el 7% de su sueldo imponible. Sin embargo, un porcentaje de los cotizantes paga por su plan de salud un valor menor a su cotización legal del 7% y los recursos que se recaudan por la diferencia que se genera entre el 7% de cotización obligatoria y el costo del plan, dan origen a la cuenta de excedentes¹⁵. El problema, entonces es que hoy personas con rentas altas pueden comprar un plan por debajo el 7% de su cotización obligatoria, pero cuando esta persona presenta una licencia médica se le paga contra su tope imponible salarial, pese a que proporcionalmente mes a mes está cotizando por una proporción menor.

Otro problema relacionado con lo anterior, es que para un mismo tramo de sueldo imponible, hay cotizantes que están aportando un 7% de su cotización y otros aportando menos del 7%, pero ambos respecto al beneficio SIL, reciben lo mismo. En otras palabras, hay un grupo de cotizantes que tienen los mismos ingresos y por lo tanto, a la hora de presentar una licencia médica, reciben todos el mismo monto SIL, pero unos están pagando más mes a mes que otros, es decir, los primeros están subsidiando el pago en SIL a los segundos, lo que es regresivo.

¹⁵ Hasta hace unos años la cuenta de excedentes no podía superar el 10% del 7%, por lo que cuando subían los salarios o el tope imponible, por ley la Isapre debía ofrecer un plan que se acercara lo más posible al 7% de su cotización obligatoria y el usuario debía cambiarse, Hoy los excedentes no tienen límites.

Como señalamos, el incremento del gasto en SIL explicado por el aumento de cotizante o de sus rentas, es una consecuencia inevitable, ya que ambas variables se relacionan positivamente con el gasto en SIL. Sin embargo, el incremento observado en el número de días pagados en subsidios SIL por cotizante o **efecto cantidad**, es preocupante, ya que puede estar indicándonos que la población o está más enferma (o se diagnostican más enfermedades) o estamos frente a la presencia de abusos.

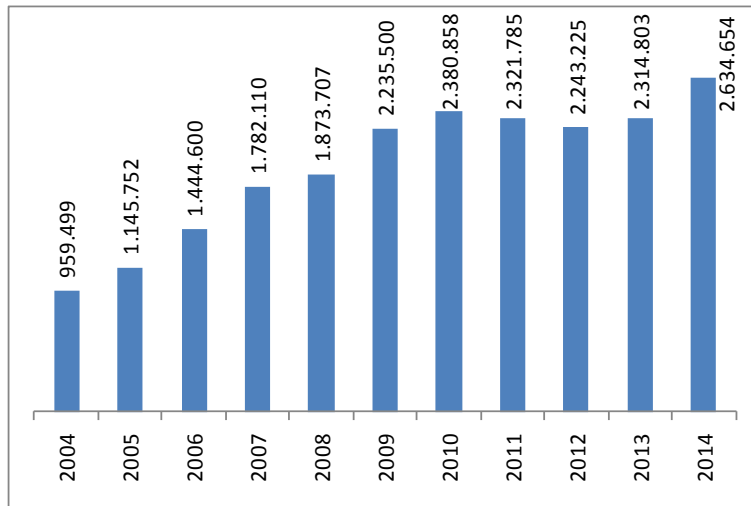
Respecto a la tasa de abuso, la literatura señala que ésta está determinada por un conjunto de factores relacionadas con las características individuales del beneficiario (como preferencia por ocio o valores morales, entre otros), características de su entorno familiar (madres sin redes de apoyo familiares necesitan solicitar licencia para cuidar a hijos enfermos mayores a 1 año) y laboral (menor flexibilidad laboral lleva a un mayor uso de licencias para realizar trámites o cuidar niños enfermos, etc.) y con factores institucionales (insatisfacción laboral, probabilidad de pérdida del empleo). Asimismo, la mayor generosidad del subsidio y la no existencia de deducibles pueden incitar al abuso.

Con todo, las variables que incitan al abuso son difíciles de medir, por lo que la única herramienta con que cuentan las entidades aseguradoras para evitar abusos es mediante un estricto control de las licencias médicas, ya que así desincentiva su práctica. Asimismo, para desincentivar su práctica, debiese avanzarse en sancionar en forma más severa a los médicos que otorgan licencias médicas falsas.

En todo caso, al observar el número de días de licencias médicas rechazadas se constata que este número se ha triplicado entre 2004 y 2014, incrementándose el número de días rechazados en 175%, lo que corresponde a una tasa promedio de 11% anual. Sólo entre el 2014 y 2013 se rechazaron algo menos de 320 mil días de licencias médicas, es decir, la tasa de rechazo aumento en un 14%¹⁶. En este contexto, no podemos atribuir tan fácilmente que la mayor utilización de licencias médicas se deba a controles institucionales más laxos. Gráfico N° 6.

¹⁶ En el 2014, del total de licencias médicas tramitadas, 24% fueron rechazadas o reducidas.

Gráfico 6: Número de Días de Licencias Médicas Rechazadas en el Sistema Isapre



Fuente: Elaboración Isapres de Chile en base a cifras Superintendencia de Salud.

Con todo, habría que indagar que otras razones pueden estar detrás del aumento en la tasa de utilización de las licencias médicas, es decir, razones médicas. En particular, cambios en las variables epidemiológicas y/o de composición de la fuerza laboral podrían explicar este aumento. Sin embargo, las estadísticas de los últimos 10 años muestran que no ha habido grandes cambios ni en los principales indicadores de salud (tasa de mortalidad, tasa de mortalidad infantil, tasa de fertilidad y esperanza de vida). En efecto, la tasa de mortalidad infantil por cada 1000 nacidos vivos descendió desde 8,1 en el año 2002 a 7,4 en el 2012, mientras la tasa de mortalidad se ha mantenido estable (ha caído de 3,9 a 3,7) y la expectativa de vida al nacer ha aumentado de 77,5 años en el 2002 a 79,6 años en el 2012¹⁷.

En tanto, si bien al año 2014 menos del 50% de las mujeres participó en la fuerza laboral, su tasa de participación se ha ido elevando en los últimos años, alcanzando un 48,4% en el 2014. Esta cifra es importante de considerar, ya que al analizar las cifras de SIL por tipo de cotizante, se observa que la tasa de uso de las mujeres es de prácticamente el doble que la de los hombres (3,6 días pagados en el caso de los hombres versus 6,6 días en caso cotizantes mujeres), lo que se tradujo en que del total del gasto en SIL, 35% corresponde a licencias médicas otorgadas a hombres y el 65% restante a mujeres.

Otra hipótesis, que podría explicar el aumento del gasto SIL, es que el acceso a más y mejor salud (nuevas tecnologías) estaría permitiendo diagnósticos más precisos y esto conduciendo aun mayor número de licencias médicas. A modo de ejemplo, está el aumento que han experimentado las licencias médicas por trastornos mentales - desde el

¹⁷ INE 2012, Estadísticas Vitales.

2005 incorporadas al GES -, las que a partir del año 2006, se ubican en el segundo lugar de los problemas de salud que originan el mayor número de licencias¹⁸. Sin embargo, la información disponible no permite afirmar si este incremento en las licencias por enfermedades mentales se debe a un mayor abuso del sistema, por medio de la utilización de licencias de este tipo de patologías cuya verificación es más dificultosa, o si en realidad en Chile existía un problema de sub-diagnóstico de enfermedades mentales, que quedó en evidencia con el GES. Lo mismo puede ocurrir con otros diagnósticos como enfermedades al sistema respiratorio o al sistema digestivo, por nombrar algunos, a diferencia de licencias por operaciones o traumatismos, que son posibles de verificar. En todo caso, hay que destacar que en la actualidad, los subsidios pagados por trastornos mentales son los que más impactan en el gasto total del SIL, básicamente, porque tienen el mayor peso en los días totales de reposo (no las causas con mayor número de días promedio por licencia).

Con todo, el eventual abuso de licencias médicas es difícil de cuantificar, no obstante, la Fundación Inmune¹⁹, estima que entre el 20% y 30% de las licencias aprobadas en el sistema de salud nacional son fraudulentas. En este contexto, se debería avanzar en una mayor fiscalización y sanciones a estos actos, para así lograr cada día un uso más correcto de los recursos destinados a la salud.

¹⁸ Al analizar la información respecto a las licencias médicas curativas según grupo de diagnóstico se tiene que hasta antes del año 2006 los problemas de salud que originaban el mayor número de licencias médicas, eran en primer lugar, enfermedades del sistema respiratorio, seguidas por enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo y, en tercer lugar, trastornos mentales y del comportamiento.

¹⁹ Inmune es una organización que a través de estrategias legales promueve el buen uso de licencias médicas y ayuda a reducir el fraude en el sistema de salud.

V. Conclusiones y Propuestas

En los últimos años se ha observado un explosivo crecimiento del gasto en subsidios por incapacidad laboral, lo que ha implicado una carga financiera cada vez más significativa para los sistemas públicos y privados de salud. En especial, las Isapres incurren en gastos para pagar los reembolsos en prestaciones médicas y el pago de licencias médicas, la suma de ambos gastos se conoce como costos técnicos. Del gasto técnico total de las Isapres del año 2014, un 80% correspondió a gasto en prestaciones médicas y el 20% restante a licencias médicas.

La comparación internacional es difícil debido a los distintos arreglos institucionales, legislaciones y sistemas de protección social existentes en esta materia. En efecto, entre países varía quién financia el seguro por incapacidad laboral, así como la tasa de reemplazo laboral, el período de reposo médico sin restitución de renta, los días cubiertos por el subsidio e incluso la capacidad de fiscalizar frente a potenciales abusos. Sin embargo, podemos mencionar que, según la OMS, Chile cuenta con uno de los sistemas más “comprehensivos” (cobertura amplia del sistema) en relación a los beneficios que obtienen los empleados adscritos al sistema de salud (público o privado) cuando deben ausentarse del trabajo por motivos de salud. En efecto, en Chile la tasa de reemplazo salarial es del 100% (con un tope de 73,2 UF en 2015) y las licencias no tienen restricción en cuanto a su duración (sólo cuentan con un deducible de 3 días si la duración de la licencia es menor a 11 días).

A nivel nacional, el gasto en SIL ha crecido significativamente tanto en el sistema Fonasa como en el sistema Isapre. En los últimos 10 años (2003-2013) el gasto en SIL se ha triplicado tanto en el Sistema Isapre como en el Sistema Fonasa, creciendo en promedio en torno a 11%-12% anual real en ambos sistemas.

En el sistema Isapre, en el año 2014 se tramitaron un poco más de 1,5 millones de licencias médicas curativas, lo que implicó para las Isapres un costo de algo menos de \$ 400 mil millones y un incremento de 166% real en la última década (10% promedio anual). En términos per cápita, el gasto en SIL por cotizante (algo más de \$ 250 mil por cotizante activo) aumentó 83% real (promedio anual de 6%) entre el 2004 y 2014. Específicamente, en el período estudiado el aumento del gasto por concepto de licencias médicas experimentado por las aseguradoras privadas, ha sido consecuencia de dos factores: el aumento del número de días pagados por cotizante (TIL) – efecto cantidad – y el alza en el costo por día pagado de SIL – efecto precio -. El aumento del número de días pagados obedece a un mayor uso de licencias médicas por parte de los cotizantes, mientras que el aumento en el costo del día pagado, responde a un mejoramiento de los salarios y/o un aumento de los topes imponibles. En suma, en los últimos 10 años se han pagado más días de licencia y a un precio más alto.

Sin embargo, el efecto cantidad (número de días pagados por cotizante) ha sido el que ha impactado en mayor medida al gasto en SIL de las Isapres, que el efecto precio (costo SIL por día). En efecto, en el período estudiado el gasto por día de subsidio creció 20% real (2% promedio anual), mientras la tasa TIL se incrementó en un 53% real (4% promedio anual). Específicamente, la tasa TIL ha pasado de un promedio de 4,9 días de licencia pagados por cotizante a 7,6, entre 2004 y 2014, lo que implica un incremento de 2,6 días.

En relación al efecto precio, el incremento del gasto en SIL explicado por el aumento de sus rentas o topes imponibles de éstas, es una consecuencia inevitable, ya que ambas variables se relacionan positivamente con el gasto en SIL y ambas han aumentado año a año (la renta imponible y topes imponibles se ha incrementado en torno a un promedio anual de 3% anual). Sin embargo, un incremento en el número de días pagados en subsidios SIL por cotizante es preocupante, ya que puede estar indicándonos que la población o está más enferma (o se diagnostican más enfermedades) o estamos frente a una eventual sobreutilización sin justificación médica (abusos).

Respecto al a la frecuencia de uso de las licencias (y posibles abusos), sobre las únicas variables que las Isapres tienen algún control, es en cuanto a detectar si la licencia es fraudulenta o no (la apruebo o rechazo) y sobre la modificación de los días otorgados para el reposo. Al observar el número de días de licencias médicas rechazadas se constata que este número se ha triplicado entre 2004 y 2014, incrementándose el número de días rechazados en 175%, lo que corresponde a una tasa promedio de 11% anual. En este contexto, no podemos atribuir tan fácilmente que la mayor utilización de licencias médicas se deba a controles institucionales más laxos, aunque hay que señalar que la verificación de algunas patologías, como las enfermedades mentales, son más difíciles de verificar y por tanto, se prestan en algunos casos para abusos.

Sin embargo, y pese a que un eventual abuso de licencias médicas es difícil de cuantificar, el abuso existe, debido tanto a su diseño (deducible de tres días sólo para licencias menores a 11 días y tasa de reemplazo del 100%) como a las características de cada individuo (como preferencia por el ocio), características de su entorno familiar (padres sin redes de apoyo frente al cuidado de niños pequeños) y factores laborales e institucionales (poca flexibilidad laboral para hacer trámites, insatisfacción laboral, evitar un despido, etc.). En efecto, fundación Inmune, estima que entre el 20% y 30% de las licencias del sistema de salud, a nivel nacional, son fraudulentas.

En este contexto, estimamos que el deducible de tres días para licencias que duran menos de 11 días está mal diseñado, y debería extenderse a todas las licencias (independiente del número de días), ya que sólo así evitaremos que algunas licencias se alarguen para evitar el deducible, además de otros problemas de riesgo moral.

En cuanto a las razones médicas de una mayor utilización de licencias, hay que señalar que las variables epidemiológicas no han cambiado sustancialmente en los últimos años,

incluso muchos indicadores de salud han mejorado. Lo que si puede estar pasando es que el acceso a más y mejor salud (nuevas tecnologías), estaría permitiendo un número mayor de diagnósticos y esto conduciendo aun mayor número de licencias médicas.

Finalmente, quisiéramos mencionar, que respecto a la reforma al sistema de Isapres, actualmente en discusión, estimamos debiese avanzarse en un mediano plazo en modificar la institucionalidad de las licencias médicas. En efecto, creemos que se debe efectuar una separación de las licencias médicas (e incluir las licencias por accidentes laborales y enfermedades profesionales) del actual sistema de salud, creando una institucionalidad distinta a las Isapres y Fonasa, de tal forma que tanto su financiamiento como administración y control se efectúe por una organización especializada, con protocolos y guías, es algo que puede mejorar el sistema de salud. Para ello se debería establecer un fondo especial con institucionalidad independiente y financiamiento específico para la administración de este beneficio, considerando los cotizantes de Fonasa, Isapres y Mutuales de Seguridad bajo la misma institución. Además el financiamiento debería ser compartido entre el cotizante y el empleador.

V. Bibliografía

Benavides P, González L, Jones I, Sugg D. 2011. “Subsidios por Incapacidad Laboral por Enfermedad y Medicina Curativa: Estado Actual y Desafíos”. Estudios de Finanzas Públicas. Dirección de Presupuesto, Gobierno de Chile.

Castro R. 2009. “Determinantes del uso de Licencias Médicas en el Sistema de Isapres. Serie de Informe Social N° 117. Libertad y Desarrollo.

Cid C. 2006. “Evaluación del Subsidio por Incapacidad Laboral por Enfermedad común en Chile: 1990-2000”. Departamento de Estudios y Desarrollo Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile.

INE. 2012. “Informe Estadísticas Vitales”.

Larraín F, Rodríguez J, Tokman M. 2004. “Subsidios por Incapacidad Laboral 1991-2002: Incentivos Institucionales, Crecimiento del Gasto y una Propuesta de Racionalización”. Estudios Públicos, 93 (verano 2004), Centro de Estudios Públicos.

Poblete R. 2014. “Análisis de Licencias Médicas y Gasto en Subsidio por Incapacidad Laboral en el Sistema Isapres”. Año 2013. Departamento de Estudios y Desarrollo Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile.

Rodríguez J, Tokman M. 2001. “Análisis del Gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral y sus Determinantes”. Serie Estudios de Finanzas Públicas N° 2, Dirección de Presupuestos, Ministerio de Hacienda.

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 Chile 2011; 139: 495-504.

World Health Report (2010). “The Case for Paid Sick Leave”. Background Paper N° 9.