



Subsidios por incapacidad laboral por enfermedad y medicina curativa: estado actual y desafíos

Paula Benavides Salazar
Leonardo González Roa
Ingrid Jones Jofré
Daniela Sugg Herrera

Estudios de Finanzas Públicas

Diciembre de 2011

Subsidios por Incapacidad Laboral por Enfermedad y Medicina Curativa: Estado Actual y Desafíos es el décimo noveno título publicado por la serie “Estudios de Finanzas Públicas”, de la Dirección de Presupuestos, que está destinada a desarrollar documentos de trabajo que aborden temas relevantes en materia de finanzas públicas.

La versión electrónica de este documento se encuentra disponible en la página web de la Dirección de Presupuestos: www.dipres.cl

Autores:

Paula Benavides S., Ingeniero Comercial y Magíster en Economía de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Jefa del Departamento de Investigación y Estudios Actuariales de la Dirección de Presupuestos.

Leonardo González R., Ingeniero Comercial y Magíster en Economía de la Universidad de Chile, Economista del Departamento de Investigación y Estudios Actuariales de la Dirección de Presupuestos.

Ingrid Jones J., Ingeniero Comercial de la Universidad de Valparaíso y Magíster en Economía de Memorial University of Newfoundland, Canadá. Economista del Departamento de Investigación y Estudios Actuariales de la Dirección de Presupuestos.

Daniela Sugg Herrera, Ingeniero Comercial de la Universidad de Chile, Analista del Departamento de Estudios de la Dirección de Presupuestos en 2011.

Editores:

Hermann von Gersdorff T., Subdirector de Racionalización y Función Pública de la Dirección de Presupuestos.

María Soledad Pinto N., Jefa de Comunicaciones de la Dirección de Presupuestos.

Publicación de la Dirección de Presupuestos, Ministerio de Hacienda

Derechos Reservados © 212.616

ISBN: 978-956-8123-53-6

Diseño y diagramación: Yankovic.net

ÍNDICE

5	INTRODUCCIÓN
7	1 DESCRIPCIÓN DEL SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL POR ENFERMEDAD Y MEDICINA CURATIVA (SIL)
7	1.1 Cobertura y requisitos
9	1.2 Institucionalidad relacionada
15	2 EVOLUCIÓN DEL SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL 1995-2010
15	2.1 Análisis del gasto en SIL según entidad pagadora
21	2.2 Análisis gasto en SIL según si el trabajador pertenece al sector público o privado en el universo de cotizantes isapres
23	3 EVIDENCIA INTERNACIONAL Y ESTUDIOS EMPÍRICOS SOBRE SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD LABORAL
24	3.1 Subsidios por incapacidad laboral en la experiencia internacional
26	3.2 Estudios empíricos previos
29	4 ESTUDIO DE LOS DETERMINANTES DEL USO Y DURACIÓN DE LAS LICENCIAS MÉDICAS
29	4.1 Datos y estadísticas descriptivas
34	4.2 Estimaciones
34	4.2.1. Modelo Probit
38	4.2.2. Modelo de Duración
40	4.2.3. Análisis Probit para carencia
43	5 CONCLUSIONES
45	ANEXOS
45	Anexo 1: Diagramas de procedimientos administrativos de una licencia médica.
46	Anexo 2: Descripción de las variables
50	Anexo 3: Test de proporcionalidad
51	Anexo 4: Análisis por género
52	Anexo 5: Matriz de pérdida/incentivo
53	BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN¹

En el sistema de seguridad social chileno existe un conjunto de subsidios por incapacidad laboral que otorgan prestaciones pecuniarias frente a distintas contingencias: enfermedad y medicina curativa, reposo maternal suplementario, reposo maternal, enfermedad grave del niño menor de un año y accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Los dos primeros son financiados con cargo a la cotización que el trabajador efectúa a su institución aseguradora de salud, sea ésta el Fondo Nacional de Salud (Fonasa) o una isapre, mientras que los subsidios por reposo maternal y enfermedad grave del niño menor de un año, son financiados con cargo al Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios de Cesantía. Por su parte, el subsidio por incapacidad laboral por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales es financiado con cargo a la cotización obligatoria establecida en la Ley N° 16.744 para tal efecto.

En el presente estudio se aborda el análisis del Subsidio por Incapacidad Laboral por Enfermedad y Medicina Curativa (SIL) que corresponde al derecho que tiene un trabajador, sea éste dependiente o independiente, afiliado a un régimen de salud, de recibir el pago en dinero de una suma equivalente a su remuneración imponible mientras se encuentre haciendo uso de una licencia médica por enfermedad que no sea profesional o accidente que no sea del trabajo y, por lo tanto, se ausente parcial o totalmente de su lugar de trabajo. Este subsidio considera una carencia de tres días para aquellas licencias que presentan una duración menor a 11 días. Cabe destacar que para los funcionarios públicos la carencia señalada y el tope en función de la remuneración imponible no se aplica, pues el Fisco, en su calidad de empleador, se hace cargo del salario por los tres primeros días de licencia -en caso que ésta tenga una duración menor a 11 días- así como de la diferencia entre el tope imponible y la remuneración efectiva².

En los últimos 15 años se ha observado un marcado aumento del gasto total en SIL por enfermedad común y medicina curativa, registrándose una variación de 9% real anual en promedio en el período 1995-2010. Así, en 2010 el gasto total por este concepto se ubicó en torno a \$580.000 millones de pesos. El incremento registrado se explica, principalmente, por el fuerte crecimiento del gasto en SIL en Fonasa, que representó en 2010 el 60% del gasto total y que para el período 1995-2010 registró una variación promedio anual de 14% real.

La evidencia indica que el aumento del gasto en SIL en los últimos años es consecuencia principalmente de una creciente tasa de utilización del subsidio. En efecto, la Tasa de Incapacidad Laboral (TIL), que se define como el cociente entre el número de días de subsidio pagados y el número de cotizantes totales, ha experimentado un importante crecimiento. En el caso de Fonasa, por ejemplo, en el período 1995-2010 la TIL registró un crecimiento de 124% y de 5,5% promedio anual.

Por otra parte, el monto promedio pagado por día aumentó más en el caso de isapres que en el de Fonasa. El sector isapres registró tasas promedio anuales de 6% en el período de análisis, mientras que Fonasa se ubicó en 3%.

1 Los autores agradecen los valiosos comentarios y aportes al documento de Rodrigo Moya y Saby Vargas, de la Superintendencia de Seguridad Social; de Mathias Klíngenberg, de la Subsecretaría de Previsión Social y, en forma especial a Sergio Arancibia, de la Dirección de Presupuestos.

2 En el sector privado, en determinadas empresas, existen convenios individuales o colectivos de trabajo donde los empleadores se comprometen a pagar los 3 días de carencia, por lo que el trabajador no ve disminuido su salario en ese caso.

El explosivo aumento del gasto en SIL ha significado un incremento, igualmente importante en las necesidades de financiamiento. Así, la tasa porcentual de las remuneraciones imponibles necesaria para financiar este gasto ha crecido sostenidamente. Es decir, una parte cada vez mayor de las cotizaciones para salud (7%) se destina a financiar este subsidio y, por lo tanto, deja de estar disponible para financiar las prestaciones de salud. En el caso de Fonasa, por ejemplo, en 2010 del 7% de cotización de salud 2,2 puntos porcentuales fueron destinados a financiar el gasto en SIL, mientras que en isapre esta cifra alcanzó a 1,7.

La tendencia del gasto en SIL reportada anteriormente puede encontrar explicaciones en distintos elementos: factores epidemiológicos, efectos demográficos, necesidad de fortalecimiento institucional en la administración y fiscalización del subsidio, así como en el esquema de incentivos que caracteriza al seguro, que cuenta con una tasa de reemplazo de 100% hasta el tope imponible y que no considera carencia en el caso de las licencias de 11 o más días, entre otros.

El presente trabajo tiene por objetivo aportar evidencia acerca de elementos institucionales y del diseño del seguro cuya revisión podría permitir una optimización de éste, desde la perspectiva financiera y del adecuado uso de los recursos fiscales. El primer aspecto abordado es una descripción del sistema de salud en lo relacionado a licencias médicas. Se analiza la institucionalidad del sistema y se detalla el proceso de resolución de licencias médicas, incluyendo una descripción del rol de las distintas instituciones relacionadas.

Luego, el documento analiza la evolución del gasto en SIL desde 1995 a 2010 según entidad aseguradora y la evolución de las principales variables relacionadas con el gasto, esto es número de subsidios pagados, número de días pagados, TIL y monto promedio pagado por día. A partir de la información disponible para isapres según el tipo de empleador, se profundiza en las diferencias existentes en la cobertura del SIL en el caso de trabajadores del sector público y privado.

Finalmente, el presente trabajo aborda el análisis de las implicancias del copago y la carencia en el uso y duración de las licencias médicas, a partir de la Encuesta de Protección Social de 2009, que amplió el detalle de sus preguntas en el área de salud y que ha podido complementarse con el cruce de registros administrativos del Registro Nacional de Licencias Médicas, de la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESOS).

La disponibilidad de mejores estimaciones de los compromisos fiscales adquiridos con el sistema de salud resulta fundamental, a fin de garantizar una gestión presupuestaria eficiente y de velar por la sustentabilidad de su financiamiento. En este contexto, el presente trabajo entrega nuevos antecedentes respecto de los determinantes del crecimiento del gasto en SIL y plantea medidas de política, que podrían implementarse para resguardar su financiamiento y el adecuado y eficiente uso de los recursos fiscales.

Este documento considera, cinco secciones. La sección 1 describe el marco legal y la institucionalidad del sistema de licencias médicas. La sección 2 describe la evolución del gasto y las principales variables que tienen efecto en su tasa de crecimiento a nivel agregado, en los últimos 15 años. La sección 3 muestra evidencia internacional de subsidios por incapacidad laboral, además de los resultados de los principales estudios empíricos realizados previamente en esta materia. En la sección 4 se reportan los resultados del modelo de uso de licencias médicas y del modelo de duración desarrollados en este estudio, recogiendo, entre otros, el efecto del copago y la carencia. En la sección 5 se resumen las principales conclusiones del estudio y las implicancias de política de éste.

1. DESCRIPCIÓN DEL SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL POR ENFERMEDAD Y MEDICINA CURATIVA

1.1 Cobertura y requisitos

El subsidio por incapacidad laboral es un beneficio pecuniario al que pueden acceder todos aquellos trabajadores, dependientes o independientes, afiliados a un régimen de prestaciones de salud y que hagan uso de una licencia por incapacidad total o parcial para trabajar, por enfermedad que no sea profesional o accidente que no sea del trabajo. El SIL se encuentra normado principalmente por el DFL N°44 de 1978 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, el DFL N°1 de 2005 del Ministerio de Salud y el Decreto N°3 de 1984 del Ministerio de Salud, entre otros³.

Este subsidio tiene como finalidad reemplazar la remuneración que deja de percibir un trabajador en el evento de una enfermedad o accidente común, que le implique ausentarse de forma parcial o total de su lugar de trabajo, generando además una continuidad en el pago de sus cotizaciones previsionales.

El beneficio corresponde a la mantención del 100% de la remuneración o renta imponible del trabajador con deducción de las cotizaciones e impuestos correspondientes. El subsidio es pagado por día, no es considerado renta y es imponible para salud y pensiones, siendo las cotizaciones canceladas por la respectiva aseguradora. La base de cálculo del beneficio es la remuneración neta (renta bruta menos cotizaciones de salud y pensiones e impuestos correspondientes), sin considerar remuneraciones ocasionales (gratificaciones y aguinaldos, entre otros).

En el caso de los trabajadores dependientes se considera el promedio de la remuneración imponible neta en los tres meses calendarios más próximos a aquel en que se inicia la licencia. Tratándose de trabajadores independientes, el subsidio se calcula sobre la base del promedio de la renta mensual imponible, por la que hubieren cotizado en los últimos seis meses anteriores al mes en que se inicia la incapacidad laboral.

El subsidio considera una carencia de tres días para aquellas licencias que presentan una duración menor a 11 días. Esta carencia no aplica para las licencias de duración de 11 días o más, es decir, el subsidio se devenga desde el primer día de licencia únicamente cuando la duración de ésta es de 11 o más días. En el caso contrario, se devenga sólo desde el cuarto día de licencia.

Cabe destacar que para los funcionarios públicos la carencia señalada y el tope en función de la renta imponible nunca se aplican, pues el Fisco, en su calidad de empleador, se hace cargo del salario por los tres primeros días de licencia en caso que ésta tenga una duración menor a 11 días. Asimismo, la diferencia entre el tope imponible y la remuneración efectiva es cancelada por el Fisco, en su calidad de empleador, garantizando así una tasa de reemplazo del 100% de la remuneración efectiva.

3 Otras normativas relevantes son el DFL N°29 de 2005 del Ministerio de Hacienda (art. 111), Circular N°021 de 1992 de la Superintendencia de Salud, Ley N° 18.196 (art.12), Ley N°19.117 (artículo único) y el Código Civil (art. 2.514 y 2.515).

El beneficio es financiado a través de la cotización que el trabajador efectúa a su institución aseguradora de salud, sea ésta el Fondo Nacional de Salud (FONASA) o una isapre. En consecuencia, la cotización financia tanto prestaciones médicas como licencias médicas de enfermedad o accidente común. Las isapres y Fonasa⁴, según corresponda, reembolsan al empleador o pagan de forma directa al trabajador el subsidio por incapacidad laboral, hasta por un máximo correspondiente al tope imponible vigente (66 UF en el año 2011).

Es importante señalar que el valor del subsidio diario puede ser rebajado, hasta en una décima parte, mediante decreto supremo del Ministerio del Trabajo y Previsión Social⁵, cuando se estime presupuestariamente que el costo de los subsidios exceda del 2% de las remuneraciones imponibles. Lo anterior implica que se puede reducir la tasa de reemplazo hasta un 90% vía decreto supremo. Sin embargo, esta herramienta nunca ha sido utilizada, manteniéndose la tasa en un 100% en la actualidad. No obstante lo anterior, el monto mínimo de subsidio diario a percibir, en caso de reposo total, no puede ser inferior a la trigésima parte del 50% del salario mínimo establecido.

Los requisitos para tener derecho al subsidio son los siguientes:

- 1) Contar con una licencia médica autorizada.
- 2) En el caso del trabajador dependiente se debe tener un mínimo de seis meses de afiliación al sistema previsional y para el trabajador independiente, de doce meses anteriores al mes en que se inicia la licencia.
- 3) El trabajador dependiente debe registrar tres meses de cotizaciones previsionales, dentro de los seis meses anteriores a la fecha de inicio de la licencia médica. En caso de ser independiente, se debe registrar seis meses de cotizaciones dentro de los doce meses anteriores a la fecha de inicio de la licencia. Este requisito debe entenderse como equivalente a noventa días o ciento ochenta días de cotizaciones, según corresponda.
- 4) Tratándose de trabajadores independientes, además deben estar al día en el pago de cotizaciones, esto es haber pagado la cotización correspondiente al mes anterior en que se produzca la incapacidad.
- 5) Para el trabajador dependiente contratado diariamente por turnos o jornadas, además de tener al menos seis meses de afiliación previsional, se debe presentar al menos un mes de cotización dentro de los seis meses anteriores a la fecha inicial de la respectiva licencia.

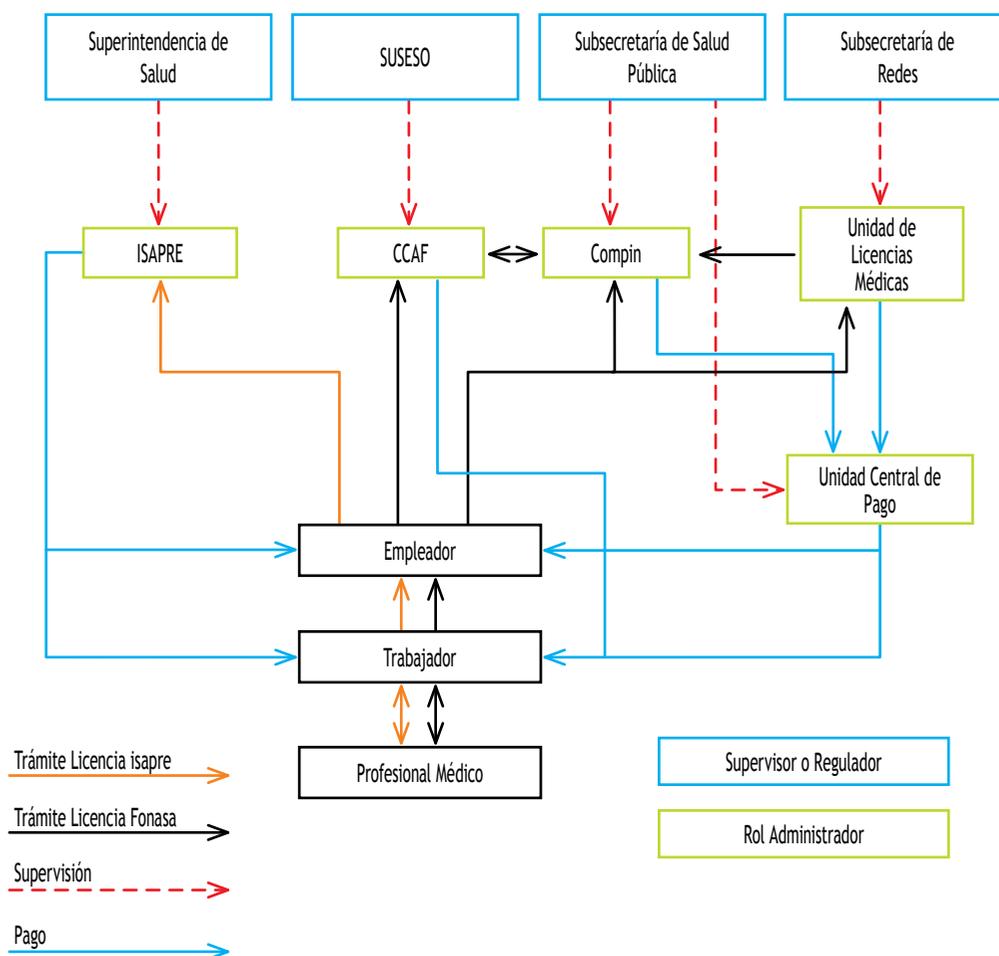
4 A través de un mecanismo centralizado de pago de la Subsecretaría de Salud Pública.

5 Artículo 16 del DFL N°44 de 1978, del Ministerio de Trabajo y Previsión Social.

1.2 Institucionalidad relacionada

Las entidades y personas relacionadas con el sistema de subsidio por incapacidad laboral son: empleadores, trabajadores, médicos-cirujanos, matronas o cirujanos-dentista, aseguradoras de salud (Fonasa e isapres), cajas de compensación de asignación familiar (CCAF), la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (Compin), la Superintendencia de Seguridad Social (Suseso) y la Superintendencia de Salud (Figura 1).

Figura 1
Esquema resumido de la institucionalidad relacionada (*)



(*) Se considera al trabajador independiente como su propio empleador. En el Anexo 1, son presentados diagramas detallados del proceso para mayor información.

Fuente: elaboración propia sobre la base de información del Decreto N°3 de 1984 y otros.

El profesional que certifica el reposo debe emitir una licencia que de cuenta del diagnóstico de la afección del trabajador, el tipo de reposo que debe efectuar y la duración del mismo, entre otros. Posteriormente, el trabajador debe hacer llegar la licencia médica a su respectivo empleador, el que a su vez remitirá la licencia a la isapre, Compin o Caja de Compensación de Asignación Familiar, para que sea tramitada. En el caso del trabajador independiente, éste deberá entregar la licencia médica a la isapre o Compin, según corresponda.

La Compín es una comisión descentralizada, con presencia regional, que depende de las Seremis de Salud y que es fiscalizada por la Subsecretaría de Salud Pública. Entre sus principales funciones está pronunciarse sobre licencias médicas, declarar estados de invalidez y certificar estados de salud. En efecto, la Compín debe pronunciarse respecto de las licencias médicas de origen común y maternal de los trabajadores afiliados a Fonasa. Asimismo, la Compín es un organismo de apelación de las resoluciones dictadas por una isapre en relación a licencias médicas de origen común o maternal de los afiliados a estas entidades y de los subsidios por incapacidad laboral por las mismas. Para el ejercicio de estas funciones, el Decreto N°136 de 2004, del Ministerio de Salud, dispone que en cada Secretaría Regional Ministerial de Salud se debe constituir una Compín, la que debe desarrollar sus funciones conforme a la desconcentración territorial que se considere adecuada para cada región⁶. Además, la Compín posee la tuición y supervisión técnica sobre las unidades de licencias médicas⁷, situadas en los establecimientos asistenciales de los servicios de salud, que resuelven acerca de las licencias médicas que no excedan de 30 días.

Para aquellos trabajadores afiliados al sistema de isapres, la recepción, aceptación, rechazo o reducción, el cálculo y el pago de la licencia médica la efectúa una única institución: la propia aseguradora. En cambio, para los que están asegurados por Fonasa existen distintas alternativas, las que dependen por ejemplo, de la afiliación del empleador a una caja de compensación de asignación familiar (CCAF)⁸. Si éste se encuentra afiliado, la licencia es enviada a la respectiva caja, y si no lo está, es enviada al establecimiento determinado por la Compín.

La Compín, las unidades de licencias médicas y las isapres son las encargadas de aceptar, rechazar, reducir o ampliar el periodo de reposo solicitado o de cambiarlo de total a parcial y viceversa. Una vez finalizada dicha resolución, se realiza el cálculo del beneficio en las unidades de subsidio de las Compín o de los servicios de salud o en las CCAF, si corresponde. El pago del subsidio corresponde a la entidad que debe otorgarlo o al empleador, si así lo ha convenido con la entidad otorgante. De este modo, las CCAF sólo pueden recepcionar, calcular y pagar las licencias para trabajadores dependientes afiliados a Fonasa, cuyos empleadores están afiliados a una caja.

Cabe señalar que las cajas de compensación de asignación familiar, perciben una cotización de 0,6% de las remuneraciones imponibles de los trabajadores no afiliados a una isapre, con la finalidad de financiar las prestaciones derivadas del subsidio por incapacidad laboral (la que se deduce de la cotización obligatoria para salud de 7%). Sin perjuicio de lo anterior, y de acuerdo a lo establecido en el artículo 14 del D.L. N° 2062, de 1977, corresponde al Fondo Nacional de Salud reembolsar a las cajas de compensación de asignación familiar los déficits producidos por la administración del régimen de subsidios por incapacidad laboral. Por su parte, la Superintendencia de Seguridad Social es la entidad que tiene las competencias para fiscalizar a las cajas de compensación de asignación familiar.

Desde la perspectiva financiera, hasta el año 2009 las transferencias del SIL de los afiliados a Fonasa eran realizadas desde esta última institución a los diferentes servicios de salud,

6 La Subsecretaría de Salud Pública, por medio de las circulares N°56 y N°15, estableció que en la regiones donde hubiese más de una Compín al 31 de diciembre de 2004, se implementase la Compín regional transformándose las existentes hasta entonces en los servicios de salud en subcomisiones (SC), conservando la jurisdicción de los servicios de origen y las mismas facultades y autonomía técnica de la Compín regional, dependiendo administrativa y técnicamente de ella.

7 El Artículo 45 del DS N°136, Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud, establece que las unidades de licencias médicas están sujetas a la tuición y supervisión técnica de las Compín regional o provincial, según corresponda, para los fines de dar cumplimiento a las funciones que les encomienda el Decreto Supremo N°3 de 1984 de ese Ministerio.

8 El artículo 19 N°2 de la Ley N°18.833 faculta a las CCAF para administrar, entre otros, el régimen de subsidios por incapacidad laboral.

los que a su vez efectuaban la transferencia a los hospitales de la red asistencial, donde se ubican las unidades de subsidios, generando retrasos en la tramitación del pago de las licencias. En los casos en que la unidad de subsidios se encontraba bajo la dependencia de la Seremi, Fonasa hacía la transferencia directamente a ésta. Desde 2010 el pago se encuentra centralizado en una Unidad Central de Pagos (que tiene convenio con el Banco del Estado) radicada en la Subsecretaría de Salud Pública. Esta unidad genera la orden de pago a través del banco, con el objetivo de optimizar y acortar los plazos, recibiendo el usuario el pago del subsidio de manera más rápida.

En el caso de un afiliado a isapre, el trabajador debe dirigirse a ésta para recibir el pago de su licencia. También existe la posibilidad de que el pago al trabajador se realice a través de su empleador, en el caso de que éste tenga convenio con la Compin, CCAF o isapre.

Actualmente, la Compin actúa como primer agente de apelación de las licencias médicas, independiente de si el beneficiario se encuentra afiliado a isapre o a Fonasa⁹.

En caso que el trabajador, independiente de su afiliación, no esté de acuerdo con la resolución efectuada por la Compin en el primer proceso de apelación o exista incumplimiento de la resolución por parte de la institución aseguradora, éste puede acudir a la Suseso como una segunda instancia de apelación.

La Superintendencia de Salud es la entidad que supervigila, controla y fiscaliza el quehacer de las licencias médicas comunes por el lado de las isapres. Además, genera normas regulatorias al sistema de licencias médicas en general. Adicionalmente, de forma complementaria la Suseso fiscaliza a las CCAF.

En la institucionalidad descrita previamente puede observarse la existencia de numerosas debilidades, destacando una importante fragmentación del proceso de resolución y gestión de una licencia médica en distintos organismos, la que se origina en la participación de distintas unidades o instituciones externas (Unidad de Licencias Médicas, Unidad de Subsidios dependientes de los servicios de salud y CCAF). Lo anterior trae como consecuencia una dificultad en la fiscalización, monitoreo y seguimiento del proceso de tramitación de las licencias¹⁰.

En ese contexto, es claro que el diseño actual de la institucionalidad para la gestión de las licencias médicas no presenta los mejores incentivos para una utilización adecuada de este beneficio y que, por lo tanto, se requiere un rediseño institucional de dichos procesos¹¹.

Otro aspecto importante relacionado a la institucionalidad actual, que refuerza lo planteado anteriormente, dice relación con los plazos de tramitación de las licencias médicas. Al respecto, la tramitación de una licencia médica y el pago del subsidio presentan diferencias dependiendo de la aseguradora a la cual el trabajador está afiliado y de si pertenece al sector público o no. En relación a esto, la clave son los tiempos del proceso, los que son amplios y en consecuencia, no hacen posible la fiscalización de licencias cuya duración sea menor o igual a seis días.

9 Sin perjuicio que un afiliado a isapre puede en primer término apelar en su propia isapre.

10 Ver Universidad Católica de Valparaíso (2009).

11 La Comisión Presidencial de Salud en su informe de diciembre de 2010 propuso separar el financiamiento del SIL de la cotización para salud y crear el seguro de incapacidad laboral (SIL) que cubriría indistintamente a trabajadores dependientes e independientes, afiliados a isapres o a Fonasa y que coticen para dicho seguro. En la propuesta sería financiado en un 50% por el trabajador y en un 50% por el empleador. En el ámbito institucional propuso, entre otras cosas, crear un sistema de evaluación de licencias médicas, regulado por el Estado, independiente de las administradoras del seguro y de cualquier interesado.

Si el trabajador es funcionario público tiene tres días hábiles desde que se inicia el reposo para presentar su licencia al empleador, mientras que si pertenece al sector privado este plazo es sólo de dos días hábiles. Luego, el empleador, tanto público como privado, tiene hasta tres días hábiles para enviar los antecedentes a la entidad que le corresponda otorgar el beneficio. Finalmente, la Unidad de Licencias Médicas cuenta con tres días hábiles para pronunciarse al respecto y tres días más en caso de necesitar recabar más antecedentes, mientras la Compin tiene siete días hábiles, siendo posible ampliar el plazo por siete días más. Por otro lado, las isapres tienen sólo tres días hábiles para pronunciarse, sin extensión de este plazo. Si la entidad no se pronuncia en los plazos establecidos se asume que acepta la licencia. La plena operación de la licencia médica electrónica, como se detalla más adelante, debería incidir fuertemente en la reducción de las etapas y plazos recién mencionados.

Por el lado del empleador, si es que éste fuese una entidad pública, se solicita a la aseguradora un reembolso correspondiente al subsidio líquido y cotizaciones de salud y previsión. La petición se debe efectuar antes del cumplimiento de 6 meses contados desde el término de la licencia, en tanto que el reembolso debe efectuarse dentro de los 10 primeros días del mes siguiente de recepción de los antecedentes y petición de reembolso.

Cabe señalar que el pago del subsidio al trabajador no puede exceder los 30 días corridos desde la fecha de recepción de la licencia en la entidad aseguradora. En caso de que el trabajador se encuentre disconforme con la resolución de la entidad de salud tiene hasta 15 días hábiles, a contar de la fecha de recepción del pronunciamiento, para apelar a la Compin.

El análisis operacional del SIL evidencia profundas diferencias en los procesos, plazos y en la institucionalidad relacionada, dependiendo del tipo afiliación del asegurado y del empleador (privado o público). En cada caso existe, además, asimetría en la regulación y procedimientos aplicables. A lo anterior se suma la fragmentación de los procesos de resolución de las licencias médicas, con la consecuente dispersión de responsabilidades y un importante cruce de roles, como fue descrito anteriormente¹².

En efecto, los procedimientos actuales de tramitación, incluyendo el uso del formulario de licencia médica en papel, generan altos costos de transacción para los usuarios y entidades que intervienen, dificultando además una mejor fiscalización y control de las licencias médicas por la falta de oportunidad con la que se accede a la información. De este modo, los mecanismos de fiscalización y control que existen actualmente (fundamentalmente en el sector público) son ineficientes, lo cual se agrava por la ausencia de sanciones relevantes, que permitan perseguir adecuadamente a quienes hagan mal uso o abuso de este derecho.

En este sentido, el rediseño institucional, el avance y desarrollo de sistemas informáticos, así como la optimización de los procesos de fiscalización en la gestión de las licencias médicas, constituyen un desafío significativo que se debe abordar.

Sin perjuicio de lo anterior, es importante destacar que la Suseso mantiene y administra el “Registro Nacional de Licencias Médicas”, el cual tiene por finalidad apoyar en las funciones de control, estudio y fiscalización sobre los beneficios de licencias médicas (subsidio de incapacidad laboral) que otorgan las diferentes entidades. Utilizando dicho registro, la Superintendencia analiza periódicamente el otorgamiento de licencias médicas y elabora una nómina con profesionales que registran un número de licencias médicas que se aparta de manera consi-

12 Para mayor detalle ver “Informe Final del Estudio de Evaluación Comprehensiva del Gasto de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez”, Centro de Asistencia Legislativa de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, 2009. http://www.dipres.cl/574/articles-60544_doc_pdf.pdf

derable de la estadística promedio. Dichos antecedentes son presentados al Ministerio Público para su investigación y determinación de responsabilidades, en caso que correspondiese¹³.

Asimismo, cabe destacar la existencia de distintas iniciativas que ha impulsado el Ejecutivo con la finalidad de reducir las ineficiencias existentes desde que se otorga una licencia médica hasta que se paga, involucrando a todos los actores participantes.

Primeramente, a fines de 2009 el Ejecutivo envió a trámite legislativo un proyecto referido al otorgamiento y uso de las licencias médicas. Este proyecto tiene por objeto establecer regulaciones que permitan asegurar el otorgamiento, uso correcto de la licencia médica y una adecuada protección al cotizante y los beneficiarios de las isapres y Fonasa, mediante la aplicación de medidas de control y fiscalización y de sanciones respecto de las conductas fraudulentas, ilegales o abusivas relacionadas con dicho instrumento. Dentro de este contexto, los principales temas abordados se refieren a las facultades de las Compin para citar a facultativos que emitan licencias médicas y solicitarles la entrega de información, la elaboración de una guía clínica referencial, el establecimiento de sanciones para la emisión de licencias con evidente ausencia de fundamento médico, el establecimiento de sanciones para el contralor médico de una isapre y las suspensiones y cancelaciones en el Registro de Prestadores de la Superintendencia de Salud a los profesionales sancionados, entre otros.

Un segundo proyecto presentado por el Ejecutivo, en julio de 2011, es el referido al traspaso de las competencias relacionadas con la tramitación de las licencias médicas que benefician a cotizantes Fonasa, desde las Compin hacia el Fonasa, así como el pago del SIL que ellas dan origen. Específicamente, la iniciativa propone que el conocimiento, evaluación y resolución de las licencias médicas extendidas por enfermedad común, reposos maternales y enfermedad del niño menor de un año de las personas afiliadas a Fonasa y el pago de los subsidios que hoy enteran las Compin, sean traspasadas a Fonasa. Esto, con el objetivo de agilizar la procedencia de los reposos prescritos y determinar y enterar los subsidios que efectivamente corresponden de manera oportuna. Además, este proyecto establece que la Compin actuará como instancia de reclamación tanto para afiliados a Fonasa como a las isapres. Dicha iniciativa aborda justamente la fragmentación del proceso de tramitación de licencias médicas, radicando en Fonasa el proceso de resolución y pago del SIL. Lo anterior puede resultar altamente positivo, por cuanto se diseñarían asimismo procesos que facilitarían la fiscalización, control y monitoreo de los procesos de resolución y pago que, finalmente, contribuirían a la sustentabilidad financiera de este beneficio y a una mejor calidad de atención para sus usuarios.

Otra iniciativa relevante es la referida a la implementación de la licencia médica electrónica (LME) en el sistema público de salud. Este tipo de formato de licencia médica se encuentra en operación en el sistema de isapres desde el año 2007. En el caso de las LME asociadas a cotizantes Fonasa, recientemente comenzaron a prestar servicios dos operadores adjudicados por licitación pública y, en noviembre de 2011, se otorgó la primera licencia médica electrónica a un cotizante Fonasa.

La licencia médica electrónica se encuentra regulada por cuatro cuerpos legales: El D.S. N° 3 de 1984 del Ministerio de Salud (modificado por D.S. N° 168 del Ministerio del Trabajo del 2006), que incorpora la LME al reglamento de autorización de las licencias médicas; la Resolución N° 608 que establece las normas para el otorgamiento y tramitación de las LME; las Circulares N° 2.338 y N° 32 de la Superintendencia de Seguridad Social y de Salud de 2006) que imparten

13 Entre los años 2009 y 2010, la Superintendencia de Seguridad Social denunció a 197 médicos por la emisión excesiva de licencias médicas (82 en 2009 y 115 en 2010). Se estima que entre 2006 y 2009, este grupo de médicos emitió más de 1,3 millones de licencias médicas lo que significó, sólo en 2009, al menos 102,5 millones de dólares por concepto de SIL.

instrucciones sobre el otorgamiento y tramitación de las LME y la Circular N° 2.773 de 2011, de la Superintendencia de Seguridad Social, que imparte instrucciones sobre la tramitación de la LME a las CCAF.

Así, la licencia médica electrónica tiene por objetivo facilitar el proceso de otorgamiento, tramitación y pronunciamiento de licencias médicas a través del uso de un sistema de información, provisto por operadores privados, que ponen la respectiva licencia médica a disposición del actor al que le corresponda participar en el proceso. Estos operadores estarán suscritos a convenios de prestación de servicios informáticos con aquellos profesionales, prestadores institucionales, empleadores y entidades encargadas de pronunciarse sobre las licencias médicas que decidan voluntariamente adscribirse al uso de este sistema. Con todo, la implementación de la LME permitirá una mejor fiscalización y control de las licencias médicas, disminuyendo costos de transacción para las distintas personas y entidades que intervienen en el proceso, mediante el uso de tecnologías de información que simplifican las tareas propias de la tramitación de las mismas.

2. EVOLUCIÓN DEL SUBSIDIO DE INCAPACIDAD LABORAL (SIL) 1995-2010

La presente sección describe la evolución del SIL para el periodo 1995-2010 a nivel agregado y por entidad prestadora. Además, para el universo de afiliados a isapres se analizan estadísticas, diferenciando entre trabajadores del sector público y privado.

Las enfermedades que dan origen a licencias médicas se agrupan en siete categorías diferentes, como lo indica la Tabla 1, de acuerdo al formulario vigente.

Tabla 1
Categorías de Licencias Médicas

Tipo de Licencia Médica
1.- Enfermedad o accidente común
2.- Prórroga medicina preventiva
3.- Licencia maternal pre y post natal
4.- Enfermedad grave del niño menor de 1 año
5.- Accidente del trabajo o del trayecto
6.- Enfermedad profesional
7.- Patología del embarazo

Fuente: elaboración propia.

El SIL por enfermedad y medicina curativa, que se describe en este trabajo, incluye las licencias por enfermedad o accidente común, prórroga de medicina preventiva¹⁴ y patología del embarazo.

2.1 Análisis del gasto en SIL según entidad pagadora

El gasto en subsidio por incapacidad laboral ha mostrado un sostenido crecimiento, ubicándose en 2010 en torno a \$580.000 millones de pesos y registrando una tasa promedio anual de crecimiento real de 9% en el periodo 1995-2010. Este incremento, es explicado principalmente por el fuerte crecimiento del gasto en SIL en Fonasa, que registra un crecimiento real promedio de 14%. No obstante este fuerte aumento del gasto en el asegurador público, destaca el hecho que en el último año se observó una disminución del gasto respecto del año anterior de 1%, lo que establece un quiebre en la tendencia registrada en esta ventana de estudio¹⁵.

Entre los años 2002 y 2004 se observó una importante disminución del gasto en las isapres, vinculado en parte a la continua disminución en el número de sus cotizantes, así como a un especial esfuerzo de fiscalización desarrollado en dicho periodo. Sin embargo, a partir de 2005

14 Si bien, actualmente la categoría se mantiene para efectos de registro, no deberían existir beneficiarios de este grupo ya que este tipo de licencia estuvo vigente hasta diciembre de 1985, fecha en que expiró la ley N°6.174 de 1938 que daba origen al reposo parcial o total a pacientes afectados de insuficiencia renal, transplantados y/o sometidos a hemodiálisis.

15 Este fenómeno, podría ser atribuido a la centralización de los pagos del SIL en la Unidad Central de Pagos, lo que aumentó indirectamente la fiscalización en el proceso mismo.

se registra un nuevo cambio en la tendencia del gasto en ambas entidades aseguradoras hacia altas tasas de crecimiento.

Durante todo el periodo de estudio, las isapres registraron un crecimiento de 103% real acumulado y un crecimiento promedio anual de 5%, ambas cifras bastante más estables que en el caso del asegurador público. El importante crecimiento observado en el gasto fiscal en SIL ha significado pasar de representar algo más de 4% del gasto fiscal en salud en 1995 a 9% en 2010.

Tabla 2
Gasto en SIL por entidad pagadora 1995-2010
(MM\$ 2010)

Años	FONASA		% del Gasto Fiscal en Salud (1) (%)	ISAPRE		Gasto Total en SIL (2) (MM\$2010)
	(MM\$2010)	% var		(MM\$2010)	% var	
1995	48.819		4,3%	115.370		164.189
1996	56.886	17%	4,6%	130.104	13%	186.990
1997	64.332	13%	4,9%	147.184	13%	211.516
1998	79.551	24%	5,7%	154.235	5%	233.786
1999	87.417	10%	5,9%	145.443	-6%	232.859
2000	98.314	12%	6,2%	143.849	-1%	242.163
2001	108.387	10%	6,3%	148.399	3%	256.786
2002	115.826	7%	6,4%	141.480	-5%	257.306
2003	116.845	1%	6,1%	137.220	-3%	254.064
2004	125.503	7%	6,1%	129.738	-5%	255.241
2005	152.408	21%	6,8%	147.478	14%	299.886
2006	198.482	30%	7,9%	163.080	11%	361.563
2007	241.322	22%	8,5%	183.269	12%	424.591
2008	276.725	15%	9,1%	195.352	7%	472.076
2009	349.691	26%	9,4%	216.437	11%	566.128
2010	345.885	-1%	8,6%	234.180	8%	580.065
Variación (%) 1995-2010	609%		100%	103%		253%
Variación (%) promedio anual	14%		5%	5%		9%

(1) Considera total del gasto en Salud, incluyendo sistema civil y militar.

(2) Incluye gasto en SIL en Fonasa y gasto en SIL en isapres.

Fuente: Dirección de Presupuestos, Fonasa y Superintendencia de Salud

La evidencia indica que el aumento del gasto en SIL en los últimos años es consecuencia, principalmente, de una creciente tasa de utilización del subsidio, la cual podría explicarse por eventuales factores epidemiológicos, que harían que los cotizantes demanden cada vez más días de licencia o por una probable sobreutilización del subsidio relacionada con una baja fiscalización y un débil esquema de incentivos, como se analizará más adelante. El análisis de los datos desagregados que inciden en el gasto en el SIL, se presenta en las Tablas 3 y 4 a continuación.

En primer lugar, el número de cotizantes en el caso de Fonasa entre 1995 y 2010 aumentó en un 104%, a tasas promedio anual de 4,9%. Lo contrario ocurrió en el caso de las isapres, que registraron una tasa decreciente anual en promedio de 0,9% y una caída de 12% para el periodo de análisis.

Respecto del número de días de subsidio pagado, si bien ambas entidades registraron un incremento, el sector isapres registró un crecimiento anual promedio de 1,1% mientras que en Fonasa éste fue de 10,7%. Así, para el periodo 1995-2010, Fonasa mostró un crecimiento de 357% versus un 18% de las isapres. El número de subsidios también muestra un comportamiento disímil entre entidades aseguradoras. Mientras que en isapres el crecimiento real del periodo fue de 87%, en Fonasa alcanzó un 260%, con tasas promedio anual real de 4,2% y 8,9%, respectivamente.

Como resultado de lo anterior, la Tasa de Incapacidad Laboral (TIL), que se define como el cociente entre el número de días de subsidio pagados y el número de cotizantes totales, ha experimentado un importante crecimiento en el periodo de análisis. Esta variable mide los días efectivamente pagados por cotizante al año y, por lo tanto, su evolución es un buen indicador de la intensidad de uso que se le está dando al subsidio. Al respecto, se observa un cambio en la tendencia a partir de 2004 en Fonasa y de 2003 en isapres, pero en direcciones opuestas. La diferencia entre ambos indicadores se debe al fuerte aumento en el número de días de subsidios pagados en Fonasa, mientras que en las isapres ocurría lo contrario.

Por otra parte, la duración promedio de los subsidios en isapres ha disminuido en un 37% y en Fonasa se ha incrementado en 27%.

Asimismo, el monto promedio pagado por día aumentó más en el caso de las isapres que en Fonasa. El sector isapres registró tasas promedio anuales de 5,6%, mientras que Fonasa se ubicó en 3,1%.

En línea con el comportamiento de las variables recientemente analizadas, si bien los niveles de ingresos difieren entre cotizantes del sistema público y privado, en ambos se observó un incremento en el ingreso imponible promedio diario. Los cotizantes de isapres registran una variación real en su ingreso imponible diario de 3,9% promedio anual entre 1995-2010. En el caso de Fonasa, este incremento fue de 3,2%.

Por último, la intensidad de uso relativa del subsidio, medida como el cociente entre el monto promedio pagado por día de subsidio y el ingreso imponible promedio diario de los cotizantes, se observa creciente en isapres y estable en Fonasa.

Tabla 3

Principales componentes con efecto en la tasa de crecimiento del gasto en SIL 1995-2010

Años	Número de Cotizantes (1)		Número de Días de Subsidio Pagado		Número de Subsidios		TIL (2)		Duración Promedio (3)		Monto Promedio Pagado por día (\$2010) (4)		Ingreso Imponible Promedio por día (\$2010) (5)		Intensidad de Uso Relativa del Subsidio (6)	
	FONASA	ISAPRE	FONASA	ISAPRE	FONASA	ISAPRE	FONASA	ISAPRE	FONASA	ISAPRE	FONASA	ISAPRE	FONASA	ISAPRE	FONASA	ISAPRE
1995	2.564.552	1.649.225	6.700.615	4.119.712	535.871	448.700	2,6	2,5	12,5	9,2	7.180	13.186	5.377	14.702	1,34	0,90
1996	2.689.615	1.686.530	7.555.963	4.814.318	608.437	544.879	2,8	2,9	12,4	8,8	7.428	13.867	5.645	15.519	1,32	0,89
1997	2.820.778	1.725.646	8.008.115	5.411.663	662.676	703.466	2,8	3,1	12,1	7,7	8.165	13.423	5.765	16.122	1,42	0,83
1998	2.958.337	1.621.018	9.116.162	5.602.009	711.746	792.963	3,1	3,5	12,8	7,1	8.727	14.125	5.939	17.727	1,47	0,80
1999	3.102.604	1.462.007	10.084.089	6.159.597	796.357	859.717	3,3	4,2	12,7	7,2	8.669	15.213	5.933	18.863	1,46	0,81
2000	3.253.906	1.359.726	10.955.475	6.851.609	825.053	951.601	3,4	5,0	13,3	7,2	8.977	15.394	6.335	19.915	1,42	0,77
2001	3.395.073	1.294.463	11.705.808	7.334.254	929.480	1.020.952	3,4	5,7	12,6	7,2	9.271	16.732	6.685	21.197	1,39	0,79
2002	3.527.512	1.262.514	12.171.237	8.019.956	935.213	1.140.832	3,5	6,4	13,0	7,0	9.525	17.384	6.845	21.668	1,39	0,80
2003	3.678.998	1.233.630	12.679.308	7.911.950	984.269	1.094.111	3,4	6,4	12,9	7,2	9.217	18.400	6.947	22.015	1,33	0,84
2004	3.828.187	1.232.092	13.101.676	6.836.353	1.101.417	976.687	3,4	5,5	11,9	7,0	9.571	20.013	7.152	22.608	1,34	0,89
2005	4.160.777	1.244.859	15.675.969	6.272.704	1.249.435	880.986	3,8	5,0	12,5	7,1	9.714	21.324	7.320	23.354	1,33	0,91
2006	4.430.213	1.286.165	19.651.647	4.510.554	1.463.919	708.764	4,4	3,5	13,4	6,4	10.071	25.964	7.641	23.502	1,32	1,10
2007	4.630.696	1.358.946	24.097.395	5.026.216	1.714.083	810.565	5,2	3,7	14,1	6,2	10.024	25.963	7.905	23.679	1,27	1,10
2008	4.860.022	1.382.230	27.660.042	5.244.116	1.819.448	793.200	5,7	3,8	15,2	6,6	10.004	25.672	7.903	24.624	1,27	1,04
2009	4.964.703	1.396.035	31.756.236	5.032.697	2.093.452	832.006	6,4	3,6	15,2	6,0	11.012	27.938	8.181	25.341	1,35	1,10
2010	5.238.321	1.446.308	30.612.412	4.866.722	1.929.194	837.467	5,8	3,4	15,9	5,8	11.299	29.932	8.657	26.150	1,31	1,14
Variación (%) 1995-2010	104%	-12%	357%	18%	260%	87%	124%	35%	27%	-37%	57%	127%	61%	78%	-2%	28%
Variación (%) promedio anual	4,9%	-0,9%	10,7%	1,1%	8,9%	4,2%	5,5%	2,0%	1,6%	-3,0%	3,1%	5,6%	3,2%	3,9%	-0,2%	1,6%

(1) Las estadísticas de cotizantes para el periodo 2000-2010 fueron proporcionadas por Fonasa, para el periodo 1995-1999 no se encontraban disponibles por lo que fueron estimadas a partir de la tasa de crecimiento promedio del periodo 2000-2010.

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

(3) Calculado como el número de días de subsidio pagado y el número de subsidios.

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

(5) Calculado en base a los ingresos por cotización legal de Fonasa e isapres.

(6) La intensidad de uso relativa del subsidio se define como el cociente entre el monto promedio pagado por día de subsidio y el ingreso promedio imponible diario del grupo de cotizantes considerado.

Fuentes: Elaboración propia en base a datos Fonasa y Superintendencia de Salud.

Utilizando la metodología descrita por Rodríguez y Tokman (2001), se estimó la composición del gasto en subsidio laboral en cuatro componentes y sus efectos cruzados, tal como lo muestra la Tabla 4.

Tabla 4
Descomposición de la tasa de crecimiento del gasto en SIL 1995-2010

Variable	FONASA	ISAPRE	TOTAL
Gasto en subsidio	609%	103%	253%
N° de cotizantes	104%	-12%	61%
Ingreso imponible promedio diario (1)	61%	78%	73%
Intensidad de uso relativa del subsidio (2)	-2,3%	27,6%	16,8%
TIL	124%	35%	107%
Efecto cruzado	322%	-25%	-5%

(1) Calculado a partir del dato de ingreso de cotizaciones legales.

(2) La intensidad de uso relativa del subsidio se define como el cociente entre el monto promedio pagado por día de subsidio y el ingreso promedio imponible diario del grupo de cotizantes considerado.

Fuente: elaboración propia en base a metodología Rodríguez y Tokman (2001).

Los datos dan cuenta de que el significativo aumento del gasto en SIL entre los años 1995-2010 de 253% es explicado en su mayoría por el efecto de la TIL que genera un incremento de 107%, seguido por los efectos del ingreso imponible diario y del número de cotizantes, con contribuciones del 73% y 61% respectivamente. Por entidad pagadora los factores con mayor incidencia son algo diferentes. En el caso del gasto en Fonasa, el factor con mayor incidencia en el aumento del gasto es la TIL, con un aporte de 124%, seguido por el aumento de los cotizantes, con una contribución de 104%, ambos respecto del gasto respectivo. Por otro lado, en isapres es el aumento del ingreso imponible diario el factor con mayor efecto en el incremento del gasto con un 78% de incidencia, seguido por el de la TIL de 35%.

La intensidad de uso relativa del subsidio, calculada como el cociente entre el monto promedio pagado por día de subsidio y el ingreso promedio imponible diario del grupo de cotizantes considerado, también muestra un comportamiento diferente entre Fonasa e isapres, teniendo un efecto negativo en el caso del asegurador público. Esto se debe a que la relación entre el monto promedio pagado por día y el ingreso imponible promedio diario de los cotizantes de Fonasa disminuyó, ubicándose en 2010 en 1,31 mientras que en el año 1995 era de 1,34. En el caso de isapres ocurre lo contrario: la relación entre ambas variables aumentó de 0,9 a 1,14.

Destaca el hecho de que a diferencia de lo que ocurre en Fonasa, en isapres el número de cotizantes contribuye negativamente al gasto respectivo (debido a la disminución de su número en el periodo de análisis). En línea con este antecedente, el efecto del ingreso imponible diario es mayor en isapres que en Fonasa, lo que podría relacionarse a la migración de cotizantes de menores ingresos hacia el sistema público desde el privado.

Sobre la base de estos antecedentes es posible atribuir el fuerte aumento del gasto en SIL a un elevado incremento en la utilización del subsidio en Fonasa, reflejado en la evolución experimentada durante el periodo de análisis de la TIL. Esta variable es la de mayor poder explicativo en Fonasa y, si bien no es la de mayor efecto en isapres, sí permite explicar parte importante del crecimiento del gasto de este sector. Lo anterior, puede ser reflejo de múltiples factores, como un diseño generoso del beneficio sumado a una débil fiscalización por parte de la entidad pública ó a factores puramente epidemiológicos que son difíciles de estimar.

En cualquier caso, el aumento del gasto en SIL significa un incremento importante en sus necesidades de financiamiento. En la Tabla 5 se presenta el cálculo de la tasa de financiamiento que representa la tasa porcentual de las remuneraciones imponibles necesaria para financiar este gasto. Es decir, aquella parte de las cotizaciones para salud (7%) que se destina a financiar este subsidio y que, por lo tanto, deja de estar disponible para financiar las prestaciones de salud.

Así, se observa que en los últimos años la tasa ha registrado un aumento continuo desde 1,3% en 2004 a 2% en 2009, para luego disminuir levemente a 1,9% en 2010. Por régimen de salud, el mayor incremento se vio en Fonasa, que aumentó en el periodo 1995-2010 a más del doble, ubicándose el último año en 2,2%. Por otro lado, el sector isapres que también registra crecimientos positivos a partir de 2004, se mantuvo relativamente estable en 2010 respecto del año previo. En el caso de Fonasa y para 2010, del 7% de cotización de salud, 2,2 puntos porcentuales están destinados a financiar el gasto en SIL, mientras que en isapre esta cifra alcanza a 1,7 puntos porcentuales.

Tabla 5
Tasa de financiamiento del SIL 1995-2010(*)
(MM\$ 2010)

Años	Gasto en SIL (1)			Remuneración Imponible (2)			Tasa de Financiamiento (3)=(1)/(2)		
	FONASA	ISAPRE	TOTAL	FONASA	ISAPRE	TOTAL	FONASA	ISAPRE	TOTAL
1995	48.819	115.370	164.189	5.249.372	8.849.896	14.099.268	0,9%	1,3%	1,2%
1996	56.886	130.104	186.990	5.730.760	9.553.450	15.284.210	1,0%	1,4%	1,2%
1997	64.332	147.184	211.516	6.086.567	10.154.361	16.240.928	1,1%	1,4%	1,3%
1998	79.551	154.235	233.786	6.521.064	10.488.761	17.009.825	1,2%	1,5%	1,4%
1999	87.417	145.443	232.859	6.775.376	10.065.939	16.841.315	1,3%	1,4%	1,4%
2000	98.314	143.849	242.163	7.523.712	9.883.630	17.407.342	1,3%	1,5%	1,4%
2001	108.387	148.399	256.786	8.284.635	10.015.060	18.299.695	1,3%	1,5%	1,4%
2002	115.826	141.480	257.306	8.812.629	9.985.168	18.797.798	1,3%	1,4%	1,4%
2003	116.845	137.220	254.064	9.328.479	9.912.851	19.241.331	1,3%	1,4%	1,3%
2004	125.503	129.738	255.241	9.992.883	10.167.259	20.160.142	1,3%	1,3%	1,3%
2005	152.408	147.478	299.886	11.117.077	10.611.591	21.728.669	1,4%	1,4%	1,4%
2006	198.482	163.080	361.563	12.355.904	11.032.811	23.388.715	1,6%	1,5%	1,5%
2007	241.322	183.269	424.591	13.360.578	11.745.043	25.105.621	1,8%	1,6%	1,7%
2008	276.725	195.352	472.076	14.019.616	12.423.279	26.442.895	2,0%	1,6%	1,8%
2009	349.691	216.437	566.128	14.825.557	12.912.720	27.738.276	2,4%	1,7%	2,0%
2010	345.885	234.180	580.065	15.991.561	13.804.732	29.796.293	2,2%	1,7%	1,9%

(*) La remuneración imponible utilizada corresponde a la remuneración anual del total de cotizantes de cada sistema y es calculada a partir del dato de ingresos por cotizaciones legales. Su variación difiere de la presentada en la Tabla 3 para el ingreso imponible promedio debido a que éste último no incorpora el efecto de la variación en el número de cotizantes en cada sistema.

Fuente: elaboración propia en base a datos Fonasa y Superintendencia de Salud.

2.2 Análisis del gasto en SIL según si el trabajador pertenece al sector público o privado en el universo de cotizantes isapres

A continuación se presentan algunas variables relevantes desagregadas según el trabajador pertenezca al sector público o privado, para los cotizantes en el sistema isapres¹⁶. Cabe señalar que el número de cotizantes de la Tabla 6 corresponde a aquellos que presentaron licencia médica y generaron pago de subsidio y no al total de cotizantes del sistema isapres. En términos generales, del total del gasto en SIL por Enfermedad Común y Medicina Curativa asociado a este grupo de cotizantes, el sector privado representa en promedio el 75% del total, mientras que el 24% restante corresponde al sector público y el 1% a aquellos clasificados como independientes. La Tabla 6 muestra la descomposición en las principales variables de análisis del gasto en SIL para el periodo 2002-2010, según el trabajador pertenece al sector público o privado.

Tabla 6
Principales variables con efecto en el gasto en SIL en isapres según sector del trabajador

Años	Gasto en SIL (MM\$2010)		Cotizantes (1)		Número de días de Subsidio Pagados		Número de Subsidios Pagados		Monto Promedio Pagado por Día (\$2010)		Duración Promedio del Subsidio (2)	
	S.Público	S. Privado	S.Público	S. Privado	S.Público	S. Privado	S.Público	S. Privado	S.Público	S. Privado	S.Público	S. Privado
2002	23.176	88.103	170.601	483.959	898.515	4.025.050	195.445	584.042	25.793	21.889	4,6	6,9
2003	24.131	79.497	170.600	419.758	911.990	3.413.398	193.474	499.886	26.460	23.290	4,7	6,8
2004	23.690	74.820	176.187	419.644	859.604	3.075.471	188.137	460.849	27.559	24.328	4,6	6,7
2005	26.970	82.570	189.596	418.932	947.219	3.128.054	203.214	460.262	28.473	26.397	4,7	6,8
2006	29.980	86.097	202.560	445.580	1.030.791	3.442.131	216.053	490.207	29.084	25.013	4,8	7,0
2007	32.689	96.782	221.487	522.939	1.108.005	3.880.314	235.414	572.559	29.503	24.942	4,7	6,8
2008	30.758	96.386	205.521	492.802	1.028.520	3.885.312	218.264	538.960	29.905	24.808	4,7	7,2
2009	34.737	104.684	235.897	536.710	1.062.234	3.927.984	249.617	579.621	32.701	26.651	4,3	6,8
2010	34.182	106.368	241.134	536.632	969.543	3.858.984	254.608	580.395	35.256	27.564	3,8	6,6
Variación (%) 2002-2010	47%	21%	41%	11%	8%	-4%	30%	-1%	37%	26%	-17%	-4%
Variación (%) promedio anual	5,0%	2,4%	4,4%	1,3%	1,0%	-0,5%	3,4%	-0,1%	4,0%	2,9%	-2,3%	-0,4%

(1) Corresponde al número de cotizantes con licencias médicas autorizadas.

(2) Calculada como el cociente entre el Número de Días de Subsidio y el Número de Subsidios pagados.

Fuente: elaboración propia en base a datos de Superintendencia de Salud.

El gasto en SIL de trabajadores pertenecientes al sector público se ha incrementado en 47% en el periodo de análisis, mientras que en los trabajadores del sector privado el crecimiento es menos de la mitad, ubicándose en 21%.

El número de cotizantes que hizo uso de licencias médicas también muestra diferencias cuando se desagrega, según el sector al que pertenecen: mientras el número de cotizantes pertenecientes al sector público crece en 41%, aquellos pertenecientes al sector privado mostraron un crecimiento menor, registrando una variación de 11% en el periodo y tasas de crecimiento promedio anual de 4,4% y 1,3% respectivamente. Respecto del número de días de subsidio pagado, estos decrecieron un 4% en el caso de trabajadores del sector privado mientras que en el caso del sector público, aumentaron en 8%. El número de subsidios pagados en el caso de trabajadores pertenecientes al sector público registró un

16 No se disponía de la desagregación en el caso de Fonasa.

importante aumento de 30% en el periodo, mientras que aquellos pertenecientes al sector privado decrecieron en 1%. De la información disponible, no fue posible construir la TIL, debido a que el dato de cotizantes por sector no corresponde al total de cotizantes, sino que a aquellos que hicieron uso de licencias médicas. Sin perjuicio de lo anterior, resulta llamativo el fuerte incremento que registraron tanto el número de días como el número de subsidios pagados a trabajadores del sector público. Con todo, el monto promedio pagado por día es mayor en el sector público que en el privado, alcanzando tasas de crecimiento para el periodo de 4% y 2,9% real anual, respectivamente.

Por otra parte, la duración promedio del subsidio, calculada como el cociente entre el número de días de subsidios y el número de subsidios pagados, ha experimentado una caída, pero nuevamente se observa un comportamiento distinto entre sectores, siendo mucho mayor la caída de aquellos pertenecientes al sector público de 17%.

Este dato es interesante, pues la regla general de las licencias médicas considera una carencia de tres días para aquellas que son de duración menor a 11 días en el caso de los trabajadores del sector privado. Así, una menor duración del subsidio no resulta tan relevante para el trabajador del sector público como para uno del sector privado. En las siguientes secciones se profundizará en este aspecto, de modo de evaluar si la característica de ser trabajador del sector público es significativa o no en el uso de licencias médicas.

3. EVIDENCIA INTERNACIONAL Y ESTUDIOS EMPÍRICOS SOBRE SUBSIDIOS DE INCAPACIDAD LABORAL

Como se ha visto a lo largo del documento, el aumento del gasto en SIL se debe principalmente al aumento en la TIL de la población cubierta. En esta sección, se estudiará los determinantes del uso y duración de las licencias médicas, con el objetivo de aportar evidencia para el análisis del diseño de este subsidio.

Desde el punto de vista teórico en el ámbito de los seguros de salud, Ellis y McGuire (1993) sugirieron como estrategias de control del gasto factores por el lado de la demanda y la oferta. Los mecanismos por el lado de la demanda corresponden fundamentalmente al deducible y al copago o cobertura del seguro, mientras que por el lado de la oferta están aquellos que buscan modificar los incentivos de los trabajadores de la salud al momento de entregar sus servicios, de tal manera de evitar que éstos tengan efectos sobre la demanda.

Un ejemplo de cómo cambios en el monto del deducible impactan el gasto es el señalado por Manning et al. (1987), basado en resultados del experimento RAND llevado a cabo en Estados Unidos durante los años '70. Un plan con un deducible de hasta US\$1.000 (de la época) redujo el gasto total en salud en 31% respecto del plan con cobertura completa. En esta misma línea de análisis, Henrekson y Persson (2004) analizaron el efecto de numerosos cambios de las tasas de reemplazo en la duración de las licencias para la economía sueca. Los autores concluyeron que en periodos en que el sistema de seguro es más generoso, es decir cuando el copago es menor o la tasa de reemplazo mayor, el número de días con licencia aumenta y cuando es más austero, los días disminuyen.

De este modo, para mejorar la eficiencia del sistema, un aspecto que debe evaluarse es la existencia de incentivos correctos a cotizantes, médicos, aseguradores de salud y empleados. En el caso chileno, el diseño del seguro, con existencia de carencia y copago responde a la teoría de seguros que busca evitar el riesgo moral de la sobreutilización del subsidio. Sin embargo, el aumento progresivo del gasto en licencias demuestra que existe espacio para mejoras y que en base a la evidencia existente, éstas pueden lograrse, por ejemplo, a través de políticas que modifiquen el periodo de carencia o el copago.

El diseño del SIL implica que quien está afectado por una incapacidad total o parcial para trabajar, para tener derecho al subsidio, debe acreditar la existencia de dicha incapacidad a través de la licencia que le otorgue un médico. En el funcionamiento del subsidio, sin embargo, existen asimetrías de información entre el médico y el paciente en cuanto a la condición de salud del trabajador, que podrían posibilitar una sobreutilización del subsidio en la medida que el profesional, velando por la salud de su paciente, pueda en determinados casos indicar el reposo basado en la información subjetiva que el paciente le proporciona sobre los síntomas¹⁷.

Desde la perspectiva del trabajador, el SIL le otorga la posibilidad de continuar percibiendo su remuneración mientras se ausenta total o parcialmente del trabajo, para efectuar el reposo o tratamiento indicado. Lo anterior implica que, ante un determinado estado de salud, la proba-

17 En forma adicional, la utilización del SIL puede verse afectada por conductas fraudulentas, ilegales o abusivas en el otorgamiento, que no corresponden a la práctica médica tradicional.

bilidad de solicitar una licencia médica será mayor mientras mayor sea la valoración del ocio del paciente, menor sea la fiscalización del reposo efectuado, mayores sean los beneficios del subsidio y menores sean los costos o efectos laborales de ausentarse.

En este sentido, los determinantes del uso de las licencias médicas pueden enmarcarse en tres grandes grupos de variables a modelar, dependiendo de sus características. En primer lugar, se encuentran las variables que miden el estado de salud de las personas. En las bases de datos disponibles se cuenta con variables proxy del estado de salud como la calidad de fumador, bebedor, la presencia de cuadros depresivos, la condición de invalidez, el Índice de Masa Corporal y el auto reporte de la condición de salud. Un segundo grupo de variables que incidiría en el uso de las licencias médicas serían las que reflejan el nivel de los beneficios del subsidio. Efectivamente, si una licencia es más cara producto de que por cada día adicional la persona debe prescindir del total o parte del sueldo, por carencia o por un copago, existirá un costo pecuniario que desincentivará el uso de la licencia. Finalmente, un tercer grupo correspondería a variables socioeconómicas que correlacionan con la valoración del ocio y el nivel de fiscalización en el sistema (isapre, Fonasa).

Todas estas variables permiten aislar, en mayor o menor grado, los efectos que persigue identificar este documento: si cambios en variables de costo pecuniario afectan el comportamiento de uso y duración de licencias médicas. Para ello se cuenta con información de la Encuesta de Protección Social y del Registro Nacional de Licencias Médicas.

3.1 Subsidios por incapacidad laboral en la experiencia internacional

Según la World Health Organization (2010), a nivel global 145 países entregan subsidios por incapacidad laboral, que reemplazan el salario que deja de percibir el trabajador producto de una enfermedad. Sin embargo, tanto las tasas de reemplazo como el número de días cubiertos por el subsidio difieren entre países.

La Tabla 7 muestra las tasas de reemplazo mínimas para estos 145 países. El 21% de ellos (30 países) tiene una tasa de reemplazo del 100%, mientras un 65% (94 países) tiene una tasa entre 50 y 75%. Los restantes 14 entregan un pago único u otro tipo de transferencias. En este caso, Chile se encuentra dentro del grupo de países que tiene una tasa de reemplazo del 100%, con un tope de 66 UF (en 2011).

Tabla 7
Tasa de reemplazo mínima (%)

Países con Cobertura de Pago Licencia Médica (%)	Tasa de Reemplazo del Salario (%)
21	100
14	75
51	50
14	N/A

Fuente: World Health Organization (2010).

También existe diversidad en el periodo cubierto. El 70% de los países (102 países) da cobertura por un periodo superior a un mes, el 23% (33 países) da cobertura para un periodo entre los 11 y 30 días. El 7% restante, da cobertura de hasta 10 ó un número no especificado de días. Chile se encuentra dentro del 70% de países que no tienen restricción en cuanto a la duración de las licencias.

Tabla 8
Máxima duración de licencia pagada (%)

Países con Cobertura de Pago Licencia Médica (%)	Máxima Duración de Licencia Médica Pagada
70	1 mes y más
23	11 días a 1 mes
2	Hasta 10 días
5	< 7 días o no especificado

Fuente: World Health Organization (2010).

Cabe señalar que Chile no presenta restricciones en cuanto a la duración de las licencias médicas por enfermedad o accidente común, es decir, no existe un número máximo de días de licencia, siempre y cuando exista la posibilidad de recuperación (por tratarse de incapacidad laboral temporal, no permanente). En caso contrario, debe iniciarse el trámite de pensión de invalidez¹⁸. Tampoco se encuentra establecido un periodo máximo de días licencia, a partir del cual se entienda o presuma que ya no hay recuperación. Dicha evaluación se realiza caso a caso, basado en el mérito de los antecedentes¹⁹. En ese contexto, la Compin debe evaluar aquellos casos en que los trabajadores presenten un reposo laboral prolongado, pronunciándose así sobre los estados de recuperabilidad de los trabajadores.

En mayor detalle, la Tabla 9 muestra un set de cinco países que presentan diferencias en distintos aspectos concernientes al SIL, como la cobertura, los beneficiarios y el tipo de beneficio otorgado. Estas diferencias se deben a las distintas legislaciones y sistemas de protección social existentes, destacando en algunas economías el rol del empleador como agente pagador de la licencia. Así, por ejemplo, en Estados Unidos los empleadores no tienen obligación legal de pagar las licencias médicas presentadas por sus trabajadores, mientras que en Inglaterra el beneficio corresponde a un monto fijo. El caso chileno parece ser uno de los sistemas más generosos en cuanto a estas características: beneficio que reemplaza el 100% de la remuneración del trabajador, con un periodo de carencia de tres días en aquellas licencias con duración menor a 11 (no aplica si la licencia dura 11 días o más ni si el trabajador está en el sector público) y que beneficia a todos los trabajadores que cumplan con los requisitos para solicitar licencia (ya descritos en sección 1 del presente documento).

18 En efecto, en el formulario de licencia médica se debe consignar si existe “recuperabilidad laboral” o si se debe o no dar “inicio trámite de invalidez”.

19 Sin perjuicio de lo anterior, bajo un carácter estrictamente laboral, en el caso de los funcionarios públicos, en el estatuto administrativo se establece que el funcionario debe tener salud compatible con el cargo. En virtud de ello, se establece que no es compatible un funcionario que haya tenido 6 meses de licencias médicas en los últimos 2 años. En dicho caso, el jefe de servicio puede cesar el cargo.

Tabla 9
Características del SIL en países seleccionados

Países	Cobertura	Beneficiario	Beneficio
Inglaterra	Periodo > 4 días consecutivos pero < 28 semanas	Trabajadores cuyo salario promedio semanal es > ó = a £ 102	Beneficio fijo de £79,15 semanal de cargo del empleador
	Trabajadores con subsidio > 28 semanas (dejan de recibir pago)	-	Pueden obtener un complemento monetario adicional de cargo del seguro social (employment and support allowance)
Estados Unidos	No existe pago de días de licencia por enfermedad	-	-
	Licencia no remunerada de hasta 12 semanas en 1 año (Family and Medical Leave Act (FMLA))	Trabajadores pertenecientes a empresas con al menos 50 trabajadores y que han trabajado para el empleador los últimos 12 meses previos a la solicitud.	No recibe pago pero mantiene la vacante de trabajo
Australia	Hasta 10 días anuales	Trabajadores de jornada completa	Pago según el valor de la hora ordinaria de trabajo que habrían trabajado durante el periodo de ausencia laboral por enfermedad, de cargo del empleador.
	Cobertura proporcional al número de horas de trabajo	Trabajadores part-time	
Canadá	Hasta 15 semanas	Trabajadores que hayan trabajado 600 horas en las últimas 52 semanas ó desde su última licencia	Un mínimo correspondiente al 55% del ingreso promedio semanal, con un tope de CAN\$457, de cargo del seguro social.
Brasil	Periodo > 15 días consecutivos y hasta un periodo no determinado (depende de condición individual)	Trabajadores que tengan un mínimo de 12 meses de cotizaciones	Pago del 91% del salario a partir del día 16, de cargo del seguro social.

Fuentes: Departamento de Trabajo y Pensiones (Inglaterra), Departamento de Trabajo (Estados Unidos), Fairwork Australia, Employment Insurance Regular Benefits, Service Canada (Canadá) y Ministerio de Previsión Social (Brasil).

3.2 Estudios empíricos previos

La evidencia empírica, indistintamente de la metodología implementada, busca establecer aquellos factores que determinan el uso o el abuso de licencias médicas, a partir de un grupo de variables que estarían teóricamente relacionadas con el uso de las mismas o que pueden dar cuenta del origen del abuso.

Dentro de estas estimaciones existen comparaciones entre países, como el estudio de Osterkamp y Röhn (2005), que busca factores que expliquen la diferencia en el número de días promedio de licencia médica en 20 países industrializados, con una estimación por Mínimos Cuadrados Ordinarios. Las variables de estudio se agruparon en dos: las causas naturales (estado de salud, desempleo, género y edad) y el comportamiento frente a condiciones macroeconómicas (desempleo o trabajo informal) y el diseño institucional (generosidad del beneficio, es decir, cobertura). El estudio encontró, entre otros, una relación positiva entre la generosidad del beneficio otorgado y el número de días de la misma, como también entre la edad de los trabajadores y el número de días de licencias.

Otros estudios buscan aprovechar cambios estructurales o paramétricos dentro de un mismo sistema para evaluar su impacto. En este contexto, por ejemplo, el documento de De Paola, Pupo y Scoppa (2009), evaluó el impacto de la reforma de 2008 aplicada a la administración

pública italiana, que modificó tanto la tasa de reemplazo del salario como la intensidad del monitoreo de los empleados públicos ausentes. Para este propósito, se utilizaron registros administrativos para 860 trabajadores en el periodo enero 2005 a junio 2009, a través de estimaciones lineales y no-lineales. Los datos mostraron que los empleados públicos redujeron los días con licencia bajo el nuevo esquema, especialmente aquellos que tenían las mayores disminuciones en su ingreso.

Dentro de los estudios realizados para Chile destaca aquel de Aedo, Bastías y Sapelli (1999), quienes presentan evidencia sobre la utilización y gasto en SIL en lo que respecta a licencias médicas curativas en los sectores público y privado de salud, con el objeto de identificar una sobreutilización del subsidio o un abuso en el otorgamiento de licencias médicas. Para ello, analizan la evolución de los días de licencias y del número de licencias por asegurador público y privado, comparando con otros países y relacionando además, con la morbilidad, mortalidad y con el ciclo económico. En base a la información y estadísticas disponibles a dicha fecha sobre los días de licencia por cotizante, la conclusión del estudio indica que no existiría un problema de exceso de utilización de licencias. Sin embargo, no se descarta la existencia de problemas en el área y se plantea que sería necesario evaluar el diseño del seguro, ya que esto potencialmente podría llevar a una forma más eficiente y menos costosa de controlar el uso de licencias por la vía de los incentivos en relación, por ejemplo, a un fuerte control por la vía de rechazos o modificaciones.

Igualmente la Superintendencia de Salud, elaboró en 2006 un estudio que analizó indicadores de gasto y de intensidad de uso del subsidio realizando además una comparación a nivel internacional referida al diseño y uso del mismo. Se efectuó una estimación econométrica con datos de Fonasa del año 2000, con el objetivo de determinar las variables que tienen un efecto relevante en la utilización del SIL. El resultado principal de la estimación tiene que ver con la carencia. La evidencia indica que la existencia de los tres días de carencia actúa como un incentivo para aumentar los días de subsidio. Otros resultados indican que en promedio las licencias de las personas afiliadas a isapres son más cortas que las de aquellas afiliadas a Fonasa, pero más frecuentes y que, a su vez, las licencias de los funcionarios públicos son más cortas y también más frecuentes que las de los empleados del sector privado.

Más recientemente, Beteta y Willington (2010) implementaron una encuesta entre junio y julio de 2008 a 360 hogares de la Región Metropolitana, logrando identificar a través de un modelo logístico multinomial variables que inciden en la intensidad de uso de la licencia médica, destacando el estado de salud autoreportado, edad, lugar de consulta y sistema de salud, tipo de trabajo o contrato y años de escolaridad, entre otras. Los resultados del estudio indican que en los trabajadores independientes la carencia resulta significativa y que, producto del diseño del subsidio, se estaría alargando las licencias médicas hasta el mínimo de 11 días necesario para eludir el deducible. En relación al efecto del copago no encuentran un resultado concluyente, ya que el tamaño muestral no permite encontrar un número suficiente de cotizantes con ingresos superiores al tope imponible.

Finalmente, Castro y Sepúlveda (2010) analizaron los distintos factores con mayor impacto en el uso de las licencias médicas y el efecto sobre la duración de éstas. Los autores utilizaron datos de las licencias solicitadas por cotizantes de dos isapres en el periodo 2004-2008. En el trabajo se estima una función de riesgo que mide la probabilidad de que un individuo ponga fin a su licencia, dado el hecho de que ha transcurrido un número t de días de licencia. Los resultados indican que la edad, sexo, ingreso, tipo de enfermedad y sector económico son los factores más importantes en la duración de una licencia médica. Por otro lado, si bien la carencia de tres días no parece tener un impacto significativo en la duración de las licencias,

sí lo tiene el hecho de su recuperación a partir del día 11 de licencia. En efecto, los autores encuentran una tendencia, a partir del octavo día, a no terminar la licencia hasta cumplir los 11 días. En el mismo sentido, el estudio reporta que tener una renta mayor al tope imponible aumenta la probabilidad de finalizar antes una licencia. Finalmente, por grupo etéreo, los jóvenes son los que muestran una duración menor.

4. ESTUDIO DE LOS DETERMINANTES DEL USO Y DURACIÓN DE LAS LICENCIAS MÉDICAS

4.1 Datos y estadísticas descriptivas

El presente documento entrega nueva evidencia al considerar dos fuentes diferentes de información: la Encuesta de Protección Social (EPS), para establecer los determinantes de la probabilidad de uso de una licencia médica y la información de licencias médicas extraídas del Registro Nacional de Licencias Médicas (RNLM²⁰), de la Superintendencia de Seguridad Social, para determinar la duración de éstas. La disponibilidad de nuevas bases de datos permite enriquecer la evidencia para Chile, con nueva información sin restricción entre organismo asegurador de salud (isapre o Fonasa) y representativa a nivel nacional.

La Encuesta de Protección Social (EPS) es una encuesta longitudinal que consta de 11 bases de datos o módulos. Siendo el interés del presente estudio las licencias médicas por enfermedad común, se utilizaron fundamentalmente los módulos de salud y aquellos del entrevistado y su historia laboral. Cabe señalar que la base de datos de historia laboral presenta para el mismo folio (individuo) todas las actividades, en orden cronológico, que el entrevistado ha realizado desde enero de 2006 a la fecha de la entrevista. En el Anexo 2 son detalladas las variables de las bases de datos utilizadas para el análisis realizado en el presente estudio.

En una primera instancia, se procedió a realizar una estimación con los datos autoreportados de la EPS 2009. Luego, se trabajó con el cruce de la base de datos de la EPS y la información de licencias médicas del Registro Nacional de Licencias Médicas de la Superintendencia de Seguridad Social (disponible para los años 2007 al 2009)²¹.

La población de interés o de estudio corresponde a aquellos individuos que se encontraban ocupados laboralmente en los últimos 12 meses, que en la base representan a 8.714.700 personas²², siendo un 60% hombres. De ellos, 817.214 personas indican haber solicitado una licencia médica en los últimos 12 meses y 723.188 indican haber solicitado una licencia por enfermedad común, de los cuales 50,7% fueron mujeres.

Del total de la población en el estudio, el 62% corresponde a trabajadores del sector privado, 18% a trabajadores por cuenta propia, 10% a trabajadores del sector público y la diferencia restante agrupa a empleadores y servicio doméstico. En materia de licencias médicas comunes, un 76% fue solicitada por trabajadores del sector privado y un 19% por trabajadores del sector público.

20 El “Registro Nacional de Licencias Médicas”, en adelante RNLM, administrado por la Superintendencia de Seguridad Social, tiene por finalidad apoyar las funciones de control, estudio y fiscalización sobre los beneficios de licencias médicas. Tomando en consideración su naturaleza de registro, al realizar un estudio es necesario depurar los datos utilizados, lo que disminuye el número de datos incluidos, pero aumenta su confiabilidad (manteniendo representatividad estadística). Se precisa que la información que forma parte del RNLM es ingresada directamente por las entidades informantes, razón por la cual es de su exclusiva responsabilidad la omisión de un dato, o la remisión errónea de los mismos.

21 La base de datos de la EPS integrada con la información de licencias médicas extraídas del Registro Nacional de Licencias Médicas de la Superintendencia de Seguridad Social, fue elaborada y proporcionada en forma innominada por la Subsecretaría de Previsión Social.

22 Las tablas referidas a la EPS se reportan con factor de expansión.

La Tabla 10 muestra la distribución de la población total y la solicitante de licencias médicas comunes por tramo de edad y sexo, siendo un 32,3% de las solicitudes de licencias médicas por enfermedad común (SLC) efectuadas por personas menores de 29 años.

Tabla 10
Distribución de la población trabajadora y de los solicitantes de licencia médica común

Tramo de Edad	Distribución de la Población Trabajadora			Distribución de la Población Trabajadora que Solicitó Licencia Médica		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Menor o igual a 21	0,2%	1,1%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%
22-24	8,1%	9,0%	8,4%	7,0%	13,7%	10,5%
25-29	15,1%	15,9%	15,4%	22,1%	21,4%	21,8%
30-34	11,7%	12,7%	12,1%	13,6%	16,4%	15,1%
35-39	12,3%	13,2%	12,6%	13,5%	13,4%	13,5%
40-44	11,9%	13,2%	12,4%	12,3%	11,5%	11,9%
45-49	12,4%	12,2%	12,3%	10,3%	8,8%	9,5%
50-54	10,6%	9,7%	10,2%	8,1%	7,7%	7,9%
55-59	7,9%	7,1%	7,6%	7,4%	5,3%	6,3%
60-64	6,1%	3,8%	5,2%	3,8%	1,6%	2,6%
65-69	2,3%	0,9%	1,7%	1,6%	0,0%	0,8%
Mayor igual a 70	1,5%	1,2%	1,4%	0,1%	0,2%	0,2%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: elaboración propia a partir de información de la EPS 2009.

Respecto a los ingresos de la población trabajadora, sólo se cuenta con información autoreportada del 49,8% de la población total (8.714.700 personas). La media de ingresos mensuales (remuneración líquida) del total de la población es \$308.342 y la mediana \$200.000, mientras que de la población que solicitó una licencia médica común, éstas son \$331.916 y \$250.000, respectivamente. En la Tabla 11 se indican en detalle las distintas medidas estadísticas de las rentas líquidas por tipo de trabajador, destacándose las remuneraciones promedio de los funcionarios del sector público, tanto respecto al total de la población trabajadora como de la que solicitó licencia médica por enfermedad común.

Tabla 11
Indicadores de renta líquida mensual de la población objetivo de estudio

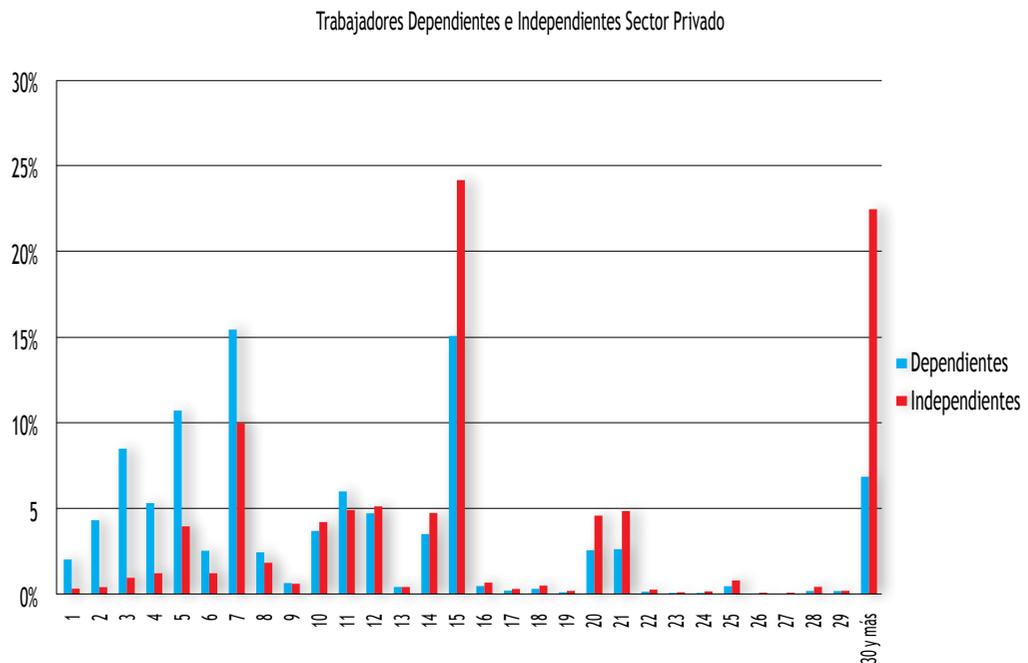
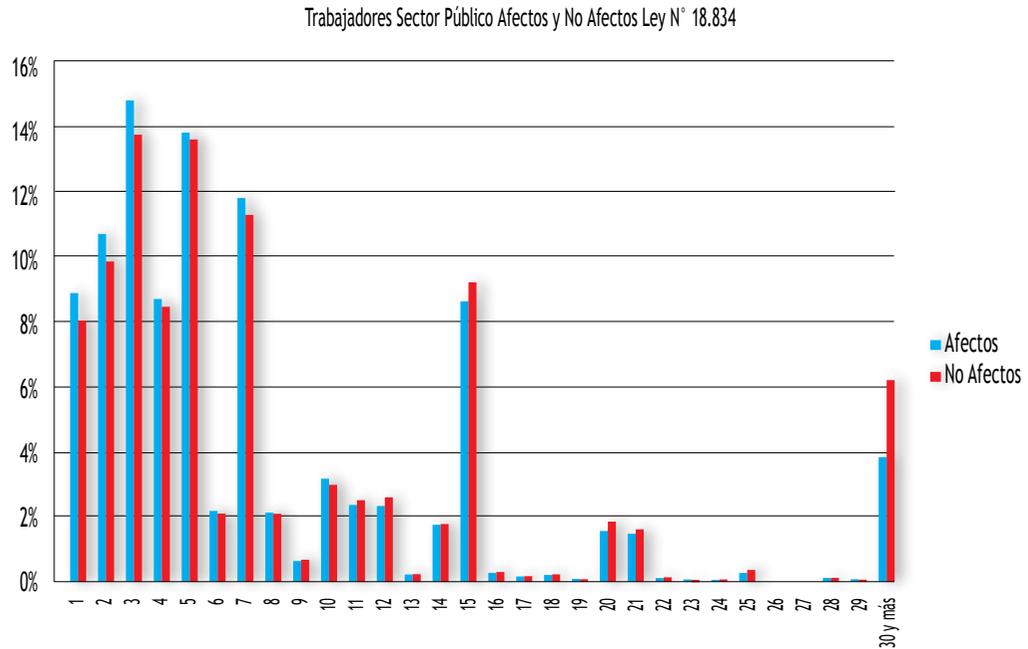
Tipo de Trabajador	Población Trabajadora		Trabajador que Usó Licencia Médica	
	Media	Mediana	Media	Mediana
Patrón o empleador	489.901	300.000	303.825	240.000
Trabajador por cuenta propia	221.563	159.000	208.009	200.000
Empleado u obrero del s. público	446.304	300.000	414.626	300.000
Empleado u obrero del s. privado	309.456	220.000	318.256	230.000
Servicio doméstico puertas adentro	170.341	150.000	198.418	180.000
Servicio doméstico puertas afuera	113.725	110.000	146.049	150.000
F.F.A.A. y de Orden (1)	680.424	642.950	n.d.	n.d.
Total	308.342	200.000	331.916	250.000

(1) En el caso de las F.F.A.A. y de Orden y Seguridad no se dispone de la renta líquida del trabajador que usó licencia, porque no se registran licencias médicas de este grupo en el sistema civil de salud.

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la EPS 2009.

Por su parte, la información de licencias médicas extraídas del RNLM aporta antecedentes adicionales al estudio. En el Gráfico 1 se presenta la distribución del número de días de licencia, según tipo de trabajador.

Gráfico 1
Distribución del número de días de licencia



Fuente: elaboración propia a partir de información de licencias médicas extraídas del Registro Nacional de Licencias Médicas de la Superintendencia de Seguridad Social.

La distribución del número de días de licencia de los funcionarios públicos afectados y no afectados a la ley N°18.834 resulta muy similar. Un 76% de las licencias médicas de los funcionarios públicos fueron de menos de 11 días, mientras que en el caso de los trabajadores dependientes del sector privado esta cifra alcanzó a un 55% y en el de los trabajadores independientes a un 25%.

En relación al número promedio de días de licencia, los funcionarios públicos presentaron un promedio de 7,5 días, los trabajadores dependientes del sector privado uno de 10,5 y los trabajadores independientes uno de 16,8 días.

En la distribución se destacan dos modas en los 7 y 15 días, las cuales pueden deberse a la práctica médica de conceder en determinados casos semanas completas de reposo, lo cual se repite en menor medida en los 21 días de licencia. En los 15 días de licencia se concentra en torno a un 9% de las licencias de los trabajadores del sector público, un 15% de las licencias de los trabajadores dependientes del sector privado y un 24% en el caso de los trabajadores independientes.

Destacan igualmente las diferencias existentes según tipos de trabajador en el porcentaje de licencias de tres días o menos, que para los trabajadores del sector público se sitúa en un 33%, para los trabajadores dependientes del sector privado en un 15% y para los independientes en un 1,7%.

Otro indicador de utilidad en el análisis de duración es la tasa de incidencia, medida como la relación entre el número de licencias sobre el total de días de licencia. Como muestra la Tabla 12, el grupo de los trabajadores del sector público afectados a la Ley N°18.834 o estatuto administrativo presenta una tasa de incidencia muy similar a las personas del sector público no afectas a esta ley y superior tanto a los trabajadores dependientes del sector privado como a los independientes.

Tabla 12
Tiempo de duración de licencias médicas por tipo de trabajador

Tipo Trabajador	Tiempo en Riesgo (1)	Tasa de Incidencia (2)	N° de Licencias	Tiempo de Sobrevida (3)		
				25%	50%	75%
Público afecto a Ley N°18.834	10.940.918	0,1346084	1.472.740	3	5	10
Público no afecto a Ley N°18.834	1.092.468	0,1206379	131.793	3	5	11
Dependiente privado	56.976.704	0,0936329	5.334.895	5	8	15
Independiente	325.124	0,0594573	19.331	11	15	21
Total	69.335.214	0,100364	6.958.759	4	7	15

(1) Tiempo total de exposición (número total de días con licencia) en la muestra.

(2) Proporción del tiempo total de exposición (con licencia médica) en que el individuo sale del estado en estudio.

(3) Proporción de la población que "sobrevive" a lo menos t días en el estado en estudio.

Fuente: elaboración propia a partir de información de licencias médicas extraídas del Registro Nacional de Licencias Médicas de la Superintendencia de Seguridad Social.

En la Tabla 13 se pueden distinguir los diferentes tipos de diagnósticos que están en la muestra. Dentro de los diferentes diagnósticos que se pueden dar en las licencias médicas, las del tipo respiratorio son las más comunes. En esta clasificación están las enfermedades del tipo estacional (que son más recurrentes en invierno) como el resfrío simple o la influenza. Otros diagnósticos relevantes en la muestra son las enfermedades relacionadas con trastornos mentales y del comportamiento (15% de la muestra) y las osteomusculares (13%).

Tabla 13
Tipos de diagnósticos en la base del Registro Nacional de Licencias Médicas

Tipo de Diagnóstico	Porcentaje
Infecciones y enfermedades parasitarias	3%
Neoplasias, enf. de la sangre y órg. hematopoyéticos	2%
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	1%
Trastornos mentales y del comportamiento	15%
Enfermedades del sistema nervioso	1%
Enfermedades del ojo, oído y sus anexos	2%
Enfermedades del sistema circulatorio	2%
Enfermedades del sistema respiratorio	20%
Enfermedades del sistema digestivo	11%
Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo	1%
Enfermedades sist.osteomuscular y tejido conjuntivo	13%
Enfermedades del sistema genitourinario	3%
Embarazo, parto y puerperio	4%
Condiciones originadas en período perinatal	0%
Malformaciones congénitas y anorm. cromosómicas	0%
Síntomas, señales y hallazgos clínicos y de laboratorio	2%
Lesiones, envenenamiento y otras c. de origen externo	6%
Morbilidad y mortalidad por causas externas	2%
No Disponible	11%
Total	100%

Fuente: elaboración propia a partir de información de licencias médicas extraídas del Registro Nacional de Licencias Médicas de la Superintendencia de Seguridad Social.

La base de datos cuenta con diferentes tipos de actividad económica de acuerdo a la clasificación CIU²³.

La actividad con menor incidencia corresponde a actividades relacionadas con agricultura y pesca. A su vez, el área de finanzas, seguros y afines presenta la mayor incidencia (Tabla 14). Esto implica que en el área de finanzas, seguros y afines el retorno al trabajo es más rápido que en otras áreas. Esto se puede deber a diferentes factores, como una mayor presencia de personas vinculadas al sector público (en relación a agricultura, por ejemplo), a diferentes niveles de remuneración o diferentes tipos de diagnósticos. Este análisis será resuelto con la regresión Cox presentada más adelante.

23 Adicionalmente, en la base de datos disponible del RNLM se contó con información de los Registros de Movimientos Mensuales de la Superintendencia de Pensiones/Subsecretaría de Previsión Social. Esto permitió la utilización de un grupo mayor en la muestra total en el estudio de la duración de las licencias. CIU: Clasificación Internacional Industrial Uniforme.

Tabla 14

Actividad laboral en la base del Registro Nacional de Licencias Médicas

Actividad	Tiempo en Riesgo	Tasa de Incidencia	N° de Observaciones	Tiempo de Sobrevida		
				25%	50%	75%
Agricultura, servicios agrícolas, silvicultura y pesca	3.152.344	0,085	268.662	6	10	15
Minas, petróleos y canteras	1.670.290	0,108	180.662	3	6	14
Industrias manufactureras	2.930.512	0,097	285.406	5	7	15
Construcción	1.219.529	0,085	103.843	5	10	15
Electricidad, gas y agua	411.201	0,105	43.327	3	7	14
Comercio	7.660.653	0,090	691.256	5	10	15
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	2.617.704	0,095	247.978	5	7	15
Finanzas, seguros, bienes muebles y servicios técnicos, profesionales y otros	8.673.484	0,114	990.272	3	5	13
Servicios estatales, sociales, personales e internacionales	25.509.492	0,104	2.650.778	5	7	14
Actividad no especificada	15.490.005	0,097	1.496.575	4	7	15
Total	69.335.214	0,100	6.958.759	4	7	15

Fuente: elaboración propia a partir de información de licencias médicas extraídas del Registro Nacional de Licencias Médicas de la Superintendencia de Seguridad Social.

4.2 Estimaciones

Dada la naturaleza de los datos, se procedió a abordar las preguntas relevantes con dos tipos de modelos diferentes: (i) un modelo probit para caracterizar la probabilidad de uso de licencias médicas y (ii) un modelo de duración para caracterizar la longitud de las mismas.

4.2.1 Modelo Probit

En el marco de la modelación econométrica, es posible indicar que existe una variable latente tras el uso de licencias médicas, que puede ser interpretada como la necesidad (utilidad) de tener una licencia ponderada por los costos de ésta.

La necesidad de una licencia médica no sólo dependerá del nivel o tipo de enfermedad de la persona, sino que también puede ser afectada por variables diferentes, como un costo de oportunidad muy alto del tiempo laboral.

El costo de tener una licencia puede ser pecuniario, por los días de carencia o el copago de una persona cuya remuneración es superior al límite imponible, o no pecuniario para personas con niveles de compromiso altos en el empleo.

Si la necesidad de licencia es superior al costo, entonces se hace uso de ésta. Por lo tanto, es posible definir la variable observada Y a partir de una variable latente Y^* como:

$$Y^* = U(L; X) - C(L; X)$$

$$Y = 0 \Leftrightarrow Y^* < 0$$

$$Y = 1 \Leftrightarrow Y^* \geq 0$$

Entre los tipos de variables que caracterizan el comportamiento de Y^* se pueden contar: variables de salud, variables que afectan el costo de la licencia médica y variables socioeconómicas.

Las características del problema nos permite resumir el comportamiento en una ecuación del tipo:

$$\Pr(Y = 1/x) = f(X)$$

En la estimación se utilizó la Encuesta de Protección Social 2009, donde se rescataron variables de salud, laborales y socioeconómicas únicamente con datos autoreportados. En una segunda estimación, se trabajó con el cruce de la base de datos de la EPS y la información de licencias médicas del Registro Nacional de Licencias Médicas de la Superintendencia de Seguridad (disponible para los años 2007 al 2009).

En la Tabla 15 se presentan los efectos marginales de cada parámetro obtenidos de la regresión con datos autoreportados. Se puede apreciar que, en términos generales, las personas con mejor salud (aquellas que se autorreportan con buena salud o no se reportan deprimidos ni discapacitados) tienen una probabilidad inferior de usar una licencia médica. De esta forma, una persona con depresión y discapacidad puede usar hasta un 14% más de licencias que el resto de la población.

Entre las variables socioeconómicas, la escolaridad presenta un parámetro positivo y significativo con una magnitud de 0,4%. Asimismo, las mujeres presentan un mayor uso (4% más) y las personas que tienen niños menores de un año (3%).

Por otra parte, el grupo de personas que trabaja en el sector público tiene un 6,5% más de probabilidad de solicitar licencia médica en un año. Este grupo tiene la particularidad de no encontrarse sujeto ni a carencia ni a copago. Sin embargo, no se pueden descartar otras razones, diferentes al costo de la licencia que los lleven a un mayor uso, como condiciones laborales u otras, que deberían testearse.

Las personas que enfrentan copago (remuneración mayor al tope imponible y pertenecientes al sector privado) tienen un 5% menos de probabilidad de solicitar una licencia médica en un año.

Finalmente, el grupo de personas que cotiza en isapre tiene un 8% más de probabilidad de solicitar una licencia médica.

Este análisis está realizado bajo el contexto de que la variable dependiente corresponde al evento de haber solicitado licencia médica en los últimos doce meses (por enfermedad del entrevistado o niño menor de un año sin considerar enfermedades profesionales o provenientes de accidentes del trabajo). El hecho que se incluya la enfermedad del niño menor de un año es en este caso una limitación de los datos, ya que corresponde a una categoría que no se considera en el SIL de enfermedad común, en el cual nos hemos enfocado en este trabajo.

Tabla 15

Regresión Probit con registros auto reportados (*)

Variable	dF/dx	Robust Std. Err.	Z	P> z	x-bar	[95% Conf. Interval]	
Edad	-0,000	0,001	-0,81	0,418	39,882	-0,001	0,001
Escolaridad	0,004	0,002	1,95	0,051	11,212	0,000	0,008
Mujer	0,042	0,015	2,89	0,004	0,398	0,012	0,072
Nota	0,010	0,009	1,05	0,292	0,983	-0,008	0,027
Indice masa corporal	0,008	0,010	0,76	0,446	0,404	-0,013	0,028
Buena salud	-0,036	0,010	-3,28	0,001	0,195	-0,057	-0,016
Deprimido	0,046	0,011	4,16	0	0,435	0,024	0,067
Discapacitado	0,096	0,031	3,95	0	0,038	0,035	0,157
No bebe	-0,021	0,010	-2,12	0,034	0,493	-0,040	-0,001
Fuma	0,011	0,009	1,25	0,213	0,426	-0,007	0,029
Número de hijos de 0 a 1 año	0,031	0,015	2,12	0,034	0,058	0,003	0,060
Número de hijos de 2 a 4 años	0,027	0,016	1,69	0,092	0,117	-0,005	0,058
Número de hijos de 5 a 14 años	0,007	0,005	1,21	0,226	0,449	-0,004	0,017
ISAPRE	0,076	0,024	4,05	0	0,145	0,028	0,123
Empleado público	0,065	0,019	4,18	0	0,092	0,028	0,102
Copago	-0,048	0,012	-2,9	0,004	0,019	-0,070	-0,025
Trabajador independiente	-0,090	0,010	-4,58	0	0,196	-0,110	-0,071
Agri. Pesca, caza silvicultura	0,047	0,032	1,66	0,097	0,077	-0,017	0,110
Minería	-0,016	0,028	-0,52	0,6	0,016	-0,071	0,039
Industria, manufactura	0,140	0,038	4,72	0	0,096	0,065	0,214
Suministro de electricidad, gas y agua	0,086	0,070	1,54	0,124	0,006	-0,052	0,224
Construcción	0,079	0,037	2,6	0,009	0,088	0,007	0,150
Comercio, hoteles y restaurantes	0,095	0,031	3,81	0	0,185	0,035	0,156
Transporte, almacenamiento y comunic.	0,156	0,061	3,48	0,001	0,074	0,037	0,275
Financiera, inmobiliaria	0,118	0,042	3,68	0	0,085	0,037	0,200
Administración pública y defensa	0,065	0,027	2,93	0,003	0,096	0,013	0,118
Servicios sociales, salud y otros	0,049	0,025	2,26	0,024	0,134	0,000	0,098

(*) N° observaciones 8.215

Fuente: elaboración propia a partir de la EPS 2009.

La Tabla 16, por su parte, presenta resultados similares, pero utilizando los datos administrativos de licencias médicas, donde la variable dependiente se define como haber tenido licencia en el mes. Se estima entonces la probabilidad de tener una licencia médica en un mes en particular, condicional a las características ya presentadas. Se puede apreciar que las variables de salud correlacionan en igual medida que con los datos auto reportados. Sin embargo, estas variables presentan una significancia mayor.

La variable empleado público nuevamente resulta significativa, con el signo esperado y con un efecto marginal que alcanza a 2,4%. Si bien el efecto marginal obtenido es menor que el anterior esto debe interpretarse con precaución porque las variables dependientes difieren en las dos estimaciones. En este sentido, un aumento de 2,4% en la probabilidad de hacer uso de una licencia médica en un mes en particular representa un aumento mucho mayor en la probabilidad de tener una licencia en un año (más de 25%).

Igualmente, la variable copago resulta significativa con un efecto marginal de 0,64%, lo que corresponde a la menor probabilidad de hacer uso de una licencia en un mes en particular (lo que implica un efecto anual superior al 7%).

La mayor diferencia con respecto a la regresión con registros auto reportados está en la variable “nota” que indica, en términos simplificados, el nivel de conocimiento de la persona en temas previsionales usando cuatro preguntas simples de la EPS²⁴, la cual resulta significativa y positiva.

A su vez, el número de niños menores de un año pierde relevancia en esta regresión, lo cual es interesante, ya que con los datos administrativos se han podido aislar las licencias por enfermedad grave del niño menor de 1 año, incorporándose únicamente aquellas de enfermedad o accidente común, prórrogas de medicina preventiva y patologías del embarazo. Se debe considerar que los efectos por género pueden ser diferentes, lo que se aborda con mayor detalle en el Anexo 4, donde se presenta la regresión Probit diferenciada por género, destacando que el número de hijos entre 0 y 1 año y entre 2 y 4 años, resultan significativos y positivos para las mujeres y no así para los hombres.

Tabla 16
Regresión Probit con registros administrativos (*)

Variable	dF/dx	Robust Std. Err.	Z	P> z	x-bar	[95% Conf. Interval]	
Edad	0,000	0,000	1,13	0,258	40,321	-0,000	0,001
Edad al cuadrado	-5,75E-6	3,33E-6	-1,7	0,089	1783,93	-0,000	7,70E-7
Escolaridad	0,000	0,000	2,77	0,006	11,408	0,000	0,000
Nota	0,003	0,001	4,46	0	0,998	0,002	0,005
Índice masa corporal	-0,003	0,001	-2,75	0,006	0,402	-0,004	-0,001
Buena salud	-0,003	0,001	-2,59	0,01	0,199	-0,006	-0,001
Deprimido	0,005	0,001	5,6	0	0,426	0,003	0,007
Discapacitado	0,014	0,003	5,5	0	0,036	0,008	0,020
No bebe	0,002	0,001	2,26	0,024	0,483	0,000	0,004
Fuma	-0,003	0,001	-3,28	0,001	0,423	-0,005	-0,001
Número de hijos de 0 a 1 año	0,002	0,002	1,15	0,25	0,070	-0,001	0,005
Número de hijos de 2 a 4 años	0,002	0,002	1,02	0,307	0,081	-0,002	0,005
Número de hijos de 5 a 14 años	0,001	0,001	2,26	0,024	0,411	0,000	0,002
ISAPRE	0,012	0,002	8,26	0	0,157	0,008	0,015
Empleado público	0,024	0,002	13,94	0	0,103	0,019	0,029
Copago	-0,006	0,002	-3,03	0,002	0,019	-0,010	-0,003
Trabajador independiente	-0,023	0,001	-16,51	0	0,196	-0,025	-0,022
Agri. Pesca, caza silvicultura	0,004	0,004	1,07	0,283	0,097	-0,003	0,011
Minería	0,027	0,011	3,63	0	0,018	0,006	0,048
Industria, manufactura	0,022	0,006	5,12	0	0,113	0,011	0,034
Suministro de electricidad, gas y agua	0,019	0,009	3,03	0,002	0,007	0,002	0,036
Construcción	0,004	0,003	1,13	0,26	0,103	-0,003	0,011
Comercio, hoteles y restaurantes	0,012	0,004	3,51	0	0,212	0,004	0,020
Transporte, almacenamiento y comunic.	0,021	0,006	5	0	0,084	0,010	0,033
Financiera, inmobiliaria	0,023	0,006	5,58	0	0,095	0,012	0,035
Administración pública y defensa	0,007	0,004	2,1	0,036	0,103	-0,000	0,014
Servicios sociales, salud y otros	0,008	0,004	2,52	0,012	0,150	0,001	0,015
Mujer	0,011	0,001	9,59	0	0,375	0,009	0,014

(*) N° observaciones 139.262

Fuente: elaboración propia a partir de la EPS 2009, integrada con Información de Licencias Médicas extraídas del Registro Nacional de Licencias Médicas de la Superintendencia de Seguridad Social.

24 Las preguntas dicen relación con: (i) cuánto se cotiza para pensión, (ii) la edad legal de jubilación de la mujer, (iii) la edad legal de jubilación del hombre y (iv) el valor de la Pensión Básica Solidaria o PBS.

4.2.2 Modelo de Duración

Para el análisis de los determinantes del tiempo de uso de una licencia médica se utilizó como aproximación un modelo de duración. En éste, se determina el riesgo de salir de un estado, en este caso estar con licencia, condicional a una serie de características. Es común para este tipo de ejercicio utilizar una regresión Cox, sobre todo porque una parte de las variables que se utiliza para caracterizar la duración de una licencia es continua.

Sin embargo, el correcto uso de este modelo requiere realizar algunos test previos con el fin de determinar si el uso de esta metodología es correcto, dada la naturaleza de los datos²⁵.

La regresión Cox se determina en términos de tasas de riesgo. La función de riesgo mide la probabilidad de que un individuo falle (se termine su licencia), dado que ha tenido licencia hasta el momento t, en otras palabras, que la licencia termine en el periodo t+1 dado que ha durado hasta t.

La tasa de riesgo se determina como:

$$h_i(t) = h_0(t)e^{\beta T x_i}$$

Donde $h_0(t)$ es la función de riesgo de línea base y los parámetros β determinan la magnitud del efecto del tiempo sobre la variable x.

Para este modelo, la base de datos utiliza la información de licencias médicas del RNLM de la Suseso de los años 2007 al 2009. Se cuenta con más de 6.900.000 licencias entregadas en ese periodo.

Tabla 17

Duración de licencias RNLM en días, diferenciado por tipo de patología (*)

Diagnóstico	Media	Mediana	Desviación Estándar
Neoplasias, enf. de la sangre y órg. hematopoyéticos	20	21	10
Malformaciones congénitas y anorm. cromosómicas	16	15	10
Trastornos mentales y del comportamiento	14	15	7
Embarazo, parto y puerperio	13	14	5
Enfermedades del sistema circulatorio	13	11	10
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	12	11	8
Condiciones originadas en período perinatal	12	12	7
Lesiones, envenenamiento y otras c. de origen externo	12	10	8
Enfermedades del sistema nervioso	11	8	9
Enfermedades sist.osteomuscular y tejido conjuntivo	10	8	7
Morbilidad y mortalidad por causas externas	10	7	7
No Disponible	9	6	9
Enfermedades del sistema genitourinario	8	7	7
Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo	8	7	5
Enfermedades del ojo, oído y sus anexos	8	7	6
Enfermedades del sistema digestivo	7	4	7
Síntomas, señales y hallazgos clínicos y de laboratorio	7	5	6
Enfermedades del sistema respiratorio	5	5	3
Infecciones y enfermedades parasitarias	5	3	4
Total	10	7	8

(*) Contiene sólo los tipos de licencia relevantes al estudio (Ver Tabla 1)

Fuente: elaboración propia a partir de información de licencias médicas extraídas del Registro Nacional de Licencias Médicas de la Superintendencia de Seguridad Social.

25 En el anexo 3 se presenta el resultado de los principales test que avalan el uso de la regresión Cox.

En una primera aproximación, se puede apreciar que las licencias de neoplasias y enfermedades de la sangre son, en promedio, las más largas, seguidas por las malformaciones congénitas y trastornos mentales y del comportamiento. Luego, entre las más cortas, se sitúan las enfermedades más comunes producidas por infecciones, por efectos estacionales (como las enfermedades respiratorias) o las enfermedades que afectan el sistema digestivo.

Tabla 18
Modelo Duración, Regresión Cox

Variable	Haz. Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
Empleado Público	1,551	0,002	420,87	0	1,548 1,554
Copago	1,031	0,002	14,9	0	1,027 1,035
Edad	0,987	0,000	-390,9	0	0,986 0,987
Cotiza en isapre	1,009	0,001	9,96	0	1,007 1,011
Infecciones y enfermedades parasitarias	2,873	0,007	454,69	0	2,860 2,886
Neoplasias, enf. de la sangre y órg. hematopoyéticos	0,469	0,001	-240,62	0	0,466 0,472
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,843	0,004	-33,8	0	0,834 0,851
Trastornos mentales y del comportamiento	0,655	0,001	-278,93	0	0,653 0,657
Enfermedades del sistema nervioso	0,960	0,003	-12,65	0	0,954 0,966
Enfermedades del ojo, oído y sus anexos	1,504	0,004	145,65	0	1,496 1,512
Enfermedades del sistema circulatorio	0,827	0,002	-66,15	0	0,822 0,831
Enfermedades del sistema respiratorio	2,760	0,004	653,57	0	2,752 2,769
Enfermedades del sistema digestivo	1,714	0,003	270,78	0	1,707 1,720
Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo	1,496	0,005	110,02	0	1,485 1,507
Enfermedades sist.osteomuscular y tejido conjuntivo	1,041	0,002	26,11	0	1,038 1,045
Enfermedades del sistema genitourinario	1,356	0,003	126,22	0	1,349 1,362
Embarazo, parto y puerperio	0,666	0,001	-184,35	0	0,664 0,669
Condiciones originadas en período perinatal	0,773	0,018	-10,78	0	0,738 0,810
Malformaciones congénitas y anorm. cromosómicas	0,585	0,008	-40,56	0	0,570 0,600
Síntomas, señales y hallazgos clínicos y de laboratorio	1,830	0,005	218,55	0	1,820 1,840
Lesiones, envenenamiento y otras c. de origen externo	0,846	0,002	-85,89	0	0,842 0,849
Agricultura, silvicultura y pesca	0,925	0,002	-30,21	0	0,920 0,930
Minas, petróleos y canteras	1,196	0,004	58,01	0	1,189 1,203
Industrias manufactureras	1,056	0,002	24,28	0	1,051 1,061
Construcción	0,957	0,003	-13,43	0	0,951 0,963
Electricidad, gas y agua	1,107	0,007	17,22	0	1,094 1,120
Comercio	0,989	0,002	-5,64	0	0,986 0,993
Transporte, almacenamiento y com.	1,061	0,003	24,37	0	1,056 1,066
Finanzas y otros	0,941	0,001	-39,89	0	0,938 0,943
Servicios estatales y otros	0,975	0,002	-16,29	0	0,972 0,978
Dummy Hombre	0,970	0,001	-36,31	0	0,969 0,972
Trabajadores independiente	0,694	0,005	-50,290	0	0,685 0,704

Fuente: elaboración propia a partir de información de licencias médicas extraídas del Registro Nacional de Licencias Médicas de la Superintendencia de Seguridad Social.

En la Tabla 18 se presentan los resultados de la Regresión Cox en términos de los “hazard ratios” o tasas de riesgo. Esta metodología investiga el efecto de un set de variables, a lo largo de un periodo en que un evento específico ocurre; en este caso, variables que tienen un efecto importante en la duración de las licencias médicas.

Los resultados indican que todas las variables incluidas son estadísticamente significativas. Los hazard ratios presentados se interpretan como aumentos o disminuciones de la probabilidad de término de la licencia. Si son mayores que 1 la probabilidad de término de la licencia aumenta, conforme aumenta “x”, y si son menores que 1 la probabilidad de término de la licencia disminuye, conforme aumenta “x”.

Destaca el hecho que los trabajadores del sector público presentan una tasa de riesgo de 1,55, esto indica que las licencias asociadas a los trabajadores de dicho sector tienen una probabilidad un 55% mayor de finalizar antes. Asimismo, la tasa de riesgo de quienes enfrentan copago es de 1,03 lo cual igualmente refleja una mayor probabilidad de finalizar antes una licencia.

El efecto atribuido al copago responde al mayor costo de un día adicional de licencia, tiempo que el beneficiario prescindirá de una porción de su salario equivalente a la diferencia entre el tope imponible y su remuneración. La variable “empleado público”, por otra parte, refleja que este grupo no posee copago ni días de carencia y a pesar de que por esa razón el costo de una licencia para este grupo es menor, la duración de ésta es más corta. En un sentido más amplio, el empleado público presenta una mayor probabilidad de uso y licencias de menor duración.

Otra variable interesante de analizar es ISAPRE, que muestra que las personas que cotizan en el sistema privado de salud tienden a utilizar licencias más cortas. Esto se puede deber al sistema de regulación de las isapres, que tiene diferentes mecanismos de fiscalización para evitar el mal uso de licencias. Es así como las personas que cotizan en una isapre tienen un 1% menos de probabilidad de durar un periodo adicional con licencia.

Por otro lado, los hombres tienen una tasa de riesgo de 0,97 (menor que uno), lo que implica una probabilidad un 3% más alta de que su licencia dure más con relación a las mujeres. Lo mismo sucede para la variable edad, donde se obtiene una probabilidad un 2% más alta de que la licencia dure más a mayor edad.

En relación a los sectores económicos se destaca el caso de la minería con una tasa de riesgo de 1,2, lo que implica que las licencias asociadas a los trabajadores de este sector tienen una probabilidad un 20% mayor de finalizar antes. Lo contrario ocurre en el sector agrícola con una tasa de riesgo de 0,92.

En términos de diagnósticos, las patologías con menor duración corresponden a infecciones y enfermedades parasitarias y a enfermedades del sistema respiratorio, mientras que las que presentan una mayor duración corresponden a las neoplasias, enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos, las provocadas por malformaciones congénitas o anomalías cromosómicas y los trastornos mentales y del comportamiento.

4.2.3. Análisis Probit para carencia

Es posible realizar un análisis adicional en relación al efecto de la recuperación de la carencia después del día 11 de duración de la licencia. De esta forma, si se considera como variable dependiente tener una licencia de 11 días o más, se pueden observar los determinantes de la probabilidad de tener una licencia sin carencia. Utilizando los mismos regresores que en el análisis de duración, se puede identificar las variables correlacionadas positiva o negativamente con esta probabilidad.

Como muestra la Tabla 19, las personas del sector público tienen casi un 21% menos de probabilidad de tener una licencia superior a los 11 días.

A su vez, las personas con copago tienen un 1,3% menos de probabilidad de que su licencia sea mayor a los 11 días. Si bien esta probabilidad puede ser menor, se debe considerar que las personas con copago tienen un incentivo continuo a tener licencias menores, es decir, independiente del corte que se elija, las personas con copago tendrán una menor probabilidad de tener licencias largas por los incentivos económicos del copago.

Como se puede prever, a mayor edad mayor probabilidad de que la licencia sea sin carencia. Esto puede estar reflejando que la gravedad de la enfermedad causante de la licencia aumenta a medida que la gente envejece.

Es interesante ver que las enfermedades de tipo osteomuscular no parecen ser significativas al momento de explicar la probabilidad de tener una licencia de más de 11 días. No es así para las enfermedades que tienden a ser más extensas en reposo como, por ejemplo, las relacionadas con el embarazo, parto o puerperio (39% mayor probabilidad) o las enfermedades típicamente cortas, como las respiratorias (38% menor probabilidad).

Destaca también el hecho de que los hombres tienen menos probabilidad de tener una licencia de más de 11 días, pero aunque esta variable resulta estadísticamente significativa, su magnitud es inferior (0,1% de probabilidad menos).

Tabla 19
Regresión Probit, efectos marginales

Variable	dF/dx	Robust Std. Err.	Z	P> z	x-bar	[95% Conf. Interval]	
Empleado Público	-0,208	0,000	-392,76	0	0,229	-0,209	-0,207
Copago	-0,013	0,001	-11,94	0	0,040	-0,015	-0,011
Edad	0,005	0,000	283,04	0	38,625	0,005	0,005
Isapre	-0,005	0,000	-9,24	0	0,384	-0,005	-0,004
Infecciones y enfermedades parasitarias	-0,291	0,001	-276,76	0	0,038	-0,292	-0,289
Neoplasias, enf. de la sangre y órg. hematopoyéticos	0,364	0,002	215,34	0	0,018	0,361	0,367
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,107	0,003	42,46	0	0,006	0,101	0,112
Trastornos mentales y del comportamiento	0,370	0,001	480,57	0	0,175	0,369	0,372
Enfermedades del sistema nervioso	0,043	0,002	28,08	0	0,016	0,040	0,046
Enfermedades del ojo, oído y sus anexos	-0,151	0,001	-118,67	0	0,023	-0,153	-0,149
Enfermedades del sistema circulatorio	0,071	0,001	50,77	0	0,022	0,068	0,074
Enfermedades del sistema respiratorio	-0,378	0,000	-546,46	0	0,194	-0,379	-0,377
Enfermedades del sistema digestivo	-0,148	0,001	-161,76	0	0,060	-0,150	-0,146
Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo	-0,137	0,001	-81,66	0	0,012	-0,140	-0,134
Enfermedades sist.osteomuscular y tejido conjuntivo	-0,001	0,001	-1,08	0,281	0,153	-0,002	0,001
Enfermedades del sistema genitourinario	-0,107	0,001	-96,53	0	0,033	-0,109	-0,105
Embarazo, parto y puerperio	0,391	0,001	341,77	0	0,044	0,389	0,393
Condiciones originadas en período perinatal	0,173	0,012	14,32	0	0,000	0,149	0,197
Malformaciones congénitas y anorm. cromosómicas	0,251	0,007	37,24	0	0,001	0,238	0,264
Síntomas, señales y hallazgos clínicos y de laboratorio	-0,190	0,001	-152,05	0	0,023	-0,192	-0,188
Lesiones, envenenamiento y otras c. de origen externo	0,064	0,001	68,06	0	0,063	0,063	0,066
Morbilidad y mortalidad por causas externas	-0,032	0,005	-5,88	0	0,001	-0,042	-0,021
Agricultura, silvicultura y pesca	0,024	0,001	17,3	0	0,031	0,021	0,026
Minas, petróleo y canteras	-0,095	0,001	-60,66	0	0,020	-0,098	-0,092
Industrias manufactureras	-0,025	0,001	-21,65	0	0,046	-0,027	-0,023
Construcción	0,016	0,002	9,14	0	0,017	0,012	0,019
Electricidad, gas y agua	-0,048	0,003	-15,72	0	0,004	-0,054	-0,043
Comercio	0,012	0,001	11,79	0	0,089	0,010	0,014
Transporte, almacenamiento y com.	-0,015	0,001	-11,82	0	0,036	-0,017	-0,012
Finanzas y otros	0,040	0,001	48,38	0	0,301	0,038	0,042
Servicios estatales y otros	0,022	0,001	26,91	0	0,374	0,021	0,024
Dummy Hombre	-0,001	0,000	-2,08	0,037	0,441	-0,002	-0,000
Trabajador independiente	0,252	0,004	57,57	0	0,003	0,243	0,260

Fuente: elaboración propia a partir de información de licencias médicas extraídas del Registro Nacional de Licencias Médicas de la Superintendencia de Seguridad Social.

Se debe considerar que el incentivo a pedir un día más de licencia médica para obtener de regreso el ingreso por carencia es significativo: si se compara el costo de tener un día de licencia (lo que equivale a no tener ningún pago por ese día) con el de tener 11 días de licencia (equivalente a 11 días de pago por el imponible), cualquier persona que tenga una remuneración inferior a UF 72,6²⁶ tendrá incentivos monetarios claros a tener una licencia de 11 días.

26 Equivale a un ingreso mensual sobre \$1.500.000. Para mayores detalles sobre los incentivos monetarios ver la matriz de pérdida/incentivos en Anexo 5.

5. CONCLUSIONES

En los últimos 15 años se ha observado un marcado aumento del gasto total en subsidio por incapacidad laboral por enfermedad común y medicina curativa, registrándose una variación de 9% real anual en promedio en el período 1995-2010. El incremento registrado se explica, principalmente, por el fuerte crecimiento del gasto en SIL en Fonasa, que para el mismo periodo registró una variación promedio anual de 14% real. La evidencia muestra una creciente tasa de utilización del subsidio. La Tasa de Incapacidad Laboral (TIL), que se define como el cociente entre el número de días de subsidio pagados y el número de cotizantes totales, registró en el periodo 1995-2010 un crecimiento de 5,5% promedio anual en el caso de afiliados a Fonasa.

La tendencia del gasto en SIL reportada anteriormente puede encontrar explicaciones en distintos elementos. Sin embargo, los resultados del presente estudio indican que un factor de importancia se relaciona con el esquema de incentivos que caracteriza al seguro, que cuenta con una tasa de reemplazo de 100% hasta el tope imponible y que no considera carencia en el caso de las licencias de más de 10 días. Asimismo, resulta importante la necesidad de fortalecimiento institucional en la administración y fiscalización del subsidio, respecto de lo cual se encuentran actualmente en tramitación distintas iniciativas legislativas.

El fuerte crecimiento en el gasto en SIL se traduce necesariamente en mayores necesidades de financiamiento. En el caso de Fonasa y para 2010, del 7% de cotización de salud, 2,2 puntos porcentuales se encuentran destinados a financiar el gasto en SIL, mientras que en Isapre esta cifra alcanza a 1,7 puntos porcentuales. Es importante señalar que el valor del subsidio diario puede ser rebajado, hasta en una décima parte, mediante decreto supremo del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, cuando se estime presupuestariamente que el costo de los subsidios exceda del 2% de las remuneraciones imponibles. Lo anterior implica que la ley permite reducir la tasa de reemplazo hasta un 90%, sin embargo esta herramienta nunca ha sido utilizada hasta la fecha.

El estudio abordó el análisis de los determinantes de la probabilidad de uso de licencias y de su duración utilizando información de la Encuesta Longitudinal de Protección Social 2009, así como información de licencias médicas del Registro Nacional de Licencias Médicas de la Superintendencia de Seguridad Social para el periodo 2007 a 2009.

En las estimaciones realizadas se analizaron dos variables de especial interés. La primera es la condición de ser empleado público. Si bien es claro que pueden existir diversos factores relacionados con esta variable, como un alto porcentaje de trabajadores del sector salud u otros, es particularmente interesante que este grupo de la población no enfrenta carencia ni copago en el subsidio. En este sentido, este grupo al no tener periodo de carencia, no tendría incentivos a extender la licencia médica para poder recuperar dicho deducible. La segunda variable de interés corresponde al copago, es decir, aquella variable que incluye a las personas con una tasa de reemplazo menor al 100%, debido a que su remuneración es superior al límite máximo imponible y que no pertenecen al sector público.

La evidencia obtenida de la información de licencias médicas del RNLM indica que en el caso de los empleados públicos sólo el 25% de las licencias médicas son superiores a 11 días, mientras que en el de los trabajadores dependientes del sector privado esta cifra alcanza a 44% y para los trabajadores independientes a 75%.

En los resultados obtenidos en el modelo Probit con la Encuesta de Protección Social destaca que las personas que trabajan en el sector público tienen un 7% más de probabilidad de soli-

citar una licencia médica en un año, mientras que las personas que enfrentan copago tienen un 5% menos de probabilidad de hacerlo. Al utilizar datos administrativos, donde la variable dependiente corresponde a hacer uso de una licencia médica en un mes en particular, se mantiene la significancia y el signo de ambas variables. En este caso, el efecto marginal alcanza a un 2,4% para la variable empleado público y a 1% para la variable copago. Si bien el efecto marginal obtenido es menor que el anterior, esto debe interpretarse con precaución porque las variables dependientes difieren en las 2 estimaciones. En este sentido, un aumento de 2,4% en la probabilidad de hacer uso de una licencia médica, en un mes en particular representa un aumento mucho mayor en la probabilidad de tener una licencia en un año (más de 25%). En ambas estimaciones destaca que las mujeres tienen una mayor probabilidad de hacer uso de una licencia médica y que el hecho de tener hijos menores de 4 años la incrementa.

Del modelo de duración con información de licencias médicas del Registro Nacional de Licencias Médicas de la Superintendencia de Seguridad Social se obtuvo que los trabajadores del sector público y aquellos con copago presentan una duración menor de las licencias médicas, con una mayor probabilidad de finalizar antes la licencia de 55% y 3%, respectivamente. Además, destaca que las personas afiliadas a una isapre tienen un 0,9% menos de probabilidad de durar un periodo adicional con licencia.

Así, los resultados obtenidos indican que el copago es una variable significativa, tanto en la determinación de la probabilidad de hacer uso de una licencia médica como en su duración. En este sentido, el copago corresponde a una herramienta de política que permitiría controlar el gasto en licencias médicas. La evaluación de una modificación en esta variable, sin embargo, debe realizarse considerando el impacto de su efecto sobre la cobertura del seguro y, por otro lado, resultaría importante contemplar el efecto que los cambios en la institucionalidad y en las medidas de fiscalización y regulación del uso y otorgamiento de licencias médicas, que se encuentran en discusión e implementación, podrían tener. Adicionalmente, el diseño del copago es un aspecto que puede considerar elementos como diferencias por tramos de ingreso que permitan focalizar su impacto y por tipos de diagnóstico, enfocándolo en enfermedades con mayores asimetrías de información en lugar de aquellas con diagnósticos fácilmente verificables o de larga duración, donde de acuerdo a los datos existe un menor riesgo de sobreutilización.

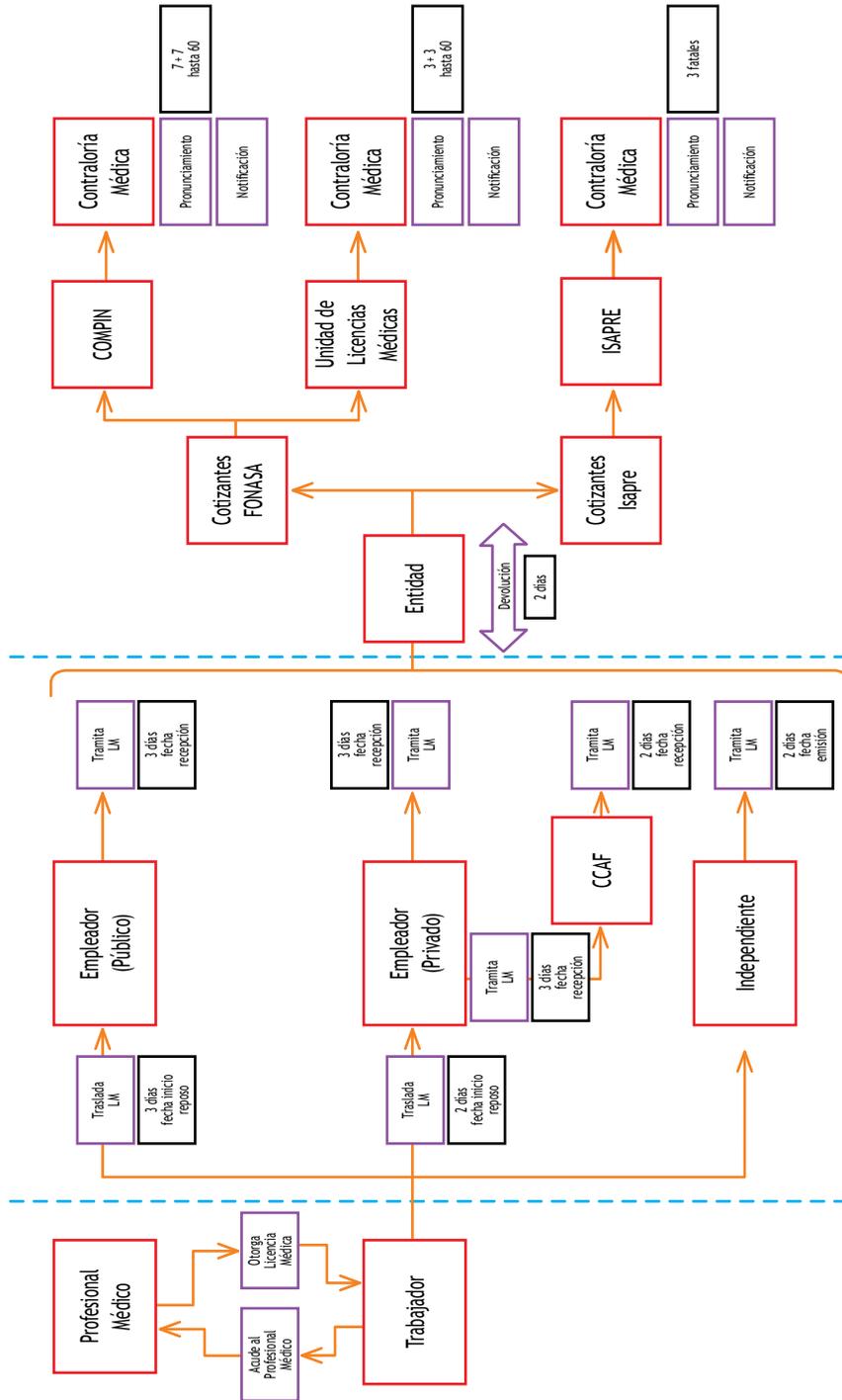
En relación a la variable empleado público, que recoge el efecto de la ausencia de carencia, se puede señalar que dicha condición, por un lado, aumenta la probabilidad de solicitar una licencia médica y, por otro, bajo el diseño actual en que la carencia se recupera luego de once días, aumenta la probabilidad de que las licencias finalicen antes disminuyendo así su duración. En este sentido, se debe evaluar la posibilidad que el periodo de carencia afecte a todas las licencias sin importar su duración, de tal manera de reducir el incentivo a alargar las licencias. Una modificación en este sentido, junto con una evaluación del copago, permitirían evaluar otros aspectos de la cobertura del SIL como, por ejemplo, una reducción del periodo de carencia de tres a dos días.

No obstante lo anterior, deben generarse incentivos adecuados y mejorar la institucionalidad y mecanismos de fiscalización en el otorgamiento y uso de licencias médicas, lo cual en conjunto con una revisión en el diseño del seguro, permitiría optimizar su funcionamiento y garantizar así el financiamiento de este beneficio y un uso eficiente de los recursos.

ANEXOS

Anexo 1: diagramas de procedimientos administrativos de una licencia médica.

Figura A1: diagrama de procedimiento: otorgamiento, tramitación y pronunciamiento



Fuente: Superintendencia de Seguridad Social.

Anexo 2: descripción de las variables

- **Variables generadas**

Copago: si posee remuneración igual o sobre el tope imponible, para los trabajadores pertenecientes al sector privado

- **Demográficas**

a8: sexo

a9: edad

- **Laborales**

b2: si estaba en el periodo en cuestión, trabajando, cesante, buscando o inactivo.

b5: cuál era su ocupación u oficio

b6: calificación de trabajo como permanente, temporal, ocasional, a prueba, por plazo determinado

b7: actividad de la empresa, institución

b8: en la ocupación se desempeñaba como empleado u obrero del sector público ó privado, servicio doméstico adentro ó puertas a fuera.

b9a: si en el trabajo tenía contrato, a qué plazo y en qué jornada.

b11: trabajo a honorarios

b12: monto del ingreso líquido mensual promedio de este trabajo

b13: cuántas horas semanales trabajaba en este empleo

b14: en qué lugar realizaba esta actividad laboral

hist_dependiente: indica si trabajo de forma dependiente en los últimos 12 meses

hist_independiente: indica si trabajo de forma independiente en los últimos 12 meses

- **Socioeconómicas**

Renta líquida (b12)

Quintil del ingreso: variable creada con variable ingreso líquido (b12)

- **Licencias médicas**

f50_01: si ha solicitado licencias médicas en los últimos 12 meses

f51_01: cuál fue la causa de la licencia médica

f52_01: cuántos días duraron esta o estas licencias médicas

f53_01: fue alguna de estas licencias médicas de los últimos 12 meses rechazada

- **Seguridad social**

f1: A qué sistema de salud pertenece (con esta clasificación se generará la variable ISAPRE)

f3: cambio en el sistema de salud desde el 2006 a la fecha

- **Estado de salud**

f9: regularidad con la que practica deporte

f10: estatura

f11: cuál es el peso actual

f12a: si fuma ó no actualmente

f13: consume bebidas alcohólicas

f16: si es necesaria ayuda de terceros para realizar algunas actividades

f17: (mujeres) se ha hecho en los últimos 2 años el papanicolau

f19: cuantas veces ha concurrido a un centro de salud en los últimos 2 años

f21: por qué tipo de enfermedad hizo la última visita

f22: en los últimos 2 años por qué razón se hospitalizó o se operó

f35: si tiene alguna discapacidad o invalidez

f36: qué tipo de discapacidad o invalidez

f37a: cuanto afecta esta invalidez el trabajo

f38: si se han diagnosticado alguna de las siguientes condiciones médicas

asma o efisema pulmonar

f38_1e: limita actividades normales del trabajo (si/no)

f38_1f: en qué medida las afecta (parcialmente, totalmente)

- **Depresión**

f38_2c: limita actividades normales del trabajo (si/no)

f38_2d: en qué medida las afecta (parcialmente, totalmente)

- **Diabetes**

f38_3a: está tomando alguna medicina

f38_3d: sigue dieta especial para controlar diabetes

f38_3e: está en general diabetes bajo control

f38_3i: limita actividades normales del trabajo (si/no)

f38_3j: en qué medida las afecta (parcialmente, totalmente)

- **Hipertensión o presión arterial**

f38_4a: está tomando alguna medicina

f38_4c: se controla la enfermedad

f38_4f: limita actividades normales del trabajo (si/no)

f38_4g: en qué medida las afecta (parcialmente, totalmente)

- **Problemas cardiacos**

f38_5a: ha tenido algún ataque cardiaco

f38_5c: está tomando medicinas

f38_5e: lleva medicina para el dolor del pecho

f38_5h: limita actividades normales del trabajo (si/no)

f38_5i: en qué medida las afecta (parcialmente, totalmente)

- **Cáncer**

f38_6a: tipo de cáncer diagnosticado

f38_6b: si ha consultado médicos en los últimos 2 años producto de este cáncer

f38_6c: qué tipo de tratamiento ha tenido en estos 2 últimos años

f38_6d: está usted recibiendo tratamiento para el cáncer

f38_6h: limita actividades normales del trabajo (si/no)

f38_6i: en qué medida las afecta (parcialmente, totalmente)

- **Artritis o artrosis**

f38_7a: está tomando alguna medicina

f38_7e: limita actividades normales del trabajo (si/no)

f38_7f: en qué medida las afecta (parcialmente, totalmente)

- **Enfermedad renal**

f38_8c: limita actividades normales del trabajo (si/no)

f38_8d: en qué medida las afecta (parcialmente, totalmente)

- **Derrame cerebral**

f38_9a: debido al derrame usted tiene las siguientes consecuencias

f38_9b: está tomando medicinas

f38_9g: limita actividades normales del trabajo (si/no)

f38_9h: en qué medida las afecta (parcialmente, totalmente)

f55: (hombres) si se han hecho examen de próstata

f56: (mujer) examen de seno

f57: (mujer) se ha hecho mamografía

f58: calificación de salud excelente, buena, regular

f59: salud es mejor, peor, igual que hace 2 años atrás

- **Variables del Registro Nacional de Licencias Médicas**

Empleado público: indica si la persona pertenece al servicio público

Copago: indica si posee remuneración igual o sobre el tope imponible, para los trabajadores pertenecientes al sector privado.

Diagnóstico: indica el tipo de diagnóstico

Actividad: indica el tipo de actividad que realiza (CIU)

Isapre: indica si cotiza en isapre

Anexo 3: Test de Proporcionalidad

Test sobre la variable género

Sexo	Eventos Observados	Eventos Esperados
Mujer	3.890.637	3.853.143
Hombre	3.068.122	3.105.616
Total	6.958.759	6.958.759
Chi2(1)= 1069.98		
PR>chi2=0.0000		

Wilcoxon (Breslow) test for equality of survivor functions

Sexo	Eventos Observados	Eventos Esperados	Suma de Rangos
Mujer	3.890.637	3.853.143	-4,23E+10
Hombre	3.068.122	3.105.616	4,23E+10
Total	6.958.759	6.958.759	
Chi2(1)= 65.28			
PR>chi2=0.0000			

Test sobre la calidad del empleado

Tipo de trabajador	Eventos Observados	Eventos Esperados
Público afecto ley	1.472.740	1.052.026
Público no afecto ley	131.793	107.211
Dependiente privado	5.334.895	5.764.734
Independiente	19.331	34.788
Total	6.958.759	6.958.759
Chi2(1)= 275227.85		
PR>chi2=0.0000		

Wilcoxon (Breslow) test for equality of survivor functions

Tipo de trabajador	Eventos Observados	Eventos Esperados	Suma de Rangos
Público afecto ley	1.472.740	1.052.026	2,51E+12
Público no afecto ley	131.793	107.211	1,71E+11
Dependiente privado	5.334.895	5.764.734	-2,61E+12
Independiente	19.331	34.788	-6,49E+10
Total	6.958.759	6.958.759	
Chi2(1)= 429400.49			
PR>chi2=0.0000			

Fuente: elaboración propia.

Anexo 4: análisis por género

Regresión Probit diferenciado por género, registros administrativos

Variable		dF/dx	P> z	dF/dx	P> z
		Mujer		Hombre	
Otros	Edad	0,001	0,302	0,000	0,507
	Edad al cuadrado	-0,000	0,145	-3,22E-6	0,376
	Escolaridad	0,000	0,079	0,000	0,334
	Nota	0,008	0	0,001	0,124
	Índice masa corporal	-0,002	0,293	-0,004	0
	Buena salud	-0,006	0,005	-0,002	0,268
	Deprimido	0,003	0,157	0,007	0
	Discapacitado	0,023	0	0,008	0,001
	No bebe	-6,26E-4	0,764	0,003	0,003
	Fuma	-0,007	0	-0,001	0,164
	Número de hijos de 0 a 1 año	0,009	0,009	-0,001	0,467
	Número de hijos de 2 a 4 año	0,008	0,046	-0,001	0,559
	Número de hijos de 5 a 14 año	0,003	0,028	0,001	0,209
	ISAPRE	0,020	0	0,009	0
	Empleado público	0,052	0	0,004	0,012
	Copago	-0,008	0,21	-0,006	0,001
	Trabajador independiente	-0,033	0	-0,018	0
	Actividad	Agri. Pesca, caza silvicultura	0,045	0	-0,007
Minería		0,019	0,265	0,007	0,11
Industria, manufactura		0,079	0	0,002	0,542
Suministro de electricidad, gas y agua		0,014	0,454	0,004	0,386
Construcción		0,018	0,179	-0,006	0,006
Comercio, hoteles y restaurantes		0,047	0	-0,003	0,282
Transporte, almacenamiento y comunic.		0,069	0	0,002	0,513
Intermediación financiera, actividad inmobiliaria		0,077	0	0,002	0,59
Administración pública y defensa		0,025	0,003	0,002	0,559
Servicios sociales, salud y otros		0,031	0	0,001	0,791

Fuente: elaboración propia a partir de información de licencias médicas extraída del Registro Nacional de Licencias Médicas de la Superintendencia de Seguridad Social.

Anexo 5: Matriz de Pérdida/Incentivo

La matriz determina el incentivo que una persona tiene para tener una licencia de 11 días, a cierto nivel de ingreso total, medido en UF. El incentivo se mide a través de la pérdida de ingreso total mensual que afectaría a la persona, si ésta toma una licencia de un número de días determinado, para un ingreso dado.

De esta forma, una persona con un ingreso de 72,6 UF²⁷ se encuentra indiferente (únicamente en términos de nivel de ingreso) entre tener una licencia de 1 día o de 11 días, mientras que las personas con remuneraciones mensuales inferiores a este monto tienen siempre un incentivo (monetario) para tener una licencia de 11 días. Lo mismo pasa con una persona cuya remuneración total es de 165 UF, sólo que en este caso la persona está indiferente entre una licencia de 9 días o de 11 días y siempre preferirá una licencia de 11 días antes de una de 10 (sector en anaranjado).

Días de licencia	Pérdida de Ingreso en UF, según ingreso total de persona por UF									
	UF=264	UF=165	UF=132	UF=115.5	UF=105.6	UF=99	UF=94+2/7	UF=90.75	UF=80+1/3	UF=72.6
1	8,80	5,50	4,40	3,85	3,52	3,30	3,14	3,03	2,69	2,42
2	17,60	11,00	8,80	7,70	7,04	6,60	6,29	6,05	5,38	4,84
3	26,40	16,50	13,20	11,55	10,56	9,90	9,43	9,08	8,07	7,26
4	33,00	19,80	15,40	13,20	11,88	11,00	10,37	9,90	8,56	7,48
5	39,60	23,10	17,60	14,85	13,20	12,10	11,31	10,73	9,04	7,70
6	46,20	26,40	19,80	16,50	14,52	13,20	12,26	11,55	9,53	7,92
7	52,80	29,70	22,00	18,15	15,84	14,30	13,20	12,38	10,02	8,14
8	59,40	33,00	24,20	19,80	17,16	15,40	14,14	13,20	10,51	8,36
9	66,00	36,30	26,40	21,45	18,48	16,50	15,09	14,03	11,00	8,58
10	72,60	39,60	28,60	23,10	19,80	17,60	16,03	14,85	11,49	8,80
11	72,60	36,30	24,20	18,15	14,52	12,10	10,37	9,07	5,38	2,42
12	79,20	39,60	26,40	19,80	15,84	13,20	11,31	9,90	5,87	2,64
13	85,80	42,90	28,60	21,45	17,16	14,30	12,26	10,73	6,36	2,86
14	92,40	46,20	30,80	23,10	18,48	15,40	13,20	11,55	6,84	3,08
15	99,00	49,50	33,00	24,75	19,80	16,50	14,14	12,38	7,33	3,30

Fuente: elaboración propia.

27 Corresponde a algo más de \$1.600.000 pesos al mes. Según datos CASEN 2009, menos de 3,5% de la población empleada supera este monto.

BIBLIOGRAFÍA

- Aedo, Bastías y Sapelli (1999). “Subsidio de Incapacidad Laboral en Chile”. Documento de trabajo.
- Beteta, E. y M. Willington (2010). “Determinantes del Uso y Abuso de Licencias Médicas en Chile”. Documento de investigación I-251, Universidad Alberto Hurtado.
- Castro, R. (2009) “Determinantes del uso de licencias médicas en el sistema isapre”. Serie de Informe Social N°117. Libertad y Desarrollo.
- Castro, R. y Sepúlveda J (2010). “Análisis de los Determinantes del Uso de Licencias Médicas en el Sistema isapre”. Documento de Trabajo, Primer Encuentro Anual de la Sociedad Chilena de Políticas Públicas. Enero 2010.
- De Paola, M. y Valeria Pupo (2009). “Absenteeism in the Italian Public Sector: The Effects of The Changes in Sick Leave Compensation”. Working paper N°16 -2009.
- Ellis, Randall P., and Thomas G. McGuire (1993). “Supply-side and Demand-Side Cost Sharing in Health Care”. *Journal of Economic Perspectives*, 7:4, 135-51.
- Henrekson M., and Persson M. (2004). “The effects on sick leave of changes in the sickness insurance System”. *Journal of Labor Economics*, 22:1, 87-113.
- Manning, Willard G., et al., “Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment,” *American Economic Review*, June 1987, 77:3, 251-77.
- Osterkamp, R. y Oliver Röhn (2005). “Being on Sick Leave: Possible Explanations for Differences Of Sick-leave Days Across Countries”. IFO Working Paper N°19.
- Rodríguez, J. y M. Tokman (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.
- Superintendencia de Salud (2006). “Evaluación del Subsidio por Incapacidad Laboral por Enfermedad Común en Chile: 1990-2000”. Documento de trabajo.
- Universidad Católica de Valparaíso (2009). “Evaluación Comprehensive del Gasto a la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (Compin)”. Informe Final.
- World Health Report (2010). “The Case for Paid Sick Leave”. Background paper N°9.

