

SERIE INFORME
SOCIAL

ISSN 0717-1560

N° 117

MARZO 2009

**Determinantes del uso de
licencias médicas en el
sistema ISAPRE***

Por: Rodrigo Castro F.**

LIBERTAD 
DESARROLLO

LIBERTAD 
DESARROLLO

INDICE

Resumen Ejecutivo	5
<hr/>	
I. Introducción	6
<hr/>	
II. Metodología	7
<hr/>	
III. Análisis de Datos y Resultados	8
3.1 Análisis General	8
3.2 Análisis Demográfico y Tipo de Enfermedad	10
3.3 Análisis de las Características Laborales	11
3.4 Análisis de Renta	12
<hr/>	
IV. Conclusiones y Propuestas	13
<hr/>	
V. Referencias Bibliográficas	15
<hr/>	

* Se agradece la valiosa ayuda de Fernando Villarino en el análisis de la base de datos. Todo error u omisión es de responsabilidad exclusiva del autor. Se agradecen los comentarios a rcaastro@lyd.org

**Ingeniero Comercial, mención Economía. PhD(c) en Economía, Georgetown University. Director Programa Social Libertad y Desarrollo.

DETERMINANTES DEL USO DE LICENCIAS MÉDICAS EN EL SISTEMA ISAPRE

El sobre uso de las licencias médicas ha estado sometido a una amplia discusión en el debate público en el último tiempo, debido principalmente a los grandes costos que ellas significan y a los posibles incentivos perversos que puede generar un marco regulatorio inadecuado. El objetivo de este estudio es analizar los factores de mayor impacto en el uso de las licencias médicas y su efecto en la duración de éstas. La base de datos que se utiliza corresponde a todas las licencias solicitadas por los cotizantes de dos de las principales ISAPRE entre 2004 y 2008.

Baste destacar algunos resultados. Primero, aunque la carencia de 3 días parece no tener mucha relevancia en la distribución de la duración, la recuperación de este deducible al completar 10 días de licencia sí parece tener relevancia. Segundo, las mujeres presentan una tendencia levemente positiva a mayores duraciones de licencias. En promedio los hombres tienen una probabilidad 33% mayor de terminar la licencia antes que las mujeres, para cada día de licencia. El grupo con menor duración esperada de licencia es el de los más jóvenes.

Es necesario que este sistema contenga los incentivos adecuados para su correcto funcionamiento, cubriendo a los trabajadores de la contingencia de contraer una enfermedad que les impida trabajar, asegurando su adecuada recuperación y minimizando los abusos que se observan en la actualidad. En este sentido, se presentan y discuten algunos instrumentos de política pública que permitirían resolver los problemas de diseño que este tipo de subsidio presenta.

DETERMINANTES DEL USO DE LICENCIAS MÉDICAS EN EL SISTEMA ISAPRE

I. Introducción

El gasto total en licencias médicas ascendió a \$385.854 millones en 2007, cifra que representa un aumento de un 81 % con respecto a 1998. No obstante, el sistema ISAPRE aumenta su gasto en 21 %, en contraste con aumento de 231 % de FONASA. Baste recordar que el gasto en licencias médicas resulta del producto del número total de días de subsidios pagados y el monto promedio diario pagado. En el sistema ISAPRE, el número de días de subsidios pagados ha disminuido en un 10 %, mientras que el monto promedio pagado por día de licencia aumenta en un 34 %.¹

En ese mismo período, los cotizantes en su conjunto han aumentado en un 32 %, no obstante, en las ISAPRE disminuyeron un 26 % (412.996). Por otro lado, el comportamiento de la tasa de incapacidad laboral (TIL), definida como el número de días de subsidios pagado anualmente por cotizante, aumenta en un 23% (5,2 a 6,4) y el monto de subsidio diario aumenta de \$16.841 a \$22.560, es decir un incremento de 34 %.

Si se evalúa la incidencia de las variables anteriormente descritas en el aumento del gasto en licencias del sistema de ISAPRE se tiene que el aumento en el gasto en subsidios ha sido de un 21 %, que se explica en un 78 % por la TIL; -123 % en mayor número de cotizantes y 145 % por el monto diario de subsidio. Luego, hay dos razones fundamentales que explican un aumento del gasto en licencias en el sistema de salud privado más

limitado que en otras entidades pagadoras:

- incentivo económico de efectuar controles más rigurosos en la autorización de las licencias médicas por parte de sus contralorías médicas,
- disminución de cotizantes registrada entre 1998 y 2007.

No obstante lo anterior, esta tendencia es preocupante dado que implica una carga creciente para los sistemas de salud público y privado, lo que a la larga se traduce en una reducción de los recursos disponibles para la cobertura del resto de las prestaciones de salud. A la luz de estos antecedentes se hace necesario evaluar un nuevo diseño que permita reducir al mínimo los abusos, liberando recursos que permitan, entre otras cosas, mejorar la calidad de las atenciones de salud especialmente en el sector público y contener el aumento de costos en el sector privado.

En el actual modelo de otorgamiento de licencias médicas, el sentido original de estos subsidios de salud ha cambiado hacia un esquema permeable a los fraudes, tanto a nivel individual como colectivo. Así, el conjunto del sistema, incluyendo a quienes efectivamente necesitan de esta ayuda, termina dañado, sin que hasta ahora exista voluntad política para remediar eficazmente tal situación. Cabe destacar que el otorgamiento de licencia es un acto muchas veces discrecional que no se rige por pautas objetivas, toda vez que muchas enfermedades presentan sintomatología poco específica. Asimismo, las listas de espera en el sector público provocan licencias prolongadas. En consecuencia, la eficiencia en la prevención de salud permitiría reducir el uso de licencias médicas, el reposo y los beneficios monetarios. En este sentido, la atención de salud oportuna

¹ Superintendencia de Seguridad Social, 2008.

disminuye la duración de licencias, y por consiguiente el gasto en subsidios. Baste señalar que al evaluar los problemas de diseño institucional y la sobre utilización de estos subsidios, y el consecuente sobre gasto, no se busca desconocer los méritos que justifican su existencia. En efecto, este subsidio permite el debido reposo y una adecuada recuperación por enfermedades curativas, y la protección y disminución de los riesgos de salud de la madre trabajadora y el niño menor de un año.

Cabe mencionar que en Chile este subsidio cuenta con una cobertura del 100% de la remuneración imponible del trabajador, con un tope de 60 UF y con un deducible de tres días, que desaparece cuando la licencia es de más de diez días en el sector privado, y sin deducible en el sector público. Al comparar con otros países, se encuentra que el régimen de licencias médicas generalmente consiste en el pago de un 50% a 75% del ingreso promedio del trabajo de los meses anteriores, con un tope para los beneficios. El tiempo que se puede obtener el beneficio se limita generalmente a 26 semanas en un año por una misma enfermedad, para pasar a recibir un subsidio por discapacidad (permanente) si la enfermedad continúa. Así, por ejemplo, en Italia, el seguro reembolsa sólo un 50 % del salario desde el día 4 al 20, y luego un 66,6 % hasta los 180 días. En España se financia el 60 % del ingreso del trabajador a partir del cuarto día, y sólo en caso que esta licencia exceda los 20 días, el financiamiento aumenta a un 75 % de la remuneración. El caso mexicano es similar, ya que el financiamiento de las licencias médicas es por un 60 % de la remuneración a partir del cuarto día. Estos ejemplos evidencian que el sistema chileno es excepcionalmente generoso y por ende puede existir espacio para modificar el régimen de licencias médicas.

La comparación con países desarrollados debe tomar en cuenta que el menor subsidio de las remuneraciones (60 % de otros países contra 100 % de Chile) en caso de enfermedad de sus trabajadores es compensado por un elevado financiamiento de las prestaciones de salud.

La experiencia internacional muestra que las licencias médicas son altamente elásticas a reducciones en el porcentaje de reembolso de las mismas; es decir, las rebajas en esta cobertura repercuten en un menor número de licencias. En el caso de Estocolmo, en 1991

se rebajaron los reembolsos para todo tipo de licencias médicas, y la respuesta fue una reducción de un 23 % en el número de éstas.

Para un análisis de los determinantes del uso de licencias médicas sería adecuado disponer de una base de datos que comprenda cotizantes de ambos subsistemas, FONASA e ISAPRE. Sin embargo, la muestra que se utiliza en este estudio sólo corresponde a todas las licencias solicitadas por los cotizantes de dos de las principales ISAPRE entre 2004 y 2008.

Este documento está dividido en cuatro secciones. La segunda explica brevemente la metodología utilizada. En este caso, debido al tipo de datos solicitados a ambas ISAPRE se optó por un análisis de duración. La tercera sección describe los datos y los resultados encontrados a partir de la aplicación del modelo de riesgo proporcional a la Cox. La cuarta sección entrega las principales conclusiones y propuestas del estudio.

II. Metodología

La metodología de análisis utilizada consiste en un análisis de duración. Ésta consiste en estimar una función de riesgo que mide la probabilidad de que una persona termine la licencia, dado que ya cumple un cierto número t de días de licencia. Asimismo, se calcula una función de duración que representa la probabilidad de que un individuo esté con licencia t días o más, o de que siga con licencia al día t ². En el modelo utilizado se toma como referencia una función o tasa de riesgo, que corresponde a la del individuo promedio o representativo. Este modelo se formula en términos de la tasa de riesgo, condicionado en ciertas variables.

Es importante recordar que la tasa de riesgo no representa la verdadera probabilidad, dado que ésta puede ser mayor a 1.

En este análisis, los coeficientes se interpretan como cambios proporcionales de la función respecto a la referencia o individuo representativo. Esta referencia en cada variable será aquella categoría que tenga un coeficiente igual a 1. Los coeficientes del resto de las

² Se utiliza el método semi paramétrico de riesgo proporcional de Cox (CPH).

categorías se interpretan, entonces, como la propensión a terminar la licencia con respecto a la referencia. Por ejemplo, si la característica “hombre” tiene un coeficiente de 1,33 significa que los hombres tienen un 33% más de probabilidad que las mujeres de dejar la licencia y volver a trabajar, por cada día de licencia (es decir, para cualquier punto de la función).

III. Análisis de Datos y Resultados

3.1. Análisis General

Las características del sistema que analizaremos en mayor detalle son:

- Días de carencia: Si la licencia dura menos de 10 días, los primeros 3 días son un “deducible”, es decir, no se pagan. Si la licencia es mayor a 10 días, se paga el sueldo completo.
- Tope de renta: El ingreso máximo considerado para calcular el monto a pagarse es de 60 UF mensuales.

El objetivo es analizar los factores de mayor impacto en el uso de las licencias médicas y su efecto en la duración de éstas. Para esto, se llevó a cabo un análisis de duración que tiene las siguientes características:

- Variables Dependientes (Duración): Se tienen dos tipos de análisis, dependiendo del indicador usado para medir la duración:
 - Días solicitados: Son los días que originalmente solicitó el cotizante, los cuales pueden haber sido rechazados o reducidos por el médico contralor. Este análisis muestra la propensión a solicitar licencias; sin embargo, en general, se utilizan los días autorizados como variable de duración.
 - Días autorizados: Mide los días que efectivamente se completaron en reposo, y corresponde a la duración efectiva de las licencias. Depende indirectamente, a su vez, de los días solicitados, pero incluye también las licencias no autorizadas, o aquellas en que se rebajó la cantidad de días originalmente pedidos.

En general, se utiliza la variable días autorizados, pero se complementan algunos análisis con los días

solicitados cuando existan resultados que se estime útiles de resaltar.

□ Variables Explicativas:

- Características demográficas y enfermedad: sexo, edad; enfermedad (incidencia de los siete diagnósticos más comunes).
- Características laborales: actividad económica, sector público o privado, ocupación, calidad del trabajador, renta (tramos de renta real, en UF).

La muestra corresponde a todas las licencias solicitadas por los cotizantes de dos de las principales ISAPRE. Son, en total, 1.110.085 licencias, generadas entre 2004 y 2008. La edad promedio de los individuos es de 40 años, con una renta promedio de \$717.000. Un 40% de los cotizantes son hombres, y alrededor del 25% de la muestra trabaja en el sector público.

Es necesario mencionar que esta base de datos contiene la cantidad de licencias totales. Esto puede producir problemas de sobreestimación de algunas variables, ya que hay personas que pueden haber solicitado 50 licencias en el período de estudio, mientras otras solamente una³. Por lo mismo, éste no es un análisis de propensión a solicitar licencias, debido a que no se dispone información sobre los cotizantes que no solicitaron. La Tabla N° 1 muestra un resumen de las características más importantes de la muestra.

De acuerdo a la Tabla N° 1 se puede inferir que la duración promedio es de 11,27 días (días autorizados). Asimismo, se solicitaron más de 13 millones de días en poco más de 4 años, con un promedio anual de 12,84 millones. De éstos, se autorizó aproximadamente el 92 %, es decir, unos 12.500 millones. En total se pagaron más de 10,8 millones de días; y si se considera la renta mensual como la productividad marginal de cada trabajador, se puede decir que hubo una pérdida bruta de, a lo menos, \$224.000 millones para los empleadores considerados en esta muestra. Sin duda que este monto es un límite máximo, dado que la licencia permite el debido reposo y una adecuada recuperación por enfermedades curativas, y la

³ Esto se soluciona incluyendo la opción `shared frailty` en el comando `stcox` de Stata 10.

Tabla N°1: Estadística Descriptiva de la Muestra

Variable	Promedio	Desv. Estándar	Min	Max	Total
Edad	38,9	11,2	16,0	94,0	-
Renta Imponible (\$)	717.049	906.876	310	30.100.000	-
Hombres	39%	49%	-	-	-
Sector Público	25%	43%	-	-1,0	-
Días solicitados	12,3	13,8		243,0	13.592
Días autorizados	11,3	13,3	0,0	92,0	12.515
Días pagados	9,8	13,8	0,0	92,0	10.846
Monto licencia (\$)	210.949	322.762	0,0	3.899.789	224.075.582

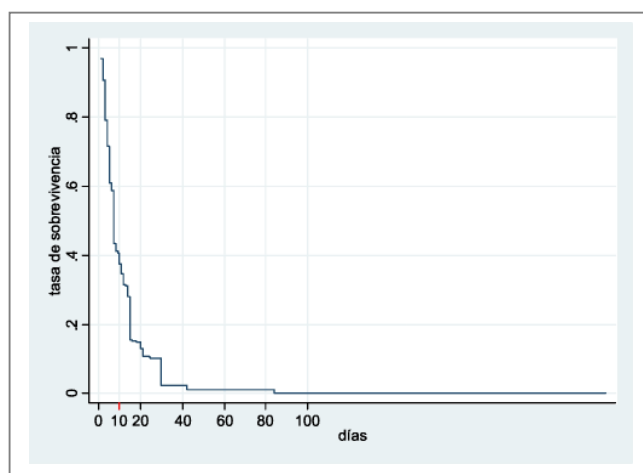
protección y disminución de los riesgos de salud de la madre trabajadora y el niño menor de un año. Luego este mecanismo de protección del trabajador permite de cierta forma aumentar su productividad.

La Figura N° 1 muestra la curva de duración correspondiente. Ésta muestra la probabilidad de que un individuo esté con licencia t días o más, o de que siga con licencia al día t. Esto puede ser útil para evaluar si los días de carencia tienen un impacto relevante para solicitar y otorgar una licencia. Vale decir, un segmento más plano de la curva implica que las probabilidades de dejar la licencia, o volver al trabajo, son pocas en ese período, mientras que un segmento con mayor pendiente muestra un período de tiempo en que las licencias tienden a reducirse.

En este caso, no se aprecia una relación positiva significativa entre la carencia completa de 3 días y los días solicitados de licencia. Como se aprecia en la Figura N° 1, hay una brusca caída en la probabilidad de permanecer con licencia entre los días 2 y 7, desde un 90 % a un 40 %. Es decir, la probabilidad de seguir ausente al segundo día es de 90 %, mientras que a los 7 días es de solamente 40 %. Más aún, entre el segundo y tercer día de licencia, se aprecia que la tasa de permanencia se reduce en un 15 % (al 75 %) aproximadamente. Del día 3 al 4, en tanto, el porcentaje disminuye en aproximadamente un 5 %. Sin embargo, esto no se puede considerar una caída menor, como sí se puede apreciar entre los días 5 y 6, o entre el día 8 al 10. Por lo tanto, existe evidencia de que la carencia de 3 días tiene un impacto importante en los días autorizados de licencia, al menos desde el punto de vista gráfico. Un efecto mayor se aprecia alrededor de los 10 días.

Durante la segunda semana de licencia (días 7 al 14), hay una disminución en la probabilidad de permanencia de sólo 12 % (de 40 % a 28%). Como puede observarse entre los días 9 al 10, ésta se reduce en un 3%, y entre el 10 y el 11 día disminuye sólo 2 %. Es decir, si se llega a los 8 días de licencia, es muy probable que se alcance el décimo día; y si se alcanzan los 10 días con licencia, hay una alta probabilidad de completar los 12, 13 ó 14 días de ausentismo.

Figura N°1 Curva de Duración de Licencias



No obstante, es necesario recordar que dadas las características de la muestra no sería anormal que se presenten caídas mayores durante los primeros días, para estabilizarse en los días siguientes. Aun así, hay evidencia que indica una tendencia a permanecer más tiempo ausente, cuando se aproxima al décimo día de licencia y durante los días inmediatamente posteriores. Para lo que

ocurre en los días inmediatamente anteriores al décimo, una explicación plausible es que, al aumentar la posibilidad de recuperar los primeros días de carencia, el individuo tiene mayores incentivos para alcanzar los 10 días de licencia. Para los días inmediatamente posteriores, la explicación es análoga a la anterior.

El resultado más interesante, sin embargo, ocurre entre los días 15 y 30, durante los cuales la probabilidad de sobrevivencia disminuye sólo un 5 % (15 % a 10 %) en dos semanas, generando un segmento casi completamente plano. La explicación más probable a este fenómeno estaría en una tendencia a completar el mes completo de licencia. Esto es más evidente al comprobar el salto que ocurre exactamente a partir del día 30, cuando la tasa de permanencia se reduce en 7 % (de 10 % a 3 %); es decir, la probabilidad de ausentismo el día 31 es un 70 % menor al día 30, o lo que es lo mismo, un 70 % de los individuos que estaban con licencia el día 30, vuelve a trabajar al día siguiente.

De aquí en adelante se observa lo habitual: la tasa de sobrevivencia cae gradualmente hasta llegar al período de licencia más largo registrado (92 días). Las enfermedades cuyas licencias son mayores a 40 días suelen ser las más graves, y por lo tanto sus licencias tenderán a ser mucho más prolongadas y además son una proporción muy pequeña de los casos, por lo que una reducción gradual en términos absolutos, es comparativamente muy alta para este subgrupo.

Los siguientes análisis incluyen (de izquierda a derecha en las tablas): número de observaciones correspondientes a esa característica (N), coeficiente (tasa de riesgo, HR), desviación estándar del coeficiente (DS), intervalo de confianza al 95 % para el coeficiente estimado (IC 95 %), duración promedio (x), y la distribución acumulada de la duración por tramos (en días).

3.2. Análisis Demográfico y Tipo de Enfermedad

Las variables analizadas en este punto son género y edad del solicitante, y si el diagnóstico corresponde a

alguna de las enfermedades más comunes según el formulario oficial para licencias médicas. Los resultados del análisis de duración, junto con algunas de las características más importantes de estas variables, se muestran en las siguientes tablas.

Las mujeres presentan una tendencia levemente positiva a mayores duraciones de licencias. El coeficiente de la tasa de riesgo para los hombres es de 1,33. Esto indica que, en promedio, tienen un 33 % más de probabilidades de terminar la licencia que las mujeres, para cada día de licencia, junto con una mayor duración promedio. Esto se explica por las licencias pre y post natales.

Tabla N° 2: Análisis de Riesgo por Género

	N	HR	DS	IC	95%	x	25%	50%	75%
Mujer	623.688	1,00	-	-	-	12,16	4	7	15
Hombre	398.466	1,33	0,0003	1,327	1,399	8,67	3	5	14

En cuanto a la edad, se aprecia que el grupo con menor duración esperada de licencia es, como era de esperar, el de los más jóvenes. De acuerdo a la edad, aumenta progresivamente la tendencia a mayor cantidad de días con un coeficiente que disminuye hasta 0,44 para los mayores de 70 años. Es decir, este grupo etéreo presenta una probabilidad 56 % menor que una persona de 20 de terminar la licencia, con un evidente aumento en la concentración de éstas. Esto se explicaría por el efecto de la edad de jubilación. El único tramo de edad que no es consistente con la tendencia es entre 41 y 50, donde el coeficiente aumenta levemente, y la duración promedio se reduce simultáneamente.

Respecto a las enfermedades, es necesario recordar que la clasificación sólo incluye las enfermedades más comunes. La referencia en este caso, son los "otros", o enfermedades menos comunes. Las licencias con menor propensión diaria a volver al trabajar, es decir, las de mayor gravedad, son los accidentes del trabajo, seguidos por las patologías del embarazo.

Al respecto, cabe notar que los accidentes del trabajo engloban también los sufridos en el trayecto de ida o vuelta hacia éste, y por lo tanto, incluye una proporción importante

Tabla N° 3: Análisis de Riesgo por Edad

	N	HR	DS	IC	95%	x	25%	50%	75%
20 ó menos	7. 644	1,00	-	-	-	7,08	3	5	10
21-30	246. 543	0,78	0,01	0,76	0,80	10,25	3	7	14
31-40	368. 410	0,68	0,01	0,67	0,70	11,25	4	7	15
41-50	203. 006	0,73	0,01	0,71	0,75	9,63	3	7	15
51-60	149. 310	0,64	0,01	0,63	0,66	10,19	4	7	15
61-70	4. 323	0,54	0,01	0,53	0,56	11,51	4	7	15
71 ó más	4. 020	0,45	0,01	0,43	0,47	14,00	5	12	30

Tabla N° 4: Análisis de Riesgo por Tipo de Enfermedad

	N	HR	DS	IC	95%	x
Enfermedad o accidente común	179. 575	0,91	0,003	0,900	0,912	12
Prórroga medicina preventiva	248. 827	1,37	0,004	1,366	1,383	8
Maternal pre y postnatal	99. 025	1,26	0,005	1,253	1,272	9
Enferm. grave hijo menor 1 año	131. 060	1,04	0,004	1,037	1,052	10
Acc. del trabajo o trayectoria	70. 938	0,72	0,003	0,712	0,724	16
Enfermedad profesional	70. 449	1,22	0,005	1,213	1,325	9
Patología del embarazo	68. 932	0,85	0,004	0,843	0,858	12

de los accidentes de tránsito, lo que claramente aumenta la duración esperada y reduce el coeficiente estimado. Por otro lado, las enfermedades de menor extensión son las prórrogas de medicina preventiva, las enfermedades laborales y las licencias por pre y post natal.

3.3. Análisis de las Características Laborales

En cuanto al sector económico en que participan, los que registran menores propensiones a terminar las licencias (coeficientes estimados altos) son los de Agricultura, Silvicultura y Pesca (que constituye la referencia), y Manufactura. Baste señalar en el primer caso es que, aún teniendo el coeficiente más bajo, presenta a su vez el promedio de días de licencia más bajo (es decir, baja propensión a dejar la licencia y baja duración).

Esto se puede explicar en parte porque, en general, los casos más breves (menores a 10 días), tienden a concentrarse en los primeros 8 días, mientras que los casos más extensos (mayores a 10 días), son una

proporción menor, pero con duraciones muy largas.

Esto generaría un promedio de duración relativamente breve, pero un coeficiente bajo, lo cual, en principio, parece contraintuitivo. Las actividades con mayor tasa de regreso, por otra parte, son el transporte, las actividades extractivas, y la construcción. Sin embargo, las licencias con duraciones más extensas en promedio, corresponden al comercio, los servicios financieros y el sector manufactura.

Respecto a funciones laborales se puede observar que las de menor coeficiente son aquellas en funciones ejecutivas o directivas, y las de operarios y trabajadores manuales, las cuales, a su vez, reportan duraciones promedio relativamente altas. Las propensiones a terminar la licencia aumentan, en tanto, en el área de otros profesionales, en los cargos administrativos y en las profesiones técnicas, (altos coeficientes), lo que coincide con sus comparativamente bajos promedios de días de licencia.

En cuanto a la calidad del trabajador, los trabajadores del sector público, en promedio, tienen una propensión casi 90 % mayor de volver al trabajo que los independientes del sector privado. Esto se explicaría en parte porque el sector

Tabla N° 5: Análisis de Riesgo por Sector Económico

	N	HR	DS	IC	95%	x
Agricultura, Silvicult. y Pesca	29. 541	0,79	0,009	0,770	0,809	8,48
Minas y Petróleo	66. 707	1,01	0,0100	0,988	1,030	10,43
Manufactura	22. 161	0,92	0,008	0,905	0,938	11,94
Construcción	17. 109	1,001	-	-	-	9,78
Servicios Básicos	17. 524	0,84	0,009	0,821	0,857	9,72
Comercio	161. 035	0,92	0,007	0,902	0,932	12,46
Transporte y Comunicaciones	59. 684	1,02	0,009	1,010	1,040	10,28
Finanzas y Seguros	168. 974	0,97	0,008	0,957	0,990	12,26
Servicios Estatales y Personales	247. 593	0,99	0,008	0,977	1,010	9,05
Otros	354. 637	0,96	0,007	0,940	0,970	12,02

Tabla N° 6: Análisis de Riesgo por Cargo Laboral

	N	HR	DS	IC	95%	x	25%	50%	75%
Sector Público	266. 578	1,87	0,01	1,65	2,03	8,78	3	5	11
Priv. Depend.	837. 569	1,45	0,01	1,21	1,56	12,01	4	7	15
Priv. Independ.	5. 912	1,00	-	-	-	21,76	8	15	30

Tabla N° 7: Análisis de Riesgo por Calidad del Trabajador

	N	HR	DS	IC	95%	x
Ejecutivo o Directivo	40. 870	1,16	0,70	1,14	1,17	13,10
Profesor	167. 338	1,14	0,01	1,13	1,15	11,10
Otro Profesional	201. 910	1,24	0,01	1,22	1,26	10,93
Técnico	50. 975	1,16	0,01	1,15	1,18	9,38
Vendedor	96. 754	1,18	0,01	1,16	1,19	12,46
Administrativo	285. 428	1,38	0,01	1,37	1,40	9,08
Operario	106. 206	1,09	0,04	1,02	1,16	10,71
Trabajador Casa Particular	189. 120	1,21	0,01	1,19	1,22	13,18
Otro	1. 042	1,00	-	-	-	10,93

público no tiene el período de carencia de 3 días. Asimismo, tienen la menor duración promedio, y se concentran, en su mayoría, bajo los 11 días de licencia. Los independientes privados, en tanto, tienen el promedio de días de licencia más alto, con casi 22 días, concentrándose, en general, sobre los 10 días. Más aún, el 25 % llega a tener licencias mayores a 30 días. Los dependientes privados tienen una duración que se acerca al promedio poblacional.

3.4. Análisis de Renta

La renta mensual tiene una correlación negativa con la duración y positiva con el coeficiente. En otras palabras, a medida que aumentan los ingresos, aumenta la propensión a terminar la licencia, y disminuyen los días de licencia. La explicación es relativamente intuitiva: a mayor costo alternativo de estar con licencia (y por lo tanto, mayores costos, en términos de productividad), mayores son los incentivos a terminar la licencia. Sin embargo, hay dos

Tabla N°8: Análisis de Riesgo por Nivel de Renta

	N	HR	DS	IC	95%	x	25%	50%	75%
15 o menos	215. 593	0,68	0,00	0,68	0,69	11,77	5	7	15
15-30	295. 301	0,73	0,00	0,73	0,74	11,73	4	7	15
30-45	225. 564	0,74	0,00	0,74	0,75	11,56	4	7	15
45-60	168. 104	0,74	0,00	0,74	0,75	11,68	4	7	15
60 o más	157. 589	1,00	-	-	-	8,88	3	5	10

hechos importantes:

- Los coeficientes (tasas de riesgo), en general, son bastante similares en los primeros 4 tramos, con una diferencia entre el mayor (tramo 3) y el menor (tramo 1) de no más del 8 %. No obstante, éstos presentan una distinción importante respecto al tramo 5 (60 o más). El coeficiente de este segmento es un 25 % mayor que del tramo siguiente (30 — 45), y 32 % mayor al menor (15 o menos). Es decir, el coeficiente aumenta significativa y bruscamente al pasar al tramo 5 (aumenta su propensión a terminar la licencia). Algo análogo ocurre con la duración promedio y la distribución de los días de licencia: el tramo de renta por sobre las 60 UF muestra una duración y concentración sustantiva y consistentemente menor que todos los demás tramos.
- Hay un pequeño salto contrario a la tendencia, y ocurre entre 45 y 60 UF (tramo 4) donde el coeficiente, en vez de aumentar, disminuye muy levemente. Es decir, los individuos correspondientes a este tramo de ingreso, tienen una propensión a terminar la licencia levemente menor que aquellos del tramo 3.

La explicación a estas situaciones está en el tope legal de renta, para efecto de las licencias médicas, de 60 UF. Lo más claro es la tendencia a reducir la duración que se observa en los individuos con ingresos mayores a 60 UF. Dado que éstos no obtendrán la totalidad de la renta, si no solamente la proporción correspondiente a 60 UF, su costo alternativo de estar con licencia es mucho mayor; tanto así que para ellos es incluso más rentable perder los primeros 3 días de “deducible” que extender la licencia, como lo evidencia el hecho que

son el único grupo cuya duración promedio está bajo los 10 días, y en que el 75 % de sus licencias duran menos de 10 días. En el resto de los tramos, en tanto, se ve una clara tendencia a completar los 10 días de licencia y recuperar este deducible, ya que de este modo recuperan por completo la renta perdida.

En cuanto al segundo fenómeno, una posible explicación, es que en el tramo 4, al aproximarse al tope legal, se tiene la impresión de estar “ganando” respecto al tramo siguiente, y se quiere aprovechar la devolución completa de un ingreso relativamente alto.

IV. Conclusiones y Propuestas

Sobre la base de algunos de los resultados de este análisis de duración y la experiencia internacional en el diseño e implementación de políticas públicas se propone introducir modificaciones al sistema de licencias médicas que mejore los incentivos y el control de ellas. Es necesario que este sistema contenga los incentivos adecuados para su correcto funcionamiento, cubriendo a los trabajadores de la contingencia de contraer una enfermedad que les impida trabajar, asegurando su adecuada recuperación y minimizando los abusos que se observan en la actualidad. En este sentido, parece razonable considerar al menos cinco instrumentos de política pública.

Es importante destacar que para todos los afiliados al sector privado y para una parte de los del sector público esto no es un subsidio, sino que es un seguro “forzado y autopagado”, consecuentemente tanto los excesos y abusos son pagados por todos los cotizantes.

En primer lugar se debería reemplazar el período de

carencia por un mecanismo de pago porcentual. Aunque la carencia de 3 días parece no tener mucha relevancia en la distribución de la duración, la recuperación de este deducible al completar 10 días de licencia sí parece tener relevancia. En efecto, el tramo de la curva de sobrevivencia inmediatamente anterior y posterior a esta fecha presenta una forma relativamente plana, lo cual muestra una tendencia, a partir del octavo día, de no terminar la licencia hasta pasar los 10 días. Dicho de otro modo, este segmento plano indica una menor propensión a terminar la licencia. Esto se explicaría en parte, porque al aproximarse al décimo día de licencia, el costo relativo de seguir sin trabajar, versus el costo alternativo de perder los 3 días de deducible, se reduce. Para entender este mecanismo hay que considerar que el paciente debe, en un sistema adecuado, efectuar un copago que signifique un sacrificio económico para quien solicita la licencia. De lo contrario, se producen incentivos perversos, como que los pacientes se licenciarán por enfermedades que no ameritan licencia.

Para implementar lo anterior parece razonable un mecanismo de licencia escalonada. Esto significa que la licencia se paga incompleta, recibiendo el solicitante un porcentaje de su sueldo, cuyo porcentaje crece conforme aumentan los días de licencia. De esta manera se elimina el incentivo a solicitar licencias por enfermedades leves y asimismo el actual mecanismo del período de carencia. Constituye también una variable a estudiar la posibilidad de acceder al beneficio para los 3 primeros días de licencia cuando éstas se prolongan más allá de 10 días, lo que puede realizarse ya sea manteniendo siempre la carencia, o pagándolo después de enfermedades más prolongadas.

Igualmente se estima necesario discutir la posibilidad de reducir los porcentajes de reintegro, por ejemplo, cuando se acumulen en un mismo año calendario los días en que se ha hecho uso de este beneficio más allá de un número de días establecidos en la ley, o incluso realizarlo a través de una tabla progresiva. Estas fórmulas pueden combinarse con la posibilidad de que los beneficios rebajados se otorguen al trabajador, pero sólo a modo de reintegro por medicamentos adquiridos por prescripción médica.

En segundo lugar, se debería separar la cotización destinada a licencias médicas de la cotización de salud.

De esta manera se evitaría que los incrementos en las licencias sean financiados con reducciones en las prestaciones de salud. En este caso, los seguros serían financiados con una proporción de los ingresos imponibles de cada trabajador, no existiendo aportes o subsidios estatales. Por lo tanto, todos los trabajadores podrían optar por la institución más conveniente según sus intereses, independiente del asegurador de salud. Esta modificación permitiría a los trabajadores independientes, que no tienen derecho a cobrar subsidios por incapacidad laboral, pagar sólo por los beneficios de salud, a través de una cotización que represente entre un 5,0 % y un 5,5 % de su renta.

En tercer lugar, se requiere libertad de contratación de la cobertura de la licencia. Una alternativa que mejora los incentivos a racionalizar este subsidio es dar libertad a las personas para pactar la licencia, con el objeto de mejorar la cobertura de salud y abaratar los planes. Para ello es necesario flexibilizar los contratos de la licencia de forma de permitir que los cotizantes puedan pactar libremente, ya sea subsidios menores al 100% del ingreso o deducibles expresados en números de días. En este sentido, será necesario establecer una licencia mínima con el fin de asegurar que todos mantengan un nivel adecuado de cobertura en caso de enfermedad de licencia prolongada.

Como está comprobado internacionalmente, coberturas inferiores al 100% permitirían reducir el número de días perdidos y reducirían los incentivos para las licencias fraudulentas. En este sentido, como se aprecia en el análisis hay un claro efecto del tope de 60 UF en la duración total de las licencias. El tramo de ingresos mayor a 60 UF tiene una propensión mucho mayor que el resto a terminar la licencia. Su duración promedio es menor a la del resto de los tramos, y sus licencias se concentran, en gran medida, bajo los 10 días; es decir, prefieren terminar la licencia lo antes posible, aun cuando ello signifique perder los 3 días de carencia.

En cuarto lugar, se requiere rediseñar el subsidio pre y post natal y por enfermedad grave de hijo menor de un año. El beneficio de pre y post natal (18 semanas) con goce completa de remuneraciones está por encima del de la Unión Europea (14 a 16 semanas con menos del 100% de remuneración). En Estados Unidos sólo se concede permiso. El beneficio en caso de hijo menor de un año con enfermedad grave es muy poco frecuente en el mundo. Sólo existen dos casos, Finlandia y Suecia con 80 % y 90 % de

remuneración; el resto goza sólo de permiso a ausentarse. Luego, se propone en primer lugar que el subsidio cubra un porcentaje menor al 100% de la remuneración.

Por último, se propone aumentar las sanciones contra los facultativos que extiendan licencias fraudulentas. Se podrían establecer leyes y reglamentos más estrictos que incorporen fuertes multas y sanciones a los profesionales que emitan licencias fraudulentas, y de esta manera castigar y minimizar los ilícitos. Estas sanciones podrían incluir desde la suspensión del derecho a emitir licencias hasta, en casos reiterados, la prohibición permanente de dicha práctica.

De acuerdo a los antecedentes de que dispone el COMPIN, la regla general es que un médico promedio en un año otorgue como máximo 150 licencias, mientras que hay otros facultativos que llegan a cifras de 2.000 licencias anuales. No obstante lo anterior, si se aumentan las sanciones, hay que considerar que no todas las especialidades médicas otorgan la misma cantidad de licencias. Por ejemplo, un siquiátra, por la naturaleza de las enfermedades que atiende, otorga más licencias que un pediatra.

En este mismo sentido, se requiere modificar la naturaleza de los COMPIN. Estas instituciones se deberían transformar en organismos autónomos y descentralizados, independientes del sistema público de salud. Con una modificación de su calidad jurídica-administrativa se podría asegurar la imparcialidad de los COMPIN al rechazar o confirmar licencias médicas, eliminando la discrecionalidad del sistema público.

V. Referencias Bibliográficas

- [1] Superintendencia de Seguridad Social (2008) "Aumento del gasto en subsidios por incapacidad laboral". Documento de Trabajo.
- [2] Superintendencia de Salud (2006) "Evaluación del subsidio por incapacidad laboral por enfermedad común en Chile: 1990-2000". Documento de Trabajo.
- [3] Van Lomwel, G. et al. (2007) "Shortening Sick Leave of Self-Employed Workers: A Case Study in the Netherlands". Department of Economics and Econometrics, Faculty of Economics and Business, University of Groningen.
- [4] Universidad Católica de Chile, (1999) "¿Subsidio de Incapacidad Laboral versus Seguro de Salud?". Boletín Programa Economía de la Salud.
- [5] Gertler Paul, (1999), "Insuring the Economic Costs of Illness". Conference on Social Protection and Poverty. Inter-American Development Bank.
- [6] Aedo C., G. Bastías y C. Sapelli(1999). "Subsidio de Incapacidad Laboral en Chile". Mimeo.
- [7] Cid Camilo (2001), "Microeconomía del Subsidio de Incapacidad Laboral: Evaluación y Propuestas de Política sobre la base de un Modelo de Seguro con Presencia de Riesgo Moral". Tesis Programa de postgrado en Economía Ilades/Georgetown University. Duryea, S. (2008) "Distributional Impacts of the Surge in World Food Prices on the Caribbean", mimeo, Interamerican Development Bank.

Serie Informe Social

Últimas Publicaciones

- N° 116** **El Impacto de la Inflación en la Pobreza**
Joaquín Lavín I.
Rodrigo Castro F.
Febrero 2009
- N° 115** **El Impacto del Salario Mínimo en el
Desempleo y la Desigualdad de Salarios.
Evidencia para Chile 1998-2006**
Rodrigo Castro F.
Enero 2009
- N° 114** **El Proyecto de Ley General de Educación
y los Temas Pendientes**
Carolina Velasco
Noviembre 2008