



Documento de Trabajo

**EVALUACIÓN DEL SUBSIDIO POR
INCAPACIDAD LABORAL POR
ENFERMEDAD COMÚN EN CHILE:
1990 - 2000**

Julio de 2006

Presentación

La evaluación del subsidio de incapacidad laboral por enfermedades comunes (SIL), es un tema recurrente de la agenda pública nacional. Por ello hemos creído oportuno publicar, en esta serie de la Superintendencia de Salud, este trabajo que da cuenta de la evaluación de una década de operación de dicho beneficio tanto en el sector Isapre como en el Fonasa.

El documento fue elaborado en el año 2002 e inicialmente contenía los aspectos empíricos que en esta ocasión se presentan y también, un modelo teórico para interpretar la conducta económica de las personas frente al SIL. No obstante, en esta oportunidad, se ha realizado una selección de los aspectos más relevantes de la evidencia empírica, sobre todo, de aquellos que conservan su vigencia, ya sea por los resultados y/o por los métodos utilizados.

El trabajo analiza indicadores de gasto y de intensidad de uso del subsidio y realiza una comparación con este tipo de políticas a nivel internacional. Por otra parte, profundiza en el análisis de los datos del año 2000 del Fonasa, para establecer algunos determinantes del uso del SIL.

De esta forma el autor sostiene que dentro del SIL funcionan distintos subsistemas cuyos diversos comportamientos tienden, en términos de gasto y uso del sistema, a mantener un equilibrio global durante la década de los 90, pero que existen problemas en las partes del sistema y sus incentivos, que requieren ser corregidos. Se muestra que los incentivos son importantes y que algunos de los que están contenidos en el modelo actual no logran los objetivos buscados. Además el documento presenta una comparación internacional en torno al diseño y uso de estos sistemas, con el fin de determinar si Chile cuenta con una normativa demasiado "generosa" y a la vez, si en el ámbito internacional hay evidencia de la importancia de los diseños de estos beneficios y de reformas recientes que sirvan de orientación al caso de Chile.

Por último, se realiza un análisis econométrico para el año 2000, mostrando las variables principales que influyen en la utilización del SIL, algunas de las cuales, actúan generando incentivos a la sobreutilización de días de licencia, como la carencia de los primeros días y su umbral.

El trabajo contiene las interesantes conclusiones de la evaluación y recomendaciones de política preliminares sugeridas por el autor, algunas de las cuales han estado en la discusión pública de los últimos años.

Para la Superintendencia es particularmente importante que el documento incorpore, en su análisis, tanto al sector público y como al privado, estableciendo importantes diferencias frente al SIL, pero también notables similitudes, en particular en el ámbito de los incentivos. Finalmente para el Departamento de Estudios y Desarrollo de esta Superintendencia éste trabajo marca el inicio de un proyecto de evaluación de políticas públicas durante los gobiernos de la Concertación, en el ámbito de la protección social de la incapacidad laboral.

Alberto Muñoz V.
Jefe Departamento de Estudios y Desarrollo

Índice

1. Introducción	5
1.1. Descripción General del Subsidio por Incapacidad Laboral:	6
2. Diagnóstico del Subsidio por Incapacidad Laboral 1990 - 2000	9
2.1. Evolución del Gasto y Uso del SIL y la Acción de los Incentivos	10
2.1.1. Evolución del Gasto del SIL	10
2.1.2. Análisis del Uso del SIL.....	14
2.1.3. Equilibrio del Gasto y Uso del SIL	19
2.1.4. Gasto en SIL e impacto en el Financiamiento de Prestaciones	19
2.2. Análisis de Algunos Incentivos en el SIL	22
2.2.1. Aseguramiento y Fiscalización	22
2.2.2. Deducible de los Tres Primeros Días y el Tope	23
2.3. La Morbilidad de los Trabajadores según el SIL	27
3. Comparación Internacional de los Subsidios de Enfermedad	34
3.1. Reformas Recientes en Países de la OECD	34
3.1.1. Pago del Primer Período.....	35
3.1.2. Copagos y deducibles.....	36
3.1.3. Medidas Complementarias de Tratamiento.....	36
3.1.4. Cambios Institucionales y en el Control.....	37
3.1.5. Precariedad Laboral y SIL.....	38
3.1.6. Ausentismo Laboral y relación con las Licencias Médicas	41
3.2. Comparación de Beneficios del SIL en América Latina	43
3.3. Síntesis de la Comparación Internacional	45
4. Determinantes de la Demanda por SIL	46
4.1. Metodología del Análisis	46
4.2. Datos	46
4.3. Análisis de la Muestra	47
4.3.1. Situación contractual: empleado público o privado	47
4.3.2. Días de licencia por cotizante - FONASA	48
4.3.3. Costo anual de las licencias.....	52
4.4. Estimación y Resultados del Modelo	54
4.4.1. Resultados	56
5. Conclusiones y Recomendaciones	60
6. Referencias Bibliográficas:	65
Anexo	66



EVALUACIÓN DEL SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL POR ENFERMEDAD COMÚN EN CHILE: 1990 - 2000*

CAMILO CID PEDRAZA**

1. Introducción

En los últimos años, en la discusión nacional sobre las políticas de salud, muchos han sostenido que el aumento del gasto del Subsidio de Incapacidad Laboral (SIL) se debe a razones no justificadas y que responde a fallas de control, al uso indebido y abuso, por parte de los usuarios. Esta versión, con matices, es sostenida por los agentes privados involucrados, que además agregan que el mal funcionamiento del SIL complica financieramente a las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y también es argumentado por centros académicos e importantes sectores de administración del gobierno, con la misma preocupación respecto del Fondo Nacional de Salud (FONASA).

La consecuencia de esta situación sería que las ISAPRE se verían obligadas a subir las primas o disminuir las prestaciones de salud y en el sector público, vía FONASA, a controlar los déficit que se generan o compensarlos con reasignación de fondos desde otras prioridades del mismo sector público de salud.

Este trabajo, sostiene que dentro del SIL funcionan distintos subsistemas cuyos diversos comportamientos tienden, en términos de gasto y uso del sistema, a mantener cierto equilibrio global durante la década de los 90. No obstante, existen graves problemas al analizar las partes del sistema y sus incentivos: sistema público, privado y al interior de ellos, que requieren ser corregidos. Se muestra que los incentivos son muy importantes y que algunos de los que están contenidos en el modelo actual no logran los objetivos buscados. De este modo, se verifica que el equilibrio que se ha mantenido, en términos del uso del beneficio, es inestable y que se requiere estudiar cambios a la política.

* El autor agradece al profesor Cristián Aedo del Programa de postgrado en economía Ilades/Georgetown University por sus comentarios y aportes. Se agradece también el aporte de personas, recogido en diversas reuniones de trabajo y talleres, en el marco de la comisión especial creada para temas de seguridad social de salud en el año 2000 por el MINSAL. Estas personas son las siguientes (posición a la fecha de elaboración del estudio): Dra. Michelle Bachelet (Ministra de salud), Dr. Ernesto Benkhe (Subsecretario de salud) Sr. Rolando Zúñiga (Jefe Depto. Estudios MINSAL), Dr. Jorge Buneder (Encargado nacional COMPIN), Dr. Jorge Lastra (Asesor SubSal), Dra. Beatriz Heyermann (MINSAL), Dra. Nelly Alvarado (MINSAL), Sra. Marcela Pesoa (SISP), Dr. Carlos Montoya (MINSAL), Sr. Alfredo Román (FONASA), Sr. Alberto Muñoz (SISP), Sr. Augusto Espinoza (FONASA), Sr. Eduardo Albornoz (FONASA), Sra. Noelia Páez (Ilades/Georgetown University), Sr. Guillermo Ordóñez (Ilades/Georgetown University). En ajustes y correcciones posteriores: Sr. Enrique París (Jefe DIPLAP-MINSAL), Sr. David Debrott (MINSAL), Dr. Manuel Ipinza (MINSAL). Desde luego los errores u omisiones son de responsabilidad del autor (Septiembre, 2003).

** Economista, M.A., Ph.D.(c). Departamento de Estudios y Desarrollo Superintendencia de Salud (Junio, 2006)

En lo que sigue de esta Introducción se presenta una descripción general del SIL y sus fuentes de financiamiento.¹ En el Capítulo 2, se analiza, a partir de las series anuales de la última década (1990 – 2000) y otros datos relevantes, el diseño y el funcionamiento del SIL. En el Capítulo 3 se presenta una comparación internacional en torno al diseño y uso de estos sistemas, con el fin de determinar si Chile cuenta con una normativa demasiado “generosa” y a la vez, si en el ámbito internacional hay evidencia de la importancia de los diseños de estos beneficios y de reformas recientes que sirvan de orientación al caso de Chile.

En el Capítulo 4, se realiza un análisis empírico con una importante muestra de datos de licencias médicas en el sector público para el año 2000, mostrando las variables principales que influyen en su utilización, la importancia y dirección de cada una de ellas, para concluir en una serie de reflexiones en torno a un diseño óptimo que considere racionalidad en el gasto.

Finalmente el Capítulo 5 contiene las conclusiones de la evaluación y las recomendaciones de política preliminares.

1.1. Descripción General del Subsidio por Incapacidad Laboral:

Una descripción de este beneficio es la siguiente: “Los trabajadores afiliados a un régimen de enfermedad que hagan uso de licencia por incapacidad total o parcial para trabajar, tienen derecho, siempre que cumplan determinados requisitos, a percibir una prestación de carácter pecuniario, que sustituye a su remuneración y que además les permite mantener la continuidad previsional en el régimen de pensiones y en el de enfermedad a que se encuentran afiliados”².

De acuerdo a lo anterior, el Subsidio por Incapacidad Laboral por enfermedad común o curativa, corresponde al beneficio que permite a las personas ausentarse de su trabajo, sin dejar de percibir el total o parte de la remuneración sobre la cual se ha cotizado para salud, dependiendo de si se trate de empleados públicos y municipales o privados.

El SIL es de cargo de las cotizaciones previsionales de salud y requiere de dos condiciones básicas para hacerse efectivo: que el trabajador esté afiliado a algún sistema previsional de salud y que el trabajador cuente con una licencia médica autorizada. Además la afiliación del cotizante debe tener un tiempo mínimo de 26 semanas.

Por lo tanto, tienen acceso al SIL los trabajadores dependientes afiliados a FONASA, Isapre y, a partir de 1995, pueden acceder los trabajadores independientes que cotizan.

El beneficio se paga a partir del cuarto día, en licencias menores o iguales a 10 días, y a partir del primer día en el caso de licencias mayores de 11 días para los empleados particulares. En el caso

¹ En esta versión, por problemas de extensión, se ha excluido el análisis del modelo teórico de comportamiento frente al SIL

² “Evolución del Gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral”. Revista Seguridad Social 1999. Superintendencia de Seguridad Social.

de los empleados públicos y municipales (y en la mayoría de las ISAPRE cerradas, por acuerdo entre las partes) el beneficio cubre la totalidad de la remuneración, independientemente del número de días de SIL otorgados. Para todos los casos de modalidad de empleo, el beneficio tiene un tope de 60 UF, equivalente a la remuneración tope para el cálculo de la cotización obligatoria del 7% obligatorio para la salud³.

El proceso de obtención de la licencia se realiza a través de la indicación médica de reposo y licencia médica por parte de un médico. Luego el empleador del enfermo presenta la licencia a la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN). El beneficio es pagado por ISAPRE, Servicio de Salud o Caja de Compensación, según corresponda, de acuerdo a la afiliación de la persona afectada⁴.

De esta forma, el SIL es un mecanismo de protección financiera respecto del ingreso del trabajador, ante una enfermedad común. En tanto reposo, es una herramienta terapéutica necesaria para la recuperación del paciente y es parte de un tratamiento médico. Además forma parte del seguro de salud, lo que es coherente con la cobertura del riesgo financiero de la enfermedad por parte del seguro (costo del tratamiento y pérdida de salario).

El SIL por reposo maternal suplementario es una Licencia médica tipo curativa al igual que la anterior, sólo que es específica para las enfermedades del embarazo que pueden provocar prórrogas de pre (adelantamiento) y/o post natal (extensión). Es diferente a los SIL maternas (pre y post natal) y se financian con cargo al 7% de cotización obligatoria y constituyen, junto a las anteriores, parte del SIL que analizamos en el resto de este trabajo.⁵

El SIL por Enfermedad común o curativa y Reposo maternal suplementario se financia con cargo al 7% de la cotización obligatoria de las personas adscritas a algún sistema previsional de salud. Si se trata de trabajadores afiliados a Caja de Compensación de Asignación Familiar (CCAF) y no afiliados a ISAPRE, entonces los subsidios son financiados con cargo a la cotización del 7%, requiriendo primero el 0,6% que recaudan las Cajas de ese 7% para salud y en caso déficit al resto (6,4%) que es recaudado por el FONASA. Efectivamente, con cargo a esa diferencia se financian los déficit en que incurren las Cajas en la administración de Subsidios de Incapacidad Laboral.

El grueso de esta descripción se resume en el siguiente Tabla 1:

³ Aunque, como se sabe, en el sistema privado las personas pueden pagar primas superiores al 7% de sus ingresos “topados” en 60 UF.

⁴ Como se aprecia en la tabla 1, cuando el cotizante pertenece a FONASA y está afiliado a una Caja de Compensación de Asignación Familiar, quién paga el subsidio es la Caja, si sólo está afiliado a FONASA, esta entidad es la que paga. En el sector privado siempre es la ISAPRE la entidad pagadora pertenezca o no el cotizante a una Caja de Compensación.

⁵ El análisis de los SIL pre y post natal, no son considerados en este trabajo, por lo tanto están excluidos de las cifras que se presentan a lo largo del informe.

Tabla 1
Financiamiento de los Subsidios de Incapacidad Laboral

Afiliación del Usuario	Fuente de Financiamiento	Institución que Recauda	Institución que Paga el beneficio
FONASA	7% de cotización obligatoria	FONASA 7%	Servicios de Salud
FONASA y CCAF	7% de cotización obligatoria: Primero con 0,6% de las CCAF. Si hay déficit FONASA cubre con el 6,4% restante	CCAF 0,6% FONASA 6,4%	CCAF
ISAPRE y CCAF	7% de cotización obligatoria	ISAPRE el 7%	ISAPRE
ISAPRE	7% de cotización obligatoria	ISAPRE el 7%	ISAPRE

Fuente: Elaboración propia

2. Diagnóstico del Subsidio por Incapacidad Laboral 1990 - 2000

Este beneficio, como otras prestaciones de la seguridad social, ha sido una materia de gran controversia desde hace ya varios años. Desde mediados de la década pasada se pueden encontrar críticas públicas que provienen de diversos sectores: prensa, beneficiarios, trabajadores, proveedores, entidades pagadoras, ISAPRE, parlamentarios, etc.

En general los trabajadores⁶, han criticado las atribuciones excesivas que tienen las ISAPRE y la existencia de la carencia de los tres primeros días en las licencias médicas menores de 11 días para los empleados particulares. Han cuestionado, además, cualquier medida de control que pudiera afectar la seguridad de contar con esta protección social por parte de los trabajadores.

Por otra parte el Colegio Médico se ha mostrado de acuerdo con la opinión de los trabajadores, pero ha agregado un defensa irrestricta de la prerrogativa del médico en este ámbito, cuestionando la mayor parte de las propuestas de control a las licencias médicas por el lado de la oferta.

En el ámbito institucional, el Ministerio de Salud ha manifestado su preocupación por el resguardo de este derecho de los trabajadores, junto con los estándares de oportunidad, la transparencia en el pago del subsidio y el control sanitario del uso del mismo, en la medida que el mal uso se financia con el ingreso de los propios trabajadores que es destinado a financiar prestaciones de salud. Preocupaciones similares muestran el Ministerio del Trabajo y los organismos autónomos del Sector Salud y del Estado como FONASA, las Superintendencia de ISAPRE y la de Seguridad Social.

Un aspecto central y que ha sido tema de opinión pública, es la polémica acerca de la existencia, o no, de una tendencia al aumento en el uso del beneficio. Cabe destacar que sobre que existe tal aumento, parece haber un consenso bastante generalizado. No obstante, generalmente el exceso de uso se mide a través del aumento del gasto lo que no necesariamente representa un aumento del uso del beneficio. Un indicador certero en este aspecto es el número de días de licencia médica por trabajador al año. Observando este indicador, como veremos más adelante, no es claro que las causas del aumento del gasto en el SIL sea la sobreutilización.

Uno de los más importantes trabajos fue realizado por un panel de expertos, en el marco de la evaluación que lleva adelante la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda para el Congreso Nacional, con el concurso de los Ministerios de Salud y del Trabajo y Previsión Social. En este trabajo, se señala que el SIL ha experimentado un crecimiento no explicado en sus costos y que este ha sido mayor en las CCAF. De acuerdo a este Informe no existe el adecuado control del uso de este beneficio a nivel de la oferta y la demanda. El documento recomienda el rediseño del Seguro, separando el fondo para el Subsidio del total de la cotización para salud y reorientar

⁶ Nos referimos a organizaciones que ha expresado opinión como la CUT y otros gremios como la ANEF.

los controles de oferta y demanda, generando sistemas de información, protocolos de reposos, auditoría y control, enfermedades profesionales, etc.⁷

El Programa de Economía de la Salud, de la Pontificia Universidad Católica, también han realizado estudios con conclusiones similares, proponiendo la contención de costos por la vía de implementar controles por el lado de la demanda (deducible, copago, topes) y de la oferta (control de licencias otorgadas) y proponiendo separar el SIL del resto del seguro de salud⁸

No obstante estos estudios, según el presente trabajo, la licencia es fundamentalmente un acto médico, que forma parte de la solución a un diagnóstico médico, para abordar una patología. Es decir forma parte de un tratamiento más extenso para la recuperación de la persona. Por otra parte, como se verá, a pesar de los problemas, no se puede afirmar que exista un exceso de uso del subsidio generalizado y que el crecimiento del gasto, en general, se adecua al crecimiento de los salarios reales, con problemas de algunos grupos que aparentemente usan más intensivamente las licencias. No existe un problema de exceso de utilización de licencias médicas a nivel general.

Existen problemas de incentivos mal diseñados, lo que trae costos adicionales vinculados con los costos administrativos y de conflicto. Esta última conclusión se refuerza a la hora de comparar internacionalmente el caso chileno, sobre la base de los días de ausentismo laboral, donde la evidencia disponible muestra que Chile ocupa el margen inferior del ranking.

En suma, el SIL mantiene un equilibrio durante la década de los noventa, pero presenta problemas relacionados fundamentalmente con el diseño y el esquema de incentivos, que pudieran provocar una explosión de gastos en el futuro.

2.1. Evolución del Gasto y Uso del SIL y la Acción de los Incentivos

2.1.1. Evolución del Gasto del SIL.

En el análisis que sigue, se ha escogido estudiar el gasto y el uso del SIL por entidades pagadoras, ya que, sostenemos que cada subsistema, dentro del SIL, presenta distintas características y comportamientos de las personas frente a distintos incentivos y, por lo tanto, los resultados también son diferentes.

2.1.1.1. Aumento del Costo Total del SIL

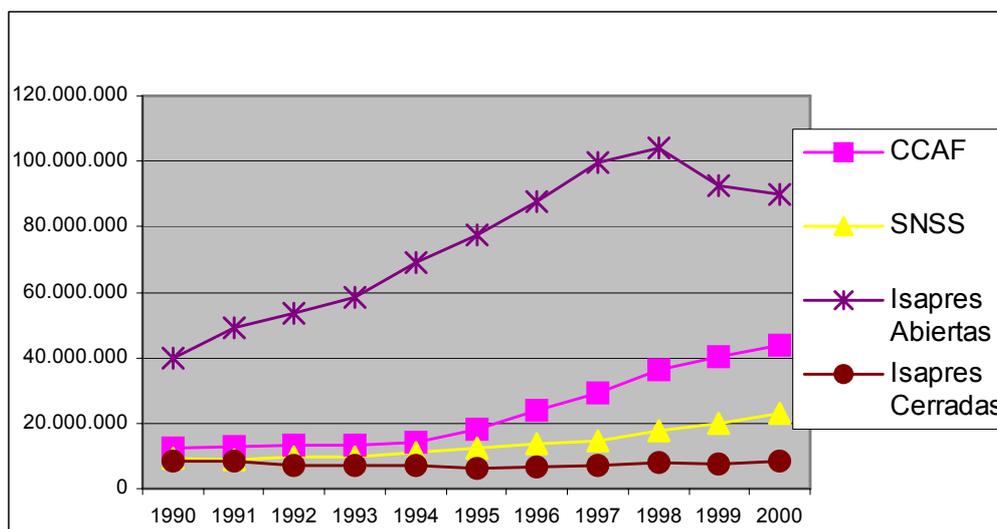
El aumento que ha tenido el *costo total* en Subsidio por Incapacidad Laboral, durante la última década y que ha comprometido a todas las entidades pagadoras, puede apreciarse en el siguiente gráfico 1 (ver series de datos en el Anexo):

⁷ Evaluación del Programa de subsidios por enfermedad y Medicina Curativa. Agosto de 1999.

⁸ ¿Subsidios por Incapacidad Laboral versus Seguros de salud? Boletín Programa de Economía de la salud. Universidad Católica. 1999.

Gráfico 1

Costo Total del SIL por entidad pagadora 1990 - 2000 (M\$ diciembre 1998)



Fuente: Elaboración propia con datos 1990 a 2000. Superintendencia de ISAPRE y Fondo Nacional de Salud Boletines.

Se observa un crecimiento del gasto total del conjunto del sistema y de cada uno de sus componentes (con excepción de las Isapres cerradas). Siendo, éste crecimiento, más o menos sostenido en los Servicios de Salud (SNSS), pero más espectacular en las Cajas de Compensación⁹, a partir de 1995.

El *gasto total* en SIL de las ISAPRE abiertas desde 1997 comienza a decrecer y cayó un 4% el año 1998, cuestión que llama la atención ya que venía creciendo de manera espectacular al 10% promedio anual, desde 1990. Las causas de esta caída pueden encontrarse en los incentivos a ejercer un férreo control sobre las licencias médicas en ISAPRE.

Por otra parte, entre ISAPRE abiertas y cerradas hay diferencias en las tasas de crecimiento del gasto. Las ISAPRE cerradas mantienen una leve tendencia decreciente. También son importantes los niveles absolutos de gasto y cómo se ve en el gráfico 1, los gastos en las ISAPRE abiertas, en términos absolutos, son bastante mayores que en las otras entidades pagadoras constituyendo, este grupo, el principal agente de gasto en SIL.

En términos porcentuales las Cajas de Compensación son las entidades pagadoras que más aumentan el *gasto total*. Esto puede estar indicando la no existencia de incentivos al control por

⁹ Cabe recordar que esto significa en beneficiarios del Fonasa que están adscritos a una Caja de Compensación.

parte de las Cajas. De hecho, estas entidades carecen de auditoría médica y no tienen ningún incentivo a controlar los pagos por cuanto no son ellas las entidades que los financian.¹⁰

2.1.1.2. Costo SIL por Cotizante

Las tasas de crecimiento anuales del *gasto por cotizante* que presentan tanto el sistema ISAPRE como FONASA, se muestran a continuación:

Tabla 2:
Tasas de Crecimiento del Costo por cotizante del SIL, por entidad, 1990-2000

Año	Fonasa			Isapres		
	CCAF	SNSS	Total Fonasa	ISAPRE Abiertas	ISAPRE Cerradas	Total Isapres
1990-1991	-1,23%	-2,02%	-1,60%	16,86%	-3,70%	14,20%
1991-1992	0,16%	0,78%	0,45%	12,41%	-17,93%	9,10%
1992-1993	-2,82%	0,41%	-1,31%	3,52%	-3,74%	2,92%
1993-1994	-1,74%	2,92%	0,48%	9,95%	0,25%	9,21%
1994-1995	0,98%	-0,79%	0,12%	11,23%	-12,66%	9,55%
1995-1996	12,61%	7,99%	10,38%	7,04%	-2,92%	6,48%
1996-1997	16,12%	3,78%	10,28%	9,35%	2,63%	9,01%
1997-1998	17,76%	10,04%	14,32%	-1,35%	3,56%	-1,11%
1998-1999	5,58%	-0,29%	3,06%	-13,59%	-11,62%	-13,49%
1999-2000	10,45%	6,09%	8,65%	-8,24%	14,06%	-7,09%

Fuente: Elaboración propia con Boletines FONASA y Superintendencia de ISAPRE.

La Tabla 2 muestra que las tasas de crecimiento anuales del *gasto por cotizante*, son bastante diferentes entre FONASA e ISAPRE. En FONASA el *gasto por cotizante* cae hasta 1993 para luego prácticamente no crecer durante dos años y luego tener un período de alto crecimiento entre 1995–1998 para moderarse hasta el año 2000, cuando nuevamente muestra signos de aumento más pronunciado (8,65%). En el sistema ISAPRE los *gastos por cotizante* en SIL aumentan hasta 1997 cuando comienzan a caer bastante manifiestamente. Mirando al interior de cada sistema

¹⁰ Cabe señalar que para las Cajas no hay incentivos al control ya que ellas solamente pagan recibiendo una comisión por administración y no están sujetas al esquema de seguro. Por otra parte, las Cajas dependen mínimamente de este servicio como área de negocio y se han expandido hacia el crédito y servicios recreacionales para sus afiliados.

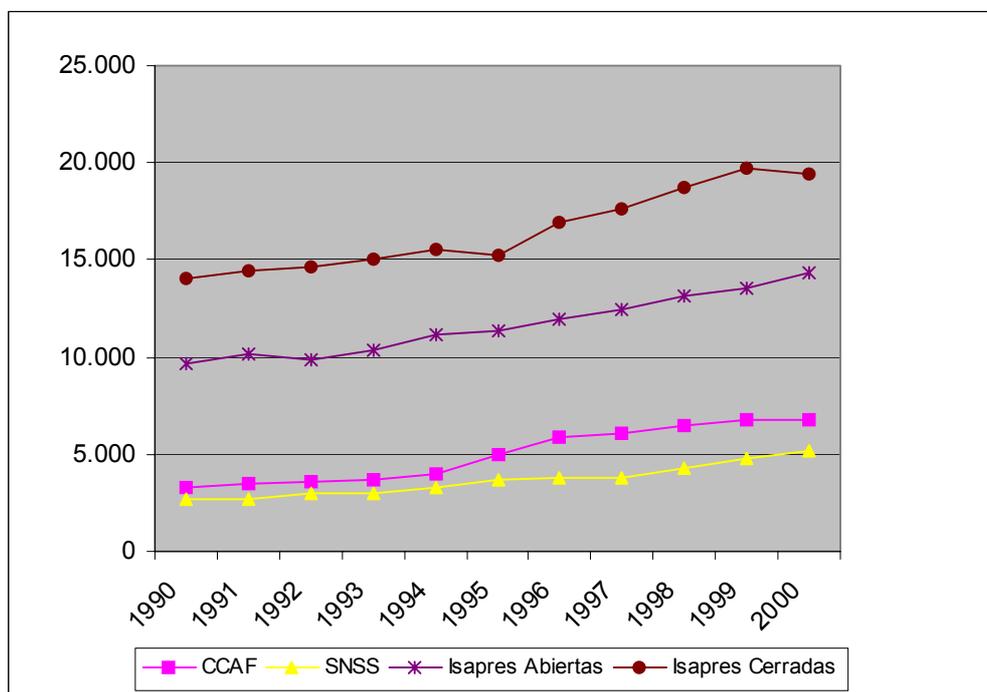
pagador, en el caso FONASA la conducta es más errática, con un claro aumento de las C.C.A.F. desde 1994. En el sistema ISAPRE, la tendencia está principalmente marcada por las ISAPRE abiertas, dado su alto peso específico (95% del total del sistema privado), y se aprecia un proceso de control y freno al alza de los gastos que se venía experimentando hasta el año 1997.

2.1.1.3. Costo Diario del SIL

Al analizar los costos totales del SIL por día, en el gráfico 2, se ve que el nivel más alto de costo diario del SIL lo muestran las ISAPRE cerradas, seguidas por las ISAPRE abiertas, luego las Cajas y finalmente SNSS. Esto puede ser un indicador de los salarios promedios de los trabajadores de cada uno de los subsistemas en análisis y muestra, que al menos de los trabajadores que se enferman y hacen uso del subsidio, en promedio tiene los sueldos más altos aquellos afiliados a las ISAPRE cerradas, luego los cotizantes de ISAPRE abiertas y luego el sector público (afiliados a Cajas primero y segundo los afiliados sólo al Fonasa (SNSS)) y también puede indicar aumento de licencias por día, lo que parece menos importante de acuerdo a los análisis que siguen.

Gráfico 2

Costo Total Diario del SIL por entidad pagadora, 1990-2000 (\$ diciembre 1998)



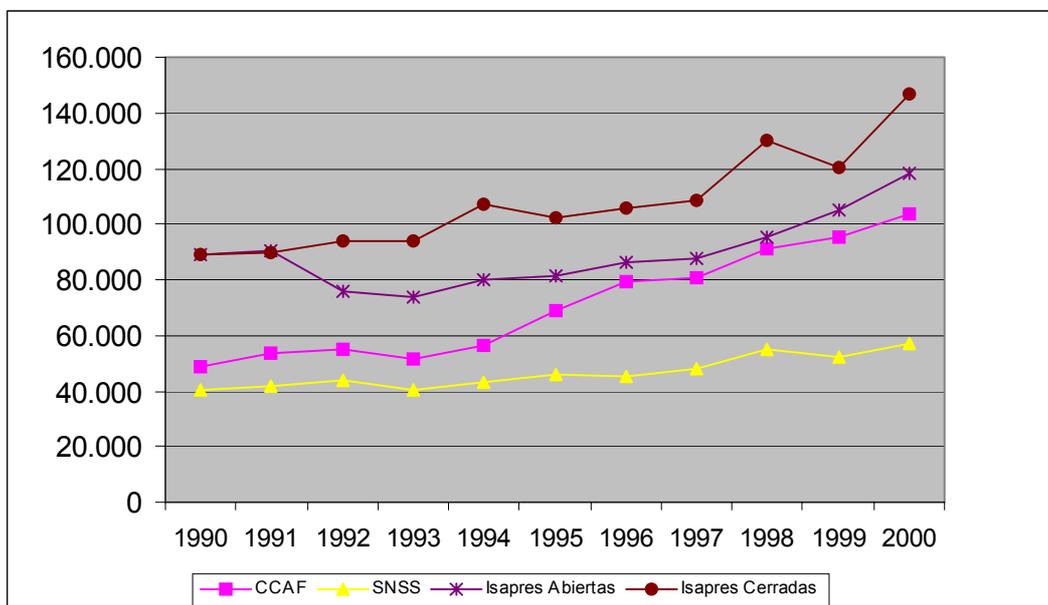
Fuente: Elaboración propia con Boletines FONASA y Superintendencia de ISAPRE.

2.1.1.4. Costo por Licencia Médica

El costo del SIL por cada licencia médica (gráfico 3), también crece en todos los componentes del sistema y de manera más pronunciada en C.C.A.F. e ISAPRE Cerradas. Esto puede estar mostrando, por una parte, un aumento en los salarios reales de los trabajadores que se enferman y/o, por otra parte, que se están enfermando más aquellos trabajadores que perciben mejores ingresos.¹¹ A la vez, puede ser que este influyendo el mayor aumento de la duración de las licencias que del costo, ya que aumenta más el costo total por licencia que el gasto diario en ellas (visto en el punto anterior).

Gráfico 3

Coto Total por Licencia por entidad pagadora, 1990-2000. (\$ Diciembre 1998)



Fuente: Elaboración propia con Boletines FONASA y Superintendencia de ISAPRE.

2.1.2. Análisis del Uso del SIL

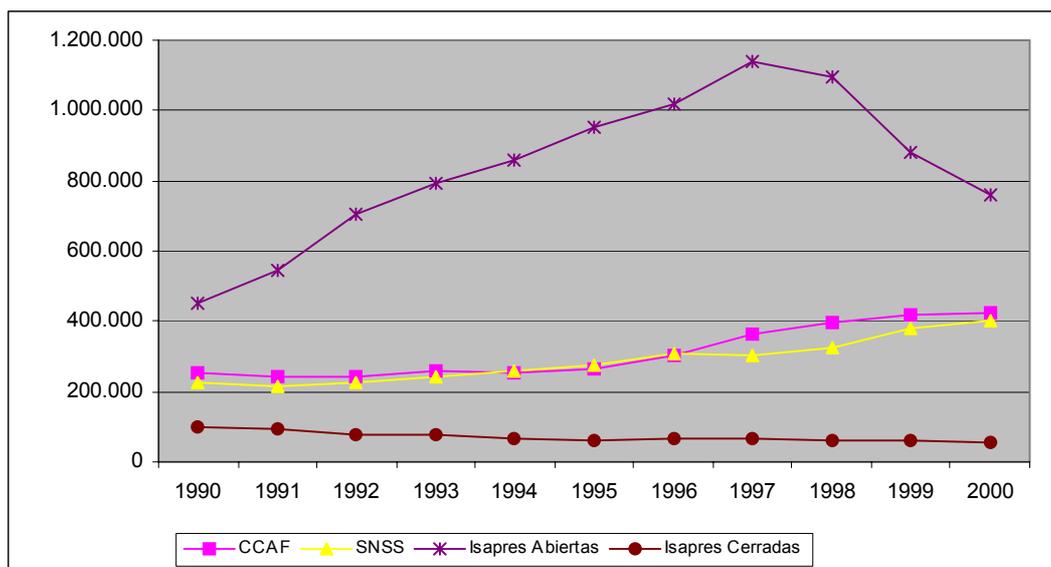
Generalmente se cree que esta misma tendencia al crecimiento del gasto se puede apreciar, en términos no monetarios, en los datos del uso del Sistema. Los datos nuevamente se presentan por separado para hacer notar las diferencias entre diseños e incentivos.

¹¹ De hecho, como veremos más adelante, los salarios reales crecieron en un porcentaje significativo.

2.1.2.1. Número de Licencias Médicas Pagadas

El gráfico 4 siguiente muestra el crecimiento en el número total de subsidios pagados por entidad pagadora.

Gráfico 4
Número de Licencias Pagadas, por entidad pagadora, 1990-2000.



Fuente: Elaboración propia con Boletines FONASA y Superintendencia de ISAPRE.

Como se aprecia el número de licencias pagadas luego de aumentar fuertemente en las ISAPRE abiertas hasta 1997 experimentan una brusca caída, lo que confirma el comportamiento detectado en el caso de los costos.¹² Las ISAPRE Cerradas mantiene un descenso suave mientras que FONASA mantiene una tendencia alcista, pero no tan pronunciadas como la de los costos, lo que indicaría que las licencias se han ido encareciendo en FONASA, lo cual es consistente con el traspaso de cotizantes desde ISAPRE a FONASA que tienen ingresos mayores al promedio que había en FONASA antes de ese traspaso y probablemente se deba, también, al aumento de los salarios de los que ya estaban en el seguro público.

Las tasas de crecimiento promedio del número de licencias son CCAF 5,46%, en Servicios 6,04%, lo que confirma que los costos en Cajas están aumentando ya que presenta menos crecimiento de licencias y más aumento de gasto, es decir, ahí se concentra el fenómeno descrito en el párrafo anterior.

¹² En todo caso, cabe señalar que en ese año comienza la disminución sostenida de cotizantes en el sistema privado y que los que quedan son los de mayores ingresos y menores riesgos (Ministerio de Salud, 2001).

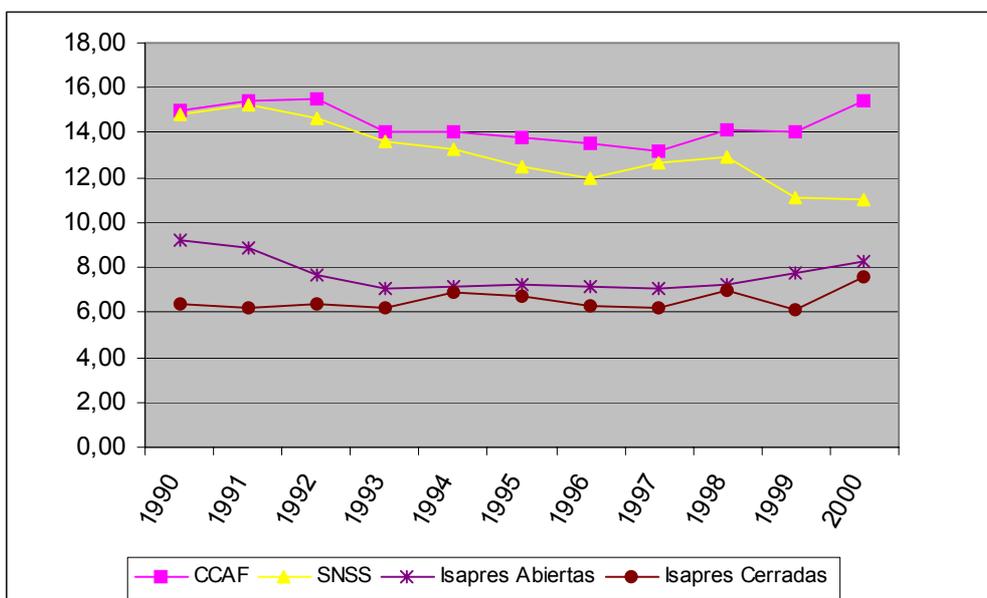
Las ISAPRE abiertas aumentan las licencias pagadas a un ritmo promedio de 6,39% anual durante la década, mientras que las ISAPRE Cerradas decrecen en licencias pagadas a un promedio de -5% anual. Esto también confirma un aumento de los costos por licencia en este último grupo.

2.1.2.2. Días de Licencia por cada Licencia

El gráfico 5 muestra duración de las licencias en días de subsidio por licencia médica, donde CCAF presenta el mayor número de días de licencia por cada licencia médica. El FONASA presenta en promedio, en todo el período, mayor cantidad de días de licencia por licencia, que el Sistema ISAPRE.

Gráfico 5

Días de Licencia por Licencia, por entidad pagadora, 1990-2000.



Fuente: Boletines FONASA y Superintendencia de ISAPRE.

Para el período analizado, FONASA presenta un promedio de 13,74 días de licencia por licencia médica y el sistema ISAPRE 7,56. Dentro de FONASA es notable la diferencia de las Cajas respecto del SNSS a partir de 1998, mientras este último cae a 11,4, los días por licencia de las Cajas aumentan a 15,4 el año 2000.

La duración promedio de las licencias en las ISAPRE abiertas sigue una evolución decreciente hasta 1998, pero luego vuelve a subir. De este modo, aún cuando parte en 9,18 días en 1990, cae hasta 7,03 en 1998 y luego alcanza los 8,27 días por licencia el año 2000. En las ISAPRE cerradas los días por licencia se mantienen oscilando entre 6 y 7 días en promedio hasta 1999 con un despunte a los 7,56 el 2000. Cabe destacar, nuevamente, que estas diferencias pueden deberse

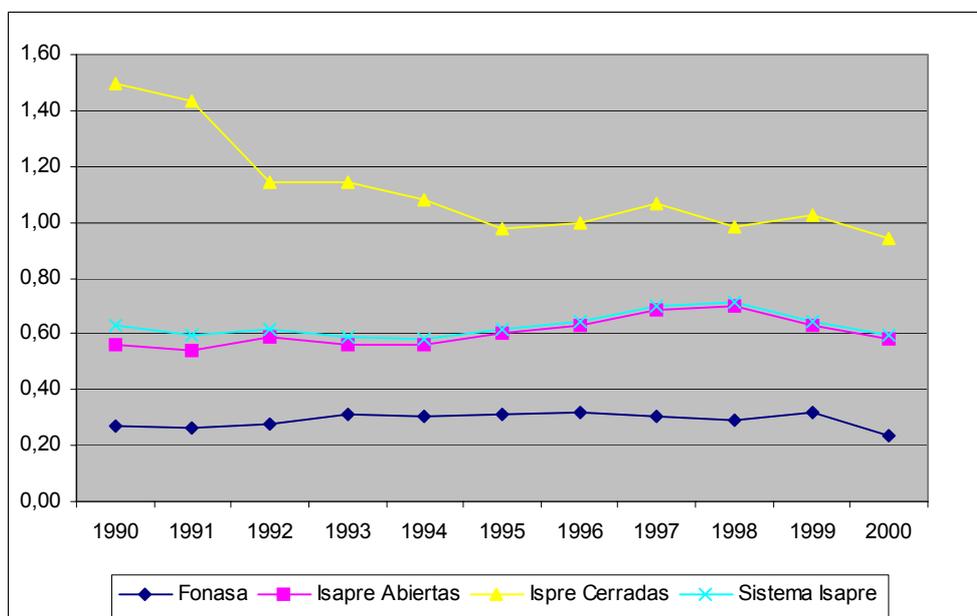
a los distintos incentivos, en este caso a las diferencias entre contratos colectivos de buena parte de las ISAPRE cerradas y los individuales de las abiertas, ya que en estos contratos habitualmente los empleadores aceptan pagar la carencia a sus trabajadores.

2.1.2.3. Licencias Médicas por Cotizante

Cuando se evalúa las licencias por cotizante se observa una caída persistente en las ISAPRE cerradas. Las ISAPRE abiertas presenta una evolución más estable hasta 1995, luego aumenta para volver a caer a 0,6 licencias por cotizante, cabe hacer notar que dado el peso relativo menor de los cotizantes de ISAPRE cerradas, no logran influir en la tendencia del sistema privado en total, como se aprecia en el gráfico 6.

Gráfico 6

Número de Licencias por Cotizante, por entidad pagadora, 1990-2000



Fuente: Boletines FONASA y Superintendencia de ISAPRE.

En promedio FONASA presenta licencias por cotizante bastante menor que las ISAPRE con 0,30 licencias médicas por cotizante versus 0,63 licencias por cotizante en ISAPRE.

De acuerdo a los dos últimos puntos, en FONASA se presentan licencias más largas que en Isapres, pero en el sistema Isapre las licencias son más frecuentes por cada cotizante.

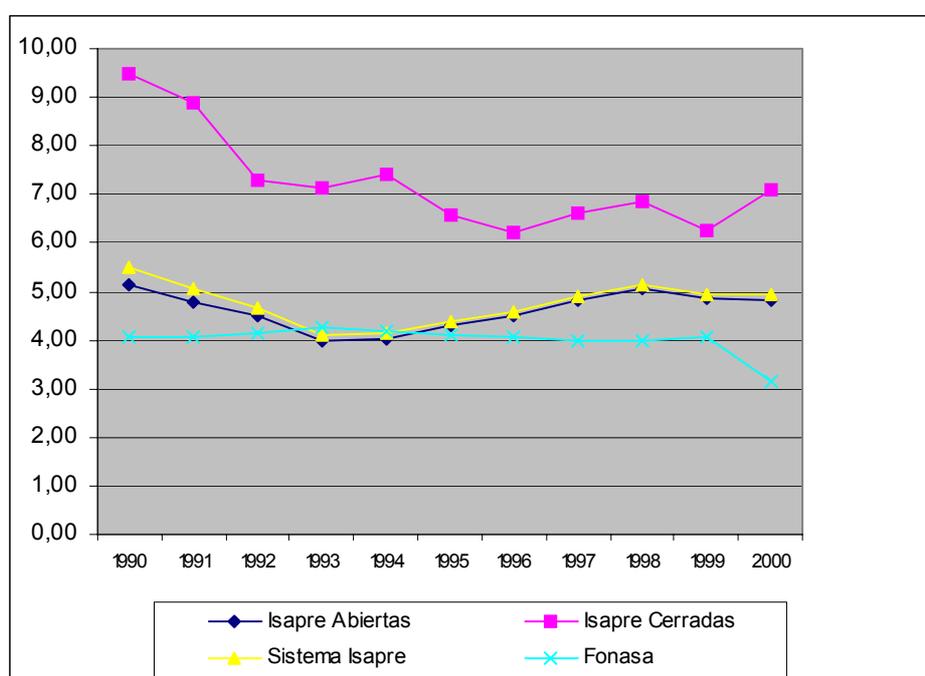
2.1.2.4. Días de Licencia Médica por Cotizante

Durante la década, el indicador de días de licencia médica por cotizante, tal vez el más significativo del grupo escogido para determinar la intensidad de uso del beneficio, es siempre

inferior en FONASA, con excepción de los años 1993 y 1994 en que fue levemente superior. No obstante en ISAPRE el indicador ha tenido una tendencia decreciente en la década, tal como muestra el gráfico 7.

De acuerdo al gráfico, las ISAPRE abiertas presentan 4,63 días de licencias pagadas por cotizante versus 7,23 días de licencias pagadas en las ISAPRE cerradas. FONASA, presenta en promedio un número de días de licencia por cotizante menor que el sistema ISAPRE: en promedio 4,09 días de licencia por cotizante activo, mientras que las ISAPRE presentan 4,76 días por cotizante.

Gráfico 7
Días de Licencia por cotizante, por entidad pagadora, 1990-2000



Fuente: Elaboración propia con datos Superintendencia de Isapres y Fonasa

En el análisis de las cifras cabe considerar el funcionamiento de los deducibles, en particular en el sistema ISAPRE, el deducible dado por el tope de 60 UF al reembolso de la licencia. Es muy probable y, así se demuestra más adelante, que este tope este teniendo algún efecto contenedor de licencias en las personas de ingresos más altos que generalmente están en ISAPRE y que no están dispuestas a recibir ingresos proporcionales hasta un sueldo tope de 60 UF con la consecuente pérdida de salario que puede llegar a ser muy alta. En este sentido este deducible se destaca por su eficacia.

2.1.3. Equilibrio del Gasto y Uso del SIL

Finalmente, el gasto creciente en licencias por cotizante es necesario compararlo con la evolución de los salarios reales, ya que, el análisis por separado puede conducir a engaño. En efecto, si el aumento salarial de los que usan las licencias es similar al aumento del gasto, entonces no se está en presencia de un aumento en la utilización del SIL, sino que a un aumento de los costos por razones ajenas al uso (por lo demás deseables) como el aumento de los salarios.

En el período 1990-2000 los salarios reales crecen en 47%¹³, mientras que el gasto por cotizante en el SIL, en ISAPRE sube 28.06% en promedio y en FONASA 57,86% en la década, en conjunto el sistema el gasto en licencias por cotizantes aumentó en un 33,36%, es decir por debajo del promedio de las remuneraciones reales. Esto es categórico y muestra que, en general, gran parte del aumento del gasto en SIL puede deberse simplemente al aumento de salarios y no a un sobreuso del sistema.

No obstante, el dato de FONASA es preocupante¹⁴ y puede estar reflejando también el uso más intensivo de licencias, de los grupos de trabajadores de mayores ingresos, y el traspaso desde las ISAPRE, como hemos mencionado, ya que el número de licencias por cotizante aumentó más que los días de licencia médica por cotizante.

Algunos de estos indicadores se vuelven a analizar en el Capítulo 5, donde se estima la demanda para un corte transversal del año 2000, de licencia médicas del FONASA.

2.1.4. Gasto en SIL e impacto en el Financiamiento de Prestaciones

Continuamente se ha argumentado que el gasto en el SIL implica un “trade-off” con el gasto en el resto de las prestaciones del aseguramiento de salud.

El valor que tiene este crecimiento del gasto, se aprecia en el impacto que pueden provocar sobre la fuente que provee los recursos para su financiamiento: el 7% de las cotizaciones previsionales destinadas a la protección de la salud.

En el sector público, esto tiene un impacto presupuestario en la medida que consume presupuesto del sector que podría destinarse a otro tipo de atenciones o prestaciones para las personas.

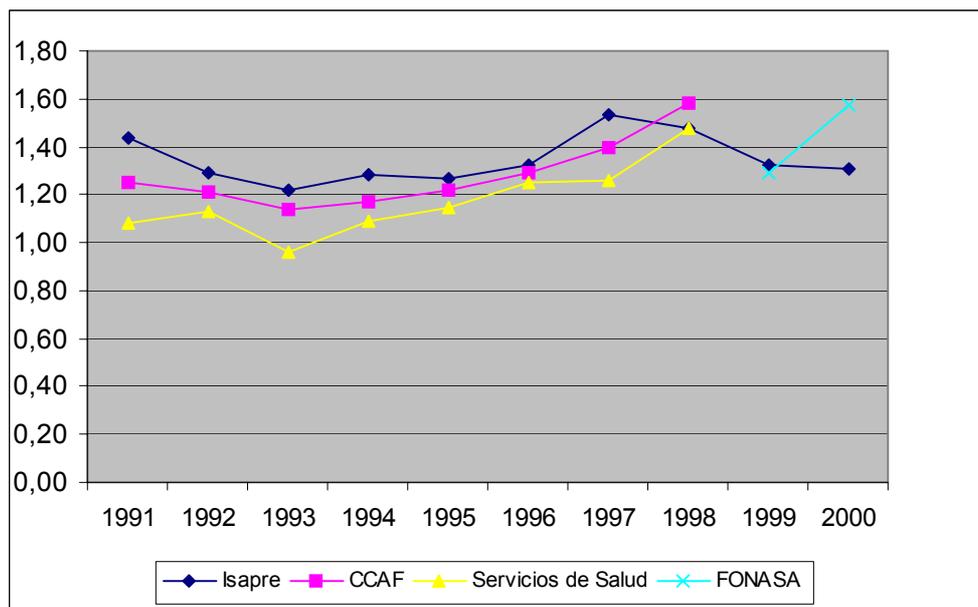
El siguiente gráfico 8, muestra cómo se ha ido modificando la proporción del 7%, destinada a proveer el pago de las prestaciones de salud y de este subsidio. En el se aprecia cómo, en todas las entidades pagadoras, el gasto proporcional destinado al subsidio ha crecido hasta 1998. La

¹³ Estimación en base al índice de remuneraciones por hora del Banco Central (1993-2000) y datos del INE para 1990 y 1993.

¹⁴ Dado nuestro problema con el registro de cotizantes del año 2000, vale la pena considerar que el gasto por cotizante, hasta 1999, aumenta en un 97,69% en FONASA y en el conjunto del sistema en un 35,02%.

parte del 7 % destinado al pago en el subsidio se conoce como tasa de cotización de equilibrio.¹⁵ Esto es lo que se muestra en el gráfico. No obstante esta especie de “prima” del SIL cae notoriamente en el sistema ISAPRE en los últimos dos años. Mientras que en FONASA luego de caer en 1999, vuelve a aumentar notoriamente el año 2000.¹⁶

Gráfico 8
Gasto en SIL versus gasto en prestaciones médicas
Porcentaje del 7% que representa el gasto en SIL, por entidad pagadora, 1990-2000.



Fuente: Adaptado y actualizado por el autor desde Superintendencia de Seguridad Social. Departamento Actuarial. Evolución del Gasto en Subsidio por Incapacidad Laboral. Período 1991 – 1998, 1999. Boletín Superintendencia de ISAPRE.

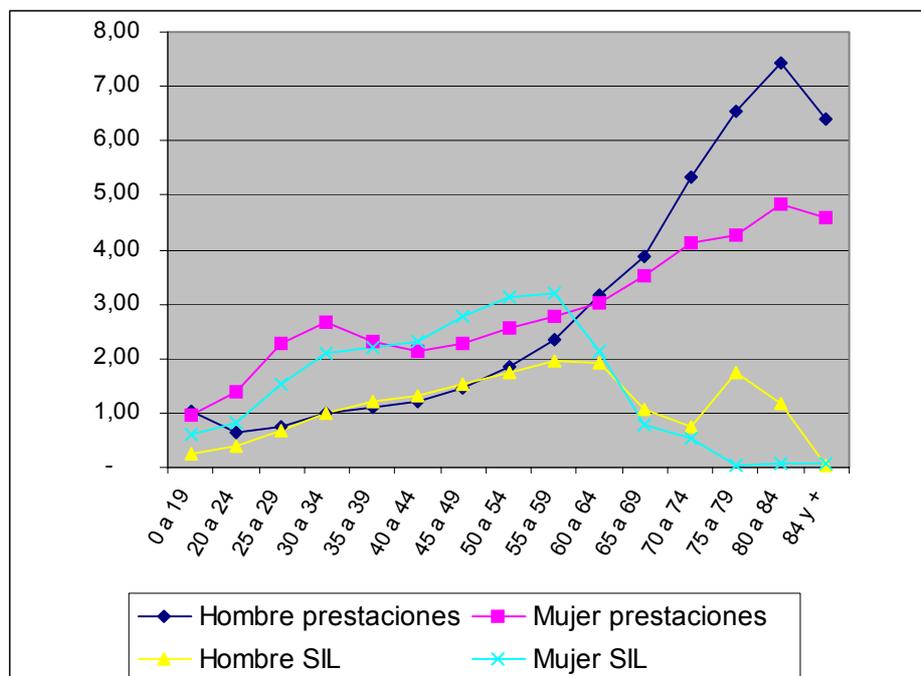
Otra forma de ver lo anterior es comparar el gasto por persona en SIL versus el gasto en prestaciones. Para ello usamos información reciente de la Superintendencia de ISAPRE que muestra el comportamiento del gasto por sexo y edad, en prestaciones y en el SIL, en el sector privado.

¹⁵ Nomenclatura usada por la Superintendencia de Seguridad Social.

¹⁶ Lamentablemente no se contó con la información separada de los cotizantes FONASA, esto es Cajas y SNSS, por lo que se optó por incluir los años 1999 y 2000 como total FONASA.

Gráfico 9

Perfil de Gasto de Beneficiarios Isapre: Prestaciones Versus SIL



Fuente: Elaborado por el autor con de la Superintendencia de ISAPRE

El gráfico 9 muestra que en el sector privado, para las mujeres, en promedio el gasto en SIL es siempre inferior al gasto en prestaciones hasta aproximadamente los 40 años, es decir prácticamente durante toda la edad fértil, y cuando cuentan con el subsidio maternal, luego el índice pasa a ser levemente superior hasta la edad de retiro, cuando cae drásticamente de manera lógica porque se pierde el acceso a este beneficio, y las personas que continúan contratadas la usan mucho menos respecto de las prestaciones y también respecto de su utilización anterior.

En el caso de los hombres los índices de gasto son muy similares hasta los 55 años cuando el gasto en SIL cae drásticamente y el gasto en prestaciones por el contrario aumenta, no obstante el gasto en SIL vuelve a aumentar levemente después de los 75 en las personas que trabajan, sin llegar a competir con el gasto en prestaciones que a esa edad ha alcanzado su máximo.

Podríamos inferir que el gasto en SIL compite con el gasto en prestaciones en el período de mayor actividad laboral de las personas (entre los 20 y 55 años) y sigue una tendencia similar a los gastos en prestaciones curativas de salud. Esto último es importante ya que en esta evidencia muestra que los gastos en SIL están asociados a enfermedades que también generan gastos de atención de salud (coeficiente de correlación 0,85 y 0,84 en hombres y mujeres respectivamente, en ese tramo de edad).

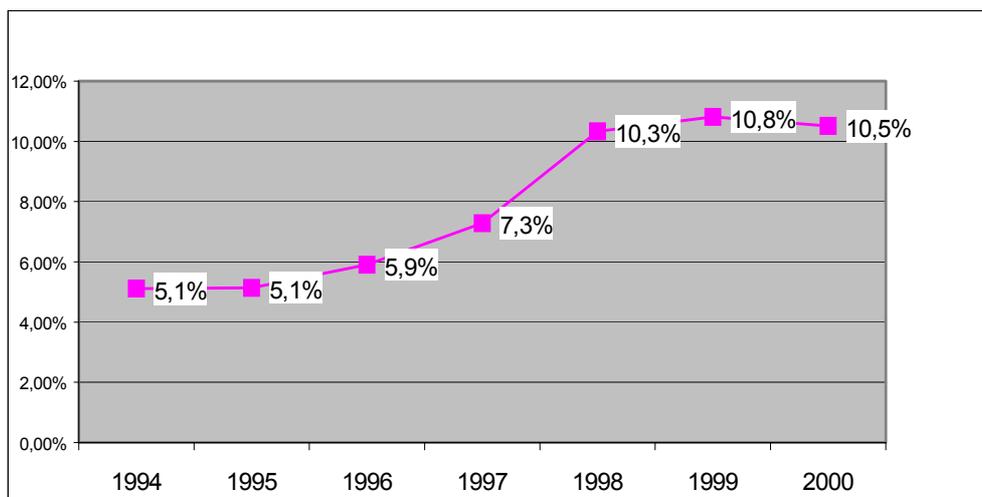
2.2. Análisis de Algunos Incentivos en el SIL

2.2.1. Aseguramiento y Fiscalización

Un primer elemento que puede caracterizarse como incentivo incorrecto en el diseño del SIL, es la condición de ser “juez y parte” que tienen las ISAPRE, en el proceso de otorgamiento de la licencia, al ser pagadores y fiscales (contraloría médica) al mismo tiempo, pudiendo de esta forma cuestionar y cambiar el veredicto médico que dictaminó el reposo.

Un indicador que puede mostrar este hecho es el número de rechazos y de reducción en el número de días de reposo, otorgados por los médicos tratantes, que hace la contraloría médica de las ISAPRE; que tiene como importante fundamento, el afán de contener el gasto. Habría que decir, al menos, que no se puede mostrar que estos rechazos respondan exclusivamente a criterios médicos, y que existe un fuerte incentivo económico a reducir costos rechazando licencias. El gráfico 10, que se presenta a continuación, muestra el crecimiento que ha tenido desde 1994 el porcentaje de días reducidos respecto del total de solicitados por los afiliados a ISAPRE.

Gráfico 10
Porcentaje de días reducidos de los días solicitados de SIL, en ISAPRE, 1994-2000.



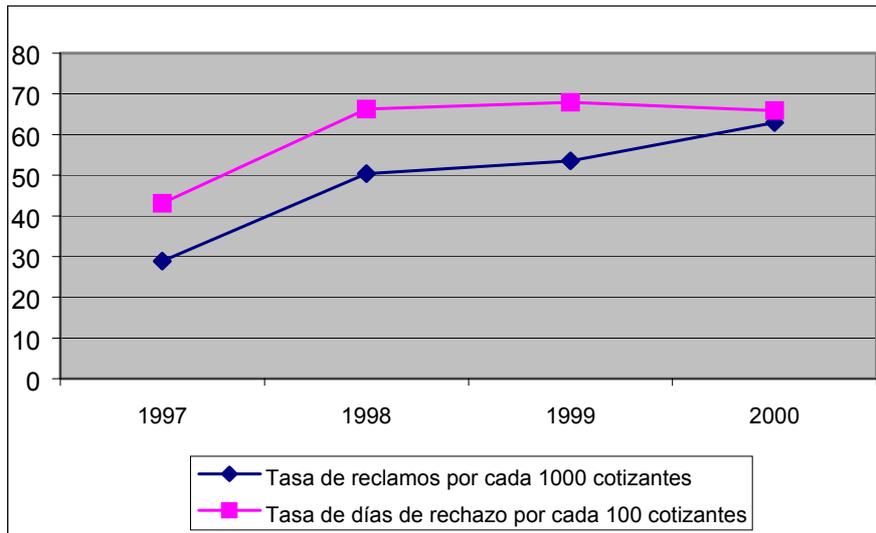
Fuente. Elaboración propia con Boletines de la Superintendencia de ISAPRE. 1994 a 2000.

Otra información que muestra este mismo aspecto, es el crecimiento que ha tenido el número de reclamos presentados por afiliados a ISAPRE a las COMPIN, entre los años 1997 y 2000. Las tasas de reclamos y de rechazo de licencias inducen a pensar en los costos que conllevan los reclamos y las controversias, es decir, los costos del conflicto son altos. Lo que se expresa, además, en el hecho que es cada persona es quien debe tomar la iniciativa para realizar los reclamos que estime pertinente de acuerdo a su derecho al subsidio, ante el rechazo de una ISAPRE o FONASA, con los consecuentes costos para ella y para el sistema. Es evidente que

otra organización del proceso puede traer economías de escala y minimizar este tipo de costos sociales.

Gráfico 11

Tasas de Reclamos a las COMPIN y de días de rechazos de SIL, 1997-2000



Fuente: Elaboración propia

Pareciera ser que la lógica sugiere que, en función de aprovechar economías de escala y de ámbito que poseen las instituciones del Sistema, sea la Institución pagadora, es decir el seguro, la que inicie una controversia si lo estima necesario y no cada usuario cuando se le rechaza o acorta la licencia. La licencia se otorgaría "por defecto", confiando en el diagnóstico médico (con sistemas efectivos de control), y el asegurador haría uso de su derecho a reclamo si tuviese otra apreciación sanitaria al respecto.

2.2.2. Deducible de los Tres Primeros Días y el Tope

En el sistema operan dos deducibles, uno implícito, que es el tope de 60 UF para el cálculo de la cotización obligatoria para salud, que actúa como deducible ya que hasta esa cobertura legal puede pagarse el subsidio, las personas que tienen ingresos mensuales superiores dejan de percibir la diferencia y cotizan sólo el 7% de este tope. El otro deducible, éste es explícito, es la carencia, que consiste en el pago a partir del cuarto día, si la duración de la licencia es menor o igual a 10 días (el "umbral"), este deducible aplica sólo para los empleados privados.¹⁷

¹⁷ El no pago de los tres primeros días, está definido en el Decreto con Fuerza de Ley N° 44, de 1978, que fija normas comunes para los Subsidios por Incapacidad Laboral, de los trabajadores dependientes del sector privado. Este cuerpo legal, en su artículo 14 señala: "Los subsidios se devengarán desde el primer día de la correspondiente licencia médica, si esta fuere superior a diez días o desde el cuarto día, si ella fuere igual o inferior a dicho plazo."

Aparentemente la existencia de este deducible obedece a la necesidad de generar controles, para evitar el uso inadecuado de este beneficio y tiene su origen en una disposición que rige desde el año 1952 que se preocupaba de controlar el posible uso abusivo de este beneficio, especialmente para controlar el llamado “San Lunes”.¹⁸ Por lo tanto este deducible no tiene su base en un diseño óptimo del funcionamiento del seguro, es más bien una medida antigua de control de un problema particular. Por el contrario, la carencia es un incentivo inadecuado, ya que, al contrario de lo que busca, provoca un aumento en el número de días promedio por licencia en los empleados particulares, como se muestra más adelante.

Al no ser un incentivo correcto provoca efectos perjudiciales en el sistema. En efecto, los datos muestran que esta carencia de 3 días y su umbral de los 10 días, provoca una prolongación en el número de días de licencia médica, como una forma que tienen las personas de posibilitar el pago completo del salario. Por ejemplo, como se puede ver en la tabla 3 siguiente, que se refiere al universo del total de beneficiarios de FONASA de los 19 Servicios adheridos al módulo computacional para el procesamiento de las Licencias Médicas en 1998; los empleados públicos tienen un promedio de días por licencia de 8,5 (sin deducible) y los empleados particulares tienen un promedio de 12,6 (con deducible). Asimismo, la distribución según tramo de días, también muestra que el porcentaje de licencias mayores de 11 días, es el doble en los empleados particulares, respecto de los públicos.¹⁹ De acuerdo a esta información el deducible provoca justamente el efecto inverso al que pretende.

Tabla 3

Distribución de Licencias Médicas por tramo de días y calidad del trabajador. Año 1998.

Tramo de días	Empleados Públicos			Empleados Particulares		
	Licencias	Promedio de días	%	Licencias	Promedio de días	%
0 a 3 días	25.792		25,16	27.953		7,03
4 a 10 días	51.846		50,58	195.034		49,07
11 y más días	24.860		24,25	174.475		43,90
Total	102.498	8,49	100,00	397.462	12,56	100,00

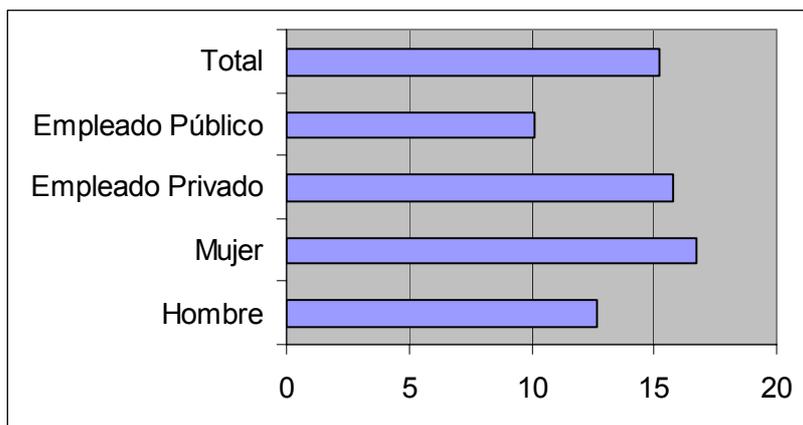
Fuente: FONASA. Departamento de Informática. 1999.

¹⁸ Lo que nos interesa mostrar es que este deducible en ningún caso obedece una estructura razonable de diseño óptimo del beneficio.

¹⁹ Este análisis es válido si suponemos que la morbilidad de empleados públicos y particulares es similar.

Para estudiar mayor detalle de este aspecto, el gráfico 12 muestra la situación para el año 2000, con una base de datos de 338.000 registros del Fonasa.²⁰

Gráfico 12
Promedio de días de licencia por licencia, año 2000, cotizantes FONASA



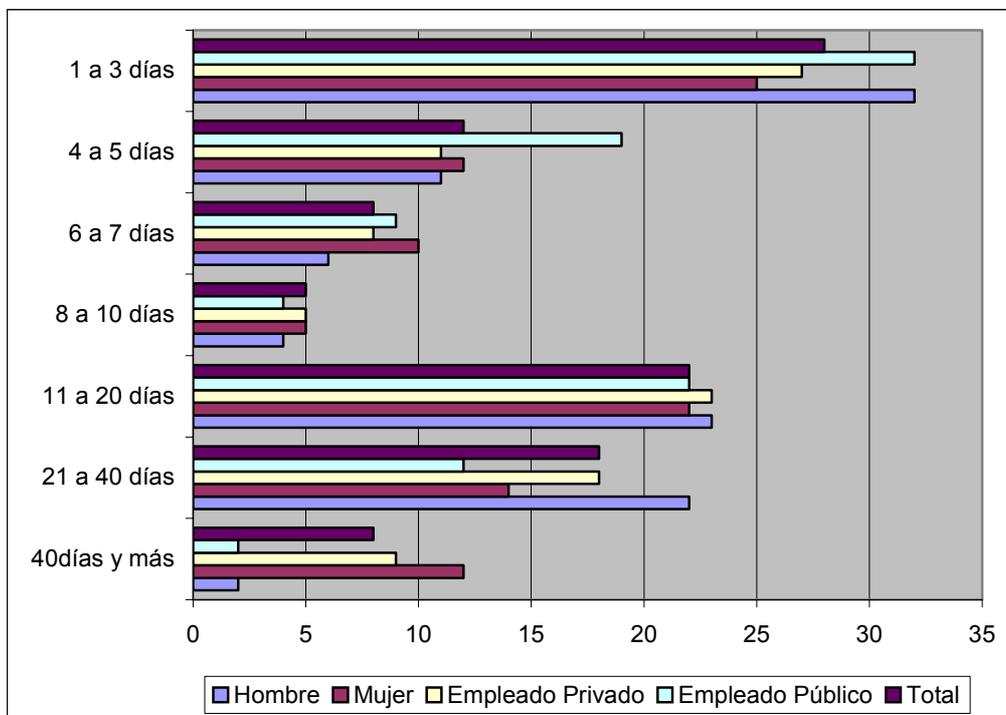
Fuente: Elaboración propia con Base de datos de Licencias FONASA, 338.000 registros para el año 2000.

Los datos muestran que en promedio los días de licencia por cada licencia son 15, pero que para los empleados privados –donde opera la carencia- es 16 días mientras que para los empleados públicos –donde no existe la carencia- es 10 días. Además las mujeres empleadas en el sector privado presentan un promedio de días de licencia por licencia de 18 días, mientras que las mujeres empleadas en el sector público 10 días. En el caso de los hombres, empleados privados los días de licencia por licencia son 13, mientras que en los empleados públicos poco menos de 10. Hasta aquí es claro a que quienes se les aplica la carencia y su umbral tienen licencias más largas que quienes no están sujetos a ella.

²⁰ Las características de esta base de datos se detalla en el capítulo 4, donde se usa para hacer estimaciones de demanda y elasticidades.

Gráfico 13

Porcentaje de Días de Licencia por Licencia, por tramos de días. Año 2000.



Fuente: Elaboración propia con Base de datos de Licencias FONASA, 338.000 registros para el año 2000.

Como se aprecia en el gráfico 13, enfrentados a una licencia, los empleados públicos (sin carencia) concentran el 32% de los días de licencia, en licencias de hasta de 3 días y el 64% de ellos, en licencias de hasta los 10 días. En cambio los empleados privados (con carencia) concentran el 50% de los días de licencia por licencia, en permisos por sobre los 11 días. Sólo el 27% en licencias menores de tres días y el 38% hasta los 5 días, contra un 51% en el sector público para la misma cantidad de días.

Evidentemente hay comportamiento distinto que depende de la carencia. Los trabajadores del sector privado acumulan la mayor parte de los días de licencia, en permisos superiores a los tres días y sobre todo sobre los 11 días, que es el umbral de aplicación de la carencia.

Similar análisis se puede hacer para comparar las licencias entre ISAPRE Abiertas y Cerradas – pero con datos anuales - donde se aplica este deducible en las Abiertas y pero no en todas en las Cerradas ya que algunas de ellas funcionan con contratos colectivos²¹ y la mayoría de las empresas aceptan cubrir esta parte del subsidio.

²¹ Las ISAPRE cerradas son 8 y representan aproximadamente el 5% del sistema, medido en cotizantes y monto de las cotizaciones.

Tabla 4

Días de Licencia por Licencias en el SIL, Sistema privado. 1990-2000

Año	Isapre Abiertas	Isapre Cerradas	Total Sistema
1990	9,18	6,33	8,68
1991	8,84	6,20	8,44
1992	7,69	6,40	7,57
1993	7,06	6,23	6,99
1994	7,16	6,88	7,14
1995	7,20	6,74	7,17
1996	7,18	6,25	7,13
1997	7,03	6,17	6,98
1998	7,23	6,96	7,22
1999	7,77	6,09	7,66
2000	8,27	7,56	8,22

Fuente: Elaboración propia con Boletines Superintendencia de ISAPRE 1990-2000

En ISAPRE abiertas, donde funciona el deducible, los días promedios por licencia médica son persistentemente mayores que en las ISAPRE cerradas.

2.3. La Morbilidad de los Trabajadores según el SIL

La situación de salud de la población ocupada puede ser analizada en términos diferenciados. Si no se conoce con exactitud cuales son las dimensiones de los problemas de salud comunes que afectan a los trabajadores en Chile,²² se dificulta el desarrollo de programas de carácter preventivo que permitan controlar estos problemas de salud. Al respecto, a continuación se mencionan algunos estudios permiten conocer algunos antecedentes y se presenta un análisis con los datos Fonasa del año 2000.

El primero de los estudios, se refiere a las Categorías Mayores y los diagnósticos, de las principales patologías, de las licencias médicas de los afiliados al FONASA, tramitadas en los 19 Servicios de Salud del país, que se encuentran conectados al Componente de Licencias Médicas,

²² Cabe recordar que el sistema que cubre los riesgos de salud en el trabajo es el de la Ley 16.744 de Accidentes Laborales y Enfermedades Profesionales, y que la línea que separa al SIL de éste mecanismos no es nítida en algunos problemas de salud como los problemas mentales, por ejemplo.

del Sistema Informático del FONASA, durante los años 1998 y 1999. Estos antecedentes se pueden apreciar en la siguiente tabla:

Tabla 5
Número y porcentaje de licencias según categoría diagnóstica mayor y principales enfermedades.

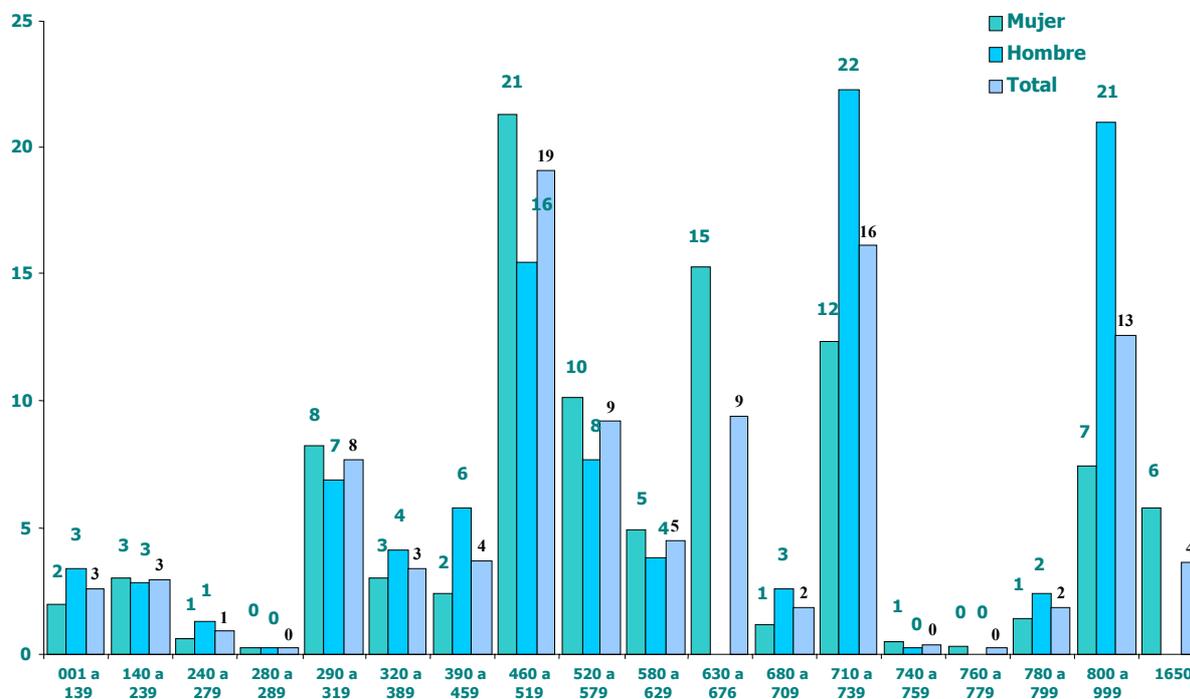
Categoría diagnóstico y enfermedad	Número	Porcentaje
Respiratorias Infecciones Altas 38,8 % Resfrío, Influenza, etc. Infecciones Bajas 35,8 % Bronquitis, Neumonía, etc. Enfermedades Crónicas 16,6 % LCFA, Asma, etc.	136.685	22,5 %
Osteomusculares Trastornos de Columna y Dorso 68,8 % Artrosis 10,4 %	106.333	17,5 %
Traumatismos y Envenenamientos Traumatismo extremidad inferior 34,8 %. Traumatismo de extremidad superior 24,6 %. Traumatismo torácico 4,1 %. TEC 3,9 %	66.646	11,0 %
Trastornos Mentales Trastornos depresivos: 57,9 %. Trastornos neuróticos: 32,4 %. Reac. Tensional: 3,4 %	58.606	9,6 %
Digestivas Síndrome Ulceroso 42,2 % Gastroenteritis y funcionales 19,4 % Patología Biliar 9,9 % Quirúrgicas 9,8 %	53.639	8,9 %

Fuente: Análisis del comportamiento de las licencias medica curativas según diagnóstico. Ministerio de Salud 1999.

En el presente trabajo, se analiza la base de datos del año 2000 sin que las conclusiones hayan variado demasiado, pero con algunas diferencias y amplitud que vale la pena reseñar:²³

²³ Es necesario tener en cuenta que ambos estudios no son directamente comparables ya que aplican metodologías distintas. Esto puede generar diferencias.

Gráfico 14
Porcentaje de días de licencia por tipo de diagnóstico (codificado) y sexo²⁴



Fuente: Elaboración propia con base de datos SIL de FONASA para el año 2000

Los grupos de diagnóstico²⁵ de mayor incidencia son en primer término las “Enfermedades del aparato respiratorio” (460 a 519) con un 19% y mayor incidencia en las mujeres que en los hombres, luego las “Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo” (710 a 739) con un 16% y mayor incidencia en los hombres que en las mujeres. Enseguida en importancia vienen los “Traumatismos y envenenamientos” (800 a 999) con un 13% y mucha más incidencia en hombres que en mujeres. Luego aparecen las “Enfermedades del aparato digestivo” (520 a 579) con un 9% e incidencia mayor en las mujeres, junto con un 9% de las “Complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio” (630 a 676). Con un 8% de los días de licencia aparecen los “Trastornos mentales” (290 a 319) levemente superior en las mujeres y con un 5% las “Enfermedades del aparato genitourinario” (580 a 629) con mayor incidencia de

²⁴ La metodología de este análisis fue tomar los diagnósticos de cada una de las licencias de la base de datos y agregarlas por enfermedad, para calcular los porcentajes de incidencia de las patologías. Esta metodología puede poseer el defecto de no diferenciar las segundas licencias que prolongan una primera licencia.

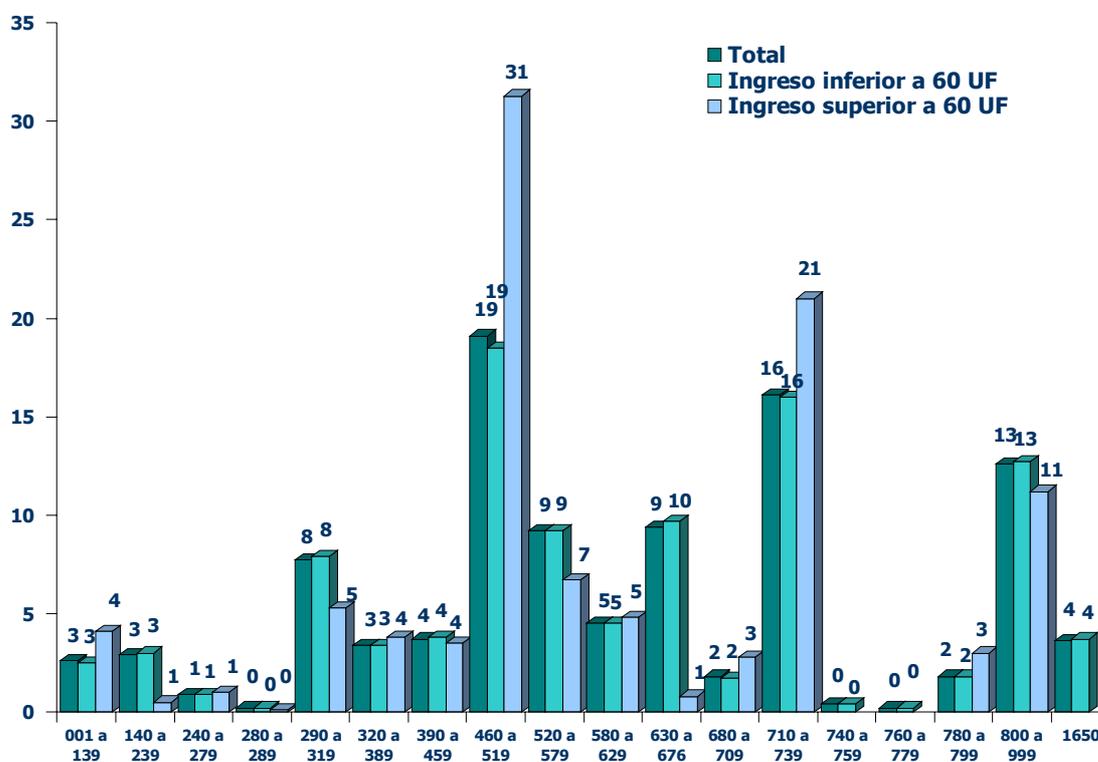
²⁵ Grupos establecidos en base al “Manual de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción” (1978), basada en las recomendaciones para la Novena revisión.

las mujeres. Con 4% de las licencias aparecen las “*Enfermedades del aparato circulatorio*” (390 a 459).

Hasta aquí y respecto del estudio que se tenía en 1999 (Tabla 5 con datos 1998), se puede ver que la gran diferencia es el desplazamiento de las enfermedades mentales por las digestivas en el cuarto lugar de los motivos por los cuales se otorga licencia médica y el paso de los trastornos mentales no al quinto sino que al sexto lugar luego de las “*Complicaciones del Parto*”.

También se pudo encontrar que la diferencia de ingreso respecto del tope 60 UF, no discrimina mayormente respecto de las razones de solicitud de días de licencia, es decir, el perfil de diagnósticos de las personas bajo el tope en ingresos es similar al de las personas no topadas. Con la excepción de dos importantes grupos: las enfermedades del aparato respiratorio que motivan más días de licencia en los ingresos superiores a 60 UF, el 31% versus 15% de los ingresos menores de 60 UF, y las enfermedades osteomusculares que también son más frecuentes en los ingresos no topados en un 21% contra un 16% de los ingresos menores a 60 UF. El siguiente gráfico muestra la situación descrita:

Gráfico 15
Porcentaje de días de licencia por diagnóstico e Ingreso mayor o menor a 60 UF mensuales²⁶



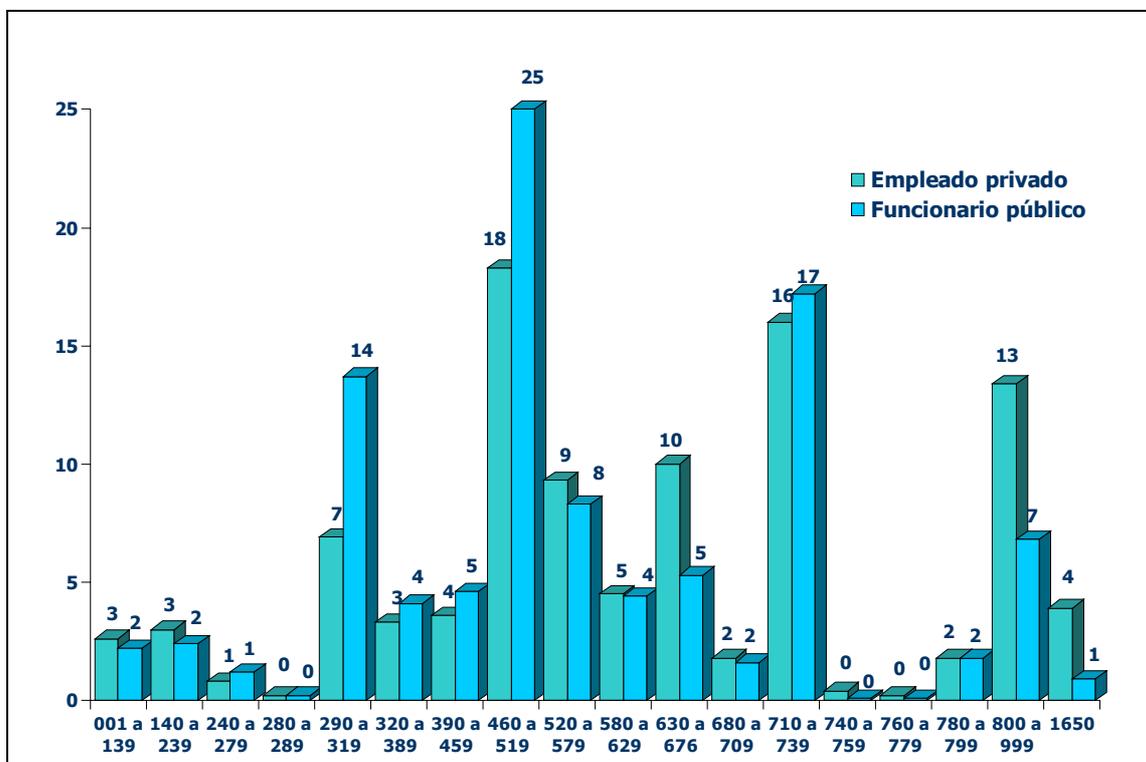
Fuente: Elaboración propia con base de datos SIL de FONASA para el año 2000

Este no es el caso de la variable funcionario público o privado ya que los funcionarios públicos presentan más días de licencia al año (25%) que en los privados (18%) en las *enfermedades respiratorias*. Los *traumatismos y envenenamientos* son levemente más frecuentes en los empleados públicos (17%) que en los privados (16%) y en los *Trastornos mentales* más frecuentes en los funcionarios públicos (14%) que en los privados (7%). También se nota alguna diferencia en las *Complicaciones del embarazo* siendo más frecuentes en las empleadas privadas (10%) que en las públicas (5%). Para mayor claridad el siguiente es el gráfico:

²⁶ Es importante mencionar que para acumular o sumar el número de días de licencia por persona en un año se preservó el primer diagnóstico como único para todos los días. Se sabe que esto no es así y posteriormente se hace la diferencia. Como se verá ello no influye críticamente en estos resultados.

Gráfico 16

Porcentaje de días de licencia por diagnóstico y característica del trabajador: público o privado



Fuente: Elaboración propia con base de datos SIL de FONASA para el año 2000

Estas diferencias no son explicables directamente y desde nuestro punto de vista, se requiere una investigación epidemiológica mayor para responder estas y otras interrogantes.

Otro estudio, realizado por una ISAPRE, como peritaje de un número de licencias médicas que sobrepasaban plazos “razonables” de reposo, permitió detectar que un número significativo de esos casos se prolongaban por causa de un tratamiento inadecuado y otro, porcentaje menor no tenía una licencia justificada médicamente.

Tabla 6

Resultados del Peritaje de las Licencias Médicas

CONCLUSIONES	Frecuencia	Porcentaje
Corresponde. Buen Tratamiento	14	18,9 %
No corresponde otorgar licencia	4	5,4
El tratamiento es inadecuado	50	67,6
El paciente no puede costear el tratamiento	3	4,1
El paciente no sigue las indicaciones	3	4,1

Fuente: Estudio ISAPRE Banmédica 2000

De esta forma se puede apreciar, que otra causa de prolongación de una licencia, por lo tanto de aumento de la Tasa de Incapacidad Laboral y de aumento del gasto en Subsidio por Incapacidad Laboral, también puede ser un tratamiento inadecuado. Lo que ratifica la impresión de que introducir estándares a través de protocolos inhibe esta variabilidad clínica y ataca el problema de riesgo moral en la medida que precisa la relación diagnóstico y reposo.

Por último, tampoco se conocen estudios del efecto que pueda tener la carencia sobre los tratamientos y recuperación de las personas. Un estudio de éste tipo puede despejar el problema de la carencia del ámbito sanitario y ubicarlo sólo en el esquema de incentivos y lo financiero, que es lo que sostiene este trabajo.

3. Comparación Internacional de los Subsidios de Enfermedad

En esta sección del trabajo se compara el SIL en Chile con los sistemas similares de países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD) y con los diseños de los sistemas existentes en América Latina (A.L.).

La comparación con países de la OECD es interesante dadas las reformas recientes emprendidas en este campo en varios de estos países. Por otra parte, a la hora de comparar diseños institucionales parece necesario incorporar un contexto institucional y económico relativamente homogéneo, como es el caso de Chile respecto de A.L.

Por lo tanto, se compara con otros países con el fin de revisar sistemas de protección financiera ante ausencia laboral por enfermedades y elaborar una tipología de esta protección y sus reformas, de manera de establecer si el modo o diseño chileno es similar al de otras regiones del mundo y al de países claves de América Latina, y si los cambios que en Chile parecen necesarios se han realizado recientemente y si se han evaluado sus resultados.²⁷

3.1. Reformas Recientes en Países de la OECD

En muchos países de la OECD los sistemas de beneficios de enfermedad han estado sujetos a sistemáticas evaluaciones. Algunos países han reducido la generosidad de estos beneficios y han transferido la responsabilidad del pago de los períodos iniciales de la enfermedad a los empleadores, desde los fondos públicos o desde las personas. Ha tenido una atención considerable la adopción de políticas de rehabilitación para el pronto regreso al trabajo.

En general se han establecido prioridades en función de lo que ocurre en los sistemas y en los mercados del trabajo. De esta manera se han emprendido, en algunos casos, reformas a la estructura de los programas.

Se han abordado aspectos de los seguros como los deducibles, las fuentes de financiamiento del pago de la prima, incentivos a la rehabilitación o a no estar enfermo, junto con reformas a las estructuras operativas que podemos interpretar como diseño institucional.

²⁷ En esta parte las fuentes principales fueron: OECD. Labour Market and Social Policy – Occasional Papers N°33. Social and Health Policies in OECD Countries: A survey of current Programmes and recent developments. David W. Kalisch, Tetsuya Aman and Libbie A. Bucéele, Manual de Economía de la Seguridad Social. Carmelo Mesa-Lago, Fabio Bertranou; Iriarte de Lofiego, María Alba (1994): “Legislación comparada sobre salud del trabajador en los países del Área Andina”. Serie Informes Técnicos N° 38. Proyecto de legislación en Salud. Programa de Políticas de Salud, División de Salud y Desarrollo. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Washington, D.C., diciembre, 1994; y Website de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), datos de la seguridad social (www/http://ilo.org)

3.1.1. Pago del Primer Período

Uno de los cambios de política más común ha sido transferir en mayor medida el pago de las licencias, en el caso del primer período de enfermedad,²⁸ al empleador junto con algunos otros cambios.

En Austria, en los ochenta, la responsabilidad de pago de los empleadores fue creciendo hasta cubrir las primeras dos semanas de enfermedad del trabajador (antes cubría sólo la primera). En Holanda, los empleadores han sido requeridos a cubrir las primeras 6 semanas de enfermedad desde 1994 y esto fue extendido a las primeras 52 semanas en 1996.

En Alemania, los empleadores deben cubrir el período inicial de enfermedad por las primeras 6 semanas, pero desde octubre de 1996, ellos han sido llamados a proveer igual tratamiento a todos los trabajadores y la obligación legal sobre el nivel de beneficios ha sido reducida de 100% a la tasa de 80% del salario (copago de 20%). En Bélgica los empleadores pagan por los primeros 30 días de enfermedad.

En Suecia, la responsabilidad de los empleadores fue extendida desde los primeros 15 días a los primeros 28 días, en enero de 1997, pero fue reducido a 15 días, de nuevo, desde abril de 1998. El Reino Unido extendió la responsabilidad de pago de los empleadores desde las primeras 8 semanas a las primeras 28 en 1986, aunque los empleadores recibieron reembolso por muchos de estos costos. El nivel de restitución a los empleadores fue subsecuentemente reducido desde 100% a 80% en 1991 y a cero en 1994.

De aquí se desprende que la importancia del financiamiento del pago del primer período (que se define de modo distinto en cada caso) y su traspaso a los empleadores está dada, aparentemente, porque ellos pueden tener mayores incentivos a prevenir y limitar el uso de las licencias por enfermedades más comunes. Además esto probablemente inhiba la tendencia a concertarse entre trabajadores y patrón para sacar partido del sistema. El empleador siente la responsabilidad de controlar cuando debe financiar parte del problema.

Esto es algo no contemplado en el diseño en Chile. Aquí aparentemente se ha impuesto el argumento teórico, de que visto el pago de estos seguros como un impuesto (al trabajo), no importa quién lo pague en términos de incidencia legal. Es decir, se debe tener en cuenta que la carga económica de un impuesto no depende de quién pague directamente, ya que, la incidencia económica no es igual a la incidencia legal. Desde el punto de vista económico daría exactamente igual quién pague el impuesto, se sabe que en general la carga va a recaer sobre aquel agente que tiene menos posibilidades de eludirlo (el que tiene una curva de demanda u oferta, más inelástica). Pero la práctica de estos países demuestra que hay un juego de incentivos importante, que no da lo mismo y que es conveniente hacer responsables de los pagos por SIL también a los empresarios.

²⁸ La duración del “primer período” es una cuestión relativa y puede diferir notoriamente entre países.

3.1.2. Copagos y deducibles

En algunos casos cobra importancia el aumento del copago junto con un aumento de la carga del empleador. Suecia, redujo la generosidad de este beneficio de enfermedad desde proveer 90% del salario a 75%, esto fue en parte revertido al 80% en enero de 1998. Llama la atención que en este país ha habido cambios en los copagos cada año a partir de 1991, hasta la última modificación de 1998. Se han probado distintas fórmulas como copagos diferenciados por tramos de días y cambios parejos en las tasas de copagos.

El Reino Unido, lo redujo del 100% al 80% y además removió el componente de ingresos-asociados al beneficio de enfermedad en 1980. (suponemos que se trata de agregados a salario base). Con completo financiamiento de las empresas a partir de 1994. Irlanda además, sacó (restó) un pago asociado-suplementario con el beneficio de enfermedad, abolido en 1994.

Italia y Finlandia, han reducido sus montos de beneficios, contrayendo el gasto en asociación con etapas de puesta a punto de los arreglos administrativos, logrando caídas en los costos de beneficios de enfermedad.

Alemania también aumentó la tasa de copago del 0% al 20%, a partir de octubre de 1996, con las primeras seis semanas pagadas por el empleador. Pero en enero de 1997 volvió a aumentarse el copago esta vez a 30% del salario y se limitaron los tiempos de reposo a 78 semanas y 3 años para algunos casos. En Austria se mantiene una tasa de copago entre 40% a 50% sólo después de la doceava semana.

En Polonia los empleadores financian licencias los primeros 35 días y, junto con el cambio en el porcentaje que deben financiar del 60% a 40% de la licencia, el beneficio se paga sobre un 80% del salario (copago de 20%) pero en convenios colectivos este puede ser aumentado hasta el 100%.

En Grecia se mantiene un sistema bastante restrictivo que no paga los 3 primeros días y paga sólo el 25% del salario los siguientes 15 días y el 50% los siguientes 15, que ha implicado que disminuyan los días reembolsados entre 1993 y 1995.

Casi todas estas medidas, *ceteris paribus*, constituyen netamente aumentos del copago para las personas o empresas. Y tienden a evitar concertaciones entre empleados y empleadores, además de evitar el riesgo moral. No obstante cabe hacer notar que en general el aumento del copago está asociado a otras medidas como, y fundamentalmente, el traslado del pago al empleador, como son los casos de Alemania, Reino Unido, Polonia y Suecia.

3.1.3. Medidas Complementarias de Tratamiento

Medidas introducidas en Finlandia en 1990/91 pusieron gran énfasis en la rehabilitación como manera de reducir el gasto en beneficios de enfermedad. Reformas en Australia en 1991, además, introdujeron más oportunidades de rehabilitación, junto con un límite de tiempo de un año sobre el recibo de fondos públicos destinados a enfermedad. El trabajo estratégico en Suecia incluye

rehabilitación como un activo medible para quién está enfermo y Austria tuvo que expandir las opciones de rehabilitación.

En Nueva Zelanda en 1995/96 se introdujo una administración más intensiva en información sobre dificultades médicas, que permitió reducir los tiempos de interconsultas o derivaciones y contar con un sistema de segunda opinión en los casos de más largo tiempo.

En Noruega en cambio, el Estado, puso especial énfasis intervención y en la investigación de las enfermedades y accidentes más comunes.

A partir de 1997, en España se comienza a medir y monitorear la incapacidad temporal para trabajar, para evitar la ausencia al trabajo, conocer con mayor precisión las enfermedades y su impacto en la capacidad laboral.

En Turquía también se fomentó los servicios de rehabilitación para acelerar el retorno al trabajo. El mismo foco tuvieron algunas medidas en Portugal.

En el Reino Unido el traspaso por completo del pago a los empleadores con la introducción del “SSP” (Statutory sick pay), se generaron fuertes incentivos y acciones consecuentes para que los empleadores manejaran los niveles de ausentismo laboral.

Todo esto último, es algo nuevo para el caso Chileno, que se pueden interpretar como medidas que pueden procurar una recuperación rápida de los enfermos, ya que la rehabilitación, implica un esfuerzo por mejorar y por lo tanto, de no prolongar innecesariamente el reposo.

3.1.4. Cambios Institucionales y en el Control

Un número importante de países de la OECD no han cambiado directamente los beneficios, pero en cambio han buscado introducir un mayor fortalecimiento en la administración de las reglas y en algunos casos, han cambiado los requerimientos médicos asociándolos con cambios más amplios introducidos a las pensiones de invalidez.

Por ejemplo, Hungría estableció un staff senior de supervisión médica independiente, para revisar determinaciones, detectar licencias injustificables y tratamientos. Bélgica introdujo chequeos de salud sobre las personas que reciben soporte de ingresos, desde una unidad médica no acreditada o una consultora del fondo médico. Austria ha introducido mejores chequeos sobre los trabajadores con licencias de enfermedad. Medidas en el mismo sentido introdujo la República Checa.

Nueva Zelanda ajustó la administración en 1995/96, con requerimientos de información más extensivos sobre la naturaleza de las dificultades médicas, reduciendo el tiempo entre chequeos médicos y con necesidades por una segunda opinión en los casos de enfermedades de largo plazo.

En Holanda se requirió que cada compañía suscribiera a ARBO-services el cual monitorea la ausencia por enfermedad y provee consejo y recomendaciones a las compañías. Esto constituye una externalización del proceso de fiscalización.

Dinamarca introdujo una alta prioridad al período inicial de enfermedad para los casos de beneficio, menos de 8 semanas, y lo traspasó a responsabilidad de las autoridades locales quienes son responsables por reunir la mitad de los costos de pago y, Suecia, en octubre de 1997, aumentó el poder de la oficina de seguridad social para investigar casos.

España ha introducido en junio de 1997, nuevos reportes médicos concernientes a la ausencia al trabajo, extendidos durante la ausencia y al término de la ausencia, con cuatro meses de monitoreo, a través, de reportes médicos de incapacidad temporal. Los trabajadores son llamados para examinación médica individual si el beneficio se extiende más de 12 meses. Hay un cuerpo especial que maneja este sistema.

Reformas recientes en Canadá, extendieron la cobertura de los beneficios de enfermedad a trabajadores part-time y múltiples trabajadores por cuenta propia.

En Portugal existe un Consejo Médico Experto que ha ejercido desde 1992 un control más intensivo y revisión de actividades de la seguridad social regional.

Se está en presencia de medidas de control, todas aquellas que tienen que ver con el chequeo y determinación del estado de salud del paciente, controlar a los médicos en el otorgamiento de la licencia y otras tantas a disminuir los costos de transacción cuando se mejoran los sistemas de administración. Otro grupo de medidas están destinadas a la regulación y control de la oferta y la demanda como aquellas que forman comisiones o cuerpos de control y monitoreo y el caso de Dinamarca que otorga tanta importancia al primer período que se puso la mitad de él a cargo de la autoridad local, en términos financieros.

3.1.5. Precariedad Laboral y SIL

La información para Italia muestra que se han reducido los pagos en estos subsidios desde que en 1995, por la naturaleza precaria del empleo, que llevó a los trabajadores a ausentarse sólo en casos de extrema necesidad por temor a la pérdida del empleo. En el sector público se tomó la medida de reducir la tasa de beneficios de enfermedad en un tercio para el primer día de ausencia, sin embargo en 1998 se revirtió al restaurarse el pago total para el primer día. Por otro lado, cuando el ausentismo es menos de dos semanas, los empleados reciben sólo su pago básico y no sobre beneficios o pagos suplementarios al salario.

En Alemania, Suecia y Austria, han notado que la situación más difícil en el mercado del trabajo, contribuye a bajar este beneficio en su gasto y en su uso, al igual que en Italia. No obstante en los dos primeros países también hubo aumentos en los copagos y otras medidas adicionales que impactaron en la reducción de los beneficios.

En estos casos se muestra que factores externos al seguro como la precariedad del mercado del trabajo influyen disminuyendo el uso del subsidio por el temor natural de perder el trabajo y que aparentemente el deducible de un día (1/3) funcionó en Italia solamente porque se vio reforzado durante el período de mayor precariedad del empleo y en el sector público.

Pero también se encuentran casos en que las limitaciones de los beneficios de los subsidios de desempleo impactan en mayor uso de los beneficios de enfermedad. Por ejemplo, en Australia donde desde 1996 los desempleados comienzan a tener derecho a este subsidio financiado desde el mismo fondo, y en Dinamarca donde los aumentos de beneficios de enfermedad en 1995 se debieron a aumento de pagos de enfermedad de largo plazo y por el nexo entre la limitación de los beneficios para los desempleados y los beneficios de enfermedad.

A continuación se presenta una tabla resumen de los países por política aplicada, con las principales características de las medidas tomadas en países de la OECD y su sentido de conjunto o de reforma.

Tabla 7

Países de la OECD que han adoptado políticas de reforma en torno a los subsidios de enfermedad, por tipo de política

	Pago patronal del primer período	Cheques de salud y monitoreo. Con énfasis en la rehabilitación	Introducción de Deducibles y co-pagos Disminución-ampliación del período	Más Controles de la oferta y demanda	Total países con medidas
Países con medidas	Alemania, Austria, Bélgica, Holanda, Reino Unido, Suecia.	Australia, Austria, España, Finlandia, Nueva Zelanda, Noruega, Portugal, Reino Unido, Turquía	Alemania, Austria, Finlandia, Grecia, Irlanda, Polonia, Reino Unido, Suecia	Austria, Bélgica, Canadá, Dinamarca, España, Holanda, Hungría, Nueva Zelanda, Portugal, Suecia.	19
Países con 1 medida	Bélgica	Australia, Turquía, Noruega	Grecia, Polonia, Irlanda	Canadá, Hungría, Dinamarca	10
Países con 2 medidas	Alemania, Holanda.	España, Nueva Zelanda, Finlandia, Portugal	Alemania, Finlandia	Holanda, España, Nueva Zelanda, Portugal	6
Países con 3 medidas	Reino Unido, Suecia	Reino Unido	Reino Unido, Suecia	Suecia	2
Países con 4 medidas	Austria	Austria	Austria	Austria	1

Fuente: Elaboración propia con datos de la OECD

De la tabla se deduce que un total de 19 países ha asumido alguna de las políticas que se han identificado como centrales en este trabajo, mientras que 10 países de la OECD han adoptado o presentan dos de estas medidas de política al mismo tiempo. Pero sólo dos de ellos han adoptado tres de estas políticas al mismo tiempo (Reino Unido y Suecia), mientras que sólo un país (Austria) ha llevado adelante este conjunto de políticas, todas al mismo tiempo.

Por otra parte solo un país, Bélgica, mantiene políticas de pago del primer período por parte del empleador sin acompañarla de ninguna otra de aplicación reciente. Los otros países que siguen esta política como Alemania, Holanda, Reino Unido, Suecia y Austria, lo hacen en conjunto con otras, la más frecuente es la política de copagos (Alemania, Reino Unido, Suecia y Austria). A

pesar de ello varios países implementan o mantienen políticas de copagos sin compañía de otras (Grecia, Irlanda, Polonia). Sin embargo estos países no se han destacado especialmente por sus resultados en los subsidios de enfermedad. No ocurre lo mismo respecto de las políticas de control para Canadá y otros países, que más bien se refieren a sistemas que funcionan relativamente bien a los cuales se le introducen ciertos ajustes en el control en los procesos de operación.

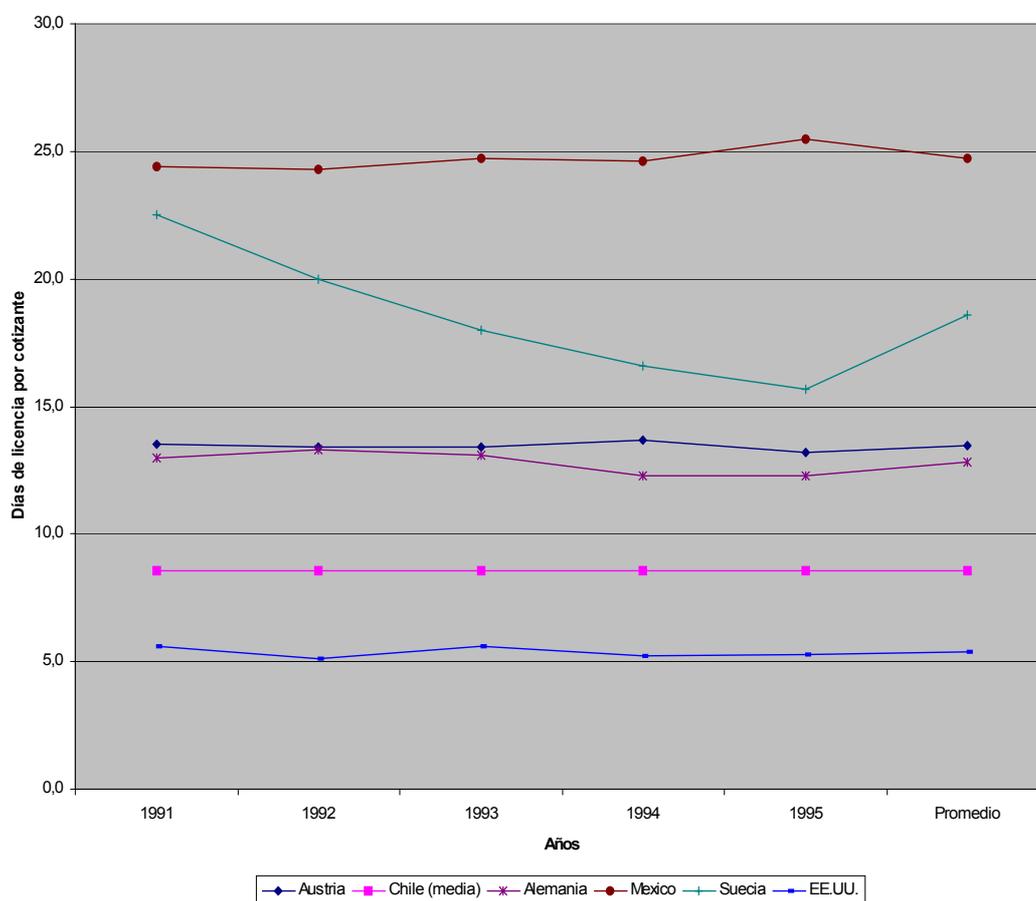
Las medidas más generalizadas son las de control administrativo (10 países) seguida por la de nuevos énfasis médicos y en la rehabilitación (9 países). En las primeras hay que destacar que las medidas más importantes son la habilitación de mejores sistemas de información y seguimiento que es una medida dirigida a conocer y controlar la demanda, junto con la introducción de organismos técnicos en el control de los diagnósticos, que es un control hacia la oferta. No obstante cabe señalar que los mejores resultados se observan cuando estas medidas más frecuentes se encuentran acompañadas por algunas de las medidas financieras (por ejemplo pago del primer período y cambios en copagos/deducibles) como es el caso de Suecia, Reino Unido, Holanda y Austria. Por otro lado hay países que han enfatizado en lo financiero como Alemania y otros sólo en lo administrativo y médico como España, Nueva Zelanda y Portugal. De estos sólo Alemania y Portugal, muestran buenos resultados a la fecha de la evaluación de la OECD.

3.1.6. Ausentismo Laboral y relación con las Licencias Médicas

El ausentismo laboral puede ser un indicador “Proxy” de la ocurrencia de riesgo moral en los SIL. Las comparaciones internacionales mantienen a Chile en un nivel bastante bajo de ausentismo laboral como muestra el siguiente gráfico:

Gráfico 17

Comparación Duración Licencias Chile versus Países Escogidos de la OECD (1991-1995)



Fuente: Datos de la OECD procesados por Aedo, Bastías y Sapelli, 1999. Chile está incluido de acuerdo a la nota a pie de página²⁹

Con una muestra de 29 países entre 1961 a 1997, Aedo, Bastías y Sapelli (1999) muestran que los países de la OECD presentan una gran variación en el número de días perdidos por enfermedad. Se puede ver en el gráfico de países seleccionados, que destaca la situación de EE.UU. que mantiene un mecanismo de días fijo para ausentarse al trabajo en el año que son de cargo del empleador independiente del motivo y el de Suecia que presenta una notable caída del

²⁹ Los autores advierten que los datos de otros países no son directamente comparables con Chile porque pueden contener ausentismo por accidentes laborales, pueden incluir días totales y no sólo los pagados y porque los países no incluyen el reposo maternal. Por lo anterior hicieron un ajuste estimando un número máximo para Chile, en base a los distintos tipos de subsidio para hacerlo más comparable. Así Chile (máx.) incluye todos los subsidios, Chile (media) excluye los subsidios maternales y Chile (min.) incluye sólo SIL curativo.

ausentismo por medidas de modificación de diseño de estos beneficios hacia un sistema de mayor control.

Los autores afirman que el gran rango de variación observado para los países de la OECD permite concluir, que países con grados similares de morbilidad pueden tener días muy dispares de días de ausentismo por enfermedad, lo que indicaría que la estructura del seguro y su forma de operación son importantes para determinar el número de días perdidos por enfermedad. Una segunda conclusión es que Chile se encontraría en el tramo inferior del rango.

3.2. Comparación de Beneficios del SIL en América Latina

Para hacer un análisis comparativo es necesario recordar que la región de América Latina fue pionera en cuanto a seguros de enfermedad-maternidad en el mundo en desarrollo, e incluso respecto de los países desarrollados de América del Norte. Este seguro en la mayoría de los países se financia con la nómina salarial y tradicionalmente ha sido insuficiente para cubrir sus gastos, por lo que ha recibido transferencias de los sistemas de pensiones, en algunos casos, o directamente de las arcas fiscales, en otros. Este rasgo, es característico de la región, lo que está indicando problemas de financiamiento y/o del diseño de los sistemas.

Las comparaciones de los seguros de la seguridad social en A. L., donde ha habido pocas reformas, se hace en términos de cobertura, prestaciones, administración y financiamiento. Los costos de administración en general son altos debido a las ineficiencias generadas por la multiplicidad de instituciones gestoras, la complejidad legislativa y las deficiencias en los sistemas de información.³⁰

³⁰Cabe aclarar que la seguridad social esta constituida por seguros sociales donde consideramos las categorías de pensiones, invalidez y muerte, y atención médica. En este último grupo se clasifican la atención medico-hospitalaria y las prestaciones monetarias por riesgos ocupacionales derivados de enfermedad común y maternidad, como el SIL, o accidentes laborales y enfermedades profesionales. Al referirse a la seguridad enfermedad-maternidad se sigue la definición de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), que se refiere a la atención médico-hospitalaria y prestaciones monetarias por enfermedad común y maternidad. Este último concepto es el de mayor comparabilidad, pero se debe tener presente que las comparaciones no son directas, en general, para algunos países podrían contemplar no sólo las licencias, sino que también las atenciones generadas por ellas. Pero revisando los datos OIT se aprecia que para Chile son sólo las licencias médicas y que están separadas en maternidad y enfermedad, no obstante, no podemos saber si para el resto de los países la metodología es la misma porque no hay información suficiente en las notas al pie de las tablas. Así la categoría Enfermedad-maternidad incluye la atención de salud y prestaciones monetarias, pero no la atención de salud del sector de salud pública. No obstante, cuando se especifica, incluye sólo las prestaciones monetarias que son las licencias médicas.

Tabla 8

Condiciones de acceso para las prestaciones monetarias enfermedad-maternidad de la seguridad social. Países escogidos de América Latina. 1995.

Condiciones de acceso para las prestaciones enfermedad-maternidad de la seguridad social. Países escogidos de A.L., 1995. (beneficios monetarios)						
País	Enfermedad			Maternidad		
	Contribución	% del salario	Duración	Contribución	% del salario	Duración
Argentina	Sólo estar empleado y tener seguro	100	26 semanas	42 semanas	100	12 semanas
Bolivia	9 semanas	75	26-52 semanas	17 semanas	90	13 semanas
Brasil	52 semanas	80-92	Todo el tiempo necesario	Sólo estar empleado y tener seguro	100	17 semanas
Colombia	4 semanas	66,6	26-52 semanas	12 semanas	100	8 semanas
Costa Rica	4 semanas	60	52 semanas	26 semanas	50	17 semanas
Cuba	Sólo estar empleado y tener seguro	50-90	11 semanas	18 semanas	100	
Chile	26 semanas	100*	52-104 semanas	18 semanas	100	18 semanas
Guatemala	Sólo estar empleado y tener seguro	66	26-39 semanas	Sólo estar empleado y tener seguro	100	12 semanas
México	4-6 semanas	60	52-78 semanas	30 semanas	100	12 semanas
Perú	13-17 semanas	100	49 semanas	13-17 semanas	100	13 semanas
Uruguay	13 semanas	70	52-104 semanas	Sólo estar empleado y tener seguro	100	12 semanas
Venezuela	Sólo estar empleado y tener seguro	50-66,6	52 semanas	Sólo estar empleado y tener seguro	66,6	18 semanas

Fuente: Construido en base a datos Mesa-Lago, 98 y DIPRES 99, para Chile.

*Cabe recordar que si bien en Chile se paga el 100% de la remuneración, esta comienza a pagarse a partir del cuarto día en las licencias inferiores a 11 días, para los trabajadores privados que son cerca del 95% del total. Por lo que el porcentaje del salario que se reintegra realmente puede variar desde el 0%, si el reposo es menor a tres días, al 100%. De hecho con base de datos FONASA para el año 2000, a través de un cálculo simple, se puede estimar que la cobertura financiera real del aseguramiento, en promedio, alcanza el 70% a 75%. Esto pone a Chile en un rango de generosidad similar a varios otros países de A. L. como Uruguay, Bolivia e inferior a Argentina y Brasil.

Así, con respecto al porcentaje del salario que cubren los seguros de enfermedad, cuando se considera la carencia, Chile no se encuentra entre los más generosos como sí aparecen Perú, Argentina y en segundo plano Brasil.

En general, los textos plantean que las condiciones de adquisición de las prestaciones enfermedad-maternidad en A. L. tienden a ser muy generosas, porque varios países no exigen ningún período de espera para licencias de enfermedad, basta ser empleado y estar asegurado, algunos requieren períodos de espera muy cortos, unos pocos pagan el 100% del salario en caso de enfermedad y otros el 90%. Se cree también que esto incentiva la simulación de enfermedad, lo que aumenta los costos. Pero Chile es el segundo país más restrictivo en términos de contribución de parte del beneficiario, después de Brasil, Argentina, Cuba, Venezuela y Guatemala, los países más liberarles al respecto.

En el caso de la duración permitida para la licencia de enfermedad Brasil es lejos el más generoso por cuanto acepta la cantidad de días de reposo que “sea necesario”, seguidos de Uruguay y Chile que admiten hasta 104 semanas (52 prolongables) y México con hasta 78. Llama la atención que todos los demás países usen límites a la duración de las licencias menores a 52 semanas.

De este análisis se puede concluir que los problemas de aumento del gasto y de gestión de los subsidios son más o menos similares en los países escogidos de América Latina.

No obstante, se reitera que la gran falencia de datos sobre impactos y operación de estos sistemas a nivel internacional impidieron, a la fecha, un análisis más pormenorizado.

3.3. Síntesis de la Comparación Internacional

Los países de la OECD han realizado reformas a los subsidios de enfermedad, dado que han presentado problemas similares a los que se puede encontrar en Chile.

Las reformas emprendidas abarcaron medidas en torno a traspasar el pago del primer período de licencia a los empleadores introduciendo incentivos adicionales al control del ausentismo e impidiendo la concertación en contra los sistemas, los monitoreos de salud dentro del sistema para lograr una rehabilitación más rápida, los deducibles y los períodos del beneficio como forma de afectar los incentivos y conducta de las personas frente al beneficio; y los controles sobre la oferta y la demanda, con fuerte énfasis en sistemas colegiados de tercera opinión y sistemas administrativos y de información. Cuando han tenido mejores resultados es cuando estas medidas se han aplicado en su mayoría al mismo tiempo.

Chile no es un “oasis” del SIL en cuanto a beneficios para los trabajadores, en el sentido que muestra beneficios similares a muchos otros países, tanto de A. L, como de Europa y muestra también problemas parecidos. Muchas de las soluciones implementadas en tales países, parecen perfectamente aplicables a Chile, si el objetivo es reformar el diseño para evitar una posible crisis.

4. Determinantes de la Demanda por SIL

En este capítulo se estima un modelo para la demanda por SIL y, en base a esa estimación, se evalúan las recomendaciones que se han ido insinuando a lo largo del texto. En particular el análisis se hace con datos FONASA para el año 2000, estimando un modelo que se detalla a continuación.

4.1. Metodología del Análisis

El modelo de regresión debe tener en cuenta el problema que surge al estudiar sólo aquellas personas que tuvieron días de licencia en un año, y que entonces los datos sean sólo parcialmente útiles a la hora de hacer inferencia para toda la población. Así al hacer inferencia sobre características de la población se debe corregir la estimación ya que la muestra es extraída de una parte limitada de esa población.

En efecto, los datos usados son una muestra de un subconjunto de una población que interesa. Además, se está usando una muestra de aquellas personas que efectivamente hacen uso de las licencias durante un año y no de todos los potenciales usuarios del sistema, es decir, el modelo está truncado ya que no incorpora los datos de aquellos que no demandaron licencias médicas y dado que este es el límite inferior en la duración de una licencia médica.

Dado lo anterior en este ejercicio se utiliza un modelo de regresión truncada.³¹

4.2. Datos

La base de datos con que se cuenta para esta estimación es una muestra de usuarios de licencias médicas otorgadas en el sistema público de salud (FONASA) durante el año 2000, con excepción de los Servicios de Salud de Valparaíso, Concepción y Llanquihue.³² Se cuenta con cerca de 338.000 registros lo que equivale al 36% de las licencias otorgadas por el sistema público ese año.

Los datos registrados son los días de licencia, los diagnósticos de ellas codificados de acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades (CIE-9), el costo de la licencia en pesos, la edad y sexo del usuario como una variable dummy y la calidad de funcionario público o empleado

³¹ “Una distribución truncada es la parte de una distribución... ..que queda por encima o por debajo de un cierto valor especificado”. Esta definición y la especificación del modelo se encuentra en *Econometric Analysis*. William H. Greene, 1998. El modelo de regresión truncada se refiere a que las variables dependientes son en algún grado limitadas, lo cual se produce, cuando los datos de la muestra son extraídos de un subconjunto de una población mayor, que es la que interesa estudiar.

³² Esta base se conforma de más de 604.000 registros. No obstante se han excluido aquellos registros incompletos – para al menos una de las variables. Es importante advertir que se realizaron pruebas para estudiar la representatividad de este subset. No obstante, debido al nivel de datos incompletos en la base original, puede existir algún sesgo de análisis.

privado del usuario como variable dicotómica que permite conocer el efecto del deducible llamado carencia. Además se construyó de manera indirecta una variable que indica si el ingreso del cotizante está por sobre el tope de 60 UF para el cálculo de cotización obligatoria o no, por lo tanto, esta también es una variable dummy y representa el segundo deducible que se ha planteado que actúa en este seguro³³.

4.3. Análisis de la Muestra

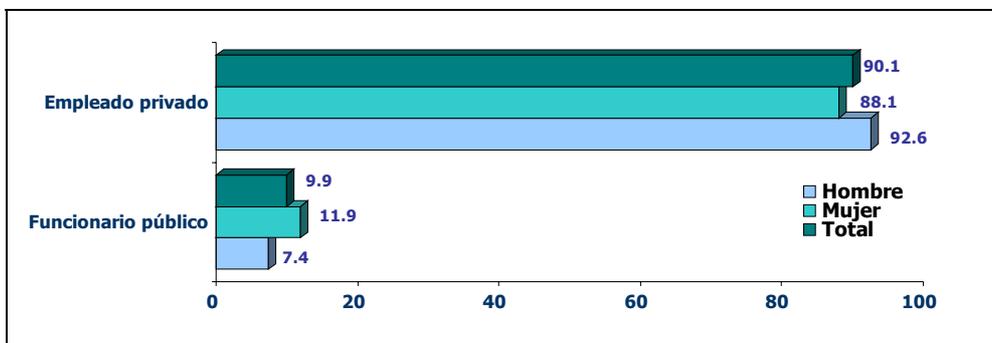
Un 45% de las personas de la muestra son hombres y un 55% son mujeres. El siguiente despliegue de gráficos muestra como se distribuyen en la muestra que se usará en las estimaciones, los días de licencia al año, de acuerdo a categoría laboral, por edad, entre hombres y mujeres, por ingresos (menor o mayor al tope) y a los costos de los días de licencias.

4.3.1. Situación contractual: empleado público o privado

El gráfico 18 muestra el porcentaje de cotizantes en la muestra que son empleados públicos y privados según sexo, mientras que el gráfico 19 presenta la información por tramos de edad. Se ve que el 90% son empleados privados. De acuerdo a las edades la participación de empleados públicos en el total de empleados, aumenta conforme aumenta la edad de los cotizantes.

Gráfico 18

Cotizantes: porcentaje de empleados públicos y empleados privados y según sexo

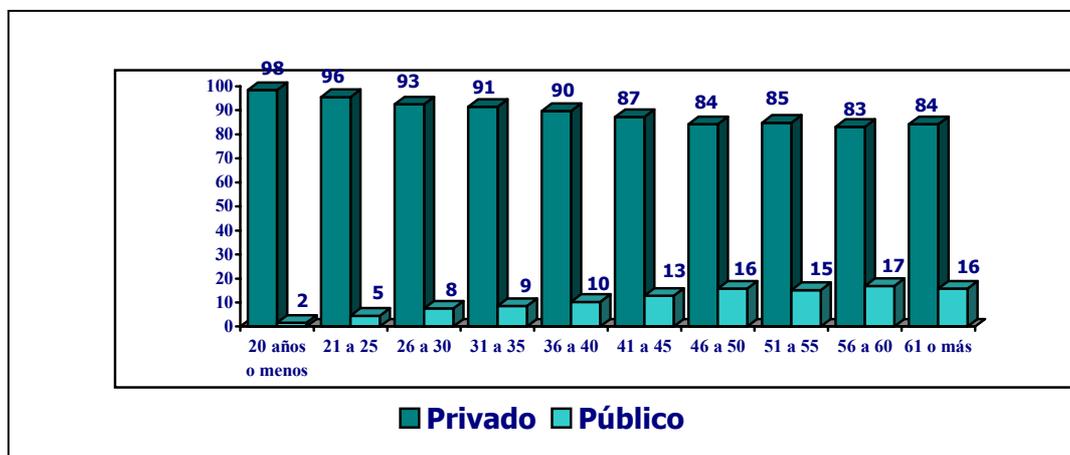


Fuente: Elaboración propia con base de datos SIL de FONASA para el año 2000

³³ Esta estimación se realizó calculando el ingreso mensual a partir del monto diario pagado por SIL. El supuesto que se asume es que todo ingreso equivalente al tope, tiene un ingreso igual o superior a el.

Gráfico 19

Cotizantes: porcentaje de empleados público y empleados privados, por edad



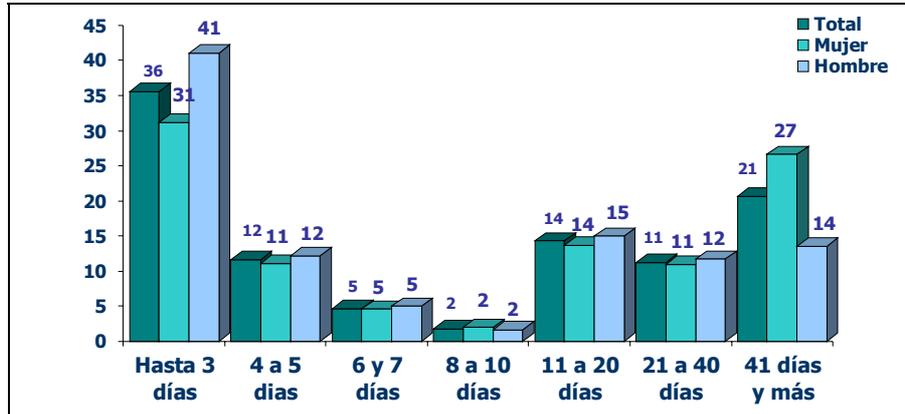
Fuente: Elaboración propia con base de datos SIL de FONASA para el año 2000

4.3.2. Días de licencia por cotizante - FONASA

El gráfico 20 muestra que hay 36% de los días de licencias por cotizante al año, menores a tres días, siendo más alto este porcentaje en los hombres (41%) que en las mujeres (31%). Además entre 4 a 5 días se da otro importante porcentaje (12%). No obstante el porcentaje días por cotizante cae los días siguientes y justo hasta el día 11, cuando aumenta notablemente del 2% entre 8 a 10 días al 14% entre 11 y 20 días. A pesar de que en esta estadística el límite o umbral de los 10 días no es tan relevante dado que aparecen acumulados todos los días de licencia al año, independiente del número de licencias, es decir, no es el comportamiento ante una licencia sino la demanda anual de días de licencia. Dado que el promedio por licencia es cercano a los 15 y que el promedio de licencias es levemente superior a 2 al año, cobran relevancia los últimos tramos de días, en particular el de 41 días y más, donde puede estar reflejándose el problema del deducible de los tres primeros días. Por otra parte el 55% de los días de licencia por cotizante en el año es menor a 10 días.

Gráfico 20

Porcentaje de días de licencia por persona al año, por tramos de días y por sexo. FONASA Año 2000.



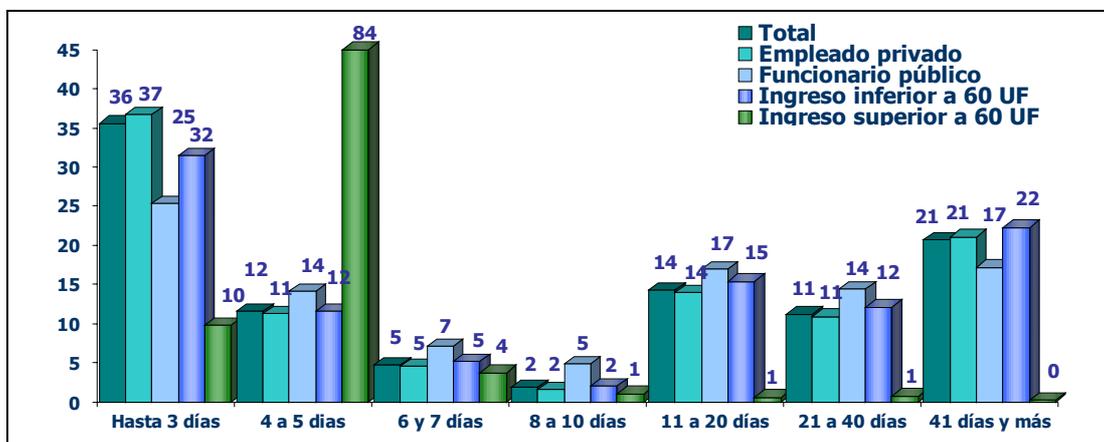
Fuente: Elaboración propia con base de datos SIL de FONASA para el año 2000

Con esto se desea resaltar que la mayoría de los cotizantes consume licencias más bien cortas (menos de 10 días de licencias al año), que efectivamente hay un cambio drástico en el día 11 que puede deberse a la influencia de la carencia en cada licencia usada y que hay diferencias notorias entre sexos, con mayor uso de las mujeres, sobre todo en los períodos mayores de uso de días de licencia al año (más de 40 días).

Pero interesa mostrar también las diferencias entre empleados públicos y trabajadores privados y el comportamiento distinto dependiendo del ingreso:

Gráfico 21

Porcentaje de días de licencia por persona al año, por tramos de días, por característica del empleo y tope de ingreso. FONASA Año 2000

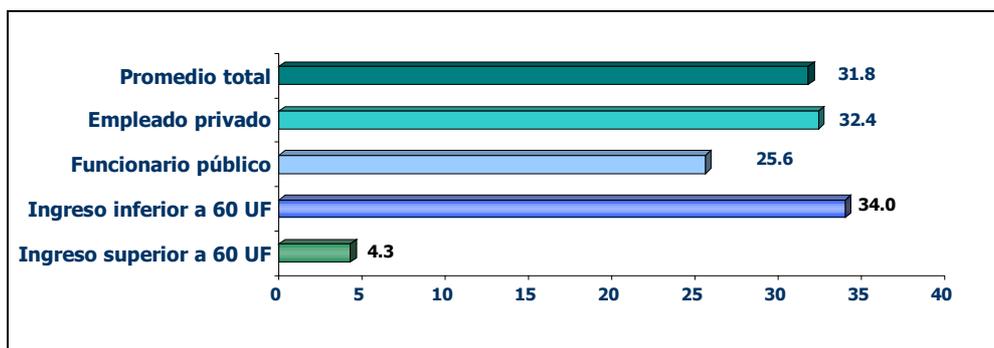


Fuente: Elaboración propia con base de datos SIL de FONASA para el año 2000

El gráfico 21 muestra que un gran porcentaje de los días de licencias al año de los empleados privados se concentra antes de los tres días (37%), pero que entre los 4 y 10 días este porcentaje va bajando respecto de los empleados públicos y respecto del promedio hasta llegar a un 2%, entre los 8 a 10 días, para reaparecer en las licencias más largas primero con un 14%, 11% hasta los 40 días y luego con un 21% en más de 41 días de licencia al año. Además en los promedios generales - del gráfico que sigue - se ve que los empleados privados acumulan mayor número de días de licencias en el año en promedio que los empleados público. Todo esto refuerza la hipótesis –ceteris paribus- de que hay incentivos, el período de carencia, a que los empleados particulares aumenten sus licencias más allá de lo necesario.

Gráfico 17

Promedios de días de licencias año 2000. Por tipo de empleado y tope de ingreso



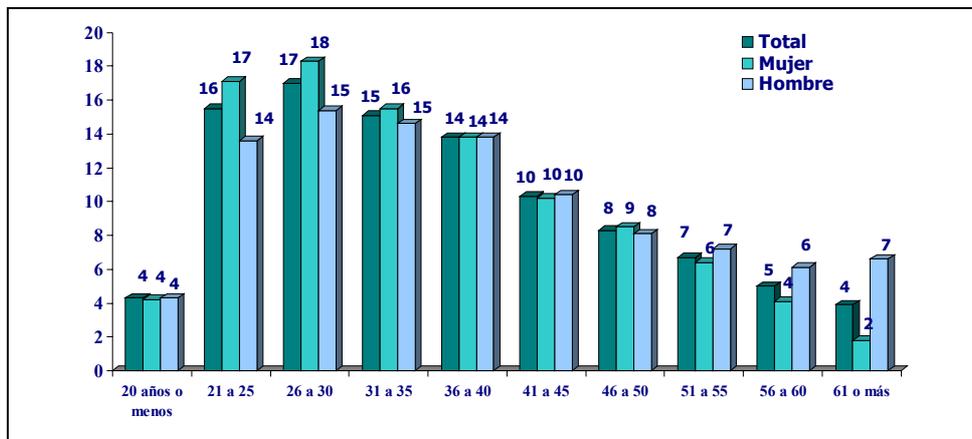
Fuente: Elaboración propia con base de datos SIL de FONASA para el año 2000

Por otra parte, los dos gráficos (21 y 22) muestran también la eficacia del deducible implícito que opera al establecerse el tope de cálculo para la cotización obligatoria que resulta ser el tope de devolución o pago para el cálculo de la licencia médica. En efecto el 94% de los días de licencias al año de las personas con ingresos sobre el tope de 60 UF son menores a 5 días y casi el 99% son menores a 10 días. En cambio las personas no topadas en su ingreso se comportan en forma similar a las otras categorías (empleado público o privado, sexo) actuando sobre ellas sólo el tema de la carencia. Por último, al observar los promedios de días de licencia al año de las personas topadas (4, 3 días) se nota el fuerte incentivo a evitar estos eventos en estas personas de ingresos más altos respecto de los no topados que presentan 34 días de licencia al año en promedio.

El siguiente gráfico 23 presenta los días de licencia médica al año por cotizante según edad y sexo. Como se aprecia, en promedio, la mayor cantidad de días se verifica en las edades más jóvenes de la vida laboral, entre los 21 y los 40 años cuando las licencias oscilan entre el 18% y 14 % de los días. Por otra parte en todo ese período las mujeres presentan porcentajes más altos de días, pero entre los 36 y los 45 hombres y mujeres presentan porcentajes similares, se podría decir en realidad hasta los 55, luego los días de licencia son mayormente usados por los hombres.

Gráfico 18

Porcentaje de días de licencia por cotizante año 2000, por sexo y edad

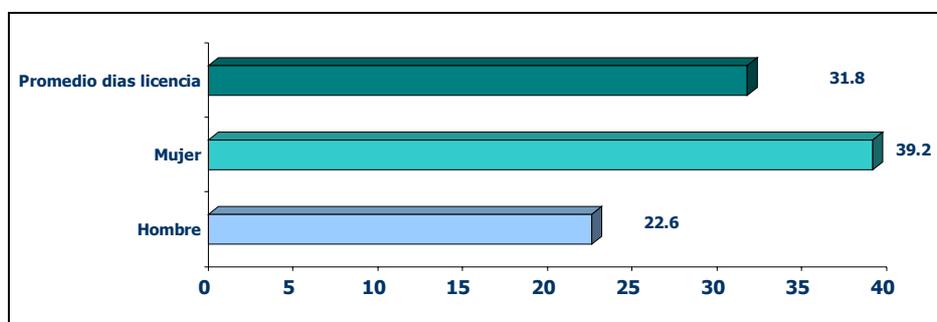


Fuente: Elaboración propia con base de datos SIL de FONASA para el año 2000

Por otra parte, el promedio de días al año de licencia médica por cotizante en esta muestra es de casi 32 días, siendo mayor en las mujeres (39 días) que en los hombres (23 días). Por otra parte, en general, los días aumentan conforme aumenta la edad del cotizante. No obstante la tendencia es irregular y los días de tienen un máximo entre los 26 y 30 años y su punto más bajo entre los 41 y 45 años, aumentando notoriamente a partir de los 56 años.

Gráfico 24

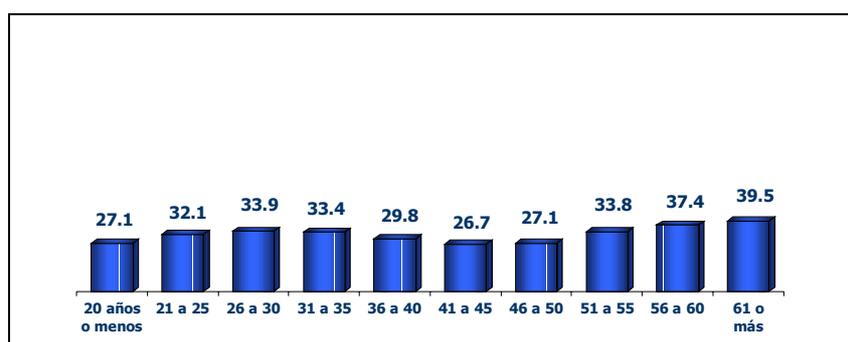
Promedio de días de licencia por cotizante al año. Generales y por edad



Fuente: Elaboración propia con base de datos SIL de FONASA para el año 2000

Gráfico 25

Promedio de días de licencia por cotizante al año. Por edad



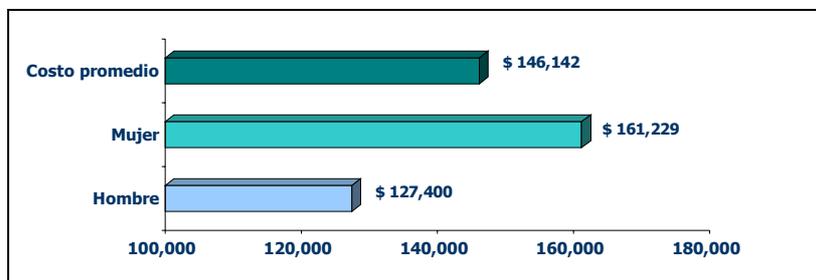
Fuente: Elaboración propia con base de datos SIL de FONASA para el año 2000

4.3.3. Costo anual de las licencias

El costo promedio de los días de licencia por cotizante al año es de \$146 mil (gráfico 26), con un costo mayor para las mujeres, en casi un 27% respecto de los hombres. Visto desde las otras categorías los costos son notablemente mayores en los empleados públicos en casi la 50% más que los empleados privados. Además, las personas que no están topadas muestran un costo promedio mucho mayor que aquellas topadas, esto debido a los pocos días que el incentivo motiva a tomar a las personas de ingresos más altos (gráfico 27).

Gráfico 26

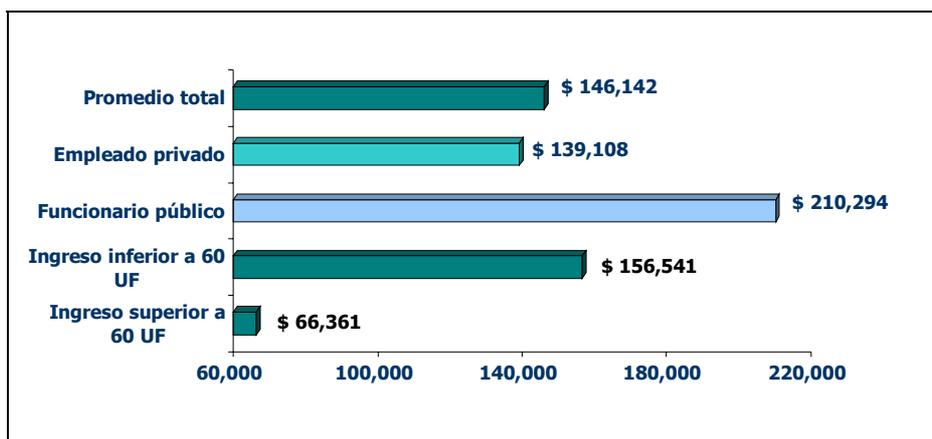
Costo promedio del SIL por cotizante al año. Según sexo



Fuente: Elaboración propia con base de datos SIL de FONASA para el año 2000

Gráfico 27

Costo promedio del SIL por cotizante al año. Según empleado público o privado y tope de ingreso

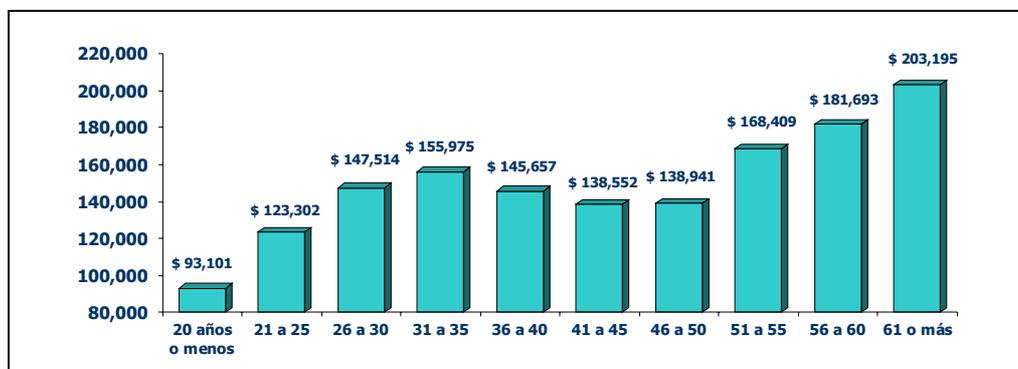


Fuente: Elaboración propia con base de datos SIL de FONASA para el año 2000

En cuanto a los costos de los días de licencias al año por edad en general (gráfico 28), los costos aumentan conforme aumenta la edad del cotizante. No obstante la tendencia es irregular y los costos tienen un peak entre los 31 y 35 años y su punto más bajo entre los 41 y 45 años (al igual que en los días), aumentando notoriamente a partir de los 51 años.

Gráfico 198

Costo promedio del SIL por cotizante al año, por edad



Fuente: Elaboración propia con base de datos SIL de FONASA para el año 2000

4.4. Estimación y Resultados del Modelo

La regresión que expresa la función de demanda por días de licencia médica y que se estima es, en general, de la siguiente forma:

$$\text{Días de licencia por cotizante}_i = f(\text{ingreso del cotizante}_i, \text{edad del cotizante}_i, \text{sexo del cotizante}_i, \text{tipo de trabajador cotizante}_i, \dots) + \text{error aleatorio}_i$$

Donde las variables dentro del paréntesis de la función son las variables independientes desde $i = 1$ hasta n observaciones y los días de licencia por cotizante i hasta n , la variable dependiente.

No obstante se analizan 4 casos que incorporan estas variables más algunas interacciones relevantes entre variables.

MODELO 1:

Incorpora las siguientes variables:

EDAD: que es la edad del cotizante,

FUNCIO: muestra la existencia o no de carencia, de modo que es una dummy que establece si el individuo es funcionario público y por lo tanto no está sometido a la carencia (1) o es trabajador del sector privado, donde si funciona la carencia (0).

GENERO: es el sexo del cotizante (dummy: hombre 1, mujer 0),

INGRESO: es el ingreso mensual del cotizante,

MODELO 2:

Incorpora las siguientes variables:

EDAD: que es la edad del cotizante,

FUNCIO: muestra la existencia o no de carencia, de modo que es una dummy que establece si el individuo es funcionario público y por lo tanto no está sometido a la carencia (1) o es trabajador del sector privado, donde si funciona la carencia (0).

GENERO: es el sexo del cotizante (dummy: hombre 1, mujer 0),

INGRESO: es el ingreso mensual del cotizante,

EDADFUN, GENERFUN e INGREFUN: que son variables que interaccionan la edad, el género y los ingresos del cotizante, con su calidad de trabajador público.

MODELO 3:

Incorpora las siguientes variables:

EDAD: que es la edad del cotizante,

FUNCIO: muestra la existencia o no de carencia, de modo que es una dummy que establece si el individuo es funcionario público y por lo tanto no está sometido a la carencia (1) o es trabajador del sector privado, donde si funciona la carencia (0).

GENERO: es el sexo del cotizante (dummy: hombre 1, mujer 0),

TOPADO: es una variable dummy que discrimina entre aquellos cotizantes que poseen ingresos mensuales por encima de 60 UF (1) y los que perciben ingresos por debajo de tal cifra (0)

MODELO 4:

EDAD: que es la edad del cotizante,

FUNCIO: muestra la existencia o no de carencia, de modo que es una dummy que establece si el individuo es funcionario público y por lo tanto no está sometido a la carencia (1) o es trabajador del sector privado, donde si funciona la carencia (0).

GENERO: es el sexo del cotizante (dummy: hombre 1, mujer 0),

TOPADO: es una dummy que discrimina entre aquellos cotizantes que poseen ingresos mensuales por encima de 60 UF (1) y los que perciben ingresos por debajo de tal cifra (0) y

EDADFUN, GENERFUN: que son variables que interaccionan la edad, el género del cotizante, con su calidad de trabajador público.

TOPAFUN: interactúa la variable TOPADO con los trabajadores del sector público, es decir, indaga en el comportamiento de los empleados públicos que reciben ingresos por encima de 60UF.

4.4.1. Resultados

La siguiente Tabla 9 muestra los resultados de las regresiones para los 4 modelos estimados:

Tabla 9
Resultados de las Estimaciones

Variable	Modelo 1 Coeficientes	Modelo 2 Coeficientes	Modelo 3 Coeficientes	Modelo 4 Coeficientes
EDAD	0,786 (42,875)	0,579 (15,538)	0,155 (24706,51)	-1,044 (-33,058)
FUNCIO	-11,328 (-12,843)	-41,026 (-7,337)	-11,960 (-30536,77)	-20,030 (-4,672)
GENERO	-18,778 (-38,628)	-73,425 (-78,054)	-17,959 (-56497,12)	-40,544 (-51,780)
INGRESO	$-6,6 \cdot 10^{-5}$ (-42,617)	$-3,39 \cdot 10^{-5}$ (-13,311)		
TOPADO			-25,594 (-26409,69)	-27,375 (-4,636)
EDADFUN		-1,21 (-7,22)		-3,405 (-41,219)
GENERFUN		1,372 (10,824)		1,665 (15,256)
INGREFUN		-0,000203 (-21,934)		
TOPAFUN				-0,0002 (-16,993)
Log-Likelihood	-714723,3	-609084,0	-947343,8	-639580,8
Número de observaciones	138.575	138.575	138.575	138.575

Fuente: Elaboración propia

Estas regresiones muestran que todos los coeficientes son significativos, es decir, no se puede rechazar la hipótesis de que influyan en los resultados del uso de días de licencias médicas en un año. Además las pruebas de robustez conjuntas muestran que el modelo representa bien los datos.

Es decir, la demanda por días de licencia médica puede explicarse por variables como la edad, el sexo, si el trabajador es empleado público o del sector privado y el nivel de ingresos, en particular, si el individuo está por debajo o por sobre las 60 UF mensuales de tope para la cotización obligatoria.

Por otra parte se pueden analizar los signos de los coeficientes. La edad, a medida que crece, actúa aumentando los días de licencia médica según las regresiones (excepto en el MODELO 4). Es decir, a mayor edad, mayor incidencia en la demanda por días de licencia médica.

La carencia o deducible de los tres primeros días, que se explica en la variable (1-FUNCIO) opera en contrario a la disminución de días, es decir, el tener carencia implica una influencia positiva en los días de SIL que se demandan, mucho mayor que al no tener carencia. En otras palabras, la carencia no actúa como inhibidor de días de licencias médicas en los cotizantes. Esto, que hemos venido señalando durante el trabajo, se debe estrictamente a la operación conjunta de la carencia y del umbral de 10 días.

En cuanto al género, en todos los modelos el hombre actúa en menor grado como demandante de días de licencia respecto de la mujer, o dicho de otra manera, la mujer demanda más días de licencia al año que el hombre.

En cuanto a los ingresos de los cotizantes (variable INGRESO) estos actúan negativamente respecto de la demanda por días de licencia médica, es decir, a mayores ingresos menores días de licencia al año. La influencia de la variable dummy que expresa el tope de ingresos, discriminando entre aquellos trabajadores que perciben más de 60 UF mensuales y los que ganan menos que esto (variable TOPADO), también es estadísticamente significativa. Una interpretación de este resultado es que las personas con ingresos mayores al tope tienden a demandar menores días de licencia, que las personas bajo el tope.

Los Modelos 2 y 4 muestran interacciones entre variables características de las personas y su calidad de trabajadores públicos. De esta forma el signo negativo de la interacción entre la variable trabajador público y edad (variable EDADFUN) muestra que en estos empleados la mayor edad inhibe la demanda por licencias, en contrario con los resultados generales. Por otra parte la interacción de los empleados públicos y el género (variable GENERFUN) indica que en ellos, los hombres funcionarios públicos son significativamente demandantes de días de licencia.

Además tanto el ingreso, como el tope interactuando con funcionarios públicos (variables INGRESFUN y TOPAFUN), muestran que en estos trabajadores se mantiene el efecto general de demandar menos días de licencia a medida que se recibe mayor ingreso por el trabajo.

El modelo representa a los datos y es consistente, en particular el Modelo 2 y el Modelo 4 son los más adecuados. No obstante los buenos resultados obtenidos, cabe señalar que es posible que haya algunos problemas dada la existencia de otras variables importantes como educación y tamaño familiar, por ejemplo, que no están incluidas en la regresión. Este tipo de análisis no es cubierto en el presente trabajo dada la falta de datos.

En el resultado para la regresión truncada que incluye el ingreso (Modelo 2), el coeficiente que acompaña al co-pago (carencia) tiene signo negativo e indica alta sensibilidad, pero actuando en sentido contrario a la disminución de días, en este caso. La elasticidad de este co-pago es $-3,73$ lo

que indica una apreciable sensibilidad del deducible³⁴, pero al mismo tiempo muestra lo perverso de éste, al actuar incentivar la menor demanda por días de licencia médica al año.

En el caso del tope, la regresión nos dice que su impacto es pequeño en la disminución de los días de licencias y la elasticidad promedio es muy baja, casi cero. Esto puede estar indicando que para este grupo el beneficio eventualmente obtenido por la licencia, es independiente del costo de los días de licencia médica, ellos no se comportan como demandantes de este beneficio, o bien, que presentan una demanda lo suficientemente inelástica como para que los cambios en los co-pagos no alteren su nivel muy bajo de demanda por días de licencia.

En resumen, la estimación de esta ecuación de demanda por días de licencias médicas demuestra las afirmaciones basadas en datos estadísticos de los últimos 10 años y del año 2000. En particular, aquellas vinculadas a la acción de los incentivos.

³⁴ Se estima que es una elasticidad apreciable comparando con demanda por servicios médicos (única comparación posibles ya que no se encontraron estudios de este tipo para subsidios de enfermedad) dado que los valores de la elasticidad precio de la demanda por servicios médicos encontrados en estudios de autores como Phelps (1975) y Newhouse (1981) han estado entre 0 y -0,2. Otros estudios han encontrado elasticidades bastante altas como en Newhouse, Phelps and Marquis, que arrojó una elasticidad de la demanda por servicios médicos de -2,1 (1980), no obstante estudios posteriores volvieron a los rangos originales encontrando elasticidades entre -0,1 y -0,2, como el de Manning (1987).

5. Conclusiones y Recomendaciones

El SIL ha motivado controversias y variados estudios en los últimos años. En este trabajo se muestra que el comportamiento distinto de los indicadores de gasto y uso del SIL, vistos por entidad pagadora, responde a los distintos esquemas de incentivos existentes en cada uno de estos subsistemas. Influyen también las características de los cotizantes, en particular, si éstos son empleados públicos o privados y si están o no sujetos a la carencia, su ingreso y si están por sobre o por debajo el tope de 60 UF.

En promedio del conjunto del sistema, el aumento del gasto en SIL en la última década se debe a la composición de los ingresos y al incremento de cotizantes. Hay un claro aumento de gasto por Licencia Médica en las ISAPRE y en FONASA, aunque es más elevado el nivel absoluto en el caso de las ISAPRE. El aumento, se explica por dos variables: el número de beneficiarios y el costo por Licencia Médica. El aumento del costo se debe incremento los salarios reales y dentro de esto, al parecer al uso más intensivo de individuos con rentas mayores. En particular, el aumento más pronunciado del gasto en FONASA se debe también al aumento de los salarios reales en este grupo, al aumento de cotizantes y seguramente es producto del traslado de cotizantes de mayores ingresos relativos desde el sector privado.

El gasto en SIL compite con los gastos de otras prestaciones, sobre todo en los años de mayor vigencia laboral de las personas, no obstante esta tendencia se ha visto atenuada en los últimos años en el sector privado. En el sector público la tendencia al alza se ha detenido, pero siempre existe el problema presupuestario que implica el aumento del gasto en SIL, que impide las asignaciones alternativas de recursos.

Las ISAPRE desde 1997 hasta el año 2000 pudieron inhibir el gasto en licencias y éste ha caído notoriamente. No obstante los incentivos al sobrecontrol, por el hecho de poseer funciones no separadas de contraloría médica y de pagador de licencias, no permiten afirmar que esta disminución se deba a un resultado de eficiencia sanitaria. Por el contrario, los incentivos al sobrecontrol en el sector privado, no ayudan a que el sistema sea más eficiente y aumenta los costos de transacción generados fundamentalmente, por los conflictos, ya que, el procedimiento y los reclamos provocan altos costos que podrían evitarse. Una reingeniería de estos procesos ayudaría a contener tales costos y redefinir los incentivos. Por lo pronto, el cambio del procedimiento de reclamo parece razonable, poniendo el peso de este en las instituciones más que en las personas aisladas.

En promedio las licencias son más cortas en las personas suscritas al sistema ISAPRE que en las personas pertenecientes al FONASA, pero a la vez, son más frecuentes en los cotizantes ISAPRE que en los de FONASA.

Las licencias en los funcionarios públicos son más cortas pero más frecuentes que las licencias de los empleados privados. Por otra parte las personas de más altos ingresos demandan menos días

de licencia al año que los de menores ingresos, las mujeres más que los hombres y los adultos mayores más que los jóvenes.

Las licencias de las personas que están en FONASA pero también en una Caja de compensación son más costosas y más largas en su duración que las de los cotizantes Fonasa pagados por los Servicios de Salud. En las ISAPRE abiertas las licencias duran más, pero son menos frecuentes que en ISAPRE cerradas, en las cerradas son más caras.

Durante toda la década de los noventa (1990-2000), los días de licencia por cotizante – el indicador más relevante - son mayores en ISAPRE cerrada, seguidas por las ISAPRE abierta y después por FONASA. Estos resultados distintos en los indicadores de gasto y de uso de licencias médicas, sobre todo respecto de la pertenencia a distintos sistemas de aseguramiento, se deben al funcionamiento de distintos esquemas de incentivos.

Las Cajas de Compensación son las Instituciones pagadoras del seguro que menos control ejercen sobre el gasto, ya que no tienen incentivos para ello. Se necesita una mayor atención al perfil que han ido tomando con el tiempo las Cajas de Compensación, para poder evaluar su grado de cumplimiento de las funciones sociales que les dieron origen

A nivel internacional se han realizado reformas los subsidios de enfermedad, dado que ha presentado problemas similares a los que se pueden encontrar en Chile. Las reformas emprendidas abarcaron medidas en torno a traspasar el pago del primer período de licencia a los empleadores, los monitoreos de salud dentro del sistema para lograr una rehabilitación más rápida, los deducibles y los períodos del beneficio como forma de afectar los incentivos y conducta de las personas frente al beneficio; y los controles sobre la oferta y la demanda, con fuerte énfasis en sistemas colegiados de tercera opinión y sistemas administrativos y de información. Cuando han tenido mejores resultados es cuando estas medidas se han aplicado en su mayoría al mismo tiempo, en estos casos se puede hablar de reformas.

Es un mito que Chile sea extremadamente generoso y deficiente en el tema del SIL. Los beneficios son similares a muchos otros países, tanto de A. L, como de Europa y también los problemas. Las soluciones implementadas en tales países, parecen perfectamente aplicables a Chile, para prevenir una crisis del sistema.

Las variables individuales como edad, sexo, funcionario público o trabajador del sector privado en relación a la carencia, ingreso del cotizante y el costo anual de los días de licencia, describen bien la demanda por días de licencia médica durante un año. La variable edad, actúa levemente en contrario a los días de licencia médica, la carencia opera en signo contrario a lo planificado por el diseño del SIL, es decir, el tener carencia implica influencia positiva en los días de SIL. En otras palabras la carencia no actúa como inhibidor de días de licencias médicas en los cotizantes.

El hombre actúa en menor grado como demandante de días respecto de la mujer. El tope de ingresos cuando incluimos el ingreso de los cotizantes actúa en sentido positivo, pero con muy pequeño impacto. Si se excluye el ingreso de la regresión el tope actúa en el mismo sentido y

magnitud. Es decir, las personas con ingresos mayores al tope tienden a no demandar días de licencia médica.

En base a lo anterior se sugieren las siguientes recomendaciones:

Eliminar la carencia: Se ha demostrado empíricamente que la carencia es un incentivo reñido con cualquier orientación a desincentivar el uso del sistema. Cálculos simples, considerando la base de datos FONASA que se ha trabajado y que las personas cambian su comportamiento con los nuevos incentivos, indican que el gasto total en licencias médicas se vería reducido en aproximadamente un 11% al año³⁵.

Mantener el tope: Se ha visto que el tope de 60 UF para el cálculo del beneficio lo que hace es prácticamente eliminar demanda al reducirla a las personas que perciben ingresos bajo el tope.

Pago y financiamiento de los primeros días por los empleadores que traslade el control e impide concertaciones: Una medida como esta mueve a los empresarios a prevenir y controlar el ausentismo laboral y procurar el pronto regreso al trabajo. Además impide la colusión contra el sistema. Cabe recordar que países como Inglaterra, Holanda y otros han recurrido a esta medida con gran éxito. Hay que estudiar la duración de este período.

Eliminar el rol de juez y parte de las instituciones aseguradoras: Esto es equivalente a la necesidad de separar las funciones de pagador del seguro, de las funciones de contraloría médica. La mezcla de ambas funciones genera incentivos a la reducción forzada de días y al aumento de los costos de estos hechos y de los surgidos por la proliferación de conflictos entre los aseguradores y los cotizantes que solicitan licencias.

Mantener y revitalizar el rol regulador en el sector público: Es preciso reimpulsar este rol en caso de la operación de este sistema, generando una instancia contralora capaz de ejercer esta función en todo el sistema. No obstante esta entidad sanitaria debería ser pública y con gran capacidad de ejercer sus labores de manera imparcial. En este contexto cabe fortalecimiento de las COMPIN dotándolas de estatus regulador: Las COMPIN pueden ser un órgano regulador y una ágil instancia de solución de controversias, si son fortalecidos y organizados regional y nacionalmente. Parece lógico que las nuevas propuestas y modificaciones institucionales se levanten sobre lo ya existente.

Reingeniería de los procedimientos: Se requieren modificación de al menos los procedimientos más básicos de obtención y de reclamo de las licencias. En particular, con un buen control sobre la oferta, las licencias podrían otorgarse por defecto y los reclamos ser operados por las Instituciones aseguradoras y no por los usuarios como es actualmente, sólo cuando razones fundadas lo hagan necesario. De esta forma se evitarían importantes costos, fomentando las

³⁵ Este cálculo se realizó suponiendo que ante la eliminación de la carencia, los empleados privados se comportarían como los empleados públicos en el uso del SIL, es decir, se trasladó la distribución de días de licencia médica, desde los empleados públicos a los empleados privados, y se comparó el gasto actual, con el gasto así obtenido.

economías de escala que existen en el seguro, o economías de ámbito si se considera la totalidad del seguro de salud.

Definición y ampliación del listado de enfermedades profesionales: Para evitar los subsidios cruzados a favor de otros sistemas de la seguridad social de la salud en el trabajo, es necesario actualizar las definiciones de enfermedad, de acuerdo a la realidad epidemiológica del trabajo, de modo de evitar el subsidio cruzado hacia el sistema de mutuales. De esta forma algunas de las patologías o ellas en algunas circunstancias claramente laborales, deberían ser cubiertas por el seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

Sistemas de información para el monitoreo: el sólo hecho de mantener y mejorar permanentemente los sistemas de información sobre el SIL, puede significar un gran avance si son utilizados correctamente. Cabe recordar que en algunos países como España, las reformas en este campo han consistido netamente en generar y utilizar eficientemente sistemas de información. En este sentido destaca los avances del FONASA en los últimos años y por otra parte el sector privado cuenta con sistemas muy completos que deben ser puestos a disposición del regulador. Los sistemas de información permiten monitorear la operación del sistema y detectar aquellos casos críticos problemáticos, de esta manera se pueden focalizar esfuerzos en aquellos grupos de casos detectados para evitar los excesos e ilegalidades o las tendencias que parezcan alarmantes. Además los registros permiten un monitoreo sanitario, de la morbilidad, de modo de ir ajustando los tratamientos a estándares y protocolos preestablecidos.

Regulación y control de salud: La existencia de órganos colegiados reguladores de protocolos y estándares, que supervisen la labor médica puede un gran aporte en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades asociadas a licencia médica, que complementen o cumpla labores específicas encomendadas por el órgano regulador ha resultado una medida eficaz en otros países.

Programas de rehabilitación y prevención: En muchos países desarrollados recientemente se han incorporado fuertemente programas de rehabilitación para el pronto regreso al trabajo, cuando la enfermedad lo hace posible, esto es cuando programas que funcionan ante la aparición de determinadas patologías que se encuentren priorizadas, por los organismos reguladores o contralores dada la frecuencia y aumento del gasto en ellas. Por ejemplo, las enfermedades osteomusculares, por su frecuencia, podrían ser objeto de un programa nacional de recuperación una vez presentada.

Transparencia en la información: En cuanto a la información de costos, de tratamientos, de los estándares de duración de licencias que se apliquen, del procedimiento de obtención y apelación del SIL y en particular, respecto del precio de la prima expresado como porcentaje de la cotización obligatoria para salud, por cada entidad aseguradora, de modo que sirva como indicador e información al usuario, difundirla eficientemente pueden ser muy útiles.

Por último, parece posible investigar en una microeconomía de contratos colectivos del SIL. Por ahora, dada la evidencia empírica parece recomendable dejar la posibilidad de que los convenios colectivos en el sector privado de aseguramiento puedan incluir mejoras de cobertura de los beneficios siempre que sean sanitariamente aceptables y sean iguales o mejores a los estándares

de beneficios establecidos para el resto. Incluso en la transición se pueden generar incentivos a los contratos colectivos que eliminen la carencia y generen controles particulares.

6. Referencias Bibliográficas:

- 1 Aedo Cristián, Bastías Gabriel, Sapelli Claudio (1999). “Subsidio de Incapacidad Laboral en Chile”.
- 2 Bustamante, Cristián y Echeverría, Magdalena. (1991): “La Salud de los Trabajadores en Chile”. Documento de Trabajo N° 76. Programa de Economía del Trabajo (PET). Santiago, enero 1991.
- 3 Caviedes Rafael (1994): “Subsidios a la Demanda en Salud”. Centro de Estudios Públicos (CEP) Estudios Públicos N° 54. Santiago.
- 4 Celedón, Carmen y Oyarzo, Cesar. (2000): “El Rol del Estado, del Mercado y de la Sociedad Civil en la Seguridad Social en Salud”. Fotocopias.
- 5 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.
- 6 CEPAL. (2000): “La brecha de la Equidad: Una segunda evaluación”. Segunda Conferencia de Seguimiento de la cumbre mundial sobre desarrollo social. Santiago de Chile, 15 al 17 de mayo de 2000.
- 7 Cifuentes Mercedes. (1995). “Mitos Sobre Subsidios al Sistema ISAPRE”. En “Las ISAPRE: Hacia la Modernidad en Salud”. Fotocopias.
- 8 Ernesto Miranda R. Editor. Verónica Loyola A., Brian Abel Smith, Marcos Vergara I., Rafael Caviedes D., Juan Giaconi G., Cesar Oyarzo M. (1994): “La Salud en Chile. Evaluación y Perspectivas”. Centro de Estudios Públicos (CEP). Santiago, Octubre de 1994.
- 9 FONASA. Boletines Estadísticos años 1996-1999,
- 10 Gertler Paul, (1999): “Insuring the Economic Costs of Illness”. Conference on Social Protection and Poverty. Inter-American Development Bank. 1999. Washington D.C.
- 11 Greene, William H. (1998): “Análisis Económico”. New York University, Prentice Hall Iberia Madrid. Tercera Edición, 1999.
- 12 Illanes María Angélica (1993): “En el Nombre del Pueblo del Estado y de la Ciencia ...”. “Historia Social de la Salud Pública. Chile 1881 – 1973 (Hacia una historia social del siglo XX)”. Colectivos de Atención Primaria. Santiago Febrero de 1993.

- 13 Iriarte de Lofiego, María Alba (1994): “Legislación comparada sobre salud del trabajador en los países del Área Andina”. Serie Informes Técnicos N° 38. Proyecto de legislación en Salud. Programa de Políticas de Salud, División de Salud y Desarrollo. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Washington, D.C., Diciembre, 1994.
- 14 Mesa Lago, Carmelo y Bertanou, Fabio (1998): “Manual de Economía de la Seguridad Social”. ClaeH, Centro Latinoamericano de Economía Humana. 1998.
- 15 Musgrave R & Musgrave P. (1992). “Hacienda Pública Teórica y Aplicada”. Quinta Edición. McGraw Hill.
- 16 Kalisch, David W., Aman, Tetsuya and Buchele, Libbie A.: “Social and Health Policies in OECD Countries: A survey of current Programmes and recent developments”. Labour Market and Social Policy – Occasional Papers N°33. OECD.
- 17 OPS-OMS (1978). “Manual de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de defunción”. Publicación científica N°353, basada en las recomendaciones para la Novena revisión.
- 18 Organization for Economic Co-Operation and Development (OECD, 1994). “The Reform of a Health Care Systems. A Review of Seventeen OECD Countries”. Health Policy Studies N°5. OECD, París.
- 19 Revista Superintendencia de Seguridad Social. (1999): “Evolución del Gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral 1990 – 1998”, artículo.
- 20 Sapelli, Claudio y Vial, Bernardita (2000): “Selección Adversa y Riesgo Moral en los Seguros de Salud en Chile: Relación entre la demanda por prestaciones médicas y el seguro de salud”. Seminario Ilades/Georgetown University. 2000. Santiago.
- 21 Superintendencia de ISAPRE. Boletines Estadísticos 1996-1999.
- 22 Superintendencia de Seguridad Social. Boletines Estadísticos 1998-2000.
- 23 Universidad Católica de Chile-Ministerio de Hacienda (DIPRES) (1999). “Seminario de Evaluación de Programas en el Sector Salud”, Santiago.
- 24 Universidad Católica de Chile. “¿Subsidio de incapacidad laboral versus seguro de salud?”. Boletín Programa Economía de la Salud.

8. Anexos

Tabla 1						
Subsidios de Incapacidad Laboral						
Número de Licencias Pagadas						
Año	Sistema Público			Sistema Privado		
	CCAF	SNSS	Total Sistema	Isapres Abiertas	Isapres Cerradas	Total Sistema
1990	254.352	226.878	481.230	448.700	96.663	545.363
1991	243.243	216.112	459.355	544.879	95.138	640.017
1992	243.305	226.416	469.721	703.466	75.603	779.069
1993	260.013	244.529	504.542	792.963	74.717	867.680
1994	255.420	258.100	513.520	859.717	67.810	927.527
1995	263.364	272.507	535.871	951.601	60.517	1.012.118
1996	302.542	305.895	608.437	1.020.952	63.377	1.084.329
1997	361.208	301.468	662.676	1.140.832	65.811	1.206.643
1998	396.805	323.858	720.663	1.094.111	60.427	1.154.538
1999	420.346	377.730	798.076	880.096	61.002	941.098
2000	423.358	401.695	825.053	758.521	56.111	814.632

Fuente: Elaboración propia desde Bases de datos Fonasa y Superintendencia de Isapre.

Tabla 2						
Subsidios de Incapacidad Laboral						
Número de Días de Licencias Pagadas						
Año	Sistema Público			Sistema Privado		
	CCAF	SNSS	Total Sistema	Isapres Abiertas	Isapres Cerradas	Total Sistema
1990	3.805.961	3.357.881	7.163.842	4.119.712	612.029	4.731.741
1991	3.759.304	3.290.104	7.049.408	4.814.318	589.385	5.403.703
1992	3.765.373	3.315.776	7.081.149	5.411.863	483.724	5.895.387
1993	3.659.287	3.329.436	6.988.723	5.602.009	465.647	6.067.656
1994	3.595.763	3.426.683	7.022.446	6.159.597	466.797	6.626.394
1995	3.630.949	3.399.597	7.030.546	6.851.609	407.709	7.259.318
1996	4.088.850	3.671.268	7.760.118	7.334.254	395.808	7.730.062
1997	4.748.133	3.810.022	8.558.155	8.019.956	406.206	8.426.162
1998	5.591.368	4.192.511	9.783.879	7.911.950	420.677	8.332.627
1999	5.903.368	4.180.342	10.083.710	6.836.353	371.799	7.208.152
2000	6.520.361	4.435.114	10.955.475	6.272.704	424.078	6.696.782

Fuente: Elaboración propia desde Bases de datos Fonasa y Superintendencia de Isapre.

Tabla 3						
Subsidios de Incapacidad Laboral						
Costo del Subsidio (Miles \$ Dic. 1998)						
Año	Sistema Público			Sistema Privado		
	CCAF	SNSS	Total Sistema	Isapres Abiertas	Isapres Cerradas	Total Sistema
1990	12.448.163	9.132.684	21.580.847	39.988.486	6.595.353	46.583.839
1991	12.997.684	8.997.330	21.995.013	49.144.861	8.513.712	57.658.572
1992	13.405.252	9.917.250	23.322.502	53.476.031	7.074.524	60.550.555
1993	13.362.034	9.884.730	23.246.764	58.250.994	7.025.330	65.276.324
1994	14.371.117	11.167.975	25.539.091	68.982.625	7.248.273	76.230.898
1995	18.051.147	12.476.241	30.527.388	77.641.825	6.200.544	83.842.370
1996	23.916.893	13.746.421	37.663.314	87.860.582	6.688.298	94.548.880
1997	29.039.439	14.421.934	43.461.373	99.821.017	7.142.558	106.963.575
1998	36.137.496	17.869.931	54.007.426	104.232.782	7.856.395	112.089.177
1999	40.138.063	19.804.806	59.942.869	92.606.134	7.321.863	99.927.997
2000	44.028.900	22.946.027	66.974.927	89.772.770	8.222.368	97.995.137

Fuente: Elaboración propia desde Bases de datos Fonasa y Superintendencia de Isapre.

Tabla 4						
Subsidios de Incapacidad Laboral						
Costo Total del Subsidio por día (\$ Dic. 98)						
Año	Sistema Público		Total Sistema	Sistema Privado		Total Sistema
	CCAF	SNSS		Isapres Abiertas	Isapres Cerradas	
1990	3.271	2.720	3.012	9.707	14.044	10.268
1991	3.457	2.735	3.120	10.208	14.445	10.670
1992	3.560	2.991	3.294	9.882	14.625	10.271
1993	3.652	2.969	3.326	10.398	15.087	10.758
1994	3.997	3.259	3.637	11.199	15.528	11.504
1995	4.971	3.670	4.342	11.332	15.208	11.550
1996	5.849	3.744	4.853	11.979	16.898	12.231
1997	6.116	3.785	5.078	12.447	17.584	12.694
1998	6.463	4.262	5.520	13.174	18.676	13.452
1999	6.799	4.738	5.945	13.546	19.693	13.863
2000	6.753	5.174	6.113	14.312	19.389	14.633
Fuente: Elaboración propia.						
Tabla 5						
Subsidios de Incapacidad Laboral						
Costo Total del Subsidio por licencia (\$ Dic 98)						
Año	Sistema Público		Total Sistema	Sistema Privado		Total Sistema
	CCAF	SNSS		Isapres Abiertas	Isapres Cerradas	
1990	48.941	40.254	44.845	89.121	88.921	89.085
1991	53.435	41.633	47.882	90.194	89.488	90.089
1992	55.096	43.801	49.652	76.018	93.575	77.722
1993	51.390	40.424	46.075	73.460	94.026	75.231
1994	56.265	43.270	49.733	80.239	106.891	82.187
1995	68.541	45.783	56.968	81.591	102.460	82.839
1996	79.053	44.938	61.902	86.058	105.532	87.196
1997	80.395	47.839	65.585	87.498	108.531	88.646
1998	91.071	55.178	74.941	95.267	130.015	97.086
1999	95.488	52.431	75.109	105.223	120.027	106.182
2000	103.999	57.123	81.177	118.352	146.538	120.294
Fuente: Elaboración propia.						
Tabla 6						
Subsidios de Incapacidad Laboral			Subsidios de Incapacidad Laboral			
Días de Licencia por Licencia			Días de Licencia por Licencia			
Año	Sistema Público		Total Sistema	Sistema Privado		Total Sistema
	CCAF	SNSS		Isapres Abiertas	Isapres Cerradas	
1990	14,96	14,80	14,89	9,18	6,33	8,68
1991	15,45	15,22	15,35	8,84	6,20	8,44
1992	15,48	14,64	15,08	7,69	6,40	7,57
1993	14,07	13,62	13,85	7,06	6,23	6,99
1994	14,08	13,28	13,66	7,16	6,88	7,14
1995	13,79	12,48	13,12	7,20	6,74	7,17
1996	13,51	12,00	12,75	7,18	6,25	7,13
1997	13,15	12,64	12,91	7,03	6,17	6,98
1998	14,09	12,95	13,58	7,23	6,96	7,22
1999	14,04	11,07	12,63	7,77	6,09	7,66
2000	15,40	11,04	13,28	8,27	7,56	8,22
Fuente: Elaboración propia.			13,74			7,56

Tabla 7 FONASA					Tabla 8 Isapre		
Año	Cotizantes	Costo Subsidio por Cotizante	Días Licencia por Cotizante	Licencias por Cotizante	Cotizantes abiertas	cerrada	Total
1990	1.770.168	12.191	4,05	0,27	798.687	64.575	863.262
1991	1.740.586	12.637	4,05	0,26	1.004.611	66.202	1.070.813
1992	1.708.465	13.651	4,14	0,27	1.197.837	66.311	1.264.148
1993	1.635.831	14.211	4,27	0,31	1.408.301	65.410	1.474.711
1994	1.675.711	15.241	4,19	0,31	1.529.892	62.859	1.592.751
1995	1.716.563	17.784	4,10	0,31	1.587.089	62.136	1.649.225
1996	1.902.835	19.793	4,08	0,32	1.622.906	63.624	1.686.530
1997	2.154.329	20.174	3,97	0,31	1.664.119	61.527	1.725.646
1998	2.454.780	22.001	3,99	0,29	1.559.788	61.230	1.621.018
1999	2.487.187	24.101	4,05	0,32	1.402.643	59.363	1.462.006
2000					1.300.005	59.721	1.359.726

Fuente: Elaboración propia en base a Información de Fonasa

Tabla 9 Costo subsidio por cotizante				Tabla 10 Días de licencia por cotizante		
Año	ISAPRE abiertas	ISAPRE cerradas	total	ISAPRE abiertas	ISAPRE cerradas	total
1990	50.067,78	133.106,51	56.279,37	5,16	9,48	5,48
1991	48.919,29	128.602,03	53.845,60	4,79	8,90	5,05
1992	44.643,83	106.687,03	47.898,31	4,52	7,29	4,66
1993	41.333,25	107.404,52	44.263,81	3,98	7,12	4,11
1994	45.089,87	115.310,03	47.861,15	4,03	7,43	4,16
1995	48.920,90	99.789,88	50.837,44	4,32	6,56	4,40
1996	54.137,81	105.122,25	56.061,19	4,52	6,22	4,58
1997	59.984,30	116.088,19	61.984,66	4,82	6,60	4,88
1998	66.824,97	128.309,57	69.147,40	5,07	6,87	5,14
1999	66.022,60	123.340,51	68.349,92	4,87	6,26	4,93
2000	69.055,71	137.679,67	72.089,77	4,83	7,10	4,93

Fuente: Elaboración propia en base a Información de Fonasa

Tabla 11 Licencias por Cotizante			
Año	ISAPRE abiertas	ISAPRE cerradas	total
1990	0,56	1,50	0,63
1991	0,54	1,44	0,60
1992	0,59	1,14	0,62
1993	0,56	1,14	0,59
1994	0,56	1,08	0,58
1995	0,60	0,97	0,61
1996	0,63	1,00	0,64
1997	0,69	1,07	0,70
1998	0,70	0,99	0,71
1999	0,63	1,03	0,64
2000	0,58	0,94	0,60

Fuente: Elaboración propia en base a Información de Fonasa