

**SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD LABORAL 1991-2002:
INCENTIVOS INSTITUCIONALES, CRECIMIENTO DEL GASTO
Y UNA PROPUESTA DE RACIONALIZACIÓN***

**Marcelo Tokman, Jorge Rodríguez
y Fernando Larraín**

Durante la década de los noventa se observó un explosivo crecimiento del gasto en subsidios por incapacidad laboral, lo que ha implicado una carga financiera cada vez más significativa para los sistemas público y privado de salud. El presente trabajo se aboca a estudiar la evolución de este gasto así como los factores que lo explican. Se estudia en particular la hipótesis de una eventual sobreutilización de los subsidios más allá de su justificación médica, posibilitada por el diseño institucional de los mismos. Los análisis

MARCELO TOKMAN R. Economista, P. Universidad Católica de Chile, y Ph.D. por la Universidad de California en Berkeley. Coordinador de Políticas Económicas del Ministerio de Hacienda.

JORGE RODRÍGUEZ C. Economista, P. Universidad Católica de Chile. Actualmente realiza estudios de postgrado en Políticas Públicas en la Universidad de Harvard.

FERNANDO LARRAÍN A. Economista, P. Universidad Católica de Chile.

* Este trabajo fue concluido en agosto de 2003, esto es, con anterioridad a la discusión pública al respecto que se inició en septiembre de 2003. Los autores agradecen los valiosos comentarios de Cristián Aedo, Stephen Blackburn, Ernesto Alcaíno, Alberto Arenas de Mesa, Harald Beyer, Jacqueline Canales, Consuelo Espinoza, Margarita Estefan, Mario Marcel, Carmen Naranjo, Gabriel Ortiz, Ximena Rincón, Emilio Torres, Salvador Valdés, Labibe Yumha, y de los participantes del seminario realizado en el CEP en agosto de 2002 sobre una versión anterior del estudio. Con todo, las opiniones son de exclusiva responsabilidad de los autores.

en este sentido indican que existe espacio para racionalizar el uso de estos beneficios, sin descuidar los méritos que justifican su existencia. Para ello se presentan propuestas concretas centradas en alinear los incentivos que se desprenden del diseño institucional de los Subsidios por Incapacidad Laboral.

Introducción

Un los últimos doce años se ha observado un explosivo crecimiento del gasto real en los llamados subsidios por incapacidad laboral. El gasto por licencias de enfermedad y medicina curativa se duplicó, el asociado a licencias por reposo maternal se multiplicó por 2,5, mientras que el gasto en licencias por enfermedad grave del niño menor a un año se multiplicó por 15. Esta tendencia significa una carga creciente para los sistemas público y privado de salud, la que en un análisis estático se traduce en una reducción de los recursos disponibles para la cobertura del resto de las prestaciones.

Mediante la comparación de indicadores simples, este trabajo analiza los factores que explican el aumento de estos gastos. En particular se examina la hipótesis sobre la existencia de una sobreutilización de los beneficios más allá de las justificaciones médicas. Con ello se trata de identificar si existe espacio para racionalizar su uso¹.

Al analizar los problemas de diseño institucional y sobreutilización de estos subsidios, este trabajo no busca desconocer los méritos que justifican su existencia, a saber, el debido reposo y adecuada recuperación por enfermedades curativas, y la protección y disminución de los riesgos de salud de la madre trabajadora y del niño menor de un año. Sí se pretende agregar antecedentes y plantear propuestas para un rediseño que evite el mal uso de los beneficios, controle la expansión de gasto asociada, y libere recursos para otras prestaciones. En este sentido, se enfatiza que no será eficiente sólo incrementar los recursos destinados a la fiscalización, si no que es indispensable rectificar los incentivos que emanan del diseño institucional de los subsidios por incapacidad laboral.

¹ Esta hipótesis surge preliminarmente al considerar que diversos indicadores muestran que no existiría un empeoramiento tal en la salud de los chilenos que justifique el significativo aumento observado de licencias médicas. De hecho, se constata que los indicadores generales de salud han continuado una tendencia positiva en los últimos años. Diversos estudios destacan esta situación, como Aedo, Bergoing y Saavedra (2000), Superintendencia de Seguridad Social (1999), Dirección de Presupuestos (1999), Dirección de Presupuestos (1998).

1. Marco legal

1.1. Subsidio por enfermedad y medicina curativa²

El subsidio por enfermedad y medicina curativa consiste en la mantención del 100% de la remuneración o renta imponible del trabajador, por el período que esté imposibilitado de trabajar, con un tope de 60 UF mensuales. Para cada caso, el subsidio consiste en el pago de la remuneración equivalente por los días no trabajados devengados, más sus cotizaciones previsionales (i.e., salud, invalidez, vejez, desempleo).

El subsidio por enfermedad y medicina curativa se financia con cargo a la cotización obligatoria del trabajador para el régimen de prestaciones de salud³. La cotización puede ser efectuada en el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), o alternativamente en cualquier Institución de Salud Previsional (Isapre).

Cabe señalar que el nombre legal de este beneficio genera confusión, ya que en términos económicos el subsidio por enfermedad y medicina curativa es un seguro, y no un subsidio. Ello, por cuanto su financiamiento proviene de la prima y la mantención del sueldo y cotizaciones previsionales corresponde a la indemnización. Habiendo efectuado esta aclaración, en lo que resta del documento nos referimos a este seguro por su nombre legal (subsidio por enfermedad y medicina curativa).

Para tener derecho al subsidio, el trabajador debe cumplir con una serie de requisitos. En primer lugar, debe contar con una licencia médica debidamente autorizada por una Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (Compin) o por una Isapre, que disponga el reposo del trabajador y justifique su ausencia laboral. En segundo lugar, si el trabajador es dependiente, se le exige tener un mínimo de seis meses de afiliación previsional y

² En la actualidad el subsidio por enfermedad y medicina curativa se rige por el DFL N° 44 de 1978 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social sobre subsidios por incapacidad laboral, estableciendo normas tanto para trabajadores del sector privado como del sector público, y por la Ley N° 18.469 de 1985 del Ministerio de Salud, que establece el régimen de prestaciones de salud que se remite al citado DFL N° 44 en materia de subsidios por incapacidad laboral. La Ley N° 4.054 dictada en Chile en 1924 ya consagraba el derecho a un subsidio por enfermedad para los obreros del sector privado. Estas normas fueron posteriormente recogidas en la Ley N° 10.383, y luego en la Ley N° 16.781 de 1968, la que amplió el beneficio para los empleados del sector privado. Para mayores detalles véase Dirección de Presupuestos (1999) y CIEDESS (1996).

³ Todos los trabajadores dependientes afiliados a un régimen previsional distinto de los de las Fuerzas Armadas y Carabineros destinan al menos un 7% de su remuneración o renta imponible mensual para cubrir sus necesidades en salud. Los trabajadores independientes pueden afiliarse a un seguro de salud y pactar voluntariamente el valor de sus cotizaciones.

de tres meses de cotización dentro de los seis meses anteriores a la fecha inicial de la licencia médica correspondiente. Para el caso del trabajador dependiente del sector privado contratado por turnos o jornadas, se le exige seis meses de afiliación previsional y un mes de cotización dentro de los seis meses anteriores a la fecha inicial de la licencia médica correspondiente. Por último, al trabajador independiente se le exige tener un mínimo de doce meses de afiliación previsional y de seis meses de cotización dentro de los doce meses anteriores a la fecha inicial de la licencia médica correspondiente.

Para el cálculo del subsidio se considera el promedio de la remuneración mensual y/o subsidios que se hayan devengado en los tres meses más próximos al mes en que se inicia la licencia, excluyéndose cualquier tipo de remuneración ocasional.

Los subsidios se devengan desde el primer día de licencia médica cuando ésta es superior a diez días, mientras que si la licencia es igual o menor que dicho plazo, se devengan desde el cuarto día.

1.2. Subsidio por reposo maternal y enfermedad grave del niño menor a un año⁴

El subsidio por reposo maternal y enfermedad grave del niño menor a un año consiste en la mantención del 100% de la remuneración o renta imponible de la trabajadora por el período que goce de descanso de pre (6 semanas) y postnatal (12 semanas)⁵ o que deba ausentarse por enfermedad grave del niño menor a un año, todo con un tope de 60 UF mensuales. De esta manera, para cada caso el subsidio consiste en el pago de la remuneración equivalente por los días no trabajados devengados, más las cotizaciones previsionales correspondientes⁶.

⁴ El descanso por maternidad a la mujer trabajadora está establecido en el artículo 195 del Código del Trabajo. Por su parte, el permiso por enfermedad grave del niño menor a un año está normado por el artículo 199 del Código del Trabajo y por los artículos 2° y 3° de la Ley N° 18.867. Los subsidios que se otorgan en virtud de las normas legales descritas se rigen por lo establecido en la Ley N° 19.299 y por el DFL N°44 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, y en lo pertinente, por las leyes N° 18.418 y N° 18.469. El subsidio maternal es la continuidad del reposo pre y postnatal establecido en Chile en 1925 por el decreto Ley N° 442 para las madres trabajadoras obreras. Este beneficio se hizo extensivo para las madres trabajadoras empleadas en 1953 a través de la Ley N° 11.462. Para mayores detalles véase Dirección de Presupuestos (1998) y CIEDESS (1996).

⁵ El descanso para la madre trabajadora tiene carácter de irrenunciable.

⁶ Cabe destacar que las licencias médicas por enfermedad grave del niño menor a un año consideran el mismo período de carencia condicional de tres días que poseen las licencias por enfermedad y medicina curativa. En la práctica, sin embargo, esta carencia rara vez se aplica, ya que la mayoría de estas licencias tiene una duración total mayor a diez días, o bien son solicitadas inmediatamente a continuación del período postnatal, por lo que se registran como continuación de la primera.

El subsidio por reposo maternal y enfermedad grave del niño menor a un año es un beneficio de exclusivo cargo fiscal, formando parte del fondo único de prestaciones familiares y subsidios de cesantía, cuya administración financiera, control y tuición son de cargo de la superintendencia de seguridad social. Esto implica que la totalidad de estos subsidios son pagados con recursos fiscales, independientemente de la afiliación previsual y condición socioeconómica del beneficiario. A diferencia del subsidio por enfermedad y medicina curativa, el nombre legal del subsidio por reposo maternal y enfermedad grave del niño menor a un año es consistente con su realidad económica actual. En todo caso, cabe señalar que hasta antes de la Ley N° 18.418 de 1985 estos beneficios eran financiados de manera contributiva y por ende, en términos económicos, también correspondían a un seguro.

CUADRO N° 1

Programa	Beneficios	Financiamiento	Institucionalidad
Subsidio de enfermedad y medicina curativa	Mantención del 100% de la renta imponible por el período imposibilitado de trabajar. Tope 60 UF mensuales. 3 días de carencia para licencias menores a 11 días.	Prima es la cotización obligatoria del trabajador. Fonasa o las Isapres se encargan de pagar las licencias médicas respectivas.	<i>Cotizaciones Fonasa.</i> - Compín realizan la contraloría médica de las licencias. - Apelación se hace a la Superintendencia de Seguridad Social
Subsidio por reposo maternal	Mantención del 100% de la renta imponible por el período que goce de descanso de pre (6 semanas) y post natal (12 semanas) imposibilitado de trabajar. Tope 60 UF mensuales.	De exclusivo cargo fiscal.	<i>Cotizaciones Isapres</i> - Las propias contralorías médicas de estas instituciones son las que visan las licencias. - Primera instancia de apelación: Compín. Última instancia: Superintendencia de Seguridad Social
Subsidio por enfermedad grave del niño menor a un año	Mantención del 100% de la renta imponible por el período imposibilitado de trabajar por la enfermedad de su hijo siempre que este sea menor de un año. Tope 60 UF mensuales. 3 días de carencia para licencias menores a 11 días.	De exclusivo cargo fiscal.	

Para tener derecho al subsidio, la trabajadora debe cumplir con una serie de requisitos. En primer lugar, debe contar con una licencia médica, debidamente autorizada por una Compin o por una Isapre, que disponga el descanso maternal de la trabajadora o justifique su ausencia laboral por enfermedad grave del niño menor a un año. En segundo lugar, si la trabajadora es dependiente, se le exige tener un mínimo de seis meses de afiliación previsional y de tres meses de cotización dentro de los seis meses anteriores a la fecha inicial de la licencia médica correspondiente. Por último, a la trabajadora independiente se le exige tener un mínimo de doce meses de afiliación previsional y de seis meses de cotización dentro de los doce meses anteriores a la fecha inicial de la licencia médica correspondiente. Además deben estar al día en el pago de cotizaciones, es decir, haber pagado la cotización del mes anterior a aquel en que se produzca la licencia.

Para el cálculo del subsidio se considera el promedio de la remuneración mensual y/o subsidios que se hayan devengado en los tres meses anteriores a aquel en que se inicie la licencia, en el caso de las trabajadoras dependientes; y en los seis meses anteriores, en el caso de las trabajadoras independientes.

El Cuadro N° 1 resume el marco legal en lo referente a los subsidios analizados.

2. Evolución y determinantes del gasto en subsidios por incapacidad laboral

En la década de los noventa se concretó un significativo esfuerzo fiscal en el sector salud, lo que se refleja en que el gasto del gobierno central en salud pasó de representar el 1,9% del PIB y el 9,3% del gasto total del gobierno central en 1990, al 2,9% y el 12,6% respectivamente en el año 2002⁷. Esta situación torna indispensable el análisis de la eficiencia en el uso de los recursos en salud, particularmente cuando está en marcha un proceso de reforma en el sector.

Mientras entre 1991 y 2002 el gasto del sistema público de salud aumentó en un 138% real, el gasto público por concepto de subsidios por incapacidad laboral, considerando tanto el subsidio por enfermedad y medicina curativa para los cotizantes del Fonasa y la totalidad del subsidio por reposo maternal y por enfermedad grave del grave menor a un año, creció en un 226% (véase Cuadro N° 2). Se aprecia que el gasto en cuestión creció sostenidamente durante todo el periodo, a una tasa promedio de 10,4% anual.

⁷ Véase www.dipres.cl.

CUADRO N° 2: GASTOS EN SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD LABORAL SEGÚN TIPO DE SUBSIDIO (MM\$2002)

Año	Subsidio por enfermedad y medicina curativa (Fonasa)	Subsidio por reposo maternal y enfermedad grave del niño menor a un año (Isapres + Fonasa)	Subtotal gasto público	Subsidio por enfermedad y medicina curativa (Isapres)	Total
1991	30.317	25.164	55.481	62.569	118.049
1992	32.099	29.375	61.474	66.261	127.735
1993	32.571	34.118	66.688	71.275	137.964
1994	34.773	40.386	75.159	82.289	157.448
1995	38.059	47.518	85.577	91.007	176.583
1996	43.729	53.509	97.238	101.780	199.018
1997	51.600	60.229	111.829	116.105	227.934
1998	62.032	70.610	132.642	121.286	253.928
1999	67.475	77.860	145.335	112.455	257.790
2000	76.014	80.793	156.807	107.394	264.201
2001	83.808	88.063	171.871	100.542	272.413
2002	89.568	91.501	181.070	108.314	289.384
Cambio 91-02 (%)	195	264	226	73	145

Fuente: Superintendencia de Seguridad Social.

A nivel agregado, considerando también el gasto privado por enfermedad y medicina curativa (de los cotizantes de las Isapres), el gasto total en estos subsidios creció en un 145%. Se observa además que si bien el gasto en subsidio por reposo maternal y enfermedad grave del grave menor a un año representa en promedio un cuarto del gasto agregado en la década, su peso relativo ha ido en aumento, pasando de ser el 21% del gasto total en 1991 a un 32% en 2002. Este mayor peso es el resultado de su crecimiento de 264% en el período analizado, que es mucho mayor que el crecimiento de 113% del gasto en subsidio por enfermedad y medicina curativa, el que en sí ya es significativo.

2.1. Evolución del gasto en subsidio por enfermedad y medicina curativa

Cifras de la Superintendencia de Seguridad Social muestran que en 2002 el país destinó \$197.882 millones —de diciembre 2002— con cargo a la cotización obligatoria para salud, al pago de subsidios por enfermedad y medicina curativa. En contraste, en 1991 esta cifra ascendió a sólo \$92.886

millones (véase Cuadro N° 3). Durante el año 2001 el número de subsidios iniciados⁸ ascendió a 1.404.097, lo que implica que, en promedio, un 40% de los cotizantes solicitó este subsidio. En términos de duración, cada licencia se solicitó por 12,6 días en promedio.

CUADRO N° 3: GASTO EN SUBSIDIO POR ENFERMEDAD CURATIVA Y MEDICINA CURATIVA (MM\$2002)

Año	Fonasa	Isapres	Total	% PIB
1991	30.317	62.569	92.886	0,37
1992	32.099	66.261	98.360	0,35
1993	32.571	71.275	103.846	0,34
1994	34.773	82.289	117.061	0,36
1995	38.059	91.007	129.066	0,36
1996	43.729	101.780	145.509	0,38
1997	51.600	116.105	167.704	0,41
1998	62.032	121.286	183.318	0,44
1999	67.475	112.455	179.930	0,43
2000	76.014	107.394	187.233	0,43
2001	83.808	100.542	184.350	0,41
2002	89.568	108.314	197.882	0,43
crecimiento 91-02 (%)	195	73	113	

Fuente: Superintendencia de Seguridad Social.

Al analizar el gasto en que incurren las distintas entidades administradoras, a saber, los servicios de salud y las Cajas de Compensación de Asignación Familiar (CCAF) —que pagan las indemnizaciones a los afiliados del Fonasa—, y las Isapres —que pagan para sus propios cotizantes—, se observan tasas de crecimiento diferenciadas. Así, se destaca el mayor crecimiento del gasto incurrido en los cotizantes del Fonasa (195%) en contraste con los cotizantes de las Isapres (73%). Estas últimas instituciones fueron las únicas que evidenciaron una disminución en el gasto en algún sub-período particular, las cuales después de un gasto máximo en 1998 lo redujeron en 2002 a los niveles de 1996-1997. No obstante lo anterior, el gasto del administrador privado sigue teniendo un mayor peso relativo (55% en 2002), aunque ha decrecido en el tiempo (era de 67% en 1991).

Respecto al gasto en subsidios por enfermedad y medicina curativa, medido como porcentaje del PIB, es posible identificar dos tendencias. Primero, desde 1991 a 1998, el gasto en este subsidio creció más que la

⁸ Son aquellos subsidios originados en la primera licencia otorgada a un trabajador considerando dentro del mismo subsidio las prórrogas de dicha licencia.

economía, pasando de representar un 0,37% del PIB en 1991 a un 0,44% del PIB en 1998. Luego, a partir de 1999 se observa que el gasto tiende a crecer a un ritmo levemente inferior al de la economía, estabilizándose en torno a un 0,43% del PIB.

En este escenario, es necesario identificar las distintas fuentes que explican el crecimiento del gasto y, particularmente, individualizar aquellas que podrían relacionarse con una sobreutilización de los beneficios. Siguiendo el modelo presentado por Rodríguez y Tokman (2001), el crecimiento del gasto asociado al pago del subsidio por enfermedad y medicina curativa corresponde a la combinación de los efectos del cambio en el número de cotizantes, de su ingreso imponible declarado y de la intensidad total de uso del seguro por cotizante dada por la Tasa de Incapacidad Laboral (TIL)⁹. La TIL, definida como el número promedio de días de seguro pagados anualmente por cotizante, depende a su vez de factores epidemiológicos y del eventual abuso del beneficio¹⁰. Centrarse en la TIL permite aislar el efecto “intensidad de uso” en el gasto.

Siguiendo este modelo, en términos agregados se verifica que el factor de mayor peso en el crecimiento del gasto por subsidios de enfermedad y medicina curativa en el período 1991-2001¹¹, que ascendió a 98%, corresponde al mayor ingreso imponible de los cotizantes. Éste generó un aumento directo del gasto igual a 44%, cifra levemente superior al crecimiento del índice real de remuneraciones para el mismo período (38%) y muy similar al crecimiento en el ingreso imponible de los cotizantes de AFP (43%). A continuación se ubica el crecimiento en el número de cotizantes, que generó un aumento directo del gasto igual a 27%, valor ligeramente menor al aumento que registran los cotizantes de AFP (34%). Aislando ambos efectos, hay un 18% del mayor gasto que es explicado por el incremento en la intensidad de uso del subsidio. Este mayor uso del subsidio es el resultado de un aumento en el número de licencias por cotizante (33%), contrapesado sólo parcialmente por una disminución en la duración promedio de las licencias (que pasó de 14,4 días a 12,6 días).

Al desagregar el análisis por entidad aseguradora se observan resultados disímiles. Si bien en ambos casos el componente que ha tenido mayor

⁹ En Rodríguez y Tokman (2001) se estima también el impacto de los cambios en la intensidad de uso relativa del seguro por parte de los cotizantes de mayores ingresos, además de los efectos cruzados entre las diferentes variables.

¹⁰ Cabe notar que la TIL, que representa el número de días de seguro pagados por cotizante, difiere del número total de días de licencia por cotizante debido a la carencia de 3 días que rige sobre las licencias de 10 o menos días.

¹¹ El análisis no incluye el año 2002 debido a que los antecedentes requeridos para los cotizantes de Isapres no están aún disponibles.

incidencia ha sido el crecimiento en el ingreso imponible de los cotizantes, la evolución de la TIL ha sido muy desigual. Mientras la TIL de los cotizantes del Fonasa generó un incremento directo del gasto igual a 43% entre 1991 y 2001, en las Isapres ha tenido el efecto contrario, reduciendo el gasto en un 15%.

Paradójicamente, esta discrepancia en las tasas de crecimiento de la TIL es el resultado de una convergencia en los niveles de dicho indicador (Cuadro N° 4). En efecto, mientras en 1991 la intensidad de uso del subsidio de los cotizantes del Fonasa era significativamente inferior a la registrada en las Isapres (3,6 y 5,7 días por cotizante, respectivamente), en 2001 la TIL, tanto para los cotizantes del Fonasa como para los de las Isapres, se ubicó en torno a los 5 días por cotizante (5,2 días para el Fonasa y 4,9 días para las Isapres).

CUADRO N° 4: TASA DE INCAPACIDAD LABORAL POR CONCEPTO DE SUBSIDIOS POR ENFERMEDAD Y MEDICINA CURATIVA (MM\$2002)

Año	Fonasa	Isapres	Total
1991	3,6	5,7	4,3
1992	3,7	5,1	4,3
1993	3,8	4,5	4,1
1994	4,2	4,4	4,3
1995	4,1	4,6	4,3
1996	4,4	4,8	4,6
1997	4,6	5,1	4,8
1998	5,1	5,1	5,1
1999	5,2	4,7	5,0
2000	5,2	5,1	5,1
2001	5,2	4,9	5,1
Var. 91-01 (%)	43	-15	17

Fuente: Superintendencia de Seguridad Social, Superintendencia de Isapres.

Debe notarse que la evolución de la TIL en los últimos años muestra un cambio en su trayectoria. Esto es particularmente evidente en el caso de los cotizantes de Fonasa, donde el número de días de licencia por cotizante creció sistemáticamente durante la década de los 90 (de 3,6 a 5,2) y posteriormente se estabilizó. En el caso de los cotizantes de las Isapres se observa un cambio en la tendencia de la TIL desde 1997¹². Si bien la TIL de los

¹² El cambio en el comportamiento de esta variable en las Isapres ya había sido detectado por Rodríguez y Tokman (2001). No así el cambio de tendencia en Fonasa, pues su análisis se restringió al período 1991-1999.

cotizantes de las Isapres disminuyó drásticamente durante todo el período 1991-1996, a partir de 1997 dicha tasa ha fluctuado en torno a los 5 días por cotizante.

El cambio observado en las licencias de los cotizantes del Fonasa coincide con los esfuerzos realizados por el Estado para mejorar la fiscalización de las licencias médicas. Entre 1999 y 2001, para hacer frente al crecimiento injustificado que estaba exhibiendo el gasto en licencias médicas, la Subsecretaría de Salud, junto a la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda, implementaron procesos de rediseño en la mayoría de las Compin de la Región Metropolitana. Estos rediseños, que replicaban la exitosa experiencia piloto del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, implicaron mejoras en la capacidad de gestión y en la infraestructura fiscalizadora. Posteriormente, esta iniciativa se extendió también al Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota. Gracias a estos rediseños, ha sido posible incrementar la frecuencia de los peritajes y aumentar la detección y rechazo de licencias sin justificación médica.

El rediseño de las Compin se ha complementado, a partir del 2001, con un conjunto de proyectos piloto implementados por el Fonasa en la Región Metropolitana, mediante los cuales se han detectado una serie de situaciones irregulares que confirmarían que existe un problema de abuso serio. Así, una segunda opinión clínica permitió detectar que un 15% de las licencias siquiátricas se prolongan innecesariamente, y que menos de la mitad de las licencias cumplen con el reposo prescrito.

Con todo, estos esfuerzos de fiscalización, aunque exitosos, tienen un alcance limitado por los incentivos a la sobreutilización que emanan del diseño institucional de los subsidios por incapacidad laboral.

2.2. Subsidio por reposo maternal y enfermedad grave del grave menor a un año

2.2.1. Evolución del gasto

En 2002 el país destinó un total de \$91.501 millones —de diciembre 2002— al pago de subsidios por reposo maternal y enfermedad grave del grave menor a un año (\$58.649 millones y \$32.852 millones respectivamente), con cargo fiscal al Fondo Único de Prestaciones Familiares y subsidios de Cesantía. Durante ese mismo año, el número de licencias por pre y postnatal fue de 114.455 (equivalente a alrededor de 57.000 partos sujetos a licencia) y 122.529 por enfermedad grave del grave menor a un año.

Considerando el número total de días pagados por subsidio de enfermedad grave del grave menor a un año (3.640.833) cada niño recién nacido supuestamente se enfermó gravemente en promedio 64 días durante su primer año de vida, lo que implica que, incluyendo además el reposo pre y postnatal, cada parto originó un promedio de 190 días de licencia¹³.

El gasto por concepto de este conjunto de subsidios creció en un 264% en el período 1991-2002¹⁴, lo que implica un crecimiento promedio de 12,5% anual (Cuadro N° 5). Al analizar separadamente los dos componentes del subsidio, se verifica que entre 1991 y 2002 el gasto en subsidios por reposo maternal creció en un 156%, mientras que el gasto en subsidios por enfermedad grave del grave menor a un año experimentó un crecimiento explosivo de 1.377%. Así, mientras en 1991 por cada \$100 de subsidio por reposo maternal se generaban \$10 de subsidio por enfermedad grave del grave menor a un año, en 2002 se generaron \$56.

Estas cifras hacen indispensable analizar el origen de estos incrementos. De manera análoga a la sección precedente, el crecimiento del gasto asociado al subsidio, ya sea por reposo maternal o enfermedad grave del grave menor a un año, se puede descomponer en el crecimiento del número de cotizantes mujeres en edad fértil, de su ingreso imponible declarado y de la TIL¹⁵. Para estos subsidios, la TIL se define como el número de días de subsidio pagados por cotizante mujer de entre 15 y 44 años de edad¹⁶.

Siguiendo este modelo, en términos agregados se verifica que, al igual que en el caso del subsidio por enfermedad y medicina curativa, el factor de mayor peso en el crecimiento de 156% exhibido por el gasto por subsidios por reposo maternal en el período 1991-2002 corresponde al crecimiento del ingreso imponible de los cotizantes. Este factor generó un aumento directo del gasto igual a 61%, cifra inferior al crecimiento que mostró en ese mismo período el ingreso imponible de las mujeres depen-

¹³ En la práctica no todas las mujeres acogidas al subsidio por reposo maternal hacen uso del subsidio por enfermedad grave del niño menor a un año. Así, en 2002, de las aproximadamente 57.000 cotizantes que dieron a luz e hicieron uso de licencia por reposo maternal, sólo 42.100 presentaron licencias por enfermedad grave del niño menor a un año. A ellas, el parto les significó un promedio de 212 días de licencia de exclusivo cargo fiscal.

¹⁴ La información entregada por las CCAF y los Servicios de Salud para el 2002 es de carácter preliminar.

¹⁵ En Rodríguez y Tokman (2001) se estima también el impacto de los cambios en la intensidad de uso relativa del seguro por parte de las cotizantes de mayores ingresos, además de los efectos cruzados entre las diferentes variables.

¹⁶ Se utiliza una TIL definida de esta forma debido a que la gran mayoría de quienes hacen uso de los subsidios por reposo maternal y enfermedad grave del niño menor a un año son cotizantes de sexo femenino en edad fértil, a pesar que la legislación contempla en algunos casos marginales otro tipo de beneficiarios.

CUADRO N° 5: GASTO EN SUBSIDIO POR REPOSO MATERNAL Y ENFERMEDAD GRAVE DEL NIÑO MENOR A UN AÑO (MMS2002)

	Subsidio por reposo maternal	Subsidio por enfermedad grave del niño menor a un año	Total	% PIB
1991	22.940	2.224	25.164	0,10
1992	26.480	2.895	29.375	0,10
1993	30.527	3.591	34.118	0,11
1994	35.786	4.600	40.386	0,13
1995	41.187	6.330	47.518	0,13
1996	44.881	8.627	53.509	0,14
1997	48.745	11.484	60.229	0,15
1998	53.720	16.890	70.610	0,17
1999	56.011	21.848	77.860	0,19
2000	55.926	24.867	80.793	0,19
2001	58.507	29.556	88.063	0,20
2002	58.649	32.852	91.501	0,20
var. 91-02 (%)	156	1.377	264	

Fuente: Superintendencia de Seguridad Social.

dientes que cotizan en AFP (86%). El segundo factor en importancia fue el crecimiento en el número de cotizantes mujeres en edad fértil, que generó un aumento directo del gasto igual a 32%.

Aislando ambos factores, se obtiene que entre 1991 y 2002 la intensidad de uso de este subsidio cayó en un 3%. Esta disminución en la TIL fue el resultado de una disminución marginal en el número de licencias por cotizante y de la mantención de la duración promedio de las licencias. Si bien el signo del primer efecto es consistente con la disminución en la tasa de natalidad, la magnitud de la caída es relativamente pequeña si se compara con la caída que experimentó la tasa de natalidad en el mismo período (que pasó de 23,5 por mil habitantes en 1990, a 16,8 en 2001). Por su parte, el segundo resultado es esperable dado que la duración del pre y postnatal está fijada por ley.

A diferencia del subsidio por reposo maternal, el explosivo crecimiento del gasto en el subsidio por enfermedad grave del niño menor a un año se explica fundamentalmente por el fuerte crecimiento en la intensidad de uso del subsidio. En este caso se observa un fuerte crecimiento de la TIL de 569% (Cuadro N° 6). Este crecimiento se da tanto a nivel del Fonasa como en las Isapres.

CUADRO N° 6: TASA DE INCAPACIDAD LABORAL POR CONCEPTO DE SUBSIDIO POR ENFERMEDAD GRAVE DEL NIÑO MENOR A UN AÑO (MM\$2002)

Año	Fonasa	Isapre	Total
1991	0,3	1,0	0,6
1992	0,4	1,0	0,6
1993	0,4	1,0	0,7
1994	0,5	1,1	0,8
1995	0,6	1,4	1,0
1996	0,7	1,8	1,2
1997	0,9	2,2	1,5
1998	1,2	3,1	2,1
1999	1,8	3,8	2,6
2000	2,1	4,9	3,0
2001	2,6	5,6	3,5
2002	2,7	6,5	3,7
var. 91-02 (%)	697	573	569

Fuente: Superintendencia de Seguridad Social, Superintendencia de Isapres.

El aumento en la TIL puede descomponerse en dos efectos. En primer lugar está la evolución en el número de licencias de postnatal (nacimientos) por cotizante, que ha disminuido marginalmente en el período bajo análisis, a un ritmo menor que la tasa de natalidad. El segundo efecto está dado por el crecimiento en el número de días de licencia por niño, que pasó de 9 días en 1990 a 64 en 2002, como se puede observar en el gráfico N° 1¹⁷. Este incremento estaría indicando un gravísimo deterioro de la salud de los niños de menos de un año de edad, lo que contrasta fuertemente con distintos indicadores de morbilidad y mortalidad que muestran una significativa mejoría de la salud infantil en el mismo período¹⁸.

Adicionalmente, se observa un resultado que contradice la evidencia nacional e internacional respecto a la correlación negativa entre nivel de

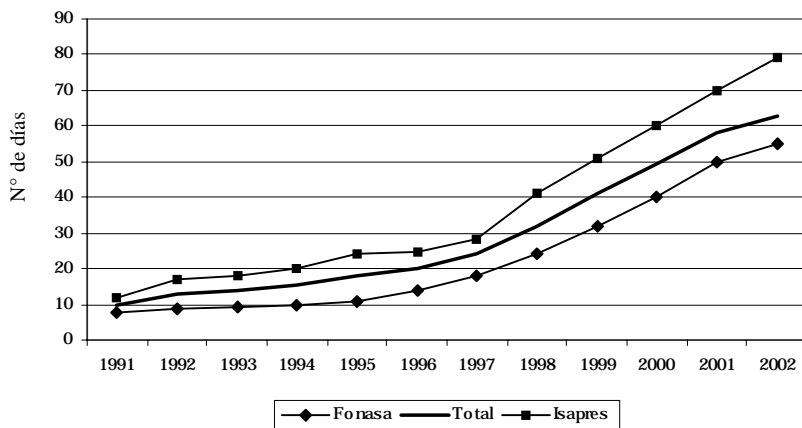
¹⁷ Este indicador se construyó mediante la siguiente fórmula:

$$\text{día solicitados por parto año}_i = \frac{\text{total días solicitados año}_i}{\frac{(\text{N}^\circ \text{ licencias subsidio maternal año}_i)}{2}}$$

donde el denominador corresponde al número de partos con derecho a licencia en el año_i.

¹⁸ Contundente ejemplo de lo anterior es la reducción de la tasa de mortalidad infantil en un 50% entre 1990 y 2001.

GRÁFICO N° 1: EVOLUCIÓN DÍAS DE SUBSIDIO EGNMA SOLICITADOS POR PARTO



Fuente: Elaboración propia, en base a datos SUSESO.

ingreso y morbilidad infantil. Así, se observa que la TIL de los cotizantes de Isapres es consistentemente superior a la de los cotizantes de Fonasa (Cuadro N° 6), lo que implicaría que los hijos de las familias cotizantes de Isapres se estarían enfermando casi el doble que su contraparte en Fonasa, aun cuando los ingresos de estas últimas son significativamente menores en promedio.

Por último, también se detecta una inconsistencia entre los diagnósticos asociados al otorgamiento de las licencias por enfermedad grave del niño menor a un año y la tasa de incidencia esperada de dichas enfermedades. De acuerdo a la Superintendencia de Seguridad Social, el caso más emblemático es el del reflujo gastroesofágico que, en el año 2002, justificó más del 50% de las licencias. Esto contrasta con la tasa de incidencia internacional (reflujo patológico, en su forma grave) que es de sólo 0,3%¹⁹.

2.2.2. Análisis de equidad²⁰

Desde que fueron creados y hasta 1981, los subsidios por reposo maternal y enfermedad grave del grave menor a un año fueron financiados

¹⁹ Véase Jung (2001).

²⁰ El análisis de equidad no es relevante para el subsidio por enfermedad y medicina curativa porque, como se mencionó anteriormente, no es un subsidio propiamente tal sino que un seguro, por lo que resulta equitativo que la indemnización sea proporcional a la prima (la que a su vez es proporcional al ingreso).

con contribuciones a la seguridad social. En esa época, cuando el financiamiento de la seguridad social en salud era solidario, se repartía la carga entre los cotizantes con una tasa de contribución única para todos, incluyendo a las mujeres trabajadoras en edad fértil.

Sin embargo, la reforma de 1981 que creó los seguros privados e individuales de salud, generó un incentivo a las Isapres a discriminar contra las cotizantes mujeres en edad fértil, debido al mayor costo esperado asociado a su eventual reposo maternal. Esta discriminación se materializó en la forma de planes con menor cobertura para este segmento de mujeres, en comparación al ofrecido para hombres con niveles de cotización equivalentes. Este hecho, sumado a factores tales como la baja tasa de cotización obligatoria (3% en esos años), la mayor tasa de fertilidad, la elevada sinistralidad esperada por parto, los bajos salarios impositivos y la reducida densidad de cotizaciones femeninas, explicaría la casi nula afiliación de mujeres cotizantes en edad fértil en las Isapres en el período 1981-1985.

Frente a esto, las autoridades de la época optaron por modificar la naturaleza misma del beneficio por reposo maternal y enfermedad del hijo, convirtiéndolo en un subsidio de cargo fiscal. Si bien esta modificación permitió reducir la discriminación que enfrentaban las mujeres cotizantes en edad fértil en las Isapres, también significó establecer un subsidio financiado con rentas generales pero de cobertura limitada y extremadamente desfocalizado. En efecto, este subsidio no llega a todas las madres chilenas con partos, sino que sólo a aquellas que cotizan para la salud. De hecho, durante el 2001 el subsidio maternal cubrió sólo un 25% de los nacimientos en el país. Este no es por tanto un subsidio que proteja a la maternidad en general, sino que sólo la del subgrupo de trabajadoras que cotizan en la seguridad social²¹.

Además, a diferencia de la mayoría de los subsidios sociales en nuestro país, el monto de éste aumenta con el nivel de ingreso del beneficiario. Así, una mujer con un ingreso mensual de \$ 1.141.800 (60 UF, el tope actual del subsidio) recibe en promedio \$ 7.231.400, mientras que una mujer que gana el salario mínimo (\$ 115.648, en agosto de 2003), recibe sólo \$732.437²². Así, esta diferencia es incluso mayor si se considera también el subsidio por enfermedad grave del grave menor a un año. En términos agregados, los dos quintiles más ricos de la población reciben el 80% de los recursos totales de este subsidio. Este impacto redistributivo se

²¹ El subsidio por definición no cubre a las mujeres que trabajan en su hogar, las que no obstante también disminuyen su producción de servicios durante su reposo maternal y cuando están atendiendo a su hijo.

²² Estas cifras consideran los períodos de pre y postnatal. Además de los días de licencia promedio solicitados por enfermedad del hijo.

compara desfavorablemente con la focalización de otros subsidios monetarios, como las Pensiones Asistenciales y el Subsidio Único Familiar, los que de acuerdo a la CASEN 2000 se concentran principalmente en los segmentos más pobres de la población²³.

3. Análisis de incentivos y herramientas de control

Como se ha analizado en las secciones precedentes, el gasto por concepto de subsidios por incapacidad laboral ha crecido fuertemente durante el período 1991-2002. Si bien parte de este incremento se explica por la evolución de variables como el número de cotizantes y su ingreso imponible, existe un porcentaje importante del mismo que es explicado por la mayor intensidad de uso de los beneficios. Esta última puede a su vez deberse a un cambio en la estructura demográfica de la fuerza laboral (aumento en la participación de mujeres en el mercado laboral y envejecimiento de la población), o bien a un empeoramiento en la salud de la población —lo que sería en cierta medida inconsistente con la positiva evolución de indicadores generales de salud en los últimos años²⁴—.

Sin embargo, también existen indicios de una sobreutilización de los beneficios, toda vez que del diseño de los subsidios en cuestión surgen incentivos en esa dirección, lo que se une a la escasa capacidad de control con que han contado los organismos fiscalizadores, especialmente en el sector público²⁵, a excepción de las ya citadas mejoras en las Compin.

Al analizar conceptualmente los incentivos institucionales que surgen del diseño de los subsidios por incapacidad laboral se debe tener en consideración que éstos fueron concebidos originalmente para que los trabajadores comprendidos en el sistema de seguridad social percibiesen una prestación pecuniaria sustitutiva de su remuneración, permitiéndoles así guardar el debido reposo en caso de incapacidad parcial o total para trabajar. Distintas evaluaciones concluyen que este objetivo se cumple, por lo que el diseño y los incentivos que se generan serían eficaces al respecto²⁶. Sin embargo, el tiempo transcurrido desde la entrada en vigencia de estos

²³ Si bien el objetivo de este subsidio no es la redistribución de ingresos, es válido cuestionar su desfocalización dado que se financia íntegramente con recursos públicos. En la práctica ello implica que las madres de bajos ingresos que trabajan en el hogar y pagan IVA en sus compras, subsidian a aquellas que tienen trabajos remunerados fuera de la casa.

²⁴ Al respecto véase Aedo, Bergoing y Saavedra (2000), Superintendencia de Seguridad Social (1999), Dirección de Presupuestos (1999), Dirección de Presupuestos (1998).

²⁵ Véase Dirección de Presupuestos (1999), Pontificia Universidad Católica de Chile (1999), Rodríguez y Tokman (2000), y Solimano, Vergara y Tokman (2000).

²⁶ Véase Dirección de Presupuestos (1999) y Dirección de Presupuestos (1998).

programas ha dejado en evidencia que su diseño es generoso en comparación con beneficios similares en otros países y que sólo ha incorporado incipientemente herramientas para protegerse de potenciales abusos.

3.1. Incentivos de los cotizantes

Conceptualmente, mientras mayores sean las preferencias pro ocio del trabajador, menor sea la acumulación de trabajo en su ausencia, menor sea el efecto reputación en su lugar de trabajo, más generosos sean los beneficios del programa de incapacidad laboral y menor sea el control, menor será el costo de ausentarse del trabajo y mayor será el incentivo a solicitar licencias, incluso sin que el trabajador esté necesariamente enfermo²⁷. Si bien estas variables no son en su mayoría observables de manera objetiva, o bien dependen de cada trabajador en particular, al realizar comparaciones internacionales sí puede verificarse que el subsidio chileno es altamente generoso, dado que reintegra el 100% del ingreso —con un tope de 60 UF—. En contraste, a modo de ejemplo puede citarse que en Alemania se reintegra el 70% del ingreso, en Suecia el 75% y en Japón el 60%²⁸.

El efecto de la alta generosidad podría verse aminorado por los tres días de carencia que se establecen para el subsidio por enfermedad y medicina curativa, lo que debería desalentar la solicitud de licencias de corta duración. Indicios sobre la efectividad de los tres días de carencia en disminuir la intensidad de uso de licencias pueden encontrarse en el hecho que los trabajadores del sector público —para quienes por contrato no se aplica la carencia— utilizan en promedio más de catorce días de licencia al año en comparación a los seis días que utilizan los trabajadores del sector privado que cotizan en Isapres abiertas —para quienes sí opera la carencia—²⁹.

Cabe notar, sin embargo, que como la carencia de tres días es válida sólo para las licencias de diez días o menos, en la práctica estaría teniendo un efecto adicional motivando a alargar artificialmente las licencias para que la carencia no opere³⁰. Un estudio exploratorio sobre licencias por enfermedad y medicina curativa en la Región Metropolitana³¹ muestra que la duración promedio de las licencias para los trabajadores del sector priva-

²⁷ Martínez (1999) analiza empíricamente las variables que inciden en la decisión de solicitar licencias médicas, para una muestra de cotizantes de Isapres.

²⁸ Diseños de subsidios similares en el resto del mundo pueden estudiarse en Pontificia Universidad Católica de Chile (1999) y en Aedo, Bastías y Sapelli (1999).

²⁹ Estadísticas para el año 1997 preparadas por el Departamento de Estudios de la Superintendencia de Isapres.

³⁰ Cid (2002).

³¹ Solar (1996).

do —la mayoría de los cuales enfrenta la carencia en cuestión— es un 39% mayor que el promedio equivalente para los trabajadores del sector público —que no enfrentan la carencia—.

En definitiva, puede considerarse que la existencia de los tres días de carencia desincentivan el uso de licencias, operando fundamentalmente a través de desincentivar la solicitud de licencias cortas. No obstante, el hecho que esta carencia no opere para las licencias largas tiende a revertir el primer efecto a través del incentivo a extender las licencias. En consecuencia, el diseño de los tres días de carencia condicionales —aplicables sólo para las licencias cortas— presenta un efecto mixto, no contándose con antecedentes disponibles que permitan tener certeza sobre su efecto financiero neto.

Un elemento adicional que potencialmente incentiva a los cotizantes a solicitar licencias sin justificación médica, especialmente a los de menores ingresos, es la utilización del subsidio por enfermedad y medicina curativa como sustituto del seguro de desempleo. Este podría ser el caso de actividades económicas con alta estacionalidad —como el sector pesquero, el portuario y el forestal— en las cuales habría mayores incentivos a utilizar el subsidio como mecanismo para la mantención de ingresos en los meses de baja actividad³².

Las comparaciones internacionales también muestran que el subsidio por reposo maternal es altamente generoso, dado que reintegra el 100% del ingreso —con un tope de 60 UF— por un período de 126 días. En el resto del mundo la tasa de reemplazo es generalmente inferior al 100% del ingreso y se otorga por un período de menor duración³³. La excepción es Italia, el cual es el único país que tiene una duración mayor a la de Chile (150 días), pero con una tasa de reemplazo inferior (80% del ingreso). La comparación internacional del subsidio por enfermedad grave del grave menor a un año también muestra la alta generosidad del sistema chileno, pues subsidios con sus características son escasos en el mundo. El otro país donde existe este subsidio es Suecia; sin embargo, la tasa de reemplazo del salario en este caso es menor al 100%. Además, dicho subsidio es financiado con cotizaciones de la seguridad social y no a través de un subsidio fiscal directo como en Chile.

Así, dada la generosidad de los beneficios asociados a la maternidad vigentes en Chile, en muchos casos ocurre que resulta conveniente en térmi-

³² Esta observación se plantea para el período previo a la entrada en operación del seguro de cesantía, el cual podría eventualmente desincentivar el uso del SIL.

³³ Véase Aedo (2002) para una comparación internacional detallada del subsidio por reposo maternal.

nos financieros sobredeclarar ingresos en un período de tiempo para maximizar la recepción de beneficios. Incluso, bajo ciertas circunstancias resulta rentable para la beneficiaria cotizar como trabajadora independiente aunque en la práctica no cuente con un ingreso, pues dependiendo del tiempo que demore en quedar embarazada, en el neto puede obtener un flujo positivo de recursos en valor presente.

Finalmente, se puede plantear la hipótesis respecto a que el uso excesivo del subsidio por enfermedad grave del niño menor a un año podría deberse en parte a su utilización para paliar otras carencias sociales, como los problemas de acceso y cobertura de salas cunas para las madres trabajadoras de ingresos medio-bajos, y la poca flexibilidad laboral con que cuentan las madres para prolongar el período de lactancia de sus hijos.

3.2. Incentivos de los médicos y otros profesionales de la salud

Los incentivos institucionales para los médicos y los restantes profesionales de la salud facultados para otorgar licencias —dentistas y matronas— apuntan a que generalmente éstos concedan la licencia solicitada por el trabajador. Esto se debe por un lado a que producto de la asimetría de información, el médico en muchas ocasiones no tiene antecedentes objetivos respecto a los síntomas del paciente, y por lo tanto puede ser inducido a indicar reposo sin que corresponda o a indicar reposos excesivamente largos. Por otra parte, como la preocupación principal del médico es la salud del paciente, y emitir licencias no le genera costos monetarios significativos, ante la duda tenderá a otorgarlas y así extremar los cuidados. En el caso de los recién nacidos, esto se refleja en que parte de los facultativos considera que cuanto más se dilate la separación con su madre, mayores serán los efectos positivos sobre su desarrollo físico y psicológico, aun cuando esto se logre utilizando indebidamente una licencia médica. Situaciones como éstas se potencian con la motivación por establecer una relación de largo plazo con el paciente, evitando ser reemplazado por otro médico³⁴.

Del análisis de la composición por diagnóstico de las licencias surge un apoyo a la hipótesis de sobreutilización de los subsidios a causa de la asimetría de información paciente-médico. García de Cortázar y Vielmas (1999) y Aedo, Bastías y Sapelli (1999) encuentran que para el número de días de subsidio pagados, los diagnósticos con mayor dificultad de verifica-

³⁴ Situación extrema constituyen los episodios puntuales, altamente publicitados, de falta a la ética, referidos a la abierta comercialización de licencias sin justificación médica por parte de ciertos facultativos.

ción —y por lo tanto aquellos donde es más aguda la asimetría de información— aparecen con una alta importancia relativa, incluso mayor a la que se desprende de otros indicadores de morbilidad³⁵.

3.3. Incentivos y herramientas de control de los administradores del seguro

a. Isapres

En el marco institucional actual, las Isapres tienen reales incentivos a contener el gasto en subsidios por incapacidad laboral, aunque sólo en el caso del subsidio por enfermedad y medicina curativa. Esta situación se origina en el hecho que las Isapres son pagadoras, y a la vez fiscalizadoras, de las licencias de sus propios cotizantes. Así, dado que un alto gasto en subsidios por enfermedad y medicina curativa desmejora el resultado financiero de las Isapres, éstas tienen incentivos para racionalizar el uso de licencias, reduciendo la duración de las mismas o rechazándolas por completo.

En todo caso, las Isapres presentan ciertas limitaciones respecto a las herramientas con que cuentan para fiscalizar, principalmente en lo referente al control de los fundamentos médicos de las licencias. Una de estas limitantes es la ausencia de una reglamentación que estandarice los procedimientos de los profesionales de la salud con derecho a otorgar licencias y que permita focalizar la contraloría en aquellas licencias que difieran más significativamente de los estándares preestablecidos. Esta limitante se ve magnificada por el reducido tiempo —tres días— que tienen las Isapres para pronunciarse sobre la aprobación, modificación o rechazo de las licencias.

En la práctica, las Isapres suelen basar su fiscalización en visitas domiciliarias de verificación de reposo —las que no son de uso frecuente debido a su alto costo—, en protocolos informales de uso interno y en sospechas fundadas en el historial del paciente y del médico que otorga la licencia. Estos mecanismos no estandarizados, unidos al incentivo de las Isapres a racionalizar el gasto en subsidios por enfermedad y medicina curativa, facilitan que se cometan eventuales arbitrariedades en el control.

A diferencia de lo que ocurre con los subsidios por enfermedad y medicina curativa, en el caso de los subsidios por reposo maternal y enfer-

³⁵ En el período 1998-1999, el número de días de licencia pagados a los cotizantes del Fonasa para las categorías diagnósticas de enfermedades osteomusculares y trastornos mentales (ambas de difícil verificación), ocuparon el primer y tercer lugar, respectivamente.

medad grave del grave menor a un año, las Isapres no tienen ningún incentivo real a fiscalizar para controlar el gasto, ya que se trata de un beneficio de cargo fiscal incluso para sus cotizantes. Ello queda en evidencia al observar la significativa diferencia entre la evolución de la TIL de los cotizantes de Isapres por concepto de subsidio por enfermedad y medicina curativa —disminución de 15% en el período 1991-2001— y la TIL por concepto de subsidio por enfermedad grave del grave menor a un año —aumento de 573% en igual período—.

b. Fonasa

De manera análoga a las Isapres, Fonasa, como entidad administradora del seguro, debiese tener incentivos a contener el gasto en subsidios por incapacidad laboral. Sin embargo, como históricamente sus déficits han sido cubiertos con recursos fiscales por ser los subsidios en cuestión un gasto legalmente excedible, estos incentivos teóricos no han tenido mayor efecto. Esta situación ha cambiado en los últimos años como consecuencia de prácticas presupuestarias basadas en el establecimiento de metas de gasto y su posterior evaluación, las que han hecho que Fonasa internalice en parte los costos de no fiscalizar el gasto en subsidios por incapacidad laboral.

En particular, Fonasa ha implementado programas piloto para colaborar en el fortalecimiento de las entidades fiscalizadoras. Sin embargo, este esfuerzo se ve limitado por la falta de atribuciones para controlar el gasto. Ello, por cuanto Fonasa no fiscaliza directamente las licencias médicas de sus cotizantes, sino que por el contrario, en lo que a subsidios por incapacidad laboral respecta, su rol legal se limita a financiar los subsidios pagados por los servicios de salud y a cubrir los déficits en que incurren las CCAF.

En el caso de los Servicios de Salud, éstos reciben directamente de Fonasa los fondos respectivos para el pago de los subsidios, no afectando los recursos para financiar su operación, los que dependen principalmente de presupuestos históricos que aseguran el financiamiento directamente a los factores productivos. Las CCAF, por su parte, cuentan con la cotización del 0,6% de la remuneración o renta imponible de sus afiliados para financiar el régimen de subsidios por incapacidad laboral, aunque en la práctica Fonasa les cubre un gasto efectivo mayor a dicho porcentaje³⁶.

³⁶ Las CCAF cumplen cierto rol fiscalizador administrativo (no médico) respecto al subsidio por enfermedad y medicina curativa, pues además de captar la cotización de los trabajadores y pagar los subsidios, les corresponde verificar la veracidad de los antecedentes

En ambos casos son las Compín, dependencias técnico-administrativas de los servicios de salud, las encargadas de realizar la contraloría médica de las licencias³⁷, rol que debiese incentivarlas a racionalizar el gasto en subsidios por incapacidad laboral. No obstante, la ausencia de incentivos operativos específicos, así como deficiencias de gestión, infraestructura, y herramientas para fiscalizar, han atentado contra la efectividad de su labor. Esta situación ha mejorado a partir de 1999, cuando se comenzaron a implementar procesos de rediseño en las Compín³⁸ basados en la exitosa experiencia piloto llevada a cabo en 1996 por el Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, el cual, mediante la inversión en equipos de informática, el aumento de las horas contratadas de médicos asesores y la verificación del reposo del 10% de las licencias médicas ingresadas, fue capaz de mejorar su capacidad de detección de licencias médicas indebidas. Así, el número de días de licencia por subsidio de enfermedad y medicina curativa pagados por dicho servicio disminuyó de 260.026 en 1996, a 165.163 en 1997. Este ejemplo ha sido replicado en las Compín de la Región Metropolitana³⁹ y la del Servicio de Salud de Viña del Mar-Quillota, lo que en términos agregados ha colaborado a detener el crecimiento de la TIL por subsidios de enfermedad y medicina curativa a partir de 1999 (luego de crecer un 45% entre 1991 y 1999).

c. Incentivos de los empleadores

En el esquema vigente en Chile, la ausencia de un empleado por motivos de incapacidad laboral le genera a su empleador un costo en términos de la continuidad en el trabajo, costo cuya magnitud dependerá de la naturaleza del trabajo en particular. Sin embargo, como contrapartida es el seguro el que se hace cargo de la remuneración e imposiciones del trabajador mientras dure su incapacidad. Ante esto, no es claro que el empleador tenga incentivos fuertes a controlar el uso de licencias médicas o a tomar

entregados por el empleador para el cálculo de los mismos. Como incentivo para esta labor, las CCAF reciben \$200 por cada subsidio indebido detectado, cifra relativamente baja en comparación con los costos de revisar los antecedentes de las solicitudes de licencia, y por lo tanto no suficientemente fuerte como incentivo.

³⁷ Como se señaló anteriormente, las Compín son además la instancia de apelación de las resoluciones que emiten las Isapres respecto a las licencias de sus respectivos cotizantes.

³⁸ Los rediseños han permitido incrementar la tasa media de peritaje de 5,5% el 2001 a 12% el 2003 (junio), lo que ha resultado en un incremento en la tasa de reducción o rechazo de 3,5% el 2001 a 5,2% el 2003 (junio).

³⁹ Sólo falta efectuar el rediseño de la Compín del Servicio de Salud Metropolitano Sur-Oriente.

medidas preventivas, sobre todo en consideración que no le corresponde hacerse cargo de parte de la remuneración del trabajador con licencia mientras ésta dure, como sí ocurre en diseños de subsidios similares en el resto del mundo^{40, 41}. Un factor adicional es que en muchos casos el pago de la remuneración por parte del seguro puede resultar en un ahorro neto para el empleador si es que éste no reemplaza al trabajador y redistribuye las cargas de trabajo en el resto del personal.

Otro incentivo importante para los empleadores surge de la interrelación entre los distintos subsidios por incapacidad laboral y el seguro de accidentes laborales y enfermedades profesionales. El diseño de estos beneficios crea incentivos a los empleadores a subdeclarar enfermedades profesionales y accidentes del trabajo y hacerlas pasar por enfermedades comunes. Ello, pues las empresas financian el sistema de mutuales de seguridad en base a cuotas variables en función de sus tasas de accidentabilidad. Así, una mayor cantidad de enfermedades profesionales y accidentes del trabajo implica para las empresas un mayor costo en términos de la cuota que deben pagar a las mutuales, mientras que las enfermedades comunes son de cargo de la entidad en la cual cotice el trabajador —Fonasa o Isapres—.

Finalmente, debe hacerse mención a casos de fraude total, difíciles de detectar debido a la baja capacidad fiscalizadora, especialmente en Fonasa. Este es el caso de la creación de empresas ficticias, que operan contratando trabajadores con el único objetivo de que éstos presenten licencias médicas y reciban los recursos pagados por Fonasa y las Isapres por concepto de subsidios por incapacidad laboral.

d. Incentivos y herramientas de control de la Superintendencia de Seguridad Social

Una de las funciones de la Superintendencia de Seguridad Social es velar por el cumplimiento de los principios de la seguridad social y por el respeto a los derechos de los trabajadores. Dentro de esta misión, una de sus tareas específicas consiste en velar por la adecuada utilización de los subsidios por incapacidad laboral, correspondiéndole ser la instancia de

⁴⁰ Por ejemplo, en Alemania el empleador carga con el 80% del costo de los primeros 42 días de licencia, en Suecia con el 75% de los días 2 al 28, y en España con el 60% de los días 4 al 15. Para mayor detalle véase Pontificia Universidad Católica de Chile (1999).

⁴¹ Se debe tener en consideración que si el empleado es de baja rotación, entonces los costos de buscar un reemplazante serán elevados por los efectos que tendrá su ausencia sobre la producción y la consecuente merma en el excedente del productor, y por lo tanto debiera existir un mayor celo por parte de los empleadores para controlar las licencias médicas.

última apelación para los cotizantes cuyas licencias hayan sido modificadas o rechazadas. En este contexto, en lo referente a la contención de costos, la Superintendencia de Seguridad Social podría a lo más ratificar las decisiones de control de gasto de las instancias previas.

Si bien la capacidad de fiscalización de la Superintendencia de Seguridad Social está siendo fortalecida mediante la reciente implementación del Registro Nacional de Licencias Médicas, su rol debiese estar más cerca de velar por la existencia de un debido proceso en las instancias previas de fiscalización más que en hacer un nuevo proceso médico que siempre correrá el riesgo de ser extemporáneo.

4. Propuestas de racionalización

Al momento de discutir propuestas de modificación a los subsidios por incapacidad laboral deben evitarse dos prejuicios comunes. El primero, asumir que cualquier intento por racionalizarlos va en contra de la salud de las personas. Y el segundo, intentar reducir el gasto a costa de descuidar el fin último de los subsidios en cuestión. Por ello, las presentes propuestas se plantean desde una perspectiva que reconoce que los subsidios por incapacidad laboral tienen justificaciones meritorias. Pero al mismo tiempo reconoce que deben realizarse esfuerzos en orden a generar los incentivos correctos a los agentes involucrados, y a fortalecer las instancias de fiscalización, de manera que se evite una sobreutilización de los beneficios por razones no médicas y se facilite así la liberación de recursos para otras prestaciones sanitarias. Más aún, de existir otras carencias sociales que estén siendo paliadas con estos subsidios (como los mencionados problemas de acceso y cobertura de salas cunas para las madres trabajadoras de ingresos medio-bajos, y la poca flexibilidad laboral con que cuentan las madres para prolongar el período de lactancia de sus hijos), debe discutirse en su propio mérito la forma más eficiente de enfrentarlas.

Como lineamiento general, se enfatiza que no será eficiente incrementar los recursos destinados a la fiscalización y control del correcto uso de los subsidios por incapacidad laboral, si es que persiste un diseño institucional que genere incentivos a su sobreutilización. Por ello, las modificaciones deben apuntar al rediseño de los subsidios y los incentivos que generan, y complementariamente implementar instancias efectivas de fiscalización.

En este sentido, es importante que los subsidios no se separen de los seguros de salud. El hecho que los subsidios por enfermedad y medicina curativa formen parte integral del seguro de salud incentiva el desarrollo de acciones preventivas por parte de los seguros —dentro de las que se cuenta

el no limitar las licencias médicamente justificadas— con el fin de evitar así mayores costos en prestaciones curativas. Por otro lado, se genera un incentivo en los cotizantes a no abusar de los subsidios para así disponer de recursos para destinar a otras prestaciones de salud. Estos incentivos cobran mayor relevancia a medida que se den relaciones o contratos más permanentes entre los seguros y sus afiliados, por lo que debiese fomentarse este tipo de relación, especialmente en el caso de las Isapres.

En la perspectiva señalada, a continuación se enuncian propuestas de modificación al diseño de los subsidios por incapacidad laboral⁴².

a. Desde el punto de vista de los incentivos a los cotizantes, deben implementarse mecanismos para que éstos compartan parte de los costos de su incapacidad temporal para trabajar, haciendo un símil a un deducible o un copago en un seguro. Alternativas para ello se encuentran en los diseños de distintos subsidios por incapacidad laboral existentes en el mundo, entre los cuales el chileno resulta ser uno de los más generosos. En particular, en lo que respecta al subsidio por enfermedad y medicina curativa se recuerda que en términos económicos este beneficio corresponde a un seguro, por lo que la lógica de incorporarle deducibles y copagos es consistente con la teoría de seguros orientada a evitar el riesgo moral de sobreutilización⁴³. Específicamente, se proponen dos reformas: i) que la carencia de los tres primeros días que afecta a las licencias de menos de once días de duración sea aplicable a todo evento, independientemente de la duración de la licencia, aprovechándose así su efecto desincentivador de las licencias cortas pero evitándose la distorsión actual que lleva a extender artificialmente las licencias en el margen; y ii) que el monto del subsidio corresponda sólo a un 80% de la renta imponible del cotizante (o bien un esquema en el cual el porcentaje reembolsado aumente escalonadamente con la duración de la licencia, pero que en promedio no supere el 80%)⁴⁴. En este sentido, la experiencia internacional muestra que una caída en el porcentaje de reembolso se traduce en una reducción en el número de licencias médicas solicitadas⁴⁵.

⁴² Los impactos específicos de las reformas propuestas en la racionalización del uso de los subsidios no se presentan en este documento. A modo de ejercicio se realizaron diferentes combinaciones de reformas, observándose que existen alternativas que permiten alinear los incentivos de los usuarios, sin afectar los beneficios que actualmente recibe la mayoría de los cotizantes.

⁴³ Al respecto véase Cutler y Zeckhauser (2000).

⁴⁴ Un cambio más radical consistiría en liberalizar las condiciones de cobertura del subsidio por enfermedad y medicina curativa, en donde los trabajadores seleccionen su porcentaje de cobertura, dado un mínimo impuesto por ley.

⁴⁵ A modo de ejemplo se puede citar el caso de Suecia, donde en 1991 se rebajó el porcentaje de reembolso, resultando en una disminución de 23% en el número de licencias médicas solicitadas. Para más detalles véase Altura Management (2002).

b. Respecto a los incentivos a los seguros, debe dársele a Fonasa un tratamiento simétrico con las aseguradoras privadas en lo que respecta al procesamiento, verificación, autorización y pago de los subsidios por enfermedad y medicina curativa, en el sentido que cada seguro fiscalice en primera instancia las licencias de sus respectivos cotizantes. Así, Fonasa contaría con atribuciones y herramientas para cumplir sus metas presupuestarias de gasto en subsidios por enfermedad y medicina curativa. De esta manera, paralelamente se fortalecería la labor de las Compín como segunda instancia de fiscalización, viendo las apelaciones tanto de los afiliados a Isapres como a Fonasa, liberándose de la labor de primera instancia para el caso de Fonasa. Ello debe ser acompañado de un rediseño de las Compín, basado en los aprendizajes de las experiencias piloto, que haga más eficientes los procesos de tramitación y control de las licencias, incluyendo mejoras en su infraestructura y sistemas de información, y la consiguiente focalización del personal en la labor de control.

c. La reforma anterior debe ser complementada con la instauración de procedimientos debidamente reglamentados y estandarizados para la modificación y rechazo de licencias por parte de las Isapres y de Fonasa, de forma que pueden identificarse con mayor facilidad potenciales rechazos arbitrarios y pueda mejorarse la satisfacción usuaria a través de menores plazos de tramitación y pago de las licencias justificadas. Asimismo, para desincentivar los rechazos arbitrarios de licencias médicas, deben establecerse sanciones más estrictas para los seguros que los cometan (ya sean Isapres o Fonasa).

d. En cuanto a la conducta de los médicos, en muchas ocasiones la asimetría de información respecto a los síntomas del paciente, unido a la tendencia a extremar sus cuidados, puede inducirlos a sobreotorgar licencias. El establecimiento de protocolos consensuados en la comunidad médica, con rangos de duración referenciales de acuerdo al diagnóstico y exámenes objetivos, pueden reducir este sesgo. Además, estos protocolos permitirían realizar una fiscalización focalizada a aquellas licencias que excedan significativamente los rangos sugeridos.

e. Para desincentivar los casos de abierto abuso en la emisión de licencias médicas, deben establecerse sanciones penales más estrictas en contra de los agentes involucrados (tanto los facultativos que las emiten como los cotizantes que las reciben). Además se estima conveniente establecer procedimientos sumarios y dotar a la Superintendencia de Seguridad Social de la facultad administrativa de dejar de entregar talonarios de licencia a los profesionales de la salud que abusen del sistema.

f. Con respecto a los subsidios por reposo maternal y enfermedad grave del grave menor a un año, se plantean reformas no sólo para racionalizar su uso, sino que también para mejorar su focalización. Para esto último, las reformas deben ser tales que no generen incentivos a discriminar contra la mujer trabajadora en edad fértil (como ocurrió durante el período 1981-1985, cuando estos subsidios se financiaban con cargo a la cotización individual para salud), pero que eviten la situación actual en que la mayor parte del subsidio es recibido por las cotizantes de mayores ingresos. En particular, se propone reducir el tope de reembolso de la remuneración o renta imponible de la trabajadora, que actualmente asciende a 60 UF mensuales, a un máximo de 35 UF mensuales. Esto a su vez desincentivaría la solicitud de licencias injustificadas por parte de las cotizantes con ingresos superiores al nuevo umbral.

g. Adicionalmente, con el fin de racionalizar el uso del subsidio por enfermedad grave del niño menor a un año, se propone el establecimiento de opciones dentro de las cuales la madre (y el padre) puedan elegir. Entre estas opciones se plantea el traspaso de días del prenatal al postnatal, si la salud de la madre lo permite; el reemplazo del subsidio por enfermedad grave del niño menor a un año por 35 días de libre disposición (u otro número a determinar en base a la incidencia esperada de enfermedades graves en los menores de un año) que la madre (o el padre) pueda usar durante el primer año de vida de su hijo⁴⁶; y la posibilidad de establecer coberturas adicionales que ambos padres pacten con su Isapre u otro seguro, para ausentarse del trabajo por enfermedad del niño. Estas opciones permitirían a la madre decidir entre extender el período postnatal, fomentándose la lactancia materna y previniéndose por tanto enfermedades futuras del niño, o reservar dicho tiempo para el cuidado del hijo durante su primer año de vida.

BIBLIOGRAFÍA

- Aedo, C., Bergoing, R. y Saavedra, E. "El Sistema de Seguridad Social en Chile: Un Estudio Prospectivo". Documento de trabajo realizado por el Departamento de Economía de la Universidad Alberto Hurtado para MIDEPLAN, 2000.
- Aedo, C., Bastías, G. y Sapelli, C. "Subsidio de Incapacidad Laboral en Chile", Fundación Salud y Futuro, 1999.
- Aedo, C. "Evaluación Económica de la Prolongación del Post Natal". Informe Final (Mimeo), 2000.

⁴⁶ Este número corresponde al promedio de días de subsidio por enfermedad grave del niño menor a un año pagado por licencia postnatal en los últimos doce años.

- Altura Management. "Licencias Médicas: Realidad y Propuestas". *Newsletter Salud* N° 5, diciembre, 2002.
- Cid, C. "Evaluación del Subsidio por Incapacidad Laboral: Una Visión desde la Economía de la Salud". Serie de Documentos de Trabajo del Ministerio de Salud, 2002.
- CIEDESS. "Modernización de la Seguridad Social en Chile, 1980-1995", 1996.
- Cutler, D. y Zeckhauser, R. "The Anatomy of Health Insurance". En A. Culyer y J. Newhouse (ed.), *Handbook of Health Economics*, North-Holland, 2000.
- Decreto con Fuerza de Ley N° 44 de 1978 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, última actualización 14/11/1994.
- Dirección de Presupuestos, Ministerio de Hacienda. "Estadísticas de las Finanzas Públicas 1990-1999", 2000.
- Dirección de Presupuestos, Ministerio de Hacienda. "Informe Final Evaluación de Programa Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa", 1999.
- Dirección de Presupuestos, Ministerio de Hacienda. "Informe Final Evaluación de Programa Subsidio por Reposo Maternal y Cuidado del Niño", 1998.
- Jung, A. "Gastroesophageal Reflux in Infants and Children". *American Family Physician*, diciembre 2001.
- Ley 18.469 de 1985 del Ministerio de Salud, última actualización 24/12/1999.
- Martínez, E. "Determinación de las Variables que Afectan el Evento de Solicitar Licencia Médica". Seminario de Título de Ingeniería Comercial con mención en Economía de la Pontificia Universidad Católica de Chile, 2001.
- Pontificia Universidad Católica de Chile. "¿Subsidios de Incapacidad Laboral versus Seguros de Salud?". Boletín Programa de Economía de la Salud, Instituto de Economía, marzo 1999.
- Solimano, G., Vergara, M. y Tokman, M. "Propuesta de Políticas para la Seguridad Social en Chile: Componente Salud". MIDEPLAN (Ministerio de Planificación Nacional), 2000.
- Rodríguez, J. y Tokman, M. "Resultados y Rendimiento del Gasto en el Sector Público de Salud en Chile 1990-1999". Serie Financiamiento del Desarrollo N° 106, Cepal, 2000.
- Rodríguez, J. y Tokman, M. "Análisis del Gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral y sus Determinantes". Serie Estudio de Finanzas Públicas N° 2, Dipres, 2001. □