

Panorama de la **SEGURIDAD SOCIAL**

Nº 8

Panorama de la Seguridad Social es una publicación de la Corporación de Investigación, Estudio y Desarrollo de la Seguridad Social, CIEDESS, una corporación de derecho privado, sin fines de lucro, que surge como una expresión más de la vocación social que desde sus orígenes ha animado a la Cámara Chilena de la Construcción y su Red Social.

ISSN: 0718 4697

EN ESTA EDICIÓN:

DIAGNÓSTICO Y PROPUESTAS PARA PERFECCIONAR EL SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL (SIL)

En esta edición de Panorama de la Seguridad Social se tocará un tema de suma importancia para la protección de las personas, como es el Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL). Este beneficio consiste en un monto de dinero que reemplaza la remuneración o renta del trabajador mientras se encuentra con licencia médica autorizada y le permite mantener la continuidad en su régimen previsional, en caso de presentar incapacidad parcial o total para trabajar.

En Chile existen tres tipos de subsidio: el por enfermedad y medicina curativa, reposo maternal (conocidos como permisos pre y post natal) y el por enfermedad grave del niño menor de un año.

Este subsidio como toda acción humana es perfectible, por lo que se hace necesario analizar el funcionamiento actual y esperado del sistema. Para recoger los antecedentes e ir delineando posible modificaciones que mejoren su funcionamiento, hemos invitado a exponer sus opiniones a tres destacados expertos en el tema.

I. Rodrigo Castro, Director del Programa Social del Instituto Libertad y Desarrollo¹

Para analizar el diseño institucional de las licencias médicas tanto de enfermedad como de medicina curativa, y del subsidio de maternidad y enfermedad grave del hijo menor de un año, es necesario revisar cómo es el diseño institucional en otros países del mundo y destacar que tenemos problemas desde el punto de vista económico: por parte de la demanda (incentivos a los usuarios) y de la oferta (control u otorgamiento de las licencias).

1. El sistema de licencias médicas

Chile otorga una cobertura del 100% de las remuneraciones imponibles cuando hay una imposibilidad de trabajar y cuando existe una licencia por enfermedad o por medicina curativa. El beneficio tiene un tope de 60 UF mensuales y un deducible

¹ Rodrigo Castro, Ph D en Economía, Georgetown University, Consultor del BID y del Banco Mundial.

Panorama de la **SEGURIDAD SOCIAL**

de tres días, que desaparece cuando la licencia es superior a los 10 días en el sector privado, y que funciona sin deducible en el sector público. La duración total de la licencia no tiene un tope de días máximos.

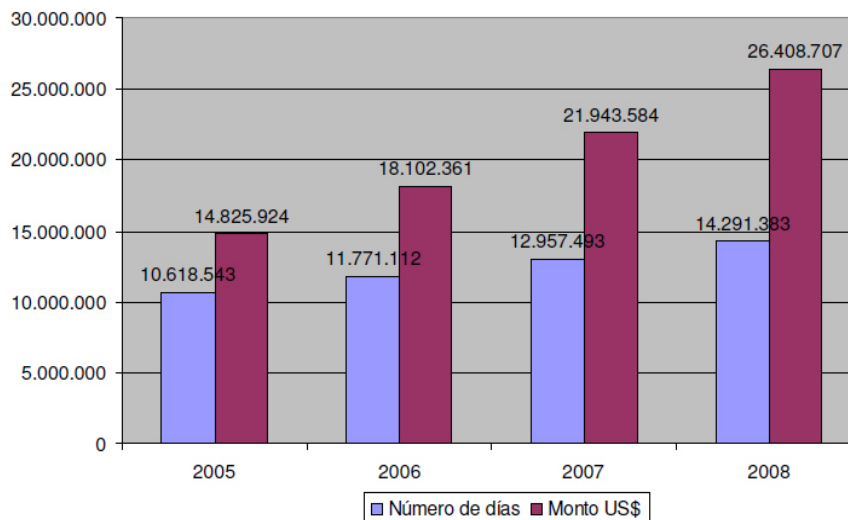
La licencia se financia con cotización al seguro de salud. Desde este punto de vista si uno lo compara con otros países y con la experiencia internacional vemos que nuestro sistema de licencias de medicina curativa es generoso. En otros países con ingresos per cápita parecidos al de Chile el sistema de licencias médicas consiste en el pago de un 50% a 75% del ingreso promedio del trabajo de los meses anteriores, con un tope para los beneficios. Así por ejemplo, Estados Unidos entrega un 75% de cobertura económica, Italia un 50% y Uruguay un 70%.

Por otra parte, también la mayoría de los países tienen períodos de carencia más amplios que Chile. Por ejemplo, Alemania tiene 42 días, Suecia 28 días, Perú 20 días y España 15 días, y en estos casos es el empleador el que se hace cargo de los pagos. Respecto a los topes de días, Chile es el único país que no tiene límite de días establecidos para las licencias. El resto tiene entre 180 y 360 días de tope.

Respecto al reposo maternal y las licencias por enfermedad grave del hijo menor de un año, Chile cuenta con un reposo de pre y postnatal que corresponde a 6 y 12 semanas respectivamente. Es irrenunciable, no hay carencia y se mantiene el 100% de la remuneración con un tope de 60 UF. El financiamiento es fiscal desde el año 1985. A modo de ejemplo, en el Gráfico N° 1 se puede observar el número y monto promedio de subsidios maternos pagados en los últimos cuatro años.

Gráfico N° 1

**NÚMERO Y MONTO PROMEDIO MENSUAL DE SUBSIDIOS MATERNALES PAGADOS
(INCLUYE PRE Y POST NATAL Y ENFERMEDAD GRAVE DEL HIJO MENOR DE UN AÑO)**



Fuente: SUSESO

El beneficio del reposo maternal en Chile es irrenunciable, no hay carencia y se mantiene el 100% de la remuneración con un tope de 60 UF.

Panorama de la **SEGURIDAD SOCIAL**

Existe una discusión respecto a la focalización de esta licencia y del subsidio por enfermedad grave del hijo menor de un año. La dualidad de objetivos de esta medida es por un lado generar un mínimo de ingresos para la población más pobre (subsidio monetario) y por otro compatibilizar el trabajo con la maternidad. Debido a la esencia de este beneficio no se puede esperar que este instrumento cumpla también con una focalización del gasto.

La licencia médica al estar vinculada al ingreso de las personas se convierte en un mecanismo de protección regresivo. De acuerdo a información de la Superintendencia de Seguridad Social entre los años 1998 y 2007 se incrementa en 231% el gasto en Fonasa en términos reales, mientras que las Isapres aumentaron un 21%.

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

Si se evalúa la incidencia de las variables anteriormente descritas en el aumento del gasto en licencias del sistema de Isapre se tiene que el aumento en el gasto en subsidios ha sido de un 21 %, que se explica en un 78 % por la TIL; -123 % en mayor número de cotizantes y 145 % por el monto diario de subsidio.

2. La duración y los factores que determinan el uso de las licencias médicas

En el estudio "Determinantes del Uso de Licencias Médicas en el Sistema Isapre" analicé una muestra aleatoria, representativa del 38% de la industria de Isapres, entre las personas que solicitaron licencia médica entre el año 2004 y 2008.

Hay dos razones fundamentales que explican un aumento del gasto en licencias en el sistema de salud privado más limitado que en otras entidades pagadoras: el incentivo económico de efectuar controles más rigurosos en la autorización de las licencias médicas por parte de sus contralorías médicas, y la disminución de cotizantes registrada entre 1998 y 2007.

En el período analizado en el estudio se observa que en total se otorgan 1,1 millones de licencias, con causante de edad y renta promedio de 40 años y \$717 mil; en donde un 39% de la muestra son hombres y un 25% pertenece al sector público.

¿Cuáles serían los determinantes para alargar el período de licencias médicas? ¿Qué afecta al número de días autorizados? Esta es la variable relevante en este caso. Habría características demográficas, incidencia de ciertas enfermedades, características laborales: actividad económica, renta, tipo de ocupación, si pertenece al sector público o privado, etc.

a. La primera determinante es el sexo. El hombre tiene mayor probabilidad de terminar antes la licencia médica respecto a la mujer. En el caso de esta última, el factor clave serían las licencias médicas asociadas al embarazo y al cuidado del hijo

La licencia médica al estar vinculada al ingreso de las personas se convierte en un mecanismo de protección regresivo.

Panorama de la **SEGURIDAD SOCIAL**

menor de un año.

b. En el caso de la edad se agrupan por tramos, se muestra que mientras mayor es la edad, mayor es la probabilidad de extender o de terminar en un tiempo posterior la licencia médica. Este punto está más asociado a factores de incidencia de ciertas enfermedades.

c. En el caso de las características laborales, el sector económico en donde trabaja el cotizante no muestra una incidencia. No obstante lo anterior, en aquellos rubros más expuestos a los ciclos económicos, como por ejemplo la construcción, la extensión de licencias médicas se utiliza como una manera de protegerse frente a períodos de desempleo o inestabilidad.

d. El tipo de ocupación está muy relacionado al nivel de renta. Así las personas que trabajan en el área servicios, como vendedores, administrativos, operarios, presentan mayor incidencia de extender la licencia si los comparamos con ejecutivos o directivos. Los primeros extenderían la licencia porque no están enfrentando al tope de 60 UF.

e. Comparativamente hablando entre sector público y privado. El sector privado tiene mayores incentivos a extender el período de licencia debido a los 3 días de carencia. Mientras que el sector público no tiene carencia y también tiene un marco laboral distinto con derecho a 6 días administrativos al año; lo que explicaría por qué las licencias tengan menos probabilidades de extenderse en sector público que en el privado a igualdad de condiciones.

f. En términos de renta, se hace un análisis de acuerdo a diferentes tramos. Se muestra que existe un incentivo a terminar la licencia de manera temprana en aquellas personas con renta superior a 60 UF.

3. Conclusiones

A manera preliminar plantearía tres conclusiones, con sus respectivas propuestas.

a. La primera serían los incentivos económicos que tienen que ver con el período de carencia de 3 días. La propuesta es reemplazar la carencia por un pago porcentual. Aquí la implementación iría en la lógica de plantear un mecanismo de licencia escalonada, que se pague de manera incompleta. El trabajador recibiría un porcentaje de su sueldo, cuyo monto crecería conforme aumentan los días de licencia. De esta manera se elimina el incentivo a solicitar licencias por enfermedades leves.

b. En segundo lugar, se ha discutido que una parte importante del seguro de salud (Fonasa e Isapres), en torno al 20% estaría financiando las licencias médicas por medicina curativa y la idea sería separar esto en 2 tipos de seguro. Un seguro que cubriera las licencias médicas, y otro que cubra la salud. De esta manera se evitaría que los incrementos en las licencias sean financiados con reducciones en las prestaciones de salud. En este caso, los seguros serían financiados con una proporción de los ingresos imponibles de cada trabajador, no existiendo aportes o

Las personas que trabajan en el área servicios, como vendedores, administrativos, operarios, presentan mayor incidencia de extender la licencia si los comparamos con ejecutivos o directivos

Panorama de la **SEGURIDAD SOCIAL**

subsidios estatales. Por lo tanto, todos los trabajadores podrían optar por la institución más conveniente según sus intereses, independiente del asegurador de salud.

c. Finalmente, dado que el tope en licencias médicas de 60 UF sí tiene efecto, uno puede presentar como alternativa una propuesta a evaluar la libertad de contratación de cobertura de licencia, de manera de tener coberturas inferiores al 100%. Así, se reducirían los días perdidos y disminuirían los incentivos para licencias fraudulentas. Hay que establecer una licencia médica mínima para la gente que realmente necesite la licencia la solicite. Hay que flexibilizar los contratos de las licencias con porcentajes menores al 100% de la remuneración, siguiendo la experiencia de países con ingreso equivalente al nuestro, para que de esta manera se generen los incentivos para solicitar licencias con justificación razonable y no por los mecanismos que hoy se observan.

Chile tiene un sistema generoso en comparación con otros países, el cual en los últimos años ha fuertemente incrementado la cantidad y costo de los subsidios por incapacidad laboral.

II. Rafael Caviedes, Director ejecutivo de la Asociación de Isapres de Chile ²

En sus 30 años de existencia, el sistema de licencias médicas no ha hecho nada para avanzar y mejorar la eficiencia de sus procesos. El gasto y la evolución de las licencias médicas se están analizando desde hace bastante tiempo. Marcelo Tonkman elaboró un estudio, que con cifras hasta el año 2001, muestra la evolución del gasto en las licencias médicas y determina un importante incremento del gasto. A modo de ejemplo, sólo mencionaré que el gasto por licencias médicas por enfermedad del hijo menor de un año, en el período de 10 años que toma el estudio, aumentó en 1200%. No obstante, no había ninguna razón epidemiológica o médica que justificara este incremento.

Del mismo modo, se demuestra que hubo un incremento en el gasto en licencias de medicina común en Fonasa e Isapres. Sin embargo, el incremento fue menor en las Isapres debido a los controles que se les aplican a los afiliados. Estas inspecciones resultan molestas para el sistema de Isapres, representando aproximadamente el 50% de los reclamos de los usuarios en esta categoría.

1. Causas de las licencias médicas

Existe un abuso en el tema de las licencias médicas. Las licencias por maternidad y por enfermedad grave del hijo menor de 1 año deben tratarse de manera separada de las licencias médico-curativas. Daré algunas cifras básicas para enmarcar mi propuesta. El 70% del gasto de licencias médicas corresponde a medicina curativa, el 20% a licencias maternas y el 10% a licencias por enfermedades del hijo menor

Hubo un incremento en el gasto en licencias de medicina común en Fonasa e Isapres. Sin embargo, el incremento fue menor en las Isapres debido a los controles que se les aplican a los afiliados

² Rafael Caviedes: Director Ejecutivo Isapres de Chile. MBA del IESE, Universidad de Navarra, España. Diplomado en evaluación socioeconómica de proyectos de la facultad de Economía de la Universidad Católica de Chile

Panorama de la **SEGURIDAD SOCIAL**

de un año. Queda claro que el énfasis hay que ponerlo en las licencias de medicina curativa, porque aquí se focaliza el gasto. Respecto a las licencias maternas y de enfermedades por hijo menor de un año habría que flexibilizar y buscar otras medidas como aumentar el período postnatal.

Adicionalmente, podemos decir que un 0,03% o tres por mil de los médicos emitió más de 1.700 licencias al año. Es decir, los grandes emisores de licencias médicas están radicados en un pequeño número de médicos. El 86% de estos profesionales cursó menos de 50 subsidios de este tipo en el período. Por lo que es factible focalizarse en la fiscalización de ellos.

Entre las causas que explican el 50% de las licencias médicas, tenemos que un 29,4% tiene que ver con enfermedades respiratorias; un 13,7% corresponde a problemas osteomusculares y lumbago; y un 11,5% está relacionado con un diagnóstico por problemas psiquiátricos. Estas causas son de difícil control y verificación por cuanto corresponden a diagnósticos subjetivos.

Para el año 2007 el gasto en licencias médicas en las Isapres corresponde a un 21% de la cotización obligatoria, lo que demuestra que no es menor el costo de las licencias médicas dentro de los gastos de una Isapre. Un 1,47% de la cotización del trabajador va destinada a financiar licencias médicas.

Existen varias experiencias internacionales para tratar de morigerar el gasto en este beneficio, que evidentemente es absolutamente necesario y no está en discusión. En el caso de Estocolmo, en Suecia, en el año 1991 se rebajaron los reembolsos por licencias médicas de un 100% a un 75% - 90% dependiendo de la duración de ésta.

En la práctica, esto se vio reflejado en una reducción del 23% en el número de licencias médicas. Está claro que con los incentivos adecuados se genera un buen comportamiento para el uso de los beneficios. A mi parecer, lo adecuado es tratar perfeccionar las herramientas de administración y gestión de este modelo y no efectuar ningún cambio en lo que podríamos denominar como derechos adquiridos por parte de los trabajadores en cuanto a la forma cómo se está pagando la licencia médica.

2. Propuestas para mejorar el sistema de licencias médicas

Las medidas que les voy a proponer no apuntan a generar un incentivo-desincentivo al trabajador para el buen uso de la licencia médica, sino que es necesario modificar las herramientas que se están utilizando para administrar este beneficio.

La gestión, la administración y el financiamiento de las licencias están en tierra de nadie. Este es el primer problema que enfrentamos: la legislación es inorgánica y hay partes que están radicadas en el Ministerio del Trabajo, mientras que otras lo hacen en el Ministerio de Salud. Lo mismo pasa con el financiamiento. En consecuencia, este es un pago que nadie lo siente y por lo tanto nadie ejerce un control adecuado.

En definitiva, creo que hay que partir con un ordenamiento legal y establecer claramente cuáles son las responsabilidades para que podamos hacer una gestión adecuada del beneficio. En el caso de las Isapres está claramente definido el financiamiento y la responsabilidad y por lo mismo se generan estas diferencias porque existe un árbitro que

Entre las causas que explican el 50% de las licencias médicas, tenemos que un 29,4% tiene que ver con enfermedades respiratorias; un 13,7% corresponde a problemas osteomusculares y lumbago; y un 11,5% está relacionado con un diagnóstico por problemas psiquiátricos.

Panorama de la **SEGURIDAD SOCIAL**

a nuestro juicio no actúa bien en la forma en cómo se resuelven los conflictos entre los afiliados y las aseguradoras.

Creo que sería necesario cambiar el nombre de esto y transformarlo en un seguro complementario al de salud. En efecto, no hay ningún país que mezcle el seguro de salud, sea público o privado, con esta forma de mantener las remuneraciones del trabajador mientras éste está en reposo. Habría que partir separando esto.

Todas las propuestas que voy a entregar a continuación son exclusivamente de carácter administrativo. No hay ninguna que afecte o modifique el mecanismo de pago que tienen los trabajadores. No se alteran los beneficios, sino la forma en cómo se gestionan.

Poniendo en orden la casa y entregando algunas facultadas a instituciones como Fonasa, la Superintendencia de Seguridad Social y las Compines (Comisión Médica, Preventiva e Invalidez), se podría producir un cambio significativo en el manejo de las licencias médicas.

1. Hay que transformar esto en un seguro que tenga su precio y separar los pagos por plan de salud, de los pagos por subsidio de incapacidad laboral (tal cual sucede hoy con el AUGE). Este podría ser un seguro que la Isapre venda aparte, incluso podría ser un seguro complementario ofrecido por las compañías de seguro para alguien que quiere modificar sus beneficios, por ejemplo aumentar el tope de 60 UF que actualmente tiene, o bajar los beneficios de la licencia médica para aumentar los beneficios de salud. La idea es entregar mayor libertad en la administración del beneficio.

2. Por otra parte, me parece necesario cambiar la orgánica de Fonasa, para que éste, teniendo en consideración que es el asegurador público igual que las Isapres, financie, controle y pague sus licencias médicas. Evidentemente Fonasa podrá delegar estas funciones en otros organismos como los servicios de salud, cajas de compensación o quien estime pertinente. De todas maneras esto debiera estar dentro de las atribuciones del Fondo Nacional de Salud.

3. Creo que también hay que darle a las Compines una estructura orgánica racional, con una jefatura nacional claramente identificada que establezca cuáles son los parámetros para la gestión de árbitro y de las otras funciones que tienen que cumplir estas instituciones tanto para los afiliados de Fonasa como para los de las Isapres. En este momento tenemos a dos aseguradores que están definidos por ley, el asegurador público que es Fonasa y el asegurador privado que son las Isapres.

Sin embargo, las funciones de Fonasa son distintas a las funciones de las Isapres, en materia de licencias médicas los afiliados a Fonasa deben recurrir a las Compines que actúan como árbitro, juez y parte, porque no hay ninguna instancia a la cual recurrir si es que existe un conflicto, no hay intereses contrapuestos entre el árbitro y quien paga la licencia. Creo que entregar estas funciones a Fonasa sería lo más adecuado, que ellos establezcan los controles, para que así la gente que esté en desacuerdo tenga donde reclamar. De esta manera las Compines serían jueces que

Poniendo en orden la casa y entregando algunas facultadas a instituciones como Fonasa, la Superintendencia de Seguridad Social y las Compines (Comisión Médica, Preventiva e Invalidez), se podría producir un cambio significativo en el manejo de las licencias médicas.

Panorama de la **SEGURIDAD SOCIAL**

atenderían tanto los reclamos de Fonasa como los de las Isapres.

4. Hay que fijar un plazo para establecer la licencia médica electrónica como procedimiento único de emisión. Es decir, el médico que quiera emitir una licencia tiene que estar adscrito al sistema de emisión de licencia electrónica. Evidentemente, se excluirían las zonas rurales o lugares sin acceso a Internet, pero finalmente igual el médico en algún momento tendrá que digitalizar la licencia. También hay que dejar el plazo de licencias electrónicas como único medio. El procedimiento de emisión en Fonasa está detenido en estos momentos y no está claro cuándo los beneficiarios de Fonasa se incorporarán al sistema. Las Isapres han avanzado poco y no avanzarán hasta que Fonasa no adopte el sistema como una norma para la emisión de licencias médicas.

5. Creo que hay que modificar las facultades de la Superintendencia de Seguridad Social (Suseso). Cuando se de a conocer públicamente el listado de profesionales que entregan las licencias médicas y cuántas emiten, se podrá lograr un impacto en la opinión pública, esta es una manera de aumentar la transparencia. Si la Suseso como me dijo el superintendente anterior no tiene las facultades para entregar estas cifras, ese sería un cambio administrativo que a mi juicio habría que hacer. Hay que entregarle facultades y la obligación de mantener al día el registro nacional de licencias médicas.

Además debería manejar los listados de los médicos autorizados a entregar licencias médicas, pues a mi juicio no es suficiente con tener un título profesional para entregar y emitir este documento. Estos profesionales deben estar inscritos en el registro nacional de médicos, matronas o dentistas que pueden emitir licencias médicas. Este listado lo debería administrar la Suseso y así inscribir a los profesionales que entreguen este beneficio, y también aplicar multas pecuniarias a los que infrinjan las normas, incluso eliminándolos del registro.

6. Es necesario establecer también guías y protocolos nacionales de referencia para que tanto las Isapres como Fonasa, Compines y la Superintendencia puedan actuar para el correcto uso de este beneficio. Estas guías existieron, pero el decreto supremo se derogó porque se encontró que no era pertinente que el Ministerio de Salud definiera plazos para el otorgamiento de licencias médicas por diagnóstico. El Ministerio de Salud año a año debiera revisar los protocolos para entregar licencias médicas.

7. Respecto a las licencias maternas hay que revisar el tema de forma seria, por un canal diferente al de las licencias comunes y ver la posibilidad de aumentar la movilidad de la licencia de manera que la madre elija en qué período quiere aplicar la licencia y eventualmente aumentar el período del postnatal. Chile es el país con más baja natalidad de Latinoamérica, incluso baja si la comparamos con algunos países de Europa que vienen de vuelta y que han hecho un esfuerzo por aumentar la tasa de natalidad. Yo no estoy en condiciones de entrar en un análisis más profundo, pero creo que dadas las cifras y el incremento de las licencias por enfermedad grave del hijo menor de un año hay que analizar este tema seriamente.

Chile es el país con más baja natalidad de Latinoamérica, incluso baja si la comparamos con algunos países de Europa que vienen de vuelta.

8. Hay establecer un tope de licencias médicas al año, algo razonable, como lo tienen otros países. Aquí en Chile hay personas que hacen uso de la licencia médica hasta por 5 años, con o sin continuidad. Terminan, vuelven a trabajar un par de meses, vuelven a la licencia y así se pueden mantenerse por años. Por lo tanto hay que establecer que si en un período determinado, un año o dos años, una persona tiene más de 50% de los días de trabajo perdidos, con o sin continuidad, tiene que ser analizada para eventualmente entregarle su retiro a través del sistema de pensiones, ya sea a través de una pensión temporal o permanente. Pero no pueden existir personas que por años hagan uso del sistema de licencias médicas, sin que quieran o puedan jubilarse. Muchas veces a la gente no le conviene jubilarse por una razón económica: le bajarán los ingresos.

III. Álvaro Elizalde, Superintendente de Seguridad Social 3

Realizaré un análisis de los siguientes factores que afectan o determinan las licencias médicas: el procedimiento, el gasto y los tiempos de respuesta de los servicios públicos. Terminaré mi exposición presentando nueve propuestas de solución a los problemas que afectan al sistema.

1. El procedimiento

Lo primero que hay que hacer para hablar acerca de este tema es contextualizar la naturaleza de las licencias médicas. Una licencia médica tiene una triple naturaleza: sanitaria, laboral y previsional.

a. La licencia médica tiene un origen sanitario porque tiene como objetivo el reestablecimiento de la salud.

b. Es laboral porque se refiere a trabajadores. Hay casos en que se entregan licencias incluso cuando el trabajador no es el enfermo. Por ejemplo, las licencias por enfermedades graves del hijo menor de un año. En este caso se permite que el trabajador se ausente justificadamente del trabajo.

c. Tiene una naturaleza previsional porque los trabajadores tienen derecho al subsidio por incapacidad laboral, mantienen sus remuneraciones y además se le pagan cotizaciones previsionales.

Esta triple naturaleza es muy importante, porque analizar y entender el tema de las licencias médicas solamente como un elemento de protección de la salud, implica una visión sesgada respecto de lo que este instrumento de protección social representa para la gran mayoría de los trabajadores chilenos.

El sistema de licencias médicas es engorroso, con plazos y requerimientos distintos, según la naturaleza del trabajador y del empleador. Si trabaja en el sector público es

3 Álvaro Elizalde: Abogado de la Universidad de Chile. Ex- asesor del Ministerio del Interior, ex jefe de Gabinete y asesor jurídico de la subsecretaría de Desarrollo Regional.

Analizar y entender el tema de las licencias médicas solamente como un elemento de protección de la salud, implica una visión sesgada respecto de lo que este instrumento de protección social representa para la gran mayoría de los trabajadores chilenos.

Panorama de la **SEGURIDAD SOCIAL**

distinto que si trabaja en el ámbito privado. Además si es independiente el plazo se le cuenta de manera distinta. En unos casos desde que se inicia el reposo, en otros casos desde que se emite la licencia. Y de ahí en adelante se arma un enredo respecto de la forma en que se tramita la licencia: en Fonasa o Isapre.

Es muy complicado desde una doble perspectiva: primero, para el fiscalizador, porque si uno tiene un sistema que es diferenciado respecto a todos estos elementos cuesta mucho fiscalizar. Pero también de la manera en que el trabajador ejerce sus derechos dentro de los plazos, cumpliendo con los requisitos legales. De hecho, muchos trabajadores creen que tienen que presentar la licencia médica al empleador en el plazo de 2 días, que es lo que dice el código civil y no desde que se inicia la licencia. Si hoy fui al médico y me dio licencia tengo hasta mañana a más tardar para presentar la licencia. Aquí ya se presenta un problema porque hay que ver si fue fuerza mayor. Así comienza un proceso tan engorroso y diferenciado de acuerdo a distintos elementos: el trabajador, el ente asegurador y el ente empleador. Esto hace difícil el trabajo que realizan las secciones fiscalizadoras y el propio trabajador para ejercer sus propios derechos.

Y como si eso fuera poco también hay diferencias en el pago. Así entre el sector público y el sector privado, se ven diferencias. En un caso el trabajador tiene SIL y en el otro mantiene la remuneración. Pero también es distinto si está en Fonasa y afiliado a cajas, o en Fonasa y no afiliado a cajas... si está en Isapre. No podemos tener una visión crítica de un sistema que es complejo y deficiente, porque existe una multiplicidad de actores de diversa naturaleza, públicos y privados, que presentan asimetría en sus procesos.

2. El Gasto

En las cifras representadas en el Cuadro N° 1 podemos ver que ha habido un aumento significativo en el gasto por SIL en los últimos años, sin que exista ninguna justificación de carácter médico. Hay algunas razones, yo diría que un cambio cultural que no me parece malo, me parece positivo, pero también existe una tendencia al abuso y lo digo con todas sus letras, porque ésta es una situación que tenemos que controlar porque está minando las bases de este sistema de protección social.

CUADRO N° 1

GASTO EN SIL POR ENTIDAD PAGADORA (Miles de \$ de 2008)

AÑO	FONASA	ISAPRES	TOTAL
1999	81,470,025	148,311,784	229,781,809
2000	97,350,266	143,300,709	240,650,975
2001	107,844,186	140,149,889	247,994,075
2002	114,717,959	138,725,869	253,443,828
2003	118,927,782	135,218,020	254,145,802
2004	124,676,125	133,009,539	257,685,664
2005	150,630,380	144,562,791	295,193,171
2006	198,109,319	162,898,009	361,007,329
2007	234,847,270	185,012,174	419,859,444
2008	268,557,662	194,372,000 (*)	462,929,662
Variación 1999-2008 (%)	230%	31%	101%

(*) Información por confirmar.

No podemos tener una visión crítica de un sistema que es complejo y deficiente, porque existe una multiplicidad de actores de diversa naturaleza, públicos y privados, que presentan asimetría en sus procesos.

Panorama de la SEGURIDAD SOCIAL

En el cuadro anterior también se observa el gasto por entidad pagadora del SIL. Pero podemos ver que el aumento del gasto ha sido de un 230% en el caso de Fonasa y de 23% en el caso de las Isapres. En total un 96%. Esto en los últimos 10 años. En las Isapres no ha aumentado tanto, pero como veremos más adelante el número de trabajadores ha disminuido significativamente.

CUADRO N° 2

N° DE DÍAS DE SUBSIDIOS PAGADOS ANUALMENTE

AÑO	FONASA	ISAPRES	TOTAL
1999	9.843.599	7.208.152	17.051.751
2000	10.955.475	6.696.782	17.652.257
2001	11.705.808	6.890.577	18.599.385
2002	12.171.237	6.149.274	18.320.511
2003	12.682.308	6.000.441	18.682.749
2004	13.101.676	5.404.021	18.505.697
2005	15.675.969	5.901.939	21.577.908
2006	19.651.647	6.713.855	26.365.502
2007	24.097.395	7.547.209	31.627.128
2008	27.660.042	8.196.399	35.856.441
Variación 1999-2008 (%)	181%	14%	110%

En el cuadro N° 2 se puede apreciar el número de días de subsidios pagados. Para nosotros es más relevante la cantidad de días de cada licencia que tiene un trabajador, que la cantidad de licencias mismas. Porque cuatro licencias de 7 días, es lo mismo que una de 28. Y para nosotros eso es importante. Aquí también ha habido un aumento significativo: 152% en el caso de Fonasa, 18% en el caso de las Isapres, un 100% en el caso del sistema en su conjunto.

CUADRO N° 3

MONTO DEL SUBSIDIO DIARIO (\$ DE 2008)

AÑO	FONASA	ISAPRES
1999	8,276	20,576
2000	8,886	21,398
2001	9,213	20,339
2002	9,425	22,560
2003	9,377	22,535
2004	9,516	24,613
2005	9,609	24,494
2006	10,081	24,263
2007	9,746	24,514
2008	9,709	23,714
Variación 1999-2008 (%)	17%	15%

En el cuadro N° 3 se observa el monto promedio pagado por día de SIL. En este caso se ve un aumento del 17% en el caso de Fonasa y de 15% en el caso de las Isapres.

Ha habido un aumento significativo: 152% en el caso de Fonasa, 18% en el caso de las Isapres, un 100% en el caso del sistema en su conjunto

Panorama de la SEGURIDAD SOCIAL

Estas son cifras relevantes porque tienen que ver con otro factor: las remuneraciones. Este elemento es importante porque si aumentan los sueldos, se incrementa la cantidad del subsidio y por supuesto hay un aumento del monto de la cotización, salvo que se llegue al tope de la cotización (60 UF). Sin embargo, para efectos de gastos este tema no es relevante porque a mayor remuneración, mayor cotización, ergo mayor costo diario.

Por otra parte, se puede apreciar que hay una disminución del sistema en su conjunto porque ha habido un importante trasvase de afiliados de Isapres a Fonasa, por lo tanto proporcionalmente el impacto que tiene Fonasa el año 2008 es superior al que tenía el año 1999.

CUADRO N° 4
NÚMERO DE COTIZANTES POR ENTIDAD PAGADORA

AÑO	FONASA	ISAPRES	TOTAL
1999	2,051,871	1,417,005	3,468,876
2000	2,090,802	1,309,229	3,400,031
2001	2,417,271	1,214,382	3,631,653
2002	2,444,438	1,158,245	3,602,683
2003	2,659,504	1,127,318	3,786,822
2004	2,641,861	1,086,807	3,728,668
2005	2,836,640	1,098,330	3,934,970
2006	3,001,875	1,113,137	4,115,012
2007	3,256,033	1,176,650	4,432,683
2008	3,338,139	1,221,517	4,559,656
Variación 1999-2008 (%)	63%	-14%	31%

En el cuadro N° 4 se ve el número de cotizantes por entidad pagadora. Aquí se expresa lo que señalé: el año 1999 había poco más de 2 millones de cotizantes en Fonasa y 1,4 millones en Isapres. Ahora hay poco más de 3,3 millones en Fonasa y 1,2 millones en Isapres. (El último dato no está actualizado). Se ha invertido la relación, antes los trabajadores estaban 60% en Fonasa, 40% en Isapres. Ahora hay más de un 70% en Fonasa y menos de un 30% en Isapres.

CUADRO N° 5
TASA DE INCAPACIDAD LABORAL

AÑO	FONASA	ISAPRES
1999	4.8	5.1
2000	5.2	5.1
2001	4.8	5.7
2002	5.0	5.3
2003	4.8	5.3
2004	5.0	5.0
2005	5.5	5.4
2006	6.5	6.0
2007	7.4	6.4
2008	8.3	6.7
Variación 1999-2008 (%)	73%	31%

El Cuadro N° 5 muestra la Tasa de Incapacidad Laboral (TIL) que es el número de días de subsidio por trabajador cotizante. Al observar la tabla se aprecia que la TIL ha

El elemento de las remuneraciones es importante porque si aumentan los sueldos, se incrementa la cantidad del subsidio y por supuesto hay un aumento del monto de la cotización.

Panorama de la **SEGURIDAD SOCIAL**

aumentado con los años. En 1999 en Fonasa el número de días era de 4,8, mientras que el año 2008 eran 8,3 días. Las licencias son por más días en término promedio. También en las Isapres se ha experimentado un aumento en el número de días.

CUADRO N° 6 INCIDENCIA DE VARIABLES EN EL MAYOR GASTO (%)

VARIABLES	FONASA	ISAPRES
Número de días por cotizantes (TIL)	51.23%	88, 59%
Mayor número de cotizantes	27.59%	-44,44%
Monto subsidio diario	21.18%	55.85%
TOTAL	100%	100%

En el cuadro N° 6 podemos observar que el monto de subsidio diario y el número de cotizantes no son relevantes desde el punto de vista de nuestro análisis porque no representan un aumento del gasto. Si hay mayor número de cotizantes, se cotiza más y el universo de trabajadores protegidos por la licencia médica es mayor, por lo tanto es lógico que haya mayor número de licencias. El monto de subsidio diario está asociado a la remuneración.

Lo que es relevante es el número de días por cotizante. Está en porcentajes el impacto que tiene en Fonasa e Isapres. En Fonasa el número de días por cotizante tiene impacto del 50% del aumento, es decir de todo el aumento del gasto, la mitad es por número de días. En el caso de las Isapres se ve un poquito inflado porque, como el número de cotizantes ha disminuido y es 44% negativo, aparece un 100% de aumento. Pero para todos los efectos las cifras son similares en término del impacto que tienen.

El aumento del gasto tiene que ver con que se están dando licencias por un número de mayor de días. Hay un elemento fundamental que es el número de días, ya que no hay ninguna justificación médica para este incremento. Aunque hay ciertas razones, que podrían justificarlo. Una es la razón cultural, que no la tenemos dimensionada. Y aunque pueda sonar absurdo, la gente asume como un derecho de los trabajadores el enfermarse. 'Uno se enferma o no se enferma' no tiene que ver con el derecho. Puede ser que hace 20 ó 30 años los trabajadores ejercían menos sus derechos, porque temían perder su trabajo, en fin... hay un cambio cultural.

Un segundo elemento tiene que ver con enfermedades mentales. Por una parte hay un abuso, y por la otra un legítimo ejercicio de los derechos. Hace 20 años atrás nadie iba al psiquiatra, ni nadie lo comentaba con los amigos. Hay un cambio cultural, las enfermedades mentales que antes estaban excluidas por razones culturales, ahora se ven como parte de los que le puede ocurrir a cualquier trabajador o cualquier persona.

Hay también una condición que tiene que ver con el GES o AUGE, porque desde que las patologías mentales entraron a este sistema se comenzaron a entregar licencias médicas por estas patologías. Todas estas son causas justificadas, pero de todas ma-

La gente asume como un derecho de los trabajadores el enfermarse. "Uno se enferma o no se enferma" no tiene que ver con el derecho. Puede ser que hace 20 ó 30 años los trabajadores ejercían menos sus derechos, porque temían perder su trabajo, en fin... hay un cambio cultural.

Panorama de la SEGURIDAD SOCIAL

neras creemos que no nos sirven para explicar por qué han aumentado las licencias médicas. Sí podemos decir que hay un abuso en aquellas patologías difíciles de pesquisar, porque no tienen síntomas físicos evidentes y desde esa perspectiva creemos hay un abuso.

CUADRO N° 7

TASA DE COTIZACIÓN DE EQUILIBRIO (%)

AÑO	FONASA	ISAPRES
1999	1,61	1,36
2000	1,72	1,34
2001	1,72	1,34
2002	1,67	1,39
2003	1,59	1,39
2004	1,55	1,38
2005	1,64	1,42
2006	1,90	1,46
2007	2,04	1,57
2008(*)	2,15	1,77

Variación
1999-2008
(%)

Punto de equilibrio = $\frac{\text{Gasto total en SIL}}{\text{Remuneración imponible del trabajador}}$

En el Cuadro N° 7 podemos ver la tasa de cotización de equilibrio y observar cuánto ha subido el valor de las licencias médicas. El sistema de las licencias médicas nos costaba en el año 1999 en Fonasa el 1,7% de la remuneración de un trabajador, mientras que hoy en día nos está costando un 2,1% y en los meses de invierno mucho más. Este gasto aumenta todos los años. Creo que la variación es cercana al 30% en términos del costo efectivo que significa en las tasas de cotización el aumento de las licencias médicas en nuestro país.

3. Los tiempos de respuesta de los servicios públicos y la Compin

Los tiempos de respuesta del sistema público y las demoras en las resoluciones de la Compin se han transformado en preocupantes. La Reforma de Salud separó los servicios de salud de las compines, y estableció una dependencia de la secretaría regional ministerial. Antes estaban todos bajo el mismo paraguas y había cierta capacidad de negociación entre las compines y el servicio de salud respectivo para tener más personal y mayores capacidades para enfrentar su tarea.

El Ministerio ha hecho un esfuerzo significativo incorporando presupuesto adicional y contratando profesionales, pero lo cierto es que los tiempos de respuesta que entregando las compines son demasiado largos, y eso se traduce en un perjuicio para los trabajadores.

No se están pagando ni se están entregando los subsidios dentro del plazo, no se está resolviendo y eso genera una ansiedad. A nosotros (como Superintendencia de Seguridad Social) nos llegan los casos al final. Muchos trabajadores esperan de 6 meses a un año por el pago de su licencia, por lo que al finalizar ese tiempo terminan

No se están pagando ni se están entregando los subsidios dentro del plazo, no se está resolviendo y eso genera una ansiedad.

Panorama de la **SEGURIDAD SOCIAL**

con más de un problema mental. En definitiva, esto genera un perjuicio que causa un efecto secundario pernicioso que se traduce en que alguien que puede tener una enfermedad de una determinada naturaleza después termina con una licencia de carácter mental y que es justificada y que tiene que ver con los tiempos de respuesta de una entidad. A esa persona se le puede decir que no, pero si se le dice oportunamente es mejor que estarla tramitando un año, o un año y medio para decirle que no, e incluso para decirle que sí. Ahí tenemos un problema básico y fundamental que está radicado en el sector público.

En resumen las problemáticas de las Compines son: el lento procesamiento de la licencia médica y el pago del subsidio por incapacidad laboral; dificultades en el ejercicio del rol fiscalizador y deficiencia en los sistemas de seguridad social.

Esto es malo y se traduce en abusos. A veces la licencia está reemplazando a un subsidio por cesantía. Muchas veces también hay atención tardía de los servicios de salud. Es injustificado que una persona tenga una licencia médica por mayor tiempo que el que le corresponde. Un trabajador está esperando 6 meses que lo operen; tiene que estar esos 6 meses con licencia. Pero si lo hubieran operado antes, habría sanado antes con buena recuperación, la licencia no hubiera sido de 6 meses, sino que de 1 mes.

Entonces por eso planteo que el sistema de protección social tiene que tener una base sólida, ya que si es débil sobrecarga al sistema. Hay que tener una visión integral, porque algunos casos son justificados y otros injustificados.

4. Propuestas

a. Precisar la definición del concepto de enfermedad grave del hijo menor de un año.

b. La aplicación de penas a la falsificación de licencias médicas. El médico que está entregando la licencia, está girando un cheque, la única diferencia es que no es de su cuenta, es de la Isapre o del fisco. En esta materia la legislación debe precisarse para así sancionar las falsificaciones de licencias.

c. Sanción diferenciada para profesionales de la salud que otorgan licencias médicas injustificadas. En el primer caso es delito (falsificación de licencias médicas); en el caso de la segunda debería hacerse un registro. Como dato: menos del 4% de los médicos entregan más del 20% de las licencias. Empezaremos con una fiscalización muy radical porque tenemos médicos que entregan más de 5.000 licencias por año. Son pocos, pero de los 20 pacientes que atienden diarios, los 20 están enfermos. Ahí hay una irregularidad manifiesta. Y ha habido control, las Isapres ya saben cuáles son los médicos licenciosos y las rechaza, mientras que Fonasa no les vende bonos.

Pero estos médicos licenciosos no tienen por qué atender vía Fonasa para entregar licencias médicas, ya que pueden cobrar 15 ó 20 mil pesos y entregan las licencias

Es injustificado que una persona tenga una licencia médica por mayor tiempo que el que le corresponde. Un trabajador está esperando 6 meses que lo operen; tiene que estar esos 6 meses con licencia.

Panorama de la **SEGURIDAD SOCIAL**

aseguradas. Da lo mismo porque para todos los efectos el trabajador lo encuentra una especie de inversión. El problema es que muchas licencias de éstas se están pagando y nosotros comenzaremos una fiscalización bastante enérgica, respecto de estos médicos llamados licenciosos y que desprestigian al gremio médico, porque la gran mayoría de los médicos son honestos y según nuestras estadísticas otorgan un número de licencias razonables y evidentemente de acuerdo a la especialidad es el número de licencias.

d. Entrega de incentivos para las Isapres y Fonasa para la fiscalización de licencias por enfermedad del hijo menor de un año.

e. Homogenización de los regímenes de Isapres y Fonasa. Si funcionarán de igual manera, Fonasa tendría el mismo número de instancias de apelación que las Isapres (en éstas hay una adicional) y los criterios de evaluación serían los mismos. De esta manera se evitarían decisiones erróneas o abusos en esta materia. En la actualidad existen distintas propuestas, como por ejemplo, tener una contraloría externa o que Fonasa funcione como Isapre con contraloría interna y no con las compines como ahora.

f. Ampliación del período considerado para la base de cálculo para las SILS. Esto se hace para evitar la necesidad de la acreditación de remuneraciones. Se ha planteado la posibilidad de que puedan ser consideradas las remuneraciones ocasionales en la medida que respecto de ellas se haya pagado la respectiva cotización, esto podría aumentar el pago, pero al aumentar el período se evita el fraude. Porque hoy se consideran 3 meses y si se amplía el período para efectos de esta base de cálculo, se compensa el eventual mayor gasto en caso de abuso y se establece sobre todo en la celeridad de la respuesta que el trabajador tenga que estar justificando que es ocasional y que no es ocasional. Desde el año 2004 un proyecto de ley que engloba parte de los cambios descansa en el parlamento.

g. Protocolo médico de incapacidades temporales. Elaborar un sistema para saber cuántos días de licencia corresponde de acuerdo a la patología o la enfermedad. En donde se acepten las excepciones, pero no más de lo estadísticamente razonables. Corresponde que se diga el tiempo de reposo de esta enfermedad es tal, corresponde a un promedio general o máximo que hay que ver cómo se establece, si hay un caso especial debe justificarse; siempre pueden existir las excepciones.

Para todos los efectos el aumento de los subsidios por incapacidad laboral está perjudicando los planes de salud, pues como se revisó anteriormente, no existe una diferenciación porque el pago se hace a través de una cotización común. Se hace necesario revisar este punto y examinar la posibilidad de separar estas cotizaciones.

h. Extensión del derecho de las mujeres a las salas cunas para las madres trabajadoras y la posibilidad de ampliar el postnatal a 6 meses. Se espera establecer un mecanismo de protección para los niños que evite el abuso de la licencia por enfermedad grave del hijo menor de un año. Sólo en el gobierno de Michelle Bachelet, se han construido más salas cunas que en los últimos 37 años o en toda la historia de Chile porque antes no existían. Hay que incentivar la incorporación de la mujer

La gran mayoría de los médicos son honestos y, según nuestras estadísticas, otorgan un número de licencias razonables y evidentemente de acuerdo a la especialidad es el número de licencias.

Panorama de la **SEGURIDAD SOCIAL**

al mundo del trabajo y adicionalmente que se eviten las licencias por enfermedades graves del niño menor de un año.

i. Licencia médica electrónica. Este mecanismo es muy práctico, porque para los efectos prácticos funciona igual que la licencia de papel. El marco normativo así lo establece. Una de sus ventajas es que el trabajador puede ir a guardar reposo inmediato si es que el empleador está suscrito a este sistema. Este último enviará los datos electrónicamente al ente asegurador. Además, la fiscalización puede partir del momento en que es otorgada la licencia.

Existe un porcentaje importante de licencias médicas otorgadas, pero no tramitadas. Es el caso de las licencias médicas con carencia, situación en la que muchos trabajadores no la tramitan. Gracias a la licencia médica electrónica se pudo saber esto, pues en los otros casos el trabajador simplemente no mostraba la licencia.

5. Algunos datos

La penetración de la licencia médica electrónica ha sido baja porque está incorporada al sector privado, pero no al público. A nuestro entender es primordial que se incorpore Fonasa, como ya lo anunció el Ministro de Salud, en diciembre año 2008. De lo contrario los médicos que faltan por unirse tampoco lo harán. Los médicos otorgan licencias de Fonasa y de Isapres, por lo que si solo pueden otorgar licencias electrónicas para Isapres y no para Fonasa (donde la mayoría de los médicos están suscritos), no hay un incentivo claro para que ese médico se incorpore al sistema de licencias médicas electrónicas. Por tanto es primordial que se incorpore el sector público.

Es fundamental que una vez que se incorpore el sector público, se generen mayores incentivos para otorgar licencias vía electrónica. Debe hacerse una campaña parecida a la que se hizo en el Servicio de Impuestos Internos para que los contribuyentes hicieran una declaración de renta por esta vía. Este sistema antes era una excepción, sin embargo, hoy es una regla general y no existe obligatoriedad, pero los incentivos que se han creado han sido los adecuados. Sólo como dato la licencia electrónica tiene un tiempo de resolución promedio de 3 días. Al tercer día ya sabemos si la licencia a una persona le fue acogida o rechazada.

Ha sido un enorme avance y lo será más para el sector público en los tiempos de pago y permitirá que los fiscalizadores tomen conocimiento inmediato de la licencia. Así, si yo tengo que otorgar más de 5.000 licencias, no es necesario esperar un año, cerrar el registro, y ver cuál ha sido el comportamiento de los médicos, sino que tenemos indicadores de sistema que nos permiten estar viendo día a día cuál la evolución que tiene y efectivamente reconocer cuando existe un abuso de este instrumento que es tan fundamental.

El esfuerzo que ha hecho Chile en los últimos años es la creación y fortalecimiento de un gran sistema de protección social. Con esto, todos los habitantes de Chile están cobijados bajo un sistema que los atiende desde la más tierna infancia a la vejez. Por eso Chile en los últimos 3 años ha construido más salas cunas que en toda la historia previa.

**La licencia
médica
electrónica
ha sido un
enorme avance
y lo será más
para el sector
público en los
tiempos de pago
y permitirá que
los fiscalizadores
tomen
conocimiento
inmediato de
la licencia.**

Panorama de la **SEGURIDAD SOCIAL**

Con esa lógica se reformó el sistema previsional, fortaleciendo el sistema de AFP y creando un pilar solidario para que aquellos chilenos que en razón de la densidad de sus cotizaciones no tenían derecho a la pensión, o por lo menos no al monto de la pensión mínima garantizada por el Estado. De no haber existido la Reforma más de 50 % de los chilenos de aquí al año 2025 no habría tenido pensión o ésta hubiera sido bajo la Pensión Mínima Garantizada.

En esa lógica es importante evitar el abuso, porque el abuso lo que hace es cuestionar las bases del sistema y termina derribando un edificio que ha sido construido para la protección de los trabajadores y que por culpa de unos pocos inescrupulosos termina siendo perjuicio para la gran mayoría que no va a estar debidamente desprotegida.

Entonces, por eso como Superintendencia hemos empezado un plan importante de fiscalización. Van a ser invitados los actores más relevantes del área porque nos interesa resolver concretamente el tema de los médicos licenciosos y ejercer un rol de fiscalización enérgico con el objeto de generar incentivos importantes para evitar el abuso en el otorgamiento de licencias.

La gran mayoría de los médicos son honestos y hacen buen uso de las licencias médicas y por unos pocos no podemos cuestionar el trabajo de servicio que realiza la comunidad médica del país.

IV. Comentarios del público

Señora

Usted dijo que era conveniente establecer un seguro de salud que las personas podrían contratar si que ganaban más del tope de las 60UF, accediendo de esta manera a mejores planes y coberturas. Creo que sería conveniente, como se hace en otros países, pero el tema está en que aquí los seguros son muy caros y se produciría una discriminación frente a todo el universo que usa licencias médicas y tendrían que ser seguros sin deducible, porque si las compañías de seguro van a poner un límite a partir del cual van a empezar a pagar los seguros tampoco parece muy conveniente.

Rafael Caviedes

Aquí hay dos cosas, y en esto el superintendente coincidió conmigo en que habría que separar la cotización de salud y separar el seguro de salud propiamente tal, del seguro para obtener el reposo médico. Son 2 cosas distintas y la cotización perfectamente se podría separar. Y de la misma forma en que hoy en día se puede contratar un seguro de salud, también se podría contratar un seguro de reposo médico.

No obstante, igual debería existir un mínimo, que no tiene porque ser el mínimo que está establecido ahora. Yo parto de la base que los personas son racionales y el consumidor sabe lo que quiere, saben dónde les aprieta el zapato y si necesita más o menos cobertura de salud y menos licencias médicas. Me parece mejor que las personas tomen decisiones respecto a ese punto y que no exista obligación de entregar

**Es importante
evitar el abuso, por-
que el abuso
lo que hace es
cuestionar las
bases del sistema y
termina
derribando un
edificio que
ha sido construido
para la
protección
de los
trabajadores**

Panorama de la **SEGURIDAD SOCIAL**

un beneficio como se entrega ahora y que ese beneficio sea más flexible.

Perfectamente sabemos que el tope ahora está en 60 UF y si yo quiero que el tope sea el doble ¿por qué no existe esa posibilidad? porque no se puede dar. O bien al revés, porque una persona no podría establecer un tope de 30 UF y lo que está ganando asignarlo como mayores beneficios de salud que es lo que le interesa. Creo que las personas son racionales y saben mucho mejor que nosotros qué es lo que quieren.

Dejemos que el mercado opere, no hay almuerzo gratis, eso es algo que tenemos que entender... o el pago lo hace Fonasa con los impuestos que usted está pagando o lo hace la Isapre con la cotización que cada uno está aportando. Esa es la realidad, lo demás es ficción.

Álvaro Elizalde

Lo fundamental es combinar por un lado la libertad, pero por otro lado la garantía de los mínimos. De hecho en la cotización de la Isapre un puede cotizar un adicional, se puede tomar un plan de salud robustecido. Entonces desde este punto de vista, funcionaría el mismo planteamiento que para las AFP, en donde las personas pueden cotizar y ahorrar vía APV, depósito convenido, cuenta 2, en fin... hay varias maneras en donde las rentas altas pueden mejorar sus pensiones, incluso en el caso de las AFP es con beneficios tributarios. Y uno podría hacer el mismo planteamiento, como uno puede robustecer su seguro de salud, también podría robustecer su subsidio.

Lo importante es que la ley garantice el mínimo para evitar el abuso, y ese mínimo tiene que ser para todos igual. Respecto de eso existe la plena libertad. Las relaciones no son simétricas y los trabajadores de menos recursos pueden ser objeto de mayores abusos porque cuando las rentas son bajas, la tendencia es a tener la mayor cantidad de plata líquida posible. Si el trabajador gana el mínimo y le dicen que no le pagarán las cotizaciones previsionales y que le pasarán la plata de su bolsillo, lo acepta.

Yo creo que un número importante de esos trabajadores lo van a aceptar. La única manera de evitar esto es tener obligatoriedad de cotizaciones para pensiones por ejemplo. Entonces se puede ver una forma similar a las AFP para que exista libertad sobre un determinado mínimo y las personas puedan robustecer no sólo su plan de salud, sino que también puedan robustecer el subsidio al cual tienen derecho, incluso por una renta superior. Aunque hay que evitar abusos estableciendo un mínimo que se garantiza como igualitario para todos los trabajadores y bajo este mínimo por previsión legal lisa y llanamente no se puede actuar con libertad de contratación porque se tiene que establecer algún mecanismo de esos trabajadores que son más vulnerables.

Rodrigo Castro

Respecto de este punto se podría asegurar la competencia de precios, dando la posibilidad al asegurado de esta separación entre cotización para el seguro de salud y la

**Si el trabajador
gana el mínimo
y le dicen
que no le pagarán
las cotizaciones
previsionales
y que le pasarán
la plata
de su bolsillo,
lo acepta.**

Panorama de la **SEGURIDAD SOCIAL**

licencia médica, que independiente de cuál sea el asegurador de salud que haya elegido escoja entre varias alternativas y mientras más competencia haya, entre Isapres, cías y seguros y otros, va a ser que opere el mercado y que haya más competencia de precios.

Marcos Vergara

Es cierto que gastamos más en licencias médicas, todos los países lo hacen, y hay una conexión muy notable entre el mayor consumo de licencias médicas y el mayor consumo sanitario en general, que es una cosa que tenemos que tener en cuenta, porque lo que va pasando es que a medida que los países se desarrollan van consumiendo más salud. Su consumo es elástico y se relaciona directamente proporcional a las licencias médicas. Porque independientemente de ese grupo que se identifica como licenciado, que representan un problema, en general la masa global de días licencias médicas per cápita va creciendo de la mano del aumento del consumo consultas médicas per cápita. Los países en la medida en que se desarrollan van incrementando sus niveles de consumo sanitario. Esto en Chile se viene observando en las últimas dos décadas muy claramente.

El consumo ha tendido a crecer y podría ser motivo de celebración que la ciudadanía tenga cada día más acceso a la salud. Falta hacer una exploración a fondo de esta materia que toca aspectos culturales que están presentes. Al hacer un diseño y una nueva propuesta de cambio nos encontraremos con campos minados llenos de stakeholders que nos harán el avance dentro de este campo difícil.

Dentro de mi tesis doctoral estoy haciendo una investigación que compara 32 países mirando las 3 variables clásicas que se usan internacionalmente: la tasa de reemplazo, o sea el porcentaje en que la remuneración le es devuelta al trabajador; el período de espera (3 días en Chile, 6 días en otros países); y por último la extensión o duración de las licencias.

Si uno revisa estos datos podríamos ver que Chile no es el país más generoso, en el contexto mundial. Si uno lo mira con detención, se dará cuenta de que está por ahí metido entre medio. Lamentablemente en Chile opera como seguro de último término para compensar otros vacíos de la seguridad social como es el seguro de cesantía y los tiempos de tramitación de las pensiones que hoy en día son los que en definitiva explican porque las licencias se prolongan tanto.

Entonces, mi recomendación es que no se insista en reducir tanto la complejidad del problema, porque es cierto que llevábamos 30 años hablando de él, pero hablando siempre de lo mismo. Tonkman y Cid hace 10 ó 15 años ya dijeron todas las cosas que estamos hablando acá. Entonces cómo nos sacamos la idea de que es el moral hazard el que subyace finalmente a la problemática y que el tema es mucho más complejo que eso y que ameritaría que nosotros abordemos en profundidad causas que subyacen en el seno de la sociedad y que explican lo que está pasando con este tema hoy día en Chile.

**Hay una
conexión muy
notable entre
el mayor
consumo de
licencias médicas
y el
mayor consumo
sanitario en
general, que es
una cosa que
tenemos que
tener en cuenta,**

Panorama de la **SEGURIDAD SOCIAL**

Carmen Naranjo – SUSESO

Habría que tener en cuenta que en el aumento de la demanda de salud y de licencias médicas inciden la mayor esperanza de vida, una mayor incidencia de enfermedades crónicas. Hay un tema que no se ha tocado y que es que así como se puede usar a la licencia médica para reemplazar beneficios por cesantía, es la falta de concordancia entre la incapacidad temporal y la incapacidad permanente.

Si bien la licencia es un beneficio temporal para recuperar al trabajador, para que pueda recuperarse y reincorporarse a la vida laboral, hay que personas que siendo su patología no susceptible de revertir y que no podrían reincorporarse a la vida laboral, no logran obtener el beneficio de la pensión de invalidez por cuanto no reúnen, o las comisiones respectivas no declaran, ni siquiera el 50% que es el mínimo para pensionarse.

Y ese es un tema de difícil solución porque hay muchos intereses comprometidos y en el fondo quién financia y quién asume la protección de estas personas que si bien no logran obtener la declaración de invalidez, tampoco pueden volver a trabajar. Y ese es un gran problema, yo creo que el aumento de las licencias médicas no es sólo por el abuso o el uso fraudulento, sino por la obligación a que se ven sometidas muchas personas a seguir usando licencias médicas, por cuanto el sistema no les otorga el beneficio de la pensión de invalidez.

Gonzalo Bustos

Respecto de la licencia médica electrónica, como dice el superintendente se deben generar los incentivos necesarios y además, la última ley sobre subsidios a la contratación de mano de obra joven, señala que en caso de licencia médica se le debe comunicar inmediatamente al SENCE. Yo no sé cómo podrá ser operativa esa norma con la cantidad de licencias médicas que le van a llegar cada día al SENCE.

Aquí hay un factor más que me hace pensar que la gran solución es hacer al sistema más expedito, facilitar el control, pero también hacer operativos distintos sistemas que se mueven alrededor de las licencias médicas.

Rafael Caviedes

Respecto al Sr. Vergara, le encuentro la razón en que el gasto en salud es creciente y eso impacta en el gasto de las licencias médicas. Año a año estas suben y el Ministerio de Salud lo sufre cada año cuando tiene que sacar un nuevo presupuesto y las Isapres cuando tienen que subir las tarifas con incrementos del 10% real anual. Hay que buscar mecanismos que mejoren la eficiencia del gasto, eso es inevitable.

Sabemos que el gasto en salud aumenta. Por eso yo nombré algunas medidas de carácter administrativo que apuntarían a controlar mejor el gasto y me faltó nombrar una muy importante: existe una subdeclaración de enfermedades laborales que actualmente están siendo tratadas como enfermedades comunes, tanto por Fonasa, como por las Isapres. Por ejemplo, el asma... prácticamente en Chile no existe como en-

Yo creo que el aumento de las licencias médicas no es sólo por el abuso o el uso fraudulento, sino por la obligación a que se ven sometidas muchas personas a seguir usando licencias médicas.

Panorama de la **SEGURIDAD SOCIAL**

fermedad laboral, no obstante en otros países hay una prevalencia altísima del asma como enfermedad laboral. Una serie de enfermedades cutáneas como Micosis que están vinculadas a las condiciones de trabajo, incluso hay condiciones de trabajo que afectan el estado mental de los trabajadores y hoy día todo eso se está asumiendo por Fonasa e Isapres. Tanto en el tratamiento como en el otorgamiento de licencias médicas. El Ministerio de Salud dispone de los estudios pertinentes que señalan claramente que las mutualidades y los administradores de la ley de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales no están absorbiendo la totalidad de las enfermedades que deberían tener.

Álvaro Elizalde

Hay que señalar que las mujeres en Chile usan más la licencia que los hombres y esto es porque somos una cultura machista, el hombre “tiene” que enfrentar las enfermedades. Las mujeres viven más que los hombres y puede ser que sean más “sabias” porque se cuidan más que los hombres y son más fuertes.

También está el tema de quien no ha escuchado el “voy a tirar una licencia”, una cosa es decir “estoy enfermo” y otra es decir “voy a tirar una licencia”. Esto es lo que hay que controlar, no es lo que justifica en su totalidad el aumento del gasto, porque el gasto, como ya dije, aumenta porque tiene que ver con remuneraciones y el número de cotizantes y con cambios culturales, patologías que antes no eran socialmente aceptadas y hoy lo son. Si vamos a ser un país desarrollado la gente va más al médico, más al dentista. Tiene con tener acceso a prestaciones que antes no tenía. Hace 50 años el 80% de los chilenos no iba al dentista. Hay que controlar el abuso para permitir que el sistema se desarrolle como corresponde.

Hay gente que tiene dolencias irreversibles y no tiene derecho a licencia porque por definición son irreversibles, ni tampoco tiene derecho a pensión de invalidez. Y hay que ver cómo se aborda y quién lo paga, a quien le corresponde si al sistema de pensiones o al sistema de salud.

Y por último reiterar que como Superintendencia estamos claros que la enfermedad profesional tiene que ver con su origen, con el agente que la genera independiente de si está considerada o no en el decreto respectivo. Se resuelve caso a caso, y de hecho cuando se hizo la actualización de la reglamentación respectiva se incorporaron expresamente las enfermedades mentales de carácter profesional. Lo relevante aquí es determinar el origen, es decir cuál es la causa que generó esa enfermedad. Esto es lo que en definitiva determina si el paciente tiene que ser cubierto por el sistema de salud común o laboral y vetar que un sistema esté subsidiando al otro. Como superintendencia resolvemos permanentemente las presentaciones que realizan tanto las Isapres como las mutuales en esta materia, sobre todo en el marco del 77 bis.

**Hay que señalar
que las mujeres en
Chile
usan más la
licencia que
los hombres y
esto es porque
somos una
cultura machista,
el hombre “tiene”
que enfrentar
las enfermedades.**

Panorama de la
SEGURIDAD SOCIAL
