

LA URGENTE NECESIDAD DE RESOLVER EL GASTO EN LICENCIAS MÉDICAS

- Incluso sin considerar el Covid-19, el número de licencias médicas ha crecido sin control en los últimos años. En 2021 se utilizó la mitad de la cotización de salud en licencias dejando menos recursos disponibles para el financiamiento de prestaciones médicas.
- Es positivo que el gobierno haya decidido poner urgencia a un proyecto de ley que busca aumentar la fiscalización y subir las sanciones a quienes emiten licencias fraudulentas. Sin embargo, ello no es suficiente. Es necesario abordar los incentivos del actual sistema para alinear la legislación de nuestro país con la realidad de los países más desarrollados.
- Lo anterior es relevante de abordar con urgencia porque ninguna reforma a la salud será posible sin antes resolver un problema que está consumiendo un 1,1% del PIB.

Crecientemente la cotización del 7% destinada a costear el seguro de salud de los chilenos se utiliza para pagar otro seguro: las licencias médicas. El aumento exponencial del gasto para cubrir las remuneraciones de quienes se encuentran en recuperación de una enfermedad -subieron un 60% en los últimos cinco años y, entre 2016 y 2019, sin considerar el efecto del Covid-19, el gasto creció un 30%- hace que queden cada vez menos recursos disponibles para destinar a prestaciones de salud que se requieren para disminuir las listas de espera de Fonasa y no contribuye en contener el alza de precios de los planes de salud de las Isapres.

Es por ello que se necesita avanzar con urgencia en dos frentes: mejorar la fiscalización para evitar los abusos de pacientes y médicos que se aprovechen de un beneficio que pagan todos los trabajadores y, por otro lado, racionalizar los incentivos del sistema alineándolos a lo que sucede en el resto del mundo.

LA MITAD DE LOS RECURSOS DE LAS COTIZACIONES DE SALUD VA A PAGAR LICENCIAS MÉDICAS

Que una persona enferma vaya a trabajar es un sinsentido. Retrasa la recuperación de su salud y, en el caso de ser una enfermedad contagiosa, conlleva una externalidad negativa, pues genera un riesgo de contagio al interior de la empresa o hacia los

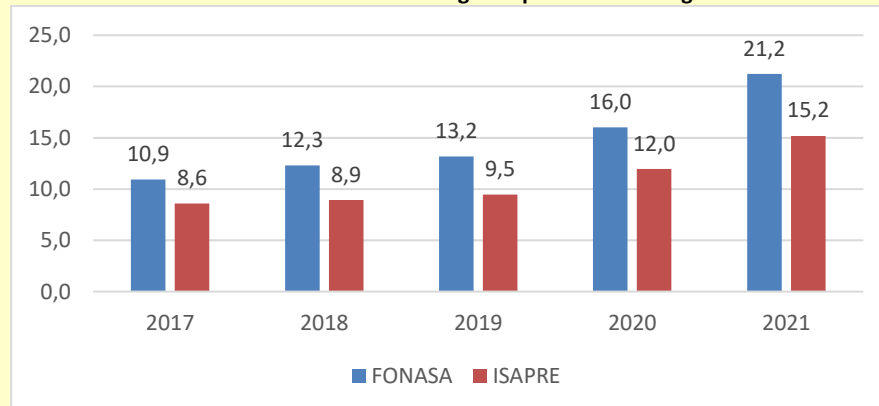
clientes. Además, una persona enferma es menos productiva¹, aunque es evidente que la ausencia de trabajadores también tiene un efecto negativo sobre la productividad de la empresa².

Es por ello que las licencias médicas deben buscar un equilibrio entre asegurar que el trabajador pueda recuperar su salud manteniendo su sueldo pese a estar ausente de sus labores, y que su ausencia no se prolongue innecesariamente.

En el gasto por licencias médicas inciden distintos factores: el número de personas que acceden al beneficio (asociado al número de trabajadores formales), sus remuneraciones (que el seguro debe compensar mientras están ausentes de sus puestos de trabajo) y la frecuencia del uso del beneficio. Los datos muestran que este último factor ha venido subiendo en los últimos años, incluso antes de la pandemia (ver Gráfico N° 1).

USO DE LICENCIAS MÉDICAS HA SUBIDO SIGNIFICATIVAMENTE

Gráfico N°1: Número de días de licencia otorgados por cotizante según sistema de salud



Fuente: Superintendencia de Seguridad Social.

En efecto, en 2021, en promedio, hubo 1,21 licencias médicas por cotizante, esto es un 40% por sobre el nivel de licencias otorgadas en 2017. Si se compara con los datos de hace dos décadas, solo 4 de cada 10 afiliados solicitó una licencia médica³.

¹ “The Effect of Presenteeism on Productivity Loss in Nurses: The Mediation of Health and the Moderation of General Self-Efficacy” Li, Y. et al. (2019). “Health, absence, disability, and presenteeism cost estimates of certain physical and mental health conditions affecting U.S. employers” Goetzl, R. et al. (2004).

² “The impact of sickness absenteeism on productivity: New evidence from Belgian matched panel data”, Grinza, E. y Rycx, F. (2018), IZA Discussion Paper N° 11543

³ “Subsidio por incapacidad laboral 1991 – 2002: Incentivos institucionales, crecimiento del gasto y una propuesta de racionalización”, Tokman, M., Rodríguez, J. y Larraín, F. (2004), Estudios Públicos N° 93, CEP.

A nivel de gasto, el año pasado alcanzó a \$2,6 billones, equivalentes a un 1,1% del PIB, cifra que ha subido constantemente en la última década (ver Tabla N°1), multiplicándose por casi tres veces en términos reales.

GASTO EN LICENCIAS MÉDICAS YA CORRESPONDE A MÁS DE 1% DEL PRODUCTO

TABLA N°1: GASTO EN LICENCIAS MÉDICAS COMO PORCENTAJE DEL PIB

Año	Gasto en licencias médicas como % del PIB
2012	0,59%
2013	0,62%
2014	0,66%
2015	0,69%
2016	0,72%
2017	0,70%
2018	0,73%
2019	0,79%
2020	0,88%
2021	1,10%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Superintendencia de Seguridad Social y del Banco Central.

Evidentemente, los números de los últimos años han estado marcados por la reciente pandemia, que representaron un 19% del total de licencias de 2021. Sin embargo, si no se consideran las licencias emitidas por Covid-19, el alza entre 2017 y el año pasado es de casi un 30%, con un crecimiento promedio de 7% anual.

Dicha alza no se condice con la situación epidemiológica del país, sino más bien se explica porque el sistema tiene pocos incentivos para contener la emisión de licencias.

En primer lugar, los médicos no corren con los costos asociados a que la persona deje de trabajar, por ende, privilegian el reposo del paciente, a veces más allá de lo razonable. En segundo, el trabajador recibe su sueldo de manera íntegra (hasta el tope imponible de alrededor de \$2,1 millones), por lo que tampoco tiene un incentivo a regresar a su trabajo. Finalmente, los empleadores, si bien deben reordenar sus equipos ante la ausencia de sus trabajadores, no corren con los costos del sueldo del trabajador mientras este esté con licencia.

Las aseguradoras, por su parte, tampoco enfrentan incentivos que apunten a que las licencias médicas busquen un equilibrio entre la recuperación de la salud y un reintegro a las responsabilidades laborales. Si bien Fonasa, a través de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN), es el que paga las remuneraciones de sus

afiliados mientras están con licencia médica, el hecho que el Estado crecientemente financie el presupuesto del seguro público disminuye sus incentivos de controlar con mayor celo la pertinencia de ellas. Por el contrario, las Isapres -que no tienen otros ingresos más que las cotizaciones de sus afiliados- tienen mayor propensión a revisar las licencias que recibe. Por ello no es de extrañar que, de las licencias médicas presentadas en 2021, Fonasa haya autorizado sin modificaciones el 92,7% de ellas y que en el caso de las Isapres esa cifra haya sido de 84,1%.

El resultado de lo anterior es que cada vez un mayor porcentaje de las cotizaciones de los chilenos a salud se está destinando a cubrir los gastos que significan las licencias médicas. De hecho, en 2021, y sin considerar las licencias médicas asociadas al Covid-19 directamente, ni tampoco las licencias médicas preventiva parental creadas para enfrentar la pandemia, prácticamente la mitad de los recursos del 7% de las cotizaciones se utilizaron para pagos de licencias médicas. En 2017, esa proporción era de poco más de un tercio, reflejando una preocupante tendencia.

TRES MEDIDAS PARA RESOLVER EL PROBLEMA

Racionalizar el uso de las licencias médicas permitirá destinar más recursos a la prevención y al tratamiento de los pacientes que requieren atención médica. Pero para que ello sea posible se deben modificar algunos de los incentivos perversos antes mencionados, como también ejercer una mayor fiscalización a quienes emiten un número de licencias desproporcionado.

1. Mayor fiscalización: necesaria, pero no suficiente.

De acuerdo a datos del Ministerio de Salud⁴, entre noviembre de 2021 y octubre del presente año, el 0,4% de los médicos ha emitido el 11% de las licencias médicas. A modo de ejemplo, en el mensaje del proyecto de ley presentado por el Ejecutivo que reforma la Ley N° 20.585, sobre Otorgamiento y Uso de Licencias Médicas (Boletín N° 14845-11), se explica que los médicos más sancionados por infracciones a la mencionada ley, emiten 176 licencias mensuales versus las 9 licencias mensuales del resto de los médicos, es decir, casi 20 veces más.

Para ello, dicho proyecto de ley incorpora una serie de nuevas facultades para mejorar la fiscalización de la Superintendencia de Seguridad Social y generar sanciones más disuasivas (cuadruplicando las multas por emisión de licencias sin fundamento médico y con el impedimento de emitir licencias por dos años), que van en la dirección adecuada. Es destacable que el Ejecutivo haya recientemente puesto

⁴ Presentación del subsecretario de Salud Pública, Cristóbal Cuadrado, ante la comisión de Salud del Senado. 10 de noviembre de 2022.

urgencia Suma a este proyecto de ley que fue presentado en los últimos días de la segunda administración del ex Presidente Piñera.

Un antecedente que demuestra la necesidad de mejorar la fiscalización se relaciona con las enfermedades más comunes por las que se emiten licencias médicas. En 2021, las licencias más frecuentes fueron por trastornos mentales (con el 29% del total), Covid-19 (19%) y enfermedades osteomusculares (18%), sumando entre las tres, dos tercios del total de las licencias emitidas. A diferencia del Covid-19, el diagnóstico, por ejemplo, de una depresión o de una tendinitis es más complejo de corroborar por terceros. En ese sentido, si bien existe una regulación que establece qué exámenes o antecedentes respaldan la emisión de una licencia médica⁵, es posible que sea necesario actualizar esos procedimientos para hacerse cargo de esta realidad.

Que la ley que establece la fiscalización y las sanciones de licencias médicas fraudulentas, promulgada en 2011, requiera de modificaciones, demuestra que se requieren además otras medidas que desincentiven el abuso del sistema.

2. Monto del beneficio: Chile supera al del promedio de los países OCDE.

La persona que está con licencia médica recibe el 100% del sueldo y de las cotizaciones previsionales de manera indefinida mientras dure su licencia. Esto no es la norma en el resto del mundo, donde la tasa de reemplazo del sueldo es menor de modo que los trabajadores tengan un incentivo a reincorporarse a sus puestos de trabajo.

Según datos de la OCDE, la tasa de reemplazo promedio de la licencia médica es de 70%, siendo Chile junto con Alemania, Luxemburgo, Austria e Islandia -países con un nivel de desarrollo muy por encima del nuestro- los únicos países con un pago de la totalidad de los ingresos. En cambio, países como Nueva Zelanda, Canadá o Irlanda tienen tasas de reemplazo obligatorias por debajo del 50%⁶ que pueden ser complementadas con acuerdos voluntarios entre trabajadores y empresas.

3. Periodo de espera y plazos: también por sobre los países desarrollados.

Para evitar los problemas de sobre utilización que típicamente ocurren en cualquier clase de seguros, estos consideran deducibles. En el caso de las licencias médicas, ello se traduce en el periodo de espera antes que se comience a pagar el beneficio⁷.

⁵ Decreto N°7 de 2013 del Ministerio de Salud, que aprueba Reglamento sobre guías clínicas referenciales relativas a los exámenes, informes y antecedentes que deberán respaldar la emisión de licencias médicas.

⁶ "Paid sick leave to protect income, health and Jobs through the Covid-19 crisis", OECD 2020.

⁷ Otro deducible aplica para quienes tienen ingresos por sobre el tope imponible. En esos casos, el uso de una licencia médica significa una merma en las remuneraciones de los trabajadores de esos niveles de renta.

En Chile el deducible solo existe para las licencias de menos de 11 días en las que los tres primeros días no se pagan. En las licencias de 11 o más días, en cambio, el pago comienza desde el primer día. Este mecanismo incentiva alargar las licencias de modo de recibir el beneficio por la totalidad del periodo que se está ausente del trabajo⁸.

Es por ello que no es de extrañar que este diseño no sea usual en el resto del mundo, donde, en general, hay dos caminos: uno es establecer tiempos de espera de 3 o más días a todo evento (como lo hacen Francia, Irlanda e Islandia); el otro es que los primeros días o semanas de licencia médica sean de cargo del empleador (como en Alemania, Australia, Suecia o Dinamarca)⁹. De esta forma, como parte del costo de las licencias recae en las empresas, ellas tienen más incentivos para cuidar la salud de sus trabajadores y para fiscalizar las licencias de sus trabajadores.

Adicionalmente, en la mayoría de los países desarrollados existe un límite al beneficio que, en general, se extiende por un año. En el caso de Chile, no hay un plazo definido y, en la práctica, una persona puede pasar años con sucesivas licencias médicas con cargo a recursos del resto de los afiliados.

PROPUESTAS PARA RACIONALIZAR EL USO DE LICENCIAS MÉDICAS

Comparado con las cifras del cuarto trimestre del año 2021, las listas de espera de enfermedades GES han subido un 30%, las consultas de especialidad un 7% y las intervenciones quirúrgicas no GES un 4%. En el sector privado, las Isapres pasan por un delicado momento financiero y durante el primer semestre tuvieron pérdidas por \$75 mil millones, un 60% mayores que el mismo periodo del año pasado.

Para que el sector público pueda destinar una mayor parte de sus recursos a prestaciones y para evitar el colapso financiero de los aseguradores privados, es fundamental racionalizar el uso de licencias médicas de modo que quienes las requieran para recuperarse de sus problemas de salud lo sigan haciendo, pero sin generar los incentivos que hoy existen para que algunos abusen del sistema.

⁸ Los funcionarios públicos no están afectados al periodo de espera, por lo que sus licencias son en promedio más cortas que la del resto de los trabajadores que mediante licencias más prolongadas obtienen mayores beneficios. Ver: "Evaluación del subsidio por incapacidad laboral por enfermedad común en Chile: 1990 – 2000" Cid, C. (2006). Documento de Trabajo, Superintendencia de Salud.

⁹ "Experiencia internacional en relación al reposo médico y a la protección de los trabajadores frente a la incapacidad transitoria de generar ingresos: referente para el caso chileno". Vergara, M. (2011). Revista Médica de Chile.

Por esto, es positivo que el gobierno haya puesto prioridad al proyecto de ley que aumenta las herramientas de fiscalización y en establecer mayores sanciones para los médicos que emiten licencias fraudulentas. No obstante, se deben hacer otros ajustes en el sistema para disminuir los incentivos de cometer fraudes.

De manera inmediata, debiera avanzarse en estandarizar las guías de reposo del Ministerio de Salud y utilizar técnicas de *big data* para fiscalizar a los médicos que se alejan de esos estándares.

En el corto plazo se debe considerar seguir el modelo de países más desarrollados, disminuyendo las tasas de reemplazo (por ejemplo, alinearse con el seguro de invalidez que tiene una tasa de reemplazo de 70%, la misma que tiene el seguro de cesantía al primer mes) y generar un deducible que se traduzca en un periodo de espera, a todo evento, que comience a entregar el beneficio a partir del tercer día.

A mediano plazo, debiera estudiarse el beneficio de reformas más profundas como separar la cotización para el seguro de licencias médicas y la cotización de salud¹⁰, restringir quienes pueden emitir licencias o que ciertas patologías deban tener una segunda opinión médica. Si bien no debiera descartarse a priori entregar algún rol al empleador en el financiamiento de este beneficio, no parece un buen momento para innovar en este sentido. El alza de los costos laborales por diversos motivos (aumento del sueldo mínimo y posibles incrementos de las cotizaciones previsionales y la eventual disminución de la jornada laboral) no hace aconsejable incrementar los costos de contratación, menos en medio de una desaceleración del mercado laboral. Sin embargo, avanzar en esta línea no debiera descartarse en el largo plazo.

Con todo, es importante avanzar en las medidas inmediatas y de corto plazo porque se debe entender que, dado el nivel de gastos involucrados, ninguna reforma al sistema de salud como las que pretende impulsar el gobierno el próximo año, será factible sin antes racionalizar el uso de licencias médicas.

¹⁰ Idea que tiene costos (como disminuir el incentivo a prevenir de los aseguradores de salud y que los pacientes sepan que existe un *trade-off* entre beneficios por incapacidad laboral y prestaciones médicas) y beneficios (sincerar el nivel de gasto en cada ítem y el costo de administrar un sistema separado), que deben ser balanceados.