

Radiografía Actualizada del Sistema de Licencias Médicas

Y mejores prácticas internacionales
para resolver los desafíos

Noviembre 2022

**Pablo Villalobos Dintrans
Karen Delgado Arévalo
Yerko Martínez Carrere**

Estudio apoyado por Cajas de Chile A.G.

Autor:

Pablo Villalobos Dintrans: Ingeniero Comercial con Mención en Economía de la Universidad Católica de Chile, Magíster en Economía de la Pontificia Universidad Católica de Chile y Doctor en Salud Pública de Harvard University.

Este documento se encuentra disponible en www.cajasdechile.cl

Fecha de publicación: Noviembre de 2022

Contenidos

Resumen ejecutivo	4
1. Introducción	6
2. Análisis de datos del gasto en licencias médicas y sus componentes	7
2.1 Análisis de datos agregados: hechos estilizados	8
2.2 Análisis de datos individuales: FONASA	44
2.3 Síntesis de resultados	61
3. Análisis de experiencias internacionales	62
3.1. Colombia	63
3.2. Holanda	66
3.3. Corea del Sur	71
3.4. Estados Unidos	77
4. El sistema de licencias médicas en Chile: medidas y propuestas actuales	86
4.1 Modificaciones legales en curso	86
4.2. Modificaciones administrativas en el proceso (propuesta)	88
4.3. Modificaciones operativas en el sistema de licencias electrónicas (propuesta)	89
5. Recomendaciones	89

Resumen ejecutivo

El marcado aumento del gasto en licencias médicas (LM) en los últimos años hace necesario un análisis que permita diseñar e implementar modificaciones en el actual sistema.

El presente estudio busca conocer el actual estado del gasto en licencias médicas en el país, así como identificar potenciales áreas de mejora en el futuro. Para esto, se presenta una descripción del actual estado del arte del sistema en términos de gasto en licencias médicas, así como una revisión de experiencias internacionales.

El análisis estadístico muestra que en el periodo 2015-2021 el sistema presenta un crecimiento acumulado de 122,67%, explicado por un crecimiento de 144,01% en FONASA y 93,68% en Isapres, superando los MM\$2.500 en 2021. Durante el año 2020 parte importante del aumento del gasto se debió a la inclusión de licencias COVID-19; mientras este gasto se incrementó fuertemente, el gasto en LM en la mayoría de las otras condiciones de salud disminuyó. En 2021 la situación se revierte, con el resto de las categorías de gasto (por ejemplo, enfermedades respiratorias) exhibiendo una “recuperación” de sus niveles de gasto pre-pandemia.

La condición de salud que explica la mayor parte del gasto (cerca de un 30% del total del gasto en licencias) corresponde a trastornos mentales, tanto en beneficiarios del seguro de salud público (FONASA) como privado (Isapres).

Respecto de la evolución del gasto en el periodo, los datos muestran que el incremento del gasto en LM en el sistema se debe principalmente a aumentos en el número de días pagados de LM (no aumento de su valor), lo que se explica tanto por más licencias tramitadas como por licencias de mayor duración.

En términos de demanda y oferta de LM, los datos muestran que la existencia de outliers—esto es personas cuyo patrón de solicitud o entrega de LM difiere sustancialmente del resto de la población—explican un monto importante del gasto. Desde la perspectiva de los trabajadores, estos outliers (trabajadores con más días de licencia en un año) constituyen el 5% de los trabajadores, pero explican el 30% del gasto. De manera similar, desde la perspectiva de los emisores de licencia (médicos), las cifras son similares: el 5% de los emisores explican el 40% del total del gasto.

El análisis también muestra importantes efectos relacionados a la existencia de días de carencia (discontinuidades en la distribución de días de LM), heterogeneidad en el número de días otorgados para un mismo diagnóstico (principalmente en enfermedades mentales) y diferencias no justificables en patrones de LM entre empresas (por ejemplo de distintas industrias y tamaños).

El análisis de experiencias internacionales y las modificaciones y propuestas que actualmente se debaten en Chile, permiten extraer lecciones que pueden ser útiles para implementar estrategias de contención del gasto en LM en el país. En particular, se identifican tres grandes grupos de estrategias: modificaciones relacionadas a la emisión de LM; modificaciones a los beneficios de las LM y; modificaciones al sistema de financiamiento de las LM. En los tres ámbitos, existen propuestas que permiten mejorar la gestión, pero sobre todo disminuir algunos incentivos perversos del actual sistema. En esta línea, se propone explorar sistemas de alerta y restricciones para emisores (médicos), implementación de beneficios que varíen en el tiempo y entre condiciones de salud, y el involucramiento de los empleadores en el financiamiento del sistema.

Finalmente, se propone la necesidad de una discusión más amplia sobre el sistema de licencias que involucre cambios estructurales al sistema, incluyendo la creación de un fondo separado de LM, que no sea parte del fondo de salud, estrategias de prevención de enfermedades mentales y una serie de mejoras de la gobernanza del sistema, principalmente relacionadas a la mejora de los sistemas de información y una reestructuración institucional del sistema de LM en el país.

1. Introducción

Si bien el debate en torno a las licencias médicas (LM) en el país tiene larga data, en los últimos años y a partir del aumento en el gasto de licencias médicas posterior a la pandemia de COVID-19, la discusión respecto a alternativas para evitar el colapso del sistema se ha intensificado.

Por ejemplo, durante el año 2014, el informe de la Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Régimen Jurídico para el Sistema Privado de Salud—la llamada Comisión Cid para la reforma de salud—levantó el tema de las LM y su relación con el gasto en salud¹. En el documento, se realizan una serie de análisis y propuestas para reformar el Subsidio de Incapacidad Laboral (SIL), con el fin de “... terminar con los problemas para los trabajadores para obtener licencias médicas y su subsidio” (pp. xiii). Entre los problemas detectados se encuentran: falta de continuidad en los ingresos debido a la falta de oportunidad en el pago de LM, la desconfianza en el sistema (privado) al ser las ISAPRES quienes pagan y autorizan las licencias y el creciente gasto del sistema, financiado a partir de las cotizaciones obligatorias de salud².

Hasta 2014, el aumento del gasto del SIL se explicaba principalmente por el incremento en las remuneraciones y el número de cotizantes: para el año 2016, el gasto en LM representaba el 23,9% de las cotizaciones legales recaudadas en el sistema privado (ISAPRE), lo que implicaba que 1,7 puntos porcentuales del 7% de las cotizaciones de salud van a pagar LM; esta cifra era 28,2% del total de recaudación para el seguro público (FONASA), lo que representó 2 puntos porcentuales del 7%³.

Desde entonces, el gasto ha seguido aumentando, agudizado también por la pandemia de COVID-19: para 2021, se informaba un aumento importante del gasto (38%), con un gasto SIL que representaba el 52% del monto de las cotizaciones de FONASA y el 43% del de las ISAPRE, llegando a 2,5 billones de pesos, equivalente al 1,1% del PIB del país⁴.

A fin de presentar la evolución de este gasto y entender algunas de sus causas, se realiza un análisis de datos del gasto y sus componentes para el periodo 2015-2021. Esta información permite tener una radiografía de esta variable en los últimos años a fin de identificar patrones y cambios en éstos. Por otra parte, y con el fin de pensar en posibles reformas y recomendaciones para el sistema chileno, se realiza una revisión de experiencias internacionales relacionadas al pago y financiamiento de LM. Se espera que esta información, en conjunto con el análisis de los datos para Chile permitan extraer lecciones para mejorar algunos de los actuales problemas del sistema.

¹ Cid C, Aguilera X, Alborno AM, Arteaga O, Barría MS, Barría P, Castillo C, Debrott D, de la Carrera G, Dutilh M, García P, Jordán T, Larrañaga O, Matthews F, Parada M, Paraje G, Solar O, R Uthoff A. (2014). Informe. Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Marco Jurídico para el Sistema Privado de Salud.

² *Ibid.*

³ Villalobos Dintrans P. (2017). Sistemas de Financiamiento y Aseguramiento de Salud: Reformas y Alternativas para Chile. Los casos de Australia, Alemania, Holanda, Corea del Sur y Reino Unido. Documento de Trabajo, Superintendencia de Salud, Chile.

⁴ Isla J. (2021). Gasto en licencias médicas se dispara 38% este año a monto récord.

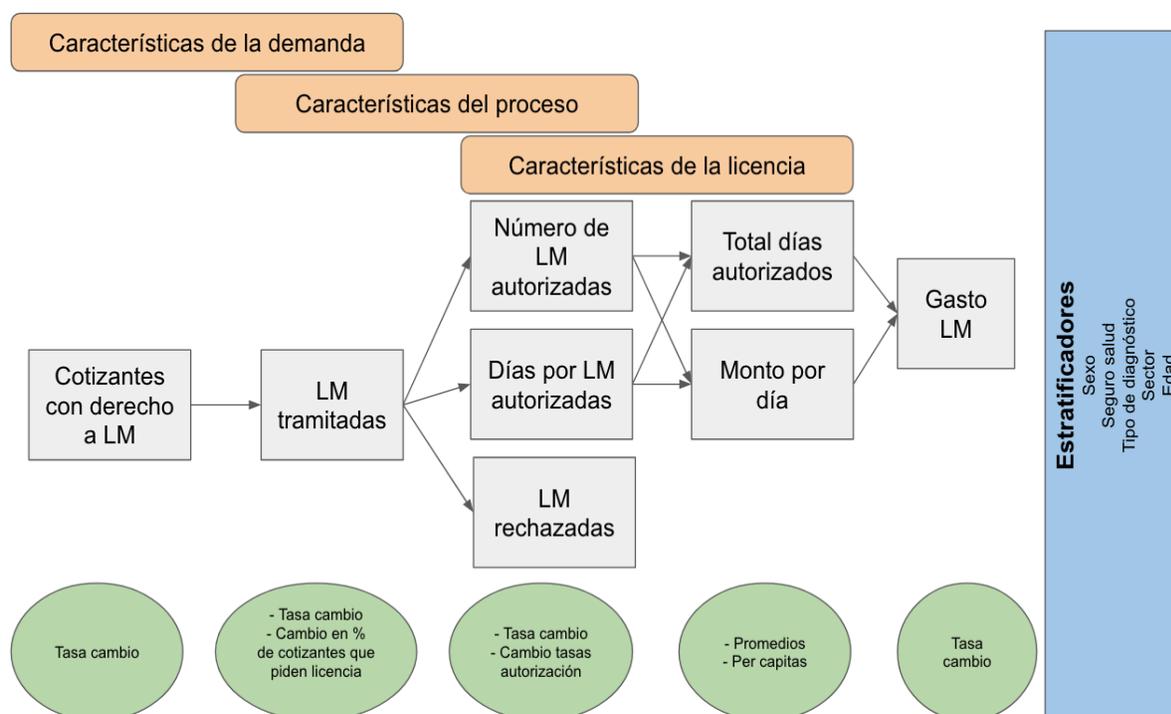
[https://www.df.cl/empresas/salud/gasto-en-licencias-medicas-se-dispara-38-este-ano-a-monto-record#:~:text=Entre%202011%20y%202021%2C%20Fonasa,\(%24%20279.096%20millones\)%20est%20est%20justificado](https://www.df.cl/empresas/salud/gasto-en-licencias-medicas-se-dispara-38-este-ano-a-monto-record#:~:text=Entre%202011%20y%202021%2C%20Fonasa,(%24%20279.096%20millones)%20est%20est%20justificado)

2. Análisis de datos del gasto en licencias médicas y sus componentes

En esta sección se presenta una radiografía del gasto en LM en Chile para el periodo 2015-2021. De acuerdo a los objetivos del estudio, esta parte busca describir las principales tendencias del gasto y explicar su comportamiento y posibles causas a lo largo del periodo de estudio.

Para esto, se utiliza el siguiente esquema para el análisis del gasto (Figura 1), que muestra la cadena de factores que influyen en el gasto (rectángulos grises), los estratificadores disponibles para desagregar la información (rectángulo azul) y los potenciales indicadores a calcular en cada caso (círculos verdes).

Figura 1. Esquema para el análisis del gasto en licencias médicas



Fuente: Elaboración propia.

Preliminarmente, el estudio plantea dos grandes hipótesis que es necesario evaluar con los datos disponibles:

- Hipótesis 1: Existe un cambio en el gasto en LM en los últimos años.
- Hipótesis 2: El cambio se produce, al menos en parte, por problemas en el sistema (versus aumento de la prevalencia de condiciones de salud en la población).

Respecto a la primera hipótesis, es el punto de partida del estudio, principalmente, tal como se señala en la Introducción debido no solo al constante aumento del gasto en LM en los últimos años, sino al

aparente aumento no esperado post- pandemia de COVID-19. En esta línea, es importante poder identificar si este cambio efectivamente se produjo (o el gasto siguió su crecimiento esperado de acuerdo al patrón de años anteriores) y si el aumento del gasto se debe exclusivamente al aumento en LM relacionadas directamente al COVID-19 (licencias COVID-19 y licencia médica preventiva parental) o, además, la situación de los últimos años se explica por cambios en otros factores (algunos de los descritos en la Figura 1).

Sobre la segunda hipótesis, es prácticamente imposible de testear utilizando información estadística; el análisis del mal uso de recursos requiere otra metodología—como auditorías u otras evaluaciones— que no son el foco de este estudio. Sin embargo, a través de los datos es posible detectar incrementos “desproporcionados” de ciertos tipos de LM, o cambios o excesiva dispersión en patrones que puedan explicar lo encontrado en la Hipótesis 1. Éste es el enfoque adoptado para efectos de este estudio.

2.1 Análisis de datos agregados: hechos estilizados

En esta sección se presentan estadísticas agregadas del sistema. La fuente de información utilizada son las bases de la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO), en particular, las Estadísticas Nacionales de LM y SIL de sus Estadísticas Anuales⁵.

La base contiene información agregada sobre el gasto en LM, cotizantes y número de licencias; también permite desagregar esta información por seguro de salud (FONASA e Isapres), sexo del cotizante, región y otras. Para efectos de este informe, se hará la desagregación de algunas series por sistema de salud y condición de salud que genera la licencia. El objetivo de esta sección es presentar las tendencias generales y tratar de buscar una explicación a los patrones observados, en particular, para tratar de contestar las hipótesis de trabajo previamente planteadas: ¿ha aumentado el gasto en LM? ¿Es este aumento “desproporcionado”? ¿Qué explica este resultado?

Para esto, se analiza en primer lugar los patrones de gasto para el periodo 2015-2021 y luego, algunos componentes que podrían permitir explicar el gasto.

- Gasto agregado en licencias médicas

La tabla muestra la distribución del gasto del sistema por seguro de salud. Como se observa, este gasto es alrededor del 60% de FONASA y 40% generado por beneficiarios de Isapres a lo largo del periodo. Existe una baja significativa de la participación de afiliados de Isapres en el gasto del 2021, en donde la participación de FONASA alcanza un *peak* para el periodo de análisis.

⁵ SUSESO (2022a). Estadísticas Anuales. <https://www.suseso.cl/608/w3-propertyvalue-10364.html>

Tabla 1. Distribución del gasto en licencias del sistema (% del total del gasto del sistema) por seguro de salud, 2015-2021

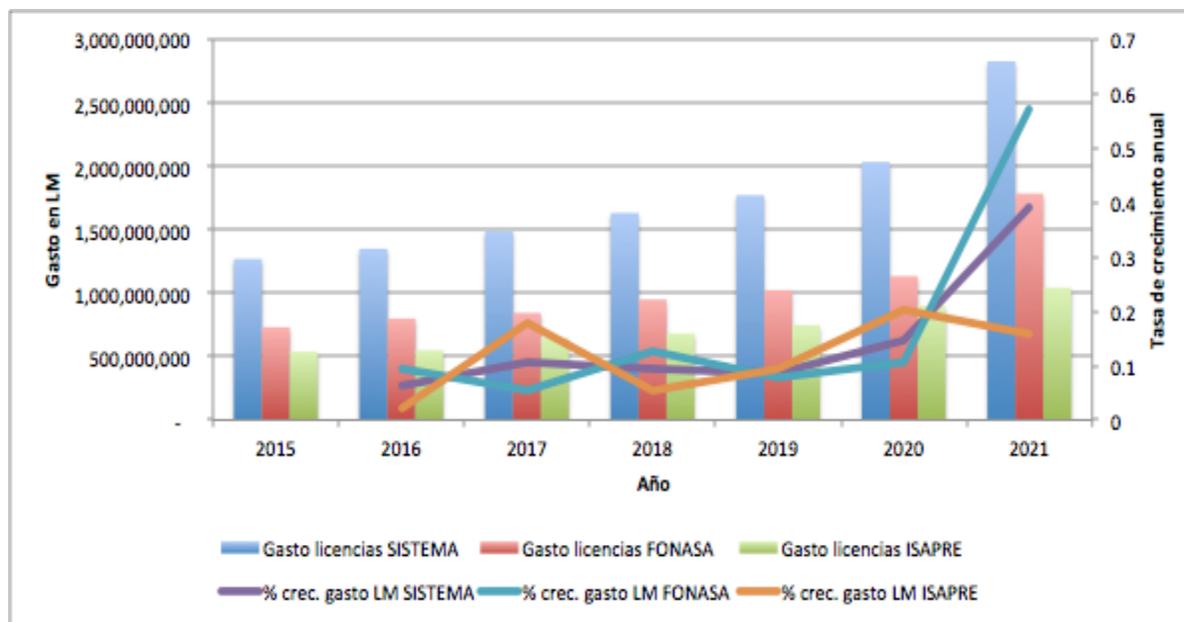
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Gasto FONASA	57,6%	59,3%	56,6%	58,2%	57,8%	55,8%	63,13%
Gasto Isapres	42,4%	40,7%	43,4%	41,8%	42,2%	44,2%	36,87%

En primer lugar, se presentan las cifras sobre la evolución del gasto para el periodo de estudio. Todas las cifras están expresadas en pesos de 2022. A nivel del sistema, se observa un crecimiento sostenido, en torno al 10% anual, el que se elevó a cerca del 15% en el periodo 2019-2020. Esta cifra cambia a 14,96% al considerar el periodo 2021, donde la tasa de crecimiento anual del sistema fue de 39,02%, mucho mayor que la registrada en los años anteriores.

A partir del gráfico se aprecia que este patrón se explica principalmente por los cambios en el gasto de las Isapres, el que aumenta fuertemente (cerca del 20%) tanto en el periodo 2017 como en 2020, el que también explica el aumento de la importancia relativa del gasto de las Isapres en el sistema en estos años (tabla anterior). Al considerar el año 2021, la situación cambia con un marcado aumento tanto en Isapres (57,45%) como FONASA (70,82%).

Para el periodo 2015-2021, el sistema presenta un crecimiento acumulado de 50,65%, explicado por un crecimiento de 41,79% en FONASA y 63,54% en Isapres. Para el periodo 2015-2021, el sistema presenta un crecimiento acumulado de 122,67%, explicado por un crecimiento de 144,01% en FONASA y 93,68% en Isapres.

Figura 2. Evolución del gasto real en licencias médicas (sistema y por seguro de salud)



Al mirar qué ha sucedido con el gasto por condición de salud, se observa que para el sistema, la primera causa de gasto en LM han sido las licencias por trastornos mentales (entre 25% y 38% del total del gasto)—con un marcado incremento en 2021—, seguidas por enfermedades osteomusculares (entre 16% y 20% del gasto) y traumatismos (en torno al 10% del gasto total); en conjunto, estas tres condiciones representan entre el 50% y 60% del gasto en LM.

Respecto a la evolución en el tiempo, la Figura 3 muestra algunos cambios a lo largo del periodo: las formas de color rojo señalan un aumento en el ranking de gasto (importancia relativa respecto del gasto total) y las verdes una disminución, respecto del año anterior. Si bien se observan movimientos en la importancia relativa de las distintas condiciones de salud a lo largo del periodo, el cambio más notorio es la introducción de los gastos relacionados al COVID-19 durante 2020: licencias COVID-19 y licencia médica preventiva parental⁶. Durante el año 2021 la situación es similar a la observada en 2020.

⁶ La licencia Médica Preventiva Parental (LMPP) es un beneficio que consiste en la extensión del postnatal a través de una licencia preventiva por 30 días prorrogables hasta en 2 oportunidades (90 días máximo) con cargo al seguro de salud común respectivo, mientras se mantenga el estado de excepción constitucional por calamidad pública, para que las personas puedan acompañar a sus hijos e hijas. Este beneficio se mantuvo durante la duración del Estado de Excepción Constitucional de Catástrofe y finalizó su vigencia el 30 de septiembre de 2021 (<https://www.suseso.cl/606/w3-propertyvalue-282031.html>).

Figura 3. Ranking de gasto en licencias médicas por condición de salud 2016-2021 (sistema)

2016	2017	2018	2019	2020	2021
Trastornos mentales 26,5%	Trastornos mentales 25,9%	Trastornos mentales 26,9%	Trastornos mentales 29,4%	Trastornos mentales 31,0%	Trastornos mentales 37,9%
Enfermedades osteomusculares 20,8%	Enfermedades osteomusculares 20,9%	Enfermedades osteomusculares 21,5%	Enfermedades osteomusculares 21,0%	Enfermedades osteomusculares 16,4%	Enfermedades osteomusculares 17,6%
Traumatismos env. y otros 11,9%	Traumatismos env. y otros 11,9%	Traumatismos env. y otros 12,4%	Traumatismos env. y otros 12,1%	Traumatismos env. y otros 9,0%	Otro diagnóstico 8,3%
Otro diagnóstico 10,8%	Otro diagnóstico 10,6%	Otro diagnóstico 10,8%	Otro diagnóstico 10,6%	Licencias COVID-19 8,8%	Licencias COVID-19 8,0%
Tumores y cánceres 7,5%	Tumores y cánceres 7,5%	Tumores y cánceres 7,7%	Tumores y cánceres 7,3%	Otro diagnóstico 8,4%	Traumatismos env. y otros 7,9%
Afecciones embarazo y parto 5,1%	Enfermedades respiratorias 5,5%	Enfermedades cardiovasculares 4,3%	Enfermedades respiratorias 4,3%	Tumores y cánceres 6,9%	Tumores y cánceres 4,4%
Enfermedades cardiovasculares 4,5%	Afecciones embarazo y parto 4,7%	Afecciones embarazo y parto 4,2%	Enfermedades del sist. digestivo 4,1%	LM preventiva parental 6,1%	LM preventiva parental 4,3%
Enfermedades respiratorias 4,5%	Enfermedades cardiovasculares 4,4%	Enfermedades del sist. digestivo 4,2%	Enfermedades cardiovasculares 3,9%	Enfermedades cardiovasculares 3,4%	Enfermedades cardiovasculares 2,7%
Enfermedades del sist. digestivo 4,1%	Enfermedades del sist. digestivo 4,3%	Enfermedades respiratorias 3,8%	Afecciones embarazo y parto 3,6%	Enfermedades del sist. digestivo 2,7%	Enfermedades del sist. digestivo 2,5%
Enfermedades del sist. genito urinario 3,0%	Enfermedades del sist. genito urinario 3,0%	Enfermedades del sist. genito urinario 2,9%	Enfermedades del sist. genito urinario 2,6%	Enfermedades respiratorias 2,6%	Enfermedades respiratorias 2,0%
Enfermedades infecciosas 1,2%	Enfermedades infecciosas 1,6%	Enfermedades infecciosas 1,3%	Enfermedades infecciosas 1,2%	Afecciones embarazo y parto 2,5%	Afecciones embarazo y parto 1,9%
Licencias COVID-19 0,0%	Licencias COVID-19 0,0%	Licencias COVID-19 0,0%	Licencias COVID-19 0,0%	Enfermedades del sist. genito urinario 1,9%	Enfermedades del sist. genito urinario 1,7%
LM preventiva parental 0,0%	LM preventiva parental 0,0%	LM preventiva parental 0,0%	LM preventiva parental 0,0%	Enfermedades infecciosas 0,9%	Enfermedades infecciosas 0,7%

Nota: Formas rojas indican aumento en el ranking; formas verdes indican disminución en el ranking.

En el caso de FONASA, en la Figura 4, se observa que la primera causa de gasto en LM han sido las licencias por trastornos mentales (entre 30% y 40% del total del gasto), porcentaje mayor que el observado para el acumulado del sistema. Le siguen las enfermedades osteomusculares (entre 18% y 23% del gasto) y otros diagnósticos (entre 8% y 11% del gasto total); en conjunto, estas tres condiciones representan sobre el 60% del gasto en LM.

Respecto a los cambios en el tiempo, la Figura 4 muestra algunos cambios a lo largo del periodo, pero las posiciones relativas de cada condición de salud aparecen como más estables a lo largo del tiempo, hasta la introducción de los gastos relacionados al COVID-19 durante 2020.

Sobre el gasto en licencias por trastornos mentales, se observa un mayor incremento en la importancia relativa de este gasto en FONASA que en el sistema en su conjunto: desde 2016 a 2020, el aumento de la importancia relativa en el sistema es de 4,5 puntos porcentuales (desde 26,5% a 31,0%) y de 6,9 puntos porcentuales en FONASA (desde 31,2% a 37,6%). Considerando el periodo 2016-2021 se observa un patrón distinto: la participación relativa de LM por trastornos mentales en el sistema aumenta 11,4 puntos porcentuales, y 8,7 en FONASA, lo que da cuenta del importante incremento de LM por esta condición en Isapres durante el 2021.

Figura 4. Ranking de gasto en licencias médicas por condición de salud 2016-2021 (FONASA)

2016	2017	2018	2019	2020	2021
Trastornos mentales 31,2%	Trastornos mentales 31,6%	Trastornos mentales 31,9%	Trastornos mentales 35,5%	Trastornos mentales 37,6%	Trastornos mentales 39,9%
Enfermedades osteomusculares 22,5%	Enfermedades osteomusculares 23,0%	Enfermedades osteomusculares 23,2%	Enfermedades osteomusculares 22,3%	Enfermedades osteomusculares 17,9%	Enfermedades osteomusculares 19,1%
Otro diagnóstico 10,6%	Otro diagnóstico 10,5%	Otro diagnóstico 10,7%	Traumatismos env. y otros 9,7%	Otro diagnóstico	Licencias COVID-19 8,0%
Traumatismos env. y otros 9,8%	Traumatismos env. y otros 9,8%	Traumatismos env. y otros 10,0%	Otro diagnóstico 10,4%	Traumatismos env. y otros 7,9%	Otro diagnóstico 8,0%
Tumores y cánceres 5,8%	Tumores y cánceres 5,8%	Tumores y cánceres 5,9%	Tumores y cánceres 5,1%	Licencias COVID-19 7,5%	Traumatismos env. y otros 7,4%
Enfermedades cardiovasculares 4,8%	Enfermedades cardiovasculares 4,7%	Enfermedades cardiovasculares 4,4%	Enfermedades cardiovasculares 3,9%	Tumores y cánceres 4,5%	Tumores y cánceres 3,5%
Afecciones embarazo y parto 4,7%	Afecciones embarazo y parto 4,2%	Afecciones embarazo y parto 3,9%	Enfermedades respiratorias 3,4%	LM preventiva parental 3,6%	LM preventiva parental 3,1%
Enfermedades respiratorias 3,5%	Enfermedades respiratorias 3,4%	Enfermedades del sist. digestivo 3,3%	Afecciones embarazo y parto 3,2%	Enfermedades cardiovasculares 3,6%	Enfermedades cardiovasculares 2,8%
Enfermedades del sist. digestivo 3,2%	Enfermedades del sist. digestivo 3,3%	Enfermedades respiratorias 3,0%	Enfermedades del sist. digestivo 3,2%	Enfermedades respiratorias 2,3%	Enfermedades del sist. digestivo 2,3%
Enfermedades del sist. genito urinario 2,9%	Enfermedades del sist. genito urinario 2,9%	Enfermedades del sist. genito urinario 2,7%	Enfermedades del sist. genito urinario 2,4%	Enfermedades del sist. digestivo 2,2%	Enfermedades respiratorias 1,9%
Enfermedades infecciosas 0,9%	Enfermedades infecciosas 0,9%	Enfermedades infecciosas 1,0%	Enfermedades infecciosas 1,0%	Afecciones embarazo y parto 2,2%	Afecciones embarazo y parto 1,7%
Licencias COVID-19 0,0%	Licencias COVID-19 0,0%	Licencias COVID-19 0,0%	Licencias COVID-19 0,0%	Enfermedades del sist. genito urinario 1,7%	Enfermedades del sist. genito urinario 1,6%
LM preventiva parental 0,0%	LM preventiva parental 0,0%	LM preventiva parental 0,0%	LM preventiva parental 0,0%	Enfermedades infecciosas 0,8%	Enfermedades infecciosas 0,7%

Nota: Formas rojas indican aumento en el ranking; formas verdes indican disminución en el ranking.

En el caso de ISAPRES, en la Figura 5, se observa que la primera causa de gasto en LM también han sido las licencias por trastornos mentales (entre 20% y 23% del total del gasto), porcentaje notablemente menor que en FONASA; le siguen las enfermedades osteomusculares (entre 14% y 19% del gasto) y traumatismos (entre 10% y 16% del gasto total); en conjunto, estas tres condiciones representan cerca del 60% del gasto en LM.

Una observación interesante es que la distribución del gasto entre condiciones de salud en Isapres parece estar menos concentrada que en FONASA. Por ejemplo, la Tabla 2 muestra los índices de concentración⁷ del gasto por condición de salud para el sistema y por seguro de salud para el periodo: se observa que efectivamente hay una mayor concentración (esto es, una mayor parte del gasto se explica por un menor número de condiciones de salud) en FONASA que en Isapres; también se observa una baja general en la concentración en 2020, producto de la introducción de nuevas categorías de gasto (licencias COVID-19 y licencia médica preventiva parental) y un aumento de la concentración en 2021, principalmente producto del aumento del gasto en la condición con mayor participación: trastornos mentales.

Tabla 2. Concentración del gasto (índice Herfindhal-Hirschman) por condición de salud por seguro, 2016-2021

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Sistema	1.547	1.503	1.594	1.686	1.575	2.005
FONASA	1.801	1.837	1.869	2.039	1.986	2.181
Isapres	1.300	1.231	1.342	1.369	1.223	1.745

Respecto a los cambios en el tiempo, la Figura 5 muestra algunos cambios a lo largo del periodo, pero las posiciones relativas de cada condición de salud aparecen como más estables a lo largo del tiempo, hasta la introducción de los gastos relacionados al COVID-19 durante 2020. Llama la atención el cambio de posición relativa de enfermedades osteomusculares como el mayor generador de gasto en 2017.

Sobre el gasto en licencias por trastornos mentales, se observa un incremento en la importancia relativa de este gasto en Isapres menor que en el sistema en su conjunto: desde 2016 a 2020, el aumento de la importancia relativa en el sistema es de 4,5 puntos porcentuales (desde 26,5% a 31,0%) y de 3,0 puntos

⁷ El índice de concentración de Herfindahl-Hirschman (HHI) se define como la sumatoria de las participaciones en el gasto de cada condición de salud al cuadrado. Este índice se ubica entre 0 y 10.000, con 0 reflejando una participación atomizada y 10.000 una absolutamente concentrada (esto es, todo el gasto se explica por una sola condición). En este caso, dado que el número de condiciones es 13, la cota inferior del indicador es 769,2, lo que ocurriría si el gasto se repartiera de manera equitativa entre las condiciones de salud.

porcentuales en Isapre (desde 19,8% a 22,7%). Al considerar el periodo 2016-2021, la situación cambia, con un incremento de 15 puntos porcentuales en LM por trastornos mentales.

Figura 5. Ranking de gasto en licencias médicas por condición de salud 2016-2021 (Isapres)

2016	2017	2018	2019	2020	2021
Trastornos mentales 19,8%	Enfermedades osteomusculares 18,2%	Trastornos mentales 19,9%	Trastornos mentales 21,0%	Trastornos mentales 22,7%	Trastornos mentales 34,6%
Enfermedades osteomusculares 18,3%	Trastornos mentales 17,7%	Enfermedades osteomusculares 19,1%	Enfermedades osteomusculares 19,1%	Enfermedades osteomusculares 14,5%	Enfermedades osteomusculares 15,0%
Traumatismos env. y otros 15,1%	Traumatismos env. y otros 14,7%	Traumatismos env. y otros 15,8%	Traumatismos env. y otros 15,4%	Traumatismos env. y otros 10,4%	Otro diagnóstico 8,9%
Otro diagnóstico 11,0%	Otro diagnóstico 10,8%	Otro diagnóstico 10,8%	Otro diagnóstico 10,9%	Licencias COVID-19 8,8%	Traumatismos env. y otros 8,8%
Tumores y cánceres 10,0%	Tumores y cánceres 9,6%	Tumores y cánceres 10,4%	Tumores y cánceres 10,2%	Otro diagnóstico 8,6%	Licencias COVID-19 8,0%
Enfermedades respiratorias 5,9%	Enfermedades respiratorias 8,3%	Enfermedades del sist. digestivo 5,5%	Enfermedades respiratorias 5,5%	Tumores y cánceres 8,3%	LM preventiva parental 6,4%
Afecciones embarazo y parto 5,7%	Enfermedades del sist. digestivo 5,6%	Enfermedades respiratorias 5,0%	Enfermedades del sist. digestivo 5,4%	LM preventiva parental 6,1%	Tumores y cánceres 5,8%
Enfermedades del sist. digestivo 5,5%	Afecciones embarazo y parto 5,2%	Afecciones embarazo y parto 4,7%	Afecciones embarazo y parto 4,1%	Enfermedades del sist. digestivo 3,3%	Enfermedades del sist. digestivo 2,9%
Enfermedades cardiovasculares 4,1%	Enfermedades cardiovasculares 4,0%	Enfermedades cardiovasculares 4,0%	Enfermedades cardiovasculares 4,0%	Enfermedades cardiovasculares 3,2%	Enfermedades cardiovasculares 2,4%
Enfermedades del sist. genito urinario 3,1%	Enfermedades del sist. genito urinario 3,2%	Enfermedades del sist. genito urinario 3,2%	Enfermedades del sist. genito urinario 3,0%	Enfermedades respiratorias 2,9%	Afecciones embarazo y parto 2,4%
Enfermedades infecciosas 1,6%	Enfermedades infecciosas 2,5%	Enfermedades infecciosas 1,7%	Enfermedades infecciosas 1,4%	Afecciones embarazo y parto 3,0%	Enfermedades respiratorias 2,3%
Licencias COVID-19 0,0%	Licencias COVID-19 0,0%	Licencias COVID-19 0,0%	Licencias COVID-19 0,0%	Enfermedades del sist. genito urinario 2,1%	Enfermedades del sist. genito urinario 1,9%
LM preventiva parental 0,0%	LM preventiva parental 0,0%	LM preventiva parental 0,0%	LM preventiva parental 0,0%	Enfermedades infecciosas 1,0%	Enfermedades infecciosas 0,7%

Nota: Formas rojas indican aumento en el ranking; formas verdes indican disminución en el ranking.

Las siguientes tablas muestran las tasas de cambio anual del gasto para las distintas condiciones de salud estudiadas. El objetivo de este análisis es identificar si existe algún comportamiento anómalo de algunas condiciones de salud, que explique el aumento del gasto general, esto es, si el aumento del gasto en LM se debe a un cambio generalizado o a uno focalizado en alguna o algunas condiciones de salud.

La siguiente tabla muestra los cambios para el sistema completo. La tabla muestra los cambios año a año y la diferencia en el cambio entre 2019-2018 y 2020-2019. La razón para esto es que, si asumimos 2019 como un año “normal” podemos ver si los cambios registrados durante 2020 pueden ser considerados como “normales” también. En primer lugar, vemos para el sistema que, tal como fue mostrado en el gráfico anterior, el cambio del gasto aparece como particularmente alto en 2020: el crecimiento entre 2019 y 2020 es de casi 15%, lo que representa 6,23 puntos porcentuales versus el año anterior.

Este mismo ejercicio se realiza para el gasto de cada condición. Se observa que el gasto en licencias por trastornos mentales es el más grande entre 2019 y 2020, pero no es particularmente distinto del que se registra desde 2018. De hecho, la diferencia entre tasas de cambio entre un año “normal” (2018-2019) y el supuestamente diferente (2019-2020) es de 2,47 puntos porcentuales. A pesar de esto, éste sigue siendo el cambio (positivo) más abrupto; esto se explica porque la mayoría de las otras condiciones presentan una reducción del gasto en 2020, particularmente notoria en enfermedades respiratorias y enfermedades del sistema digestivo. En 2021 sí se observa un aumento que escapa de lo registrado los años anteriores, llegando a casi un 40% de incremento entre 2020 y 2021.

Tabla 3. Tasas de cambio del gasto real en licencias médicas (sistema)

	% cambio 2015-2016 (1)	% cambio 2016-2017 (2)	% cambio 2017-2018 (3)	% cambio 2018-2019 (4)	% cambio 2019-2020 (5)	% cambio 2020-2021 (6)	DIF (5)-(4)
TOTAL	6,32%	10,49%	9,42%	8,56%	14,79%	39,02	6,23%
Trastornos mentales	6,04%	6,37%	15,13%	18,72%	21,19%	69,78%	2,47%
Enf. osteomusculares	7,48%	11,06%	12,61%	5,67%	-9,99%	48,84%	-15,66%
COVID-19	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	25,97%	N/A
Enf. respiratorias	11,90%	36,54%	-23,96%	21,12%	-30,76%	9,89%	-51,88%
Traumatismos env. y otros	8,18%	10,42%	13,49%	5,83%	-14,60%	22,54%	-20,43%
Enf. infecciosas	1,21%	52,81%	-14,25%	0,21%	-9,53%	2,88%	-9,74%
Enf. del Sistema Digestivo	N/A	14,28%	7,23%	6,46%	-24,87%	30,05%	-31,33%
Licencia médica preventiva parental	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	-1,76%	N/A

Enf. cardiovasculares	N/A	7,32%	6,82%	0,10%	-1,28%	9,74%	-1,38%
Tumores y Cánceres	N/A	9,40%	13,47%	1,89%	-2,10%	-1,55%	-3,99%
Enfermedades del Sist Genito urinario	N/A	12,08%	4,36%	-0,20%	-18,29%	23,87%	-18,09%
Afecciones del embarazo Parto y Puerperio	N/A	0,89%	-0,71%	-8,30%	-18,92%	6,02%	-10,62%
Otros Diagnóstico	-67,78%	8,90%	10,78%	6,57%	-9,13%	38,16%	-15,70%
Sin información	N/A	N/A	85,56%	238,65%	-63,41%	-2,67	-302,07%

Nota: Números en negrita rojo indica mayor tasa de cambio en el período; números en negrita verde indica menor tasa de cambio en el período (ambas excluyendo categoría “Sin información”).

El mismo análisis anterior es realizado por LM asociadas a los distintos seguros de salud. En el caso de FONASA, en la Tabla 4, la tasa de cambio (2019-2020) es relativamente moderada, llegando a 10,8% en 2020, lo que representa una diferencia de 3 puntos porcentuales respecto del periodo de comparación (2018-2019). De hecho, el cambio experimentado por el gasto en LM en 2020 es menor al registrado en el periodo 2017-2018 (10,80% versus 12,56%).

Al analizar el gasto LM FONASA por condición de salud, nuevamente LM por trastornos mentales parece tener una contribución importante al aumento en el gasto total. Sin embargo, esto no pareciera deberse a un gasto “excesivo” o “anormal” durante 2020; de hecho, la tasa de crecimiento 2019-2020 fue de 17,43%, menor que la del periodo anterior (20,03%). Como en el caso del sistema en su totalidad, la preponderancia de licencias en trastornos mentales en el gasto 2020 parece no necesariamente deberse a un aumento desproporcionado de las LM por esta causa, sino más bien por la caída del gasto en el resto de las condiciones de salud. Si bien enfermedades respiratorias y enfermedades del sistema digestivo presentan importantes disminuciones del gasto en 2020, la condición que más disminuyó su gasto en el periodo fueron las LM relacionadas a problemas del embarazo, parto y puerperio.

La situación difiere en 2021, donde se registran importantes incrementos del gasto en LM para todas las condiciones. Trastornos mentales, el principal generador de gasto, más que triplica su tasa de crecimiento, desde cerca de 20% anual a casi 70% en el periodo 2020-2021. El resto de las condiciones también registran importantes alzas: de hecho, el cambio más modesto se da en afecciones del parto, con 21,82% de aumento. En muchos casos, el 2021 muestra una “recuperación” y un “rebote” (un aumento mayor que la caída del año previo) del gasto, que había disminuido durante el 2020.

Tabla 4. Tasas de cambio del gasto real en licencias médicas (FONASA)

	% cambio 2015-2016 (1)	% cambio 2016-2017 (2)	% cambio 2017-2018 (3)	% cambio 2018-2019 (4)	% cambio 2019-2020 (5)	% cambio 2020-2021 (6)	DIF (5)-(4)
TOTAL	9,37%	5,46%	12,56%	7,80%	10,80%	57,35%	3,00%
Trastornos mentales	10,88%	6,82%	13,57%	20,03%	17,43%	66,68%	-2,61%
Enf. osteomusculares	10,34%	7,52%	13,89%	3,41%	-10,95%	67,65%	-14,37%
COVID-19	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	69,22%	N/A
Enf. respiratorias	15,08%	2,23%	0,62%	21,05%	-23,34%	26,26%	-44,39%
Traumatismos env. y otros	7,74%	6,02%	13,83%	4,78%	-10,02%	47,79%	-14,81%
Enf. infecciosas	-1,54%	7,36%	19,56%	7,74%	-5,30%	30,63%	-13,03%
Enf. del Sistema Digestivo	N/A	6,67%	13,45%	5,07%	-23,71%	64,55%	-28,78%
Licencia médica preventiva parental	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	37,79%	N/A
Enf. cardiovasculares	N/A	2,95%	7,32%	-5,75%	1,91%	25,13%	7,66%
Tumores y Cánceres	N/A	4,89%	13,71%	-5,80%	-2,49%	24,04%	3,31%
Enfermedades del Sist Genito urinario	N/A	3,36%	5,46%	-4,36%	-19,07%	42,82%	-14,71%
Afecciones del embarazo Parto y Puerperio	N/A	-5,06%	4,28%	-11,83%	-25,52%	21,82%	-13,70%
Otros Diagnóstico	-64,36%	3,82%	15,34%	4,08%	-12,62%	53,24%	-16,69%
Sin información	N/A	N/A	13,28%	911,93%	-94,11%	-100,00%	-1006,05%

Nota: Números en negrita rojo indica mayor tasa de cambio en el período; números en negrita verde indica menor tasa de cambio en el período (ambas excluyendo categoría “Sin información”).

En el caso de las Isapres, en la Tabla 5, sí se observa un importante aumento del gasto entre 2019 y 2020, en donde la tasa de crecimiento se duplica: la diferencia entre el periodo de comparación y 2020 son 10,63 puntos porcentuales. Este cambio sí es mucho más marcado y explicado por aumentos en las licencias por trastornos mentales, las que prácticamente duplican su tasa de crecimiento entre 2019 y 2020. Al igual que en el caso del gasto del sistema, las LM por trastornos mentales también muestran un aumento importante en el periodo 2018-2017.

Al igual que en los análisis anteriores, se observan importantes reducciones del gasto en 2020 en todas las condiciones de salud (excepto trastornos mentales), principalmente una disminución de licencias

por enfermedades respiratorias. En 2021, al contrario que en FONASA, las LM asociadas a Isapres aún muestran reducciones en varios diagnósticos; sin embargo, para este año ambos seguros muestran un patrón en común: un marcado incremento en el gasto en trastornos mentales.

Al comparar la Tabla 5 y las dos tablas anteriores, se observa que los cambios en el gasto en Isapres son mucho más pronunciados y, de alguna manera, son los que mueven los cambios en el sistema completo (ver mayores alzas y bajas), a pesar de tener un peso relativo menor en el gasto total del sistema (40% versus 60% de FONASA).

Tabla 5. Tasas de cambio del gasto real en licencias médicas (Isapres)

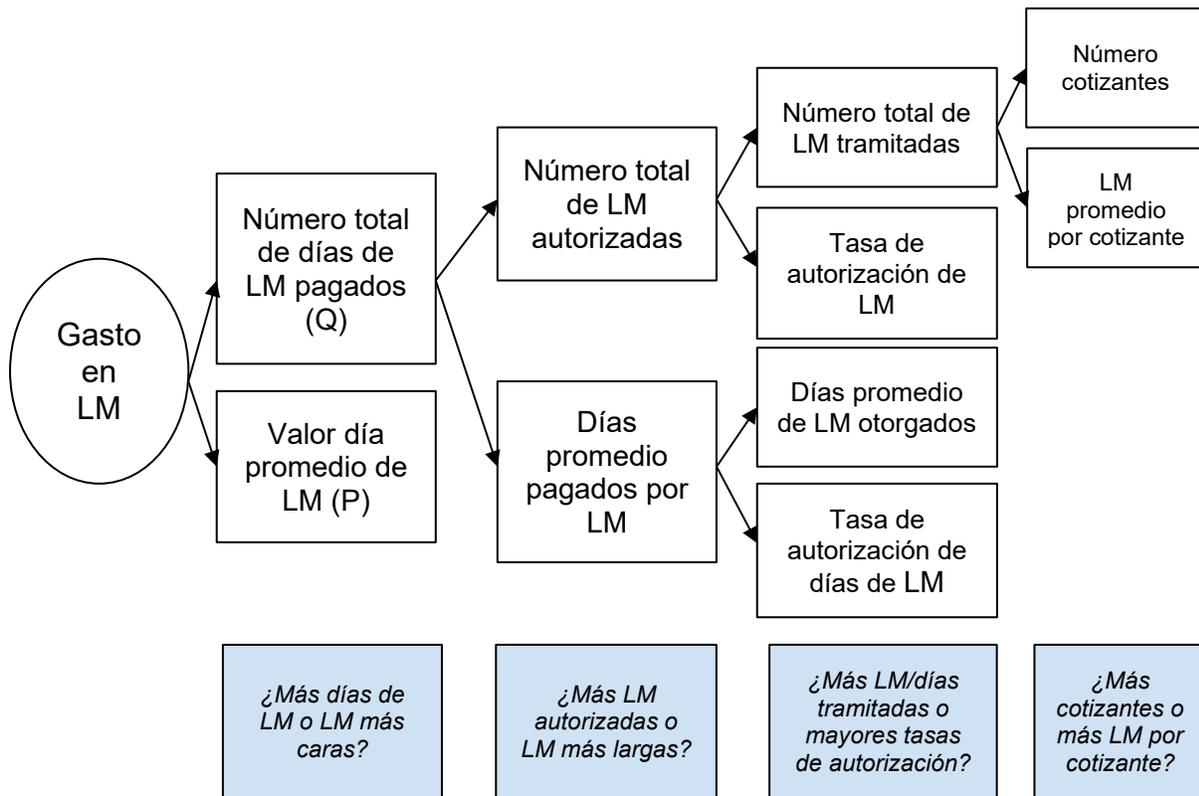
	% cambio 2015-2016 (1)	% cambio 2016-2017 (2)	% cambio 2017-2018 (3)	% cambio 2018-2019 (4)	% cambio 2019-2020 (5)	% cambio 2020-2021 (6)	DIF (5)-(4)
TOTAL	2,17%	17,79%	5,32%	9,62%	20,26%	15,91%	10,63%
Trastornos mentales	-3,63%	5,34%	18,75%	15,81%	29,89%	76,26%	14,08%
Enf. osteomusculares	2,73%	17,39%	10,51%	9,48%	-8,46%	19,61%	-17,94%
COVID-19	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	-12,61%	N/A
Enf. respiratorias	9,31%	65,98%	-36,95%	21,18%	-37,01%	-6,89%	-58,19%
Traumatismos env. y otros	8,60%	14,57%	13,19%	6,75%	-18,55%	-1,50%	-25,30%
Enf. infecciosas	3,70%	91,77%	-30,46%	-6,00%	-13,54%	-25,86%	-7,54%
Enf. del Sistema Digestivo	N/A	20,79%	2,52%	7,63%	-25,82%	1,05%	-33,44%
Licencia médica preventiva parental	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	-20,88%	N/A
Enf. cardiovasculares	N/A	14,68%	6,06%	9,03%	-5,50%	-12,17%	-14,53%
Tumores y Cánceres	N/A	13,22%	13,28%	7,95%	-1,83%	-19,02%	-9,78%
Enfermedades del Sist Genito urinario	N/A	24,13%	3,10%	4,70%	-17,45%	3,92	-22,15%
Afecciones del embarazo Parto y Puerperio	N/A	8,06%	-5,98%	-4,18%	-11,81%	-8,36%	-7,63%
Otros Diagnóstico	-71,61%	16,03%	5,06%	10,00%	-4,58%	20,14%	-14,59%
Sin información	N/A	N/A	109,06%	120,04%	-38,54%	4,88%	-158,59%

Nota: Números en negrita rojo indica mayor tasa de cambio en el período; números en negrita verde indica menor tasa de cambio en el período (ambas excluyendo categoría “Sin información”).

- **Componentes del gasto y su cambio**

En esta sección se intenta entender las causas de los cambios en los patrones del gasto por LM presentados en las secciones anteriores. Como muestra la Figura 6, existen distintas etapas y componentes en la producción de este gasto, sin embargo, para efectos prácticos, la explicación del cambio en el gasto se puede reducir a variaciones en el valor de las licencias (P) y la cantidad de licencias (Q). Esta desagregación del gasto en $P \times Q$ puede ayudar a comprender el origen de las variaciones.

Figura 6. Desagregación del gasto en licencias médicas



El valor de las licencias se calcula como el valor promedio del día de licencia (P), mientras que la cantidad (Q) es el total de días de LM en un año. Este último número se puede seguir desagregando para entender por qué ha cambiado la cantidad de licencias: cambio en el número de afiliados al sistema, cambio en el número de licencias tramitadas, cambio en el número de licencias autorizadas, o cambio en el número de días promedio por licencia.

La Tabla 6 muestra que el valor día de LM en el sistema está en torno a \$27 mil; este valor se compone del valor pagado a beneficiarios FONASA, en torno a \$21 mil y el pagado a beneficiarios de Isapres, cercano a \$57 mil. El valor de la licencia en el sistema privado es más del doble del registrado en el

sistema público, resultado esperable ya que las Isapres concentran a la población de mayores ingresos⁸ y esta diferencia se ha ido incrementando en el periodo de estudio.

Tabla 6. Valor promedio día pagado por licencia (sistema y por seguro de salud), 2015-2021 (\$2022)

Valor día LM	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
SISTEMA	26.519,87	26.628,95	27.107,94	26.864,74	24.765,67	26.573,94	26.922,62
FONASA	20.564,62	20.554,27	20.014,41	20.444,50	18.164,45	19.179,96	20.546,04
ISAPRE	43.728,18	46.710,03	50.347,46	47.728,04	49.279,90	51.720,52	57.448,20
Razón valor Isapres/ FONASA	2,13	2,27	2,52	2,33	2,71	2,70	2,80

Respecto del cambio en los valores, la tabla muestra que, en términos reales, el valor del día LM se ha mantenido relativamente constante. Tanto para el sistema completo como para FONASA se observa un incremento en el periodo 2020 (respecto de 2019), explicado principalmente por una caída de este valor en 2019 (respecto de 2018); de hecho, el valor del día de LM en 2020 es incluso menor al observado en 2018 (tanto en FONASA como para el sistema en general). En el caso de las Isapres, el patrón es ligeramente distinto, con cambios relativamente moderados (pero constantes) a lo largo de los años, con un importante aumento en 2021: de hecho, el cambio entre 2015 y 2020 del indicador es negativo para el sistema y FONASA, y positivo para los beneficiarios de Isapres.

Estos cambios reflejan variaciones en la distribución de beneficiarios en el sistema y al interior de los seguros, en particular, cambios en el mix de licencias autorizadas a beneficiarios con mayor o menor salario. Por otro lado, un aumento en el valor promedio del día LM se explica por un aumento general en los salarios y/o una mayor proporción de los días pagados a beneficiarios con mayor salario. En cualquier caso, el cambio del valor promedio de las LM no es suficiente para explicar el aumento del gasto de LM en el sistema entre 2019 y 2020 (aumento de 7% versus 15%).

⁸ FONASA (2022). Datos Abiertos. https://datos.gob.cl/organization/fondo_nacional_de_salud; Villalobos Dintrans P. (2017). Sistemas de Financiamiento y Aseguramiento de Salud: Reformas y Alternativas para Chile. Los casos de Australia, Alemania, Holanda, Corea del Sur y Reino Unido. Documento de Trabajo, Superintendencia de Salud, Chile.

Tabla 7. Cambio en el valor promedio día pagado por licencia
(sistema y por seguro de salud), 2015-2021

	% cambio 2015-2020 (1)	% cambio 2016-2020 (2)	% cambio 2015-2016 (3)	% cambio 2016-2017 (4)	% cambio 2017-2018 (5)	% cambio 2018-2019 (6)	% cambio 2019-2020 (7)	% cambio 2020-2021 (8)	DIF (7)-(6)
SISTEMA	0,20%	-0,21%	0,41%	1,80%	-0,90%	-7,81%	7,30%	1,31%	15,11%
FONASA	-6,73%	-6,69%	-0,05%	-2,63%	2,15%	-11,15%	5,59%	7,12	16,74%
ISAPRE	18,28%	10,73%	6,82%	7,79%	-5,20%	3,25%	4,95%	11,07%	1,70%

La Figura 7 muestra el ranking del valor promedio por LM por condición de salud en el sistema. Dado que el indicador ya considera el número de días de la licencia, el indicador refleja una característica de los beneficiarios, no de la licencia misma y puede ser vista como un proxy del salario promedio de los cotizantes en cada grupo, esto es, valores promedio más bajos implican que esa licencia es utilizada en mayor proporción por personas con salarios más bajos.

La Figura 7 muestra que, hasta 2019, las licencias más “caras” eran por enfermedades infecciosas, respiratorias y del sistema digestivo, y las más “baratas”, por trastornos mentales, osteomusculares y cardiovasculares. Esto implica que el valor promedio de los salarios es mayor en el primer grupo que en el segundo. Con la llegada del COVID-19, se observa que esta condición de salud se convierte en 2020 en la licencia más “cara”. Si bien se observan variaciones en el ranking en 2021, los valores son más bien marginales, con las LM registrando valores promedio (diarios) entre 25 y 30 mil pesos.

Figura 7. Ranking de valor promedio del gasto en licencias médicas por condición de salud 2016-2021 (sistema)

2016	2017	2018	2019	2020	2021
Enfermedades infecciosas 32.408	Enfermedades infecciosas 42.843	Enfermedades infecciosas 32.788	Enfermedades del sist. digestivo 29.659	Licencias COVID-19 30.026	Enfermedades respiratorias 30.798
Enfermedades respiratorias 32.198	Enfermedades respiratorias 41.831	Enfermedades respiratorias 32.565	Tumores y cáncer 28.913	Enfermedades del sist. digestivo 29.459	Enfermedades infecciosas 30.042
Enfermedades del sist. digestivo 29.898	Enfermedades del sist. digestivo 30.862	Tumores y cáncer 30.198	Traumatismos env. y otros 26.602	Tumores y cáncer 29.807	Licencia COVID-19 30.028
Tumores y cáncer 29.567	Tumores y cáncer 29.650	Enfermedades del sist. digestivo 30.042	Afecciones embarazo y parto 25.461	Enfermedades infecciosas 28.924	Enfermedades del sist. digestivo 29.078
Traumatismos env. y otros 28.369	Traumatismos env. y otros 28.501	Traumatismos env. y otros 28.957	Enfermedades del sist. genito urinario 24.692	Enfermedades respiratorias 28.862	Tumores y cáncer 28.231
Enfermedades del sist. genito urinario 27.063	Enfermedades del sist. genito urinario 28.157	Enfermedades del sist. genito urinario 27.985	Otro diagnóstico 24.443	LM preventiva parental 28.405	Otro diagnóstico 28.106
Afecciones embarazo y parto 27.049	Afecciones embarazo y parto 27.401	Afecciones embarazo y parto 27.302	Enfermedades cardiovasculares 24.378	Traumatismos env. y otros 27.621	Enfermedades del sist. genito urinario 27.508
Otro diagnóstico 26.883	Otro diagnóstico 27.369	Otro diagnóstico 26.949	Enfermedades osteomusculares 23.460	Trastornos mentales 25.226	Traumatismos env. y otros 27.063
Enfermedades cardiovasculares 25.900	Trastornos mentales 26.064	Enfermedades cardiovasculares 26.235	Trastornos mentales 24.908	Enfermedades cardiovasculares 25.226	Trastornos mentales 26.768
Enfermedades osteomusculares 25.634	Enfermedades cardiovasculares 25.965	Enfermedades osteomusculares 25.887	Enfermedades respiratorias 21.857	Afecciones embarazo y parto 25.169	Afecciones embarazo y parto 26.592
Trastornos mentales 24.580	Enfermedades osteomusculares 25.722	Trastornos mentales 24.665	Enfermedades infecciosas 17.546	Enfermedades osteomusculares 25.101	Enfermedades osteomusculares 25.280
Licencias COVID-19 0	Licencias COVID-19 0	Licencias COVID-19 0	Licencias COVID-19 0	Enfermedades del sist. genito urinario 26.749	Enfermedades cardiovasculares 24.942
LM preventiva parental 0	LM preventiva parental 0	LM preventiva parental 0	LM preventiva parental 0	Otro diagnóstico 26.446	LM preventiva parental 24.773

Nota: Formas rojas indican aumento en el ranking; formas verdes indican disminución en el ranking.

Para cada seguro de salud, existen varias apreciaciones interesantes. En el caso de FONASA, en la Tabla 8, el valor promedio del día de licencia en 2019 está en torno a los \$20.000 (cerca de \$10.000 para enfermedades infecciosas y \$20.000 para trastornos mentales); con la llegada del COVID-19, también se observa que el gasto en esta licencia se convierte en el más caro de las condiciones de salud (descontando las LM en categoría “Sin información”) y que los valores por licencias durante 2020 y 2021 son bastante similares entre las distintas condiciones de salud.

Tabla 8. Valor promedio día pagado por licencia por condición de salud en FONASA, 2015-2021 (\$2022)

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Trastornos mentales	20.554	20.014	20.444	20.696	20.294	20.987
Enf. osteomusculares	20.554	20.014	20.444	17.726	18.866	20.173
COVID-19	N/A	N/A	N/A	N/A	20.909	23.694
Enf. respiratorias	20.554	20.014	20.444	12.223	19.598	22.605
Traumatismos env. y otros	20.554	20.014	20.444	17.660	18.677	19.916
Enf. infecciosas	20.554	20.014	20.445	9.920	19.721	23.303
Enf. del Sistema Digestivo	20.554	20.014	20.444	16.691	19.131	21.129
Licencia médica preventiva parental	N/A	N/A	N/A	N/A	14.564	15.259
Enf. cardiovasculares	20.554	20.014	20.444	17.697	18.560	19.519
Tumores y Cánceres	20.554	20.014	20.444	17.906	17.971	18.848
Enfermedades del Sist Genito urinario	20.554	20.014	20.444	16.687	18.140	20.038
Afecciones del embarazo Parto y Puerperio	20.554	20.014	20.444	18.039	16.321	18.356
Otros Diagnóstico	20.554	20.014	20.444	17.570	18.707	20.963
Sin información	N/A	20.002	20.456	7.445	62.657	N/A

En Isapres, en la Tabla 9 se observa, aparte de un mayor valor promedio, una menor dispersión durante 2020, aunque existe un aumento mucho más marcado en el valor del día promedio para la mayoría de las condiciones en los últimos años.

Tabla 9. Valor promedio día pagado por licencia por condición de salud en Isapres, 2016-2021 (\$2022)

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Trastornos mentales	44.694	45.531	45.689	47.000	51.225	58.707
Enf. osteomusculares	45.986	48.321	47.063	48.524	51.617	56.321
COVID-19	N/A	N/A	N/A	N/A	49.147	55.796
Enf. respiratorias	62.639	98.647	65.107	65.012	55.996	62.068
Traumatismos env. y otros	44.247	45.265	45.653	47.214	50.783	55.553
Enf. infecciosas	64.077	94.635	65.323	64.216	55.973	63.599
Enf. del Sistema Digestivo	48.980	52.325	49.505	52.091	53.940	59.962
Licencia médica preventiva parental	N/A	N/A	N/A	N/A	52.551	52.148
Enf. cardiovasculares	46.012	47.084	46.220	48.585	51.613	57.126
Tumores y Cánceres	47.017	47.632	48.360	50.042	54.135	58.840
Enfermedades del Sist Genito urinario	48.090	52.907	49.424	50.954	53.474	59.743
Afecciones del embarazo Parto y Puerperio	43.604	44.891	44.960	45.735	49.676	58.154
Otros Diagnóstico	47.383	50.876	48.055	49.978	52.339	58.527
Sin información	N/A	133.309	63.822	92.915	98.320	57.289

A continuación, se presenta el análisis respecto del número de días pagados (Q). Como se discutió anteriormente, este indicador incluye otros componentes, como son el número de cotizantes, el número de licencias tramitadas, las tasas de autorización de las licencias y los días promedio otorgados por licencia.

Se aprecia un importante incremento en el número de días a lo largo del periodo, con un aumento significativo en 2021. Este aumento viene principalmente de días de LM de afiliados a FONASA, lo que se visualiza en el aumento de la participación de este grupo en el total de días pagados en el sistema en este año.

Tabla 10. Número de días de licencia pagados (sistema y por seguro de salud), 2015-2021

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
SISTEMA	47.883.213	50.699.445	55.026.414	60.752.267	71.543.925	76.539.080	105.027.478
FONASA	35.572.645	38.924.481	42.158.224	46.456.319	56.365.698	59.147.614	89.879.035
ISAPRE	12.310.568	11.774.964	12.868.190	14.295.948	15.178.227	17.391.466	18.141.443
% días FONASA	74,29%	76,77%	76,61%	76,47%	78,78%	77,28%	82,72%

En la Tabla 11 se observa que el número de días de licencia pagados han aumentado 60% desde 2015 y cerca del 6% para el periodo 2020-2019. La tasa de crecimiento para el periodo es mayor en FONASA (66,27%), principalmente explicado por el cambio en 2019 (21,33%); por su parte, el mayor aumento anual en Isapres (14,58%) se registra entre los años 2019 y 2020. Estas alzas se acentúan aún más en el año 2021, donde el crecimiento porcentual en el número de días pagados aumenta en 46,89%, mientras el cambio es más bien moderado en Isapres.

Tabla 11. Cambio en el número de días de licencia pagados (sistema y por seguro de salud), 2015-2021

	% cambio 2015-2020 (1)	% cambio 2016-2020 (2)	% cambio 2016-2015 (3)	% cambio 2016-2017 (4)	% cambio 2017-2018 (5)	% cambio 2018-2019 (6)	% cambio 2019-2020 (7)	% cambio 2020-2021 (8)	DIF (7)-(6)
SISTEMA	59,85%	50,97%	5,88%	8,53%	10,41%	17,76%	6,98%	37,22%	8,53%
FONASA	66,27%	51,95%	9,42%	8,31%	10,20%	21,33%	4,94%	46,89%	-16,40%
ISAPRE	41,27%	47,70%	-4,35%	9,28%	11,10%	6,17%	14,58%	4,35%	8,41%

Al analizar por condición de salud, en la Tabla 12 se observa que la condición que implica más días pagados de licencia al sistema son los trastornos mentales (alrededor del 30% del total de días), participación que ha ido creciendo, principalmente con el marcado aumento que experimentaron en 2020 (19,66%) y 2021 (60,00%). Esta es también la condición de salud que más ha incrementado el número de días de licencia en el periodo de estudio (2016-2020), con un aumento del 71,69%.

Tabla 12. Cambio en el número de días de licencia pagados y participación en el total de días de licencia pagados del sistema, 2016-2021

	% cambio							% del total de días pagados					
	2016-2020	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Trastornos mentales	71,69%	6,73%	8,65%	12,32%	17,57%	19,66%	60,00%	28,75%	28,78%	29,28%	29,23%	32,70%	38,13%
Enf. osteomusculares	21,45%	7,35%	10,68%	11,89%	16,60%	-15,89%	47,82%	21,62%	22,04%	22,34%	22,12%	17,39%	18,73%
COVID-19	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	25,97%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	7,83%	7,19%
Enf. respiratorias	-2,86%	11,36%	5,10%	-2,32%	80,46%	-47,56%	2,98%	3,70%	3,58%	3,17%	4,85%	2,38%	1,78%
Traumatismos, envenenamientos y otros	16,31%	6,15%	9,90%	11,70%	15,20%	-17,75%	25,07%	11,21%	11,36%	11,49%	11,24%	8,64%	7,87%
Enf. infecciosas	33,11%	-3,35%	15,59%	12,05%	87,27%	-45,12%	-0,95%	0,97%	1,03%	1,05%	1,67%	0,86%	0,62%
Enf. del Sistema Digestivo	-0,53%		10,71%	10,16%	19,97%	-32,01%	31,76%	3,70%	3,77%	3,76%	3,83%	2,43%	2,34%
Licencia médica preventiva parental	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	12,65%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	5,74%	4,71%
Enf. cardiovasculares	16,32%	N/A	7,06%	5,72%	7,73%	-4,60%	10,99%	4,63%	4,57%	4,37%	4,00%	3,57%	2,89%
Tumores y Cánceres	22,83%	N/A	9,09%	11,41%	6,42%	-5,04%	3,94%	6,78%	6,82%	6,88%	6,22%	5,52%	4,18%
Enfermedades del Sist. Genito urinario	-3,49%	N/A	7,73%	5,01%	13,11%	-24,57%	20,45%	2,93%	2,90%	2,76%	2,65%	1,87%	1,64%
Afecciones del embarazo, Parto y Puerperio	-19,96%	N/A	-0,40%	-0,35%	-1,68%	-17,98%	0,35%	5,03%	4,62%	4,17%	3,48%	2,67%	1,95%
Otros diagnósticos	18,75%	-67,12%	6,96%	12,51%	17,49%	-16,01%	30,00%	10,68%	10,53%	10,73%	10,70%	8,40%	7,96%
Sin información	N/A	N/A	N/A	113,68%	983,74%	-94,14%	60,47%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Nota: Números en negrita rojo indica mayor tasa de cambio/ participación en el período; números en negrita verde indica menor tasa de cambio/participación en el período (ambas excluyendo categoría “Sin información”).

En FONASA, en la Tabla 13 se observa que la condición que implica más días de licencia pagados son los trastornos mentales (alrededor del 30% del total de días, llegando casi a 40% en 2021), participación que ha ido creciendo, principalmente con el marcado aumento que experimentaron en 2020 (19,76%, siendo la única condición en que aumentaron los días pagados de licencia. Este aumento se vio incrementado en 2021 donde se registra un aumento en el número de días de todas las condiciones, particularmente alto para trastornos mentales (61,18%). Esta es también la condición que

más ha incrementado el número de días pagados de licencia en el periodo de estudio (2016-2020), con un aumento del 73,19%.

Tabla 13. Cambio en el número de días de licencia pagados y participación en el total de días de días de licencia pagados de FONASA, 2016-2021

	% cambio							% del total de días pagados						
	2016-2020	2016-2015	2017-2016	2018-2017	2019-2018	2020-2019	2021-2020	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Trastornos mentales	73,19%	10,90%	9,70%	11,18%	18,57%	19,76%	61,18%	31,21%	31,61%	31,89%	31,17%	35,57%	39,03%	
Enf. osteomusculares	22,85%	10,40%	10,42%	11,49%	19,27%	-16,34%	56,81%	22,53%	22,97%	23,24%	22,85%	18,22%	19,45%	
COVID-19	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	49,33%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	6,86%	6,98%	
Enf. respiratorias	0,11%	15,13%	4,98%	-1,50%	102,47%	-52,18%	9,46%	3,48%	3,37%	3,02%	5,03%	2,29%	1,71%	
Traumatismos, envenenamientos y otros	25,21%	7,85%	8,88%	11,44%	21,30%	-14,92%	38,60%	9,79%	9,84%	9,95%	9,95%	8,07%	7,61%	
Enf. infecciosas	36,49%	-1,47%	10,25%	17,04%	122,03%	-52,36%	10,55%	0,92%	0,94%	0,99%	1,82%	0,83%	0,62%	
Enf. del Sistema Digestivo	4,22%		9,55%	11,06%	28,69%	-33,44%	48,99%	3,23%	3,27%	3,29%	3,49%	2,22%	2,25%	
Licencia médica preventiva parental	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	31,52%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	4,72%	4,23%	
Enf. cardiovasculares	17,54%	N/A	5,73%	5,07%	8,89%	-2,83%	18,98%	4,76%	4,65%	4,43%	3,98%	3,68%	2,98%	
Tumores y Cánceres	25,30%	N/A	7,72%	11,32%	7,55%	-2,84%	18,26%	5,83%	5,79%	5,85%	5,19%	4,80%	3,87%	
Enfermedades del Sist. Genito urinario	-4,41%	N/A	6,15%	3,24%	17,17%	-25,56%	29,29%	2,91%	2,85%	2,67%	2,58%	1,83%	1,61%	
Afecciones del embarazo, Parto y Puerperio	-18,12%	N/A	-2,50%	2,09%	-0,07%	-17,68%	8,31%	4,71%	4,24%	3,93%	3,24%	2,54%	1,87%	
Otros diagnósticos	19,65%	-64,34%	6,62%	12,91%	21,10%	-17,93%	36,74%	10,63%	10,47%	10,72%	10,70%	8,37%	7,79%	
Sin información	N/A	N/A	N/A	10,77%	2680,56%	-99,30%	-100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	

Nota: Números en negrita rojo indica mayor tasa de cambio/ participación en el período; números en negrita verde indica menor tasa de cambio/participación en el período (ambas excluyendo categoría “Sin información”).

En Isapre, en la Tabla 14 se observa que la condición que implica más días pagados de licencia son los trastornos mentales (alrededor del 20% del total de días), participación que ha ido creciendo, principalmente con el marcado aumento que experimentaron en 2020 (19,18%), siendo la única condición en que aumentaron los días pagados de licencia. Esta es también la condición que más ha incrementado el número de días pagados de licencia en el periodo de estudio (2016-2020), con un aumento del 64,16%. Al contrario de FONASA, varias condiciones muestran una caída en el número de días pagados en Isapre. De nuevo, ambos sistemas comparten un aumento sin precedentes en el número de días pagados de LM por trastornos mentales.

Tabla 14. Cambio en el número de días de licencia pagados y participación en el total de días de Isapres, 2016-2021

	% cambio							% del total de días pagados					
	2016-2020	2016-2015	2017-2016	2018-2017	2019-2018	2020-2019	2021-2020	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Trastornos mentales	64,16%	-10,14%	3,40%	18,33%	12,58%	19,18%	53,80%	20,65%	19,53%	20,81%	22,06%	22,95%	33,82%
Enf. osteomusculares	15,83%	-3,37%	11,72%	13,46%	6,18%	-13,94%	9,62%	18,59%	19,00%	19,41%	19,41%	14,58%	15,32%
COVID-19	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	-23,02%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	11,13%	8,21%
Enf. respiratorias	-10,64%	2,58%	5,39%	-4,46%	21,35%	-26,87%	-16,00%	4,40%	4,25%	3,65%	4,17%	2,66%	2,14%
Traumatismos, envenenamientos y otros	-1,77%	2,85%	11,99%	12,22%	3,22%	-24,28%	-9,96%	15,93%	16,32%	16,49%	16,03%	10,59%	9,14%
Enf. infecciosas	24,07%	-8,04%	29,84%	0,74%	-4,38%	-0,80%	-34,75%	1,14%	1,35%	1,23%	1,10%	0,96%	0,60%
Enf. del Sistema Digestivo	-10,22%	N/A	13,07%	8,36%	2,28%	-28,36%	-9,10%	5,23%	5,41%	5,28%	5,08%	3,18%	2,77%
Licencia médica preventiva parental	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	-20,26%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	9,21%	7,04%
Enf. cardiovasculares	11,72%	N/A	12,06%	8,05%	3,72%	-11,04%	-20,64%	4,19%	4,29%	4,17%	4,08%	3,17%	2,41%
Tumores y Cánceres	18,05%	N/A	11,76%	11,58%	4,32%	-9,25%	-25,49%	9,95%	10,17%	10,22%	10,04%	7,95%	5,68%
Enfermedades del Sist. Genito urinario	-0,52%	N/A	12,83%	10,37%	1,56%	-21,34%	-6,98%	2,98%	3,07%	3,05%	2,92%	2,01%	1,79%
Afecciones del embarazo, Parto y Puerperio	-24,64%	N/A	4,96%	-6,12%	-5,80%	-18,81%	-21,72%	6,11%	5,87%	4,96%	4,40%	3,12%	2,34%
Otros diagnósticos	15,83%	-73,74%	8,06%	11,22%	5,77%	-8,89%	7,44%	10,85%	10,73%	10,74%	10,70%	8,51%	8,76%
Sin información	N/A	N/A	N/A	336,67%	51,15%	-41,92%	80,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Nota: Números en negrita rojo indica mayor tasa de cambio/ participación en el período; números en negrita verde indica menor tasa de cambio/participación en el período (ambas excluyendo categoría “Sin información”).

Finalmente, se analiza la cadena completa del gasto en licencias, utilizando el esquema anteriormente propuesto que separa el gasto en sus distintos componentes (Figura 6). El análisis se hace para el periodo 2016-2020 y para 2019-2020, en el entendido que ambos periodos “cuentan una historia” distinta respecto del aumento del gasto en LM en el país: el análisis del periodo 2016-2020 busca identificar los factores que en el mediano plazo han llevado al aumento del gasto en LM; por su parte, el análisis del periodo 2019-2020 se centra en el cambio (anormal) registrado en el gasto producto de la pandemia por COVID-19 en el país.

Al analizar el sistema en su totalidad, en la Figura 8 se ve que para el periodo 2016-2020 la mayor parte del gasto se explica por aumentos en el número de días de LM pagados (Q); de hecho, para el periodo, el valor promedio de las licencias (P) disminuye. Esto permite identificar factores y descartar explicaciones para el potencial aumento del gasto. Como se discutió anteriormente, el cambio en P estaría principalmente explicado por un cambio en el mix de cotizantes que solicitan licencia y/o el aumento general de los salarios reales; hipótesis que se descarta para el periodo 2016-2020. En el caso del último año (2019-2020) sí se observa un efecto conjunto de P y Q en la explicación del aumento en el gasto de LM para el sistema: hay más licencias y estas son más caras.

Ahora, la desagregación de Q muestra que para 2016-2020 el aumento del número de días pagados de licencia se descompone en más licencias, pero, sobre todo, licencias más largas. Nuevamente, la historia es distinta para el periodo 2019-2020, donde este aumento de Q es explicado íntegramente por un aumento en los días de licencia (el número de LM autorizadas disminuye en el periodo).

En el siguiente nivel, se observa que el día promedio de licencia pagada aumenta producto de un mayor número de licencias otorgadas para ambos periodos de estudio; se descarta la hipótesis de un aumento en la tasa de aprobación de días (días pagados/ días solicitados), los que de hecho disminuyen. Esto es, las licencias otorgadas por médicos son más largas, a pesar de que la aprobación del número de días ha ido bajando proporcionalmente. En cuanto al número de licencias tramitadas, éstas sirven para explicar aumento en gasto en LM solo para el periodo 2016-2020; al igual que en el caso de los días promedio, el aumento se debe a más licencias tramitadas y no a una mayor tasa de aprobación de las licencias.

Finalmente, la explicación a más licencias tramitadas (para 2016-2020) se debe a un mayor número promedio de licencias tramitadas por cotizante y no a un aumento en el número de cotizantes del sistema.

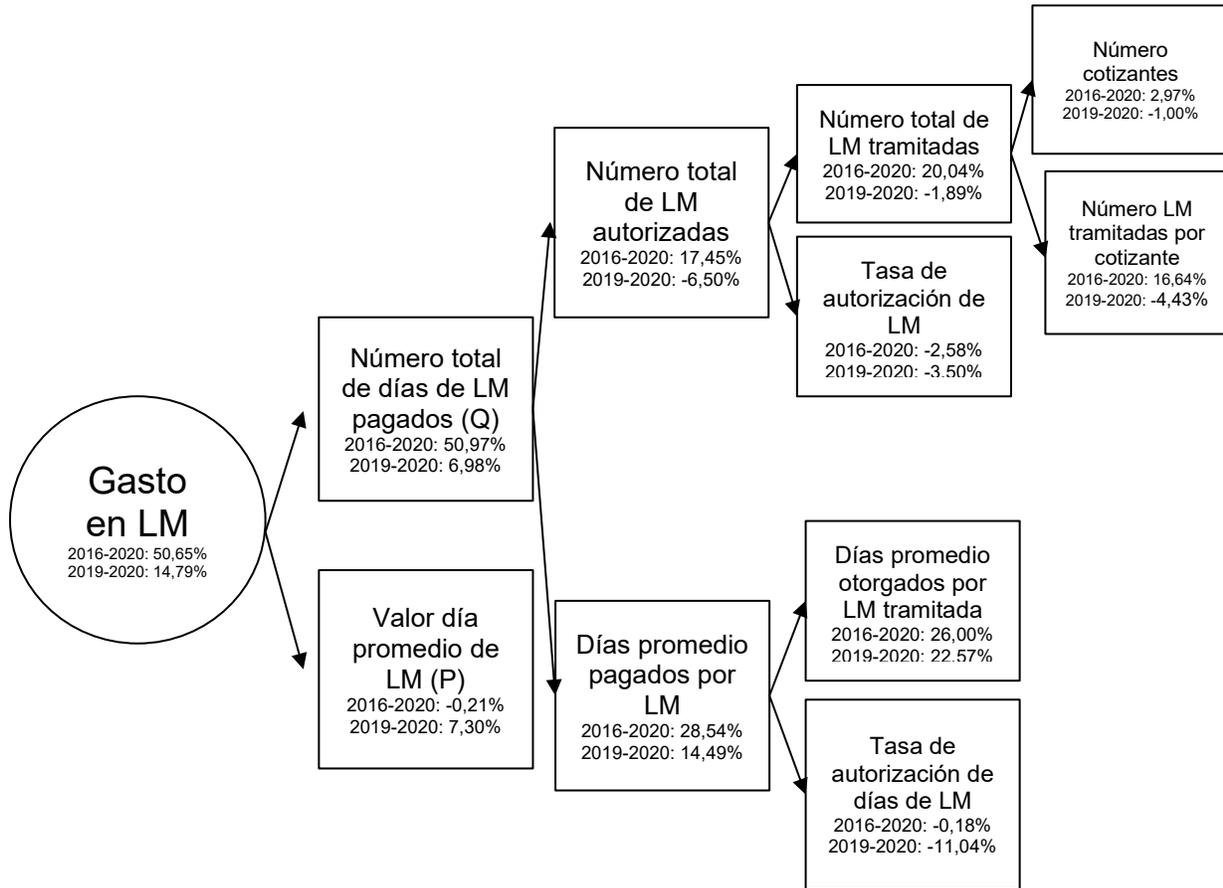
◆ **En resumen, para el periodo 2016-2020, el aumento del gasto en LM se debe a:**

- + días pagados de licencia (Q),
 - + LM autorizadas
 - + LM tramitadas
 - + LM tramitadas por cotizante
- + días promedio pagados
 - + días promedio otorgados por LM tramitada

◆ **Para el periodo 2019-2020, el aumento del gasto en LM se debe a:**

- + días pagados de licencia (Q)
 - + días promedio pagados
 - + días promedio otorgados por LM tramitada
- + valor día promedio LM (P)

Figura 8. Crecimiento del gasto real y crecimiento de sus componentes en el sistema, distintos periodos



El patrón del gasto en FONASA (ver Figura 9) sigue un esquema similar al del sistema: para el periodo 2016-2020 el mayor gasto se explica por aumentos en el número de días de LM pagados (Q), con una disminución del valor promedio de las licencias (P). Esto cambia para el periodo 2019-2020 donde, al igual que para el sistema, el aumento del gasto se explica por un efecto conjunto de P y Q (más días de licencia más caras).

La desagregación de Q muestra que para 2016-2020 el aumento del número de días pagados de licencia se explica tanto por más licencias como por licencias más largas, pero siendo este último cambio de menor magnitud. La historia es distinta para el periodo 2019-2020, donde este aumento de Q es explicado íntegramente por un aumento en los días de licencia (el número de LM autorizadas disminuye en el periodo).

En el siguiente nivel, se observa que el día promedio de licencia pagada aumenta producto de un mayor número de licencias otorgadas para ambos periodos de estudio, con una tasa de aprobación de días (días pagados/ días solicitados) que disminuye. Lo mismo se observa en el número de licencias tramitadas, cuyo aumento se explica por más licencias tramitadas (tasa de aprobación de las licencias se mantiene constante o disminuye).

Finalmente, la explicación a más licencias tramitadas se debe a un mayor número de licencias tramitadas por cotizantes en el periodo 2016-2020; el aumento en 2019-2020 se explica tanto por aumentos en el número de cotizantes como por licencias tramitadas por cotizantes.

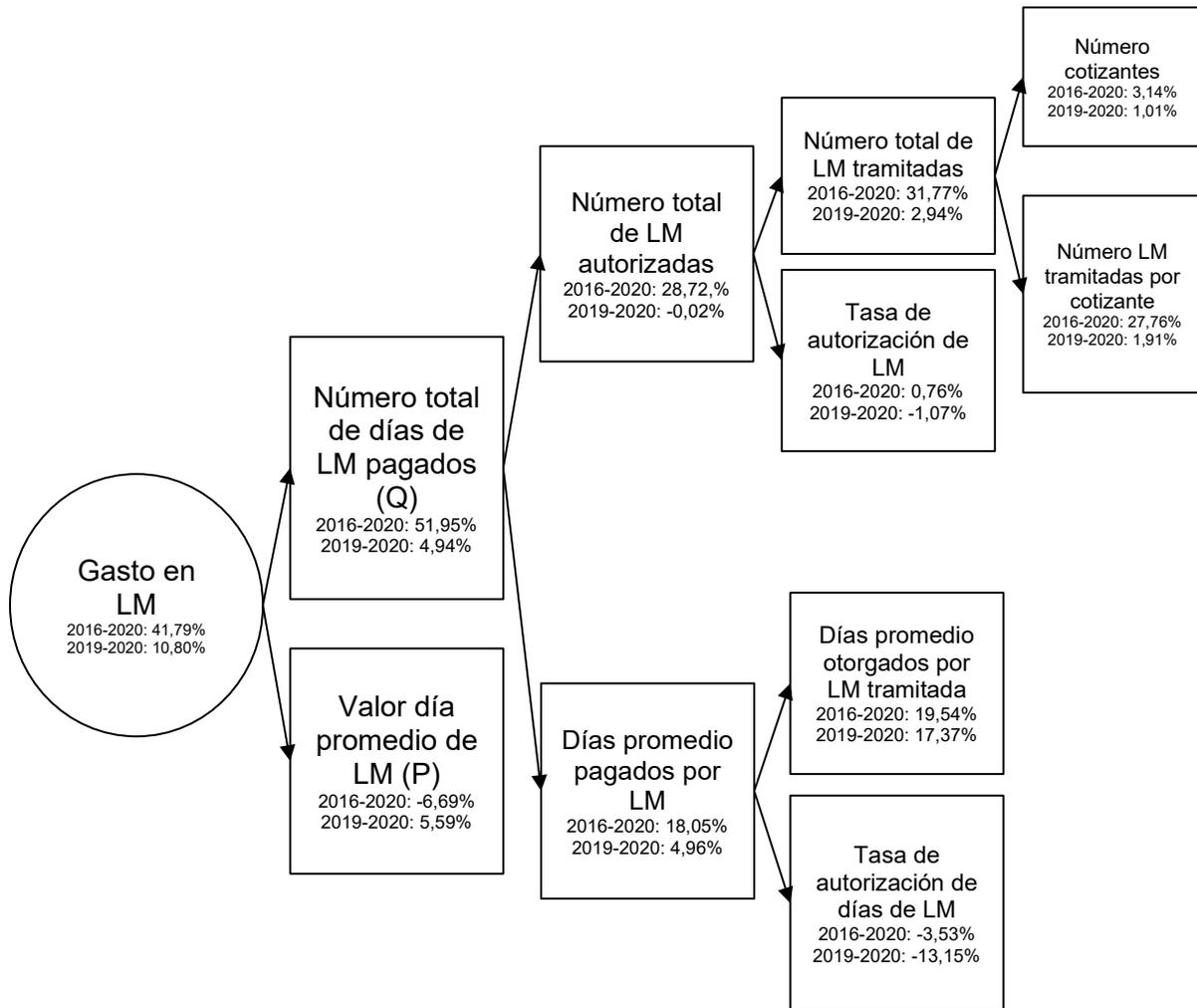
◆ **En resumen, para el periodo 2016-2020, el aumento del gasto en LM se debe a:**

- + días pagados de licencia (Q),
 - + LM autorizadas
 - + LM tramitadas
 - + LM tramitadas por cotizante
- + días promedio pagados
 - + días promedio otorgados por LM tramitada

◆ **Para el periodo 2019-2020, el aumento del gasto en LM se debe a:**

- + días pagados de licencia (Q)
 - + días promedio pagados
 - + días promedio otorgados por LM tramitada
- + valor día promedio LM (P)

Figura 9. Crecimiento del gasto real y crecimiento de sus componentes en FONASA, distintos periodos



En Isapres (ver Figura 10), el mayor gasto se explica tanto por aumentos en el número de días de LM pagados (Q) como del valor promedio de las licencias (P) en ambos periodos.

La desagregación de Q muestra que, para ambos periodos, el aumento del número de días pagados de licencia se produce por licencias más largas, con una disminución del número de licencias tramitadas.

En el siguiente nivel, se observa que el día promedio de licencia pagada aumenta producto de un mayor número de licencias otorgadas para ambos periodos de estudio, con una tasa de aprobación de días (días pagados/ días solicitados) que disminuye en el periodo 2019-2020 pero es creciente en el periodo 2016-2020. Respecto al número de licencias tramitadas, su caída se explica tanto por menos licencias tramitadas como menores tasas de aprobación.

En el caso de las Isapres, el número de licencias no juega un papel en el aumento del gasto, el que es explicado por un mayor valor de las licencias (P) y por el lado de Q, por un mayor número de días por licencia.

◆ **En resumen, para el periodo 2016-2020, el aumento del gasto en LM se debe a:**

+ días pagados de licencia (Q)

+ días promedio pagados

+ días promedio otorgados por LM tramitada

+ tasa autorización de días de LM

+ valor día promedio LM (P)

◆ **Para el periodo 2019-2020, el aumento del gasto en LM se debe a:**

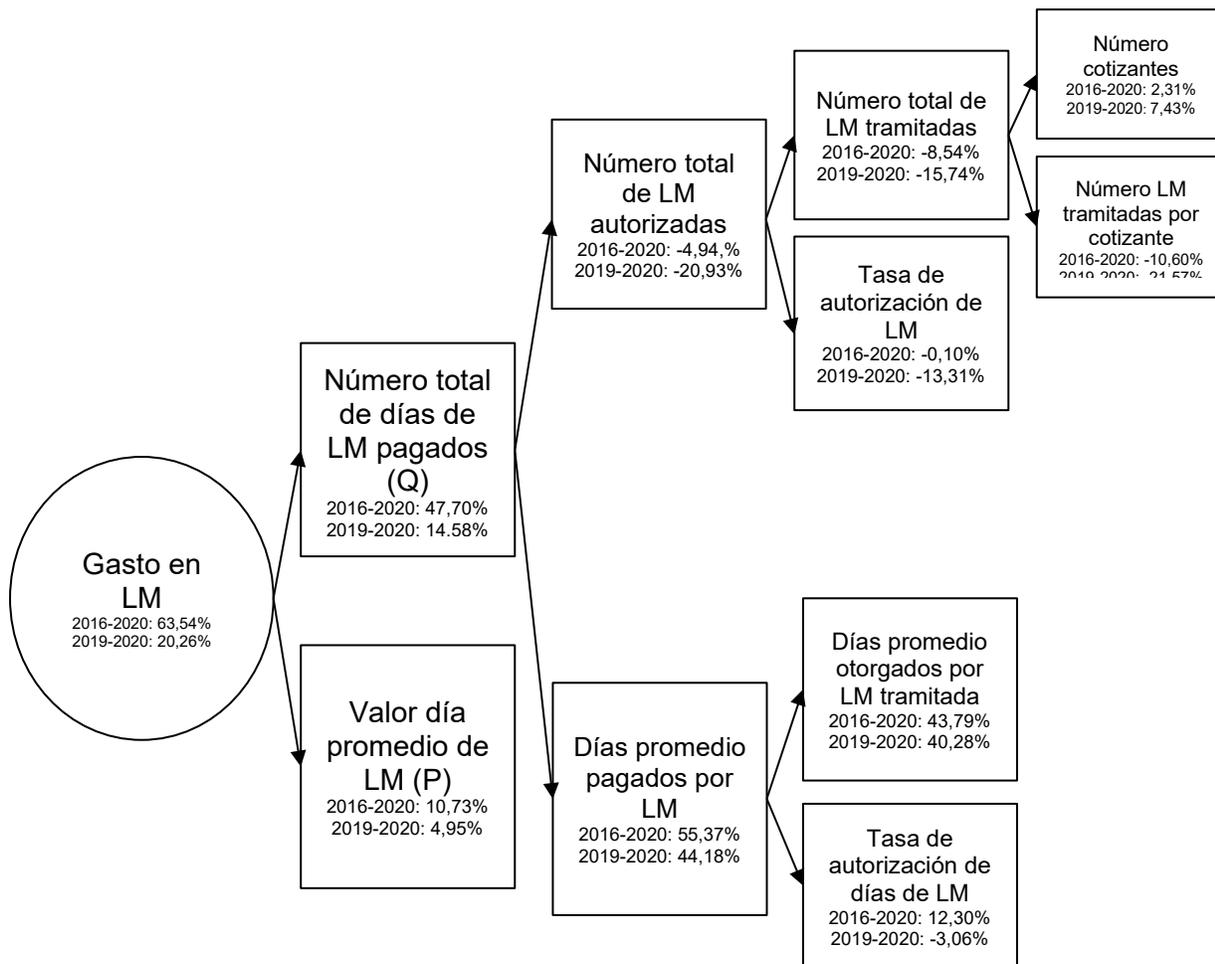
+ días pagados de licencia (Q)

+ días promedio pagados

+ días promedio otorgados por LM tramitada

+ valor día promedio LM (P)

Figura 10. Crecimiento del gasto real y crecimiento de sus componentes en ISAPRE, distintos periodos



- Análisis contrafactual

Como muestra el análisis anterior, parte del aumento en licencias médicas, principalmente a partir de 2020, es explicado por la aparición del COVID-19 en el país. Esta sección busca responder si, obviando este gasto extra, existen cambios en los montos y patrones del gasto de LM en el periodo.

La Tabla 15 muestra este ejercicio para el sistema y para cada seguro de salud. La primera columna (1) muestra el gasto efectivo en LM para el año 2020, mientras que las columnas (2) y (3) muestran cifras que tratan de eliminar el “efecto COVID-19” de las cifras. La columna (2) muestra la proyección del gasto que se habría registrado en 2020 de acuerdo al patrón de los años anteriores (proyección 2020 utilizando la serie 2016-2019); la columna (3) muestra el gasto de (1) descontando el gasto en licencias COVID-19 y licencia médica preventiva parental.

Al mirar los datos de la columna (2) se observa que efectivamente el gasto proyectado seguiría creciendo, pero a una tasa mucho menor de la efectivamente registrada (6,28% versus 14,79% para el

sistema completo), esto es, la tasa de crecimiento “normal” habría sido prácticamente la mitad de la efectivamente registrada. Por otra parte, la columna (3) muestra que, descontando el gasto en LM COVID-19, el gasto en LM de hecho disminuye para 2020. Esto, ya que si bien la pandemia produjo un aumento de gasto en cierto tipo de licencias (principalmente por trastornos mentales), disminuyó de manera significativa el gasto para la mayor parte de las condiciones de salud. Esto se puede deber a un efecto combinado de menores prevalencias de ciertas condiciones, por ejemplo, enfermedades respiratorias, junto a un cambio en las características de las licencias, como número de días y monto de las licencias.

El ejercicio para el año 2021 muestra algunas diferencias. Si bien, comparando con los datos efectivos los contrafactuales muestran que efectivamente en un año “normal” (sin COVID-19) se habría registrado un gasto menor, se observa que, al contrario del 2020, aun descontando el gasto por LM COVID-10 (columna 3), hay un importante aumento del gasto en LM: mientras en 2020 la mayor parte del incremento del gasto en LM se explica por “gastos directos” relacionados al COVID-19 (licencias COVID-19 y parental preventiva), en 2021 parte del efecto también es por un “gasto indirecto”, esto es, aumento en el gasto proveniente de otras condiciones de salud. En esta línea, el aumento se explica por la “recuperación” durante 2021 luego de una gran caída en LM en varias condiciones de salud (particularmente enfermedades respiratorias), justo con el alza en LM por trastornos mentales (ambos gastos indirectamente asociados a la aparición del COVID-19).

Tabla 15. Gasto en licencias médicas 2020 (M\$2020) por sistema y por seguro de salud, usando proyecciones de gasto y descontando gasto COVID-19

	Gasto efectivo (1)	Crecimiento (respecto de 2019)	Gasto proyectado (2)	Crecimiento (respecto de 2019)	Gasto descontando LM COVID (3)	Crecimiento (respecto de 2019)
2020						
Sistema	2.033.944.677	14,79%	1.883.067.072	6,28%	1.729.121.393	-2,41%
FONASA	1.134.449.053	10,80%	1.082.302.695	5,71%	1.008.898.667	-1,46%
Isapres	899.495.624	20,26%	800.764.377	7,06%	720.222.726	-3,71%
2021						
Sistema	2.827.615.159	59,59%	2.073.897.160	17,05%	2.478.233.560	39,87%
FONASA	1.785.019.712	74,34%	1.163.102.340	13,60%	1.585.349.631	54,84%
Isapres	1.042.595.447	39,39%	910.794.820	21,77%	892.883.929	19,37%

- Análisis por características de los trabajadores

A fin de buscar diferencias entre grupos de la población que pudieran estar explicadas por características del sistema (y no por distintas condiciones de salud), se presenta a continuación un análisis de LM entre sectores productivos. La hipótesis es que, asumiendo que el sistema no genera determinados incentivos, el número observado de licencias entre distintos tipos de trabajadores e industrias no debería variar (como sí es esperable, por ejemplo, entre hombres y mujeres, grupos de distintas edades o incluso, por zonas geográficas).

En primer lugar, se observa un aumento importante en el número de LM tramitadas y días otorgados a trabajadores independientes, tanto en el periodo 2015-2020 como en 2019-2020; de todas formas, este es un grupo pequeño respecto del total: su participación en el total de LM tramitadas en el sistema pasa de 0,4% en 2015 a 6,2% en 2020 (y de 0,5% a 6,7% respecto de días otorgados).

Ahora, en términos de días por licencia, si bien los números han ido convergiendo hacia los últimos años, para el periodo se observa que los empleados dependientes del sector público emitían licencias en promedio más cortas (9,7 días en el periodo 2015-2020), seguidos por trabajadores dependientes del sector privado (16,8 días en el periodo 2015-2020) e independientes (18,2 días en el periodo 2015-2020). El aumento más importante en el periodo de pandemia es de los trabajadores dependientes del sector privado.

Tabla 16. LM tramitadas y días otorgados por tipo de trabajador en el sistema, 2015-2020

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Cambio 2016-2020	Cambio 2019-2020
Número de LM tramitadas sector dependiente público SISTEMA	970.152	931.021	1.193.682	4.367.134	2.526.031	2.053.987	3.107.964	120,62%	-18,69%
Número de LM tramitadas sector dependiente privado SISTEMA	3.866.795	4.075.308	4.083.384	1.500.438	3.288.171	3.604.600	4.864.656	-11,55%	9,62%
Número de LM tramitadas sector independiente SISTEMA	18.731	20.731	19.800	23.383	336.087	373.332	547.026	1700,84%	11,08%
Número de LM tramitadas sector sin información SISTEMA	0	0	0	0	14	2.441	6.362	#DIV/0!	17335,71 %

Número de días otorgados sector dependiente público SISTEMA	5.928.729	8.747.714	11.016.686	13.102.714	37.134.847	32.886.986	43.613.112	275,95%	-11,44%
Número de días otorgados sector dependiente privado SISTEMA	41.612.835	52.532.097	53.483.720	57.141.723	35.747.165	53.880.388	75.376.610	2,57%	50,73%
Número de días otorgados sector independiente SISTEMA	341.649	424.427	407.934	436.798	4.720.952	6.526.165	9.767.751	1437,64%	38,24%
Número de días otorgados sector sin información SISTEMA	0	0	0	0	189	31.683	77.517	#DIV/0!	16663,49%

Días otorgados/ LM tramitada sector dependiente público SISTEMA	6,11	9,40	9,23	3,00	14,70	16,01	14,03	70,41%	8,91%
Días otorgados/ LM tramitada sector dependiente privado SISTEMA	10,76	12,89	13,10	38,08	10,87	14,95	15,55	15,96%	37,49%
Días otorgados/ LM tramitada sector independiente SISTEMA	18,24	20,47	20,60	18,68	14,05	17,48	17,86	-14,62%	24,45%
Días otorgados/ LM tramitada sector sin información SISTEMA	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	13,50	12,98	12,18	#DIV/0!	-3,86%

En términos de LM autorizadas y días pagados, se observan importantes aumentos en trabajadores dependientes del sector público y trabajadores independientes, tanto en el periodo 2015-2020 como en 2019-2020.

Como en la tabla anterior, en términos de días por licencia, si bien los números han ido convergiendo hacia los últimos años. Para el periodo se observa que los empleados dependientes del sector público emitían licencias en promedio más cortas (7,9 días en el periodo 2015-2020), seguidos por trabajadores dependientes del sector privado (11,7 días en el periodo 2015-2020) e independientes (17,0 días en el periodo 2015-2020). El aumento más importante en el periodo de pandemia es de los trabajadores dependientes del sector público.

Tabla 17. LM autorizadas y días pagados por tipo de trabajador, 2015-2020

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Cambio 2016-2020	Cambio 2019-2020
Número de LM autorizadas sector dependiente privado SISTEMA	3.866.795	4.030.733	4.151.030	4.367.134	2.721.226	2.026.793	2.993.867	-49,72%	-25,52%
Número de LM autorizadas sector dependiente público SISTEMA	970.152	982.989	1.301.169	1.500.438	3.291.896	3.559.711	4.501.422	262,13%	8,14%
Número de LM autorizadas sector independiente SISTEMA	18.731	20.743	20.770	23.383	314.737	326.360	493.488	1473,35%	3,69%
Número de LM autorizadas sector sin información SISTEMA	0	0	0	0	12	84	426	#DIV/0!	600,00%

Número de días pagados sector dependiente privado SISTEMA	41.612.835	44.202.612	46.530.645	50.631.564	34.219.872	26.438.954	35.156.767	-40,19%	-22,74%
Número de días pagados sector dependiente público SISTEMA	5.928.729	6.110.802	8.117.190	9.702.645	33.084.743	44.934.543	61.641.628	635,33%	35,82%
Número de días pagados sector independiente SISTEMA	341.649	386.031	378.579	418.058	4.239.154	5.165.320	8.226.964	1238,06%	21,85%
Número de días pagados sector sin información SISTEMA	0	0	0	0	154	264	2.119	#DIV/0!	71,43%

Días pagados/ LM autorizada sector dependiente privado SISTEMA	10,76	10,97	11,21	11,59	12,58	13,04	11,74	18,95%	3,73%
Días pagados/ LM autorizada sector dependiente público SISTEMA	6,11	6,22	6,24	6,47	10,05	12,62	13,69	103,06%	25,60%
Días pagados/ LM autorizada sector independiente SISTEMA	18,24	18,61	18,23	17,88	13,47	15,83	16,67	-14,95%	17,51%
Días pagados/ LM autorizada sector sin información SISTEMA	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	12,83	3,14	4,97	#DIV/0!	-75,51%

Finalmente, la Tabla 18 muestra los valores por licencia para distintos tipos de trabajador y diagnóstico en 2020. Llama la atención las diferencias en valores entre tipos de trabajador y diagnósticos. Como vimos anteriormente, esto puede ser explicado por diferencias en el valor de la licencia (valor día promedio) o el número de días de la LM.

Tabla 18. Gasto (M\$2022) en LM por LM autorizadas por tipo de trabajador y diagnóstico, 2020

TIPO DE DIAGNÓSTICO	PÚBLICO	PRIVADO	INDEPENDIENTE	SIN INFORMACIÓN	TOTAL
Trastornos mentales	1.233,70	190,32	387,73	N/A	395,13
Enf. osteomusculares	532,38	216,38	221,28	0,00	297,71
COVID-19	64,46	331,05	202,61	85,00	171,47
Enf. respiratorias	149,65	91,76	101,41	0,00	110,07
Traumatismos, env. y otros	3.227,59	496,56	306,78	N/A	420,63
Enf. infecciosas	82,95	64,40	591,03	N/A	70,12
Enf. del Sistema Digestivo	177,74	229,30	139,26	N/A	207,14
Licencia médica preventiva parental	152,12	2.181,33	1.136,70	51,15	738,17
Enf. cardiovasculares	284,01	6.647,15	281,87	N/A	472,92
Tumores y Cánceres	361,03	1.340,62	662,48	N/A	813,97
Enfermedades del Sist Genito urinario	2.679,61	250,23	184,00	0,00	254,87
Afecciones del embarazo, Parto y Puerperio	763,58	2.469,27	296,17	N/A	364,87
Otros Diagnósticos	340,68	252,80	233,76	N/A	2.811,31
Sin información	32,45	55,95	#DIV/0!	N/A	43,09
Total	359,46	279,40	3.186,25	49,11	309,00

A continuación, se muestra el análisis de estadísticas de licencias por tipo de industria y tipo de empresa, para ver los patrones y diferencias que existen entre trabajadores empleados en distintos sectores de la economía⁹. La información proviene de estadísticas agregadas de la Caja de Compensación Los Andes entre los meses de enero 2021 y junio 2022.

La Tabla 19 muestra un comportamiento dispar de los distintos sectores en el periodo de estudio: mientras el número de LM promedio por afiliado se ha incrementado a lo largo del periodo en algunos sectores, en otros ha disminuido, mostrando un comportamiento errático y no una tendencia clara en una dirección.

Al hacer comparaciones entre industrias, las diferencias son más claras. Las industrias como pesca, minería, construcción y electricidad muestran el menor número de LM por afiliados, mientras que los mayores números se observan en los sectores sociales¹⁰, financieros y comercio. Un patrón claro de

⁹ El listado de actividades económicas se encuentra en:

https://www.sii.cl/pagina/renta/suplemento2001/parte4/Listado_codigos.htm

¹⁰ La categoría “Servicios Estatales, Sociales, Personales e Internacionales” incluye, además de la administración pública, servicios de educación, salud y otros.

los datos es que los sectores con bajas licencias se clasifican dentro de sectores primarios/ secundarios (extractivo/ productivo), mientras que los con mayores licencias están en el sector terciario (servicios).

Estos datos podrían tener al menos dos explicaciones. En primer lugar, puede ser que, dada la naturaleza del trabajo, existan ciertos sectores con mayor prevalencia de enfermedades debido, justamente, a las condiciones de trabajo. Por ejemplo, mayor riesgo de accidentes, problemas de salud acumulativos u otros; esta hipótesis se podría analizar viendo no solo el número sino el tipo de licencia (por condición de salud en cada sector). Una segunda explicación a los resultados se basa en la existencia de incentivos en el sistema que hace que ciertos sectores demanden más LM que otros, independientemente de la prevalencia de enfermedades por sector económico. Esta explicación—más económica que sanitaria—tiene que ver con otro tipo de “condiciones” del trabajo, más relacionadas al ámbito económico, legal y administrativo, como por ejemplo, qué tan vinculado está el ingreso al número de días trabajado o los incentivos de los empleadores para utilizar el sistema de LM como sustituto de salarios u otras prácticas fraudulentas.

Tabla 19. LM por cada 100 afiliados para las empresas de distintas industrias afiliadas a Caja Los Andes

LM/Afiliado	ene-21	feb-21	mar-21	abr-21	may-21	jun-21	jul-21	ago-21	sep-21	oct-21	nov-21	dic-21	ene-22	feb-22	mar-22	abr-22	may-22	jun-22
Agricultura	7,99	7,86	8,79	10,59	8,80	8,24	8,46	7,91	6,69	5,97	6,36	6,07	6,81	8,75	7,99	6,10	7,72	6,08
Comercio	8,73	8,37	9,91	9,58	9,86	9,99	10,03	9,78	8,55	9,36	10,29	9,53	10,98	13,12	11,84	9,70	13,96	11,05
Construcción	3,08	3,22	3,81	4,42	4,10	4,33	3,96	3,62	3,01	2,15	2,40	2,21	2,64	3,29	2,93	2,28	2,83	2,33
Electricidad	3,68	3,43	4,47	4,57	4,20	4,08	4,39	4,34	3,68	3,50	3,88	3,55	3,49	4,45	4,11	3,34	4,93	3,79
Financieros	20,35	19,78	22,95	24,26	23,59	27,10	23,31	22,31	19,51	23,61	26,22	24,16	26,66	31,09	26,14	21,24	29,42	23,30
Industria	10,19	10,32	12,02	12,11	13,35	11,19	12,00	11,49	9,71	8,20	9,18	8,23	9,99	12,16	9,99	7,68	10,79	8,51
Minería	1,94	2,08	2,51	1,35	2,60	1,95	2,74	2,52	2,05	1,08	1,18	1,14	1,32	1,85	1,69	1,24	1,58	1,50
Pesca	0,43	0,52	0,64	0,45	0,71	0,91	0,90	1,10	0,60	0,53	0,53	0,49	0,52	0,57	0,64	0,61	0,75	0,71
Sociales	35,52	34,96	50,12	40,44	50,60	64,22	52,88	58,74	55,32	187,30	206,02	185,79	153,90	165,56	213,18	197,50	310,91	237,50
Transporte	6,40	6,21	6,96	6,53	6,85	7,54	7,01	6,63	5,86	4,88	5,38	5,23	5,88	6,71	5,74	4,56	6,36	4,99

Finalmente, la Tabla 20 muestra el número de licencias por tamaño de empresa, utilizando los datos de la Caja Los Héroes para el año 2021. Las empresas se clasifican en:

- Grandes empresas: sobre 300 trabajadores
- Pymes: de 25 a 300 trabajadores
- Microempresas: de 1 a 25 trabajadores

Se observa que existen diferencias importantes en el número de LM por trabajador de acuerdo al tamaño de la empresa. En particular, las grandes empresas tienen una mayor cantidad de LM tramitadas por trabajador (1,2) que el resto de las empresas: el 39% de los trabajadores (quienes trabajan en grandes empresas) representan el 51% de las licencias registradas para el universo de trabajadores de la Caja Los Héroes en 2021. Una explicación para este patrón puede ser similar a la esbozada en las diferencias por sector económico, dado que las empresas más pequeñas—usualmente empresas familiares—tienen una relación más estrecha entre día trabajado e ingresos.

Tabla 20. Trabajadores, empresas, LM y LM por trabajador por tamaño de empresa para las empresas de distintas industrias afiliadas a Caja Los Héroes, 2021

Tamaño	Total trabajadores afiliados	% del total de trabajadores afiliados	Empresas afiliadas	% del total de empresas afiliadas	LM	% del total de LM tramitadas	LM/trabajador
Grandes empresas	207.936	39,22%	395	4,98%	249.668	51,17%	1,201
PYMES	195.045	36,79%	4.048	51,07%	149.741	30,69%	0,768
Microempresas	127.190	23,99%	3.483	43,94%	88.530	18,14%	0,696
Total general	530.171	100,00%	7.926	100,00%	487.939	100,00%	0,920

2.2 Análisis de datos individuales: FONASA

En esta sección se describe la información contenida en la base de datos abiertos de FONASA para el año 2021. La base contiene un total de 6.740.044 observaciones, correspondientes a las licencias solicitadas ese año. Se aprecia que la mayor parte de las licencias son por enfermedades y accidentes no del trabajo y pagadas por las Cajas de Compensación.

Tabla 21. Estadística descriptiva de la base de datos

Variable	Frecuencia (%)
<i>Tipo de licencia médica</i>	
Enfermedad o accidente no del trabajo	6.643.189 (98,56%)
Patologías del embarazo	91.422 (1,36%)
Prórroga medicina preventiva	5.433 (0,08%)
<i>Entidad pagadora</i>	
Cajas de Compensación de Asignación Familiar (CCAF)	4.838.883 (71,79%)
Servicio de Salud	1.154.591 (17,13%)
Empleador	746.545 (11,08%)
Isapre	25 (0,00%)
<i>Estado de la licencia médica</i>	
Confirmada	5.021.256 (74,50%)
Documento emitido (cheque o resolución)	724.508 (10,75%)
Empleador	421.651 (6,26%)
Rechazada	404.365 (6,00%)
Ingresada para cálculo	142.062 (2,11%)
Pendiente de peritajes	15.892 (0,24%)
Ingresada	6.272 (0,09%)
Calculada	70 (0,00%)
En blanco	3.968 (0,06%)
<i>Derecho subsidio</i>	
Con derecho a subsidio una vez verificado	6.146.736 (91,20%)

Sin derecho a subsidio	576.760 (8,56%)
Con derecho a subsidio con cargo al empleador	564 (0,01%)
No informado	15.984 (0,24%)
<i>Descripción autorización</i>	
Autorizada	6.199.055 (91,97%)
Rechazada	405.218 (6,01%)
Ampliada	43.721 (0,65%)
Reducida	74.134 (1,10%)
Sin resolución	10.070 (0,15%)
Pendiente de Contraloría	7.846 (0,12%)

Las 6.740.044 potenciales licencias médicas (observaciones) registradas en 2021 fueron solicitadas por un total de 2.133.425 personas distintas y emitidas por un total de 44.633 profesionales distintos (RUT únicos). Para el análisis las licencias se separan en tres grupos, de acuerdo a su estado de autorización:

- LM autorizada: incluye observaciones en las categorías “Autorizada”, “Ampliada” y “Reducida”.
- LM rechazada: incluye observaciones en la categoría “Rechazada”.
- LM pendiente: incluye observaciones en las categorías “Sin resolución” y “Pendiente de Contraloría”.

- **Análisis de licencias solicitadas: trabajadores**

La Tabla 22 muestra las estadísticas de las LM de FONASA en 2021 desde la perspectiva del solicitante, esto es, el trabajador. Se observa que los casi 7 millones de LM solicitadas (columna “Total”) emanan de 2 millones de personas, con un promedio de 3 LM por trabajador al año; estas corresponden (en promedio) a 15 días de licencia, las que otorgan un monto de subsidio de \$320.000 (por LM).

Tabla 22. Estadística descriptiva de las licencias solicitadas

Variable	Grupo de LM			
	Autorizada	Rechazada	Pendiente	Total
N° Licencias	6.316.910	405.218	17.916	6.740.044
N° LM con RUT del solicitante	6.316.899	405.217	17.916	6.740.032
N° personas (RUT únicos)	2.115.852	140.516	16.629	2.133.425 ^a
N° mínimo de LM por persona	1	1	1	1
N° máximo de LM por persona	66	51	7	66
Promedio LM por persona (desv est)	2,99 (2,81) ^b	2,88 (3,11)	1,08 (0,34)	3,16 (3,13)
Mediana LM por persona	2	2	1	2
LM por persona [Percentil 25; Percentil 75]	[1;4]	[2;3]	[1;1]	[1;4]
LM con derecho a subsidio (verificada) (LM con subsidio > 0) ^c	6.144.924 (5.186.270)	35 (3)	1.777 (367)	6.146.736 (5.186.640)
LM con derecho a subsidio, cargo empleador (LM con subsidio > 0) ^c	563 (353)	1 (1)	0 (0)	564 (354)
LM sin derecho a subsidio/ sin información	171.423	405.182	16.139	576.760
Monto total subsidio por LM (\$)	1.663.951.381.479 ^d	1.254.343	85.951.068	1.664.038.586.890
Monto promedio subsidio por LM (con derecho a subsidio) (desv est) ^e	320.815,9 (321.716,9)	313.585,8 (251.577,9)	234.199,1 (239.408,7)	320.809,8 (321.712,6)
Monto (\$) mínimo entregado a LM con derecho a subsidio	1	81.727,4	4.546,3	1
Monto (\$) máximo entregado a LM con derecho a subsidio	11.989.879	641.520	1.615.065	11.989.879
Días promedio por LM (desv est)	14,9 (11,0)	22,5 (10,6)	18,7 (14,1)	15,4 (11,1)

Notas:

^a Este número no se forma como 2.115.852+140.516+16.629 ya que un mismo RUT puede aparecer en cualquiera de las tres categorías (LM autorizadas, rechazadas o pendientes).

^b Calculado usando el total de licencias con RUT dividido por el total de RUT únicos en la base (6.316.899/2.115.852).

^c Esto quiere decir que 6.144.924 licencias autorizadas tienen derecho a subsidio, pero de estas, solo 5.186.270 registran un monto de subsidio mayor a 0. Se hace esta diferencia para efectos del cálculo de subsidios promedio.

^d Esta es el total de los dineros de las licencias autorizadas con derecho a subsidio ("una vez verificada" y "por el empleador").

^e Calculado para LM aceptadas, como $1.663.951.381.479 / (5.186.270 + 353)$.

En línea con lo exhibido en la tabla anterior, se observa en la Tabla 23 que la mayoría de las personas piden menos de 3 LM al año; esto es, una buena parte del número de LM solicitadas y autorizadas se explican por una gran cantidad de personas solicitando pocas LM, en lugar de unas pocas personas solicitando muchas LM (patrón extensivo en lugar de intensivo).

Tabla 23. Distribución del número de LM solicitadas por RUT único

Número de licencias	Autorizada (n=2.115.852)		Todas (n=2.133.425) <i>incluye autorizadas, rechazadas y pendientes</i>	
	%	% acumulado	%	% acumulado
1	39,68%	39,68%	39,02%	39,02%
2	20,92%	60,60%	20,59%	59,61%
3	12,24%	72,83%	12,03%	71,63%
4	7,65%	80,48%	7,45%	79,08%
5	5,22%	85,70%	5,08%	84,16%
6	3,84%	89,54%	3,79%	87,95%
7	2,77%	92,31%	2,78%	90,73%
8	2,06%	94,37%	2,13%	92,86%
9	1,49%	95,86%	1,62%	94,48%
10	1,12%	96,98%	1,26%	95,74%
[10-20]	2,94%	99,92%	4,08%	99,82%
[20-30]	0,08%	100,00%	0,17%	99,99%
[30-40]	0,01%	100,00%	0,01%	100,00%
[40-66]	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%

Al analizar la tabla anterior en busca de los casos de “alta” solicitud o potenciales outliers estadísticos¹¹ en términos de solicitud de licencias; considerando todas las LM de la base (autorizadas, rechazadas y pendientes), este punto de corte es 9,42 LM ($3,16 + 2*3,13=9,42$); usando esta definición, existen 117.807 personas que pueden ser consideradas como outliers en términos de número de licencias solicitadas, correspondiente al 5,52% del total de personas que solicitaron licencia. Al considerar solo las LM de autorizadas el resultado es parecido: el punto de corte corresponde a 8,61 LM ($2,99+2*2,81$), lo que da un total de 119.251 personas (5,64% del total de personas con LM autorizadas).

La Tabla 24 muestra que, al identificar outliers estadísticos (usando número de LM, días o montos del subsidio), aproximadamente un 5% del total de las personas que piden LM explican cerca del 30% del gasto total en licencias.

Tabla 24. Participación de outliers (receptores de LM) en total de LM, días y monto del subsidio

	Número de LM		Días de LM otorgados ¹²		Monto subsidio ¹³	
	Todas (n=6.740.044)	Autorizadas (n=6.316.910)	Todas	Autorizadas	Todas	Autorizadas
Punto de corte (definición outlier)	9,42	8,61	191,99	171,88	4.105.024	4.101.416
Número de personas	117.807	119.251	122.613	115.803	77.378	77.377
% del total de personas	5,52%	5,64%	5,75%	5,47%	4,47%	4,47%
Total de LM	1.507.100	1.370.266	1.384.128	1.167.609	762.745	721.121
% del total de LM	22,36%	21,69%	20,5%	18,48%	12,58%	12,56%
Total días de LM otorgados	28.866.500	25.068.963	34.729.130	29.373.281	19.253.824	18.187.551
% del total de días otorgados	27,79%	26,64%	33,44%	31,21%	20,05%	20,47%
Monto pagado en LM (M\$)	435.285.524	463.418.919	532.321.010	549.044.019	505.496.724	504.944.219
% del total del monto pagado en LM	26,12%	27,85%	31,95%	32,99%	30,34%	30,34%

¹¹ Para efectos del análisis, se consideraron como outliers a todas las personas que pidieron un número de licencias mayor a dos veces la desviación estándar de la media.

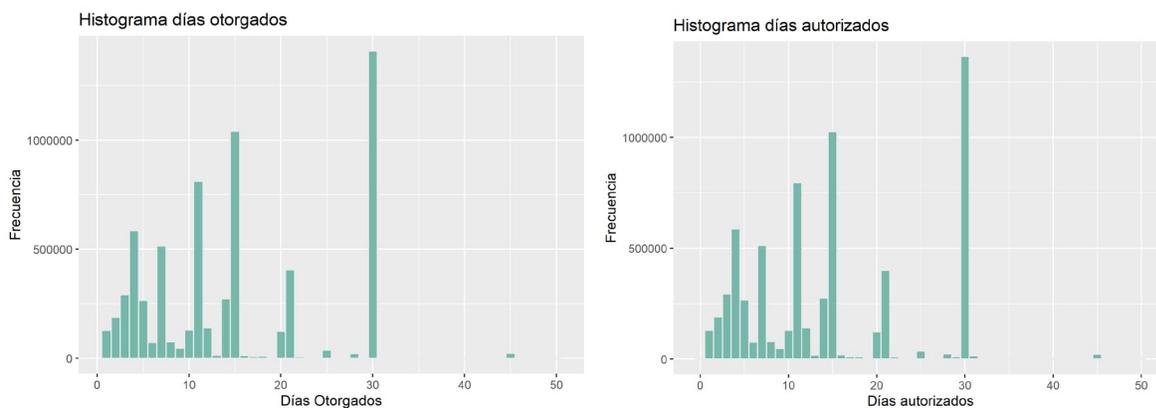
¹² Se realiza el mismo análisis para “Días de LM autorizados”, con similares resultados.

¹³ El análisis excluye LM autorizadas pero que tienen un monto del subsidio igual a 0. Los resultados son relativamente similares al incluir estos datos.

Finalmente, la Figura 11 presenta la frecuencia del número de licencias solicitadas por días de cada licencia. El objetivo es analizar un comportamiento anómalo relacionado a la existencia de un periodo de carencia en el sistema de LM en Chile. En particular, el artículo 14 del D.F.L. N° 44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y la Previsión Social, establece este periodo de carencia, que consiste en el no pago de los tres primeros días del subsidio. Así, el beneficio se paga a partir del cuarto día en licencias menores o iguales a 10 días, y para las superiores a 11 días, se otorga la totalidad del subsidio; este periodo no existe, sin embargo, para las licencias por COVID-19¹⁴. Como se observa a partir de los gráficos, efectivamente existe una discontinuidad (salto) en el número de licencias con 4, 7 días, 11, 15, 21 y 30 días.

El patrón observado, se podría relacionar a las duraciones de una semana (7, 15, 21 y 30 días) y a la existencia del periodo de carencia para explicar el número relativamente alto de LM con 11 días (a fin de obtener la totalidad del subsidio) y 4 días (a fin de tener al menos un día de licencia pagada para LM menores o iguales a 10 días).

Figura 11. Histograma del número de días de licencia (otorgados y autorizados)



Como se planteó anteriormente, la ley establece que este periodo de carencia no existe para las licencias COVID-19. Utilizando este elemento, se analiza si efectivamente existe un patrón distinto entre licencias COVID-19 y licencias no COVID-19. La figura muestra el histograma del número de licencias otorgadas según el número de días de cada licencia (el patrón es similar al analizar las LM autorizadas).

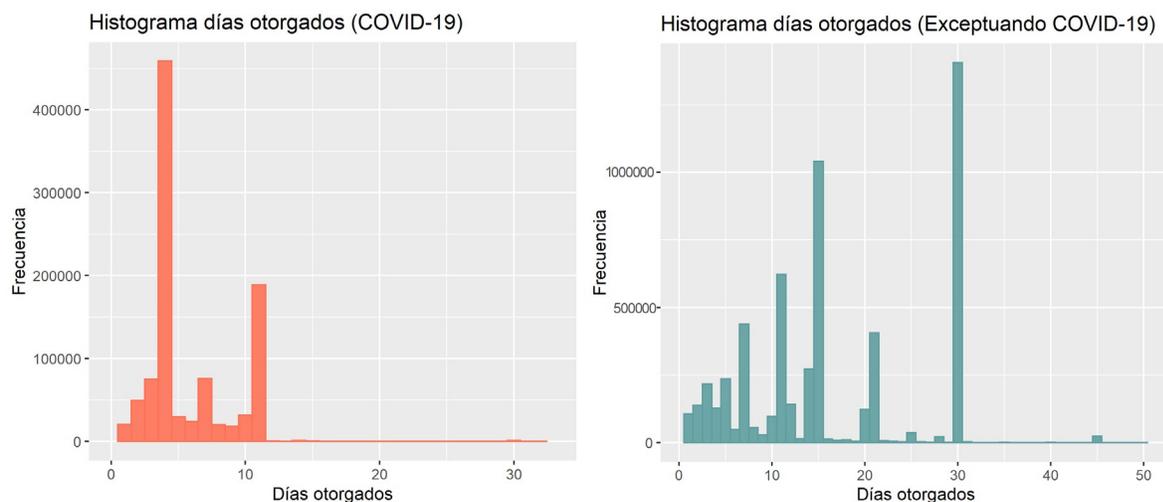
La hipótesis original es que la existencia de los días de carencia, que implican beneficios diferentes para licencias de 3 y 10 días, genera las discontinuidades observadas en la figura anterior. En

¹⁴ SUSESO (2021). Dictamen 2162-2021. <https://www.suseso.cl/612/w3-article-638717.html#:~:text=N%C2%B0%2044%20establece%20la,otorga%20la%20totalidad%20del%20subsidio>

consecuencia, dado que las licencias COVID-19 no tienen estos días de carencia, las discontinuidades en las licencias de 4 y 11 días no debieran observarse (o debieran ser menores que en las licencias no COVID-19). Sin embargo, la figura muestra exactamente lo opuesto. De hecho, las licencias COVID-19 tienen un marcado *peak* en LM de 4 y 11 días, patrón menos marcado en las licencias no COVID-19.

Si bien este resultado es contraintuitivo, una posible explicación tiene que ver con la falta de información sobre esta legislación particular de las LM COVID-19: de hecho, se observa que la mayoría de las LM COVID-19 son licencias “cortas”, en donde el incentivo a evitar los días de carencia (bajo el supuesto que la gente sigue pensando que aplican), es mayor.

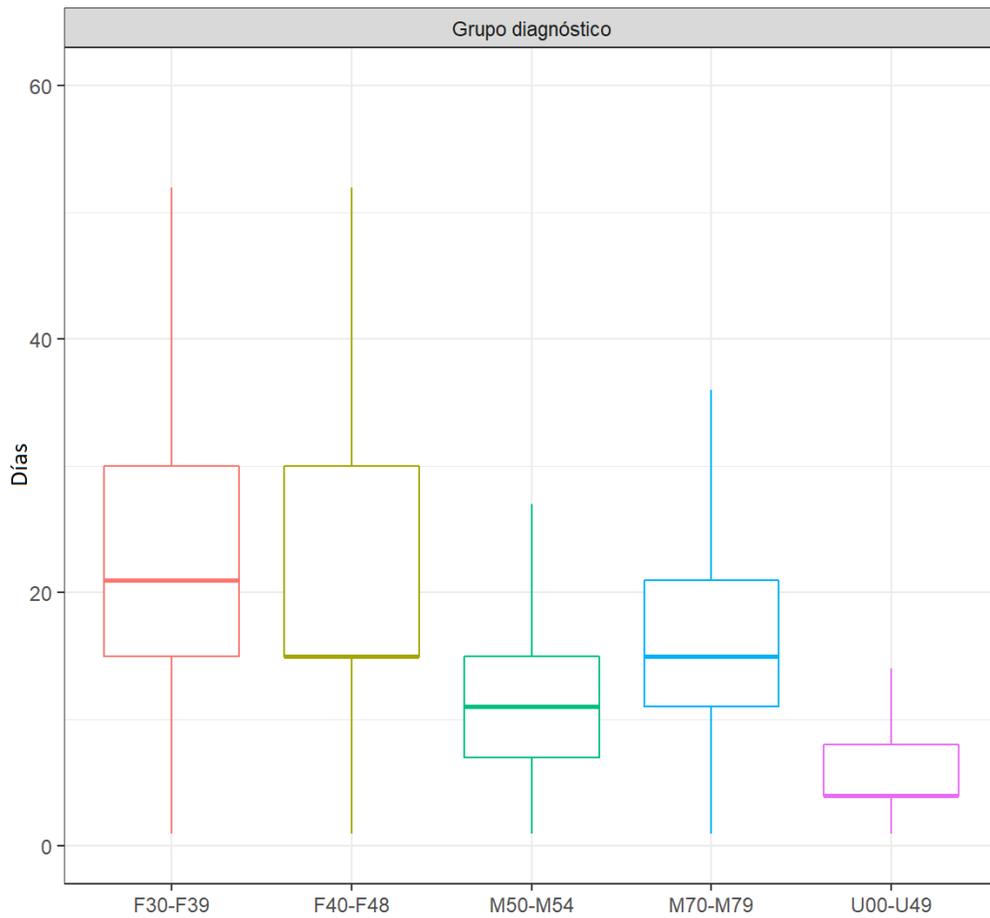
Figura 12. Histograma del número de días de licencia otorgados (LM COVID-19 y no COVID-19)



Respecto de la “normalidad” de los días de licencia, a continuación se presentan estadísticas para evaluar la distribución de días en las condiciones de salud que generan mayor gasto en el sistema: Trastornos del humor [afectivos] (F30–F39); Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos (F40–F48); Otras dorsopatías (M50–M54); Otros trastornos de los tejidos blandos (M70–M79) y; Asignación provisoria de nuevas afecciones de etiología incierta (U00–U49).

Como se observa en la figura, existe una amplia dispersión en los números de día otorgados para un mismo diagnóstico, principalmente en los primeros dos grupos, relacionados a trastornos mentales.

Figura 13. Distribución del número de días de licencia otorgados para distintos grupos de diagnóstico



El detalle de estas cifras se encuentra en la siguiente tabla, donde se observa que LM relacionadas al grupo F30-F39 pueden variar desde 1 a 630 días.

Tabla 25. Estadísticas de número de días de licencia otorgados para distintos grupos de diagnóstico

Medida	F30-F39	F40-F48	M50-M54	M70-M79	U00-U49
Promedio (desv est)	22,7 (7,57)	19,38 (7,75)	13,31 (9,64)	16,72 (9,99)	5,83 (3,29)
Mediana [Q25; Q75]	21 [15;30]	15[15;30]	11[7;15]	15[11;21]	4[4;8]
Mínimo	1	1	1	1	1
Máximo	630	309	365	310	182
% bajo 1 semana	2,10	5,34	36,48	18,95	73,55
% sobre 1 semana	97,9	94,66	63,52	81,05	26,45
% sobre 2 semana	88,46	77,43	38,42	55,38	0,27
% sobre 3 semana	47,77	30,69	14,55	22,60	0,14
% sobre 1 mes	0,55	0,12	1,16	1,69	0,02

Lo anterior puede ser una señal de alerta y un espacio de mejora para tratar de estandarizar el otorgamiento de licencias en ciertas condiciones y avanzar hacia un estándar—con criterios clínicos—que permita evitar fraudes en el sistema.

- **Análisis de licencias otorgadas: profesionales médicos**

En esta sección analizamos las estadísticas respecto de las LM de FONASA en 2021 desde la perspectiva de los emisores de LM: médicos.

La tabla siguiente muestra las estadísticas de las licencias solicitadas en el periodo desde el punto de vista de los emisores. En términos generales, se identifican cerca de 4.500 RUT únicos de emisores en la base con un número de licencias emitidas al año por profesional que varían desde 1 a más de 100 mil¹⁵. Si bien el número promedio de licencias emitidas se encuentra en 146 al año, la existencia de emisores con muchas LM al año puede distorsionar este estadístico; por otra parte, se observa que la mediana de LM al año se ubica en 37 licencias (es decir, la mitad de los profesionales emiten menos de 37 licencias al año).

¹⁵ Dado que la base de datos está anonimizada, no es posible identificar a quién corresponde este RUT. Sin embargo, considerando el volumen de licencias emitidas al año, es probable que el dato corresponda a algún emisor institucional (por ejemplo, la Seremi de Salud) u otra codificación. A fin de considerar este problema, para efectos del análisis de licencias emitidas y emisores, se realizan análisis incluyendo a todos los emisores y emisores con menos de 2.000 LM al año.

Tabla 26. Estadística descriptiva de las licencias solicitadas

Variable	Grupo de LM			
	Autorizada	Rechazada	Pendiente	Total
N° Licencias emitidas	6.316.910	405.218	17.916	6.740.044
N° LM con RUT del profesional médico	6.129.585	383.045	17.008	6.529.638
N° profesionales que emiten LM	44.469	22.104	8.226	44.633
N° mínimo de LM emitidas por profesional	1	1	1	1
N° máximo de LM emitidas por profesional	104.328	2.022	345	105.320
Promedio LM emitidas por profesional (desv est)	138,0 (720)	17,3 (63,5)	2,1 (4,8)	146,3 (741,6)
Mediana LM emitidas por profesional	36	4	1	37
LM por profesional [Percentil 25; Percentil 75]	[8;129]	[1;11]	[1;2]	[8;135]

^a Este número no se forma como 2.115.852+140.516+16.629 ya que un profesional puede emitir licencias en cualquiera de las tres categorías (LM autorizadas, rechazadas o pendientes).

La distribución de los profesionales según el número de LM se muestra en la siguiente tabla. Como se señaló anteriormente, el análisis se hace para todos los RUT incluidos en la base y para un subconjunto de ellos (menos de 2.000 LM por año emitidas), para abordar potenciales problemas de las estadísticas producidos por *outliers* que podrían no necesariamente ser médicos emitiendo LM (ver nota al pie anterior).

La tabla muestra una distribución relativamente uniforme entre los distintos grupos de número de LM emitidas; como se señaló previamente, aproximadamente la mitad de los profesionales emiten menos de 37 licencias, con cerca del 10% emitiendo una LM por año. Al contrario del análisis de receptores de LM (licencias solicitadas por trabajadores), acá existe un grupo importante de “super emisores” que explican una fracción no menor del total de licencias emitidas en un año. Por ejemplo, 10% de la muestra emite entre 180 y 350 LM por año; considerando un periodo de trabajo de 48 semanas al año (6 de vacaciones) y 5 días a la semana, esto es aproximadamente una LM emitida por día.

Tabla 27. Distribución del número de LM emitidas por RUT profesional

Incluye todos los RUT					Sólo RUT con menos de 2.000 LM por año				
Número de licencias emitidas	Autorizada (n=6.129.585) <i>Sólo autorizadas</i>		Todas (n=6.529.638) <i>Incluye autorizadas, rechazadas y pendientes</i>		Número de licencias emitidas	Autorizada (n=6.129.585) <i>Sólo autorizadas</i>		Todas (n=6.529.638) <i>Incluye autorizadas, rechazadas y pendientes</i>	
	%	% acumulado	%	% acumulado		%	% acumulado	%	% acumulado
1	7,93%	7,93%	7,96%	7,96%	1	7,95%	7,95%	8,00%	8,00%
2	4,69%	12,62%	4,64%	12,6%	2	4,71%	12,66%	4,66%	12,66%
3	3,39%	16,01%	3,39%	15,99%	3	3,40%	16,06%	3,41%	16,07%
4	2,71%	18,72%	2,64%	18,63%	4	2,72%	18,78%	2,65%	18,72%
5	2,38%	21,10%	2,33%	20,96%	5	2,39%	21,17%	2,34%	21,06%
6	1,99%	23,09%	1,97%	22,93%	6	2,00%	23,17%	1,98%	23,04%
7	1,68%	24,77%	1,72%	24,65%	7	1,69%	24,86%	1,72%	24,76%
8	1,64%	26,41%	1,6%	26,25%	8	1,65%	26,51%	1,60%	26,36%
9	1,51%	27,92%	1,47%	27,72%	9	1,51%	28,02%	1,48%	27,84%
10	1,44%	29,36%	1,39%	29,11%	10	1,45%	29,47%	1,40%	29,24%
]10-21]	11,36%	40,72%	11,21%	40,32%	]10-21]	11,40%	40,87%	11,26%	40,50%
]21-37]	10,37%	51,09%	10,09%	50,41%	]21-36]	9,87%	50,74%	9,58%	50,08%
]37-61]	9,70%	60,79%	9,69%	60,10%	]36-60]	9,59%	60,33%	9,99%	60,07%
]61-103]	10,11%	70,90%	9,99%	70,09%	]60-101]	10,13%	70,46%	9,96%	70,03%
]103-179]	10,03%	80,93%	10,00%	80,09%	]101-174]	9,90%	80,36%	9,98%	80,01%

]179-351]	9,58%	90,51%	9,92%	90,01%	]174-339]	9,73%	90,09%	10,02%	90,03%
]179-105320]	9,49%	100,00%	9,99%	100%	]339-2000]	9,91%	100,00%	9,97%	100,00%

La importancia de estos *outliers* se muestra en la siguiente tabla. Si consideramos sólo a los RUT que emiten menos de 2.000 LM por año, el punto de corte para considerar a un médico como *outlier* en emisión de LM es emitir 597 LM por año; como vemos en la tabla, esta definición agrupa al 4,5% del total de los médicos que emiten licencias, pero representa casi el 40% del total de licencias emitidas, días otorgados y subsidios pagados.

Tabla 28. Participación de *outliers* (emisores de LM) en total de LM, días y monto del subsidio

	Incluyendo todos los RUT		Sólo RUT con menos de 2.000 LM por año	
	Todas (n=6.740.044)	Autorizadas (n=6.316.910)	Todas (n=6.740.044)	Autorizadas (n=6.316.910)
Punto de corte (definición <i>outlier</i>)	1629,58	1577,33	597,64	575,83
Número de personas	360	295	2.019	2.013
% del total de personas	0,81%	0,66%	4,54%	4,54%
Total de LM	1.209.288	997.213	2.027.493	1.947.073
% del total de LM	18,52%	16,27%	36,26%	36,18%
Total días de LM otorgados	21.441.427	1.6811.583	30.706.686	28.655.032
% del total de días otorgados	21,51%	18,58%	37,03%	36,87%
Monto pagado en LM (M\$)	344.189.386	304.562.456	511.685.257	533.255.551
% del total del monto pagado en LM	21,46%	19,01%	38,36%	38,83%

- Análisis de licencias por diagnóstico

En esta sección se analizan las estadísticas de LM por grupos de diagnóstico de enfermedad. En primer lugar, respecto del número de licencias, la tabla muestra que en 2021, las condiciones que produjeron más LM fueron los códigos F40-F48 (relacionadas a trastornos mentales) y U00-U49 (relacionadas a COVID-19); en conjunto los 5 grupos de diagnóstico de la tabla, explican casi el 60%

del total de licencias solicitadas. El primer grupo (F40-F48) explica el 25% del total de días otorgados y montos del subsidio entregado.

Tabla 29. Distribución del número de LM por grupo de diagnóstico

Ranking	Grupo de diagnóstico	Todas (n=6.740.044) <i>incluye autorizadas, rechazadas y pendientes</i>				LM Autorizadas (n=6.316.910)			
		% LM (% acumulado)	Días otorgados (% del total día)	Subsidio (% del total)	Días otorgados promedio	% LM (% acumulado)	Días otorgados (% del total día)	Subsidio (% del total)	Días otorgados promedio
1°	F40-F48	20,6% (20,6%)	26.935.967 (25,9%)	458.276.450.110 (27,5%)	19,36	19,5% (19,5%)	23.492.994 (24,9%)	457.696.608.913 (27,5%)	19,09
2°	U00-U49	14,8% (35,4%)	5.821.135 (5,6%)	76.795.071.141 (4,6%)	5,79	15,6% (35,1%)	5.729.015 (6,1%)	76.703.854.231 (4,6%)	5,82
3°	M50-M54	9,3% (44,7%)	8.357.987 (8,0%)	131.070.677.996 (7,9%)	13,28	9,4% (44,5%)	7.646.221 (8,1%)	130.932.096.932 (7,9%)	12,84
4°	F30-F39	7,5% (52,2%)	11.401.310 (11,0%)	191.611.242.134 (11,5%)	22,67	6,6% (51,1%)	9.386.388 (9,9%)	191.293.367.185 (11,5%)	22,47
5°	Z20-Z29	4,6% (56,8%)	2.994.985 (2,9%)	45.424.184.709 (2,7%)	9,58	4,8% (55,9%)	2.928.003 (3,1%)	45.379.845.308 (2,7%)	9,69

Nota¹⁶:

- Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos (F40–F48) incluye: F40 Trastornos fóbicos de ansiedad; F41 Otros trastornos de ansiedad; F42 Trastorno obsesivo-compulsivo; F43 Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación; F44 Trastornos disociativos [de conversión]; F45 Trastornos somatomorfos; F48 Otros trastornos neuróticos.
- Asignación provisoria de nuevas afecciones de etiología incierta (U00–U49) incluye: U04 Síndrome respiratorio agudo grave [SRAG]; U07.1 COVID-19, virus identificado. o Caso confirmado con resultado positivo de la prueba; U07.2 COVID-19, virus no identificado o Diagnosticado clínicamente y epidemiológicamente con COVID-19 o Caso probable de COVID-19 o Caso sospechoso de COVID-19 (<https://www.paho.org/arg/dmdocuments/2019-ncov-1/documentos/COVID-19-CIE-codigos-2020-03-25-spa.pdf>).
- Otras dorsopatías (M50–M54) incluye: M50 Trastornos de disco cervical; M51 Otros trastornos de los discos intervertebrales; M53 Otras dorsopatías, no clasificadas en otra parte; M54 Dorsalgia.
- Trastornos del humor [afectivos] (F30–F39) incluye: F30 Episodio maniaco; F31 Trastorno afectivo bipolar; F32 Episodio depresivo; F33 Trastorno depresivo recurrente; F34 Trastornos del humor [afectivos] persistentes; F38 Otros trastornos del humor [afectivos]; F39 Trastorno del humor [afectivo], no especificado
- Personas con riesgos potenciales para su salud, relacionados con enfermedades transmisibles (Z20–Z29) incluye: Z20 Contacto con y exposición a enfermedades transmisibles; Z21 Estado de infección asintomática por el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]; Z22 Portador de enfermedad infecciosa; Z23 Necesidad de inmunización contra enfermedad bacteriana única; Z24 Necesidad de inmunización contra ciertas enfermedades virales Z25 Necesidad de inmunización contra otras enfermedades virales únicas; Z26 Necesidad de inmunización contra otras enfermedades infecciosas únicas; Z27 Necesidad de inmunización contra combinaciones de enfermedades infecciosas; Z28 Inmunización no realizada; Z29 Necesidad de otras medidas profilácticas.

¹⁶ Información de <https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>

Respecto del número de días otorgados, la tabla muestra que en 2021, las condiciones que produjeron más días de licencia fueron los códigos F40-F48 y F30-F39, ambas relacionadas a trastornos mentales; en conjunto los 5 grupos de diagnóstico de la tabla, explican casi el 55% del total de licencias solicitadas. El primer grupo (F40-F48) explica el 25% del total de días otorgados y montos del subsidio entregado.

Tabla 30. Distribución del número de días otorgados por LM por grupo de diagnóstico

Ran king	Grupo de diagno stico	Todas (n=6.740.044) <i>incluye autorizadas, rechazadas y pendientes</i>				LM Autorizadas (n=6.316.910)			
		% subsidio (% acumulado)	LM solicitadas (% del total día)	Días otorgados (% del total)	Días otorgados promedio	% subsidio (% acumulado)	LM solicitadas (% del total día)	Días otorgados (% del total)	Días otorgados promedio
1°	F40- F48	25,9% (25,9%)	1.389.759 (20,6%)	458.276.450.110 (27,5%)	19,38	24,9% (24,9%)	1.230.074 (19,5%)	457.696.608.913 (27,5%)	19,10
2°	F30- F39	11,0% (36,9%)	502.219 (7,5%)	191.611.242.134 (11,5%)	22,70	9,9% (34,8%)	417.712 (6,6%)	191.293.367.185 (11,5%)	22,47
3°	M50- M54	8,0% (44,9%)	628.056 (9,3%)	191.611.242.134 (7,9%)	13,30	8,1% (42,9%)	595.465 (9,4%)	130.932.096.932 (7,9%)	12,84
4°	U00- U49	5,6% (50,5%)	997.737 (14,8%)	76.795.071.141 (4,6%)	5,83	6,1% (49,0%)	983.970 (15,6%)	76.703.854.231 (4,6%)	5,82
5°	M70- M79	5,0% (55,5%)	307.653 (4,6%)	83.732.253.462 (5,0%)	16,72	4,9% (53,9%)	286.599 (4,5%)	83.613.034.407 (5,0%)	16,24

Nota¹⁷:

- Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos (F40–F48) incluye: F40 Trastornos fóbicos de ansiedad; F41 Otros trastornos de ansiedad; F42 Trastorno obsesivo-compulsivo; F43 Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación; F44 Trastornos disociativos [de conversión]; F45 Trastornos somatomorfos; F48 Otros trastornos neuróticos.
- Trastornos del humor [afectivos] (F30–F39) incluye: F30 Episodio maniaco; F31 Trastorno afectivo bipolar; F32 Episodio depresivo; F33 Trastorno depresivo recurrente; F34 Trastornos del humor [afectivos] persistentes; F38 Otros trastornos del humor [afectivos]; F39 Trastorno del humor [afectivo], no especificado
- Otras dorsopatías (M50–M54) incluye: M50 Trastornos de disco cervical; M51 Otros trastornos de los discos intervertebrales; M53 Otras dorsopatías, no clasificadas en otra parte; M54 Dorsalgia.
- Asignación provisoria de nuevas afecciones de etiología incierta (U00–U49) incluye: U04 Síndrome respiratorio agudo grave [SRAG]; U07.1 COVID-19, virus identificado. o Caso confirmado con resultado positivo de la prueba; U07.2 COVID-19, virus no identificado o Diagnosticado clínicamente y epidemiológicamente con COVID-19 o Caso probable de COVID-19 o Caso sospechoso de COVID-19 (<https://www.paho.org/arg/dmdocuments/2019-ncov-1/documentos/COVID-19-CIE-codigos-2020-03-25-spa.pdf>).
- Otros trastornos de los tejidos blandos (M70–M79) incluye: M70 Trastornos de los tejidos blandos relacionados con el uso, el uso excesivo y la presión; M71 Otras bursopatías; M72 Trastornos fibroblásticos; M73 Trastornos de los tejidos blandos en enfermedades clasificadas en otra parte; M75 Lesiones del hombro; M76 Entesopatías del miembro inferior, excluido el pie; M77 Otras entesopatías; M79 Otros trastornos de los tejidos blandos, no clasificados en otra parte.

¹⁷ Información de <https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>

Al mirar los datos por número de días promedio otorgados, las condiciones que produjeron licencias más largas están asociadas a distintos tumores (cáncer), con un porcentaje pequeño asociado a cada condición, lo que muestra una mayor heterogeneidad del número de licencias por condición de salud.

Tabla 31. Ranking de grupo de diagnóstico por días promedio otorgados por LM

Ranking	Grupo de diagnóstico	Todas (n=6.740.044) <i>incluye autorizadas, rechazadas y pendientes</i>				LM Autorizadas (n=6.316.910)			
		Días otorgados medios	Días Otorgados totales (% del total LM)	Licencias solicitadas (% del total LM)	Subsidio (% del total)	Días otorgados medios	Días Otorgados totales (% del total LM)	Licencias solicitadas (% del total LM)	Subsidio (% del total)
1°	C81-C96	47,43	377.084 (0,36%)	7.951 (0,12%)	6.251.308.022 (0,38%)	47,47	357.997 (0,38%)	7.541 (0,12%)	6.245.408.390 (0,38%)
2°	C50	42,87	557.970 (0,54%)	13.015 (0,19%)	9.207.265.222 (0,55%)	42,97	537.293 (0,57%)	12.504 (0,20%)	9.203.067.476 (0,55%)
3°	C15-C26	41,27	839.556 (0,81%)	20.341 (0,30%)	13.660.823.111 (0,82%)	41,21	802.574 (0,85%)	19.472 (0,31%)	13.643.749.954 (0,82%)
4°	C69-C72	41,26	67.710 (0,07%)	1.641 (0,02%)	1.154.074.911 (0,07%)	41,07	63.324 (0,07%)	1.542 (0,02%)	1.153.414.179 (0,07%)
5°	C45-C49	39,77	45.222 (0,04%)	1.137 (0,02%)	667.071.866 (0,04%)	39,76	42.738 (0,05%)	1.075 (0,02%)	66.5426.422 (0,04%)

Nota¹⁸:

- Tumores [neoplasias] malignos del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines (C81–C96) incluye: C81 Enfermedad de Hodgkin; C82 Linfoma no-Hodgkin folicular [nodular]; C83 Linfoma no-Hodgkin difuso; C84 Linfoma de células T, periférico y cutáneo; C85 Linfoma no-Hodgkin de otro tipo y el no especificado; C88 Enfermedades inmunoproliferativas malignas; C90 Mieloma múltiple y tumores malignos de células plasmáticas; C91 Leucemia linfoide; C92 Leucemia mieloide; C93 Leucemia monocítica; C94 Otras leucemias de tipo celular especificado; C95 Leucemia de células de tipo no especificado; C96 Otros tumores malignos y los no especificados del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines.
- Tumor maligno de la mama (C50) C50 Tumor maligno de la mama.
- Tumores malignos de los órganos digestivos (C15–C26) incluye: C15 Tumor maligno del esófago; C16 Tumor maligno del estómago; C17 Tumor maligno del intestino delgado; C18 Tumor maligno del colon; C19 Tumor maligno de la unión rectosigmoidea; C20 Tumor maligno del recto; C21 Tumor maligno del ano y del conducto anal; C22 Tumor maligno del hígado y de las vías biliares intrahepáticas; C23 Tumor maligno de la vesícula biliar; C24 Tumor maligno de otras partes y de las no especificadas de las vías biliares; C25 Tumor maligno del páncreas; C26 Tumor maligno de otros sitios y de los mal definidos de los órganos digestivos.
- Tumores malignos del ojo, del encéfalo y de otras partes del sistema nervioso central (C69–C72) incluye: C69 Tumor maligno del ojo y sus anexos; C70 Tumor maligno de las meninges; C71 Tumor maligno del encéfalo; C72 Tumor maligno de la médula espinal, de los nervios craneales y de otras partes del sistema nervioso central.
- Tumores malignos de los tejidos mesoteliales y de los tejidos blandos (C45–C49) incluye: C45 Mesotelioma; C46 Sarcoma de Kaposi; C47 Tumor maligno de los nervios periféricos y del sistema nervioso autónomo; C48 Tumor maligno del peritoneo y del retroperitoneo; C49 Tumor maligno de otros tejidos conjuntivos y de tejidos blandos.

¹⁸ Información de <https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>

Finalmente, al ver el monto de subsidios otorgados, la tabla muestra que en 2021, las condiciones que generaron mayor gasto fueron los códigos F40-F48 y F30-F39, ambas relacionadas a trastornos mentales; en conjunto los 5 grupos de diagnóstico de la tabla, explican casi el 55% del total de licencias solicitadas. El primer grupo (F40-F48) explica el 25% del total de días otorgados y montos del subsidio entregado. Esto es similar a lo encontrado para el número total de días de LM.

Tabla 32. Distribución del monto de subsidios por LM por grupo de diagnóstico

Ranking	Grupo de diagnóstico	Todas (n=6.740.044) <i>incluye autorizadas, rechazadas y pendientes</i>				LM Autorizadas (n=6.316.910)			
		% subsidio (% acumulado)	LM solicitadas (% del total día)	Días otorgados (% del total)	Días otorgados promedio	% subsidio (% acumulado)	LM solicitadas (% del total día)	Días otorgados (% del total)	Días otorgados promedio
1°	F40-F48	27,5% (27,5%)	1.389.759 (20,6%)	26.935.967 (25,9%)	19,38	27,5% (27,5%)	1.230.074 (19,5%)	23.492.994 (24,9%)	19,10
2°	F30-F39	11,5% (39,0%)	502.219 (7,5%)	11.401.310 (11,0%)	22,70	11,5% (39,0%)	417.712 (6,6%)	9.386.388 (9,9%)	22,47
3°	M50-M54	7,9% (46,9%)	628.056 (9,3%)	8.357.987 (8,0%)	13,30	7,9% (46,9%)	595.465 (9,4%)	7.646.221 (8,1%)	12,84
4°	M70-M79	5,0% (51,9%)	307.653 (4,6%)	5.142.599 (5,0%)	16,71	5,0% (51,9%)	286.599 (4,5%)	4.654.947 (4,9%)	16,24
5°	U00-U49	4,6% (56,5%)	997.737 (14,8%)	5.821.135 (5,6%)	5,83	4,6% (56,5%)	983.970 (15,6%)	5.729.015 (6,1%)	5,82

Nota¹⁹:

- Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos (F40–F48) incluye: F40 Trastornos fóbicos de ansiedad; F41 Otros trastornos de ansiedad; F42 Trastorno obsesivo-compulsivo; F43 Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación; F44 Trastornos disociativos [de conversión]; F45 Trastornos somatomorfos; F48 Otros trastornos neuróticos.
- Asignación provisoria de nuevas afecciones de etiología incierta (U00–U49) incluye: U04 Síndrome respiratorio agudo grave [SRAG]; U07.1 COVID-19, virus identificado. o Caso confirmado con resultado positivo de la prueba; U07.2 COVID-19, virus no identificado o Diagnosticado clínicamente y epidemiológicamente con COVID-19 o Caso probable de COVID-19 o Caso sospechoso de COVID-19 (<https://www.paho.org/arg/dmdocuments/2019-ncov-1/documentos/COVID-19-CIE-codigos-2020-03-25-spa.pdf>).
- Otras dorsopatías (M50–M54) incluye: M50 Trastornos de disco cervical; M51 Otros trastornos de los discos intervertebrales; M53 Otras dorsopatías, no clasificadas en otra parte; M54 Dorsalgia.
- Trastornos del humor [afectivos] (F30–F39) incluye: F30 Episodio maniaco; F31 Trastorno afectivo bipolar; F32 Episodio depresivo; F33 Trastorno depresivo recurrente; F34 Trastornos del humor [afectivos] persistentes; F38 Otros trastornos del humor [afectivos]; F39 Trastorno del humor [afectivo], no especificado
- Personas con riesgos potenciales para su salud, relacionados con enfermedades transmisibles (Z20–Z29) incluye: Z20 Contacto con y exposición a enfermedades transmisibles; Z21 Estado de infección asintomática por el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]; Z22 Portador de enfermedad infecciosa; Z23 Necesidad de inmunización contra

¹⁹ Información de <https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>

enfermedad bacteriana única; Z24 Necesidad de inmunización contra ciertas enfermedades virales Z25 Necesidad de inmunización contra otras enfermedades virales únicas; Z26 Necesidad de inmunización contra otras enfermedades infecciosas únicas; Z27 Necesidad de inmunización contra combinaciones de enfermedades infecciosas; Z28 Inmunización no realizada; Z29 Necesidad de otras medidas profilácticas.

2.3 Síntesis de resultados

- **El gasto agregado en LM ha ido aumentando en el periodo**, empujado principalmente por el aumento en el gasto en Isapres, particularmente a partir de la llegada del COVID-19 en 2020 y la “recuperación” del gasto de algunas condiciones de salud en 2021.
 - Parte importante de este aumento se explica por el constante aumento en el gasto en licencias por trastornos mentales, particularmente en Isapres.
- Si bien **el aumento en gasto en 2020 existe, es relativamente moderado y explicado por la inclusión de nuevas condiciones (LM COVID)**; de hecho, al descontar estas condiciones del gasto total, el gasto en LM (considerando LM que existían en años anteriores) es menor al de 2019 (probablemente explicado por la disminución de otras patologías durante la pandemia). **Durante 2021 la tendencia se revierte** y se observa una vuelta a los valores pre-pandemia, con importantes aumentos en el gasto de condiciones de salud que habían disminuido en 2020, como enfermedades osteomusculares, traumatismos y enfermedades del sistema digestivo.
- Respecto de los componentes del gasto, **el valor promedio del día licencia no ha variado sustancialmente en el sistema**; esto se explica por la estabilidad de este indicador en FONASA, aunque sí se observa un incremento de este valor en Isapres.
- Por otro lado, **el número de días pagados de licencia ha aumentado en ambos seguros**, con un mayor aumento en FONASA.
 - Este número ha aumentado para varias condiciones, siendo particularmente importante el incremento en el número de días pagados de licencias por trastornos mentales tanto en FONASA como Isapres.
- Los **patrones de gasto y su explicación son distintos para el mediano (2016-2020) y en el periodo de transición a la pandemia (2019-2020) plazo y entre seguros de salud**.
 - Mientras en FONASA el efecto precio (cambio en valor promedio de licencias) no es relevante para explicar el cambio del gasto en el periodo 2016-2020, este sí aparece como factor en Isapres y para explicar los patrones de pandemia (cambio 2019-2020).
 - La contribución del número de días de licencia pagados (Q) es importante en ambos períodos y sistemas, pero en FONASA se explica por una combinación de más licencias y más días por licencia, mientras que en Isapre se explica exclusivamente por licencias más largas.

- Existen diferencias—en principio no justificables—en los patrones de LM entre distintos tipos de empresa: en particular, **hay un número mayor de LM en empresas de mayor tamaño (con más trabajadores) y empresas del sector servicios.**
- Desde la perspectiva de la demanda de LM, el patrón de solicitud de LM es más bien extensivo que intensivo, esto es un **gran número de trabajadores solicitan pocas licencias** (versus la alternativa que el número de LM se explique por un grupo pequeño de personas solicitando muchas LM). Desde el punto de vista de la oferta, la historia es distinta: **un grupo pequeño de médicos emite un número importante del total de licencias.**
- Las **LM por trastornos mentales son las más comunes, las que producen más días de licencia y las que más explican el gasto en LM.** Otras enfermedades que producen un alto gasto en LM se relacionan con problemas musculares en la población (por ejemplo, dorsopatías).
- La existencia de **días de carencia en las licencias produce un patrón “anormal”** en la distribución de días otorgados, incluyendo una clara discontinuidad en torno a los días con los que se modifican los beneficios. Así mismo, se observa una **amplia dispersión en el número de días otorgados para una misma condición de salud**, particularmente en licencias asociadas a trastornos mentales.

3. Análisis de experiencias internacionales

En esta sección se presentan experiencias de otros países en el manejo de las licencias médicas. El capítulo tiene por objetivo identificar alternativas de política sobre licencias médicas a fin de conocer mejores prácticas e identificar lecciones para posibles reformas del sistema chileno.

En este informe se presentan los casos de Colombia, Holanda, Corea del Sur y Estados Unidos. El caso colombiano se ha incorporado debido a su similitud con el caso chileno: el sistema de seguridad social es operado por entidades privadas (Entidades Promotoras de Salud, EPS) que son análogas a las Isapres y que, como en el caso chileno, son responsables del pago de licencias médicas (cuando no se trata de enfermedades de origen laboral). Por su parte, el caso de Holanda permite analizar un sistema donde el pago de licencias no está ligado con el sistema de salud sino que se mantiene en el ámbito de las relaciones laborales entre el empleado y el empleador con la participación del estado en la regulación de dicha relación y la provisión de subsidios en caso puntuales. Los casos de Corea y Estados Unidos son incorporados como ejemplos de sistemas con beneficios más restringidos y que tienen una amplia diversidad de mecanismos asociados a los beneficios por enfermedad.

Para cada país se ha estudiado la legislación vigente y consultado las páginas web oficiales de las entidades gubernamentales relevantes. Se presenta información sobre las entidades principales involucradas, los procesos para la obtención de licencias médicas, el mecanismo de financiamiento y las estrategias para la contención del gasto en LM.

3.1. Colombia

3.1.1. Entidades involucradas²⁰

- a. Entidad Promotora de Salud (EPS): entidades privadas que deben proporcionar servicios de salud a través de una red de proveedores (clínicas, hospitales, centros médicos, etc.) propios o subcontratados. Las EPS son supervisadas por la Superintendencia de Salud colombiana y reguladas por el Ministerio de Protección Social y diversas legislaciones gubernamentales, siendo la principal el Código Sustantivo del Trabajo. Las EPS funcionan en dos regímenes de financiamiento:
 - Régimen contributivo, al que están obligadas todas las personas con capacidad de pago, y
 - Régimen subsidiado, al que se afilian personas sin capacidad de pagar y que son financiados por el Estado a través de un subsidio a la demanda.
- b. Administradora de Riesgos Laborales (ARL): aseguradoras de vida que cubren riesgos de tipo laboral, incluidos aquellos que se puedan generar de camino al lugar de trabajo, además de asesorar y brindar asistencia técnica a las empresas. Pueden ser públicas o privadas. Entre sus funciones está:
 - Recaudar las primas que pagan los empleadores por sus empleados.
 - Prestar asesoría en temas de seguridad laboral y prevención de accidentes.
 - Ofrecer atención médica y programas de rehabilitación a empleados que hayan enfermado o accidentado por causas imputables al trabajo.
 - Pagar prestaciones económicas por incapacidad laboral y pensiones de invalidez que se hayan generado como consecuencia de los accidentes o enfermedades laborales.
 - Todo empleado debe contar con un seguro contratado a una ARL. En el caso de trabajadores dependientes, la empresa está obligada a contratar y pagar una ARL. En el caso de los trabajadores independientes, estos deben pagarlo particularmente.
- c. Administradora de Fondo de Pensiones-Régimen Ahorro Individual (AFP): instituciones financieras privadas encargadas de administrar los fondos de ahorro previsional individuales obligatorios para pensiones y los fondos de cesantía. Además, ofrecen planes de ahorro voluntario.

3.1.2. Legislación involucrada

- Código Sustantivo del Trabajo: compendio de normas que establece las formas de contratación, tipos y formas de salario. Asimismo, como las prestaciones sociales. Rige todas las relaciones entre empleados y empleadores. Comenzó a regir en Colombia en 1950.
- Ley 100 de 1993: comprende aspectos del Sistema de Seguridad Social Integral (SSSI) que tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para promover

²⁰ Ministerio de Salud y Protección Social - <https://www.minsalud.gov.co/>

una calidad de vida acorde con la dignidad humana. El SSSI comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios.

- Ley 776 de 2002: aborda aspectos relacionados con los accidentes de trabajo o de enfermedad profesional.
- Ley 1562 de 2012: relativos a las reglas que se aplican a eventos como accidentes de trabajo.

3.1.3. Mecanismo de funcionamiento y beneficios²¹

Emisión de licencia

Toda licencia médica debe ser emitida en forma autónoma por un profesional de la salud (médico u odontólogo). El objetivo de la licencia es proporcionar al trabajador el tiempo necesario para recuperar su estado de salud, potenciar su capacidad laboral y/o adelantar parte de su proceso de tratamiento y rehabilitación, recibiendo una prestación económica que le permita vivir en forma digna. Esta prestación económica es dada a los trabajadores cotizantes por diversas entidades dependiendo del origen de la incapacidad (enfermedad general o enfermedad laboral).

Plazos y montos de licencia

El trabajador tiene derecho a una licencia por enfermedad de hasta 180 días (6 meses) en el caso de alguna enfermedad no ocupacional. La Ley del Trabajo establece la licencia por enfermedad remunerada de la siguiente manera:

- 2/3 (66,67%) del salario durante los primeros 90 días corridos de licencia por enfermedad, y
- 1/2 (50%) del salario por el tiempo restante de licencia por enfermedad.

El sistema de salud es responsable del pago durante la licencia por enfermedad no ocupacional (enfermedad general). Los beneficios se pagan a través del sistema estatal de seguridad social financiado a través de las contribuciones de los trabajadores (4% de los ingresos mensuales) y del empleador (8,5% de la nómina). El Gobierno también financia el programa para personas de bajos ingresos contribuyendo al Fondo de Solidaridad y Garantía.

Los responsables administrativos del pago de esta prestación económica dependen del origen de la enfermedad (laboral o enfermedad general) y del tiempo transcurrido.

Caso de enfermedad general

- Del día 1 al 2, el pago de la licencia está a cargo del empleador.
- Del 3 al 180 será otorgado por la EPS y
- A partir del día 181 al 540 por la AFP, si existe dictamen favorable de rehabilitación emitido por la EPS.

²¹ Ministerio de Salud y Protección Social - <https://www.minsalud.gov.co/>

Respecto del dictamen de rehabilitación, este consiste en un peritaje técnico elaborado por un médico laboral del EPS en el cual se evalúa si el paciente cumple criterios de invalidez total o parcial. Si los cumple, entonces debe procederse a la solicitud de pensión de invalidez. Si no los cumple (dictamen favorable), se considera pertinente la continuidad del proceso de tratamiento y rehabilitación hasta por 360 días adicionales a los 180 otorgados por el EPS. En conclusión, si hay dictamen favorable de rehabilitación, la AFP es la encargada del pago del subsidio económico por incapacidad temporal mayor a 180 días.

La EPS es la encargada de realizar el peritaje hasta el día 120 y remitirlo a la AFP; si no lo realiza en ese plazo, la EPS se hace cargo del costo de la licencia hasta que la AFP reciba el dictamen de rehabilitación.

Para acceder a las prestaciones económicas generadas por incapacidad por enfermedad general, los trabajadores dependientes e independientes deben haber cotizado, un mínimo de cuatro semanas en forma ininterrumpida y completa.

Caso de enfermedad laboral

Si la incapacidad temporal es de origen laboral, el evento es cubierto por la ARL a partir del día siguiente al que ocurrió el accidente de trabajo o que se diagnosticó la enfermedad laboral, y hasta el momento de su rehabilitación, readaptación o curación, o de la declaración de su incapacidad permanente parcial, invalidez total o su muerte.

Monto de la licencia

La licencia se paga sobre la base del salario del trabajador. En caso de que el trabajador no tenga salario fijo, para pagar el auxilio por enfermedad se tiene como base el promedio de lo devengado en el año de servicio anterior a la fecha en cual empezó la incapacidad, o en todo el tiempo de servicios si no alcanzare a un año.

En cualquiera de los casos de tipo de prestación económica (2/3 de 1 a 90 días, o 1/2 de 90 en adelante), nunca ese monto podrá ser inferior al Salario Mínimo Mensual Vigente.

Estabilidad laboral

El empleo de un trabajador está asegurado durante el período de licencia por enfermedad, es decir, seis meses. Un empleador puede despedir al trabajador que esté de licencia por enfermedad por más de 6 meses y no pueda reincorporarse al final de este período.

Financiamiento

Tal como se mencionó, las licencias médicas son cubiertas por el sistema de seguridad social y, dependiendo del tipo de enfermedad éstas son pagadas por la EPS, las ARL o las AFP. El sistema de seguridad social colombiano es financiado de forma individual a través de cotizaciones que son pagadas por el empleado y el empleador según la siguiente distribución:

Tabla 33. Contribuciones al sistema colombiano de seguridad social

Ítem	Empleador	Empleado
Salud (EPS)	8.5%	4%
Pensión (AFP)	12%	4%
Seguro accidente laboral (ARL)	0,5 a 7% aprox.	0%

Fuente: Elaboración propia en base a referencias.

3.1.4 Mecanismos de contención del gasto de LM

Basándose en la motivación inicial de este estudio—el aumento del gasto de las licencias médicas—, resulta pertinente esquematizar cuáles son los mecanismos a través de los cuales los sistemas de Colombia restringen una emisión excesiva de licencias médicas. Estos mecanismos se basan en aspectos burocráticos, de incentivos y de distribución de las responsabilidades financieras.

1. Primero la licencia debe ser emitida en forma autónoma por un profesional de la salud. Este constituye el primer filtro. El profesional debe diagnosticar la enfermedad, determinar si permite o no seguir trabajando y fijar el tiempo de descanso requerido.
2. La licencia tiene un tope máximo de duración, de 6 meses. Las licencias que se extiendan por sobre este plazo requieren evaluaciones y deben superar otros filtros.
3. La prestación económica corresponde a un porcentaje del salario usual recibido por el trabajador: 2/3 durante los primeros 90 días y 1/2 el tiempo restante.
4. En el caso de licencias extensas (más de 6 meses) el empleador puede despedir al empleado que no pueda reintegrarse.

3.2. Holanda

3.2.1. Entidades involucradas²²

- a. Agencia de seguros laborales (Employee Insurance Agency, UWV en holandés): autoridad administrativa autónoma comisionada por el Ministerio de Asuntos Sociales y del Trabajo para implementar seguros para los trabajadores y proveer servicios e información al mercado laboral.
- b. Proveedor de Servicios de seguridad y salud ocupacional (Occupational Health & Safety Service Provider, OHSS): organizaciones privadas que ofrecen servicios de evaluación y asesoramiento de condiciones y riesgos laborales y acompañamiento en materias de ausentismo laboral. Por ley, los procedimientos relacionados al ausentismo laboral deben ser

²² Employee Insurance Agency (UWV) <https://www.uwv.nl/>

subcontratados y ejecutados por una OHSS. Es esta entidad la encargada de mantener al empleador informado sobre todo aspecto relevante relacionado con la licencia médica.

3.2.2. Legislación involucrada²³

Los seguros laborales son provistos a través de leyes tales como:

1. Unemployment Insurance Act: reglamentación que incorpora la normativa vigente respecto de los beneficios relativos al desempleo, el pago de licencias de trabajo, de maternidad y/o adopción y cualquier otro aspecto relativo a la situación de empleo de un trabajador.
2. Labour Capacity Act: consiste en una batería de reglamentaciones y beneficios dirigidos a los trabajadores que presenten algún tipo de discapacidad para trabajar, parcial o total. Su objetivo es lograr la integración laboral y social de la mayor parte de la población activa. Dentro de su alcance se encuentran regulaciones, reglamentaciones y beneficios e incentivos para la contratación. Algunas de las leyes contenidas en esta son:
 - Full Invalidity Benefit Regulations
 - Return to Work (Partially Disabled) Regulations
 - Disablement Assistance Act for Handicapped Young Persons
 - Invalidity Insurance Act
 - Self-employed Persons Disablement Benefits Act
 - Work and Care Act
 - Sickness Benefits Act

3.2.3. Mecanismo de funcionamiento²⁴

El sistema de salud holandés es de carácter universal, administrado por el Estado y operado por proveedores privados. Los trabajadores tienen la obligación de contar con un seguro médico de nivel básico de un proveedor holandés. Aunque es obligación contar con un seguro de salud, este no se relaciona con la protección o las prestaciones derivadas de las licencias médicas. A diferencia de Chile y Colombia, las licencias médicas no son cubiertas a través del seguro de salud, sino que son de cargo del empleador. Existe un mercado de seguros para los empleadores que pueden contratar para hacer frente a los gastos derivados de licencias médicas. El gobierno, no obstante, ofrece beneficios a los empleadores para algunos casos en que la licencia se prolongue por tiempo excesivo o para algunos tipos de empleados (como personas con discapacidad).

Las licencias médicas deben ser emitidas por un profesional de la salud (médico general asignado al individuo). Todo habitante holandés se encuentra inscrito en el sistema de salud de su municipio y cuenta con médico general asignado que es el primer contacto en caso de cualquier tipo de necesidad de salud. Este médico es el que debe ser consultado para solicitar licencia médica.

²³ Government of The Netherlands - <https://www.government.nl/>

²⁴ Government of The Netherlands - <https://www.government.nl/>

Al enfermarse durante un día laboral, el empleado debe informar al empleador. Las empresas cuentan con procedimientos para reportar enfermedades, las que incluyen llamadas, mensajes o correos electrónicos al jefe y/o a personal de recursos humanos. Si la enfermedad ocurre durante el periodo de vacaciones, es posible informar al empleador y esos días pueden contarse como días de licencia médica (pagada) en vez de días de vacaciones.

Una vez que el empleado ha comunicado al empleador sobre la enfermedad y la necesidad de contar con licencia, el empleador debe registrar la enfermedad del empleado en la Agencia de Aseguramiento del Empleado (Employee Insurance Agency, UWV en holandés). El empleado recibe una notificación de este procedimiento y una comunicación del monto al que tiene derecho dentro de 4 días.

Una vez hecha la notificación con el UWV, ellos se contactan con el trabajador para coordinar una cita con un médico para monitorear la progresión de la enfermedad. Estas citas deben ocurrir durante toda la duración de la enfermedad y se debe hacer reportes sobre la incapacidad continua para trabajar; estas acciones son mediadas por las OHSS.

Licencia de cuidados

Los empleados en territorio holandés también tienen el derecho de tomar licencias de cuidado de corto plazo para cuidar a un pariente (hijos, padres o parejas). En 2015, se amplió este beneficio para la familia extendida (hermanos o abuelos) y conocidos (compañeros de vivienda, vecinos o amigos).

Este tipo de licencia se puede tomar bajo la condición que la persona enferma requiere cuidado y que la persona que se toma la licencia sea la única que lo pueda proveer. Si el enfermo se encuentra en el hospital, por ejemplo, no aplica la licencia de cuidado porque se entiende que el hospital es quien provee el cuidado. Para postular a esta licencia se debe informar al empleador y proveer pruebas tales como una carta del doctor o la confirmación de la cita a un hospital.

Dentro de 12 meses, los empleados tienen derecho a tomar licencias de cuidado equivalentes al doble de su esquema de horas semanales de trabajo, es decir, si un trabajador trabaja 20 horas semanales, puede solicitar hasta 40 horas de licencia de cuidado dentro de un año. Durante este tiempo el empleador debe pagar al menos el 70% del salario (estos porcentajes pueden ser mayores dependiendo de si existe un convenio colectivo de trabajo). En casos de enfermedades con posibilidad de muerte, es posible solicitar una licencia de cuidado de largo plazo de hasta 6 veces el esquema de horas semanales de trabajo. Sin embargo, el empleador no está obligado a pagar ningún salario durante este periodo.

Plazos y montos de licencia

La licencia médica puede ser pagada por el empleador o la UWV, dependiendo de varias condiciones:

El empleador está obligado a pagar al menos el 70% del salario por un periodo máximo de 2 años. Durante el primer año debe pagar el 70% del salario, pero si este monto cae por debajo del salario mínimo, debe suplementarse. Luego del primer año, solo debe pagar el 70% y no está obligado a suplementar. Asimismo, el sueldo base tiene una cota superior: el salario máximo mensual informado por UWV (aproximadamente EUR 5000 en julio de 2022). Si la enfermedad persiste por más de dos

años, el costo es financiado por el estado a través de los beneficios por enfermedad otorgados por UWV.

También se debe pagar el mismo porcentaje (70 o 100%) de todos los componentes del salario que el empleado habría recibido en circunstancias normales (es decir, no enfermo), por ejemplo, horas extras, asignaciones u otros beneficios. Estas obligaciones aplican a todos los empleados (contrato indefinido, contrato por plazo fijo o por turnos).

En el caso de empleados con discapacidad, el empleador puede solicitar compensación al Estado adhiriéndose a la regulación “no-risk policy”. En este esquema, el empleador debe pagar el salario y luego se le compensa a través del seguro creado por esa regulación.

Si el motivo de la licencia es donación de órgano, embarazo o parto, se debe pagar el 100% del salario.

Beneficios al empleador

La UWV (por la regulación Sickness Benefit Act) ofrece beneficios a los que puede acogerse el empleador para compensar el pago de licencias en los siguientes casos:

1. Caso de empleados asalariados:

El empleador está obligado a continuar el pago del salario de sus empleados con licencia médica, con las siguientes excepciones, que pueden obtener beneficios estatales para suplir ese pago. Las excepciones son las siguientes:

- La licencia se origina debido a embarazo o dificultades en el parto.
- La licencia se origina debido a la donación de órganos.
- El empleado sufre de alguna enfermedad o condición cubierta por la política de no riesgo (no-risk policy)
- El empleado es mayor de edad, previamente desempleado y es receptor de pensión por vejez.

2. Caso de empleados no asalariados:

En caso de enfermedad, el empleador debe continuar pagando el salario (70% o 100% con o sin beneficios, dependiendo de los casos antes expuestos) incluso si el empleado ya no es asalariado o dejó de serlo. En estos casos se puede optar a un beneficio. Los casos en que esto aplica son los siguientes:

- El empleado está dejando el empleo.
- El empleado acaba de dejar el empleo.
- El empleado está empleado en otro puesto de trabajo.
- El empleado es un trabajador provisional.
- El empleado es trabajador por turno o es un reemplazo.

Estabilidad laboral

La ley prohíbe que el empleado pueda ser despedido durante una licencia médica. Si el empleado puede volver a trabajar en algún nivel de capacidad, el empleador debe ver si cuenta con alguna posición apropiada en la compañía. Si no es así, el empleador debe hacer todo lo posible por encontrar una posición externa que sea apropiada.

Financiamiento

El pago de licencias médicas en Holanda es financiado por el empleador. En general, los empleadores recurren a seguros (absenteeism insurance) que les ayudan a cubrir estos gastos.

Aunque tomar un seguro contra ausentismo no es obligatorio, muchas empresas lo toman debido a que los costos de uno o varios empleados enfermos puede resultar substancial. La prima de este seguro es diferente para cada empresa, de hecho, muchos factores afectan el nivel de la prima. En promedio, la prima va entre 1,5% y un 5,5%²⁵ del total de los costos salariales. El nivel de porcentaje depende varios factores:

- La composición del staff
- El sector de la industria
- Los datos de ausentismo de los 3 últimos años

Algunos tipos de licencias son cubiertas por beneficios del Estado (al que deben postular los empleadores). Estos casos se refieren especialmente a empleados con discapacidades.

3.2.4 Mecanismos de contención del gasto de LM

En el caso de Holanda, se observa que el sistema posee diversos objetivos: en primer lugar, la (recuperación) salud del empleado, pero también la reincorporación pronta al trabajo. Asimismo, existe un esquema de contrapesos donde la carga financiera del financiamiento de las licencias médicas se comparte entre distintos actores: trabajadores, empleadores y entidades públicas involucradas. Finalmente, el sistema considera la existencia de incentivos perversos en el mercado laboral, los que se tratan de reducir mediante diversos mecanismos.

1. Toda la batería de reglamentos y leyes relacionadas a las licencias médicas en Holanda se ordena alrededor de la idea de que el trabajador vuelva lo antes posible a la fuerza laboral. En ese sentido, el empleador tiene un rol activo en encontrar—dentro de lo posible—una nueva posición de trabajo que sea adecuada a la nueva condición de salud del trabajador (sea esta condición transitoria o permanente). Dicha posición puede ser dentro de la misma empresa o en otra. Asimismo, el trabajador debe dar facilidades para que este proceso se lleve a cabo.²⁶

²⁵ Reportado en página web de proveedor de servicios financieros www.alpina.nl

²⁶ A pesar de esto, la UWV reporta un aumento sostenido de porcentaje de la tasa de ausentismo laboral. El siguiente gráfico muestra el número total de días de licencia como porcentaje del número total de días disponibles (días hábiles) del total de empleados en el período reportado (<https://business.gov.nl/regulation/sick-pay/#:~:text=If%20you%20own%20a%20company,maximum%20period%20of%20two%20years.>)

2. En la misma línea, en Holanda el pago de la licencia médica está a cargo del empleador por lo que tiene todo el incentivo a no pagar por capital humano ocioso y agotar las posibilidades de reinserción; también esto elimina los incentivos a utilizar el sistema de licencias (por ejemplo, como sustituto al pago de salarios).
3. La licencia debe ser emitida en forma autónoma por un profesional de la salud. Este constituye el primer filtro. El profesional debe diagnosticar la enfermedad, determinar si permite o no seguir trabajando y fijar el tiempo de recuperación requerido.
4. Las licencias médicas son monitoreadas por un ente público (distinto al médico que otorgó la licencia) con lo que se produce un control detallado del progreso de la enfermedad.
5. La prestación económica corresponde a un porcentaje del salario usual recibido por el trabajador:
 - 70% del salario durante el primer año, que debe suplementarse hasta el valor del salario mínimo, si el 70% es menor que ese monto.
 - 70% del salario durante el segundo año, sin obligación de suplementar si cae por debajo del salario mínimo.
6. Existe una cota superior a la prestación económica derivada de licencia médica laboral: EUR 5.000.

3.3. Corea del Sur

3.3.1. Entidades involucradas

- a. Sistema de Seguro Laboral de Corea (Employment Insurance System, EI): creado en julio de 1995 para prevenir el desempleo, promover el empleo y desarrollar las habilidades vocacionales de los trabajadores. El costo del seguro corresponde al 1,30% del salario del empleado y es pagado en partes iguales por el empleador y empleado (0,65% cada uno).
- b. Ministerio del Empleo y el Trabajo: formado en 2010 es el ministerio encargado de establecer las políticas relacionadas con el empleo, pólizas y seguros industriales, el desarrollo de la capacidad ocupacional, igualdad laboral, compatibilidad entre trabajo y familia, y condiciones laborales.

3.3.2. Legislación involucrada

La regulación laboral está principalmente dictada por la Labor Standards Act, cuya última actualización se realizó en 2018. Esta ley gobierna los términos y condiciones de empleo tales como las horas de trabajo, las vacaciones, los periodos de descanso, salarios, horas extras, licencias, término de contrato, entre otras. Las relaciones laborales son también ordenadas por la Support for Work-Family

Reconciliation Act N° 3989 de 1984. Finalmente, algunos aspectos como el derecho de amamantamiento y otros similares están normados por Act on Equal Employment and Support for Work-Family Reconciliation, de 1987.

3.3.3. Mecanismo de funcionamiento

En la legislación coreana no existe obligación legal de que los empleadores provean licencias pagadas a sus empleados producto de enfermedades o accidentes que no estén relacionadas con el trabajo. Sin embargo, no es infrecuente que las empresas ofrezcan licencias pagadas sin distinguir entre enfermedades laborales o enfermedad general. En general, estos beneficios se establecen en los contratos individuales o acuerdos colectivos, o se encuentran entre las políticas laborales de la propia empresa.

Los empleadores sí están obligados (bajo la Labor Standard Act) a proveer licencias pagadas por enfermedades o lesiones atribuibles al trabajo. Este tipo de licencias pagadas no pueden ser reembolsadas por el Estado. En el caso de enfermedad o accidente laboral, el empleador debe compensar al empleado que está siguiendo un tratamiento médico en un monto equivalente al 60% del salario promedio del empleado mientras dure el tratamiento (Labor Standards Act). En general, estos casos están cubiertos por seguros de compensación de accidentes industriales que los empleadores están obligados a contratar.

En el caso que una empresa no provea licencias pagadas por enfermedad general, los empleados pueden hacer uso de sus días de feriado legal anual (vacaciones pagadas). Los empleados tienen derecho a 15 días de feriado legal (vacaciones). Este derecho se adquiere luego haber trabajado al menos el 80% de los días laborales de un año. Después de tres años continuados, se agrega un día adicional por cada dos años de trabajo continuado con el mismo empleador, con un máximo de 25 días de feriado legal. Aunque pudiera pensarse que el uso de los días de feriado legal para reemplazar días de licencias médica pudieran ser un incentivo para disminuir las licencias médicas, se debe ser cauteloso el momento de interpretar el carácter idiosincrático y valor social que el descanso tiene en los países orientales. En un estudio llevado adelante por el gobierno sur-coreano en 2013²⁷ se demostró que los trabajadores usaban en promedio solo 8,6 días de sus vacaciones -siendo que por ley les correspondía 14,2 días (actualmente se les garantizan 15 días). Por el contrario, otros países, como Holanda, permiten que los días de licencia médica que ocurren durante el período de vacaciones sean descontados, asegurando de ese modo que las vacaciones pagadas sean usadas en el propósito que tienen: asegurar el descanso del trabajador. Además, recordar que recién en 2018 se abolió en Corea del Sur la semana laboral de 68 horas.²⁸

²⁷ <https://www.koreaherald.com/view.php?ud=20170619000786>

²⁸ <https://www.theguardian.com/world/2018/mar/01/south-korea-cuts-inhumanely-long-68-hour-working-week>

Fuera de licencias por enfermedad o accidente laboral, la legislación coreana regula un número específico de licencias que se explican a continuación:

Licencia por maternidad

Duración

Son 90 días calendario, con un mínimo de 45 días que deben ser tomados inmediatamente después del nacimiento. En caso de parto retrasado, se proporcionan días adicionales para garantizar los 45 días obligatorios después del parto. Sin embargo, cualquier número de días que excedan los 90 días reglamentarios no son pagados. La licencia por maternidad es obligatoria.

En caso de pérdida o muerte en el vientre, se proveen entre 5 y 90 días de licencia dependiendo de la duración del embarazo.

Pago y financiamiento

El beneficio cubre el 100% del salario ordinario (es decir, lo acordado contractualmente, excluyendo bonos y pago de horas extras) al momento de la licencia. Este beneficio es pagado por el empleador hasta el día 60. Para los 30 últimos días, el 100% del monto del salario ordinario es pagado por el Fondo de Seguro Laboral (FSL) con una cota superior de KRW 2.000.000 (EU1.424, conversión al 31/07/2020).

Las PYMEs tienen un sistema diferente. El FSL paga por los primeros 60 días hasta un límite de KRW 2.000.000 (EU1.424, conversión al 31/07/2020). Si los ingresos de un empleado son mayores a ese límite, la empresa debe suplementar la diferencia. Esto significa que el FSL paga la licencia por maternidad durante el total de 90 días con el límite estipulado y que la empresa debe suplementar hasta el salario normal hasta el día 60.

El FSL es financiado por empleadores y empleados. El costo del seguro corresponde al 1,30% del salario del empleado y es pagado en partes iguales por el empleador y empleado (0,65% cada uno).

Elegibilidad

Toda empleada mujer—sean empleadas temporales o permanentes—es elegible para licencia por maternidad. Sin embargo, para poder optar al beneficio del FSL, los empleados deben haber sido asegurados al menos 180 días con anterioridad al comienzo de la licencia. Para aquellos que no tienen derecho al beneficio, el empleador debe pagar los primeros 60 días de la licencia. En caso de embarazos múltiples, la duración de la licencia pagada puede incrementarse hasta los 120 días.

Licencia por paternidad

Duración

10 días.

Pago y financiamiento

100% de los ingresos ordinarios, pagado por el empleador. En el caso de PYMEs, el FSL paga los primeros 5 días. Para calcular el pago de 5 días se usa como referencia el monto máximo mensual de KRW 2.000.000 (EU1.424, conversión al 31/07/2020). Esta licencia se puede tomar dentro de los 90 días posteriores al parto.

Elegibilidad

Todo empleado con esposa que haya dado a luz.

Licencia parental

Duración.

1 año para cada padre empleado.

Pago y financiamiento.

Durante los primeros 3 meses de licencia parental a tiempo completo, se paga el 80% de los ingresos ordinarios, con un mínimo de KRW 700.000 (EU 498) por mes y con límite superior de KRW 1.500.000 (EU1.068, conversión al 31/07/2020). Para los restantes 9 meses, el 50% de los ingresos ordinarios, con un mínimo de KRW 700.000 (EU 498) por mes y con límite superior de KRW 1.200.000 (EU854, conversión al 31/07/2020).

También se puede optar por Licencia Parental de tiempo parcial, donde el empleado puede reducir su jornada laboral desde 1 a 5 horas al día. Si la reducción es de 1 hora solamente, esta hora es pagada al 100%, considerando el límite máximo de KRW 2.000.000 (EU1.424, conversión al 31/07/2020) por mes. Desde 2 a 5 horas de reducción, estas horas se pagan en un 80% de los ingresos ordinarios, considerando el límite máximo de KRW 1.500.000 (EU1.068, conversión al 31/07/2020) por mes.

El 25% de la licencia parental es paga como una suma global si el empleado retorna al mismo empleador luego de expirar la licencia, y trabaja por más de 6 meses con el mismo empleador después. Sin embargo, esta regla no aplica si es que la razón del no cumplimiento de estos requisitos no puede ser imputables al empleado (por ejemplo, quiebra de la empresa). Es decir, si el empleado no puede retornar al trabajo por razones ajenas a él, se le debe pagar la suma global estipulada. Este tipo de licencia es pagada por el FSL.

Flexibilidad en el uso

Este tipo de licencia puede ser tomada hasta que el niño cumple 8 años (o alcanza el segundo grado de educación básica). La licencia se puede dividir en dos periodos de 6 meses, o en 4 periodos de 3 meses cada uno, y puede usar este derecho hasta un periodo de 2 años.

Es posible reemplazar la licencia completa por reducción en la jornada laboral. Este esquema requiere que la jornada laboral reducida no sea menor a 15 horas semanales y no más de 30 horas semanales. El beneficio de la licencia parental se pagará en proporción al número de horas de la jornada.

Elegibilidad

Los empleadores pueden negar este tipo de licencia si el empleado ha trabajado menos de un año para la firma. Para recibir el pago de licencia parental, los empleados deben haber sido asegurados al menos 180 días antes del comienzo de la licencia y tomar al menos 30 días de licencia consecutiva.

Trabajadores independientes no pueden optar a este beneficio. Parejas del mismo sexo no son elegibles, dado que el matrimonio igualitario no es legal en Corea. En el caso de adopciones, se siguen las mismas reglas de la Licencia Parental.

Licencia para cuidado familiar

Un empleado que requiere proveer cuidado a un miembro de su familia, incluidos abuelos, padres, esposos, hijos, nietos y suegros por motivo de enfermedad, accidente o vejez pueden tomar una licencia sin goce de sueldo de hasta 90 días al año. El empleado puede tomar esta licencia en más de un periodo, pero cada periodo debe consistir en al menos 90 días.

Los empleados pueden solicitar reducir su jornada laboral para cuidados propios o de un familiar, prepararse para el retiro (a partir de los 55 años), o seguir estudios académicos hasta por 1 año. La jornada reducida debe ser de entre 15 y 35 horas por semana.

Esta licencia no es pagada.

Licencia para tratamiento de fertilidad

Los empleados tienen derecho a 3 días de licencia para tratamiento de fertilidad. Solo el primer día debe ser pagado al 100% por el empleador.

Estabilidad laboral

Un empleador no puede despedir a un empleado durante, o dentro de los 30 días siguientes, de una licencia por maternidad o de una licencia por tratamiento médico derivado de una enfermedad o accidente laboral.

Financiamiento

El pago de licencias médicas por enfermedades generales no son una obligación legal en Corea del Sur. Solo las licencias por accidentes y enfermedades laborales deben ser pagadas por el empleador, los que se aseguran en el mercado privados de seguros. Sin embargo, es común que las empresas ofrezcan licencias médicas a sus trabajadores como parte de sus contratos individuales o como parte de acuerdos colectivos. En el caso de las licencias específicas que sí son mencionadas por la legislación -tales como: licencia por maternidad, paternidad o cuidado parental, entre otros- existe financiamiento compartido entre el empleador y el Fondos de Seguro Laboral, el cual es financiado por cotizaciones equivalentes al 1,30% del salario de los empleados y es pagado en partes iguales por empleador y empleado.

3.3.4 Mecanismos de contención del gasto de LM

El principal mecanismo de contención del gasto en LM del sistema sur-coreano es que la ley no garantiza las licencias médicas como un derecho, y este es, por lo tanto, el principal incentivo de retorno al trabajo, a pesar de que, igualmente, existen acuerdos colectivos y privados que proveen licencias por enfermedad general. Sin embargo, estos beneficios son privados y dependen de cada empresa. Además, las licencias por enfermedad laboral, aun cuando están garantizadas por la ley, solo reemplazan hasta un 60% el monto del salario del empleado que se acoge a ella.

Asimismo, para aquellos tipos excepcionales de licencias que sí garantiza la legislación, existen diferentes topes de tiempo y de montos que aplican según cada caso. Además, se establecen criterios de elegibilidad para optar a licencias, tales como: número de días trabajados en la empresa y días de haber sido incorporados en el seguro.

En resumen:

1. En Corea del Sur no hay obligación legal de pagar licencias por enfermedad general. Por lo que, en caso de licencias cortas, los empleados pueden ausentarse a cargo de los días que se descuenten de sus vacaciones legales.
2. Se debe presentar un certificado médico, emitido por un doctor. De lo contrario, el empleador está facultado a descontar el día de ausencia del salario.
3. En el caso de enfermedades o lesiones atribuibles al trabajo, la licencia es pagada por el empleador con un tope de 60% del salario promedio del empleado.
4. Para aquellos tipos de licencia que sí están garantizados por ley, existen topes máximos de duración y salarios que varían dependiendo del tipo de licencia a la que se opte.
 - Licencia por maternidad: 100% del salario por 60 días, y 100% de salario con tope de alrededor de EU 1.424 para los últimos 30 días de licencia.
 - Licencia por paternidad: 100% del salario con tope de alrededor de EU 1.424, por 5 días.

- Licencia parental: 80% del salario con tope de alrededor de EU 1.068, por 3 meses, y 60% del salario por los 9 meses restantes. El 25% de este beneficio salarial se paga luego de que el empleador ha vuelto a trabajar por más de 6 meses con el mismo empleador.
- Licencia para cuidado familiar: 0% del salario, por 90 días en un año.
- Licencia para tratamiento de fertilidad: 1er día con pago de 100% del salario, los días 2do y 3ero sin pago.

5. También se ofrece reemplazar algunas de estas licencias por jornadas reducidas de trabajo.

3.4. Estados Unidos

3.4.1. Entidades involucradas

Federal Department of Labor: entidad encargada de administrar las leyes federales relativas al trabajo y garantizar los derechos de los trabajadores a condiciones justas, seguras y saludables en el desempeño de sus funciones, incluyendo el pago del salario mínimo y el pago de horas extras, así como la protección contra la discriminación y el seguro de desempleo.

3.4.2. Legislación involucrada

- Family and Medical Leave Act (FMLA): ley laboral, a nivel federal, de los Estados Unidos que requiere que los empleadores cubiertos proporcionen a los empleados una licencia no remunerada y protegida en el trabajo por razones médicas y familiares calificadas. Esta es la única legislación a nivel federal relacionada a LM. Sin embargo, existen varias legislaciones a nivel estatal que se detallan en el texto continuación.

3.4.3. Mecanismo de funcionamiento

Los EE.UU. son un estado federal y no existe derecho garantizado legalmente a ese nivel de licencias pagadas de ningún tipo. La Ley Federal de Licencias Médica y Familiar (Family and Medical Leave Act, FMLA) de 1993 provee licencias sin goce de sueldo para una variedad de casos tales como:

- parto
- cuidado de recién nacido hasta los 12 meses
- adaptación y cuidado de hijos adoptados o niños de acogida
- cuidado de hijos, esposos, o padres con enfermedades graves
- cuidados por motivos de salud de un empleado que le impiden cumplir con su jornada laboral

La FMLA federal cubre a todos los empleados (incluidos trabajadores extranjeros con visa de trabajo) que trabajan para empleadores con cobertura.

Debido a los diferentes requisitos y condiciones, solo alrededor del 58% de los trabajadores del sector privado son elegibles para los beneficios del FMLA federal, con incluso menores coberturas para trabajadores de nivel de salario más bajo, trabajadores con hijos pequeños y trabajadores receptores de beneficios sociales²⁹. Sin embargo, en diez estados, más el distrito de Columbia y Puerto Rico, se ofrece a los empleados algún grado de derecho a licencias pagadas.

Licencia con resguardo federal

Duración

Hasta 12 meses dentro de 1 año. Corresponde a un derecho individual resguardado por la FMLA. Esta licencia puede ser en un bloque unitario o dividido en varios bloques de tiempo.

Pago y financiamiento

Corresponde a una licencia sin goce de sueldo, pero con protección del empleo, es decir, se les garantiza a los empleados que pueden volver a la misma posición (o una similar) con el mismo empleador.

Variaciones regionales

Diez estados, más el Distrito de Columbia y Puerto Rico, han adoptado seguros de licencias pagadas para embarazo y/o cuidado familiar. Los requisitos de elegibilidad se relacionan principalmente al estatus del empleo, es decir, número de horas semanales, tamaño del empleador, etc.). Esta licencia también incorpora a las familias homoparentales³⁰.

1. California

California implementó una ley de Licencia Familiar Pagada (PFL, Paid Family Leave) en 2004, asegurando a todos los empleados del sector privado. Esta licencia se paga por concepto de parto, adopción, cuidado de hijos, nietos, padres, suegros, abuelos, esposos, o convivientes con enfermedad grave.

El Seguro Estatal para la Discapacidad (State Disability Insurance, SDI), a través del cual se provee de 52 semanas de beneficio salarial por licencias relacionadas a inhabilidad temporal del propio trabajador, enfermedad grave, o lesiones no relacionadas al trabajo.

²⁹ Gatenio Gabel, S., Kaufman, G., Petts, R.J. and Engeman, C. (2022) United States country note, in Koslowski, A., Blum, S. Dobrotic, I., Kaufman, G. and Moss, P. (eds) International Review of Leave Policies and Research 2022.

³⁰ *Íbid.*

Tanto el PFL como el SDI son financiados con contribuciones del empleado. Ninguno de estos seguros otorga derechos de protección del puesto de trabajo. Esta protección la otorgan otros cuerpos legales como el FMLA o la Ley de California de Derechos Familiares (California Family Rights Act).

2. Colorado

En este Estado comenzará a operar un programa de seguros para licencias familiares pagadas en 2024, que, entre otras prestaciones relacionadas al embarazo y cuidados de niños en la primera infancia, garantiza, también las licencias por motivos de enfermedad general.

Para recibir pago por la licencia se requiere que los empleados hayan ganado al menos USD 2.500 en su empleo actual. Por otro lado, para que se asegure la permanencia del puesto de trabajo se requiere haber trabajado al menos 180 días previo al comienzo de la licencia. Tanto los empleados del sector privado como del público se encuentran cubiertos. Los trabajadores independientes pueden optar por incorporarse también.

Los beneficios consisten en el 90% de los ingresos previos que son iguales o por debajo del salario semanal promedio a nivel estatal (average weekly wage, AWW) más un 50% de los ingresos previos que están por sobre ese monto. La cota superior del beneficio será de USD 1.100 en 2024, el que se ajustará anualmente.

3. Connecticut

Durante 2019 aprobó dos legislaciones separadas: (1) Licencias médicas y familiares de Connecticut (Connecticut Family and Medical Leave, CTFMLA) y; (2) Licencias pagadas de Connecticut (Connecticut Paid Leave, CTPL).

La CTFMLA comenzó a regir a partir del 1 de enero de 2022 y asegura a los empleados con hasta 12 semanas de licencia de puesto de trabajo asegurado para enfermedad propia del trabajador y otras causales relacionadas con el embarazo y/o el cuidado de familiares.

La ley de CTPL asegura beneficios de reemplazo salarial a los empleados elegibles. A diferencia de la regulación federal de FMLA que requiere que los empleados hayan estado empleados al menos 12 meses (y 1.250 horas dentro de esos 12 meses) justo antes del comienzo de la licencia, la CTPL solo requiere haber estado empleado 3 meses antes del comienzo de la licencia.

Los empleados cubiertos son elegibles para recibir beneficios si es que han recibido salarios de al menos USD 2.325 en uno de los 5 últimos trimestres. Si los salarios son menores o iguales al salario mínimo de Connecticut multiplicado por 40, la tasa de beneficio semanal bajo la regulación del PFML será de un 95% del promedio del salario semanal. La compensación salarial tiene las siguientes cotas superiores:

- 60 veces el salario mínimo, para aquellos que ganan más de 40 veces el salario mínimo
- 95% del salario, para aquellos que cobran 40 veces el salario mínimo o menos.

En enero de 2022, 60 veces el salario mínimo se igualó a USD 780 semanales, y luego se incrementó a USD 840 en julio de 2022, y USD 900 en junio de 2023.

Este programa será financiado por medio de una retención del 0,5% de los ingresos de los empleados. Todos los empleados del sector privado están cubiertos, y los trabajadores independientes pueden optar por incorporarse al programa.

4. Hawaii

El programa de seguros de Hawaii se promulgó en 1969 y se enfoca únicamente en embarazo y parto y consiste en un beneficio de compensación salarial parcial de hasta 26 semanas bajo el programa de Seguro para la Inhabilidad Temporal (Temporary Disability Insurance, TDI). No se consideran licencias médicas por enfermedad general del empleado.

5. Massachusetts

Este Estado adoptó las licencias médicas familiares pagadas en 2018. El programa provee Hasta 20 semanas para asuntos relativos a condiciones médicas personales, incluyendo embarazo y situaciones de salud relacionadas con el parto, y/o del cuidado de familiares con enfermedades graves.

El beneficio de restitución salarial consiste en el 80% del salario semanal promedio, hasta el 50% del promedio estatal del salario semanal (AWW), más 50% de exceso sobre ese monto hasta una cota superior de USD 1.084 por semana. Los empleados elegibles deben trabajar al menos 15 semanas y ganar al menos USD 5.700 el año pasado y ganar al menos 30 veces más de lo que son elegibles para recibir cada semana de beneficios.

El programa cubre todo el sector privado y la mayor parte de los empleados del sector público. Los trabajadores independientes también pueden incorporarse a este beneficio.

6. New Jersey

New Jersey implementó seguros de licencias familiares pagadas en 2009. Sin embargo, son licencias garantizadas exclusivamente para causales de embarazo y cuidados de la primera infancia. No se incluyen licencias por enfermedades generales del trabajador.

Esta medida es financiada por deducciones de la nómina de empleados y cubre a todos los empleados del sector privado y algunos del sector público. La base salarial imponible de 2022 es de USD 151.900 tanto para el Seguro de Inhabilidad Temporal (TDI) y el Seguro de Licencias Familiar (FLI).

7. New York

Asimismo, la política de licencias familiares pagadas entró en vigor en Nueva York en 2018 y ofrece licencias por motivos de embarazo, cuidados de la primera infancia y de familiares con enfermedades graves. Del mismo modo que en New Jersey, no se garantizan licencias médicas por enfermedad general

El beneficio cubre el 67% del AWW del empleado, acotado al 67% del promedio estatal del AWW, con un máximo de USD 1.068 semanales en 2022. El programa es financiado completamente por deducciones por planilla del salario de los empleados.

Para que un empleado sea elegible para este beneficio debe haber trabajado para su empleador por 26 semanas a tiempo completo o 175 días a tiempo parcial.

Esta licencia es administrada por el programa TDI, la que es financiada conjuntamente por empleados y empleadores. Los trabajadores independientes pueden adherirse a los programas de seguros.

8. Oregon

Este Estado aprobó licencia familiar en 2019, creando el Seguro de Licencias Médicas y Familiares Pagadas (Paid Family and Medical Leave Insurance, PFMLI). Las contribuciones al PFMLI comenzarán el 1 de enero de 2023 y los beneficios comenzarán a entregarse en septiembre de 2023.

Los empleados elegibles podrán tomar hasta 12 semanas de beneficio al año para el cuidado de su propia salud o de miembros de su familia, y hasta 2 semanas adicionales por embarazo, nacimiento, o circunstancias relacionadas. El pago cubre hasta el 65% del AWW estatal más un 50% del salario que esté por sobre el AWW estatal hasta un máximo de USD 1.496 semanales.

Los trabajadores de bajos ingresos recibirán el 100% de su AWW. Este programa será financiado a través de un impuesto donde los empleados pagarán 60% y los empleadores el 40%.

9. Rhode Island

El programa de licencias familiares pagadas (conocida como Seguro de cuidador temporal) entró en vigencia en 2014 y provee protección del empleo y extiende el programa estatal existente (TDI) para ofrecer licencias pagadas para causales de embarazo, cuidados de recién nacido o familiares con enfermedad grave. No incluye beneficios de licencias médicas para enfermedades propias del trabajador.

El programa es financiado a través de un cargo sobre el salario de los empleados y proporciona hasta un 60% de los ingresos de las semanas previas del inicio de la licencia, con un máximo de USD 978 por semana. Este seguro cubre a todo el sector privado y a algunos del sector público.

10. Washington

El programa de licencias familiares pagadas de Washington comenzó a operar en 2020. El programa sí provee pago parcial del salario durante las licencias para cuidados por enfermedad propia del empleado, y también incluye causales relacionadas con embarazo, parto y cuidado de familiares.

El beneficio paga el 90% del promedio del salario semanal (AWW) para aquellos empleados que ganan 50% o menos del AWW a nivel estatal.

Los empleados que ganan más reciben 90% de su AWW, hasta un 50% del AWW estatal, y luego un 50% de su AWW que sobrepasa el 50% del AWW estatal. En 2022, el beneficio semanal máximo es de USD 1.327.

Los beneficios incluyen hasta 12 semanas, sean licencias médicas generales o relacionadas a un embarazo.

Para ser elegibles, los empleados deben haber trabajado al menos 820 horas en 4 de los 5 trimestres anteriores. Los derechos de protección del empleo son aplicables solo a empleados de establecimientos de 50 o más empleados, y además se requiere 12 meses y 1.250 horas de empleo. Los trabajadores independientes pueden adherirse al programa.

El programa se financia a través de primas pagadas tanto por el empleado como por el empleador. En 2022, la tasa de la prima corresponde al 0,6% del salario bruto del empleado con tope de USD 147.000. Los empleadores con más de 50 empleados pagarán hasta un 26,78%, y el empleador un 73,22% del valor de la prima.

11. Distrito de Columbia

Columbia aprobó la ley de enmienda de Licencia Pagada Universal (Universal Paid Leave, UPL) en 2017, la que comenzó a operar en julio de 2020. La UPL permite otorgar licencias de hasta 6 semanas para cuidados de enfermedades propias del trabajador y otras causales de embarazo, cuidado de niños y/o familiares con enfermedades graves.

Esta ley cubre a todo el sector privado. Los trabajadores independientes pueden optar por adherirse.

Estas licencias son con garantía de protección del empleo, y el beneficio corresponde a un 90% del AWW del empleado, con tope de USD 1.009 semanales. Para empleados cuyos AWW son superiores a USD 1.009, la cobertura es del 80%.

12. Puerto Rico

La ley de Madres Trabajadoras de 1942 proporciona 8 semanas de licencia maternal con al 100% de los ingresos. No contempla garantías de licencias médicas por enfermedad general del empleado.

Estabilidad laboral

La mayoría de los trabajadores norteamericanos carece de acceso a licencias pagadas de ninguna fuente. Solo el 23% de los empleados del sector privado tienen acceso a licencias familiares pagadas a través de sus empleadores y 26% de los trabajadores de los gobiernos locales y estatales están en las mismas condiciones.

No existe una garantía federal de mantenimiento del puesto de trabajo. Sin embargo, como se ha visto en algunos estados se ha implementado legislación que protegen este punto, pero, en todo caso, está sujeto a diversas condiciones.

Financiamiento

La licencia federal es sin goce de sueldo, por lo tanto, no existe un seguro que financiar. En el caso de legislaciones o planes locales, la forma de financiamiento varía. Puede ser financiada enteramente por el trabajador, o una mixtura entre trabajador y empleador.

3.4.4 Mecanismos de contención del gasto de LM

Del mismo modo que en el caso sur-coreano, el principal mecanismo de contención del gasto en LM del sistema norteamericano es que la ley federal no garantiza licencias médicas pagadas. Ni siquiera para enfermedades o lesiones relacionadas al trabajo.

1. La provisión de licencias médicas se deja a la negociación privada, la que se manifiesta en los contratos individuales.
2. La única legislación federal que apunta a licencias es la FMLA que garantiza licencias, pero sin goce de sueldo.
3. En aquellos 10 estados, más el distrito de Columbia y Puerto Rico, que poseen legislaciones locales relativas a LM, se establecen diferentes modalidades y condiciones. En general, se observa que todas poseen topes de reemplazo salarial y topes en número de semanas. Además, las diversas condiciones de elegibilidad (número de meses y/o horas trabajadas antes de la licencia, por ejemplo) son otro aspecto que contiene la demanda por LM.
4. Todas estas características dan lugar a un sistema que hace muy poco uso de LM. Una encuesta de 2012 reveló que solo el 16% de los trabajadores elegibles para una licencia de FMLA tomó la licencia para cualquier tipo de causal. De este 16%, la mitad fue por motivos de enfermedad personal, 21% por motivos de un recién nacido, y el resto para cuidado de un miembro de la familia³¹.

³¹ Klerman, J. A., Daley, K and Pozniak, A. (2013). Family and Medical Leave in 2012: Technical report. Washington, D.C.

5. También se encontró que las licencias sin goce de sueldo tienen muy poco efecto sobre la decisión de las madres de tomar licencias para cuidado de recién nacidos. Este efecto es aún menor, casi insignificante, en el caso de padres³².

³² Han, W.J. and Waldfogel, J. (2003) Parental leave: The impact of recent legislation on parents' leave-taking, *Demography*, 40 (1): 191-200.

La siguiente tabla se presenta con fines comparativos y de entregar una visión general de los sistemas estudiados en relación con el chileno.

Tabla 33. Comparativo de sistemas de licencias médicas en países seleccionados

	Chile	Colombia	Holanda	Corea del Sur	EE.UU.
Integración con sistema de salud	Integrado	Integrado	Desintegrado	Desintegrado	Desintegrado
Responsable financiamiento de seguro	Empleado	Empleador y empleado	Empleador	Voluntario	Voluntario
Entidad administradora responsable del pago	ISAPRE o Fonasa	Empleador EPS AFP ARL (caso de enfermedad laboral)	Empleador Estado (no risk policy)	Empleador	Empleador
Obligación legal de provisión de LM por enfermedad general	Sí	Sí	Sí	No	No
Responsable del pago de LM	ISAPRE o Fonasa	1 a 2 días → empleador Día 3 al 180 → EPS Día 181 al 540 → AFP	Empleador	No es obligación legal.	No es obligación legal.
Días de carencia	3	0	2	n.a.	n.a.
Porcentaje de remuneración	100%	66,67% → los primeros 90 días corridos 50% → a partir del día 91	100%	n.a.	n.a.
Plazo máximo de cobertura	Indefinido	540 días	2 años con cobertura del empleador. Mayor a 2 años, cubre el Estado.	n.a.	n.a.

4. El sistema de licencias médicas en Chile: medidas y propuestas actuales

Actualmente en Chile, se están llevando a cabo algunas medidas para la contención del gasto en LM, estas iniciativas se pueden clasificar en tres grupos: legales, administrativas y operativas.

4.1 Modificaciones legales en curso³³

La Ley N° 20.585, sobre otorgamiento y uso de licencias médicas surgió como una iniciativa del ejecutivo destinada a regular el uso de la licencia médica, estableciendo medidas de control y fiscalización. La norma se aplica tanto a los afiliados a Isapres como a los afiliados de Fonasa.

Lo anterior se manifestó en el otorgamiento de facultades para que las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN) puedan citar a los facultativos que emitan licencias médicas y solicitarles la entrega de información médica complementaria. Por otra parte, para la eficacia de esta facultad, se autorizó a las referidas Comisiones a aplicar multas de hasta 10 U.T.M y, en casos calificados, suspender temporalmente tanto la venta de formularios de licencias médicas, como la facultad del profesional para emitir licencias médicas, hasta que concurra a las citaciones o proporcione los antecedentes solicitados. Además, se estableció la facultad de la Superintendencia de Seguridad Social de aplicar sanciones administrativas en el caso de la emisión de licencias sin fundamento médico, las que pueden consistir en multas a beneficio fiscal y la suspensión de la facultad para otorgar licencias médicas.

No obstante, desde la publicación de la ley N° 20.585 en el Diario Oficial, el 11 de mayo de 2012 han transcurrido más de diez años, por lo que resulta prioritaria su actualización acorde a la evidencia disponible que apunta a que las multas y días de suspensión aplicados no serían suficientes para regular el uso de la licencia médica.

En este contexto, el 9 de marzo de 2022 se ingresó el proyecto de ley que modifica la ley N° 20.585, con el objeto de fortalecer las facultades de los organismos reguladores y fiscalizadores y aumentar las multas y períodos de suspensión de los emisores de licencias médicas. Actualmente este proyecto de ley se encuentra en el primer trámite constitucional en la Cámara del Senado.

Las modificaciones propuestas dicen relación con las siguientes materias:

- a) **Aumento de multas:** En la actualidad, las multas aplicables en casos de emisión de licencias médicas con evidente ausencia de fundamento médico van desde 7,5 UTM hasta 60 UTM, monto que resulta bajo considerando los ingresos que se generan para los profesionales que incurrir en las conductas sancionadas. Por lo anterior, propone un aumento de las multas considerando un rango desde las 30 a las 250 UTM.

³³ Boletín N° 14.845-11: Proyecto de ley que modifica la ley N° 20.585, sobre Otorgamiento y Uso de Licencias Médicas, marzo 2022.

- b) **Aumento de los períodos de suspensión de la facultad de emisión de licencias médicas:** Los plazos de dicha suspensión son breves, alcanzando como máximo, en el caso de reincidencia, un año de duración. Por ello, plantea aumentar dichos plazos hasta por dos años, a fin de inhibir en mayor medida la conducta de los profesionales emisores.
- c) **Notificación electrónica:** Establece la posibilidad de efectuar ciertas notificaciones a los profesionales investigados, tales como la notificación de la solicitud de informe, la citación a la audiencia de descargos, la resolución que aplica una sanción y cualquier otra que se realice dentro del procedimiento descrito, mediante medios electrónicos, entendiéndose practicadas desde el día siguiente a su envío. Para tales efectos, las COMPIN deberán llevar un registro, actualizado anualmente, de las direcciones físicas y electrónicas de los facultativos. Con ello, se salva el problema actual de no poder emplazar a los profesionales investigados, al no disponer de una base de direcciones físicas actualizadas, frustrando así el procedimiento sancionatorio.
- d) **Obligación de acompañar la ficha clínica:** Consagra la obligación del profesional investigado por eventual emisión de licencias médicas con evidente ausencia de fundamentos médicos, de acompañar, en la etapa procesal correspondiente de la investigación, junto con el informe médico, la parte pertinente de la ficha clínica respectiva, distinguiendo si se trata de un profesional independiente o de un dependiente de un prestador institucional de salud. Lo anterior, permitirá fiscalizar de una mejor manera la existencia de un acto médico, en concordancia con el informe elaborado por el profesional emisor, para los efectos de aplicar las sanciones correspondientes en caso de inexistencia del mismo.
- e) **Facultad de investigar a contralores médicos de COMPIN e ISAPRE:** Actualmente, la SUSESO se encuentra facultada para investigar sólo a los contralores médicos de las ISAPRES, siempre que exista una denuncia, por lo que se propone extender dicha facultad, permitiéndole investigar de oficio a los contralores médicos de las COMPIN, fortaleciéndose con ello el control del correcto otorgamiento y uso de la licencia médica y que ésta sea reducida o rechazada por los médicos contralores con los respectivos fundamentos médicos.
- f) **Modificación del elemento necesario para que la SUSESO pueda iniciar una investigación:** La Ley N°20.585 establece que, en caso de que el profesional habilitado para otorgar licencias médicas las emita con evidente ausencia de fundamento médico, la SUSESO, de oficio o a petición de la Secretaría Regional Ministerial de Salud o de la COMPIN respectiva, FONASA, Isapre o de cualquier particular, podrá, si existe mérito para ello, iniciar una investigación. Al respecto, plantea la eliminación de la palabra “evidente”, con lo cual la tipificación de la conducta se puede comprobar de forma más fácil.
- g) **Aumento de facultades y herramientas para un mejor control y fiscalización por parte de la SUSESO y las COMPIN:** Les otorga competencia respecto de los operadores privados que administran la licencia médica electrónica para así poder instruir a dichos proveedores que suspendan la facultad de emisión de licencias médicas a los

profesionales sancionados; y para requerir antecedentes a otros organismos públicos con el objeto de recabar mayor información para investigar a los profesionales emisores de licencias médicas con evidente ausencia de fundamento médico. Además, incorpora una norma que faculta a la Tesorería General de la República, para retener de la devolución anual de impuestos a la renta que corresponda, los montos insolutos por concepto de las multas aplicadas, a la fecha de dicha retención; establece la existencia de un registro público de sanciones respecto de los profesionales sancionados; y consagra que la facultad de la SUSESO para investigar a profesionales emisores de licencias médicas prescribirá en el plazo de prescripción de dos años, contados desde la fecha de emisión de la licencia médica.

- h) **Mecanismo de control y plazos sujetos al proceso de reclamación:** Transcurrido el plazo para la reclamación de la resolución que aplica la sanción, corresponderá a SUSESO informar a las COMPIN, sobre las reclamaciones presentadas por el prestador sancionado, dentro del día hábil siguiente a aquel en que venza el referido plazo. En tanto, una vez interpuesta la reclamación por el prestador sancionado ante la SUSESO, deberá resolverla de conformidad al plazo establecido en el inciso tercero del artículo 24 de la Ley N°19.880.

En resumen, las modificaciones legales que se están llevando a cabo actualmente, tienen relación con la contención de LM por el lado del emisor, haciéndose cargo del grupo de “grandes emisores” buscando generar un desincentivo a la emisión de LM, debido a los costos legales futuros que podría enfrentar un emisor en el caso de ser investigado y que se compruebe su mala conducta.

4.2. Modificaciones administrativas en el proceso (propuesta)

- a) **Estándares referenciales de duración y tipos de reposo médico:** Complementando las medidas legales, las modificaciones de tipo administrativas, debieran buscar informar al emisor de LM sobre los estándares referenciales de duración y tipos de reposo médico, al menos para las patologías más frecuentes y/o más costosas en términos del gasto de LM que generan. En este sentido, se propone, por un lado, revisar y actualizar el Decreto 7 del Ministerio de Salud, publicado en julio de 2013³⁴, que contiene el reglamento sobre guías clínicas referenciales para los grupos de patologías: osteomusculares (18 patologías), trastornos mentales y respiratorias (9 patologías). En el mencionado reglamento se informan los rangos de días de reposo estimado como adecuado para favorecer la recuperabilidad y el reintegro laboral, dependiendo de si la licencia es por primera vez o una continuación, así como los requisitos (exámenes, informes y antecedentes que deberán respaldar la emisión de licencias médicas).
- b) **Instruir a todos los emisores de licencias médicas sobre los anteriores estándares:** Por otro lado, y considerando que si bien, el reglamento surgió por la necesidad de contar con criterios universales que faciliten el quehacer de la contraloría médica (de la Compin e Isapres) en la evaluación técnica de la licencia médica y el otorgamiento del subsidio de incapacidad laboral, se propone que este reglamento sea instruido de forma oficial a todos los emisores de

³⁴ <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1052956>

licencias médicas, con el objeto de generar una cultura que tienda a la homogeneización de dichos criterios.

4.3. Modificaciones operativas en el sistema de licencias electrónicas (propuesta)

Un tercer grupo de modificaciones (actualmente en fase de prueba piloto) que también apuntan a informar al emisor de licencias médicas, se pueden llevar a cabo a través del sistema de licencias médicas electrónicas, emitiendo alertas dirigidas al emisor de la licencia (al momento de la emisión).

Estas alertas, además de informar, buscan también, por un lado, desincentivar al “mediano o gran emisor”, ofreciéndole información que le permita visualizar su comportamiento de emisión en el tiempo y en relación con sus pares. Por otro lado, con el mismo sistema se puede informar al emisor del número promedio (o más frecuente) de días de LM asociado a la patología que se está diagnosticando; esto último, relacionado también con el objetivo de alcanzar cierto grado de homogeneización, en este caso de la extensión de la LM.

Otro tipo de información que se puede proveer al momento de emitir la LM es su continuidad. Actualmente, el médico tiene acceso a conocer si la licencia es primera continuidad, pero no puede conocer la continuidad acumulada (número de veces y de días de LM por el mismo evento de salud). Si bien, esta última información podría resultar sensible por la ley 19.628 de protección de datos personales, en caso de ser factible, podría ser útil para desincentivar el mal uso de las LM por el lado del paciente, y adicionalmente, informar al médico en el caso en que la extensión acumulada de la LM amerite derivar al paciente a estudios para evaluar su posibilidad real de recuperación y reintegración a su actividad laboral o su derivación al proceso de jubilación por incapacidad laboral.

5. Recomendaciones

Finalmente, y basado en los datos disponible y en la información presentada en las secciones anteriores, esta sección expone una serie de recomendaciones que podrían adoptarse en el país a fin de reducir el gasto en licencias médicas o controlar su crecimiento. Por supuesto, estas son recomendaciones parciales, basadas principalmente en la información disponible para los análisis; más y mejor información (ver recomendaciones al respecto) podrían ayudar a indagar en otros temas no abordados en este estudio, como el rol de los empleadores en el gasto y financiamiento de licencias médicas, el rol de los médicos en el sistema y los potenciales mecanismos de fraude que el actual sistema permita y/o incentive.

Para esto, agrupamos las recomendaciones—preliminares considerando la actual disponibilidad de información—en tres grandes grupos: cambios al sistema de emisión de licencias, cambios en los beneficios de las licencias y cambios en el financiamiento de las licencias. Adicional a las siguientes recomendaciones, se sugiere continuar con el desarrollo de estudios que permitan conocer más específicamente los incentivos, conductas y elecciones de los distintos grupos de actores involucrados

en el sistema de licencias médicas; esto podría contribuir a detectar los espacios donde el sistema es perfectible en cuanto a su ordenamiento institucional y el marco legal que lo regula.

Sobre la emisión de LM

- **Sistema de alerta para emisores (actualmente en fase de prueba piloto):** Implementar un modelo de alertas dirigidas al emisor de la licencia (al momento de la emisión), a través del sistema de licencias médicas electrónicas, ofreciéndole información sobre: 1) su comportamiento de emisión en el tiempo y en relación con sus pares; 2) el número promedio (o más frecuente) de días de LM asociado a la patología que se está diagnosticando; esto último, relacionado también con el objetivo de alcanzar cierto grado de homogeneización en la extensión de la LM; 3) continuidad acumulada de la LM por el mismo evento de salud del paciente que permita por ejemplo, evaluar su derivación al proceso de jubilación por incapacidad laboral. En el extremo, se puede establecer una cota superior de LM a emitir por periodo para cada médico.

Justificación: Menos del 5% de los médicos (*outliers*) emiten el 40% de las licencias y monto de subsidio.

Efecto esperado: Reducción en el número de LM emitidas por médicos, particularmente por “súper emisores” y consecuente reducción en el número total de licencias.

- **Sistemas paralelos: LM “estándar” y LM “especial”:** Si bien reducir el número de LM puede ayudar a controlar el gasto, los datos muestran que este se debe principalmente a aumento en el número de días por licencia. En este sentido, se propone tener un sistema de LM “estándar” (por ejemplo, basado en criterios sanitarios para cada condición de salud) con un proceso similar al actual. Una vez que los días estándar máximo de cada LM se cumplen, para que esta sea extendida (LM “especial”), se requiere que sea extendida a través de un proceso distinto (por ejemplo, que requiera de otro médico distinto al que emitió la LM original, proceso distinto, distintos beneficios). Esto implica revisar y actualizar el Decreto 7 del Ministerio de Salud, publicado en julio de 2013, que aprueba el reglamento sobre guías clínicas referenciales relativas a los exámenes, informes y antecedentes que deberán respaldar la emisión de licencias médicas. Se propone que este reglamento sea instruido de forma oficial a todos los emisores de licencias médicas, con el objeto de generar una cultura que tienda a la homogeneización de los criterios utilizados para estos fines.

Justificación: El aumento en el gasto en LM se debe principalmente a licencias más largas; existen diferencias no justificables en número de días de LM entre distintas industrias y tipos de empresa. Esto, por ejemplo, si el sistema de información logra identificar una varianza muy amplia para una misma patología en distintas empresas.

Efecto esperado: Reducción en el número de LM largas; homogeneización del número de días de licencia; dificultad para extender LM sin justificación médica.

- **Monitoreo estratégico de LM:** Se espera se pueda implementar un sistema que permita hacer el monitoreo del estado de salud de la persona que pide LM, particularmente en licencias largas. Esto implica generar un mecanismo para auditar *outliers* (controles extraordinarios de salud— por agente externo diferente al médico tratante—, como el caso de Holanda). Se espera que este proceso pueda ser realizado por un organismo centralizado, externo al emisor de la licencia, como es hoy la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN).

Justificación: Aumento en el gasto en LM se debe principalmente a licencias más largas; existen diferencias no justificables en número de días de LM entre distintas industrias y tipos de empresa

Efecto esperado: Menor incentivo del trabajador y emisor a fijar más días que los necesarios para la recuperación y, consecuentemente, menor número de días por licencia.

Sobre los beneficios de las LM

- **Eliminar días de carencias:** Los datos muestran que efectivamente existe un efecto asociado a la existencia de días de carencia.

Justificación: Genera incentivos “perversos” en la emisión de licencia.

Efecto esperado: La eliminación de los incentivos debiera generar una distribución más homogénea de los días de cada LM; esto podría implicar una disminución del total de días de LM si pensamos que el incentivo siempre funciona en la dirección de extender de la LM a fin de superar alguno de los umbrales (3 y 10 días) que producen cambios en el pago de la licencia.

- **Implementación de beneficios diferenciados:** Las lecciones internacionales muestran que, especialmente para casos de licencias largas, el sistema sigue pagando sueldos, pero en proporciones menores. Esta iniciativa podría complementarse a la planteada anteriormente (sistema diferenciado para LM “estándar” y LM “especial”).
 - En el tiempo: En este caso, el beneficio (porcentaje del salario que es cubierto por la licencia) iría disminuyendo a medida que la licencia se alarga. Esta medida se podría complementar también con la planteada anteriormente sobre sistemas paralelos y el establecimiento de días esperados de LM para distintas condiciones de salud.
 - Por condición de salud: Otra estrategia de contención del gasto podría ser tener beneficios diferenciados por condición de salud. Como en el caso holandés, el sistema podría cubrir un porcentaje (por ejemplo 100% del sueldo) para algunos casos (por ejemplo, embarazo) y porcentajes distintos para otras condiciones. Se necesitaría establecer claramente los criterios (sanitarios y/o económicos) que justifican estas diferencias.

Justificación: El límite de beneficios genera incentivos para la vuelta al trabajo.

Efecto esperado: Esta medida no generaría cambios en el número de LM o días (Q), pero sí en su valor (P).

Sobre el financiamiento de las LM

- **Participación del empleador en el pago de licencia:** Una de las características más salientes del sistema chileno es la no participación de los empleadores en el financiamiento de beneficios. Esto, por supuesto, genera importantes incentivos tanto para trabajadores como empleadores, ya que pueden seguir pagando sueldos sin tener que utilizar recursos de la empresa. Se vislumbran al menos dos maneras en las que una medida de estas características puede ser implementada:

- **Involucramiento parcial:** Una primera opción es que el empleador aporte en el financiamiento del fondo de pago de LM. En la actualidad, este es un fondo al que el empleador no contribuye (se genera con las contribuciones obligatorias de salud) pero del que sí puede hacer uso y beneficiarse. En este caso se propone una contribución permanente al fondo (por ejemplo, que el fondo se constituya con un X% del sueldo del trabajador y un Y% de aporte del empleador), similar al actual mecanismo de financiamiento del fondo de desempleo en Chile. Un mecanismo como el colombiano, donde el empleador paga los primeros dos días de LM, parece menos adecuado, ya que puede generar otro tipo de incentivos perversos (similares a las observadas por los días de carencia en Chile).

Justificación: Disminuye incentivos para uso fraudulento de LM por parte de los empleadores.

Efecto esperado: Disminución del número y días de licencia.

- **Involucramiento total:** Este escenario sería el similar al del caso holandés, en donde el responsable principal del pago de LM es el empleador y el Estado asume responsabilidades complementarias/ subsidiarias en casos particulares.

Justificación: elimina incentivos para uso de LM por parte de empleadores; incentiva la vuelta al trabajo.

Efecto esperado: Disminución del número y días de licencia.

Por supuesto, ambas alternativas se enmarcan en una discusión más amplia respecto del actual financiamiento de las LM: ¿por qué deben ser financiadas con los recursos del fondo de salud? Si bien relacionadas a salud, las LM son un derecho laboral y, tal como lo muestra la actual situación del sistema, tener un único fondo que se usa tanto para licencias como para prestaciones de salud es una estrategia peligrosa y poco sostenible, ya que en la actualidad, el gasto de licencias consume recursos que han sido ahorrados para financiar prestaciones de salud, no salarios. Estos cambios también requieren repensar el actual sistema desde una perspectiva más amplia, que incluya políticas laborales que apoyen, entre otras cosas, a las empresas para disminuir el ausentismo laboral, flexibilidad para hacer ajustes en tareas de trabajadores con licencias extendidas o cambios en condiciones de salud u otras.

En esta línea, independiente de la fuente de financiamiento, es importante poder separar los fondos y (a menos que se decida dejar 100% en manos de los empleadores) crear un fondo exclusivo para el

financiamiento de LM. En cualquier caso, el tema del involucramiento de los empleadores en el pago de beneficios laborales (licencias médicas), debe ser considerado como un tópico prioritario.

- **Estrategias de prevención de enfermedades mentales a nivel poblacional:** Si bien no relacionada directamente a la mecánica del sistema de licencias, dado que el mayor porcentaje de licencias (y el mayor aumento de éstas) se deben a trastornos mentales, se podría implementar un plan de prevención de este tipo de enfermedades para que no deriven en LM. Esta es una estrategia general (a cargo del Ministerio de Salud) que complementa no solo su misión de mejorar el bienestar de la población, sino además cumple el segundo objetivo de disminuir el gasto en licencias que se “come” los recursos para prestaciones de salud. Ya que el aumento de LM por trastornos mentales es el motivo más importante del gasto en LM, éste debiera ser enfrentado de manera sistemática.

Justificación: Mayor proporción y aumento del gasto en LM es explicado por licencias por trastornos mentales.

Efecto esperado: Disminución del número y días de licencia.

Futuros pasos: gobernanza

Finalmente, en esta sección se propone explorar algunos temas que, si bien no se relacionan directamente con el análisis presentado, son relevantes para una discusión sobre el financiamiento y gasto de licencias médicas.

En particular, se propone pensar en el tema de gobernanza como clave para poder avanzar en la mejora integral del sistema. El concepto de gobernanza (*governance*) se entiende, en un sentido amplio, como las distintas maneras en las que la sociedad se organiza y administra sus asuntos de manera colectiva³⁵. El concepto se relaciona principalmente con los mecanismos de toma de decisiones al interior de una organización y se ha convertido en un aspecto clave de las políticas—especialmente usado en salud—, ya que permite a las sociedades y sistemas manejar conflictos, establecer un proceso de toma de decisiones colectivo y ejercer la autoridad³⁶.

Una adecuada gobernanza permite que los esfuerzos del sistema se lleven a cabo de manera eficaz y eficiente. El modelo TAPIC identifica las siguientes dimensiones esenciales para la gobernanza³⁷:

- **Transparencia:** este elemento identifica cómo las instituciones informan al público y otros actores sobre las decisiones pasadas y futuras, así como el proceso y la manera en que las decisiones son tomadas. Esta dimensión mejora al liberar información referente a la toma de decisiones y legislación. En esta línea, existen muchos avances, principalmente, disponibilidad de información y estadísticas sobre LM y gasto en distintos niveles, como la presentada en este

³⁵ United Nations Development Programme [UNDP] (1997). Governance for sustainable human development. New York: UNDP.

³⁶ Fox DM (2010). The governance of standard-setting to improve health. Preventing Chronic Disease 7(6): A123.

³⁷ Greer SL, Wismar M, Figueras J (2016). Strengthening Health System Governance: Better Policies, Stronger Performance. Geneva: World Health Organization.

informe, principalmente a partir de datos públicos. Una mejora en la información podría ser la inclusión de características de los empleadores en los datos, lo que permitiría testear otras hipótesis, principalmente relacionadas a los incentivos en distintas industrias, diferencias por tipos de empresa y posibilidad de fraude en la entrega de licencias.

- **Accountability** (rendición de cuentas): refiere a los procesos de explicación y sanción, esto es, define la relación entre un determinado actor y un foro, en el cual se deben informar y explicar las decisiones, y en a través del que puede, además, ser mandado y sancionado por sus decisiones. En general, puede ser mejorado a través de mandatos y obligaciones claramente definidos, junto con sistemas de reporte. En esta línea, la mejora más relevante tiene que ver con la definición de roles y responsabilidades en el sistema de licencias médicas. El sistema actual se encuentra atomizado, con múltiples actores en distintos roles y sin un “dueño” o responsable primera claro. Por ejemplo, en el actual sistema, comparten roles y responsabilidad diversas instituciones, como FONASA (paga LM), COMPIM y SUSESO (facultades fiscalizadoras), Isapres, Cajas, etc. Un avance en esta dimensión sería una nueva institucionalidad—con un responsable institucional único—a cargo de la gestión y administración del sistema.
- **Participación**: significa que las partes afectadas tienen acceso al proceso de toma de decisiones, de forma que se vuelven actores importantes del trabajo de la institución a cargo de la política. Es promovida a través de la identificación de partes interesadas (*stakeholders*) y su inclusión en el proceso de toma de decisiones. En esta línea, sería importante poder, junto con un mayor involucramiento de los empleadores en el financiamiento de LM, diseñar un sistema de mayor transparencia y participación que evite colusión para el uso fraudulento de las LM. Hoy, existen tres actores en el sistema: empresas, empleados y médicos. Un mecanismo de mayor participación—de la mano con el cambio de administración y gestión del sistema propuesto en el punto anterior—, particularmente un mayor involucramiento de las instituciones públicas en el proceso podría ayudar en esta línea.
- **Integridad**: implica que los procesos de representación, toma de decisiones y ejecución de acciones deben estar claramente identificados. Es mejorada mediante el establecimiento de una estructura organizacional y cargos con roles bien definidos. Relacionado al cambio de institucionalidad, un administrador único del sistema podría ayudar a una mejor definición del proceso de toma de decisiones y ayudar a mejorar las competencias institucionales, requeridas para llevar a cabo las tareas del sistema.
- **Capacidad** (de hacer políticas): se refiere a la capacidad de formular políticas alineadas con los recursos disponibles, en función de los objetivos de la organización. Puede ser mejorada mediante la contratación de personal calificado para realizar tareas bien definidas. Al igual que en el punto anterior, la definición de una figura institucional responsable (directa) del sistema puede ayudar a definir mejor los perfiles y competencias de las personas encargadas de gestionar el sistema. En particular, la nueva institucionalidad de licencias médicas debiera ayudar a definir mejor los roles requeridos para realizar las tareas de monitoreo, evaluación y fiscalización del sistema.