



Licencias médicas: análisis crítico y propuestas de reforma

Soledad Hormazábal
Investigadora Horizontal.

Carolina Velasco
Directora de Estudios IPSUSS, USS.

Junio, 2024

(Marcelo Leal, 2018)

LICENCIAS MÉDICAS: ANÁLISIS CRÍTICO Y PROPUESTAS DE REFORMA

RESUMEN EJECUTIVO

En este trabajo se analiza críticamente el funcionamiento y efectos del subsidio por incapacidad laboral (SIL) en Chile. El SIL forma parte del sistema de seguridad social y consiste en el pago efectuado al trabajador cuando se encuentra imposibilitado para llevar a cabo sus funciones por un determinado lapso de tiempo debido a una enfermedad o accidente común, cumpliendo con una indicación certificada emitida por un profesional de la salud.

El SIL es parte del sistema de salud que en Chile se caracteriza por su naturaleza mixta. Los trabajadores deben contribuir el 7% de su remuneración imponible a alguno de los administradores del seguro de salud: Fonasa, el seguro estatal o a alguna Isapre, las aseguradoras privadas. El SIL es uno de los beneficios del seguro de salud, por lo tanto, se financia con la cotización.

Existe una gran dispersión de normativas que tratan el tema de las licencias médicas (LM) y del SIL, algunas de carácter legal y otras administrativas que pueden ser modificadas con mayor facilidad. A su vez existe una multiplicidad de organismos que participan en la administración del subsidio. Esta fragmentación conduce a falta de claridad en los roles y responsabilidades, dificulta la coordinación y diluye la fiscalización.

El presente documento ofrece un análisis sobre el SIL en Chile, destacando una tendencia preocupante de incremento significativo en los costos asociados a lo largo del tiempo. En 2022 se destinó 1,2% del PIB a pago del SIL, mientras que en 2014 se destinó 0,6%, duplicándose en menos de 10 años. Con esto, y descontando el gasto en SIL asociado a LM por COVID, en 2022 el 66% de la cotización para salud se destinó a financiar el SIL en Fonasa y en Isapre el gasto alcanzó el 39% de dicha cotización.

Respecto de los gastos del asegurador estatal, el SIL ha experimentado un aumento particularmente considerable, no obstante, también se evidencia un incremento por parte de las Isapres. Destaca el crecimiento en el número de días de licencia por trabajador o tasa de incapacidad laboral (TIL). Mientras en Fonasa la TIL pasó de 8,2 a 18,8 días entre 2015 y 2022, las cifras en Isapre fueron 7,6 y 10,2, ampliándose la brecha entre Fonasa y las aseguradoras privadas en el tiempo. En otras palabras, el SIL se utiliza de manera más intensa en Fonasa que en Isapre, uso que, además, crece con mayor rapidez. A ello se suma que las licencias son en promedio más largas en el asegurador público, mientras que la tasa de rechazo (porcentaje de LM no autorizadas sobre el total de LM tramitadas) es superior en Isapres que en Fonasa. Dado que el abuso es una de las posibles causas del aumento en el gasto es SIL y que este depende de la fiscalización, la menor tasa de rechazo de Fonasa podría explicar en alguna medida el mayor gasto en SIL en el asegurador estatal.

Una situación particularmente preocupante ocurre con las LM asociadas a patologías de salud mental. En 2022, los trastornos mentales fueron la primera causa de gasto en SIL, explicando el 30% de este. Esto no fue siempre así, ya que en 1998 el gasto era liderado por enfermedades respiratorias (22,5%) y los trastornos mentales estaban en cuarto lugar con 9,6% del gasto total. Entre 2015 y 2022, el gasto en SIL en términos reales asociado a trastornos mentales aumentó 254% a nivel de sistema, con diferencias relevantes, siendo de 280% en Fonasa y 203% en Isapres. Dicho aumento se explica tanto porque se entregan más LM por trastornos mentales, como porque su duración es mayor, aunque como señala Villalobos et al. 2022 existe una alta dispersión en el número de días de duración de este tipo de licencias.

En esta línea, resalta que, entre los grupos de profesionales de la salud que emiten más LM al año aumenta la participación de licencias por trastornos mentales. En 2022, entre quienes emiten menos de 1.600 LM al año, 22% correspondía a licencias por trastornos mentales, cifra que es de 83,5% en aquellos que emiten más de 5.000 LM al año. En este último grupo no había psiquiatras, por lo que ninguna de las LM de los mayores emisores fue generada por uno de los profesionales más idóneos para diagnosticar estas patologías.

En definitiva, se aprecia que, tanto el gasto, como la tasa de incapacidad laboral y la duración promedio de cada licencia son mayores en Fonasa que en Isapres, mientras que ocurre lo contrario con la tasa de rechazo. Por otra parte, la proporción de LM que responde a trastornos de salud mental ha crecido en el tiempo, siendo también más importante en Fonasa que en Isapres.

Un deterioro significativo del estado de salud de la población podría explicar este aumento del gasto en SIL. Por esto se utilizaron las encuestas CASEN de los años 2011 a 2022 para evaluar la evolución en la salud de la población trabajadora, encontrando una desmejoría de ésta, particularmente de la salud mental y en especial de los afiliados a Isapres. Quienes declaran haber tenido una enfermedad o accidente no laboral durante los últimos tres meses aumentan en general, aunque en Isapre lo hacen en mayor medida, pasando de 7,9 a 17,2% del total de afiliados, mientras que en Fonasa de 8,5 a 12%. Las enfermedades de salud mental son las que muestran un mayor incremento, especialmente en trabajadores afiliados a Isapre para quienes se multiplicó por más de tres veces la proporción de aquellos que señalan haber recibido atención de salud mental durante los últimos tres meses entre

2017 y 2022, y por 2,7 veces la de quienes mencionan haber estado en tratamiento psiquiátrico en los últimos 12 meses. En Fonasa los incrementos son modestos. Por lo tanto, si bien el deterioro en la salud mental de la población trabajadora va en igual dirección con el aumento del gasto en SIL por LM asociadas a estos diagnósticos, no lo es el hecho que el gasto se haya incrementado más en Fonasa que en Isapre. Inconsistencias entre el uso de licencias médicas y la evolución de la salud de la población ya han sido documentadas previamente (Rodríguez y Tokman 2001 y Rodríguez et al. 2004), lo que indica que hay elementos de la estructura e institucionalidad asociada al beneficio que pueden ser modificados para encausar su buen uso y el cumplimiento de sus objetivos.

El documento también aborda la problemática del uso fraudulento de LM y del SIL, una preocupación que ha ganado relevancia en el contexto del sistema de salud chileno. Se revisan antecedentes sobre esta situación, su magnitud y posibles implicaciones, así como también las medidas adoptadas y el proyecto de ley, actualmente en el Congreso, que busca fortalecer los mecanismos de fiscalización y aumentar las sanciones para aquellos casos de emisión fraudulenta de licencias médicas. Destaca que Villalobos et al. 2022 encuentran que hay un grupo relativamente pequeño de cotizantes y de emisores que explican una parte significativa del gasto en SIL. Los autores hallan que mientras la mediana de uso de LM es de dos por persona al año, existe un 5,5% de los trabajadores que son grandes solicitantes con más de 8,6 al año y que explican casi el 30% del gasto en LM del sistema. Por su parte, los profesionales de la salud emiten una mediana de 37 LM al año, pero 4,5% de ellos emite más de 597 LM al año (considerando sólo a quienes emiten menos de 2.000 LM al año, para evitar incluir emisores

institucionales). Estos grandes emisores dan cuenta de 40% de las licencias autorizadas, el 37% de los días otorgados y el 39% del gasto en SIL. Similares resultados reporta Suseso 2022, indicando que 76% de los profesionales emite menos de 200 LM al año, luego existe un grupo de 41 profesionales (0,1% del total) que emite más de 5.000 LM al año. Encuentra que, a mayor número de licencias emitidas, aumenta su duración promedio, así como la tasa de rechazo, el porcentaje que son emitidas por médicos generales y, también, significativamente, la proporción que responde a trastornos de salud mental. Además, indican, entre los grupos que emiten más licencias hay una mayor proporción de extranjeros, quienes emiten casi tres veces más licencias que sus pares chilenos.

Junto con la revisión de antecedentes, y a la luz de los trabajos previos para Chile, se analiza el impacto del diseño de este beneficio para cada una de las instituciones e individuos involucrados, en cuanto a los incentivos y normas que cada uno enfrenta. La emisión de LM recae en cada profesional de la salud, existiendo insuficientes directrices e información orientadora sobre los tiempos de recuperación estándar para cada patología. Luego, existe multiplicidad de entidades que evalúan y autorizan las licencias, por lo que los criterios son diversos. Además, en el caso del asegurador público, no es la misma entidad la que financia y la que aprueba las licencias en primera instancia, ni revisa su adecuado uso, por lo que los incentivos al control del gasto no están alineados. Por su parte, la fiscalización está en diversas instituciones, con diferentes incentivos, objetivos y criterios, por lo que se dispersan los esfuerzos por limitar el mal uso. Adicionalmente, los distintos procesos involucrados difieren según tipo de trabajador (dependiente o independiente), tipo de empleo (sector privado o sector público) y tipo de asegurador (Isapre

o Fonasa), por lo que las condiciones de acceso, proceso, pago y fiscalización difieren.

Respecto de los usuarios el SIL en Chile ofrece una cobertura del 100% del sueldo hasta el tope imponible si bien asegura el sustento económico, desincentiva la pronta reincorporación al trabajo y promueve el sobreuso del sistema. En el sector privado, la normativa exige el pago de los tres primeros días en LM de menos de 11 días, lo que se conoce como carencia, esto incentiva el uso de licencias más largas para acceder al pago completo. Adicionalmente, la jurisprudencia no es clara en relación al uso fraudulento de licencias médicas y las sanciones a los usuarios han sido débiles, por lo que no existe un fuerte desincentivo al fraude. Es importante destacar que, para los usuarios la generosidad relativa del SIL frente a otros beneficios de la seguridad social los lleva a preferir este beneficio por sobre otros –como el seguro de invalidez o el seguro de cesantía–, aunque no sea el beneficio que corresponda a su situación.

Los médicos y otros profesionales de la salud que emiten LM operan con gran libertad para determinar la duración de las mismas y, no enfrentan costos directos por sus decisiones, lo que podría llevar a que se emitan licencias más prolongadas de lo necesario. Si bien la emisión fraudulenta tiene castigos económicos y penales, no son lo suficientemente fuertes, y sobre todo la fiscalización es escasa, por lo que no se inhibe significativamente el fraude. Al respecto, destaca que las veces que se ha aplicado una fiscalización más estricta, el gasto en SIL se ha reducido significativamente. Adicionalmente, en el caso de diagnósticos más subjetivos, como los trastornos de salud mental y dolores musculares, la falta de criterios objetivos dificulta la verificación y puede conducir al sobredimensionamiento de estas patologías.

A diferencia del seguro de accidentes laborales y enfermedades profesionales, para los empleadores el financiamiento del SIL no implica un costo directo, lo que reduce sus incentivos a fiscalizar y prevenir o de fomentar el pronto retorno al empleo. A su vez, esta característica contribuye a la subdeclaración de enfermedades laborales, asignando al SIL diagnósticos que podrían tener un origen laboral, como los trastornos mentales y las enfermedades osteomusculares.

Por último, en relación con los fiscalizadores, como se ha mencionado la supervisión del uso del SIL está fragmentada entre varias entidades (Compín, Isapres, Suceso, Superintendencia de Salud), lo que genera una coordinación deficiente y una baja efectividad. Las entidades a cargo carecen de herramientas adecuadas y no enfrentan consecuencias significativas por no realizar una fiscalización exhaustiva, resultando en sanciones insuficientes para disuadir comportamientos indeseados. En definitiva, para mejorar la eficiencia y justicia del SIL

en Chile, es crucial fortalecer la coordinación y capacidad de las entidades fiscalizadoras, involucrar a los empleadores en el financiamiento (como se observa en la experiencia internacional) y establecer criterios más claros y objetivos para la emisión de licencias médicas.

Se realiza una revisión de las propuestas de reforma que se han hecho previamente, así como los diferentes proyectos de ley que se han presentado y de la experiencia internacional. Por ello y considerando dichos antecedentes, se presenta una propuesta que busca ser realista, pero integral, que toma como base las instituciones existentes y hace modificaciones que permitan abordar los problemas detectados, como falta de atribuciones, de una adecuada gobernanza y de incentivos, entre otros.

Dado lo anterior, si bien se menciona la posibilidad de estudiarlo, no se plantea un cambio radical como unificar los dos esquemas de subsidios por incapacidad laboral

(común y ocupacional), ni crear o incorporar nuevas entidades a la administración o fiscalización de este beneficio. Se plantea mejorar las condiciones actuales en las áreas que funcionan relativamente bien, como es otorgar a Fonasa una contraloría médica, aunque ello requiere mejorar las capacidades del asegurador estatal; o empoderar a la Superintendencia de Seguridad Social (Suseso) para que se haga cargo de las apelaciones de segunda instancia, tal como lo hace para el seguro ocupacional, especialmente porque ya cuenta con las capacidades para realizarlo y porque finalmente, el SIL es un beneficio laboral.

Por el contrario, aquellos ámbitos que no se han desarrollado adecuadamente, como son los mecanismos para detectar uso fraudulento de licencias y luego investigar y sancionar a quienes abusen de este instrumento, se modifican para que cumplan con su función de mejor manera, por ejemplo, mediante una mejor normativa (para la emisión por

vía telemedicina), estándares, información, focalización, sanciones y procesos.

En este ámbito se encuentra también el diseño del beneficio mismo, especialmente respecto de su cobertura y duración. Este es quizás el aspecto más complejo de modificar, porque supone reducir un beneficio amplio y generoso, pero que puede aminorarse al incorporar al empleador en el financiamiento de este beneficio. Todo ello se alinea con lo que la literatura y evidencia (nacional e internacional) sugieren que es conveniente para tener un mejor uso de este beneficio.

Si bien hay medidas más complejas que otras de implementar y aprobar, como es el caso de aquellas que requieren modificaciones legales, es importante señalar que la propuesta funciona si se aplican en conjunto. Una mayor fiscalización tendrá un impacto marginal si no va de la mano con mayores sanciones y sobre todo con una regulación que promueva el uso adecuado, lo que requiere rediseñar el subsidio.

PROPUESTAS

1. REDUCCIÓN DE CARENCIA Y APLICACIÓN UNIVERSAL

Reducir la carencia a 2 días: aplicable a todas las licencias, independientemente de su duración y la calidad del trabajador (privado o público). Esto incentivaría el uso responsable de las licencias médicas y entregaría igualdad de trato a todos los trabajadores. Además, permite reducir comportamientos indeseados y armonizar el beneficio con la legislación laboral.

2. REDUCCIÓN GRADUAL DE LA TASA DE REEMPLAZO

Tasa de reemplazo decreciente: la cobertura del subsidio debe ir disminuyendo en el tiempo, bajando a 85% del salario luego de 3 meses y reduciéndose a 70% después de 6 meses. Esto alinearía el SIL con otros beneficios como la pensión de invalidez y el seguro de cesantía, y a su vez desincentivaría el uso prolongado de licencias.

3. ARTICULACIÓN CON PENSIÓN DE INVALIDEZ

Evaluación obligatoria a los 6 meses: la Suseso debe pronunciarse sobre la recuperabilidad de la salud del trabajador después de 6 meses. Si la condición es irreversible, los antecedentes deben referirse a las instituciones que determinan la invalidez.

4. LÍMITE A LA DURACIÓN DE LAS LICENCIAS Y DEL SIL

Límite máximo de 52 semanas: establecer un máximo de 52 semanas para la duración de una licencia médica, con la posibilidad de extenderla hasta 78 semanas en casos excepcionales.

5. MEJORA EN LA INSTITUCIONALIDAD ADMINISTRATIVA DEL SIL

- 5.1 Separación del SIL del seguro de salud: transformar el SIL en un seguro independiente del seguro de salud para una gestión más eficiente y transparente de los recursos.
- 5.2 Administración de recursos: evaluar diferentes alternativas para la administración de, manteniendo las actuales (Isapres y Fonasa), nuevas entidades como compañías de seguros o una combinación de ambas. En cualquier caso, es fundamental que quien quede a cargo de administrar el seguro tenga las facultades para gestionar los recursos involucrados y pagar (o delegar el pago) del beneficio.

6. MEJORA EN LA INSTITUCIONALIDAD PARA AUTORIZACIÓN Y REGULACIÓN

- 6.1 Determinación del origen de la enfermedad: transferir la calificación del origen de la enfermedad (laboral o común) a la Suseso para evitar conflictos de interés.
- 6.2 Contraloría médica en Fonasa: crear una contraloría médica dentro de Fonasa para revisar y autorizar licencias médicas, igualando las condiciones con las Isapres.
- 6.3 Segunda instancia de apelación en Suseso: radicar la segunda instancia de apelación a la Suseso para un control más coherente y eficiente del SIL. El financiamiento de esta segunda instancia deberá ser proporcional al uso que hagan los afiliados de ella.

7. REGULACIÓN Y NUEVOS REQUISITOS

- 7.1** Normativa clara y organizada: recopilar y organizar la normativa de emisión y calificación de licencias médicas para evitar discrecionalidades.
- 7.2** Guías clínicas actualizadas: actualizar y ampliar las guías clínicas referenciales que establecen los antecedentes y la duración del reposo según diagnóstico.
- 7.3** Requisitos para emisión de licencias: exigir respaldo de atención y registro de prestadores para la emisión de licencias médicas, y regular la emisión por telemedicina.

8. MEJOR FISCALIZACIÓN Y CONTROL

- 8.1** Sanciones más severas: incrementar sanciones a emisores, usuarios y contralores médicos por comportamientos inadecuados.
- 8.2** Denuncias anónimas: permitir denuncias anónimas sobre fraudes con licencias médicas a través de un portal en la página web de la Suseo.
- 8.3** Auditorías especiales: autorizar a la Suseo para generar auditorías especiales en casos de sospecha de abuso o extensión anormal de licencias médicas.

9. TRANSPARENCIA Y MONITOREO

Crear un observatorio del SIL y una plataforma de datos abiertos para promover la transparencia y rendición de cuentas.

10. INVOLUCRAMIENTO DE EMPLEADORES

Financiamiento Compartido: Se propone que los empleadores financien parte del costo del SIL, con el objetivo de generar los incentivos a la prevención y fiscalización.

Por último, se propone evaluar eventualmente la conveniencia de reunir enfermedades laborales y comunes en un solo seguro, manteniendo un seguro independiente exclusivamente para accidentes laborales, en línea con la experiencia internacional.

Estas propuestas buscan optimizar el sistema de licencias médicas, mejorar la gestión de recursos, reducir comportamientos inadecuados, además de promover la transparencia y equidad en el acceso y uso de este beneficio.



1. INTRODUCCIÓN

El subsidio por incapacidad laboral (SIL) constituye un componente integral de la seguridad social. Este subsidio corresponde al desembolso efectuado al trabajador en situaciones en las que no puede desempeñar sus labores debido a una enfermedad o accidente común. Para ello se requiere de una licencia médica², definida como el “derecho que tiene el trabajador de ausentarse o reducir su jornada de trabajo, durante un determinado lapso de tiempo, en cumplimiento de una indicación profesional certificada” por un profesional de la salud autorizado (médicos cirujanos, cirujanos dentistas y matronas), reconocida por su empleador y autorizada por quien corresponda según sea la afiliación del trabajador, como se señala más adelante (Decreto 3 de 1984 del Minsal). Asimismo, según sea el tipo de trabajador, se establecen otros requerimientos de antigüedad en el trabajo o cotizaciones.

En Chile, el sistema de salud se caracteriza por su naturaleza mixta. Los trabajadores están obligados a destinar un 7% de su remuneración imponible (llamado cotización de salud) a alguno de los administradores del seguro de salud: la entidad pública Fondo Nacional de Salud (Fonasa) o alguna de las aseguradoras privadas, Instituciones de Salud Previsional (Isapre). El seguro de salud incluye un conjunto de beneficios obligatorios, siendo el SIL parte de éstos. Aunque este beneficio se menciona

en el DFL 1 de 2005 del Minsal³, toda la regulación de su otorgamiento para trabajadores regidos por el código del trabajo se delega al DFL N°44 de 1978 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social (Mintrab).

En efecto, la institucionalidad asociada a las licencias médicas (LM) y al SIL está regulada en diversas normativas, algunas de carácter legal (D.F.L. N° 44 de 1978 del Mintrab, D.F.L. N° 1, de 2005 del Ministerio de Salud, D.F.L. N° 29 de 2005 del Ministerio de Hacienda, Ley 20.585 de 2012 del Ministerio de Salud) y otras administrativas, que pueden ser modificadas más fácilmente (Decreto 3 de 1984 del Ministerio de Salud, Decreto N° 7 de 2013 del Ministerio de Salud y las circulares de la Superintendencia de Seguridad Social, Suseso).

Monto y topes. El SIL corresponde a la totalidad del salario imponible del trabajador, aunque tiene como límite el sueldo máximo imponible, actualmente de UF 81,6, equivalente a algo más de tres millones de pesos. Cuando la licencia dura 10 o menos días, los tres primeros no se cubren, lo que se conoce como carencia (DFL N°44 del Mintrab). La excepción a lo anterior son los trabajadores del sector público, quienes tienen derecho a que el empleador (el Estado) les pague el total de sus remuneraciones durante la LM, por lo que no aplica el límite del tope imponible ni los días de carencia⁴.

2 Existen siete tipos de licencias médicas: i) enfermedad o accidente común; ii) medicina preventiva; iii) pre y postnatal; iv) enfermedad grave del niño menor del año; v) accidente del trabajo o del trayecto; vi) enfermedad profesional; y vii) patologías del embarazo. Sólo las licencias por enfermedad o accidente común dan origen al subsidio de incapacidad laboral financiado con la cotización obligatoria de salud.

Las licencias pre y postnatal, patologías del embarazo y enfermedad grave del niño menor de un año son de cargo fiscal, las licencias por accidentes del trabajo o el trayecto o por enfermedad profesional están cubiertas por el seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Las licencias por medicina preventiva benefician a un grupo muy reducido de enfermos afectados de insuficiencia renal, trasplantados y/o sometidos a hemodiálisis acogidos a la Ley N° 6.174 que estuvo vigente hasta diciembre de 1985.

3 Específicamente se mencionan algunos requisitos para su obtención por parte de los trabajadores independientes; los lugares donde los trabajadores requerirán del pago de este beneficio, según corresponda (Servicio de Salud, Caja de Compensación de Asignación Familiar o Institución de Salud Previsional); y la prohibición de desvinculación de trabajadores regidos por el Código del Trabajo por la causal necesidades de la empresa, mientras estén con licencia médica.

4 DFL 29 de 2004 del Ministerio de Hacienda, Ley 18.883 de 1989 del Ministerio del Interior y Leyes 19.070 de 1991, 19.464 de 1996 y 21.109 de 2018 del Ministerio de Educación

Límite. No existe un límite de tiempo para la extensión de una licencia médica y, por tanto, del SIL. No obstante, luego de 52 semanas continuadas de licencia médica, le corresponderá a la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (Compin), dependiente de las Secretarías Regionales Ministeriales (Seremi) pronunciarse sobre la recuperabilidad del trabajador y autorizar una ampliación de hasta seis meses. Luego de setenta y ocho semanas de LM se podrán autorizar nuevas licencias médicas “en el caso de enfermedades que tengan un curso prolongado y requieran una recuperación de más largo plazo. En esta última situación, el trabajador estará obligado a someterse a examen médico cada tres meses, como mínimo.” (art. 30 del Decreto 3 de 1984 del Minsal).

Dado que la licencia médica es un derecho por un “determinado lapso de tiempo”, es decir, se refiere a una incapacidad temporal y no permanente, si se declara la irrecuperabilidad de la salud, ello es causal para rechazar la licencia por parte de la Compin. En el sector público, el Estatuto Administrativo y las demás normas que rigen al personal municipal y de otras entidades públicas establecen que la salud irrecuperable o incompatible es causal de cese en el cargo, definiendo que la salud es incompatible si se ha hecho uso de licencia médica en un lapso continuo o discontinuo superior

a seis meses durante los últimos dos años, sin considerar las licencias maternales o paternales o aquellas otorgadas por actos de servicio. Por lo tanto, teóricamente, los funcionarios públicos arriesgan la pérdida de su trabajo si las licencias médicas se prolongan excesivamente, perdiendo también el SIL. Esto último no ocurre en el sector privado, donde el SIL se sigue pagando durante todo el período de extensión de la LM (y eventualmente de su continuación), aunque se termine el contrato de trabajo.

Por su parte, las Isapres pueden solicitar la declaración de invalidez de sus cotizantes a las Comisiones Médicas Regionales asociadas al régimen de previsión o a la Compin, según corresponda, cuando estimen que las afecciones son irrecuperables (Decreto 3 de 1984 del Minsal), para objeto de tramitar otros beneficios sociales y poner término a este subsidio.

Otorgamiento. En el otorgamiento del SIL participan múltiples instituciones, principalmente del sector salud y de trabajo y previsión social (figura 1). Para acceder al SIL se requiere de: (i) una licencia médica (ii) cumplir con los requisitos, según sea el tipo de trabajador -dependientes requieren contrato de trabajo, seis meses de afiliación y tres cotizaciones dentro de los últimos seis meses, e independientes, 12 meses de afiliación, seis cotizaciones

dentro de los últimos seis meses, e independientes, 12 meses de afiliación, seis cotizaciones dentro de los últimos 12 meses y estar al día en su pago- (iii) la licencia debe estar autorizada, proceso que varía según el tipo de empleador y asegurador (DFL 1 de 2005 de Minsal señala algunos requisitos para los trabajadores independientes, pero el resto está regulado en el decreto 3 de 1984 del Minsal y DFL 44 de 1978 del Mintrab).

El profesional de la salud determinará las condiciones de la licencia (reposo total o parcial, duración, entre otros). La ley 20.585 señala que, el Minsal mediante reglamento conjunto con el Mintrab, podrán generar guías clínicas referenciales respecto de los documentos y antecedentes para respaldar la emisión de LM para determinadas patologías.

Si bien la normativa que regula la autorización de las LM (Decreto 3 de 1984 del Minsal) establece que es el trabajador quien debe presentarla a su empleador (dentro de los 2 días hábiles siguientes en el caso de desempeñarse en el sector privado y de 3 días en el sector público), desde el año 2021, es obligatorio (salvo excepciones) la emisión de licencias médicas electrónicas, las que son enviadas directamente al empleador por el profesional de la salud. En la actualidad, casi todas se emiten por vía electrónica.

Una vez que el empleador recibe la LM debe presentarla ante la institución correspondiente:

- La Compín respectiva, en el caso de trabajadores cuyo asegurador es Fonasa y su empleador no está afiliado a una caja de compensación de asignación familiar (CCAF). De lo contrario, primero la presenta a la CCAF y luego ésta la envía a la Compín. Las Compín forman parte de las secretarías regionales ministeriales

(Seremi) de salud, que dependen de la Subsecretaría de Salud Pública del Minsal,

- La Isapre correspondiente, para trabajadores cuya aseguradora es una Isapre.

En el caso de los trabajadores independientes, ellos mismos deben enviar las LM a las Compín o a su Isapre, según esté afiliado a Fonasa o a Isapre.

Autorización. (Decreto 3 de 1984 de Minsal). La Contraloría Médica respectiva de la Compín para cotizantes de Fonasa⁵ y funcionarios del gobierno central (regidos por el Estatuto Administrativo) y la contraloría de las propias Isapre para sus cotizantes, son las que aprueban, rechazan, amplían o reducen la duración de la licencia o bien las modifican de total a parcial o viceversa, dejando constancia de los fundamentos de sus decisiones. No obstante, cuando una Isapre rechace o reduzca una LM debe enviar los antecedentes a la Compín, la que podrá ratificar o denegar el cambio.

Para la debida calificación y autorización de las LM las Isapres deben contar con médicos cirujanos y otros profesionales y la Superintendencia de Salud lleva un registro público de los profesionales que ejercen funciones de contraloría médica de las Isapres.

Para la autorización, las contralorías pueden solicitar nuevos exámenes o interconsultas, visitar al trabajador, pedir información al empleador y profesional emisor de la licencia, entre otros. Además, pueden enviar los antecedentes de los trabajadores que tengan patologías irrecuperables a la Compín para que rechace la LM. En este caso el trabajador podrá optar a ser calificado como inválido para acceder al seguro de invalidez.

Por su parte, el Minsal podría ordenar

5 Cuando las licencias médicas duran más de 30 días son revisadas directamente por la Compín).

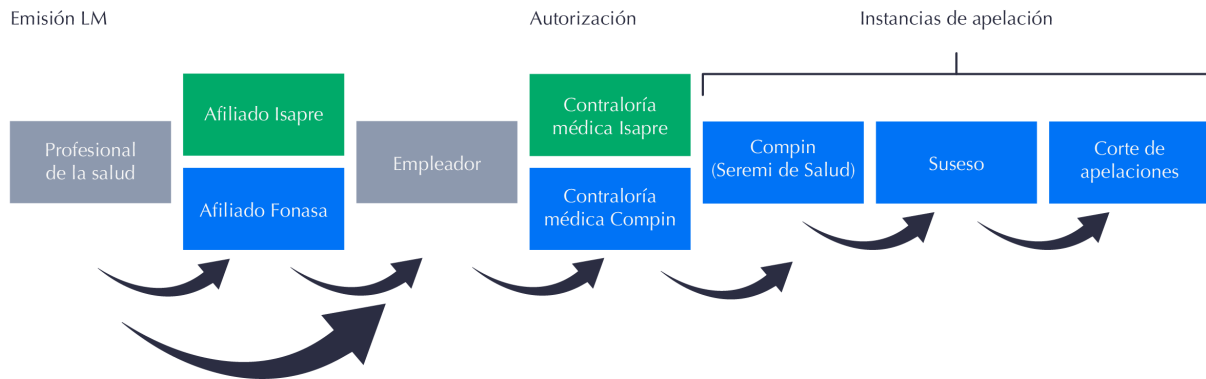
a la Compin que solicite otros antecedentes y exámenes para autorizar licencias de duraciones superiores a los periodos que dicho ministerio determine.

La autorización tiene un plazo de 3 días hábiles para las Isapres y de 7 días hábiles para las Compin, prorrogable por otros 7 en caso de requerir antecedentes adicionales, y ampliable a máximo 60 días en caso de requerir exámenes adicionales. Una vez cumplidos estos plazos, las licencias se consideran autorizadas.

Apelación. (figura 1). En el caso de que la

licencia sea rechazada por la Isapre, el trabajador tiene la opción de apelar ante la Compin, que tendrá 10 días hábiles para pronunciarse, resolución que será obligatoria para las partes. Si la apelación no es favorable, el trabajador puede insistir ante la Superintendencia de Seguridad Social (Suseso). Finalmente, si bien es muy poco frecuente, el trabajador tiene la posibilidad de reclamar judicialmente contra la Suseso ante la Corte de Apelaciones. Por su parte, los empleadores pueden también recurrir a la Compin cuando consideren que la licencia no corresponde o la duración es superior a lo necesario.

Figura 1. Proceso de autorización y apelación de licencias médicas de trabajadores dependientes



Fuente: Elaboración propia.

Pago. Los trabajadores cuyo asegurador es Fonasa y su empleador está afiliado a una caja de compensación de asignación familiar (CCAF) reciben el SIL directamente desde la CCAF, la que luego cobra a Fonasa. La ley que regula a las CCAF (Ley 18.833 de 1989 del Mintrab) establece que deben percibir 0,6% de la remuneración imponible para administrar los SIL y que si hay superávit se debe devolver, pero que, si hay déficit este debe ser cubierto por Fonasa. Dado que en la práctica el costo ha sido mayor, este porcentaje se modifica mediante las leyes de presupuesto, siendo la última cifra (Ley de presupuesto de 2024) de 3,1%, la que puede, además, ser reemplazada por decreto del Ministerio de Hacienda durante el año. Actualmente, el 70% de las LM de los afiliados a Fonasa se paga mediante las CCAF. El resto de los trabajadores recibe el subsidio directamente desde la Isapre o las unidades encargadas de aquello en el Minsal. Cuando una Isapre no cumple con los pagos, el cotizante puede solicitar a la Superintendencia de Salud que lo haga, descontando recursos de las garantías de las Isapres. La excepción del proceso anterior son los funcionarios públicos, que reciben el sueldo completo directamente desde sus empleadores. Luego de ello, el Estado debiera reembolsar con las Isapre y Fonasa el equivalente al SIL que les habría correspondido si fuesen trabajadores privados.

El derecho al SIL prescribe en seis meses desde el término de la respectiva licencia en el caso de los beneficiarios, mismo tiempo que tiene el empleador público para recuperar el monto del SIL desde la Seremi, y en caso de que las devoluciones deban solicitarse a las CCAF o Isapres, se asume la norma común de 5 años. En el caso de los municipios, estos pueden reembolsar los recursos

correspondientes a los SIL de sus funcionarios, ya sea desde las Isapres en caso de ser afiliados a estas, como desde las Seremis y CCAF en caso de ser afiliados a Fonasa. Por su parte, las CCAF no pueden reembolsar sin que ello haya sido solicitado por los municipios.

En cuanto a los funcionarios del gobierno central (regidos por el Estatuto administrativo) que son beneficiarios de Fonasa, el esquema es confuso. En efecto, no fue hasta 2019 que hubo claridad respecto de quién debe pagar los SIL, lo que fue finalmente zanjado por la Contraloría General de la República, la que señaló que era responsabilidad de las Seremi. Por tanto, en principio las diferentes reparticiones del Estado deben reembolsar los recursos desde las Seremi y estas, a su vez, desde Fonasa. Sin embargo, ello no ocurre en la práctica, porque el Ministerio de Hacienda señala que los presupuestos de cada institución del gobierno central ya consideran el pago de los SIL⁶, así como recursos para los respectivos reemplazos, quedando en algunos casos como cuentas por cobrar.

Fiscalización. Según el reglamento de autorización de licencias médicas (Decreto 3 de 1984 del Minsal) la Compin e Isapres deben ejercer el control técnico de las licencias médicas y fiscalizar el ejercicio legítimo del derecho a estas. En términos generales, la supervisión del cumplimiento de los plazos de autorización de las licencias por parte de las Compin es realizado por las Seremi de Salud. Y, en cuanto a las Isapres, la Superintendencia de Salud debe fiscalizar los aspectos procesales cuando los trabajadores o empleadores recurren a la Compin y, en general, todo lo referido a la autorización de las licencias (DFL N°1 de 200 del Minsal). Por su parte, la Compin debe fiscalizar y zanjar lo referido a los montos pagados.

⁶ En un principio era Fonasa directamente quien reembolsaba (Ley 18.196 de 1982 del Ministerio de Hacienda), pero con la ley 18.469 de 1985 del Minsal se traspaasa el pago a los Servicios de Salud y luego y con la ley 19.937 de 2004 del Minsal a las Seremi, lo que es ratificado por la Contraloría General de la República en 2019 (dictamen 33.267).

Respecto del contenido de la licencia, existen tres caminos para su supervisión (Ley 20.585 de 2012 del Minsal):

(i) **Correcto uso de la licencia** (figura 2). Las contralorías médicas pueden solicitar a los emisores de licencias médicas “la entrega o remisión de los antecedentes o informes complementarios que las respalden”. En caso de que estos no sean proporcionados deben avisar a la Compín para que lo realice y siga con el procedimiento. La Compín puede “en casos excepcionales y por razones fundadas” citar a los emisores a una entrevista para aclarar aspectos del otorgamiento de la licencia, pudiendo aplicar sanciones ante inasistencias o no entrega de la información en el plazo (7 días). Estas incluyen la suspensión de la emisión de licencias, hasta por 15 días (renovable) y multas de hasta 10 UTM⁷ (ver recuadro 1). Cuando los emisores no estén conformes pueden apelar ante la Suseso (dentro de 5 días hábiles), suspendiéndose las sanciones aplicadas por la Compín cuando los antecedentes son entregados o se acude a la cita, y cancelándose si se falla a favor del emisor.

La ley otorga facultades de fiscalización a la Superintendencia de Salud solo respecto de los aspectos procesales de las LM y SIL en Isapres, no obstante, en el sector público, el Estatuto Administrativo (artículo 61) y el Código Penal (artículo 175) establecen la obligación a los fiscales y demás empleados públicos de denunciar los delitos de que tomen conocimiento en el ejercicio de sus funciones. Con base en esta facultad, el Superintendente de Salud se ha querellado en contra de los médicos que, conforme a los datos analizados, estarían haciendo un mal uso de las licencias. También puede remitir los antecedentes a la Suseso,

para que pueda iniciar una investigación.

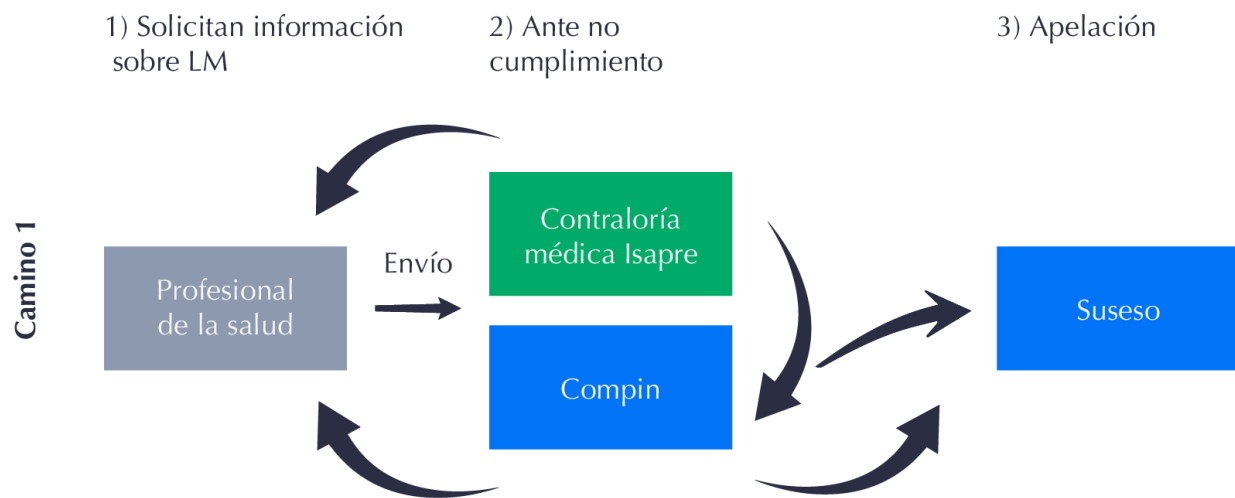
En cuanto a los trabajadores, la licencia puede ser rechazada cuando estos no cumplan con el reposo, trabajen, falsifiquen o adulteren la licencia médica y entreguen antecedentes falsos o simulen enfermedades, debiendo devolver los recursos percibidos indebidamente. El DFL 1 de 2005 del Minsal establece que los beneficiarios que obtuvieron un beneficio mayor al que corresponda serán sancionados con reclusión menor en sus grados mínimo a medio, así como también quienes faciliten la comisión de dicho delito, lo que debe ser determinado por la justicia ordinaria.

Cuando se constate una transgresión a las normas de uso, otorgamiento o autorización de las licencias médicas, la Compín y la Isapres deberán avisar al empleador para que tome las medidas asociadas a los trabajadores y a los demás organismos fiscalizadores (Contraloría General de la República, Suseso, Dirección del Trabajo u otros) si correspondiere, para que adopten las medidas necesarias. Finalmente, si corresponde, deberán efectuar la correspondiente denuncia de los hechos a la Justicia Ordinaria (decreto ley N° 3.621, de 1981). A su vez, las Compín e Isapre deben investigar las denuncias que se les presenten sobre otorgamiento o uso indebido de LM, además de hacer inspecciones propias.

Por su parte, el reglamento de autorización de las licencias establece (art. 51) que los empleadores deben controlar el debido cumplimiento de la LM de sus trabajadores, pudiendo visitar a sus trabajadores enfermos y deberán poner en conocimiento de la Compín o Isapre las irregularidades que detecten, más allá de sus propias medidas.

⁷ UTM o unidad tributaria mensual es una medida determinada por ley que se reajusta mensualmente según la inflación. A mayo de 2024 una UTM correspondía a \$65.443.

Figura 2. Fiscalización del correcto uso de licencias médicas



Fuente: Elaboración propia.

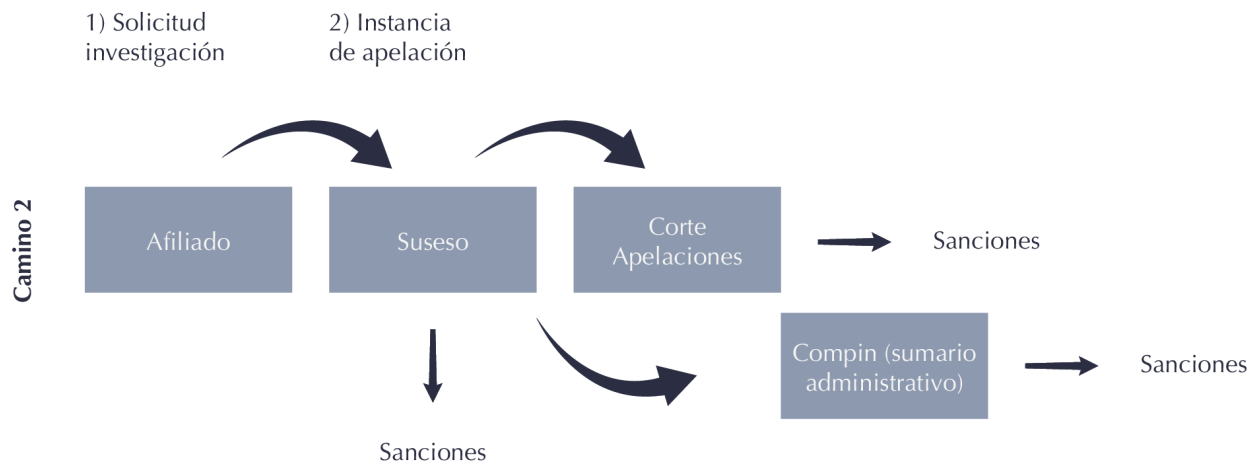
Nota: La Compín, en caso de ser la primera instancia de revisión, también puede solicitar todos los antecedentes necesarios.

(ii) **Rol de los contralores médicos en Isapres y Compín** (figura 3).

Si se rechaza o modifica una licencia médica sin justificación, los afiliados a una Isapre pueden realizar una denuncia ante la Suseso para que realice una investigación -similar a la que se aplica en caso de licencias fraudulentas en el punto siguiente. Si se confirma una irregularidad se arriesgan sanciones desde 7,5 UTM hasta las 60 UTM, la

suspensión de la facultad de visar licencias (entre 30 a 365 días) y el pago de los días correspondientes al SIL, siendo la Isapre solidariamente responsable de los reembolsos. El acusado puede apelar a la Suseso en primera instancia (reposición) y, en último caso a la justicia ordinaria. Si el funcionario que incurre en la conducta pertenece a la Compín o Unidad de Licencias Médicas, deberá someterse a un sumario administrativo, pudiendo ser destituido de su cargo.

Figura 3. Fiscalización del rol de los contralores médicos



Fuente: Elaboración propia.

(iii) Emisión fraudulenta de licencias médicas (figura 4).

Cuando se detecte una certificación falsa por parte de un profesional de la salud, la licencia se rechazará o invalidará. Además, se podrá denunciar a la justicia y comunicar al empleador para la adopción de las medidas laborales y estatutarias que correspondan (Decreto 3 de 1984 del Minsal).

La Suseso puede realizar una investigación para determinar si la LM cuenta con fundamento médico, por petición de la Seremi, Compin, Fonasa, Isapre, una persona o por sí misma, “si existe mérito para ello” (artículo 5° de la Ley 20.585 de 2012 del Minsal). La Suseso debe notificar al emisor, paciente o empleador, según corresponda, solicitando su informe de los hechos en diez días hábiles, quien puede pedir audiencia para realizar sus descargos. La resolución debe ser fundada y las sanciones a los emisores fraudulentos van desde 7,5 UTM a 80 UTM de multa y desde 30 a 365 días de suspensión de la facultad de emitir licencias médicas, según sea la gravedad. Si el profesional otorga una o más licencias médicas, encontrándose previamente suspendida su facultad para emitir las, será sancionado con una multa a beneficio fiscal de entre 10 UTM y hasta 80 UTM y deberá reembolsar al organismo administrador que corresponda (Fonasa o Isapre) el equivalente al subsidio por incapacidad laboral que se hubiera generado.

Si el emisor es funcionario público, la infracción se considerará como vulneración a la probidad administrativa⁸ para efectos de las responsabilidades correspondientes, cuyas sanciones consideran multas, suspensiones y la destitución (art. 121 DFL 29 de 2004 del Ministerio de Hacienda).

El profesional sancionado puede apelar a la Suseso dentro de 5 días hábiles y, en caso

de que la resolución no le sea favorable, acudir a la Corte de Apelaciones. Si dicha superintendencia encuentra antecedentes de una licencia falsa, debe remitirlos al Ministerio Público y, en caso de ser declarado culpable, se le cancelará la inscripción en el Registro de Prestadores de la Superintendencia de Salud. Si es sancionado con la suspensión de emisión de LM debe comunicarlo a los pacientes previo a la atención.

Respecto de los usuarios o pacientes, si bien la ley 20.585 modificó el Código Penal dejando un párrafo que podría referirse a estos, la norma es confusa. El artículo modificado señala lo siguiente:

“...El que incurra en las falsedades del artículo 193 en el otorgamiento, obtención o tramitación de licencias médicas o declaraciones de invalidez será sancionado con las penas de reclusión menor en sus grados mínimo a medio y multa de veinticinco a doscientas cincuenta unidades tributarias mensuales...”

Este puede aumentar en un grado y la multa hasta 750 UTM en caso de reincidencia. Por su parte, el artículo 193 establece que:

“Será castigado con presidio menor en su grado máximo a presidio mayor en su grado mínimo el empleado público que, abusando de su oficio, cometiere falsedad:

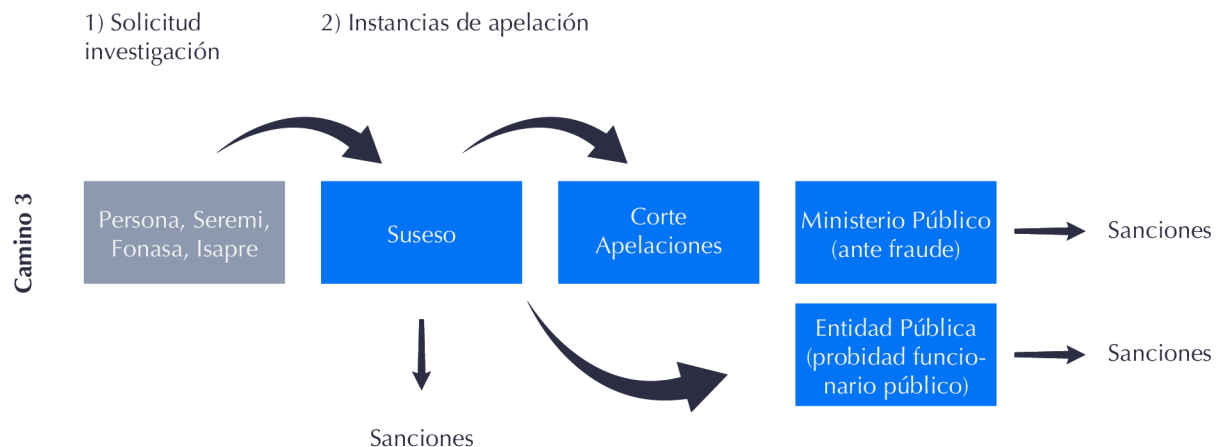
- 1.° Contrahaciendo o fingiendo letra, firma o rúbrica.*
- 2.° Suponiendo en un acto la intervención de personas que no la han tenido.*
- 3.° Atribuyendo a los que han intervenido en él declaraciones o manifestaciones diferentes de las que hubieren hecho.*
- 4.° Faltando a la verdad en la narración de hechos sustanciales.*
- 5.° Alterando las fechas verdaderas.*
- 6.° Haciendo en documento verdadero cualquiera alteración o intercalación que varíe su sentido.*

⁸ El principio de la probidad administrativa está definido en la ley sobre Bases Generales de la Administración del Estado y consiste en observar una conducta funcionaria intachable y un desempeño honesto y leal de la función o cargo, con preeminencia del interés general sobre el particular. (art. 52, DFL N° 1/19.653 de 2000 del Ministerio Secretaría General de la Presidencia).

7.º Dando copia en forma fehaciente de un documento supuesto, o manifestando en ella cosa contraria o diferente de la que contenga el verdadero original.
 8.º Ocultando en perjuicio del Estado o de un particular cualquier documento oficial.

Si bien la norma establece que el que incurra en dichas falsedades, sin señalar que se refiere a funcionarios públicos, esto podría interpretarse de esa manera, dejando fuera a personas que se desempeñan en el sector privado. Es por ello que la norma que se aplica para los usuarios es la mencionada previamente sobre obtención de beneficio mayor al que corresponda.

Figura 4. Fiscalización de la emisión fraudulenta de licencias médicas



Fuente: Elaboración propia.

De la descripción del funcionamiento y las entidades participantes en la entrega del subsidio por incapacidad laboral se desprende que tiene características y un funcionamiento complejo, con varias etapas y participantes, lo que puede impactar en la forma en que este beneficio está siendo usado, así como en el gasto en salud. En este documento se realiza un análisis crítico de este subsidio para luego desarrollar propuestas que permitan abordar sus déficits. Para ello, en la siguiente sección se revisan antecedentes sobre varios aspectos del SIL, entre otros, cómo ha evolucionado su uso, el gasto asociado y sus determinantes, así como su correlato con la epidemiología (estado de salud) de la población, junto con una descripción de algunas políticas que se

han usado para abordar el uso fraudulento. Asimismo, se realiza una revisión internacional de las características de este beneficio en otros países, para obtener algunas tendencias. Luego, a la luz de los trabajos previos en Chile y de los antecedentes presentados, se analizan los incentivos de cada uno de los actores que participan en el proceso de entrega y recepción de este beneficio, identificando las principales fallas. En la sección 3 se desarrolla una propuesta integral para abordar los problemas detectados, que plantea modificaciones a su estructura, institucionalidad administradora, y de la que está a cargo de la autorización y regulación, así como medidas para fomentar el buen uso y desincentivar el uso fraudulento. Finalmente, se presentan los comentarios finales, las referencias y anexos.

Actualmente está en discusión en su segundo trámite constitucional en la Cámara de Diputados un Proyecto de Ley (Boletín N°14.845-11) que modifica la Ley N°20.585 para fortalecer las facultades de las instituciones reguladoras y fiscalizadoras, así como también para incrementar las sanciones sustantivamente –tanto las multas como el período de suspensión— a los emisores de licencias médicas fraudulentas. Este contempla que las sanciones se eleven a:

- Suspensión de hasta por 180 días de la facultad para otorgar licencias médicas, del Registro Nacional de Prestadores Individuales y una multa a beneficio fiscal de hasta 140 UTM. Manteniendo que la multa podrá elevarse al doble si la emisión de licencias sin fundamento médico ha sido reiterada.
- Suspensión hasta por un año de la facultad para otorgar licencias médicas, del Registro Nacional de Prestadores Individuales y una multa a beneficio fiscal de hasta 200 UTM, en caso de reincidencia dentro del período de cinco años contados desde la fecha de la notificación de la resolución que impuso la primera sanción.
- Suspensión hasta por tres años de la facultad para otorgar licencias médicas, del Registro Nacional de Prestadores Individuales y una multa a beneficio fiscal de hasta 350 UTM, en caso de segunda reincidencia dentro del período de cinco años contados desde la fecha de la notificación de la resolución que impuso la primera sanción.
- Suspensión perpetua de la facultad para otorgar licencias médicas, la cancelación del Registro Nacional de Prestadores Individuales y una multa a beneficio fiscal de hasta 600 UTM, en caso de tercera reincidencia dentro del período de cinco años contados desde la fecha de la notificación de la resolución que impuso la primera sanción.

Adicionalmente, si el profesional otorga una o más LM, encontrándose previamente suspendida su facultad para emitir las, la multa se eleva a entre 150 UTM y 350 UTM, desde el actual rango (10 a 80 UTM). Se mantiene tanto la obligación de denuncia al Ministerio Público, como la obligación al profesional de reembolsar al organismo administrador que corresponda (Fonasa o Isapres) el equivalente al SIL que se hubiera generado.

De igual forma se elevan las sanciones –multa y suspensión—para el contralor médico (encargado de la autorización, modificación o rechazo de las licencias médicas) de una Isapre o de la Compín que postergue la resolución, rechace o modifique las LM sin justificación que respalde su resolución, o sin expresión de causa.

El proyecto de ley también contempla regular la emisión de LM electrónicas bajo atención por telemedicina, proponiendo que la Subsecretaría de Salud Pública autorice al prestador a emitir licencias médicas electrónicas siempre que acrediten que cuentan con un sistema de registro clínico electrónico integrado con el sistema de información regulado y supervisado por la Suseso, y una plataforma de telemedicina certificada por el Minsal.

Además, se autoriza a la Suseso y la Compín a requerir a los prestadores de salud (públicos y privados), y a los profesionales investigados que hubieren intervenido en la emisión de una LM, los antecedentes clínicos y otros que sean necesarios, quienes estarán obligados a remitirlos.

Por último, el proyecto de ley modifica el código penal en relación con este delito, elevando la pena a los profesionales que emitan LM fraudulentas de reclusión en sus grados mínimo a medio a sus grados medio a máximo. Además, se incrementa la pena de “inhabilitación especial temporal para emitir licencias médicas”, por “inhabilitación especial temporal para ejercer la profesión de médico cirujano, matrona o cirujano dentista.” También se elevan las penas frente a reincidencia y se agrega la inhabilitación perpetua para ejercer la profesión. Y, lo que es muy importante, se incorpora al código penal el delito de uso malicioso de LM, que facilitaría sancionar a los falsos pacientes, en este caso se aplicarán las mismas penas disminuidas en dos grados.

En junio de 2024 el Gobierno presentó indicaciones al proyecto entre las que destaca la exigencia del examen único de conocimientos de medicina a los médicos para que estén facultados a emitir licencias médicas. Además, entrega facultades de fiscalización y supervigilancia de las licencias médicas electrónicas a la Suseso, y fortalece el rol fiscalizador de las Compín. También es interesante que se establece que la Tesorería General de la República pueda retener la devolución de impuestos a los infractores de esta ley.

2. ANTECEDENTES PARA LA DISCUSIÓN

2.1 ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS DE LAS LM, SIL Y ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN EN CHILE

A) Licencias médicas (LM) y subsidio por incapacidad laboral (SIL)

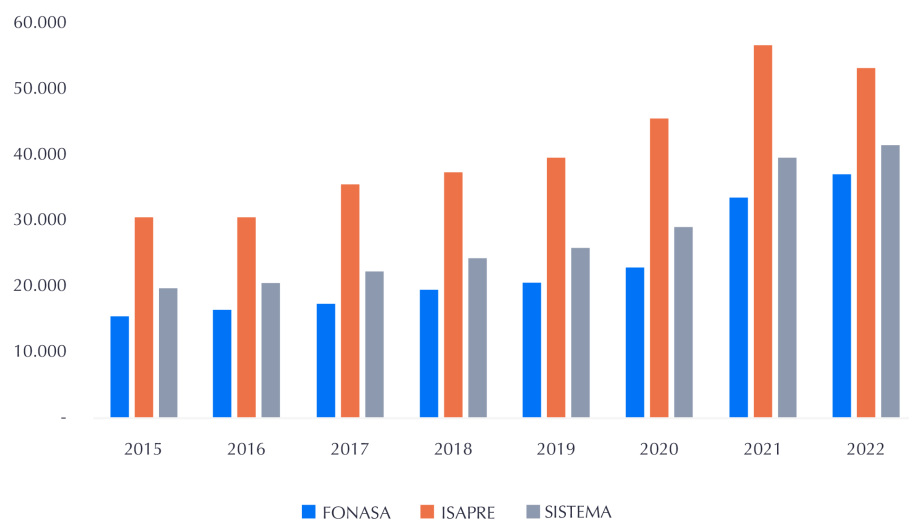
Gasto asociado a las licencias médicas

Según los datos de la Superintendencia de Salud, en 2022 se gastó 1,2 % del PIB en el pago del SIL (LM), mientras que en 2014 se destinó 0,6 % del PIB, es decir, es un gasto que se duplicó en menos de 10 años. El aumento sostenido del gasto en SIL viene ocurriendo hace décadas, Tokman et al. (2004) reportan un explosivo crecimiento de dicho gasto durante la década de los noventa, señalando que entre 1991 y 2002 se expandió 113% en términos reales, con lo que el gasto como porcentaje del PIB pasó de 0,37% a 0,43% en dicho período.

El gasto en SIL por cotizante se incrementó 110% en términos reales entre 2015 y 2022 (gráfico 1) a nivel de sistema. El gasto por cotizante es superior en Isapre que en Fonasa,

ya que los ingresos de los cotizantes son superiores en las aseguradoras privadas (en 2022 el ingreso promedio de los cotizantes de Isapre fue aproximadamente 1.700.000 de pesos y de Fonasa 750.000 pesos). Sin embargo, distinguiendo por subsistema, en dicho período el gasto por cotizante creció 137% en Fonasa y 74% en Isapre. La disparidad entre subsistemas es de larga data y ya fue reportada por Tokman et al. (2004), quienes indican que entre 1991 y 2001, el gasto en SIL creció 73,1% real en Isapre y 195,4% real en Fonasa. A su vez, Benavides et al. (2011) reportan la disparidad de las trayectorias del gasto en SIL entre Fonasa e Isapre para el período 1995 a 2010, con un crecimiento real promedio anual del 14% en el asegurador público y de 5 % en las aseguradoras privadas.

Gráfico 1. Evolución del gasto anual en SIL por cotizante, pesos de 2023



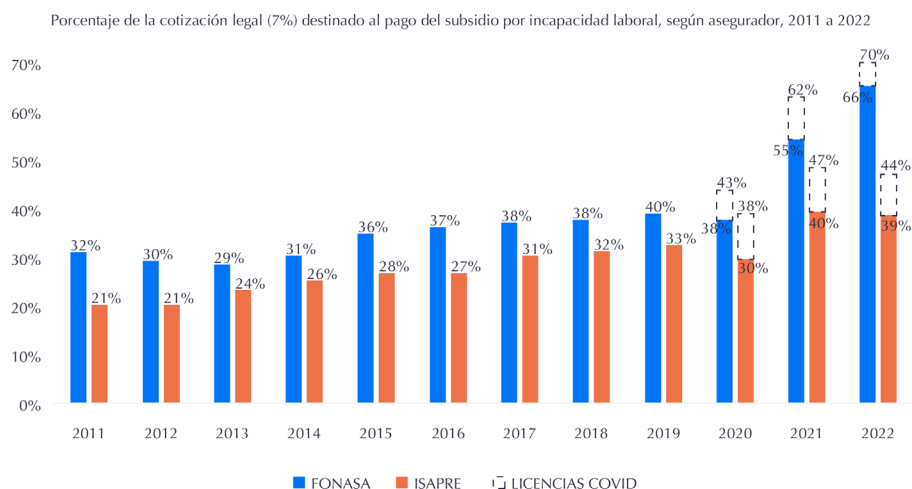
Fuente: elaboración propia con datos de la Superintendencia de Salud.

Porcentaje de la cotización destinado al SIL

Parte del aumento de los años 2020, 2021 y 2022 se explica por la pandemia de Covid 19, sin embargo, si descontamos el gasto en las licencias asociadas a la pandemia (licencia Covid y licencia médica preventiva parental⁹), el aumento del gasto es igualmente significativo. En el gráfico 2 se observa que mientras en 2011 un 26% de la cotización

de salud se destinaba a pagar el SIL (promedio de todo el sistema), en 2022 alcanzó el 54% (sólo considerando las LM no Covid), reflejando un incremento de más del 50% en 10 años. Nuevamente, existen diferencias entre el asegurador público y los privados: la proporción de la cotización obligatoria que se destina al pago de licencias médicas en 2022 alcanzó al 66% en Fonasa y 39% en Isapres (descontando las licencias por Covid).

Gráfico 2. Porcentaje de la cotización legal (7%) destinado al pago del subsidio por incapacidad laboral, según asegurador, 2011 a 2022



Fuente: Elaboración propia con datos de la Superintendencia de Salud.

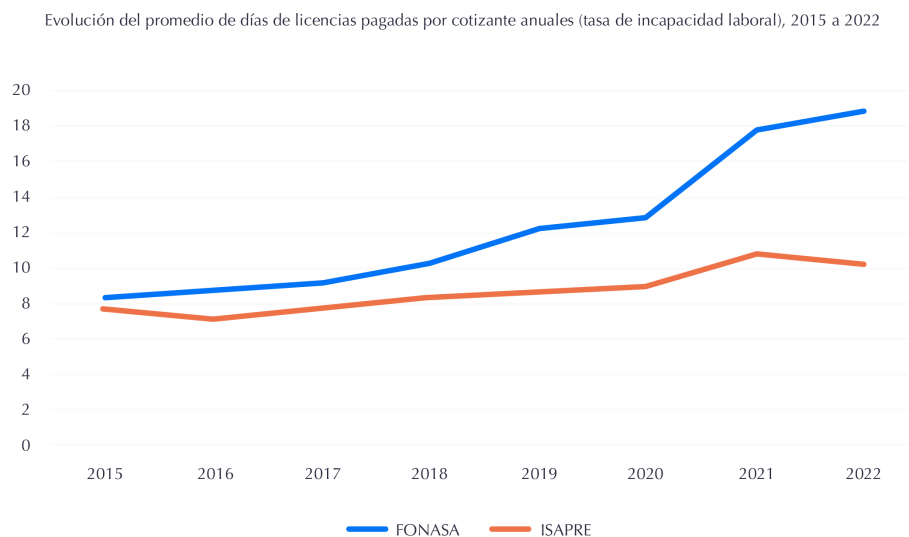
⁹ Vigente entre 2020 y 2021.

Intensidad de uso de las LM o licencias por trabajador (tasa de incapacidad laboral o TIL)

El aumento del porcentaje de la cotización destinada al pago de licencias médicas revela que este mayor gasto no se explica por el aumento de los salarios o del número de cotizantes, ya que en este caso también aumentaría la cotización, sino que hay otros factores que están incidiendo. En efecto, el gráfico 3 muestra un incremento de 104% entre 2015 y 2022 en la intensidad de uso del subsidio, la que se mide como el número de días de licencia por trabajador o tasa de incapacidad laboral (TIL). Nuevamente, se constata una diferencia según el tipo de asegurador: se incrementa de 8,2 a 18,8 días en Fonasa (aumento de 128%) y de 7,6 a 10,1 días en Isapres (aumento de

33%), entre 2015 y 2022. Además, se observa que la brecha entre Fonasa e Isapres en la TIL se ha ido ampliando en el tiempo. Esto significa que el SIL se utiliza más intensamente en Fonasa que en Isapre. Trabajos previos han documentado el aumento de la TIL y su diferencia por subsistema en otros períodos de tiempo. Benavides et al. (2011) resaltan el importante crecimiento de la TIL entre 1995 y 2010 y la disparidad de la trayectoria entre el asegurador público y los privados, señalando que mientras en Fonasa la TIL creció 124% en el período, en Isapre se incrementó 35%. Además, reportan que el valor de la TIL en Isapre era 2,5 en 1995 llegando a 6,4 en 2003, para luego bajar hasta 3,4 en 2010; al contrario, en Fonasa, la TIL crece durante todo el período pasando de 2,6 en 1995 a 5,8 en 2010.

Gráfico 3. Evolución del promedio de días de licencias pagadas por cotizante anuales (tasa de incapacidad laboral)



Fuente: Elaboración propia con datos de la Superintendencia de Salud.

En definitiva, el gasto en licencias médicas depende del número de cotizantes, del ingreso imponible de los cotizantes y de la intensidad de uso del subsidio (medida por la TIL). En 2022 existían 6,4 millones de cotizantes con derecho a LM, de ellos 4,7 millones están afiliados a Fonasa y 1,7 millones a Isapres. Entre 2015 y 2022, los cotizantes con derecho a licencia aumentaron 8% y la renta imponible promedio aumentó 18% real. Pero la TIL (días de licencia por trabajador) se expandió 104,4% entre 2015 y 2022, dando cuenta de la mayor proporción del incremento en el gasto real en SIL de 126,5% en el período (tabla 1). La intensidad de uso del subsidio (medido con la TIL) está determinada por factores epidemiológicos (razones de salud que explican el otorgamiento de la LM), lo que se analiza más adelante, y por el abuso del instrumento (Tokman et al. 2004).

Tabla 1. Aumento del gasto en SIL y sus componentes, 2015 a 2022

	Fonasa	Isapre	Total
Gastos en SIL (UF)	160,3 %	80,5 %	126,5 %
Número de cotizantes	9,7 %	3,7 %	8 %
Ingreso imponible promedio (UF)	25,2 %	12,9 %	18 %
TIL	127,6 %	32,6 %	104,4 %

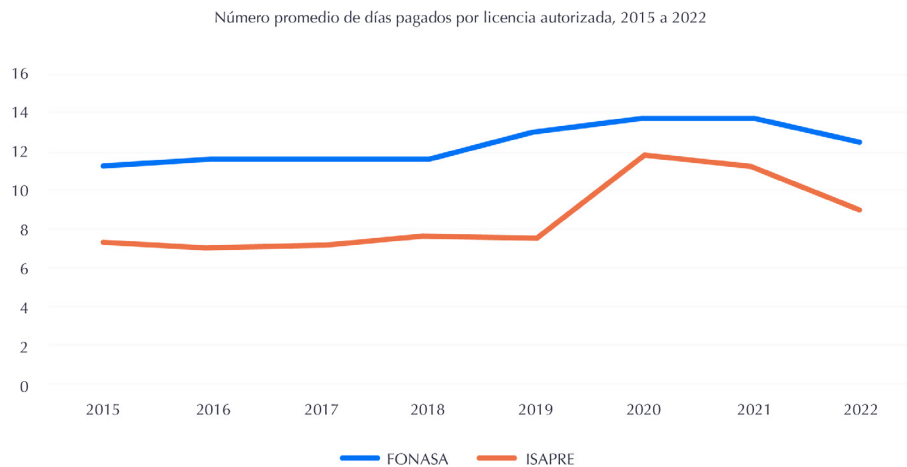
Fuente: Elaboración propia con información de la Superintendencia de Pensiones

Duración promedio de la licencia

Al observar la duración promedio de cada licencia (gráfico 4), se constata que, al igual que otras variables, es superior para los afiliados de Fonasa que para los de Isapre. En cuanto a la tendencia, ésta fue relativamente estable hasta 2018, pero en 2019 hay un aumento relevante en Fonasa. En 2020 y 2021 las cifras aumentan debido a la pandemia de Covid-19, y en 2022 retroceden, retornando a un nivel cercano a los valores previos

(incluso son menores en Fonasa a las de 2019, pero mayores en el caso de Isapre). Estos resultados coinciden con Villalobos et al. (2022), quienes reportan que, entre 2016 y 2020, aumentan las licencias tramitadas en el sistema y que, además, éstas son más largas. Distinguiendo por subsistema, encuentran que mientras en Fonasa crecen tanto las LM por cotizante como su duración, en Isapre se reportan más días promedio por licencia, pero disminuyen las LM tramitadas.

Gráfico 4. Evolución del promedio de días pagados por licencia médica (duración licencias) al año, 2015 a 2022



Fuente: Elaboración propia con datos de la Superintendencia de Salud.

Tasas de rechazo

La tasa de rechazo corresponde al porcentaje de las licencias médicas tramitadas que son rechazadas, lo que podría ser indicador de control y fiscalización del SIL. Se observa que este indicador es consistentemente superior en Isapres que en Fonasa a lo largo de los años (tabla 2). Dado que el abuso en el uso del SIL depende en parte de la fiscalización, este indicador podría explicar en algún grado la mayor tasa de uso del SIL en Fonasa.

Tabla 2. Tasa de rechazo de LM por subsistema de salud, años 2016 a 2022

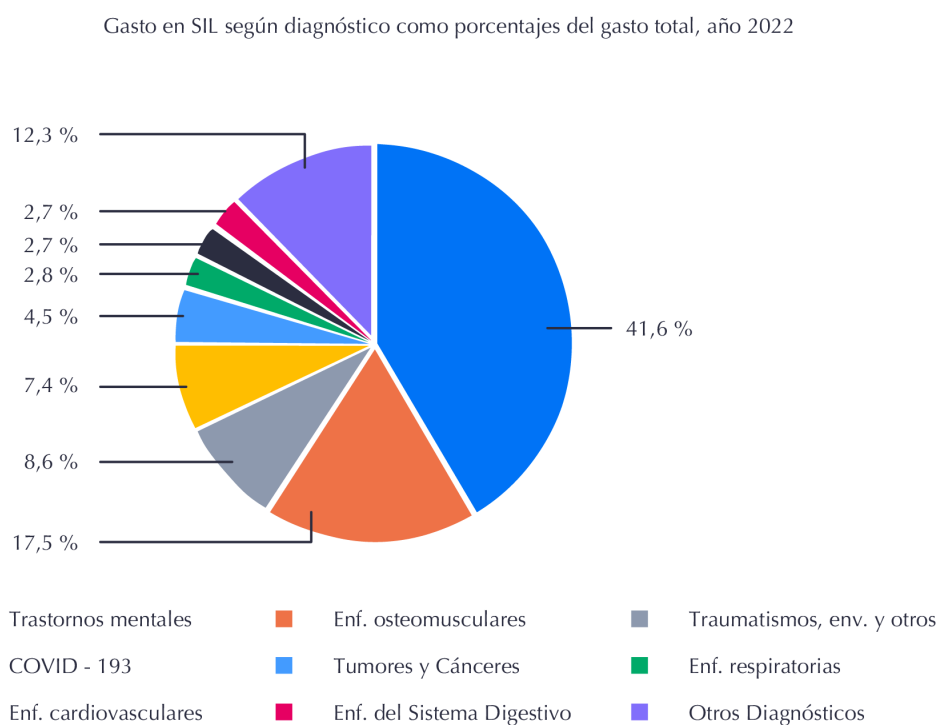
Tasa de rechazo			
Año	Fonasa	Isapre	Sistema
2016	5,4%	15,7%	8,4%
2017	5,2%	15,2%	7,9%
2018	5,1%	15,0%	7,6%
2019	5,4%	13,6%	7,5%
2020	8,1%	20,1%	10,7%
2021	5,4%	8,4%	6,1%
2022	5,8%	8,7%	6,5%

Fuente: Elaboración propia con datos de la Superintendencia de Salud.

Licencias según diagnóstico

Al revisar por tipo de patologías, se constata que los trastornos mentales fueron la primera causa del gasto en SIL el año 2022 y las enfermedades osteomusculares, la segunda (gráfico 5). Entre ambas dolencias explican cerca del 60% del gasto total (41,6% y 17,5%, respetivamente), seguidos con distancia por los demás diagnósticos.

Gráfico 5. Gasto en SIL según diagnóstico como porcentajes del gasto total, año 2022



Fuente: Elaboración propia con datos de la Superintendencia de Salud.

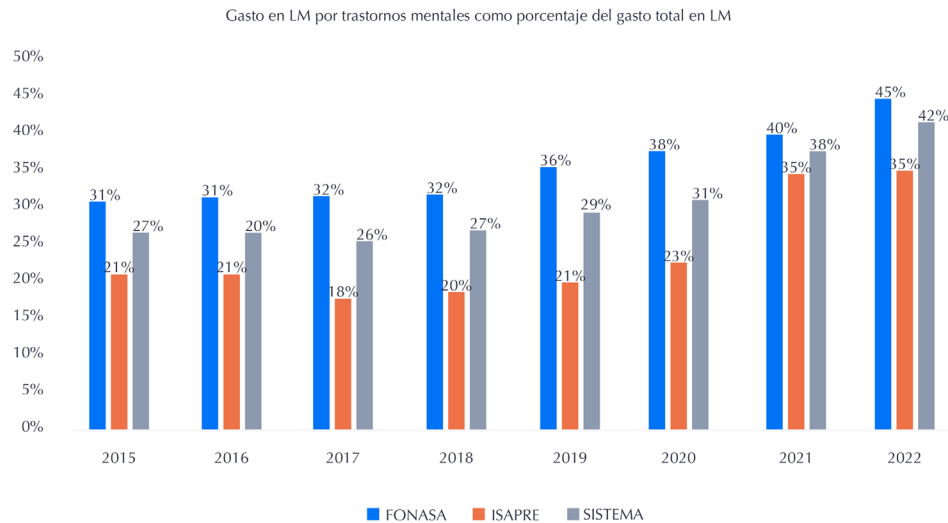
Entre 1998 y 2022 existen cambios importantes en los diagnósticos que explican la mayor proporción de LM (Tabla 2). Mientras en 1998 las enfermedades mentales ocupaban el cuarto lugar con 9,6% de las licencias tramitadas, actualmente alcanzan el primer lugar con 29,9% de las LM. Por su parte, las enfermedades respiratorias explicaban la mayor proporción de LM en 1998, con 22,5% de las LM tramitadas, diagnóstico que cayó al tercer lugar con el 9,0% de los casos en 2022.

Tabla 3. Porcentaje de licencias médicas tramitadas y ranking según los principales diagnósticos

Tipo de Diagnóstico	Porcentaje 1998	Ranking 1998	Porcentaje 2022	Ranking 2022
Respiratorias (no Covid)	22,5 %	1	9,0 %	3
Osteomusculares	17,5 %	2	16,2 %	2
Traumatismo y Envenenamiento	11,0 %	3	5,8 %	5
Transtornos Mentales	9,6 %	4	29,9 %	1
Digestivas	8,9 %	5	3,8 %	6

El gasto en SIL términos reales en LM por trastornos mentales aumentó 254% entre 2015 y 2022 a nivel de sistema, 280% en Fonasa y 203% en Isapres. En Fonasa la tasa de participación de las LM asociadas a condiciones de salud mental respecto del total de gasto en licencias médicas pasó de 31% a 45% en dicho período. En cuanto a las Isapres, estas cifras son de 21% y 35%, respectivamente (gráfico 6).

Gráfico 6. Gasto en LM por trastornos mentales como porcentaje del gasto total en LM

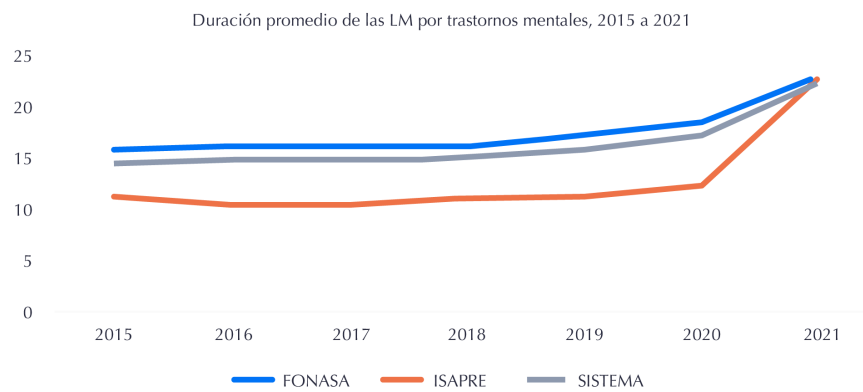


Fuente: Elaboración propia con datos de la Superintendencia de Salud.

El importante peso relativo de las LM por trastornos mentales se explica tanto porque se otorga un mayor número de LM, como porque su duración promedio es mayor, es decir, son relativamente comunes y largas. En 2022, un 27,5% de las LM corresponde a trastornos mentales y su duración fue de 19,1 días, superior al promedio de 12 días para la totalidad de las LM. Como se observa

en el gráfico 7, la duración de las licencias por trastornos mentales se mantuvo relativamente estable hasta 2020 y sufre un importante aumento en 2021, particularmente en Isapres, que llega a igualar la duración promedio de Fonasa. Es importante mencionar que, además, existe alta dispersión en el número de días de duración de este tipo de licencias (Villalobos et al. 2022).

Gráfico 7. Duración promedio de las LM por trastornos mentales, 2015 a 2021



Fuente: Elaboración propia con datos de la Superintendencia de Salud.

Es importante destacar que de acuerdo con el Informe anual de emisores de Licencias Médicas Electrónicas (LME) 2022, los grupos de profesionales de la salud que emiten más licencias médicas al año emiten una mayor proporción de licencias asociadas a trastornos mentales. Para el año 2022, en el grupo que emite menos de 1.600 LM al año, el porcentaje de LM asociadas a trastornos mentales es 21,9%, mientras que en el grupo que emite más de 5.000 LM al año, el 83,5% de las licencias fueron por diagnósticos de trastornos mentales.

A su vez, ese mismo año, en el grupo de profesionales de la salud que emite más de 5.000 LM al año no hubo ningún psiquiatra, por lo tanto, todas las licencias asociadas a diagnósticos por trastornos mentales de ese grupo fueron emitidas por médicos generales o de otras especialidades. Es particularmente sorprendente, que en el grupo que más emite licencias, la mayor cantidad de ellas sean emitidas por trastornos mentales y ninguna haya sido emitida por uno de los profesionales más idóneos para diagnosticar esas patologías: los psiquiatras.

En definitiva, se aprecia que, tanto el gasto, como la tasa de incapacidad laboral y la duración promedio de cada licencia son mayores en Fonasa que en Isapres. Por otra parte, la proporción de licencias médicas que responde a trastornos de salud mental ha crecido en el tiempo, siendo también más importante en Fonasa que en Isapres.

Determinantes del uso y gasto en licencias médicas

Hay diversos estudios que tratan de identificar los determinantes de la probabilidad de tener una LM y de su duración. Beteta y Willington (2010), quienes utilizan datos de una encuesta diseñada especialmente y aplicada en la ciudad de Santiago, encuentran factores que explicarían un uso legal de las LM y también evidencia de abuso en el uso del SIL. Por un lado, entre las variables determinantes de las LM y que revelan un uso adecuado están el estado de salud autoreportado, mujeres con hijos menores de 3 años (no distinguen entre licencias maternas y laborales) y las enfermedades crónicas (variable no significativa para la probabilidad de obtener una LM, pero sí aumenta la duración de las LM). Las variables que elevan la probabilidad de obtener una LM e indicarían abuso del sistema son mujeres con hijos entre 3 y 10 años y

afiliados a Fonasa que se atienden regularmente en el sector privado. Además, encuentran que, si el empleador no cubre el período de carencia, las licencias son más largas. Las variables significativas que reducen la probabilidad de obtener una LM son: si el trabajo se acumula en caso de ausencia laboral, si la ausencia laboral causa inconvenientes a los compañeros de trabajo, ser trabajador independiente, la mayor satisfacción laboral y menos años de escolaridad.

Castro (2009) con información de dos Isapres encuentra que, si bien la carencia de tres días no tendría mucha relevancia en la distribución de la duración de las LM, el hecho que el deducible se recupere luego de completar 10 días de LM sería un determinante de la duración de las mismas. Además, encuentra que las mujeres tienden a tener licencias más largas y, como era de esperar, los jóvenes tienen LM más cortas.

Castro, Jadue y Sepúlveda (2014) analizando sólo a los afiliados a Fonasa y excluyendo las licencias maternas encuentran que las mujeres tienen LM con menor duración esperada y que, en sectores y ocupaciones con mayores ingresos, la probabilidad de tener una LM larga se reduce. Además, analizan la interacción con la tasa de desempleo, encontrando que cuando esta última aumenta, también se incrementa la probabilidad de tener LM largas. Por último, los trabajadores del sector público tienen una menor probabilidad de tener LM largas.

Bravo y Acuña (2024) encuentran importantes diferencias en el número de licencias médicas autorizadas entre trabajadores de distintas categorías ocupacionales. Reportan que en 2022 los trabajadores dependientes del sector público tuvieron 3,3 licencias en promedio, los dependientes del sector privado 1,2 y los independientes 1,1. Es decir, los trabajadores públicos tuvieron casi tres veces más licencias que los trabajadores privados e independientes¹⁰. A su vez, encuentran que las licencias de los trabajadores públicos son más cortas en promedio que las de los trabajadores privados e independientes (10 días, 12,6 días y 15 días, respectivamente). Con todo, la menor duración de las licencias de los trabajadores del sector público no compensa su mayor frecuencia, ya que en 2022 a cada trabajador del sector público se le pagó en promedio

33,1 días de licencia, mientras que a los dependientes del sector privado se les pagó 15,1 días y a los independientes 16,7 días.

Sobre el gasto, el estudio de Rodríguez y Tokman (2001) con datos de la década del 90 indican que en el caso de Isapres no habría indicios de sobreutilización o falta de control del SIL y que, eventualmente, podrían estar controlando excesivamente las LM. Por el contrario, en el caso de Fonasa se encuentra que la TIL es el principal factor que explica el aumento en el gasto lo que podría indicar falta de control y sobreutilización.

Los hallazgos de estos estudios son interesantes ya que los resultados reflejan respuestas acordes con el diseño del sistema de licencias médicas en Chile, destaca en particular, como los distintos incentivos en el beneficio entre el sector público y el privado llevan a comportamientos dispares entre estos trabajadores. Dado que en el sector público no existe copago (carencia de 3 días para licencias cortas y tope de reembolso), hay incentivo a tener más licencias médicas. Por su parte, la existencia de la carencia para licencias menores a 10 días para trabajadores del sector privado incentiva a que las licencias sean más largas; a su vez, el tope de reembolso en el sector privado conduce a que trabajadores de mayores ingresos tengan menos licencias largas.

¹⁰ Si se descuentan las licencias COVID 19, los trabajadores públicos tomaron el doble de licencias que los trabajadores privados e independientes.

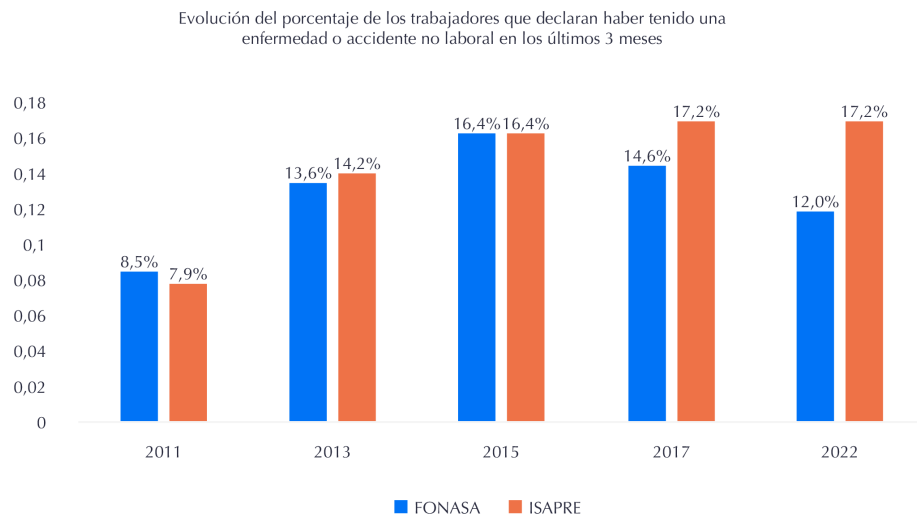
B) Situación de salud de la población

La evolución de la situación de salud de la población es relevante para la trayectoria del gasto en licencias médicas, puesto que su empeoramiento podría explicar el aumento.

De acuerdo con la información de las encuestas de caracterización socioeconómica nacional (Casen) del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, desde el año 2011 se observa un deterioro de la salud de la población trabajadora, particularmente de la salud mental y especialmente entre los afiliados a Isapres.

Entre 2011 y 2022 la proporción de quienes declaran haber tenido una enfermedad o accidente no laboral durante los últimos tres meses se incrementó para los afiliados a ambos subsistemas, pero particularmente en Isapres pasando de 7,91% a 17,15% (aumento de 117%), mientras que en Fonasa aumenta de 8,5% a 12% (aumento de 41%). El aumento fue particularmente marcado entre 2011 y 2013, luego, en Fonasa comienza a decrecer a partir de 2017, sin embargo, entre los afiliados a Isapres se mantiene (gráfico 8).

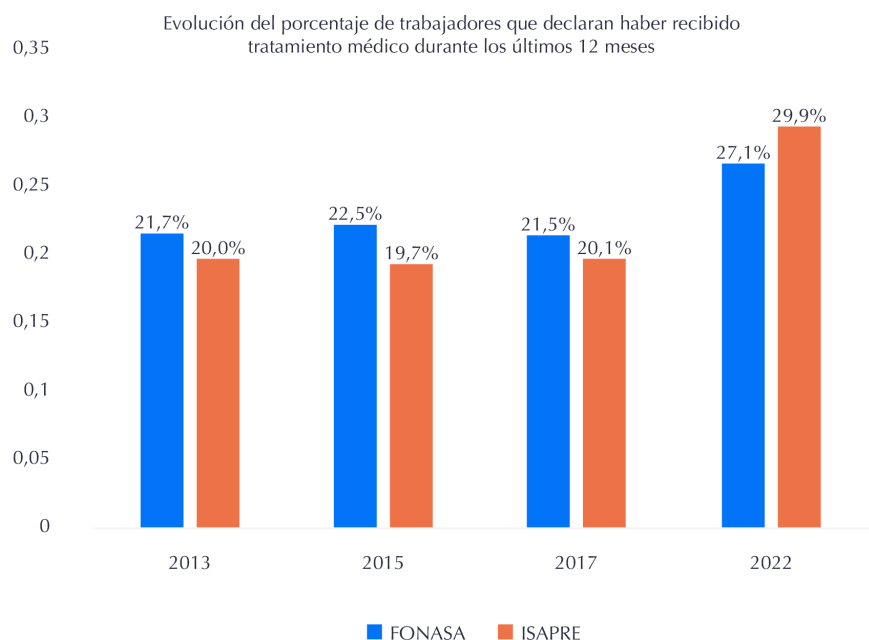
Gráfico 8. Evolución del porcentaje de los trabajadores que declaran haber tenido una enfermedad o accidente no laboral en los últimos 3 meses



Fuente: Elaboración propia con base en encuestas Casen años 2011, 2013, 2015, 2017 y 2022.

Se ha incrementado, particularmente en la medición de 2022, el porcentaje de trabajadores que declara haber recibido tratamiento médico durante los últimos doce meses (gráfico 9) llegando a 27,14% en el caso de trabajadores afiliados a Fonasa y a 29,88% en el de Isapres.

Gráfico 9. Evolución del porcentaje de trabajadores que declaran haber recibido tratamiento médico durante los últimos 12 meses.



Fuente: Elaboración propia con base en encuestas Casen años 2011, 2013, 2015, 2017 y 2022.

La tabla 4 muestra las razones médicas por las que los trabajadores declaran haber estado en tratamiento durante los últimos 12 meses. Destaca que entre las 21 alternativas de problemas de salud que se entregan, las dos que corresponden a condiciones psiquiátricas (depresión y trastorno bipolar) están entre las que más se incrementan. También aumenta la hipertensión arterial, diabetes, asma bronquial moderada o grave y otras patologías. Por lo tanto, se observa un deterioro de la salud mental entre los trabajadores, lo que podría explicar el aumento de la importancia relativa del gasto en LM asociadas a dicho problema de salud (gráfico 6).

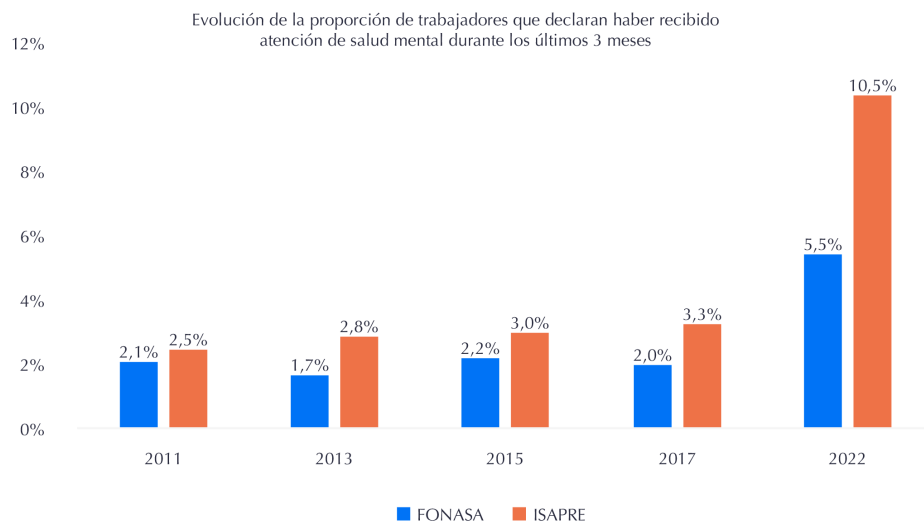
Tabla 4. Porcentaje de trabajadores que declaran haber estado en tratamiento médico durante los últimos 12 meses por patología, años 2017 y 2022

	Fonasa			Isapre		
	2017	2022	Variación (2022-2017)	2017	2022	Variación (2022-2017)
Hipertensión arterial	7,65%	8,26%	0,61%	5,49%	6,78%	1,29%
Depresión	1,32%	2,32%	1,00%	1,52%	3,41%	1,89%
Diabetes	4,15%	4,96%	0,81%	2,84%	3,19%	0,35%
Asma bronquial moderada o grave	0,71%	1,17%	0,47%	0,72%	1,36%	0,64%
Trastorno bipolar	0,07%	0,16%	0,09%	0,11%	1,00%	0,89%
Urgencia odontológica	0,33%	0,36%	0,04%	0,45%	0,53%	0,08%
Infarto agudo al miocardio	0,23%	0,36%	0,13%	0,28%	0,25%	-0,03%
Cáncer de mamas	0,15%	0,18%	0,03%	0,14%	0,25%	0,10%
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	0,21%	0,22%	0,01%	0,10%	0,21%	0,10%
Lupus	0,11%	0,10%	-0,01%	0,17%	0,14%	-0,03%
Cáncer de próstata	0,10%	0,08%	-0,02%	0,09%	0,13%	0,04%
Cáncer cervicouterino	0,15%	0,17%	0,02%	0,08%	0,09%	0,01%
Insuficiencia renal crónica terminal	0,11%	0,10%	-0,01%	0,06%	0,09%	0,03%
Cáncer de testículo	0,06%	0,07%	0,01%	0,03%	0,08%	0,05%
Cataratas	0,11%	0,13%	0,02%	0,06%	0,08%	0,02%
Colecistectomía preventiva	0,03%	0,03%	0,00%	0,00%	0,08%	0,08%
Accidente cerebral isquémico	0,07%	0,07%	0,00%	0,07%	0,05%	-0,03%
Cáncer colorectal	0,02%	0,02%	0,00%	0,03%	0,05%	0,02%
Cáncer gástrico	0,06%	0,06%	0,00%	0,02%	0,03%	0,01%
Leucemia	0,03%	0,03%	0,00%	0,15%	0,02%	-0,13%
Otra	5,83%	8,28%	2,45%	7,70%	12,06%	4,36%

Fuente: Elaboración propia con datos Casen 2017 y Casen 2022.

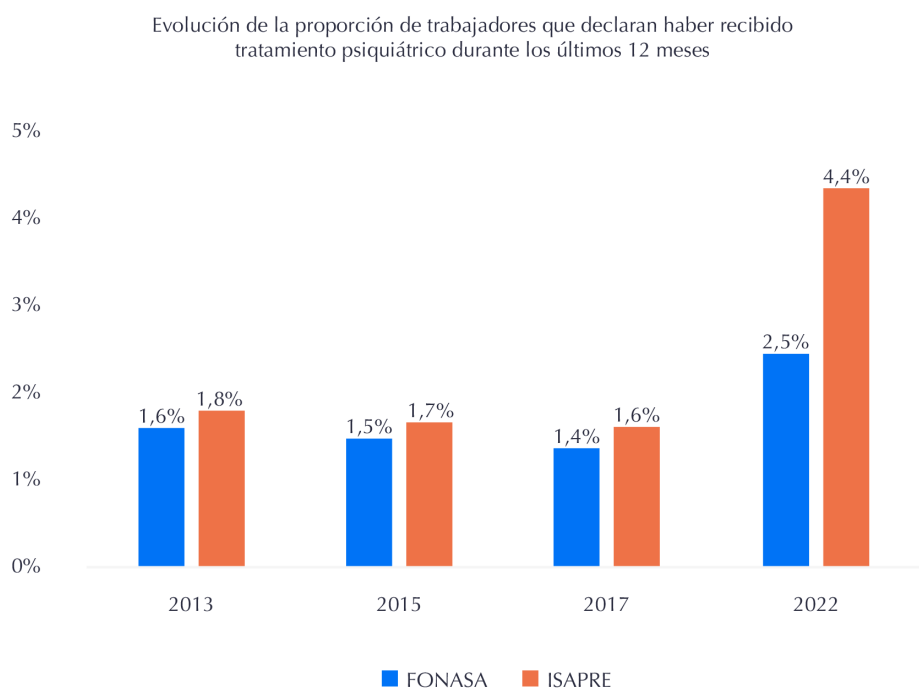
Las enfermedades de salud mental son las que muestran un mayor incremento, tal como se observa en los gráficos 10 y 11, especialmente entre trabajadores afiliados a Isapre. Para estos últimos, se multiplicó por más de tres la proporción de quienes señalan haber recibido atención de salud mental durante los últimos tres meses entre 2017 y 2022 y por 2,7, la de quienes mencionan haber estado en tratamiento psiquiátrico en los últimos 12 meses. Si bien el deterioro en la salud mental de la población es consistente con el aumento del gasto en SIL por LM asociadas a estos diagnósticos, no lo es el hecho que el gasto se haya incrementado más en Fonasa que en Isapres (gráfico 7).

Gráfico 10. Evolución de la proporción de trabajadores que declaran haber recibido atención de salud mental durante los últimos 3 meses



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas Casen años 2011, 2013, 2015, 2017 y 2022

Gráfico 11. Evolución de la proporción de trabajadores que declaran haber recibido tratamiento psiquiátrico durante los últimos 12 meses



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas Casen años 2011, 2013, 2015, 2017 y 2022

El deterioro de la salud y en particular de la salud mental de la población trabajadora resulta preocupante y es un aspecto que ha incidido en el aumento del gasto en SIL. Sin embargo, mientras dicho deterioro se observa de manera mucho más marcada entre los cotizantes a Isapre que entre los de Fonasa, el gasto en LM y, particularmente en LM por trastornos mentales, se ha incrementado

más fuertemente en Fonasa que en Isapres. Inconsistencias entre el uso de licencias médicas y la evolución de la salud de la población ya han sido encontradas previamente (Rodríguez y Tokman 2001 y Rodríguez et al. 2004), lo que indica que hay elementos de la estructura del beneficio que pueden ser modificados para encausar su buen uso y el cumplimiento de sus objetivos.

2.2 EVIDENCIA SOBRE E INICIATIVAS CONTRA EL USO INDEBIDO DE LICENCIAS MÉDICAS Y SIL

De acuerdo con Villalobos et al. (2022), existe un grupo relativamente pequeño de cotizantes y de emisores que explican una parte significativa del gasto en SIL. Los autores encuentran que, mientras la mediana de uso de licencias médicas es de dos por persona al año, un 5,5% de los trabajadores son grandes solicitantes (más de 8,6 SIL al año) y explican casi el 30% del gasto en LM del sistema. Por su parte, los profesionales emiten una mediana de 37 LM al año, sin embargo, 4,5% de los profesionales emiten más de 597 LM al año¹¹, grupo que puede ser denominado como grandes emisores. Estos grandes emisores dan cuenta del 40% de las LM autorizadas, del 37% de los días otorgados y del 39% de los subsidios pagados. Con todo, el patrón de solicitud de LM difiere del de su otorgamiento. Mientras un gran número de trabajadores solicitan pocas licencias, un grupo reducido de médicos emite un porcentaje relevante del total de LM.

Similares resultados reporta Suseso 2022, el 76% de los profesionales emite menos de 200 licencias al año, el 1% emite entre 1.600 y 2.499 al año, el 0,4% emite entre 2.500 y 4.999 LME y el 0,1% —que equivale a 41 profesionales— emite más de 5.000 LME al año. Este estudio encuentra que, a medida que aumenta el número de licencias emitidas por profesional también aumenta la duración promedio de las licencias. Así, las licencias del grupo de profesionales que emite menos de 200 LME al año tienen una duración promedio de 12,9 días, en el grupo que emite más de 5.000 LME las licencias duran en promedio 20,7 días. Con esto, 1,5% de los profesionales de la salud emite 19,2% de las LME autorizadas y corresponde al 20% del gasto en SIL.

Otro hallazgo interesante de este estudio es que, a mayor número de licencias emitidas, aumenta la tasa de rechazo, aumenta el porcentaje de LME emitidas por médicos

generales y también aumenta significativamente la proporción de licencias emitidas por trastornos de salud mental. Así, mientras la tasa de rechazo el año 2021 fue de 6,1% promedio en el grupo que emite menos de 200 LME al año, la tasa de rechazo del grupo que emite más de 5.000 LME al año fue de 18,2%, casi tres veces mayor. A su vez, mientras el 60% de las LME fueron emitidas por médicos generales en el grupo que emite menos de 200 LME al año en 2021, esta proporción sube al 93% entre el grupo que emite más de 5.000 LME al año. Por último, el 23,7% de las licencias emitidas por el grupo que emite menos de 200 LME al año fueron por trastornos mentales, mientras que en el grupo que emite más de 5.000 LME al año la proporción de licencias por salud mental aumenta a 84,9% del total.

Finalmente, destaca en Suseso 2022 que hay una mayor proporción de profesionales extranjeros en los grupos que emiten más LME al año. En 2021 el 77,3% de los profesionales de la salud eran chilenos, pero en los grupos que más emiten LME la proporción de extranjeros aumenta considerablemente. En 2021, mientras el 77,7% de los profesionales que emiten menos de 1.600 LME son chilenos, sólo el 29,6% de los que emiten más de 5.000 LME son chilenos. Estas cifras empeoran dramáticamente en los datos preliminares de 2022 reportados en el mismo informe, ya que si bien se mantiene relativamente estable la proporción de chilenos que emite menos de 1.600 LME al año (76,9%), la proporción de chilenos entre los profesionales que emiten más de 5.000 LME al año cae a 12,2%. A su vez, encuentran que, al agrupar a los profesionales según el número de LME emitidas, los extranjeros emiten casi 3 veces más licencias que los chilenos en cada uno de los grupos. Por lo tanto, los profesionales extranjeros emiten considerablemente más licencias que sus pares chilenos.

11 Considerando sólo a emisores con menos de 2.000 LM al año, para evitar incluir emisores institucionales (Villalobos et al. 2022).

Según Politopedia (2022) la cantidad de grandes emisores (aquellos que emiten más de 10 licencias al día) se ha incrementado en 132% desde 2010 y la cantidad de licencias emitidas por dichos emisores se expandió 282%, lo que implica un incremento de 65% en la cantidad de licencias por emisor. En 2022, 36% del gasto del SIL en Fonasa provenía de grandes emisores.

Programa de detección de grandes emisores de Fonasa

Como continuidad del estudio y revisión de emisión de LM que venía realizándose hace unos años, en el primer trimestre de 2022 se formalizó y presentó públicamente el Plan de Fiscalización para enfrentar la venta de LM y luego, en 2023 el Plan de Fiscalización de Grandes Emisores de Licencias Médicas¹², llevado a cabo en conjunto por el Minsal y la Suseso. Su objetivo es tanto tramitar oportunamente las LM, como abordar su emisión fraudulenta. Para esto último, se busca continuar con el trabajo conjunto con el Consejo de Defensa del Estado, la Fiscalía, las policías, la Suseso y Fonasa para perseguir penalmente a quienes puedan estar involucrados en la venta de licencias médicas. El trabajo consiste en coordinar acciones fiscalizadoras a prestadores que emiten licencias

médicas con evidente ausencia de fundamento, lo que incluye capacitar al personal del Consejo de Defensa del Estado (CDE) y Ministerio Público, para comprender el proceso de tramitación de las licencias médicas.

La Suseso priorizó investigaciones que surgen del análisis de información para identificar estas LM, con foco en el 1,5% de los profesionales de salud que emiten más de 1.600 licencias médicas al año o 6,2 por hora, equivalente a 20% de la cantidad total y 15% del gasto en SIL. Los grandes emisores se identifican mediante un mecanismo de ciencia de datos, previo a que emitan licencias sin fundamento.

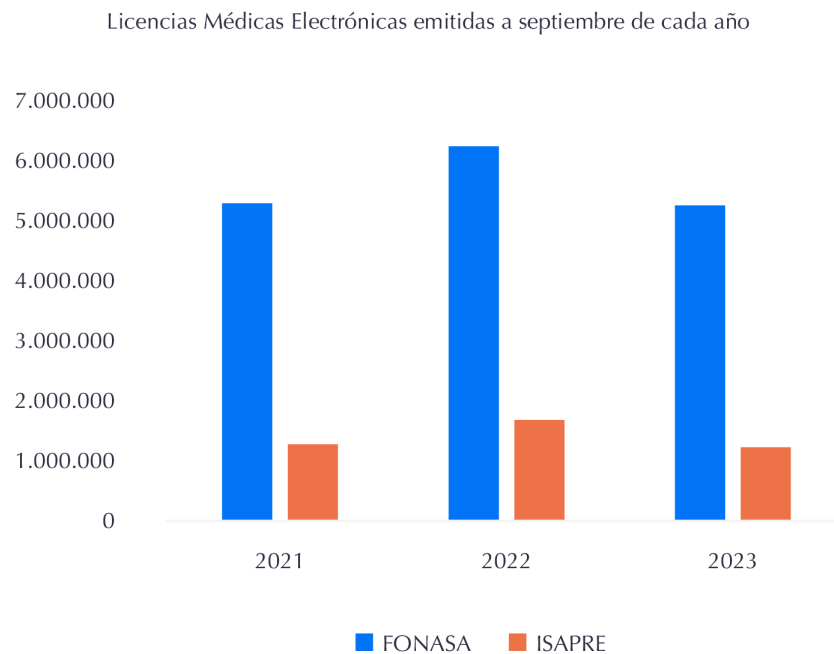
En cuanto a la Compín, se implementó un nuevo modelo de fiscalización que incluye un sistema centralizado de información para facilitar el trabajo a lo largo de todo el proceso, se perfeccionaron los modelos de detección y revisión de los listados de profesionales a fiscalizar, se añadió doble chequeo y criterios objetivos relativos a la detección de fraude y mal uso; y se automatizó la generación de notificaciones, multas y otros trámites administrativos. Asimismo, se dispuso un formulario digital para empleados y ciudadanos para facilitar el proceso de denuncia (milicenciamedica.cl / denuncia).

¹² <https://www.minsal.cl/minsal-y-suseso-presentan-plan-de-fiscalizacion-para-enfrentar-la-venta-de-licencias-medicas/>

<https://www.minsal.cl/autoridades-entregan-balance-a-6-meses-del-plan-de-fiscalizacion-de-grandes-emisores-de-licencias-medicas/>

Esta iniciativa implicó que, luego de una investigación a fines de 2022 se detuvo a 29 médicos y el CDE ha presentado 45 querellas de un total de 184 que considera presentar en el corto plazo. En el primer semestre de 2023 se quebró la tendencia al alza de las LM con lo que, a septiembre de ese año, su emisión cayó 16% en Fonasa y 27% en Isapres, volviendo a niveles de 2021 (gráfico 12). Así, se redujo en 16,3% la cantidad de días de pagados y 18,3% la de LM prescritas al comparar con igual periodo del año previo. La Compín fiscalizó 402 médicos y suspendió a 347. La Suseso sancionó al 35% de los médicos investigados, donde el 81% recibió una multa y un 19% recibió una multa y la suspensión de su habilitación para emitir licencias médicas.

Gráfico 10. Evolución de la proporción de trabajadores que declaran haber recibido atención de salud mental durante los últimos 3 meses



Fuente: Elaboración propia con datos de la Subsecretaría de Seguridad Social.

Tal como consta en Politopedia (2022), esta no es la primera vez que se realiza un esfuerzo coordinado para fiscalizar e identificar fraudes. En 2011 se realizó un trabajo similar, en el cual Fonasa se querelló contra más de 400 médicos por mal uso de la licencia médica. Sin embargo, este tipo de iniciativas no tiene continuidad, principalmente, como se verá más adelante, por falta de incentivos y por la dispersión de las entidades a cargo de la fiscalización.

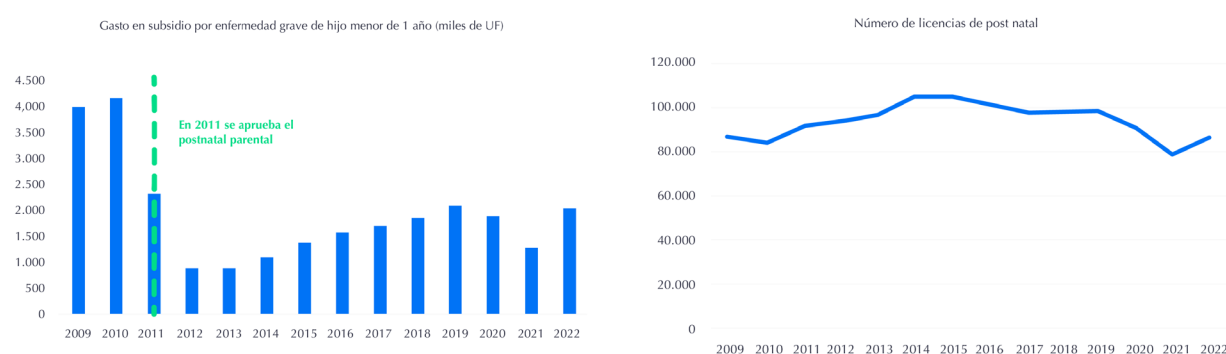
Efectividad de las políticas públicas

El cuadro 2 da cuenta del impacto que ha tenido la extensión del post natal para los padres de los recién nacidos en el uso de LM por enfermedad grave del hijo menor de un año. Previo a la implementación del post natal de seis meses, la tasa de uso, el gasto y la cantidad de días solicitados de dichas licencias, eran casi el doble que las cifras actuales, las que se han tendido a estabilizar en el tiempo y luego del covid-19. Ello da cuenta de la importancia de los incentivos y de las políticas, ya que la insuficiente protección de la maternidad en el sistema de seguridad social chileno llevaba a que las personas utilizaran las LM en sustitución. Algo similar puede estar ocurriendo en la sustitución de otros beneficios sociales menos generosos, por licencias médicas cuyo subsidio asociado es más conveniente, como se analiza más adelante.

Cuadro 2. Licencia médica por enfermedad grave de hijo menor de un año

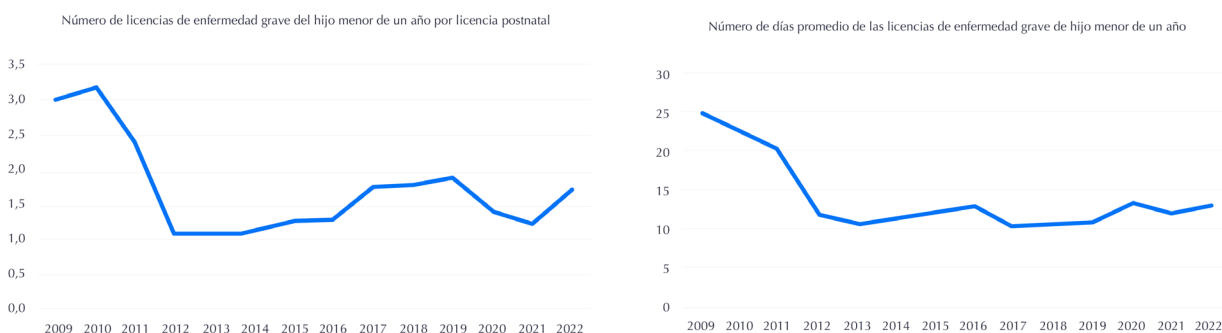
El 6 de octubre de 2011, se promulgó la Ley 20.545, que introdujo modificaciones a las normativas relacionadas con la protección a la maternidad incorporando el permiso parental también conocido como “postnatal de 6 meses”. Este período abarca 12 semanas de descanso, las cuales se inician inmediatamente después del término del período de post natal (12 semanas desde el nacimiento), así la licencia luego del nacimiento de un hijo se extendió al doble.

Se observa que el gasto en licencias médicas por enfermedad grave de hijo menor de un año se redujo significativamente una vez promulgada dicha ley (grafico A), hasta el año 2010, el gasto superaba los cuatro millones de UF, un año después de la publicación de la ley, en 2012, el gasto fue inferior a un millón de UF. Luego, el gasto volvió a incrementarse (si bien hubo un aumento de nacimientos cubiertos, ver gráfico B, no explica todo el aumento del gasto), pero se ha mantenido bajo los dos millones de UF en promedio.



Fuente: Suseso

El menor gasto en este tipo de licencias se explicó por un menor número de licencias emitidas, pasando de más de tres licencias por cada licencia de postnatal a menos de dos y, además, porque se redujo de manera importante el número de días promedio de estas licencias, de más de 20 a menos de 14 días (gráficos C y D).



Fuente: Suseso

Si bien el período susceptible para acceder a estas licencias se redujo en 30% (de 40 semanas a 28 semanas) con la ampliación del postnatal, el gasto se redujo en más de 50%. A su vez llama la atención la fuerte reducción del promedio de días de las licencias por enfermedad grave del hijo menor de un año. Ambos resultados parecen indicar que antes de la reforma, este tipo de licencias se emitían como una forma de extender el período de postnatal. Así, pareciera haber un indicio de que se han utilizado las licencias médicas para completar vacíos en el sistema de seguridad social.

2.3 EXPERIENCIA INTERNACIONAL

En 32 de los 34 países que conforman la OCDE existe un beneficio de permiso pagado del trabajo debido a enfermedad, con la excepción de Corea del Sur y Estados Unidos que son los únicos países que no lo garantizan (Raub et al. 2022). Sin embargo, los esquemas para acceder al beneficio pueden variar significativamente entre países como se verá a continuación. Entre las características compartidas, destaca que la mayor parte de los países de la OCDE hace partícipes a los empleadores en el financiamiento del permiso por enfermedad (tabla 5), lo que los incentiva a prevenir enfermedades y a colaborar con el control de las LM.

Tabla 5. Financiamiento de los empleadores del permiso por enfermedad

País	Parte del permiso financiado por el empleador
Alemania	Primeras 6 semanas
Australia	Primeras 2 semanas
Austria	Primeras 6 semanas
Bélgica	Depende del tipo de trabajador: entre 7 días y un mes
Dinamarca	Primeras 4 semanas
Eslovaquia	Primeras 2 semanas
Eslovenia	Primeras 5 semanas
España	Primeras 2 semanas
Estonia	Primera semana
Finlandia	Primeras 2 semanas
Francia	40% del salario por los primeros 30 días y 16% por los siguientes 30 días
Hungría	Primeras 3 semanas
Islandia	Depende del tiempo trabajado con el mismo empleador, puede llegar a 6 meses (sector privado) o 12 meses (sector público)
Luxemburgo	Primeras 14 semanas
Nueva Zelanda	Primera semana
Noruega	Primeras 2 semanas
Países Bajos	El empleador paga todo el beneficio por 2 años a menos que el empleado no califique, en ese caso paga el Estado
Polonia	Primeras 5 semanas
Reino Unido	Hasta 28 semanas
República Checa	Primeras 2 semanas
Suecia	Primeras 2 semanas

Fuente: Raub et al. 2022, Ose et al. 2022.

Respecto de la tasa de reemplazo (fracción del sueldo que recibe el trabajador mientras está con permiso por enfermedad), 19 países de la OCDE entregan al menos el 80% y 29 entregan al menos el 60%. Excluyendo a Corea y Estados Unidos, sólo Eslovaquia, el Reino Unido e Irlanda garantizan menos del 60% del sueldo durante el período de ausencia por enfermedad (Raub et al. 2022). La existencia de un copago (tasa de reemplazo inferior al 100%), permite desincentivar

la sobreutilización del beneficio, ya que los trabajadores enfrentan un costo –recibir un salario menor— al acceder al beneficio.

En sólo nueve de los países de la OCDE no se exige que el trabajador haya estado empleado por algún período determinado ni que tenga un mínimo de contribuciones para acceder al beneficio, mientras que en 23 países sí existe alguno de estos requerimientos (tabla 6).

Tabla 6. Requerimientos en meses para acceder al permiso pagado del trabajo debido a enfermedad.

País / meses	Empleo	Contribuciones	País	Empleo	Contribuciones
Alemania	1	-	Irlanda	-	24
Australia	12	-	Israel	1	-
Austria	-	-	Italia	-	-
Bélgica	1	4	Japón	-	-
Canadá	3	3	Luxemburgo	-	-
Chile	-	3	México	-	1
Dinamarca	2	1	Nueva Zelanda	6	-
Eslovaquia	-	-	Noruega	1	-
Eslovenia	-	-	Países Bajos	-	-
España	-	6	Polonia	-	1
Estonia	<1	-	Portugal	-	6
Finlandia	-	-	Reino Unido	1	-
Francia	12	-	República Checa	-	-
Grecia	-	5	Suecia	<1	6
Hungría	1	1	Suiza	3	-
Islandia	1	-	Turquía	-	3

Fuente: Raub et al. (2022)

A continuación, la tabla 7 (extraída de Ose et al. 2022) muestra las características de los sistemas de permiso por enfermedad en algunos países de Europa: Alemania, Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Islandia, Noruega, Países Bajos, Reino Unido y Suecia. Se observan varias diferencias entre estos, así como también coincidencias. Una importante lección es que los países donde los empleadores pagan un mayor periodo del permiso —con la excepción de Países Bajos— tienden a imponer a estos un menor rol fiscalizador en el sistema, dado que en la medida que los empleadores soporten un mayor costo, mayor será el incentivo a fiscalizar su correcto uso. Por ello, en Alemania y el Reino Unido tienen menores exigencias de fiscalización que los de los países nórdicos, quienes soportan una menor proporción del costo del beneficio (Ose et al. 2022). En este contexto, Chile sería una anomalía, ya que el empleador no soporta parte alguna en la carga financiera del permiso por enfermedad no laboral y no se le exige rol fiscalizador alguno.

Asimismo, en varios países el porcentaje del sueldo cubierto por el beneficio se reduce en el tiempo, lo que constituye un incentivo a volver a trabajar, si no es indispensable el reposo por motivos de salud. Por último, destaca que ninguno de los países analizados establece diferencias entre enfermedades de origen laboral y común, aunque sí mantienen un seguro independiente para los accidentes laborales. Este aspecto difiere del esquema chileno, donde tanto enfermedades como accidentes laborales son cubiertos por el seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales que es totalmente independiente del SIL.

Tabla 7. Estructura de los permisos por enfermedad en algunos países de Europa

Característica	Alemania	Bélgica	Dinamarca	Finlandia
Duración máxima	78 semanas en 3 años	1 año	22 semanas en 9 meses	300 días laborales en 2 años por mismo problema
Período cubierto por empleador	6 semanas	Obreros: 7 días Empleados: 30 días	30 días	10 días laborales
Tasa reemplazo período cubierto por empleador	100%	100%	La mayoría 100%	100%
Tasa reemplazo luego de cobertura empleador	70%	Obreros: 85% del día 8 al 14 y reducciones futuras según duración. Empleados oficina: 100%	Depende del salario por hora	Depende de ingresos, a menor ingreso mayor tasa de reemplazo
Días sin cobertura (carencia)	No	No	No	No
Opciones luego de duración máxima	Postular al beneficio de desempleo	Postular al beneficio de invalidez	Postular a beneficios laborales	Postular a pensión de invalidez (temporal o permanente)
Requisito de certificado médico	Sí, después de 3 días	Sí, se debe presentar dentro de los 2 primeros días	No, pero el empleador lo puede exigir luego de 3 días	Empleador decide si lo exige en primeros 10 días; luego se debe presentar
Empleador puede objetar el certificado	Sí, puede pedir la opinión de otro médico	Sí, puede usar la opinión de una oficina médica independiente (oficinas controladoras)	No	Sí, puede pedir la opinión de otro médico
Necesidad de nuevas evaluaciones de salud	No, sólo renovar la licencia médica si expira la antigua	Se desarrolla un cuestionario para evaluar la reincorporación	Luego de 8 semanas, municipalidad exige certificado médico (aún si empleador ya lo recibió)	Sí, luego de 60 días laborales se debe enviar un nuevo certificado médico
Posibilidad de despido	Sí, si empleador está seguro de que trabajador no mejorará	No	Sí, dependiendo del tipo de contrato	Sí, pero no solo por la enfermedad
Existencia de sanciones	Sí, el empleador puede enviarle advertencia cuando hay licencia extendida y llegar a despedirlo	Sí, se suspende el pago si el trabajador no entrega certificado médico	Sí, el empleador puede enviarle advertencia cuando hay licencia extendida y llegar a despedirlo	Sí, se puede suspender el pago si a los 90 días no entrega evaluación de los servicios de salud ocupacional realizado junto a trabajador y empleador Pago del salario
Deberes del empleador	Pago del salario. Realizar una reunión con el empleado	Pago del salario. Seguro de salud	Pago del salario Realizar una reunión con el empleado	Notificar a la autoridad si la licencia ha durado más de 30 días. Solicitar el beneficio de enfermedad para que se le reintegren los salarios dentro de los dos meses desde el primer día de ausencia laboral
Diferencia por origen (laboral y no laboral)	No, no existe diferenciación entre enfermedades ocupacionales y no relacionadas al trabajo. Sin embargo, los accidentes laborales tienen un seguro independiente.			

Característica	Islandia	Noruega	Países Bajos	Reino Unido	Suecia
Duración máxima	Depende de contrato laboral	52 semanas	2 años	28 semanas	78 semanas. Sin tope en enfermedad grave.
Periodo cubierto por empleador	Depende del tiempo con mismo empleador. Hasta 6 meses en el sector privado y 12 en el público	16 días	2 años	4 días a 28 semanas	14 días
Tasa reemplazo periodo cubierto por empleador	100%	100%	140 - 200% por 2 años	80%	Monto fijo por semana
Tasa reemplazo luego de cobertura empleador	100%	100%	No relevante (siempre cubre empleador)	0%, pero puede ser transferido a programa de apoyo al empleo (ESA)	80% hasta el día 364 y 75% después
Días sin cobertura (carencia)	No	No	Decide el empleador	3 días	1 día en la práctica
Opciones luego de duración máxima	Postular a beneficios de sindicatos o del Estado	Postular a beneficios laborales	Postular a beneficio de invalidez	Postular a programa de apoyo al empleo (ESA)	Sin límite en enfermedad grave
Requisito de certificado médico	No, pero el empleador lo puede solicitar	Sí, luego de 3-8 días (según empleador)	No	Sí, si el permiso es superior a una semana	Sí, luego de 7 días
Empleador puede objetar el certificado	Sí, y pueden terminar en la justicia	Sí, puede enviar carta a Oficina de Trabajo y Bienestar para disputarlo	No, pero, legitimidad de la licencia se evalúa retrospectivamente. Se evalúa si la situación cambia. Se chequea luego de 6 semanas por un médico ocupacional y luego de 2 años por la oficina del seguro social.	Sí, el pago solo se realiza si empleador considera aceptable la razón	No
Necesidad de nuevas evaluaciones de salud	Sí, siempre que el empleador lo solicite	Sí, luego de 8 semanas se requiere certificado médico de graves problemas de salud	Se evalúa si la situación cambia. Se chequea luego de 6 semanas por un médico ocupacional y luego de 2 años por la oficina del seguro social	No	Sí, en varios pasos. A los 90 días se reevalúa habilidad de hacer su trabajo. A los 180 días se evalúa si puede realizar un trabajo normal
Posibilidad de despido	Sí	No	No	Sí, si el trabajador no puede hacer su trabajo y no se pueden hacer ajustes razonables	Sí, si el empleador ha hecho lo posible por facilitar el retorno al trabajo
Existencia de sanciones	Sí, el trabajador puede ser despedido	Sí, pueden cesar los pagos del beneficio si no participa en el proceso de seguimiento*	Sí, si el trabajador y el empleador no realizan una evaluación, pueden recibir una multa	Sí, el trabajador puede ser despedido	Sí, si el plan de retorno es deficiente y no se cumple, un trabajador social puede reportar a la empresa a las autoridades laborales
Deberes del empleador	Ninguno, los sindicatos pagan el beneficio luego de que se termina el periodo de pago del empleador	Pago del salario Realizar una reunión con el empleado. Preparar un plan de seguimiento junto al empleado y enviarlo a las autoridades. Participar de una reunión organizada por la autoridad con el empleado.	Pago del salario Contratar a un especialista ocupacional certificado dentro de las primeras 6 semanas para analizar los problemas que causa el permiso. Establecer un plan de reincorporación dentro de las primeras 8 semanas. Si el trabajador no se reintegra en un año, el empleador está obligado a ofrecerle un trabajo acorde en otra organización	Pago del salario establecido para enfermedad. No tienen deberes, el empleador tiene libertad para monitorear la ausencia por enfermedad	Pago del salario Plan de reincorporación al trabajo Si la licencia es por más de 60 días (o se espera que lo sea) el empleador está obligado a establecer un plan de rehabilitación a partir del día 30 desde el comienzo del permiso
Diferencia por origen (laboral y no laboral)	No, no existe diferenciación entre enfermedades ocupacionales y no relacionadas al trabajo. Sin embargo, los accidentes laborales tienen un seguro independiente.				

Fuente: Ose et al. (2022).

Nota: * información provista por las autoras, distinta de la tabla original.

2.4 ELEMENTOS PARA EL DEBATE

Luego de la revisión, un primer aspecto que resalta del sistema chileno es la fragmentación y multiplicidad de organismos que participan en el subsidio por incapacidad laboral, así como una falta de claridad de los roles y responsabilidades de cada uno, lo que dificulta la coordinación y la eficacia de las medidas y de los incentivos que puedan adoptarse para contener el gasto (Benavides et al. 2011, Villalobos et al. 2022). En efecto, la propia normativa asociada a las licencias médicas y el subsidio por incapacidad laboral se encuentra dispersa en diversos cuerpos legales de diferentes rangos, por lo que su análisis y comprensión no es fácil.

En primer lugar, la emisión de licencias médicas recae en cada profesional de la salud, existiendo pocas directrices e información orientadora sobre los tiempos de recuperación adecuados para cada diagnóstico. Segundo, existen diversas entidades que evalúan y autorizan las licencias, por lo que los criterios son diversos. Tercero, no siempre es la misma entidad la que paga con la que aprueba las licencias en primera instancia, por lo que los incentivos al control del gasto no están alineados. Cuarto, la fiscalización está en diversas manos, con diferentes incentivos, objetivos y criterios, por lo que se dispersan los esfuerzos por limitar el mal uso. Adicionalmente, los distintos procesos involucrados difieren según tipo de trabajador (dependiente o independiente), tipo de empleo (sector privado o sector público) y tipo de asegurador (Isapre o Fonasa), por lo que las condiciones de acceso, proceso, pago y fiscalización difieren.

El impacto de esta situación se puede analizar desde la perspectiva de los diferentes actores involucrados en el sistema: beneficiarios o usuarios, emisores, empleadores y fiscalizadores.

A) Usuarios

El monto cubierto por el SIL en Chile corresponde al 100% del sueldo —con excepción de los trabajadores del sector privado con rentas mayores a la imponible¹³— y tiene una duración indefinida en la medida que la salud sea recuperable. Ambos aspectos desestiman la reincorporación del trabajador a sus funciones y más bien promueven el sobreuso de este instrumento. Si bien en el sector público el trabajador puede perder su trabajo si ha estado con licencia por seis meses en un período de dos años, ello no parece ser un elemento que los desanime a tomar licencias. A ello se suma que la jurisprudencia tampoco ha sido clara en la aplicación de esta medida, ya que en algunos casos la Corte Suprema ha solicitado primero declarar la irrecuperabilidad y otras no (roles N° 11.531-2024 y N° 819-2024)¹⁴.

Si se compara con otros beneficios asociados a la seguridad social que cubren solo una parte del sueldo y/o se extinguen con el tiempo —pensión por invalidez y seguro de cesantía—, el SIL tiene claras ventajas que fomentan su preferencia por sobre los otros (Rodríguez et al. 2004, Sánchez e Inostroza 2011 y Villalobos et al. 2022). Así, trabajadores que debieran tramitar su invalidez, ya que su condición no mejorará y no se podrán reincorporar al trabajo, preferirán mantenerse en el SIL debido a que el beneficio es mayor.

Adicionalmente, la carencia (no pago) de los tres primeros días en licencias menores de 11 días para los trabajadores del sector privado, fomenta que se emitan licencias de duraciones superiores a dicho umbral para obtener el pago completo.

La evidencia avala la existencia de comportamientos acorde con los incentivos. Al comparar a quienes se desempeñan en el

¹³ El tope imponible son 81,6 UF, lo que equivale a algo más de tres millones de pesos.

¹⁴ Ver <https://rjd.uandes.cl/index.php/rjduandes/article/view/127>

sector privado con aquellos del sector público, estos últimos presentan más licencias, pero más cortas, dado que no tienen carencia (Tokman et al. 2004, Benavides et al. 2011, Castro 2009, Bravo y Acuña 2024). Igualmente, Beteta y Willington (2010) encuentran que las personas que declaran que su empleador no cubre los tres primeros días tienen más licencias de 11 o más días, aunque ello no afecta la probabilidad de presentar licencia. Por último, Castro (2009) encuentra una propensión de duración de las LM mayor a 10 días cuando los días entregados por las licencias se acercan a esa cifra.

En la revisión de la experiencia internacional (sección 2.3) se observa que la mayoría de los países subsidia solo una proporción del sueldo y que el subsidio decrece en el tiempo. Más aún, de acuerdo con Spasora, Bouget y Vanhercke (2016) entre los años 2009 y 2013 se observó una fuerte reducción en la tasa de subsidio por enfermedad por habitante en Estonia, Lituania y Letonia debido a que la tasa de reemplazo disminuyó fuertemente.

A esto se suma la asimetría que existe entre el médico y el paciente, sobre todo en enfermedades cuyo diagnóstico depende de síntomas más subjetivos, donde el paciente tiene un rol más activo (dolores musculares y salud mental) y, por lo tanto, es posible sobredimensionar estas enfermedades, especialmente si los costos de hacerlo son bajos y, en el caso de los usuarios, prácticamente no existen consecuencias. Los datos analizados en este documento avalan un aumento de licencias originadas por estos diagnósticos, que no se condice completamente con la situación de salud (epidemiológica) de la población, particularmente en Fonasa.

Finalmente, la fiscalización y sanciones por mal uso o uso fraudulento de la licencia para los usuarios son prácticamente

inexistentes, por lo que tampoco existe un desincentivo por esa vía. Como se señaló en la sección 1, la norma establece sanciones incluso de presidio para quienes obtengan licencias falsas, pero no es claro si ello atañe a todos los trabajadores o solo a los del sector público. La norma que se ha usado es la que sanciona por obtención de un beneficio mayor al que corresponda, así como a aquellos que faciliten el delito (puede llegar a reclusión menor en sus grados mínimo a medio), pero ello requiere interponer acciones en la justicia. Por tanto, son sanciones de muy baja probabilidad. Según Politopedia (2022), se ha perseguido penalmente a usuarios debido a la falsificación del instrumento, pero no por el origen malicioso de la licencia, ya que no existe el delito asociado a presentar licencias fraudulentas.

B) Emisores (médicos y otros profesionales de la salud)

Como se viera en la descripción, los emisores de licencias tienen libertad para definir su duración y, dado que la emisión de este instrumento no les genera costo alguno (puesto que esta es pagada por otros) no existe un incentivo a la contención de costos. Así, en la emisión de la licencia, sólo se toma en consideración el aspecto médico y la relación emisor-paciente, pero no los aspectos financieros ni el impacto en el ámbito laboral. A ello se suma que, en algunos casos, como enfermedades de salud mental o los dolores musculares, es difícil para el profesional de la salud verificar los síntomas con objetividad (Rodríguez et al. 2004).

Respecto de la regulación, si bien existen algunas sanciones que pueden ser relevantes ante la emisión fraudulenta de LM, la probabilidad de ser procesados por la justicia por este delito es muy baja dados los problemas de fiscalización (bajos incentivos y dispersión de las funciones y entidades a

cargo) que se desarrollan en extenso en el punto D de esta sección. De esta forma, debido a la baja probabilidad de ser descubierto y sancionado, los comportamientos indeseados en la emisión de licencias no se inhiben significativamente. En efecto, las veces en que se ha aplicado una fiscalización más estricta, como se explica en la sección 2.2, se ha reducido el gasto en LM.

Por su parte, las contralorías médicas no pueden aplicar sanciones relevantes, solo pueden rechazar una licencia y la Compin puede suspender emisión y dictar multas, pero solo cuando no se cumplan aspectos formales (envío de antecedentes), no por el contenido fraudulento. Solo la Suseso puede realizar investigaciones.

Por otra parte, los médicos tampoco cuentan con información de parte del regulador sobre la duración esperada de las licencias para todas las patologías y, en general, lo que se requiere solicitar para justificar las LM, por lo que muchas veces no tienen una referencia fácil, lo que se presta para tomar decisiones con menos información.

C) Empleadores

A diferencia del seguro por accidentes laborales y enfermedades profesionales, el subsidio por incapacidad laboral no tiene financiamiento alguno por parte del empleador, por lo que en el contexto del SIL no existe un beneficio asociado al esfuerzo en prevenir enfermedades, fiscalizar la pertinencia de las LM ni a incentivar el regreso temprano de los trabajadores (Rodríguez et al. 2004). Si bien existen estímulos desde el punto de vista del impacto negativo que genera la ausencia de un trabajador en las labores propias de cada institución, estos son más débiles que en presencia de cofinanciamiento.

Por otra parte, la diferencia en el impacto monetario directo según tipo de enfermedad (laboral o común) incita al empleador a subdeclarar enfermedades laborales, puesto que una mayor tasa de accidentes laborales y enfermedades profesionales, implican un incremento en la prima que paga el empleador por el seguro. Esto podría explicar, en parte, que los dos diagnósticos que más han crecido en las licencias asociadas a enfermedades comunes son los trastornos mentales y enfermedades osteomusculares, dolencias cuyo origen puede ser laboral, pero es difícil demostrarlo.

Desde el punto de vista laboral, es relevante para los empleadores tener una baja rotación de su personal y claridad respecto de la reincorporación laboral de sus trabajadores cuando se ausentan, pero ni la estructura del SIL ni la regulación asociada, cuentan con herramientas para involucrarlos. Como se expuso en la sección 2.2, la experiencia internacional muestra que lo común es que los empleadores participen en el financiamiento del SIL y, en aquellos países en los que la carga del financiamiento es menor la regulación tiende a exigirles un rol fiscalizador más activo (Ose et al. 2022). En este sentido Chile sería anómalo al no involucrar a los empleadores en absoluto.

D) Fiscalizadores

Dado que la estructura del SIL asociado a la licencia médica no favorece la cautela en su uso, la supervisión y consecuencias de un eventual fraude se vuelven relevantes. No obstante, la fiscalización no funciona adecuadamente, porque las instituciones a cargo de ello: (i) están disgregadas y descoordinadas, (ii) no cuentan con las herramientas adecuadas y (iii) no tienen incentivos para realizarla o estos son bajos.

La institucionalidad a cargo de la fiscalización y su organización difiere según el asegurador del trabajador: en Fonasa la primera y segunda instancia es la Compín y en Isapres, la propia Isapre y luego la Compín. En cuanto a los emisores, tanto las Isapres como la Compín pueden exigir documentación para aprobar licencias, pero es la Suceso quien puede realizar las investigaciones por uso fraudulento. Por su parte, la Superintendencia de Salud supervisa aspectos procesales en las Isapres y las Seremi de Salud supervisan a las Compín. No existe en la normativa una instancia que coordine o establezca lineamientos para estas diversas entidades involucradas.

Esta fragmentación institucional diluye los incentivos y responsabilidades para supervisar y velar por el buen uso de este instrumento de la seguridad social. Otros países han creado una entidad superior independiente de aquellos encargados de financiar o autorizar los pagos (comisiones, consejos, consultoras), con el objetivo de controlar a los emisores (revisar la justificación de las licencias y reposo), pacientes (recuperación y rehabilitación) y a la administración (procesos y tiempos) (Cid 2006).

De todas maneras, aunque las instituciones fiscalizadoras de primera y segunda instancia estuviesen más coordinadas, carecen de facultades para generar sanciones que inhiban comportamientos indeseados (Benavides et al. 2011). Por ejemplo, las Isapres solo pueden reducir los días de licencia o rechazarlas cuando no calzan con los diagnósticos, pero no están autorizadas a establecer sanciones ni al beneficiario, ni al emisor, solamente pueden enviar antecedentes a instancias superiores. En la actualidad, toda licencia rechazada pasa directamente a las Compín, entidad que, además de pedir antecedentes tiene la facultad de entrevistar,

pero solo puede sancionar en caso de no entrega de la información requerida y éstas son penalidades menores, como suspensión de emisión de licencias y multas bajas.

Sólo la Suceso puede investigar, ya sea por su propia cuenta o por petición de cualquier persona o entidad interesada, pero tampoco puede generar consecuencias relevantes para los infractores (más allá de multas y suspensión de emisión). En caso de que el sancionado sea un funcionario público, a infracción se podrá considerar como vulneración a la probidad, aunque ello requiere seguir los procesos del aparato público. Todo esto se evidencia al revisar el proyecto de ley que actualmente está en el Congreso, que justamente busca dar más atribuciones y elevar las sanciones para quienes hagan un uso indebido de la licencia (cuadro 1).

Finalmente, e incluso si las entidades fiscalizadoras estuviesen coordinadas y contaran con las herramientas para sancionar a los infractores, no tienen fuertes incentivos para hacerlo. Respecto de Fonasa, es justamente dicha entidad la más interesada en cuidar los recursos, no obstante, no participa en este proceso, ya que es realizado por las Compín, que no enfrentan consecuencias por no fiscalizar adecuadamente las licencias, principalmente, porque no asumen el costo económico (pago de la licencia) ni sanciones (Rodríguez et al. 2004). En efecto, ya en 1999 y luego en 2009 la Dirección de Presupuestos (Dipres) del Ministerio de Hacienda recomendaba evaluar la factibilidad de modificar la institucionalidad de la Compín (Torche et al. 1999 y Dipres 2009). Respecto de las CCAF que administran en parte el SIL, sus incentivos a la contención de los costos son aún menores, puesto que reembolsan los gastos ante Fonasa, y no tienen un rol alguno en la fiscalización de los fundamentos médicos de las LM, situación que se ha evidenciado en trabajos previos (Cid 2006, Rodríguez et al. 2004).

En el caso de las Isapres, la evidencia muestra que existe un control mayor, con tasas de rechazo más altas que para beneficiarios de Fonasa (Tabla 2). Por cierto, como lo señalan Rodríguez y Tokman (2001), es relevante equilibrar ambos aspectos para que el incentivo al control en las entidades pagadoras no afecte el objetivo de la licencia de recuperación de la salud. En esta línea Tokman et al. (2004) recalcan la necesidad de protocolos y estándares médicos que orientaran las decisiones, y que el tiempo para pronunciarse era corto, lo que dificulta su adecuada fiscalización respecto de los fundamentos médicos.

Por su parte, la Suseso es una entidad que depende de otro sector administrativo dentro del Estado (Mintrab) y actúa como tercera instancia, por lo que no tiene una participación activa, ni un mandato con incentivos adecuados ni un rol protagonista en velar por el adecuado uso de este beneficio laboral (Tokman et al. 2004), a diferencia de lo que ocurre en el caso de los subsidios del seguro social de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

E) Interrelación con el seguro social contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales

Como se viera, los dos diagnósticos que generan mayor gasto en SIL son los asociados a trastornos mentales y enfermedades osteomusculares, cuyo origen podría ser no sólo común, sino también laboral. Por tanto, no es evidente que deban ser cubiertos por el SIL en la magnitud en la que actualmente lo hace y quizás debiera incrementarse la cobertura de estos diagnósticos por parte del seguro laboral (seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales). Tanto los administradores del seguro laboral (las mutuales y el Instituto de Salud Laboral (ISL)), como los empleadores que lo contratan y financian, tienen el incentivo a delegar la responsabilidad de estas enfermedades en el sistema de salud común. Más aún, son las propias administradoras del seguro de accidentes labores y enfermedades profesionales quienes determinan el origen (laboral o común) de las licencias médicas, siendo juez y parte, por lo que este es un aspecto que requiere de revisión con el objetivo de hacerlo más eficiente, justo y amigable para los pacientes.

3. UNA PROPUESTA INTEGRAL PARA EL SIL

En respuesta a estos desafíos se proponen una serie de medidas que mejorarían la institucionalidad y estructura del esquema de SIL, así como la regulación, fiscalización y el control, para integrarlo con otros beneficios de la seguridad social como los seguros de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, el de cesantía y el de invalidez. Al igual de lo que sostiene Cid (2006), se considera que, se obtienen mejores resultados cuando estas medidas son aplicadas en conjunto, porque es ineficiente destinar recursos a fiscalización y control, si no se modifica el diseño institucional y con ello los incentivos y comportamiento de las personas (Tokman et al. 2004).

Esta sección presenta un conjunto de medidas destinadas a fortalecer el sistema estableciendo una regulación e institucionalidad para la administración y fiscalización ordenada y unificada, que asegura un trato más igualitario a los trabajadores. Y, por otra parte, las medidas buscan que el diseño del beneficio promueva su buen uso, cumpliendo con el fin que busca de restaurar la salud, de manera eficiente, conteniendo su costo, justamente porque son las propias personas quienes lo pagan. Como lo señalan Beteta y Willington (2010), el riesgo moral, es decir,

el comportamientos de los cotizantes que afecta su probabilidad de obtener licencia y la incapacidad de la aseguradora de monitorear el comportamiento sin costo, hacen que el diseño de un seguro óptimo sea incompleto, lo que requiere cambios en la estructura.

Muchas de estas propuestas toman como base trabajos previos de diversos investigadores, expertos y actores de la salud, los que están resumidos en el anexo. Asimismo, buscan tener viabilidad de ser aprobadas e implementadas, por lo tanto, no plantean cambios de mayor envergadura en todos los ámbitos, sino solo en los que se consideran necesarios.

Cabe mencionar que, si bien algunas de las propuestas requieren cambios legales, hay otras que pueden realizarse de manera más rápida, porque varios aspectos están regulados mediante decretos y otras normativas de menor rango que las leyes. Esto se desprende de la descripción realizada en la introducción, así como también el que la normativa está dispersa en diferentes cuerpos legales, lo que no hace fácil su comprensión, incluso por parte de las propias entidades participantes.

3.1. Medidas para modificar la estructura de las licencias médicas, mejorando el diseño de incentivos

- **Reducción de carencia y aplicación universal.**

Se propone reducir la carencia a 2 días (Comisión Presidencial de Salud 2010, Sánchez e Inostroza 2011, Paraje et al. 2013), independiente de la duración de la licencia y aplicable a todos los trabajadores (Tokman et al. 2004, Benavides et al. 2011, Beteta y Willington 2010). La incorporación de este deducible a todas las licencias permite reducir los comportamientos indeseados por parte de los trabajadores o riesgo moral (desincentivando la solicitud de licencias cortas) y de los emisores (a otorgar licencias más largas de 10 días). Asimismo, se otorga un trato igualitario para todos los trabajadores, independiente del tipo de empleador. Finalmente, esta propuesta permite homologar el SIL con la legislación laboral (Código del Trabajo) que establece dos días de ausencia injustificada al trabajo, reduciendo el incentivo a utilizar una licencia para otros propósitos.

Otros autores han planteado la alternativa de eliminar la carencia en todas las licencias (Cid 2006, Butelmann et al. 2014, Comité técnico 2023, Consorcio de universidades 2023). Si bien esta opción permite un trato igualitario y no fomenta licencias de duración mayor a 10 días, al eliminar el copago se generan incentivos a un mayor uso de este beneficio (riesgo moral). Por esto es preferible reducir la carencia a dos días aplicable a todas las licencias médicas.

- **Reducción gradual de la tasa de reemplazo (porcentaje del sueldo cubierto por el subsidio).**

Se plantea, al igual que varios de los trabajos para Chile (Tokman et al. 2004, Castro 2009, Beteta y Willington 2010, Libertad y Desarrollo 2010, Comisión Presidencial de Salud 2010, Paraje et al. 2013, Villalobos

et al. 2022, Comité técnico 2023, Consorcio universidades 2023) y emulando lo que ocurre en otros países, que la cobertura del beneficio sea decreciente en el tiempo y que converja con el monto cubierto por la pensión de invalidez, de 70% del sueldo. A su vez, este es el porcentaje de cobertura inicial del seguro de cesantía. Así, esta modificación además de desincentivar el uso extendido de LM lleva a una mayor armonía entre los distintos beneficios del sistema de seguridad social. Para aplicar esta rebaja gradual de la tasa de reemplazo se propone reducirla a 85% del salario luego de 3 meses y a 70% luego de seis meses (más adelante se plantea hacer una primera revisión obligatoria de la situación de invalidez del trabajador al cumplirse este plazo).

Con este esquema se reduce el incentivo a sustituir entre diferentes beneficios de la seguridad social, prefiriendo aquellos con mayor cobertura (SIL), en lugar de los que corresponden a cada situación. Por otra parte, introducir un deducible o copago (el beneficiario paga una parte o asume algún costo) evita comportamientos indeseados (Comité técnico 2023, Consorcio de universidades 2023). De esta forma, la reducción de la tasa de reemplazo en el tiempo limita y desincentiva extensiones innecesarias del reposo.

Otras alternativas que han sido propuestas son la reducción a todo evento del monto cubierto. Tokman et al. (2004) plantean que la tasa de reemplazo se reduzca a 80% del salario, y adicionalmente podría existir un aumento progresivo con la duración de la LM.

- **Articulación con pensión de invalidez.**

Se propone que a los 6 meses sea obligatorio el pronunciamiento sobre la recuperabilidad

de la salud por parte de la Suseso, que en esta propuesta toma el rol de segunda instancia (previamente en manos de la Compin). Actualmente la calificación de invalidez está también alojada en comisiones elegidas al alero de dicha entidad. En caso de que la condición no sea recuperable, automáticamente los antecedentes deben ser referidos a las instituciones a cargo de determinar la invalidez del trabajador (Suseso). La licencia se mantendrá hasta que dicha entidad se pronuncie, sin embargo, independiente de su dictamen, la licencia expirará con dicho hito.

- **Límite a duración de licencias y del SIL.**

Actualmente no existe un límite a la duración de una LM y, por tanto, del SIL. Se propone establecer un límite máximo de

52 semanas, como en varios de los países analizados. Destaca que en la revisión de países de América Latina realizada en 2006 por Cid, la mayoría de éstos tenía como tope periodos menores a 52 semanas.

En los casos excepcionales en que los protocolos y estándares elaborados por el Ministerio de Salud determinen reposo por periodos que excedan las 52 semanas, las personas podrán recurrir a la Superintendencia de Seguridad Social, la que evaluará con base en los antecedentes como exámenes, informes médicos u otros, y podrá solicitar la opinión y evaluación de médicos u otros profesionales expertos independientes autorizados para esto.

Con todo, ninguna licencia podrá exceder las 78 semanas.

3.2. Medidas para mejorar la institucionalidad administradora de las LM y SIL:

- **Separación del SIL del seguro de salud.**

Existe acuerdo en transformar el SIL en un seguro aparte del seguro de salud. Es decir, que los recursos asociados al SIL se administren de manera independiente de las prestaciones de salud. En general, las ventajas son que los recursos destinados a la atención en salud de las personas no se vean afectados por un mayor uso de licencias médicas y, por otra parte, transparentar el origen de los cambios en el tipo de gasto, generando políticas acordes con ello, promoviendo una gestión más eficiente y sostenible de los recursos destinados a cubrir la incapacidad laboral (Comisiones presidenciales de 2010 y 2011, Sánchez e Inostroza 2011, Torche et al. 1999, Arredondo et al. 2017).

- **Administración de recursos para el subsidio por incapacidad laboral:**

sea cual sea la alternativa elegida para separar los recursos, estos pueden ser administrados de diferentes maneras:

- **Por la misma entidad que financia las prestaciones de salud** (Isapres y Fonasa), cuya ventaja es que puede ver el panorama completo (gasto en prestaciones asociadas a licencias), generando medidas de contención de ambos.
- **Por entidades diferentes a las actuales (nuevas)**, como compañías de seguros u otras, con lo que la administración

queda completamente separada de la del seguro de salud. En caso de que sea solo una, permite una mayor mancomunación (Comisión Asesora Presidencial 2014, Arredondo et al. 2017). La Comisión Asesora Presidencial de 2014 plantea dos alternativas, que sea una única entidad la que administre o que existan varias entidades que puedan participar de la administración, como ocurre actualmente, tanto en el seguro por incapacidad laboral común como en el relativo a enfermedades y accidentes del trabajo.

- **Ambas:** que tanto las actuales (Isapre y Fonasa) como otras entidades por ejemplo, (compañías de seguro) administren este subsidio.

En cualquier caso, es fundamental que quien quede a cargo de administrar el seguro, tenga las facultades para gestionar los recursos asociados y pagar el SIL (o delegar en otras entidades si así lo define, manteniendo la responsabilidad por ello). En este caso, es relevante que Fonasa tenga la atribución de administrar los recursos y pagar el SIL, lo que debe quedar establecido en la normativa.

Por otra parte, se debe evaluar la propuesta de la Comisión Presidencial de Salud (2010) y de Sánchez e Inostroza (2011) que las AFP y el Instituto de Previsión Social recauden la cotización y que luego la transfieran a las aseguradoras a cargo del SIL.

3.3. Medidas para mejorar la institucionalidad a cargo de la autorización y regulación

Autorización

- **Institucionalidad para determinar el origen de la enfermedad (laboral o común).**

Actualmente quien califica en primera instancia el origen (laboral o común) de la enfermedad es el profesional de la salud que atiende a la persona y luego, es el organismo administrador (ISL, IST, ACHS o MUSEG) quien resuelve respecto del origen de la enfermedad, siendo juez y parte. Dado que quien paga el tratamiento y SIL cuando es laboral es el propio organismo administrador, no debiesen ser ellos los encargados de pronunciarse sobre el origen. Se propone que la calificación de ello sea traspasada a la Suseso, puesto que cuenta con las competencias y constituye una entidad imparcial.

- **Institucionalidad de primera instancia equivalente para usuarios de Fonasa e Isapres.**

El análisis da cuenta de que los incentivos y atribuciones para fiscalizar el correcto uso de las licencias difiere según el tipo de asegurador. Actualmente, Fonasa financia, pero la Compin autoriza y las Cajas de Compensación y Minsal pagan (reembolsando ante Fonasa), a diferencia de las Isapres que pagan y tienen su propia contraloría médica que actúan como primera instancia. Para igualar las condiciones de los usuarios de Fonasa y de Isapres se plantea crear una contraloría médica dentro de Fonasa, para revisar, controlar, autorizar o rechazar en primera instancia las licencias médicas, tal como ocurre en el caso de las Isapres. La ventaja es que Fonasa tiene más incentivos a fiscalizar adecuadamente las licencias, pues es quien además debe pagarlas. Ello lo ha planteado, entre otros, el Comité técnico (2023) y Tokman et al. (2004), quienes abogan por un tratamiento simétrico entre aseguradoras, señalando que “Así, Fonasa contaría con

atribuciones y herramientas para cumplir sus metas presupuestarias de gasto en subsidios por enfermedad y medicina curativa.”

Con esto se avanza en otorgar atribuciones a Fonasa para que se convierta en el verdadero garante del plan de beneficios de sus afiliados, dado que actualmente no cuenta con todas las competencias. Sin embargo, habrá que fortalecer su gobierno corporativo para que cumpla con estas nuevas atribuciones eficazmente, ya que en la actualidad es una entidad unipersonal que depende del gobierno de turno (Benítez y Velasco 2020, Comisión de expertos 2020).

Una propuesta alternativa es crear una nueva entidad (Comisión) que apruebe o rechace todas las licencias médicas, estandarizando criterios (Comisión Presidencial de Salud 2010 y Comisión Asesora Presidencial 2014). La Comisión Presidencial de Salud (2010) plantea que esta entidad sea privada y regulada por el Estado, y que su gobierno superior esté integrado por representantes de las diferentes administradoras del seguro, la que debe tener continuidad en el tiempo. Sus ingresos deben relacionarse directamente con su función y deben ser pagados por las administradoras.

- **Institucionalidad para la segunda instancia.**

Si bien el SIL se otorga una vez que se entrega una licencia médica, éste no es un beneficio sanitario, sino que laboral que se enmarca en el sistema de seguridad social. Como plantea Dipres 2009, el objeto de la Compin es sólo parcialmente consistente con la misión de la Subsecretaría de Salud Pública que es el organismo que las supervigila. Aunque ambas instituciones forman parte de la seguridad social, la Subsecretaría debe velar por la protección de la salud, mientras que las Compin

cumplen un rol dentro de la previsión social. Por tanto, se plantea que la segunda instancia de apelación esté radicada en la Suseso. Además, esta última ya tiene esta atribución para el subsidio entregado por el seguro social por riesgo de enfermedades profesionales y accidentes del trabajo. A mayor abundancia, una parte importante del pago del SIL está radicado en las CCAF, las que son fiscalizadas por la Suseso.

En el desempeño de su rol fiscalizador, la Suseso podrá utilizar las guías clínicas referenciales (mencionadas más adelante) para determinar los antecedentes necesarios que deberán acompañar a las licencias médicas para originar el SIL, así como también los períodos de duración de las LM según las distintas patologías. Así, las guías referenciales podrán ser utilizadas como un argumento más para rechazar LM, en cuyo caso deberán justificar fundadamente su decisión.

Un mecanismo que permitiría generar incentivos adecuados a un control de licencias médicas de la primera instancia, pero que no sea excesivamente restrictivo es el involucramiento de las Isapres y Fonasa en el financiamiento de esta segunda instancia, como ocurre en el esquema de calificación de invalidez del seguro de invalidez y sobrevivencia gestionado por las administradoras de fondo de pensiones (AFP) y del Instituto de Previsión Social (IPS). Estos últimos, si bien no determinan los integrantes de las comisiones de calificación de invalidez, lo que es hecho por la Suseso, deben financiarlos proporcionalmente al uso que de esto hagan los afiliados de cada uno. Por lo tanto, de aplicarse un mecanismo de este tipo, se genera que mientras más rechazos o reclamos de LM existan, mayor será el gasto de las Isapres y de Fonasa para la segunda instancia,

lo que permite mantener un criterio de racionalidad en su calificación. Algo similar plantean Arredondo et al. (2017).

Regulación

- **Organización y sistematización de la normativa.** En cualquier caso, la normativa y regulación de la emisión y calificación de LM, que busca evitar discrecionalidad en las decisiones de aprobación o modificación de estas, debe ser al menos recopilada y organizada por la autoridad y puesta a disposición del público para su fácil comprensión. Idealmente se debiera refundir un texto que aglutine la legislación y lo mismo con las demás regulaciones que se encuentran en decretos y circulares.

- **Referencias de duración de las licencias médicas según diagnóstico y medidas asociadas:** La ley 20.585 establece que el Minsal, en conjunto con Mintrab, debe establecer guías clínicas referenciales respecto de los antecedentes necesarios para respaldar la emisión de LM. Estas guías debiesen: (i) revisarse y actualizarse, ya que datan de 2013, (ii) ampliarse para más patologías y (iii) establecer referencias de plazos de duración del reposo asociadas a las enfermedades o accidentes y sus agravantes o atenuantes. Con esto se facilitan los procesos de autorización y de fiscalización y se contribuye a validar y dar confianza en el sistema.

- **Nuevos requisitos para emisión y autorización de LM:**

- **Exigencia de respaldo:** incorporar que exista un bono o boleta que respalde la atención para autorizar las licencias médicas (Boletín 14.845-11).

- **Inscripción en registro de prestadores:**
para emitir una LM el profesional debe estar inscrito en el registro de prestadores individuales de la Superintendencia de Salud (Boletín 14.845-11).
- **Regular la emisión por telemedicina:**
como plantea el proyecto de ley en tramitación (cuadro 1) se debiera establecer que para poder atender por telemedicina y, además, otorgar una LM, el prestador deberá contar con un sistema de registro clínico electrónico integrado con el sistema de información regulado y supervigilado por la Suseso y, además, deberán tener una plataforma de telemedicina certificada por el Ministerio de Salud.

3.4. Medidas para evitar el mal (y fomentar el buen) uso de las licencias médicas: mejor fiscalización, control, transparencia y la promoción del buen uso de licencias.

- **Elevar y establecer nuevas sanciones a emisores, usuarios y contralores médicos para desalentar comportamientos inadecuados:**
- **Emisores de licencias falsas:** tal como plantea el proyecto de ley actualmente en discusión en el Senado, se deben incrementar las sanciones a los profesionales que emiten licencias falsas, elevando las multas (Comité técnico 2023) y el período de tiempo de suspensión de la facultad de emisión de licencias médicas para los profesionales sorprendidos en este delito (cuadro 1).
- **Usuarios:** si bien actualmente el código penal establece sanciones a quienes incurran en falsedades en la obtención de LM, como se señaló, no es claro a quién se dirige la norma y, más bien se han usado otras infracciones para sancionar a usuarios (falsificar instrumento). Por tanto, tal como lo plantea el proyecto de ley, se debe incorporar claramente al Código Penal el delito de uso malicioso de licencia médica, lo que podría facilitar el sancionar a los usuarios. Adicionalmente, en esta modificación debieran incluirse multas para quienes presenten licencias médicas fraudulentas.
- **Contralorías médicas:** Tanto Tokman et al. (2004), como la Comisión Presidencial de Salud (2010) señalan la importancia de que se supervise esta labor, lo que cobra más relevancia en caso de que la autorización y rechazo (primera instancia) quede en manos de las aseguradoras (Isapre y Fonasa). El proyecto de ley en comento también incorpora un cambio que los afecta, elevando las multas y el periodo de suspensión de ejercer como contralor médico cuando se detecte arbitrariedad.
- **Ampliar obligación legal de denuncia a empleadores, administradoras y todos los fiscalizadores del SIL y permitir denuncias anónimas.**
- En casos de detectar delitos y faltas en los usuarios, emisores y contralores médicos (Comisión Presidencial de Salud 2010) deberán **iniciar las acciones civiles y penales**. Es importante que quede definido qué se entiende por irregularidad, faltas, delitos, etc.
- Habilitar en la página web de la Suseso un portal que permita realizar denuncias anónimas sobre fraudes con LM.
- **Institucionalidad y herramientas fiscalizadoras para la Suseso:**
- La Suseso debe poder generar una auditoría especial cuando la extensión de la LM supera ampliamente el período estandarizado o ante sospecha de abuso (Torche et al. 1999, Tokman et al. 2004, Dipres 2009, Sánchez e Inostroza 2011, Villalobos et al. 2022). Este mecanismo debe ser usado como elemento que permita focalizar la fiscalización del uso fraudulento de LM.
- Es necesario que una ley establezca que, en el desempeño de su rol fiscalizador, la Suseso podrá utilizar las guías clínicas referenciales como un argumento más para rechazar una LM, si bien deberán justificar fundadamente su decisión. Esto porque la Corte Suprema ha dictado sentencias en las que señala que no pueden usarse las guías clínicas referenciales como justificación para rechazar una LM¹⁵.
- Crear una unidad en la Suseso que realice un seguimiento detallado a los grandes emisores de licencias y a los usuarios, en orden a iniciar las investigaciones. Se debe asegurar que la

Suseso cuenta con toda la información de emisión de LM para poder realizar esta fiscalización.

Monitoreo del sistema, información y transparencia:

- **Observatorio de SIL:** se debe monitorear permanentemente el gasto en SIL por parte de alguna entidad pública o que reúna a diversas entidades públicas (Salud, Trabajo y Hacienda), que revise el aspecto epidemiológico, pero también el económico en orden a tomar medidas acordes con lo observado (Comisión Presidencial de Salud 2010). Entre otros, deberá realizar vigilancia epidemiológica y de incidencia en el gasto del SIL, distinguiendo entre el que proviene de condiciones de salud de origen común y laboral, lo que a su vez permite ir mejorando la calificación del origen de las enfermedades. Se propone que cuente con una estructura determinada por ley, con un gobierno corporativo que tenga participación de los diversos actores relevantes en este ámbito, por ejemplo, mediante un consejo directivo.
- **Plataforma de datos abiertos e informativa sobre licencias médicas,** con información a nivel de cada profesional sobre cantidad de licencias emitidas, su duración promedio y tiempo promedio entre emisiones. Esta plataforma debe tener un apartado especial sobre grandes emisores. Con ello se busca promover la transparencia y rendición de cuentas. Se debe generar información estadística de acceso público para permitir a la sociedad civil colaborar en el

estudio en este ámbito, así como informarse de la realidad.

- **Alertas a emisores:** se propone crear avisos tipo “pop up” para los profesionales de la salud al momento de emitir la licencia electrónica, que avise cuando el profesional se encuentra entre los grandes emisores, emite más licencias que el promedio de su especialidad, la duración o tipo de la licencia es diferente a la de los estándares, entre otros.
- **Involucramiento de empleadores.** Se propone que los empleadores financien una parte del costo del SIL con el objetivo de involucrarlos (tal como ocurre en el esquema de seguros de accidentes y enfermedades profesionales y en la experiencia internacional) en el cuidado de sus trabajadores, considerando, además, que hay enfermedades que hoy no tienen un origen claro (laboral o común) y representan una elevada fracción de los costos asociados al SIL (Arredondo et al. 2017).

Una alternativa es que paguen parte de la “prima”, como en el seguro de accidentes y enfermedades profesionales o que financien directamente una parte del SIL, mediante el pago de algunos días de licencia (por ejemplo, en otros países los empleadores pagan los primeros días, semanas o meses). La Comisión Presidencial de Salud (2010), así como Sánchez e Inostroza (2011) plantean que el costo del seguro sea de 50% para empleadores y empleados (100% en caso de trabajadores independientes).

3.5. Estudiar la conveniencia de reunir en un solo seguro las enfermedades laborales y comunes, manteniendo un seguro independiente para los accidentes laborales. La revisión de la experiencia internacional da cuenta de que en la mayoría de los países estudiados no hay distinción entre enfermedades laborales y comunes, que están cubiertas por un mismo seguro, pero sí se mantiene un seguro independiente para accidentes laborales. En Chile esto también ha sido planteado por varios autores y comisiones (Comisión ESP-COLMED 2018, Comisión Asesora Presidencial 2014).

4. COMENTARIOS FINALES

En este trabajo se analiza críticamente el funcionamiento y efectos del subsidio por incapacidad laboral en Chile. Para ello se revisa la evolución en el tiempo de diferentes estadísticas sobre su uso, gasto, tipo de enfermedades y sobre otros indicadores del estado de salud de las personas. Luego, a la luz de los datos y de los trabajos previos que revisan el SIL en Chile se estudian los incentivos de los diferentes actores que participan de este esquema. Con dichos insumos, y considerando las prácticas internacionales en relación con este beneficio, se plantea una propuesta integral de modificación de este para abordar los déficits encontrados. Se plantean modificaciones respecto de su estructura y diseño (cobertura, carencia), administración (entidades que autorizan y pagan) y fiscalización (instancias de apelación, investigaciones), así como medidas para reducir el uso fraudulento, que se integran de mejor manera con otros beneficios de la seguridad social. La implementación de estas medidas contribuye a fortalecer la institucionalidad y garantizar la equidad en el acceso y utilización de este importante beneficio laboral.

De la revisión efectuada destaca que el esquema de subsidio por incapacidad laboral en Chile es complejo, desigual, descoordinado e incluye a una serie de actores de diferentes sectores, así como un entramado legal disgregado en diferentes cuerpos normativos que es poco comprensible. Todo ello complejiza su fiscalización y control. Por ejemplo, resalta el caso de los beneficiarios de Fonasa, quienes, según sea su situación laboral, afiliación de su empleador a una CCAF y sector de desempeño, tienen diferentes caminos para tramitar y recibir el pago del SIL. Esa misma complejidad, donde Fonasa, que es el financiador, no participa, restringe las posibilidades de fiscalización y control, con sus consecuentes efectos en el aumento del gasto por este concepto.

Respecto de la coordinación de los múltiples actores, no existe un actuar sistemático y consistente en relación con la fiscalización y control de las licencias, por falta, tanto de atribuciones, incentivos, capacidades y recursos, especialmente en el caso de las Compin, como de claridad en las funciones de cada entidad y de empoderamiento, en el caso de la Suseso.

La normativa asociada al SIL está dispersa en decretos con fuerza de ley, decretos y leyes asociadas al sector trabajo y salud, las que muchas veces hacen referencia a instituciones que ya no existen, lo que da cuenta de que, al realizarse reformas en el pasado, este ámbito fue descuidado y requiere ser unificado de manera coherente. Ello podría explicar por qué Fonasa no cuenta con una contraloría médica para autorizar y fiscalizar las LM y el SIL, siendo que es la parte más interesada en contener el gasto, debido a que es quien lo financia y, un aumento en ese ítem implica menos recursos para costear los servicios de salud de sus beneficiarios.

En relación con el diseño del SIL, resalta su generosidad, no solo respecto de lo que ocurre en otros países, sino también de otros beneficios en Chile, como la pensión por invalidez e incluso el seguro de cesantía. Tanto porque cubre el 100% del sueldo, como porque es indefinido, haciéndolo más atractivo que el resto y desincentivando el regreso al trabajo.

La revisión de las diversas propuestas (que se encuentran en el anexo), así como los diferentes proyectos de ley que se han planteado dan cuenta de que ha habido intentos previos de modificar este beneficio. Por ello y considerando los antecedentes presentados, la propuesta planteada en este trabajo busca ser realista, pero integral,

tomando como base las instituciones existentes y haciendo modificaciones que permitan abordar los problemas detectados, como falta de atribuciones, de una adecuada gobernanza y de incentivos, entre otros.

Dado lo anterior, si bien se menciona la posibilidad de estudiarlo, no se plantea un cambio radical como unificar los dos esquemas de subsidios por incapacidad laboral (común y ocupacional), ni crear o incorporar nuevas entidades a la administración o fiscalización de este beneficio. Se plantea mejorar las condiciones actuales en las áreas que funcionan relativamente bien, como es otorgar a Fonasa una contraloría médica, aunque ello requiere mejorar las capacidades del asegurador estatal; o empoderar a la Suseso para que se haga cargo de las apelaciones de segunda instancia, tal como lo hace para el seguro ocupacional, especialmente porque ya cuenta con las capacidades para realizarlo y porque finalmente, el SIL es un beneficio laboral.

Por el contrario, aquellos ámbitos que no se han desarrollado adecuadamente, como son los mecanismos para detectar uso fraudulento de licencias y luego investigar y sancionar a quienes abusen de este instrumento, se modifican para que cumplan con su función de mejor manera, por ejemplo, mediante una mejor normativa (para la emisión por vía telemedicina), estándares, información, focalización, sanciones y procesos.

En este ámbito se encuentra también el diseño del beneficio mismo, especialmente respecto de su cobertura y duración. Este es quizás el aspecto más complejo de modificar, porque supone reducir un beneficio amplio y generoso, pero que puede amiorarse al incorporar al empleador en su

financiamiento. Todo ello se alinea con lo que la literatura y evidencia (nacional e internacional) sugieren que es conveniente para tener un mejor uso de este beneficio.

Si bien hay medidas más complejas que otras de implementar y aprobar, como es el caso de aquellas que requieren modificaciones legales, es importante señalar que la propuesta funciona si se aplican en conjunto. Una mayor fiscalización tendrá un impacto marginal si no va de la mano con mayores sanciones y sobre todo con una regulación que promueva el uso adecuado, lo que requiere rediseñar el subsidio mismo.

Finalmente, se plantea que sería interesante poder distinguir, con mayor detalle el impacto en cuanto a uso, gasto y demás indicadores asociados al SIL en diferentes sectores laborales. Si bien se solicitaron los datos a la Superintendencia de Seguridad Social esta información fue denegada aduciendo que la institución “no dispone del personal suficiente para destinarlo a realizar un análisis de información estadística referida a las licencias médicas de los últimos ocho años, entre 2015 a 2023, como tampoco para presentarla en la forma solicitada”. Por una parte, esto refuerza las pobres capacidades de generar y analizar la información sobre LM y SIL, limitando su fiscalización y análisis. Y, por otra parte, impide conocer el comportamiento de diferentes sectores, lo que podría dar indicios de problemas puntuales, como ha sido notificado por la prensa o por otros estudios con datos propios, respecto de sectores que usan con mayor intensidad este beneficio, como es el sector público de salud. Es de esperar para el futuro, que estos datos puedan ser analizados y con ello robustecer las propuestas y medidas para resolver los déficits detectados.

5. REFERENCIAS

- Acuña, J. y Bravo, J. 2024. "Licencias médicas: diferencias entre trabajadores del sector público y el sector privado". Enero 2024. Informe N°35. Observatorio del Contexto Económico. Univesridad Diego Portales.
- Arredondo, A., Bertoglia, M. P., Inostroza, M., Labbé, J., Lenz, R. y H. Sánchez. 2017. "Construcción política del sistema de salud chileno: la importancia de la estrategia y la transición" Instituto de Salud Pública. Universidad Andrés Bello.
- Benavides P., González, L., Jones, I. y D. Sugg. 2011. "Subsidios por incapacidad laboral por enfermedad y medicina curativa: estado actual y desafíos". Estudios de Finanzas Públicas. Dipres.
- Benítez, A. y C. Velasco. 2020. Propuestas para una reforma integral del Fondo Nacional de Salud Comisión para una Reforma Integral de Fonasa. Colección Centro de Estudios Públicos.
- Beteta, E. y M. Willington. 2010. "Determinantes del Uso y Abuso de Licencias Médicas en Chile". Documentos de trabajo I-251. Facultad de Economía y Negocios. Universidad Alberto Hurtado.
- Butelmann, A., Duarte, F., Nehme, N., Paraje, G. y M. Vergara. 2014. "Tratamiento para un enfermo crítico. Propuestas para el sistema de salud chileno. Informe de Políticas Públicas 04, Espacio Público.
- Castro, R. 2009. Determinantes del uso de licencias médicas en el sistema ISAPRE. Serie Informe Social N°117. Libertad y Desarrollo.
- Castro, R., Jadue, L. y Sepúlveda, J. 2014. "Los Determinantes de la Duración de Licencias Médicas en Chile: Evidencia desde FONASA".
- Cid, C. 2006. "Evaluación del Subsidio por Incapacidad Laboral por Enfermedad Común en Chile: 1990-2000". Documento de trabajo. Superintendencia de Salud.
- Comisión de Expertos para las Reformas de las Reformas de las Isapre y del Fonasa (Comisión de expertos). 2020. "Informe Final de Acuerdos ". Diciembre 2020". Ministerio de Salud.
- Comisión ESP-COLMED. 2018. "Propuestas para una reforma integral al financiamiento de la salud en Chile". Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile y Colegio Médico de Chile A. G.
- Comisión presidencial de salud diciembre 2010. 2010. "Informe comisión presidencial de salud diciembre 2010". Gobierno de Chile.
- Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuestas de un Nuevo Régimen Jurídico para el Sistema de Salud Privado (Comisión Asesora Presidencial). 2014, 'Informe Final', Gobierno de Chile.
- Comité Técnico de Reforma del Sector Salud (Comité técnico). 2023. "Informe del Comité Técnico de Reforma del Sector Salud (Convocado por la Comisión de Salud del Senado). Recomendaciones para reformas urgentes en el sistema de salud de Chile". Convocado por la Comisión de Salud del Senado.
- Consorcio de Universidades en Políticas de Salud (Consortio de universidades). 2023. "Actualización en nuevo contexto 'Coloquios de reforma de salud. Espacios de diálogo y consenso'. Instituto de Salud Pública. Universidad Andrés Bello.

- Dirección de Presupuestos (Dipres). 2009. "Minuta ejecutiva evaluación comprehensiva del gasto Comisión de medicina preventiva e invalidez – COMPIN, Ministerio de salud". Ministerio de Hacienda.
- Libertad y Desarrollo. 2010. "Licencias Médicas: Propuestas para Mejorar el Sistema. Temas Públicos 991. Libertad y Desarrollo.
- Ose, S., Kaspersen, S., Leinonen, T., Verstappen, S., de Rijk, A., Spasova, S., Hultqvist, S., Norup, I., Pálsson, J., Blume, A., Paternoga, M. y Kalseth, J. 2022. "Follow-up regimes for sick-listed employees: A comparison of nine-western European countries". Health Policy, Volume 126, Issue 7, 2022, Pages 619-631, ISSN 0168-8510, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.05.002>.
- Paraje, G., Bitrán, E., Duarte, F. y M. Willington. 2013. "El mercado de los seguros privados obligatorios de salud: Diagnóstico y reforma". Documento de referencia 11. Espacio Público.
- Poblete, I. y J. Rivera C. 2017. "Subsidio por Incapacidad Laboral en Chile: Situación Actual y Propuestas de Modificación". Unidad de Estudios y Estadísticas. Superintendencia de Seguridad Social.
- Raub, A., Chung, P., Batra, P., Earle, A., Bose, B., Jou, J., Chorny, N., Wong, E., Franken, D. y Heymann, J. 2022. "Paid Leave for Personal Illness: A Detailed Look at Approaches Across OECD Countries". World Policy Analysis Center. UCLA Fielding School of Public Health.
- Rodríguez, J. y M. Tokman. 2001. "Análisis del Gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral y sus Determinantes". Estudios de finanzas públicas, diciembre 2001. Dirección de Presupuestos, Ministerio de Hacienda.
- Sánchez, H. y M. Inostroza. 2011. "Desafíos y Propuestas". En La salud del bicentenario, Chile 2011-2020". H. Sánchez editor. Instituto Salud y Futuro. Universidad Andrés Bello: Santiago.
- Superintendencia de Seguridad Social (Suseso). 2022. "Informe anual de emisores de Licencias Médicas Electrónicas 2022".
- Tokman, M., Rodríguez, J. y F. Larraín. 2004. "Subsidios por incapacidad laboral 1991-2002: incentivos institucionales, crecimiento del gasto y una propuesta de racionalización". Estudios Públicos 93, Centro de Estudios Públicos.
- Torche, M. C., Barna, R. y V. Schiaraffia. 1999. "Informe final de evaluación subsidios de enfermedad y medicina curativa (SIL)". Dirección de Presupuestos. Ministerio de Hacienda.
- Villalobos, 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.
- Villalobos, P., K. Delgado y Y. Martínez. 2022. "Radiografía actualizada del sistema de licencias médicas. Y mejores prácticas internacionales para resolver los desafíos". Cajas de Chile A.G.

6. ANEXO

Tabla A1. Resumen de las propuestas referidas a las LM y SIL

Ítem	Torche et al. (1999)	Tokman et al. (2004)	Cid (2006)	Castro (2009)
Carencia	Uso de deducibles.	3 días a todo evento.	Eliminar.	A todas, salvo larga duración.
Cobertura	Copagos. Restituir parte del ingreso.	80% del salario (o aumento gradual a 80%).		Reducirla y que crezca con duración. Devolución de copagos con prestaciones.
Límites / topes	Máximo de días.			Reducir cobertura pasado un límite.
Administración	Estudiar licitar el pago a distintas entidades.	Fonasa procesa, autoriza y paga.		Usuario elige quien administra y contenido seguro (hay mínimo).
Financiamiento	Estudiar separarlo de seguro salud.		Evaluar si cajas cumplen funciones sociales de origen.	Separar cotización para SIL de seguro de salud.
Empleador	Paga deducibles o copagos.		Paga primeros días.	
Autorización	Evaluar condiciones de Compín para su rol.	Fonasa (Compín es segunda instancia).	Separada del pagador. Compín instancia única (resuelve controversias)	
Fiscalización y monitoreo	Sistema de vigilancia médica LM y de info. común para Mintrab, Minsal y Suseso. Control emisores aleatorio.	Mayores sanciones penales a emisores y usuarios y para aseguradores arbitrarios. Fiscalización focalizada outliers.	Mejorar monitoreo para detectar anomalías.	Aumentar sanciones emisores. Compín muta a ser autónoma y descentralizada.
Regulación y políticas públicas	Protocolos de duración de LM en patologías priorizadas.	Reglar y estandarizar proceso modificación y rechazo LM.	Mejorar protocolos con órganos colegiados. Publicar info. de precios, costos, procedimientos. Programas masivos de rehabilitación para retorno laboral.	
Relación con SATEP	Actualizar lista enfermedades profesionales.	Protocolos con comunidad médica.	Definir y ampliar enfermedades profesionales.	

Tabla A1. Resumen de las propuestas referidas a las LM y SIL (cont. 1)

Ítem	Dipres (2009)	Beteta y Willington (2010)	Libertad y Desarrollo (2010)	Comisión Presidencial de Salud (2010)
Carencia		Siempre. < 3 días. Exclusión de casos como embarazos.	Siempre.	2 días siempre.
Cobertura		Reducir (ej. 80%), salvo patologías verificables.	Reducir.	Reducir, según renta y diagnóstico.
Límites / topes				Más control LM largas. Revisión invalidez a los 6 y 12 meses y baja a 70% en caso positivo. Trámite invalidez al año y medio.
Administración	Compín: uso de sistemas informáticos.			AFP e IPS recaudan e isapres o cias. de seguro administran. Obliga a denunciar uso malicioso. Seguro separado del de salud.
Financiamiento	Asegurar que recursos de Fonasa en Compín sean para SIL.			Cotización 50% trabajador y empleador.
Empleador				Financia 50%.
Autorización	Analizar opción de nueva institucionalidad. Uso de indicadores de riesgo.			Corporación creada por administradoras e independiente de estas evalúa y paga. Regulada por el Estado. Apelación ante comisión en Super. de Salud.
Fiscalización y monitoreo	Foco en LM y emisores fuera de estándar.		Elevar sanciones y mejor fiscalización (proy. ley 2010).	Sanciones para administradores que cometan abuso.
Regulación y políticas públicas	Generar guía referencial con rangos de días de reposo por patología.			Super. de Salud regula proceso (licitación por fracciones de riesgo) y administradoras. Estándares duración y tipo de reposo de patologías priorizadas.
Relación con SATEP				Comisión médica mixta pública, de SUSESO y Super. de Salud, califica origen. Observatorio de vigilancia médica en Super. de Salud para apoyar decisiones y realizar acciones preventivas.

Tabla A1. Resumen de las propuestas referidas a las LM y SIL (cont. 2)

Ítem	Sánchez e Inostroza (2011)	Paraje et al. (2013)	Butelmann et al. (2014)	Comisión asesora presidencial (2014)
Carencia	2 días siempre.	2 días siempre.	Eliminar.	
Cobertura		80 - 90%, según enfermedad y verificabilidad. Cae con duración.	Copago para enfermedades menos verificables.	Ampliar cobertura de independientes, revisando exclusiones y requisitos.
Límites / topes				
Administración	AFP e IPS recaudan e Isapres y cias. de seguro (supervisadas por Super. Salud) administran.			Dos posturas: (i) entidad única monitorea con consejo tripartito (Isapres, Fonasa y mutuales). (ii) entidades privadas y públicas registradas en la Super. de Salud.
Financiamiento	Seguro separado de salud. Cotización 50% trabajador y empleador.			Dos propuestas: (i) pagado por Isapres, Fonasa, Compin y mutuales. (ii) % fijo de cotización separada para SIL (trabajador y empleador).
Empleador	Financia 50%			Financia una parte.
Autorización	Corporación privada creada por administradoras. Superi. de Salud segunda instancia.			Dos propuestas: (i) nueva entidad contralora y evaluadora independiente que surja de la Compin. Desacuerdo sobre independencia de pagadores. (ii) Comisión Nacional de Apelaciones arbitra, resuelve y hace estudios.
Fiscalización y monitoreo	Mejor control de LM largas.			Incentivos para reducir reposos.
Regulación y políticas públicas	Super. Salud regula proceso y nuevas entidades (sino, Suseso). Estándares de duración y tipo de reposo.			Protocolos de reposos.
Relación con SATEP				Seguro único para las enfermedades. Protocolos con criterios explícitos para diferenciar origen. Pesquisa, estudio y derivación oportuna de patologías laborales para prevenir.

Tabla A1. Resumen de las propuestas referidas a las LM y SIL (cont. 3)

Ítem	Asociación Isapres (2015)	Villalobos et al. (2022)	Comité técnico para la reforma del sector salud Senado (2023)	Consortio de universidades (2023)
Carencia	Siempre.	Eliminar.	Eliminar.	Eliminar.
Cobertura		Reuicr con duración y patología. Criterios sanitarios o económicos claros y justificados.	Decreciente con duración.	Decreciente y empalma con pensión invalidez.
Límites / topes				
Administración	Organización especializada.	Un responsable institucional, de empresas, empleados y médicos.	Estudiar traspaso a otras entidades (diferentes a Isapre y Fonasa).	Unificada para Isapres y Fonasa.
Financiamiento	Separar del seguro de salud. Fondo para SIL común y laboral.	Separar de seguros de salud.		
Empleador	Financia una parte.	% cotización. No recomien- da pago de primeros días. Alternativa: solo empleador financia y Estado subsidia ciertos casos.		
Autorización	Entidad diferente de aseguradores actuales.		Contraloría médica en Fonasa. Compín segunda instancia. Estudiar que entidad independiente autorice.	Un solo sistema de calificación.
Fiscalización y monitoreo		Monitoreo estratégico de outliers, auditorías con médicos externos. Nueva institucionalidad con roles claros. Alerta a emisores sobre cantidad y duración respecto del resto y continui- dad LM. Inclusión de datos de empleadores.	Super. de Salud fiscaliza. Esta y aseguradores multan. Revisar y mejorar proceso judicial y penal para fraudes.	
Regulación y políticas públicas	Protocolos y guías.	Limitar LM a emitir por periodo. Estándares de duración, exigencia de antecedentes o procesos (mérito externo) cuando se sobrepasan. Estrategias poblacionales de prevención en salud mental.	Protocolos clínicos públicos para referencia y control. Compartir info. de SIL para seguimiento en APS.	Guías de descanso.
Relación con SATEP				Mejorar identificación de causas.

