



Universidad
Andrés Bello®
Conectar • Innovar • Liderar



INFORME 4-2024

De Políticas Públicas en Salud
del Instituto de Salud Pública
UNAB, junio 2024.

Realidad y propuesta de mejoramiento del sistema
de subsidio de incapacidad laboral Chileno

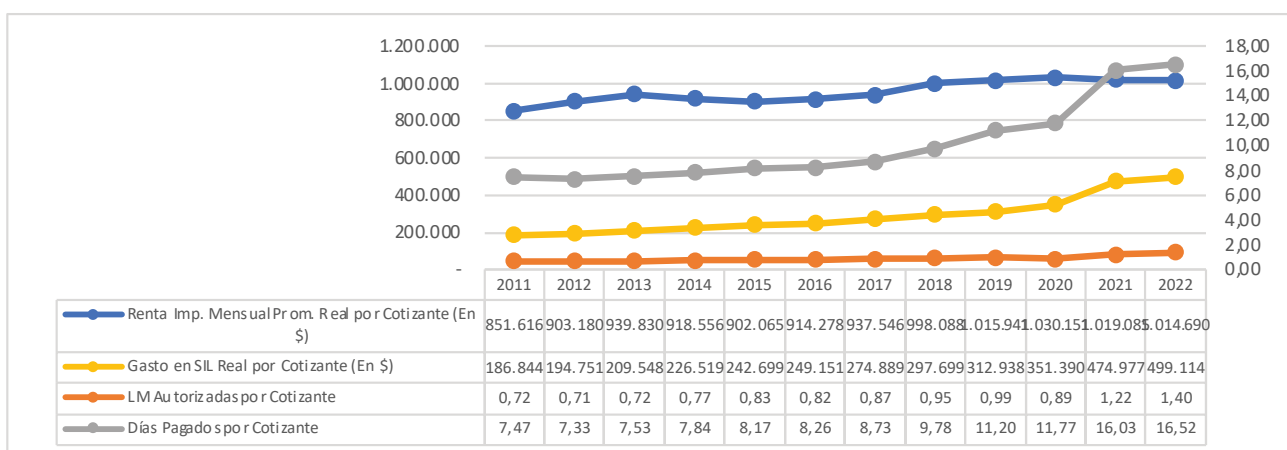
Editores: Héctor Sánchez y Manuel Inostroza

| 2024

Resumen ejecutivo

Si bien la licencia médica es una herramienta terapéutica también es un derecho reconocido que tienen todos los trabajadores y trabajadoras afiliados a FONASA o ISAPRE de ausentarse total o parcialmente de su jornada de trabajo durante un período de tiempo definido y mantener su remuneración, sin existir un plazo límite de días para hacer uso del beneficio, pudiendo ser emitida por cualquier profesional (médico, dentista y matrona) legalmente habilitado, que cubre el 100% de la renta hasta el tope imponible de 84,3 UF (2024) en el cual tampoco existe un periodo definido para establecer que una enfermedad sea permanente; es un hecho que la magnitud de recursos que hoy se invierten en él preocupa a las autoridades y especialistas del sector por como impacta en la sostenibilidad de nuestro sistema de salud y por las implicancias que tiene en la economía nacional y en la productividad de los trabajadores.

En efecto entre los años 2011 y 2022 las licencias muestran en todas sus variables una tendencia generalizada al alza. De hecho las licencias médicas tramitadas, autorizadas y rechazadas tuvieron una tendencia creciente, en el caso de las tramitadas de 3,9 a 9,6 millones y las autorizadas pasaron de 3,8 a 8,9 millones. En términos de los días otorgados pasan de 46,1 millones a 133,6 millones. En el caso de los días autorizados a nivel del sistema, se aprecia igual tendencia pasando de 39,5 millones a 105,7 millones de días otorgados. Respecto a las licencias médicas tramitadas y autorizadas por cotizante, estas pasaron de 0,74 a 1,5 LM tramitadas y de 0,72 a 1,4 LM autorizadas. En relación a los días otorgados y pagados por cotizante, estos crecieron pasando de 8,7 a 20,9 días y de 7,5 a 16,5 días por cotizante, respectivamente.



Al observar y comparar la evolución del gasto en SIL, la renta imponible mensual promedio, las LM autorizadas y los días pagados por cotizante del sistema, se puede apreciar que el gasto real en SIL por cotizante aumentó de \$186.844 en 2011 a \$499.114 en 2022, es decir, aumento en 2,7 veces su cuantía. Durante el mismo período, las LM autorizadas por cotizante se multiplicaron por 1,94 veces, y los días pagados por cotizante se multiplicaron por 2,21 veces y por su parte, la renta imponible mensual promedio aumentó 1,74 veces en el período señalado. En otras palabras, todas las variables crecieron, pero sobre todo los días pagados por cotizante. Ahora bien, si los datos los observamos según seguro de salud (ISAPRE o FONASA). La evolución del gasto en SIL, la renta imponible mensual promedio, las LM autorizadas y los días pagados por cotizante del FONASA, entre los años 2011 y 2022. Los datos muestran que el gasto real en SIL aumentó de \$146.859 en 2011 a \$448.197 en 2022, es decir, se triplicó en dicho período. Durante el mismo período, las LM autorizadas por cotizante pasaron de 0,66 a 1,49, lo que equivale a decir que se multiplicaron por 2,25, y los días pagados por cotizante se multiplicaron por 2,44, pasando de 7,7 a 18,82. Por otra parte, la renta imponible mensual promedio aumentó 1,37 veces en el período señalado.

Para el caso de las ISAPREs la evolución del gasto en SIL, la renta imponible mensual promedio, las LM autorizadas y los días pagados por cotizante. Los datos muestran que el gasto real en SIL se duplicó, aumentando de \$308.364 a \$641.995. Durante el mismo período, las LM autorizadas por cotizante pasaron de 0,89 a 1,13, lo que equivale a un aumento del 1,15 veces, y los días pagados por cotizante aumentaron en 1,49 veces, pasando de 6,75 a 10,06 días. Por su parte, la renta imponible mensual promedio disminuyó en un 2% en el período señalado.

En cuanto a sus diagnósticos la tasa de licencias médicas autorizadas en FONASA correspondieron mayoritariamente a enfermedades osteomusculares y a trastornos mentales, sumando más de un 45%; para la distribución de licencias médicas autorizadas según sector económico, la mayoría de las licencias autorizadas corresponden al sector de servicios, con un 48% en el FONASA, y un 62% en las ISAPREs; el segundo lugar lo ocupa el sector de comercio, con un 20% en el FONASA y un 11% en las ISAPREs.

Todo lo anterior implica que el gasto total en SIL ha ido en aumento, tanto en el FONASA como en las ISAPREs, haciendo que todo el sistema en su conjunto haya pasado de gastar 1,85 billones de pesos en 2018 a 3,2 billones de pesos en el 2022, es decir, un aumento del gasto total del 73% (1,35 billones) en solo cuatro años. Aunque este sería de un 716% de aumento si lo comparáramos con el año 2000, donde solo se gastaban 392 mil millones (en pesos chilenos valorizados a diciembre de 2023).

Con incrementos de esta magnitud no es inesperado entonces que el gasto en SIL como porcentaje de la cotización obligatoria del 7% en FONASA haya aumentado desde un 33,2% el año 2018, hasta un 55,8% el 2022. No obstante, el año 2000 era solo de 17,9%. En las ISAPREs, el aumento ha sido algo menor, pasando desde un 30,3% el año 2018 hasta un 40,9% el 2022, aunque viene de un 20% el año 2000. A nivel de sistema, en el 2018 el gasto en SIL representaba un 31,9% de la cotización obligatoria, mientras que el año 2022 alcanzó el 49,7% y el 2000 era solo de un 19,1%.

| Seguro | Ítem | 2000 | 2005 | 2010 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---------|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| FONASA | Cotización 7% | \$931,954 | \$1,395,123 | \$2,034,392 | \$3,244,533 | \$3,345,559 | \$3,589,096 | \$3,532,298 | \$3,787,706 |
| | Gasto en SIL (MM) | \$167,080 | \$259,591 | \$592,156 | \$1,076,208 | \$1,154,969 | \$1,279,975 | \$1,964,360 | \$2,115,018 |
| | % gasto en SIL respecto a cotización 7% | 17.9% | 18.6% | 29.1% | 33.2% | 34.5% | 35.7% | 55.6% | 55.8% |
| ISAPRE | Cotización 7% | \$1,126,862 | \$1,218,074 | \$1,599,666 | \$2,549,542 | \$2,689,667 | \$2,703,575 | \$2,688,163 | \$2,642,552 |
| | Gasto en SIL (MM) | \$225,162 | \$229,487 | \$349,985 | \$773,146 | \$843,770 | \$938,816 | \$1,147,344 | \$1,079,617 |
| | % gasto en SIL respecto a cotización 7% | 20.0% | 18.8% | 21.9% | 30.3% | 31.4% | 34.7% | 42.7% | 40.9% |
| SISTEMA | Cotización 7% | \$2,058,816 | \$2,613,197 | \$3,634,058 | \$5,794,075 | \$6,035,225 | \$6,292,671 | \$6,220,461 | \$6,430,258 |
| | Gasto en SIL (MM) | \$392,242 | \$489,078 | \$942,141 | \$1,849,355 | \$1,998,738 | \$2,218,791 | \$3,111,704 | \$3,194,635 |
| | % gasto en SIL respecto a cotización 7% | 19.1% | 18.7% | 25.9% | 31.9% | 33.1% | 35.3% | 50.0% | 49.7% |

Es por ello que desde el año 2009 diversos centros académicos y comisiones de expertos han desarrollado numerosos estudios y propuestas para abordar parte de los problemas que genera el marco regulatorio de la licencia médica, sin embargo, de trece proyectos de ley y mociones parlamentarias presentadas en todo este tiempo solo una y en el año 2012, fue finalmente promulgada, dando cuenta de aumentos de sanciones y penas para promover su correcto uso y evitar fraudes.

Este escaso avance en mejoras regulatorias en los últimos años nos ha animado a revisar diversas proposiciones y algunas experiencias con el fin de hacer un conjunto de propuestas propias y de otros actores, que se han realizado en los últimos años y que a nuestro juicio constituyen las mejores propuestas de solución sobre la regulación de la licencia médica.

En relación con su diseño como beneficio se propone:

- a. Establecer un copago independiente de los días de LM de dos días y/o eliminar los 3 días de carencia, con el objetivo de desincentivar la utilización de licencias de más de 10 días.
 - i. Establecer que el porcentaje de cobertura del subsidio debiese ser decreciente en el tiempo hasta empalmar con la tasa de reemplazo de discapacidad (70%).
- b. En relación con su otorgamiento se propone:
 - i. Desarrollar protocolos para el otorgamiento de días de licencias médicas para las diferentes enfermedades.
 - ii. Perfeccionar el modelo a través de la definición de aquellos profesionales que podrían emitir las licencias médicas y sus condiciones.
 - iii. Dado que hoy las licencias médicas en un poco más de 98% son electrónicas mejorar las herramientas control, pasando el peso de la prueba a los profesionales para la solicitud de informes adicionales y la posibilidad de calificarlas de origen laboral.
- c. En relación con el control de fraude y abuso en el otorgamiento se propone:
 - i. Revisar y aumentar las sanciones y penas a los médicos que emitan un número de licencias médicas (LM) consideradas no razonables por el organismo técnico del tema; SUSESO.
 - ii. Revisar las sanciones y las penas a los afiliados del FONASA y las ISAPREs que soliciten LM y días de licencia no consideradas razonables por la SUSESO.
 - iii. Incrementar la capacidad de fiscalización y regulación de la SUSESO.

- d. En relación con aspectos de reformas institucionales y de gestión se propone:
 - i. Generar instancias independientes de evaluación de las LM tanto para los cotizantes del FONASA como de las ISAPRES.
 - ii. Definir que el cálculo del subsidio se haga de acuerdo a la cotización registrada para ahorrar carga administrativa.

- e. En relación con la transparencia del sistema se propone:
 - i. Mejorar la generación de estadísticas públicas y regulares de licencias médicas así como de disponer de datos de las distintas etapas del proceso y de la regulación en la materia.
 - ii. Finalmente y una vez encaminado el control del gasto en SIL, se propone trasladar desde las cuentas de salud este gasto a las del sector trabajo y/o protección social, con el fin de que no compita directamente con el gasto en prestaciones de salud.

Realidad y propuesta de mejoramiento del sistema de subsidio de incapacidad laboral chileno

1. Descripción del Beneficio

La licencia médica (LM) además de ser una herramienta terapéutica es el derecho que tienen los trabajadores y trabajadoras afiliados a un seguro de salud obligatorio (FONASA o ISAPRE) de ausentarse total o parcialmente de su jornada de trabajo durante un período de tiempo definido. Esta debe ser extendida por un médico-cirujano, cirujano-dentista o matrona, mediante un documento que certifique que un trabajador se encuentra incapacitado temporalmente para trabajar, prescribiendo reposo total o parcial, por un lapso de tiempo determinado, con el fin de atender el restablecimiento de su salud. No existe un plazo límite de días para hacer uso del beneficio, mientras exista la posibilidad de recuperación de la enfermedad del trabajador, así como tampoco existe un periodo definido para establecer que una enfermedad es permanente (Superintendencia de Seguridad Social, 2024a, 2024b, 2024c). Los tipos de LM se describen en la tabla 1.1, a continuación.

Tabla 1.1 Descripción de los tipos de licencias médicas

| Tipo de Licencia Médica | Descripción | Fuente de Financiamiento |
|--|--|---|
| Tipo 1 por Enfermedad o accidente común | LM emitida cuando el trabajador padece una enfermedad común o ha sufrido un accidente común (no laboral) que requiera reposo o recuperación. | Cotización 7% de Salud |
| Tipo 2 por Prórroga medicina preventiva | LM emitida a trabajadores acogidos a la Ley N° 6.174 (vigente hasta diciembre de 1985), que permite reducir la jornada ordinaria de trabajo a la mitad (reposo preventivo parcial) o suspenderla totalmente (reposo preventivo total), por un período determinado. Esta LM permite al trabajador conservar su ocupación y recibir un subsidio de reposo, tratamiento gratuito y reembolso de todos los gastos médicos derivados de la enfermedad que ocasionó el reposo. Actualmente, este beneficio lo recibe un grupo reducido de trabajadores, que corresponden a pacientes afectados de insuficiencia renal, trasplantados y/o sometidos a hemodiálisis. | Cotización 7% de Salud |
| Tipo 3 por Licencia maternal pre y postnatal | LM emitida a todas las madres trabajadoras dependientes (contrato indefinido o contrato fijo, obra o faena, temporeras) e independientes (trabajadoras a honorarios, por cuenta propia, feriantes) que estén trabajando al momento de irse de pre natal. Este tipo de LM es de carácter irrenunciable, y contempla una licencia de 42 días por pre natal y 84 días de postnatal a contar de la fecha del parto. | SUSESO - Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios de Cesantía |
| Tipo 4 por Enfermedad grave del niño menor de un año | LM emitida a la madre de un menor de un año que padezca una enfermedad grave. Esta se extiende por 7 días prorrogables hasta completar un total de 30 días, aunque en caso de que el médico estime, presentando un informe médico complementario, esta se puede extender por los días que estime conveniente. | SUSESO - Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios de Cesantía |
| Tipo 5 por Accidente de trabajo o trayecto | LM emitida a trabajadores que hayan sufrido un accidente de trabajo, o en su trayecto al trabajo, y que requieran de reposo para recuperar su salud. | Mutualidades de Empleadores de la Ley N°16.744 y el Instituto de Seguridad Laboral. |
| Tipo 6 por Enfermedad profesional | LM emitida a trabajadores que padecen enfermedades profesionales, es decir, que son consecuencia directa del trabajo o profesión que se desempeña (normadas en el Decreto Supremo N° 109 de 1968, actualizado mediante DS N° 73 de 2005). Esta LM otorga a los trabajadores el derecho a recibir prestaciones como atención médica, quirúrgica y dental, hospitalización, medicamentos y productos farmacéuticos, prótesis y aparatos ortopédicos y rehabilitación física y reeducación profesional. | Mutualidades de Empleadores de la Ley N°16.744 y el Instituto de Seguridad Laboral. |
| Tipo 7 por Patologías del embarazo | LM emitida a mujeres trabajadoras que sufren de alguna patología durante su embarazo, y que deban hacer reposo según la indicación un profesional de la salud. | Cotización 7% de Salud |
| Tipo SANNA | Corresponde a un seguro obligatorio que permite a aquellos trabajadores (hombres o mujeres) con algún hijo o hija de entre un año y de 15 o 18 años de edad afectado por una condición grave de salud, ausentarse justificadamente de su trabajo durante un tiempo determinado, con el fin de prestarle atención, acompañamiento o cuidado personal. Durante este periodo, el trabajador tiene derecho a recibir un subsidio que reemplace total o parcialmente su remuneración o renta mensual, financiada con cargo al seguro (con determinados requisitos de afiliación y cotizaciones). | Mutualidades de Empleadores de la Ley N°16.744 y el Instituto de Seguridad Laboral. |

Fuente: Elaboración propia en base a Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (2024). Tipos de Licencia Médica. Ministerio de Salud. <https://milicenciamedica.cl/licencias-medicas.html>

Por otro lado, el Subsidio por Incapacidad Laboral por enfermedades curativas o comunes (SIL) es un beneficio en dinero que reciben los trabajadores acogidos al sistema de seguridad social que se encuentran con una LM autorizada, originada por una enfermedad que no sea profesional o un accidente que no sea del trabajo¹, siempre que se cumplan ciertos requisitos de afiliación y cotización. Este subsidio sustituye parte de la remuneración que deja de percibir el trabajador durante el tiempo que dure su LM, entregándole, además, continuidad a sus cotizaciones previsionales². Los requisitos para tener derecho a SIL se describen en la siguiente tabla.

Tabla 1.3 Requisitos para el derecho a SIL, según tipo de trabajador

| Trabajadores dependientes | Trabajadores independientes |
|--|---|
| Tener una LM debidamente autorizada | Tener una LM debidamente autorizada |
| Tener 6 meses de afiliación previsional anteriores al mes en que se inicia la LM | Tener 12 meses de afiliación previsional anteriores al mes en que se inicia la LM |
| Tener 3 meses de cotización dentro de los 6 meses anteriores a la fecha inicial de la LM | Tener 6 meses de cotización dentro de los 12 meses anteriores a la fecha inicial de la LM |
| Tener un contrato de trabajo vigente | Estar al día con el pago de las cotizaciones |

Fuente: Elaboración propia en base a información de la Superintendencia de Seguridad Social.

El beneficio consiste en la mantención del 100% de la remuneración del trabajador (con un tope imponible de UF 84,3 para el presente año), y el monto diario se calcula como trigésima parte de la base de cálculo del subsidio. En el caso de los trabajadores dependientes, la base de cálculo equivale al promedio de la remuneración mensual neta (remuneración imponible menos cotizaciones previsionales e impuestos personales) devengada en los 3 meses anteriores al mes de la LM. Para los trabajadores independientes, la base de cálculo corresponde a la renta imponible anual dividida por 12.

El pago del SIL está sujeto a un mecanismo de carencia condicional, es decir, si la licencia dura menos de 10 días, el pago se devenga a partir del cuarto día (carencia de 3 días), pero si esta dura más de 10 días el pago se realiza desde el primer día.

Los subsidios originados por una enfermedad o accidente común y sus respectivas cotizaciones se financian con cargo a la cotización obligatoria para el respectivo régimen de prestaciones de salud que corresponda³ (Superintendencia de Seguridad Social, 2024a).

El proceso comienza con la extensión de una LM por parte de un profesional de la salud, mediante la cual certifica que el trabajador se encuentra incapacitado temporalmente para trabajar, prescribiendo reposo total o parcial por un período de tiempo definido.

En el caso de la LM electrónica, el proceso es online, es decir, el médico emite el documento mediante un formulario electrónico que le llegará directamente al empleador si se encuentra

1 No son considerados los subsidios asociados a las licencias médicas maternas y enfermedad grave del niño menor a un año, puesto que estos subsidios son financiados con cargo al Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios de Cesantía del D.F.L. N° 150, de 1981, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

2 El SIL se encuentra normado en: el DFL N°44 de 1978 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, el DFL N°1 de 2005 del Ministerio de Salud y el Decreto N°3 de 1984 del Ministerio de Salud, DFL N°29 de 2005 del Ministerio de Hacienda (art. 111), Circular N°021 de 1992 de la Superintendencia de Salud, Ley N° 18.196 (art.12), Ley N°19.117 (artículo único) y el Código Civil (art. 2.514 y 2.515)

3 También se financian así los subsidios y cotizaciones correspondientes a los períodos de descanso prenatal suplementario, prórroga del prenatal y descanso post natal prolongado (subsidio maternal suplementario).

adscrito al sistema. Si no lo está, se le entregará una copia impresa del formulario electrónico o una licencia en papel, que el trabajador(a) deberá entregar o enviar al empleador. El trabajador dependiente con LM debe corroborar la información y hacer llegar la LM a su empleador dentro del plazo establecido (dos días hábiles para trabajadores del sector privado, tres días hábiles para trabajadores del sector público).

El empleador debe completar los antecedentes relacionados con la individualización de la entidad empleadora, y adjuntar información requerida sobre situación laboral, previsional, remuneraciones y licencias médicas del trabajador en los 6 meses anteriores. Luego debe entregar el formulario firmado dentro de los tres días hábiles siguientes a la fecha de la recepción, al organismo competente; COMPIN, si el trabajador(a) es cotizante FONASA y su empleador no está afiliado a una Caja de Compensación (CCAF); CCAF, si el trabajador(a) es cotizante FONASA y su empleador está afiliado a una CCAF; e ISAPRE, si el trabajador(a) es cotizante de alguna de dichas instituciones.

En el caso de trabajadores independientes, se debe hacer llegar la LM directamente a la institución que debe autorizarla (COMPIN o ISAPRE según corresponda) dentro del plazo reglamentario que corresponda (dos días hábiles siguientes a la emisión de la LM). Las COMPIN (Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez)⁴ son comisiones dependientes del Ministerio de Salud, descentralizadas, con presencia regional, dependientes de las SEREMI de Salud y fiscalizadas por la Subsecretaría de Salud Pública. Las Unidades de Licencias Médicas de las COMPIN son las entidades encargadas de pronunciarse sobre las LM, declarar estados de invalidez y certificar estados de salud, capacidad de trabajo, y recuperabilidad de los trabajadores afiliados a FONASA. Las Unidades de Subsidios de las COMPIN son las responsables de la administración del SIL de los afiliados a FONASA no afiliados a CCAF, y están a cargo de realizar el cálculo del SIL a pagar en base a los antecedentes financieros del trabajador. La Unidad de Central de Pagos es la encargada de realizar los pagos de los subsidios (a través del Banco Estado).

Las ISAPREs son instituciones de salud previsional privadas, encargadas de captar y administrar la cotización obligatoria de los trabajadores que por voluntad propia han optado por afiliarse a éstas, con el objetivo de financiar sus prestaciones y beneficios de salud. Son fiscalizadas por la Superintendencia de Salud. Entre otras funciones, son las responsables de administrar el SIL de sus afiliados, encargándose de la recepción, aceptación, rechazo o reducción, cálculo y pago de las LM.

Las CCAF (Cajas de Compensación de Asignación Familiar) son entidades de previsión social constituidas como corporaciones de derecho privado sin fines de lucro, y se encuentran bajo el control y fiscalización de la Superintendencia de Seguridad Social. Entre otras funciones, las CCAF son las entidades que se encargan de pagar el subsidio que reemplaza la remuneración a cargo del empleador.

Para el pago del subsidio, la ley 18.833 determinó que podrían hacerse del 0,6% de cotización, y por esta acción cobrarían un valor máximo por licencia médica pagada. Sin embargo, debido a que el gasto en licencias médicas era mayor que el 0,6% de la cotización, Fonasa debía transfe-

⁴ Está compuesta por tres unidades: Unidad de Licencias Médicas, Unidad de Subsidios y Unidad de Pensiones.

rir a las Cajas el diferencial lo que se llamó déficit CCAF. Para disminuir la presión de este gasto en Fonasa, que en el año 2020⁵ alcanzó los \$ 958.249.503, es que en el 2021 la cotización que recibían las CCAF aumenta al 3,1%⁶, por lo que el porcentaje de la cotización obligatoria que retiene el FONASA disminuye desde un 6,4 al 3,9%, de acuerdo al dictamen 678-2021 de la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO, 23 de febrero de 2021). Este porcentaje del 3,1% de financiamiento se mantuvo para el año 2022, de acuerdo al dictamen 1438-2022 (SUSESO, 13 de abril de 2022). En febrero de 2023 las CCAF pasaron a recaudar directamente el 6,0% de las remuneraciones imponibles de los trabajadores afiliados a FONASA y cuyos empleadores son afiliados a una Caja, con el objeto de financiar los subsidios más las cotizaciones por incapacidad laboral de origen común, según el dictamen 1055-2023 (SUSESO, 24 de abril de 2023). Finalmente, para el año 2024, el guarismo se estableció en el 4,9%, de acuerdo al dictamen O-02-S-00270-2024 (SUSESO, 08 de marzo de 2024).

Cuando un trabajador afiliado a FONASA está afiliado a una CCAF, la LM debe ser aprobada por la COMPIN, y posteriormente enviada a la respectiva CCAF para el cálculo y pago del SIL.

Además, en este proceso FONASA es la entidad que cumple la función de traspasar los fondos para pagar los SIL a la Unidad Central de Pagos radicada en la Subsecretaría de Salud Pública, así como para cubrir los déficits de las CCAF.

2. Radiografía del comportamiento de las licencias médicas en Chile

A continuación, se presenta una serie de gráficos y tablas, utilizando datos sobre licencias médicas, con el propósito de analizar el comportamiento de las licencias médicas en Chile entre el 2011 y el 2022, para el sistema de LM, con las aperturas para los seguros de salud FONASA e ISAPRE. Cabe señalar que, con respecto a la data de distribución por sexo, por diagnóstico, tipo de empleador y tipo de formulario la SUSESO, que es la única fuente pública que integra data de FONASA e ISAPRE, solo tiene disponible dichas variables para los años 2015 en adelante.

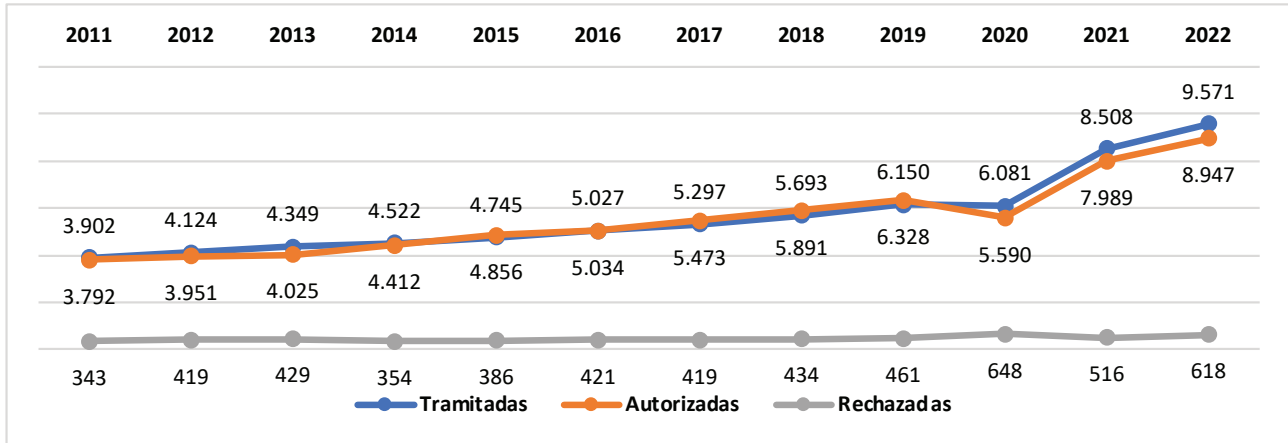
En términos del sistema de LM en Chile se puede apreciar en el gráfico 2.1 como las licencias médicas tramitadas, autorizadas y rechazadas tienen una tendencia creciente entre el 2011 y el 2022. En el año 2020 se produjo un estancamiento de las LM tramitadas respecto a las del 2019, sin embargo, en los dos años siguientes las LM crecen aceleradamente pasando de 6,1 a 9,6 millones de LM entre el 2020 y el 2022, respectivamente. De igual manera las LM autorizadas pasaron de 5,6 a 8,9 millones de LM, en el mismo periodo antes mencionado.

En términos de los días otorgados, pagados y rechazadas del sistema, se puede ver en el gráfico 2.2 que los días otorgados pasan de 46,1 millones a 77,6 millones entre el 2011 y 2019, lo que creció 1,7 veces para el año 2022 llegando a 133,6 millones de días otorgados. En el caso de los días autorizados a nivel del sistema, se aprecia igual tendencia pasando de 39,5 millones a 71,5 millones de días entre el 2011 y 2019, para luego crecer 1,5 veces al 2022, llegando a los 105,7 millones de días otorgados.

⁵ Deducida de la cotización obligatoria de salud correspondiente al 7%.

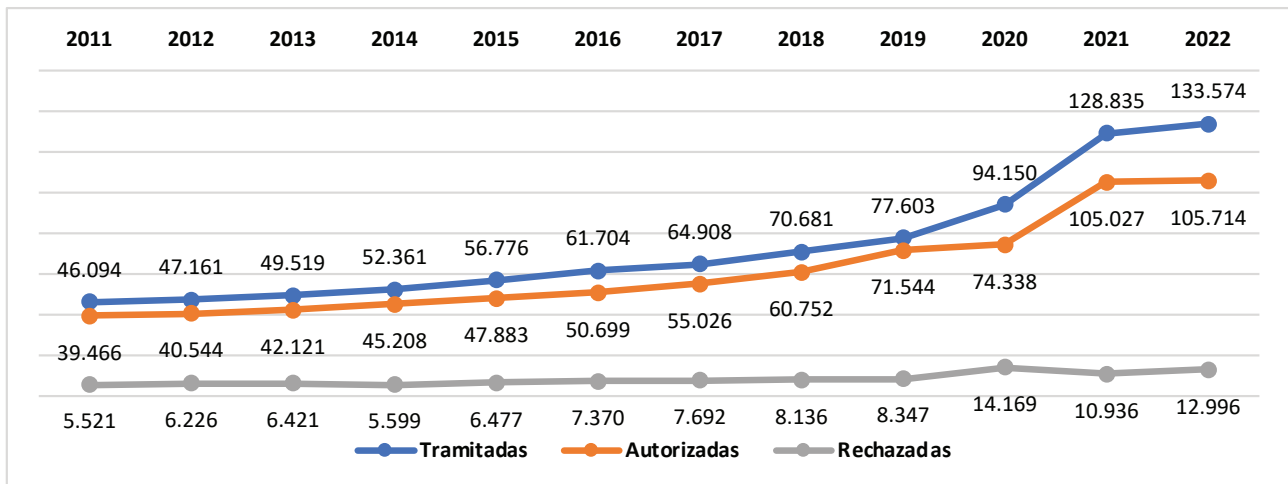
⁶ Incorporación de Glosa en la Ley de Presupuestos del año 2021

Gráfico 2.1 Licencias médicas tramitadas, autorizadas y rechazadas del sistema, en miles de LM, 2011-2022



Fuente: Elaboración propia, en base a datos extraídos de la SUSESO.

Gráfico 2.2 Número de días otorgados, pagados y rechazados del sistema, días en miles de días, 2011-2022

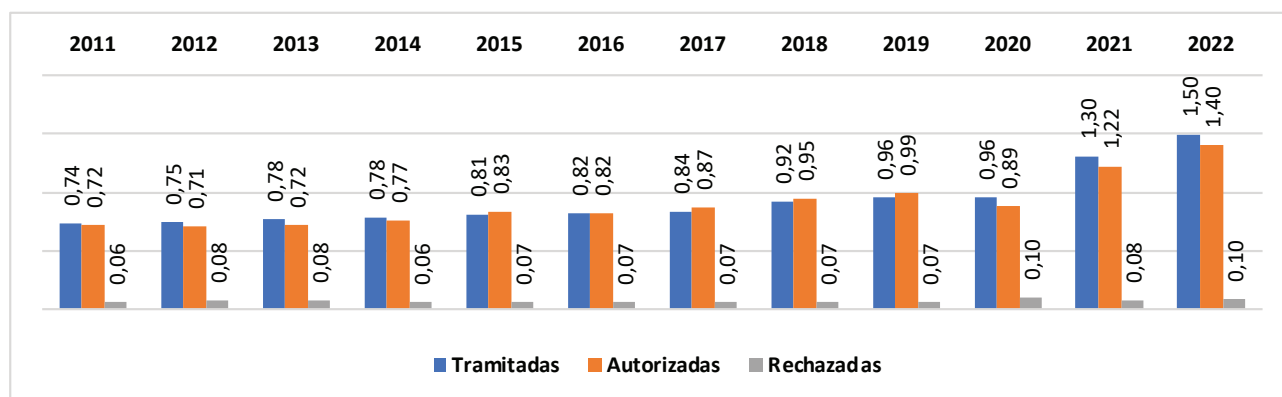


Fuente: Elaboración propia, en base a datos extraídos de la SUSESO.

Respecto a las licencias médicas tramitadas, autorizadas y rechazadas por cotizante con derecho a licencia del sistema, en el gráfico 2.3 se visualiza que las LM por cotizante son inferior a 1, pasando de 0,74 a 0,96 LM tramitadas y de 0,72 a 0,89 LM autorizadas, respectivamente, entre el 2011 y 2020. Sin embargo, tanto las LM tramitadas y autorizadas crecieron aceleradamente para los dos años siguientes, llegando a 1,50 y 1,40 LM, respectivamente en el 2022.

Respecto a los días otorgados, pagados y rechazados por cotizante con derecho a licencia, se puede apreciar en el sistema, en el gráfico 2.4, que entre el 2011 y 2020 los días otorgados y pagados crecen 1,7 y 1,6 veces respectivamente. Para los dos años siguientes los días otorgados y pagados, crecieron nuevamente 1,4 y 1,4 veces, pasando de 14,9 a 20,9 días y de 11,8 a 16,5 días por cotizante, respectivamente entre el 2020 y 2022.

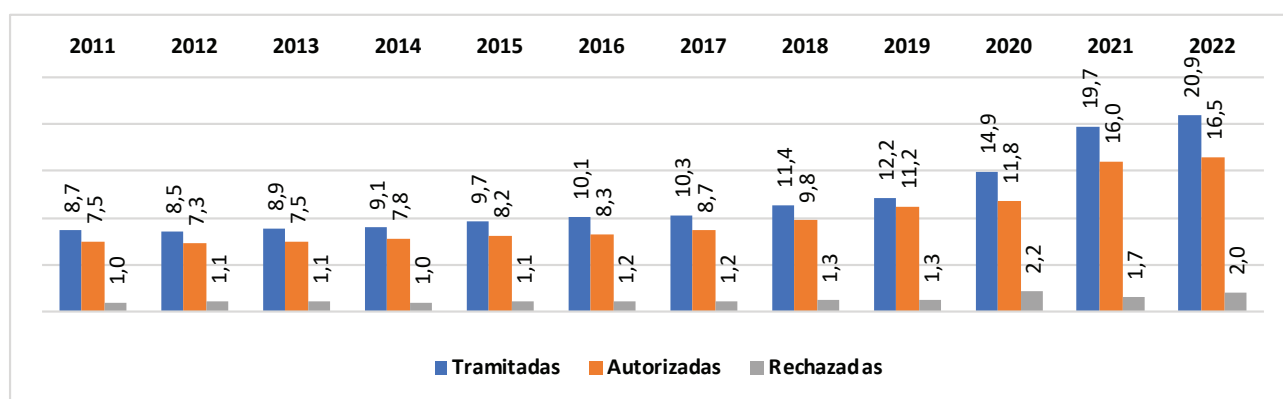
Gráfico 2.3 Licencias médicas tramitadas, autorizadas y rechazadas por cotizante con derecho a licencia del sistema, 2011-2022



Fuente: Elaboración propia, en base a datos extraídos de la SUSESO.

(*) Las LM autorizadas incluyen las LM reclamadas y acogidas total o parcialmente en las instancias de apelación.

Gráfico 2.4 Número de días otorgados, pagados y rechazadas por cotizante con derecho a licencia del sistema, 2011-2022



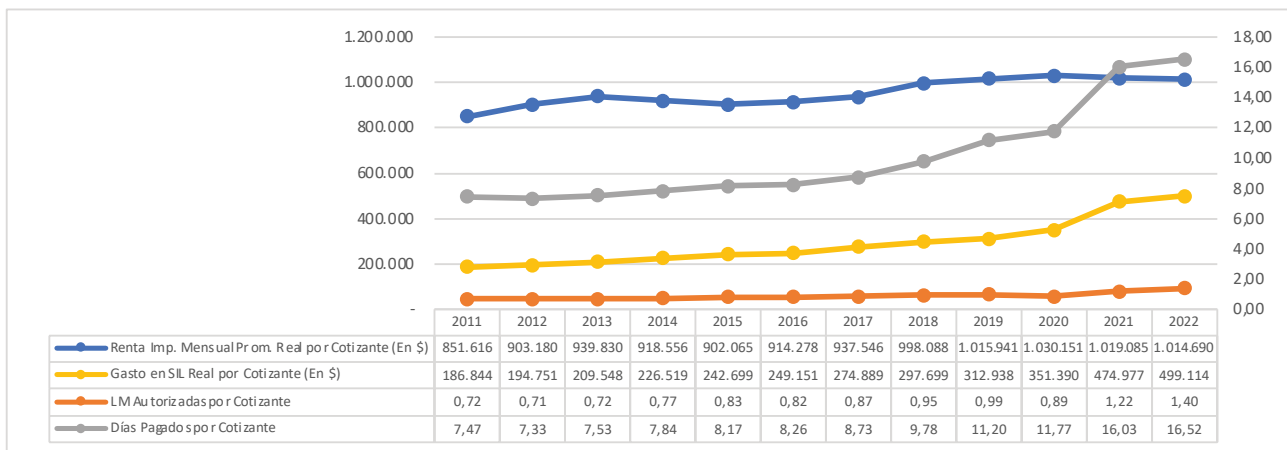
Fuente: Elaboración propia, en base a datos extraídos de la SUSESO.

Al comparar la evolución del gasto en SIL, la renta imponible mensual promedio, las LM autorizadas y los días pagados por cotizante del sistema, se puede apreciar en el gráfico 2.5 que el gasto real en SIL por cotizante aumentó de \$186.844 en 2011 a \$499.114 en 2022, es decir, aumento en 2,7 veces su cuantía. Durante el mismo período, las LM autorizadas por cotizante pasaron de 0,72 a 1,40, lo que equivale a decir que se multiplicaron por 1,94 veces, y los días pagados por cotizante se multiplicaron por 2,21 veces, pasando de 7,47 a 16,52. Por otra parte, la renta imponible mensual promedio aumentó 1,74 veces en el período señalado. En otras palabras, todas las variables que explican el crecimiento del SIL crecen, pero sobre todo los días pagados por cotizante.

Luego, en el gráfico 2.6 se presentan las tasas de crecimiento anual de las variables del gráfico anterior, para cotizantes del sistema. Se puede apreciar que desde el 2014 al 2022 la tasa de crecimiento del gasto en SIL por cotizante fue mayor que la tasa de crecimiento de la renta

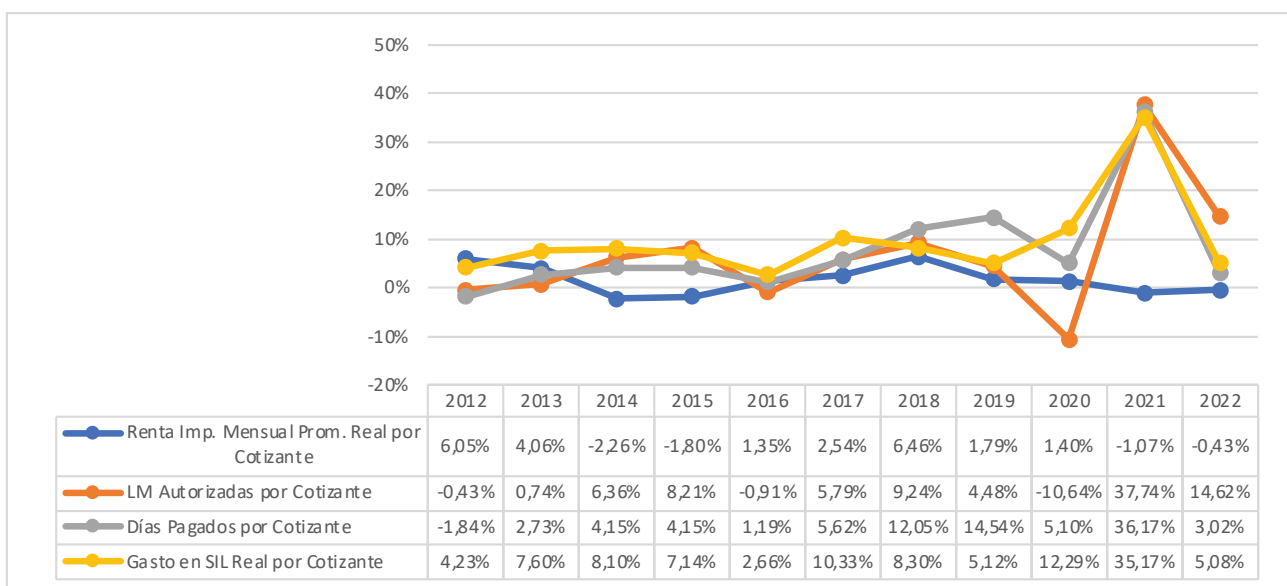
imponible mensual promedio por cotizante. Esto se puede explicar por crecimiento de la LM autorizadas por cotizante o por los días pagados por cotizante, en dicho periodo. En particular se puede ver que los días pagados por cotizantes crecieron a tasas entre el 12,05% y el 36,17% entre los años 2018 y 2021, mientras que las LM autorizadas disminuyeron 10,64% para el 2020 para crecer nuevamente 37,74% y 14,62% para los años 2021 y 2022, respectivamente. Cabe señalar que este periodo coincide con el retroceso de la pandemia del COVID-19, produciéndose un aumento de LM autorizados, días pagados y gasto en SIL por cotizantes, sin embargo, la renta imponible mensual promedio real disminuyó en dichos años.

Gráfico 2.5 Gasto en SIL, Renta imponible mensual promedio, LM autorizadas y Días pagados, por cotizante del sistema, en pesos de diciembre del 2023



Fuente: Elaboración propia, en base a datos extraídos de la SUSESO.

Gráfico 2.6 Tasa de crecimiento del Gasto en SIL, Renta imponible mensual promedio, LM autorizadas y Días pagados, por cotizante sistema, 2012-2022



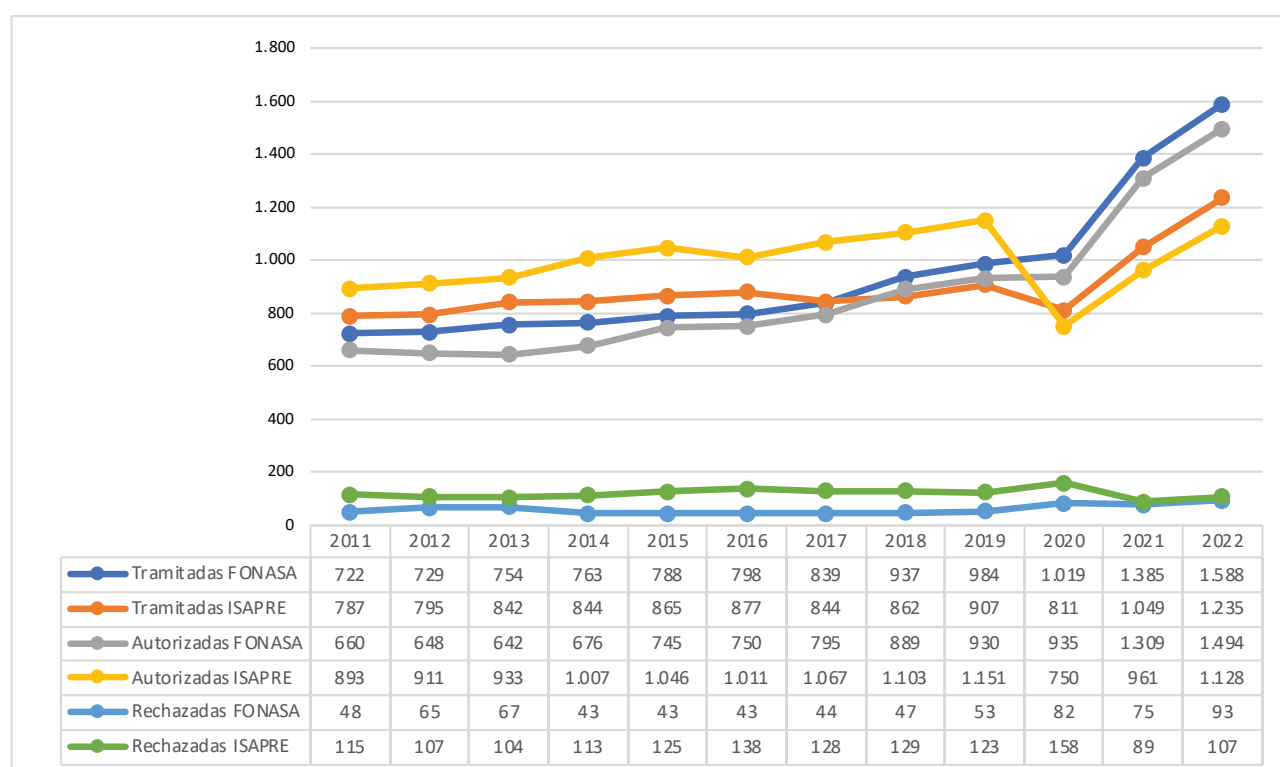
Fuente: Elaboración propia, en base a datos extraídos de la SUSESO.

A continuación, se presenta el análisis de la data de LM médicas anteriormente mencionada, abierta para los seguros de salud FONASA e ISAPRE, para los años 2011 al 2022.

En el gráfico 2.7 se muestra la evolución de la tasa de licencias médicas tramitadas, autorizadas y rechazadas por cada mil cotizantes, según seguro de salud (ISAPRE o FONASA). En cuanto a las licencias tramitadas, estas muestran una tendencia general al alza, a excepción del 2020, donde las tramitadas en ISAPRE muestran una disminución, y un incremento en los años posteriores.

También se puede observar que, para el seguro privado, el año 2020 la tasa de licencias autorizadas sufrió una disminución en comparación con el año anterior. Además, el gráfico muestra que las tasas de licencias rechazadas por las ISAPRE y el FONASA disminuyeron el 2021. En ambos seguros se ve una tendencia creciente en los años 2021 en todas las licencias médicas. Además, se observa una diferencia entre las tasas de uso de los cotizantes de FONASA e ISAPRE, hipotéticamente explicadas por las diferencias de renta y el estado de salud de dichos cotizantes; más altas y mejor en ISAPREs, respectivamente.

Gráfico 2.7 Tasa de licencias médicas tramitadas, autorizadas y rechazadas, por cada mil cotizantes, según seguro de salud, 2011-2022

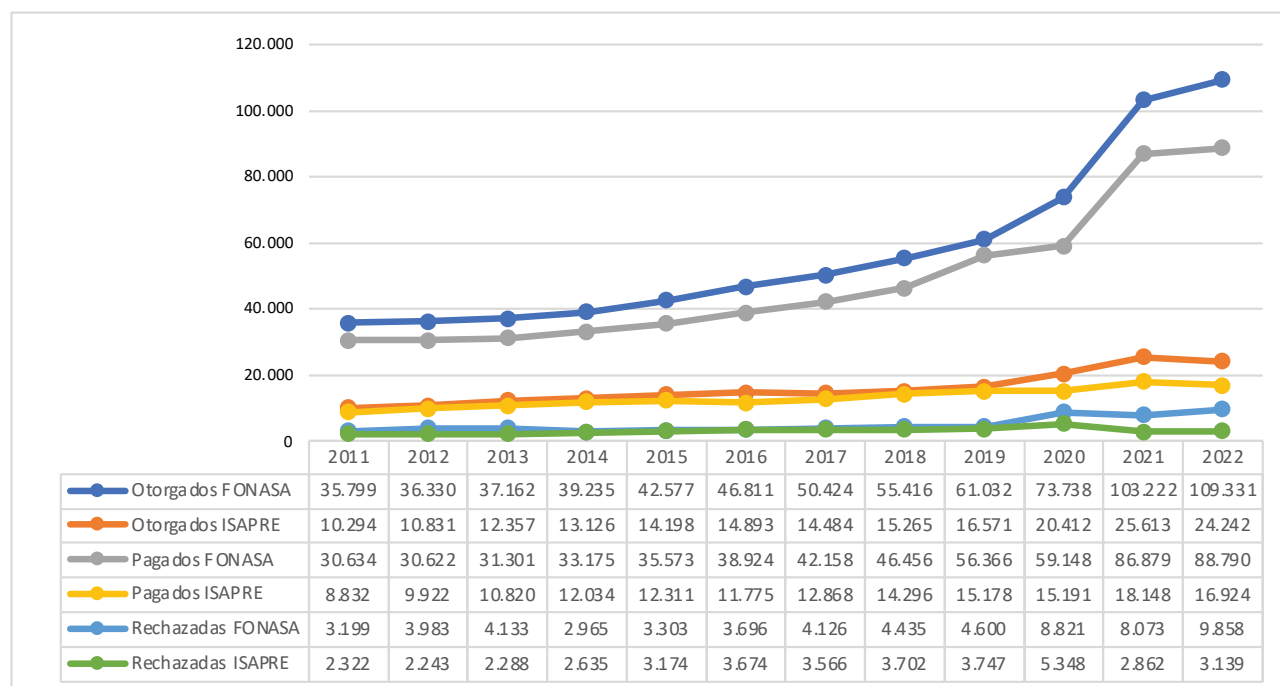


Fuente: Elaboración propia, en base a datos extraídos de la SUSESO.

En el gráfico 2.8 se presenta la evolución de los días de licencia otorgados, pagados y rechazados, según seguro de salud. En los días de licencia otorgados por ambos seguros de salud se observa en general una tendencia al alza, con la excepción de los otorgados por las ISAPRE el 2022, que muestran una leve disminución, pasando de los 25,6 millones a los 24,2 millones de días.

Por otro lado, llama la atención el fuerte aumento que experimentaron los días de licencia pagados por el FONASA el año 2021, pasando de los 59,1 millones a los 86,8 millones, es decir, un incremento de casi un 46,7%.

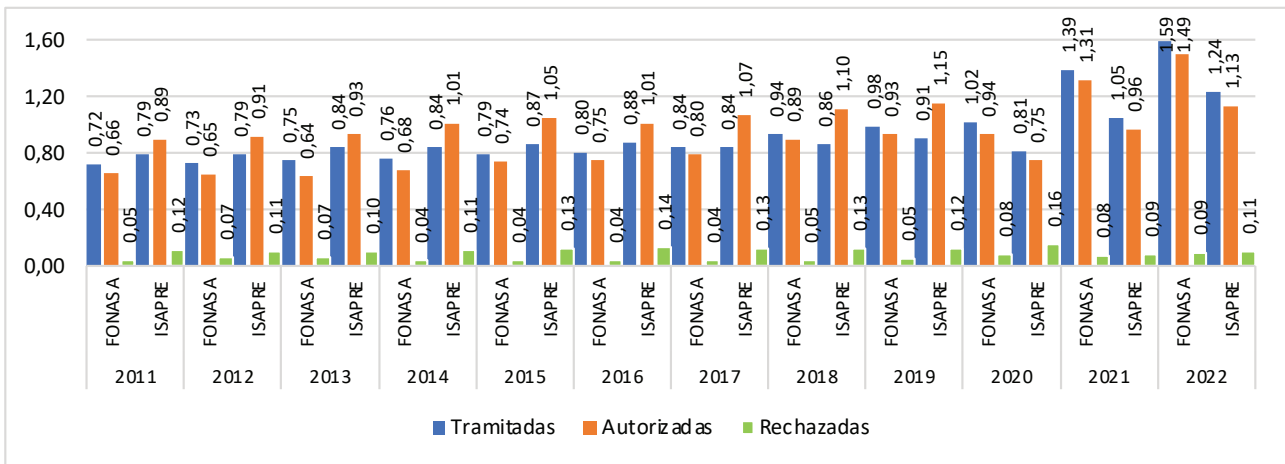
Gráfico 2.8 Número de días otorgados, pagados y rechazados, días en miles de días, según seguro de salud, 2011-2022



Fuente: Elaboración propia, en base a datos extraídos de la SUSES0.

En el gráfico 2.9, a continuación, se muestra la evolución de las licencias tramitadas, autorizadas y rechazadas por cotizante con derecho a licencia, según seguro de salud. Se puede observar que, para el periodo 2015 al 2017, las licencias tramitadas por cotizante son mayores en ISAPRE que en FONASA, mientras que desde el 2018 en adelante las LM Tramitadas por cotizante son mayores en el seguro público. En ambos seguros de salud, estas muestran una tendencia al alza, con la excepción de las correspondientes a ISAPRE el año 2020. El gráfico también revela que las licencias rechazadas por cotizante son mayores en ISAPRE que en FONASA a lo largo de todos los años, aunque las diferencias más acentuadas se observan los tres primeros años.

Gráfico 2.9 Licencias médicas tramitadas, autorizadas y rechazadas por cotizante con derecho a licencia, según seguro de salud, 2011-2022

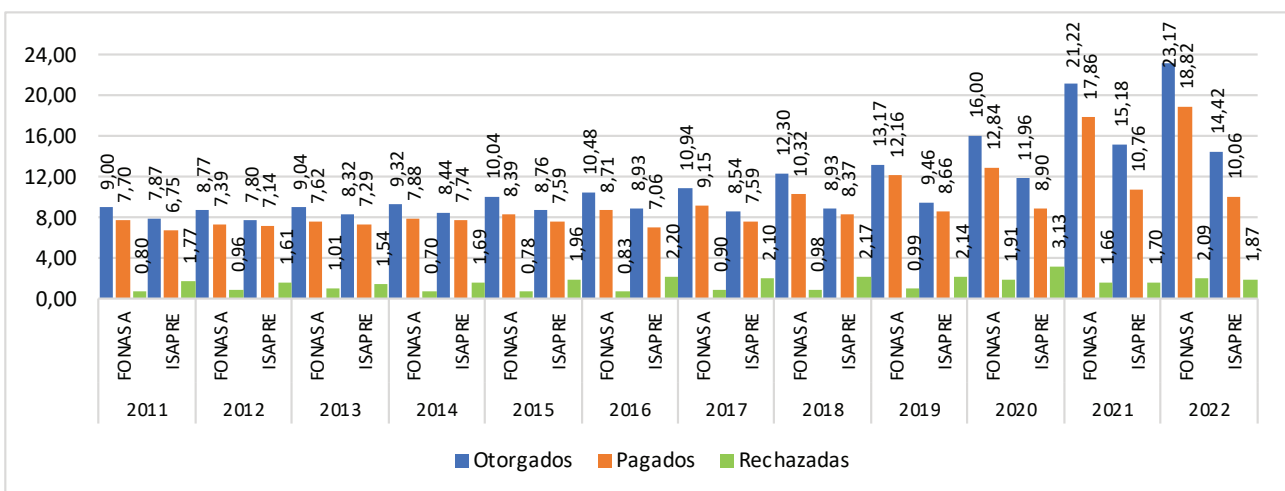


Fuente: Elaboración propia, en base a datos extraídos de la SUSESO.

(*) Las LM autorizadas incluyen las LM reclamadas y acogidas total o parcialmente en las instancias de apelación.

Luego, en el gráfico 2.10 tenemos el número de días de licencia otorgados, pagados y rechazados por cotizante, según seguro de salud. Se puede ver que el número de días de licencia otorgados por FONASA es superior al de ISAPRE en todos los años. Además, en ambos seguros de salud estas muestran una tendencia al alza, con la excepción de las correspondientes a ISAPRE el año 2022, que significó un incremento de los días otorgados y pagados por el FONASA de un 88,4% y un 82,4% y para las ISAPRE un 61,5% y de un 20,2%, respectivamente. Por su parte, los días rechazados por cotizante son mayores en ISAPRE durante todo el periodo a excepción del 2022 donde son superadas por las licencias rechazadas de FONASA.

Gráfico 2.10 Número de días otorgados, pagados y rechazadas por cotizante con derecho a licencia, según seguro de salud, 2011-2022

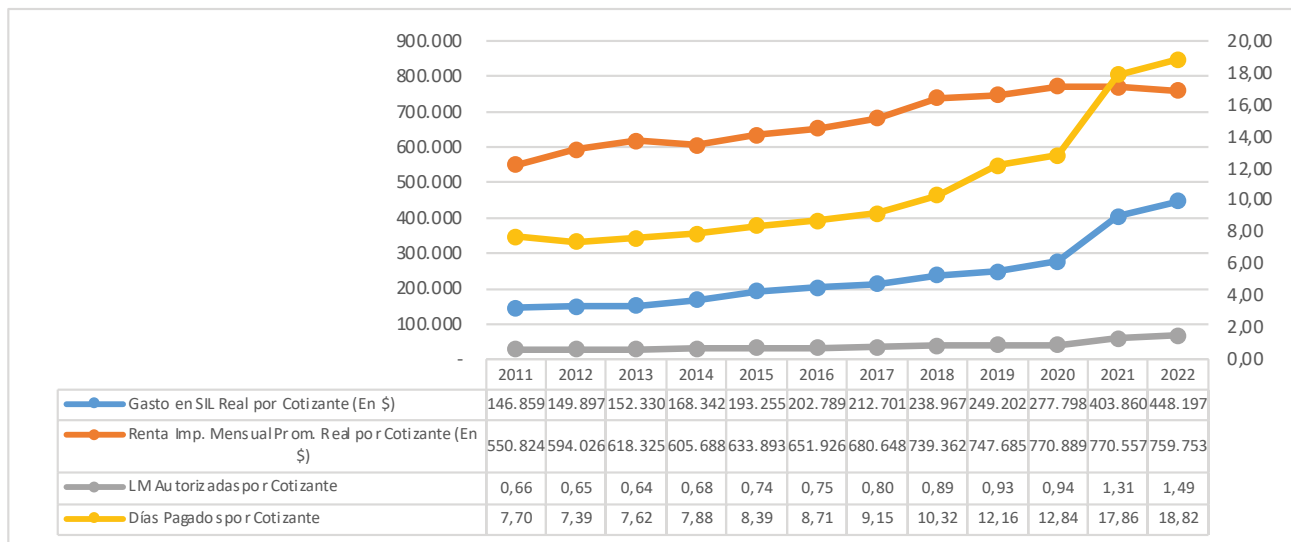


Fuente: Elaboración propia, en base a datos extraídos de la SUSESO.

El gráfico 2.11 presenta la evolución del gasto en SIL, la renta imponible mensual promedio, las LM autorizadas y los días pagados por cotizante del FONASA, entre los años 2011 y 2022. Los datos muestran que el gasto real en SIL aumentó de \$146.859 en 2011 a \$448.197 en 2022, es decir, se triplicó en dicho período. Durante el mismo período, las LM autorizadas por cotizante pasaron de 0,66 a 1,49, lo que equivale a decir que se multiplicaron por 2,25, y los días pagados por cotizante se multiplicaron por 2,44, pasando de 7,7 a 18,82. Por otra parte, la renta imponible mensual promedio aumentó 1,37 veces en el período señalado.

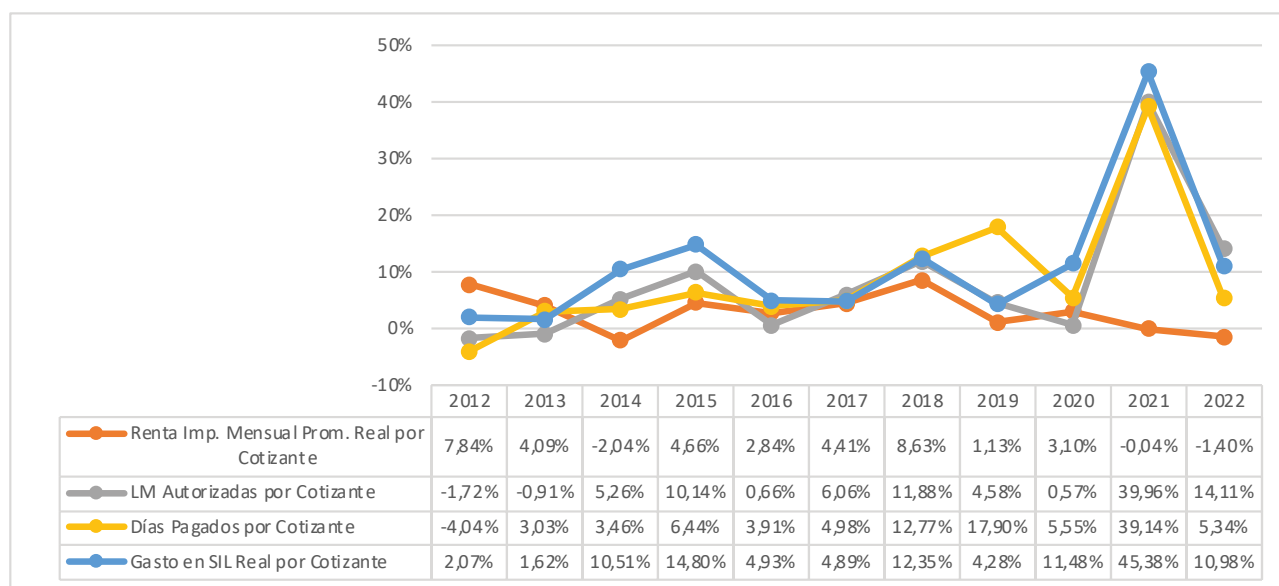
Luego, en el gráfico 2.12 se presentan las tasas de crecimiento anual de las variables del gráfico anterior, para cotizantes del FONASA. Se puede apreciar que desde el 2014 al 2022 la tasa de crecimiento del gasto en SIL por cotizante fue mayor que la tasa de crecimiento de la renta imponible promedio por cotizante. Esto se puede explicar por crecimiento de la LM autorizadas por cotizante o por los días pagados por cotizante, en dicho periodo. En particular se puede ver que los días pagados por cotizantes crecen a tasas superiores al 5% desde el 2018 en adelante, mientras que las LM autorizadas también crecen en dicho porcentaje, salvo el 2019 y 2020. Cabe señalar que en el 2021 y 2022, periodo de salida de la pandemia, se produce un aumento considerable de LM autorizados, días pagados y gasto en SIL por cotizantes, sin embargo, la renta imponible promedio real disminuyó en dichos años.

Gráfico 2.11 Gasto en SIL, Renta imponible mensual promedio, LM autorizadas y Días pagados, por cotizante FONASA, en pesos de diciembre del 2023



Fuente: Elaboración propia, en base a datos extraídos de la SUSESO.

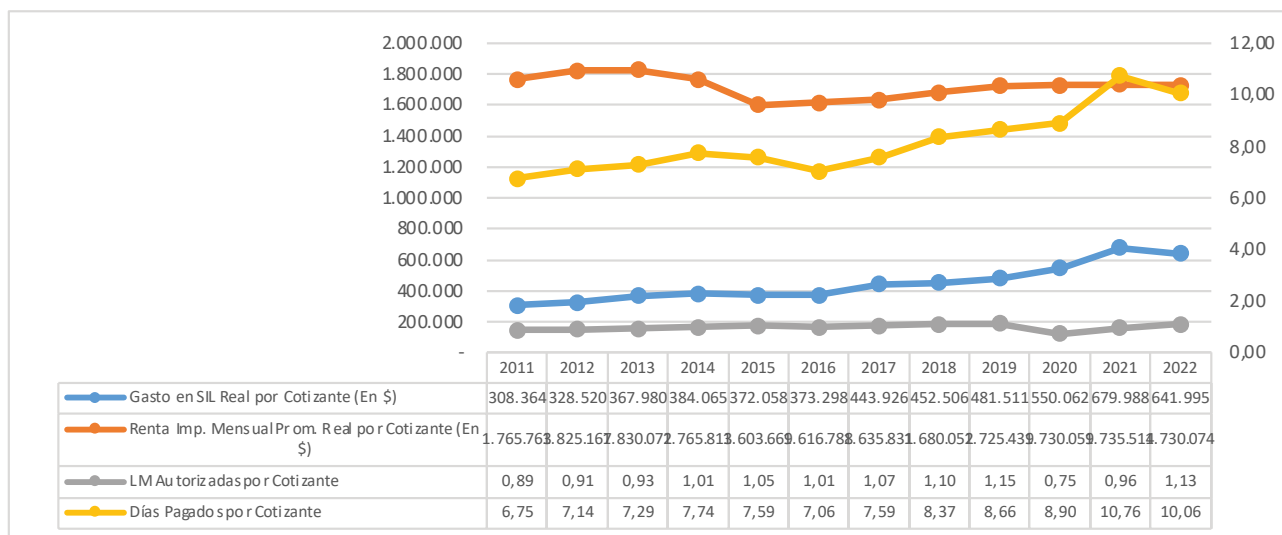
Gráfico 2.12 Tasa de crecimiento del Gasto en SIL, Renta imponible mensual promedio, LM autorizadas y Días pagados, por cotizante FONASA, 2012-2022



Fuente: Elaboración propia, en base a datos extraídos de la SUSESO.

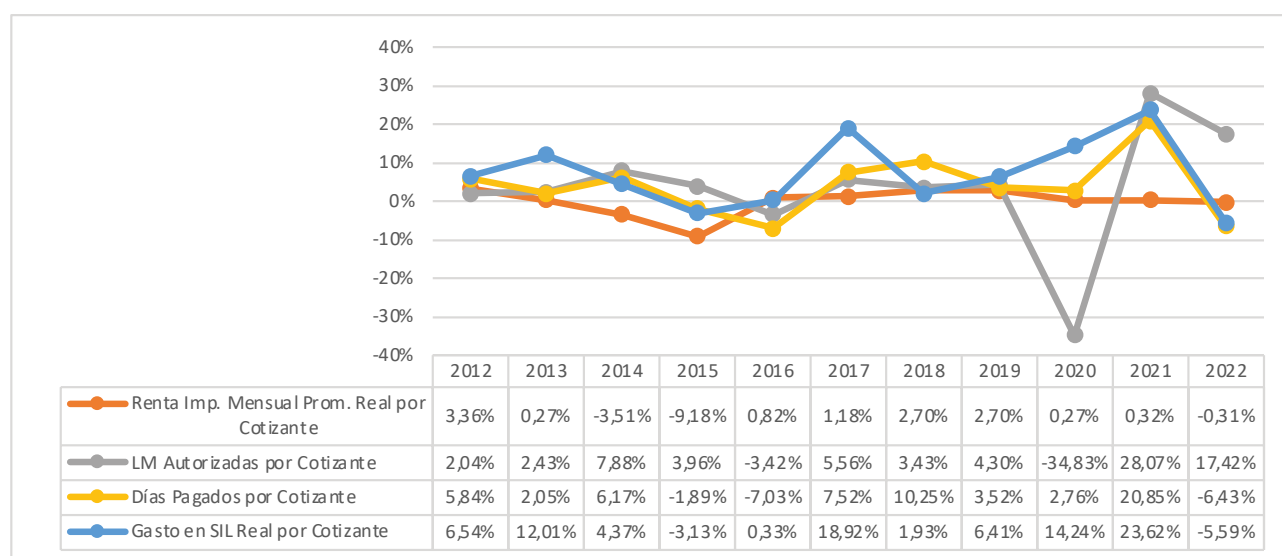
El gráfico 2.13 presenta la evolución del gasto en SIL, la renta imponible mensual promedio, las LM autorizadas y los días pagados por cotizante de ISAPRE, entre los años 2011 y 2022. Los datos muestran que, en el caso de las ISAPRE, el gasto real en SIL se duplicó en el período considerado, aumentando de \$308.364 a \$641.995. Durante el mismo período, las LM autorizadas por cotizante pasaron de 0,89 a 1,13, lo que equivale a un aumento del 1,15 veces, y los días pagados por cotizante aumentaron en 1,49 veces, pasando de 6,75 a 10,06 días. Por su parte, la renta imponible mensual promedio disminuyó en un 2% en el período señalado. En el gráfico 2.14 se presentan las tasas de crecimiento anual de las variables del gráfico anterior para los cotizantes de ISAPRE. Se puede observar que en el período de análisis la tasa de crecimiento del gasto en SIL por cotizante fue mayor que la tasa de crecimiento de la renta imponible promedio por cotizante, salvo en los años 2016, 2018 y 2022. Esto se podría explicar por crecimiento de la LM autorizadas por cotizante o por los días pagados por cotizante, en el caso de que la tasa del gasto en SIL es mayor que la tasa de la renta imponible. En particular se puede ver que los días pagados por cotizantes tienen tasas crecientes en la mayoría del período analizado, salvo los años 2015, 2016 y 2022, lo que coincide con la disminución del gasto en SIL por cotizante en el 2015 y 2022. En el caso de 2016 la disminución del gasto en SIL proviene probablemente de la disminución de las LM por cotizante.

Gráfico 2.13 Gasto en SIL, Renta imponible mensual promedio, LM autorizadas y Días pagados, por cotizante ISAPRE, en pesos de diciembre del 2023



Fuente: Elaboración propia, en base a datos extraídos de la SUSESO.

Gráfico 2.14 Tasa de crecimiento del Gasto en SIL, Renta imponible mensual promedio, LM autorizadas y Días pagados, por cotizante ISAPRE, 2012-2022

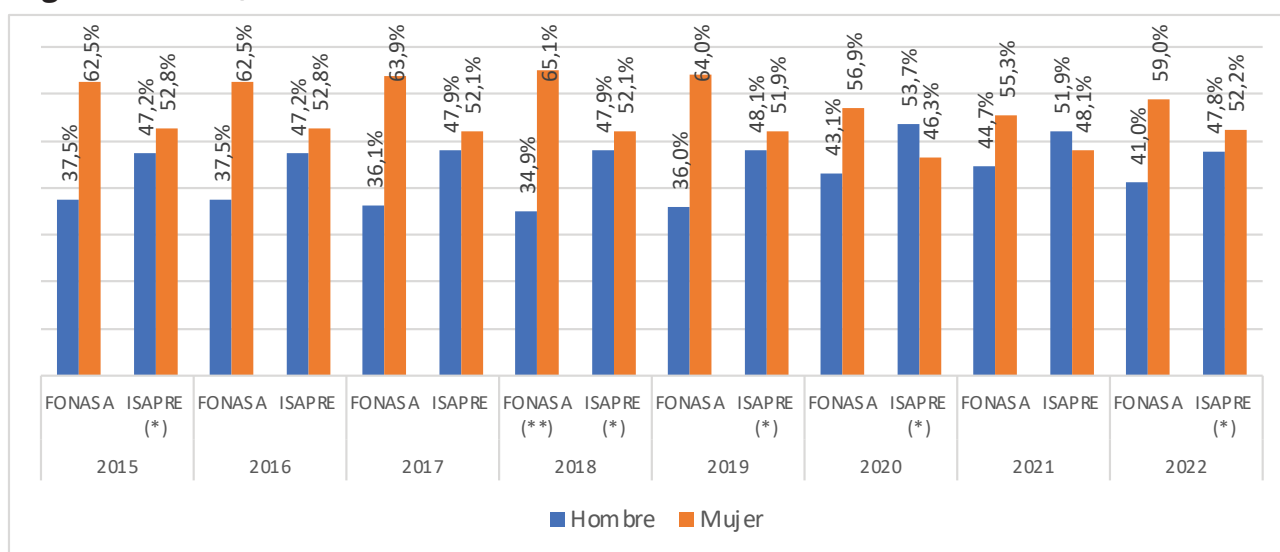


Fuente: Elaboración propia, en base a datos extraídos de la SUSESO.

En adelante se analiza la data de LM médicas, abierta para los seguros de salud FONASA e ISAPRE, para los años 2015 al 2022, respecto a distribución por sexo, por diagnóstico, tipo de empleador y tipo de formulario (este último del 2014 en adelante). Cabe señalar que, en la SUSESO, que es la única fuente pública que integra data de FONASA e ISAPRE, para dichas aperturas solo están disponible para el periodo antes mencionado. El apartado termina con una apertura de datos por sector económico para el año 2022 (aun cuando existe data desde el 2015).

En el gráfico 2.15 se muestra la distribución de licencias médicas autorizadas según sexo del cotizante, para ISAPRE y FONASA. Se puede observar que, en el FONASA, el porcentaje de licencias autorizadas correspondientes a la mujer es mayor al del hombre, para todos los años, pero especialmente entre el 2015 y 2019, con valores superiores al 62%. Por su parte, en las ISAPRES las licencias autorizadas se distribuyen de manera más pareja entre hombres y mujeres. Una de las probables explicaciones de este comportamiento es atribuible a que la proporción de cotizantes mujeres en FONASA es mayor que en ISAPRES.

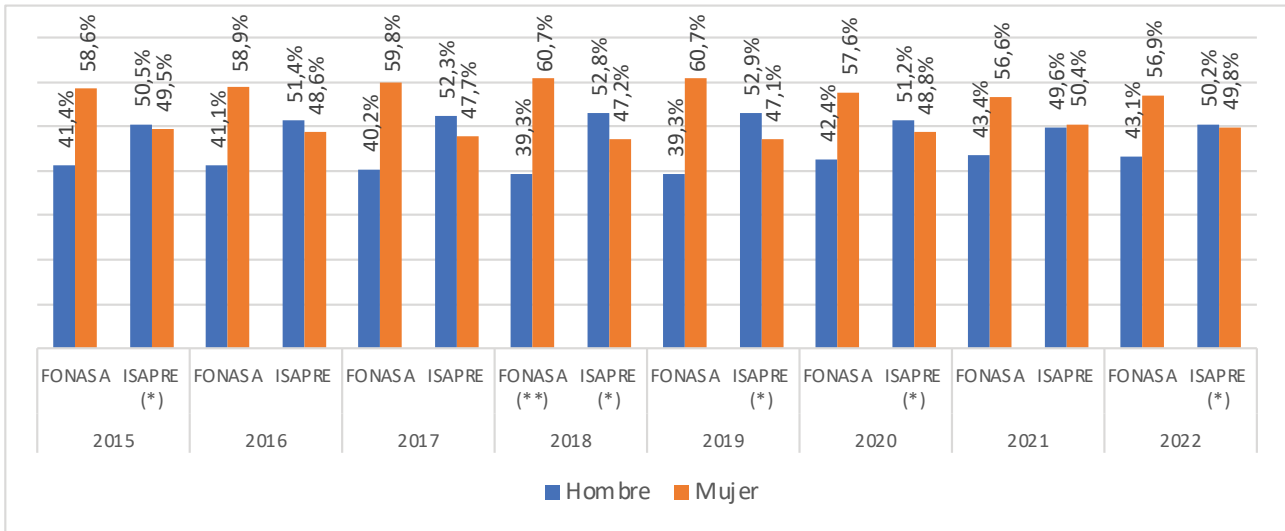
Gráfico 2.15 Distribución de licencias médicas autorizadas, según sexo del cotizante y seguro de salud, 2015-2022



Fuente: Elaboración propia, en base a datos extraídos de la SUSESO.
 (*) Incluye LM reclamadas y acogidas total o parcialmente en las instancias de apelación.
 (**) Considera la última resolución de las LM tramitadas y procesadas por COMPIN en año calendario.

Luego, el gráfico 2.16 muestra la distribución de días de licencia pagados según el sexo del cotizante, para las ISAPRE y el FONASA. Se puede observar una tendencia similar a la del gráfico anterior, ya que, en seguro público, en porcentaje de días de licencia pagados correspondientes a mujeres se mueve entre un 56% y un 60%. En las ISAPRE los porcentajes correspondientes a hombres y mujeres muestran diferencias menos pronunciadas, siendo algunos años superior en hombres y otros en mujeres.

Gráfico 2.16 Distribución de días pagados, según sexo del cotizante y seguro de salud, 2015-2022



Fuente: Elaboración propia, en base a datos extraídos de la SUSES0.
 (*) incluye los días pagados por las LM reclamadas y acogidas total o parcialmente en las instancias de apelación.
 (**) Considera los días pagados por la última resolución de las LM tramitadas y procesadas por COMPIN en año calendario.

A continuación, la tabla 2.1 contiene la tasa de licencias médicas autorizadas por cada 10 mil cotizantes, según tipo de diagnóstico, para las ISAPRE y el FONASA, y posteriormente, en el gráfico 2.17 se presenta la misma información, pero para los diagnósticos más frecuentes. En cuanto a la tasa de licencias médicas autorizadas por el FONASA, estas correspondieron mayoritariamente a enfermedades osteomusculares y a trastornos mentales, pasando de 22,8% y 21,7% en el 2015 a 17,5% y 29,1% en el 2022, respectivamente por diagnóstico. Por otro lado, las tasas de licencias autorizadas por las ISAPRE durante los años 2015 y 2019 correspondieron en gran parte al diagnóstico de enfermedades respiratorias (más de un 20%).

Durante los años posteriores, la mayoría de las licencias autorizadas correspondió a aquellas causadas por trastornos mentales, enfermedades osteomusculares y COVID-19. Llama la atención que, tanto en el FONASA como en las ISAPRE, a partir del año 2020 hubo un marcado aumento en las tasas de licencias autorizadas por trastornos mentales, llegando a representar más del 29% de las autorizadas por FONASA el 2022, y más del 26% de las autorizadas por ISAPRE el 2021.

Tabla 2.1 Tasa de licencias médicas autorizadas por cada 10 mil cotizantes, según tipo de diagnóstico y seguro de salud, 2015-2022

| TIPO DE DIAGNÓSTICO | 2015 | | 2016 | | 2017 | | 2018 | | 2019 | | 2020 | | 2021 | | 2022 | |
|--|--------|-------------|-----------|-------------|--------|-------------|--------------|-------------|--------|-------------|--------|-------------|--------|--------|-----------|-------------|
| | FONASA | ISAPRE (**) | FONASA SA | ISAPRE (**) | FONASA | ISAPRE (**) | FONASA (***) | ISAPRE (**) | FONASA | ISAPRE (**) | FONASA | ISAPRE (**) | FONASA | ISAPRE | FONASA SA | ISAPRE (**) |
| Trastornos mentales | 1.618 | 1.500 | 1.653 | 1.372 | 1.761 | 1.401 | 1.989 | 1.546 | 2.172 | 1.682 | 2.435 | 1.836 | 3.603 | 2.529 | 4.349 | 2.402 |
| Enf. osteo-musculares | 1.694 | 1.616 | 1.703 | 1.534 | 1.806 | 1.626 | 2.023 | 1.713 | 2.084 | 1.769 | 1.698 | 1.324 | 2.448 | 1.421 | 2.613 | 1.393 |
| Enf. respiratorias | 1.014 | 2.265 | 1.054 | 2.300 | 1.135 | 2.423 | 1.182 | 2.295 | 1.247 | 2.499 | 646 | 768 | 538 | 510 | 1.298 | 1.395 |
| Traumatis-mos, en-venenamientos y otros | 573 | 819 | 571 | 812 | 595 | 855 | 665 | 901 | 728 | 927 | 597 | 674 | 791 | 644 | 901 | 694 |
| Enf. infec-ciosas | 434 | 902 | 408 | 937 | 464 | 1.077 | 565 | 1.150 | 545 | 1.035 | 349 | 478 | 320 | 307 | 463 | 463 |
| Enf. del Sistema Digestivo | 0 | 0 | 338 | 765 | 371 | 791 | 426 | 849 | 471 | 973 | 322 | 526 | 433 | 490 | 538 | 611 |
| Afecciones del embarazo, Parto y Puerperio | 0 | 0 | 280 | 331 | 262 | 331 | 272 | 311 | 254 | 288 | 194 | 218 | 188 | 182 | 225 | 193 |
| Enfermedades del Sist. Genito-urinario | 0 | 0 | 250 | 362 | 264 | 385 | 287 | 398 | 281 | 396 | 199 | 254 | 242 | 241 | 287 | 273 |
| Tumores y Cánceres | 0 | 0 | 188 | 292 | 193 | 309 | 218 | 329 | 222 | 343 | 218 | 179 | 208 | 232 | 235 | 244 |
| Enf. cardiovas-culares | 0 | 0 | 211 | 197 | 216 | 207 | 232 | 214 | 234 | 217 | 193 | 292 | 245 | 156 | 261 | 156 |
| COVID-19 (*) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1.461 | 1.581 | 2.758 | 1.604 | 2.566 | 2.472 |
| Licencia médica preventiva parental | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 206 | 333 | 263 | 272 | 0 | 0 |
| Otros diag-nósticos | 2.113 | 3.362 | 839 | 1.205 | 884 | 1.262 | 1.037 | 1.329 | 1.064 | 1.376 | 837 | 924 | 1.057 | 1.019 | 1.205 | 980 |
| Sin infor-mación | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| Total | 7.447 | 10.464 | 7.496 | 10.106 | 7.950 | 10.668 | 8.894 | 11.035 | 9.302 | 11.509 | 9.355 | 9.390 | 13.093 | 9.606 | 14.940 | 11.279 |

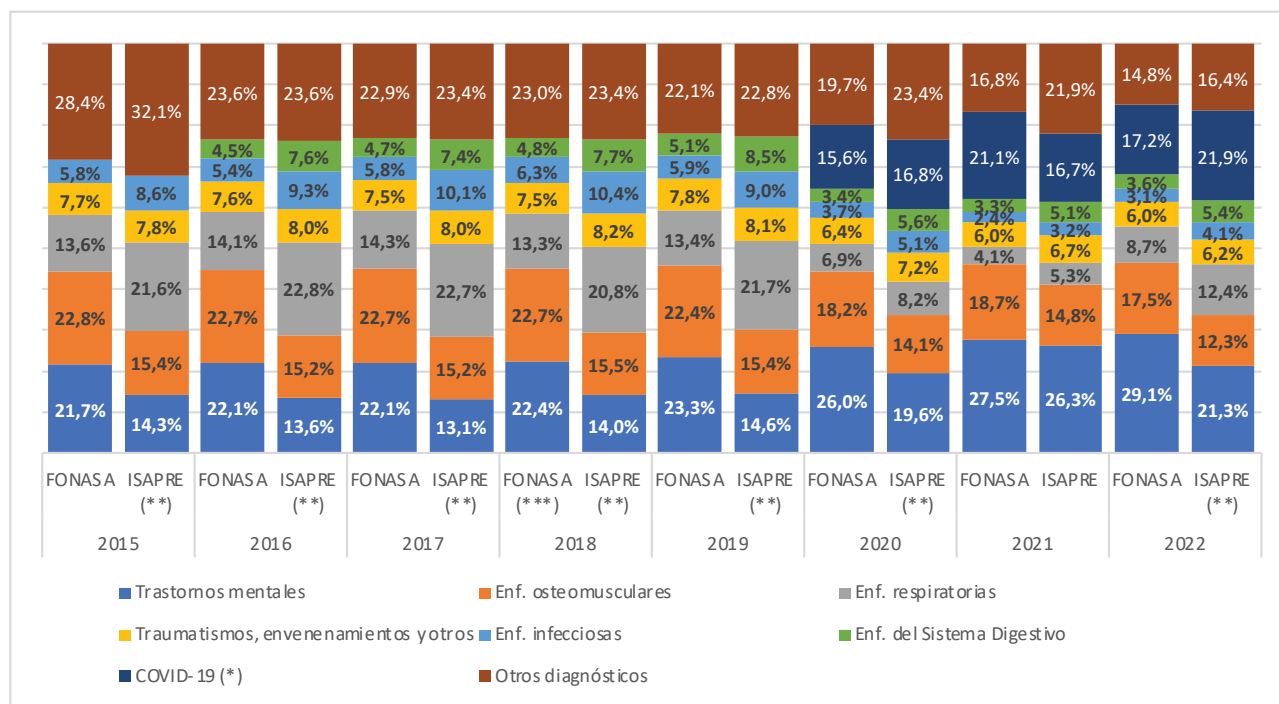
Fuente: Elaboración propia, en base a datos extraídos de la SUSESO.

(*) Se incluyen los códigos: U07.1 "Enfermedad respiratoria aguda debido al nuevo coronavirus"; U07.2 "Covid-19, virus no identificado (a la espera del resultado del examen PCR)."; Z29.0 "Aislamiento" y Z20.8 "Contacto con y exposición a otras enfermedades transmisibles".

(**) Incluye LM reclamadas y acogidas total o parcialmente en las instancias de apelación.

(***) Considera la última resolución de las LM tramitadas y procesadas por COMPIN en año calendario.

Gráfico 2.17 Distribución porcentual de licencias médicas autorizadas de los diagnósticos más frecuentes, según tipo de diagnóstico y seguro de salud, 2015-2022

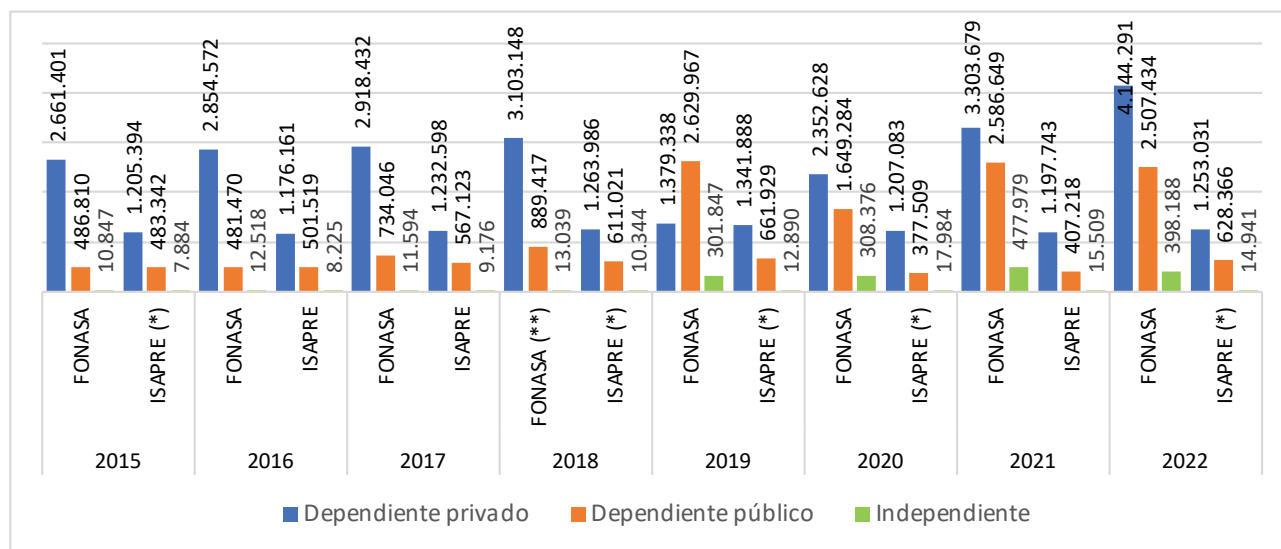


Fuente: Elaboración propia, en base a datos extraídos de la SUSESO.
 (*) Se incluyen los códigos: U07.1 "Enfermedad respiratoria aguda debido al nuevo coronavirus"; U07.2 "Covid-19, virus no identificado (a la espera del resultado del examen PCR)"; Z29.0 "Aislamiento" y Z20.8 "Contacto con y exposición a otras enfermedades transmisibles".
 (**) Incluye LM reclamadas y acogidas total o parcialmente en las instancias de apelación.
 (***) Considera la última resolución de las LM tramitadas y procesadas por COMPIN en año calendario.

A continuación, en el gráfico 2.18 y 2.19 se muestra el número de licencias médicas autorizadas y el número de días pagados, respectivamente, por el FONASA y las ISAPRE, según la dependencia del trabajador cotizante, ya sea dependiente público, dependiente privado o independiente. Se puede ver que, en general, la mayoría de las licencias y días corresponde a trabajadores dependientes privados, seguido por los dependientes públicos, y en mucho menor medida, a los trabajadores independientes. Cabe señalar que esta tendencia solo cambia para el FONASA en el 2019, donde se observa que la mayoría de las LM autorizadas y días pagados corresponde a trabajadores dependientes público.

El año 2022, el FONASA autorizó más de 4,1 millones de licencias a trabajadores dependientes privado, más de 2,5 millones de licencias a trabajadores dependientes público, y un poco menos de 400 mil licencias a trabajadores independientes. Durante el mismo año, de las licencias autorizadas por las ISAPRE, 1,2 millones correspondieron a trabajadores dependiente privado, 628 mil a trabajadores dependiente público, y casi 15 mil a trabajadores independientes.

Gráfico 2.18 Licencias médicas autorizadas, según tipo de empleador y seguro de salud, 2015-2022

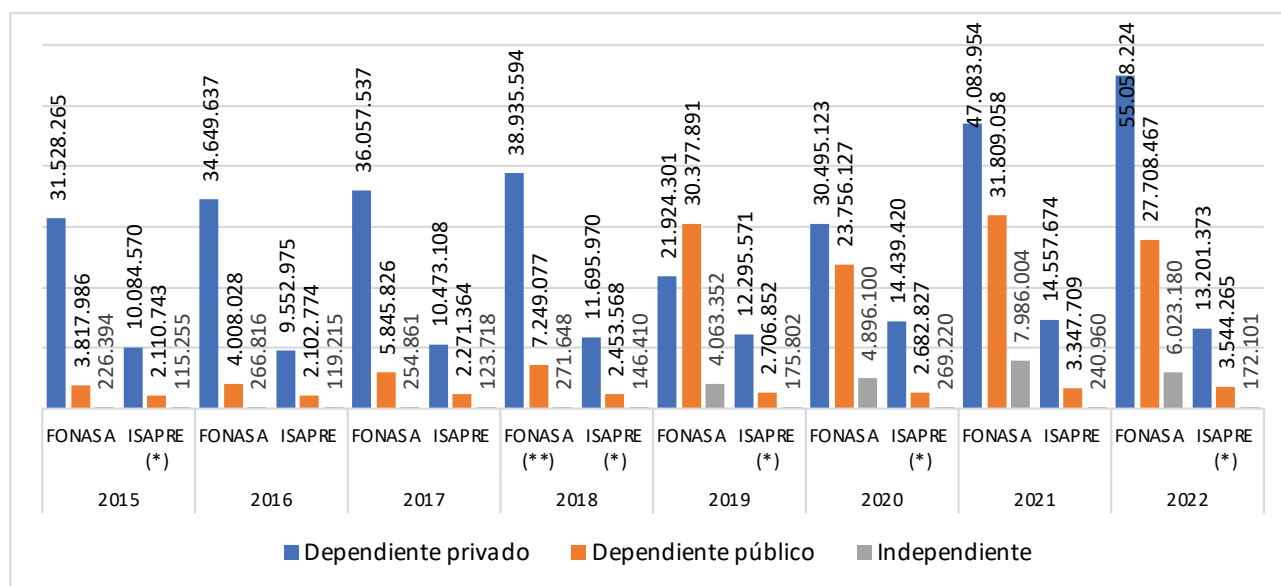


Fuente: Elaboración propia, en base a datos extraídos de la SUSESO.

(*) incluye LM reclamadas y acogidas total o parcialmente en las instancias de apelación.

(**) Considera la última resolución de las LM tramitadas y procesadas por COMPIN en año calendario.

Gráfico 2.19 Número de días pagados, según tipo de empleador y seguro de salud, 2015-2022



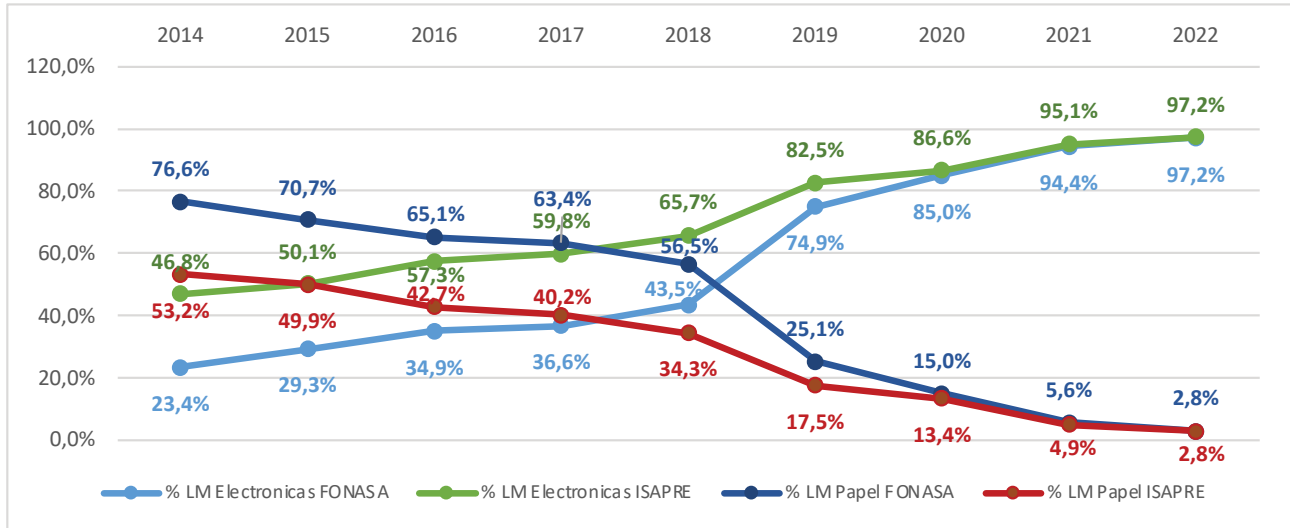
Fuente: Elaboración propia, en base a datos extraídos de la SUSESO.

(*) incluye LM reclamadas y acogidas total o parcialmente en las instancias de apelación.

(**) Considera la última resolución de las LM tramitadas y procesadas por COMPIN en año calendario.

En el gráfico 2.20 se presenta el porcentaje de LM tramitadas por seguro y tipo de formulario (electrónico o en papel), entre los años 2014 y 2022. En el gráfico se observa que el año 2014, las LM en papel representaban un 76,6% en FONASA y un 53,2% en ISAPRE. Estos porcentajes muestran una tendencia a la baja, con una disminución más marcada entre los años 2018 y 2019, y convergiendo a un 2,8% en ambos tipos de seguro en el año 2022. Como contraparte, las LM electrónicas han ido en aumento, llegando a representar el 97,2% para ISAPRE y FONASA el año 2022.

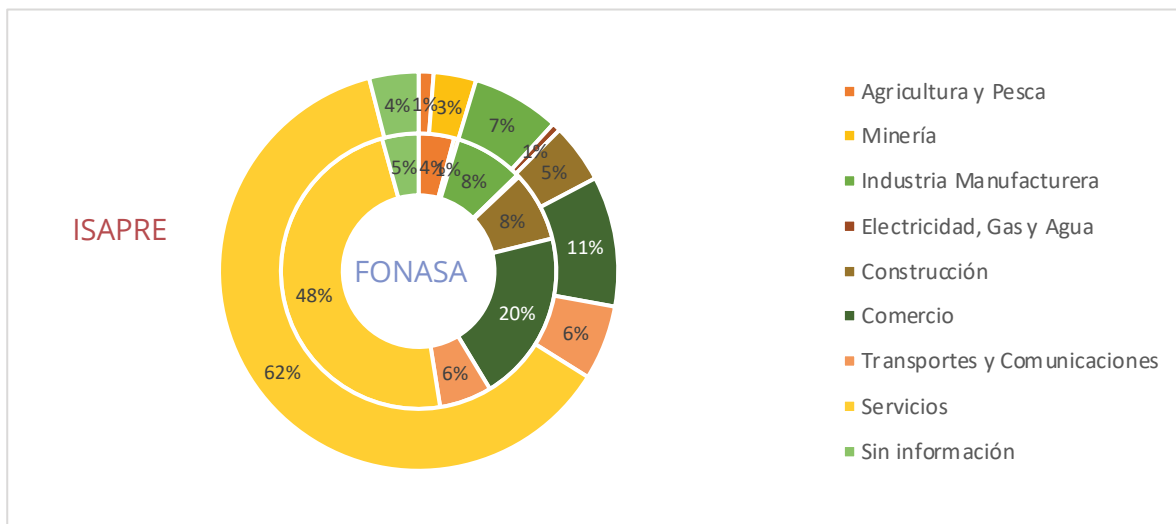
Gráfico 2.20 Porcentaje de LM tramitadas, por seguro y tipo de formulario, 2014-2022



Fuente: Elaboración propia, en base a datos extraídos de la SUSESO.

El gráfico 2.21 muestra la distribución de licencias médicas autorizadas según sector económico, para las ISAPRE y el FONASA. Se puede ver que, para ambos seguros de salud, la mayoría de las licencias autorizadas corresponde al sector de servicios, con un 48% en el FONASA, y un 62% en las ISAPRE. El segundo lugar lo ocupa el sector de comercio, con un 20% en el FONASA y un 11% en las ISAPRE.

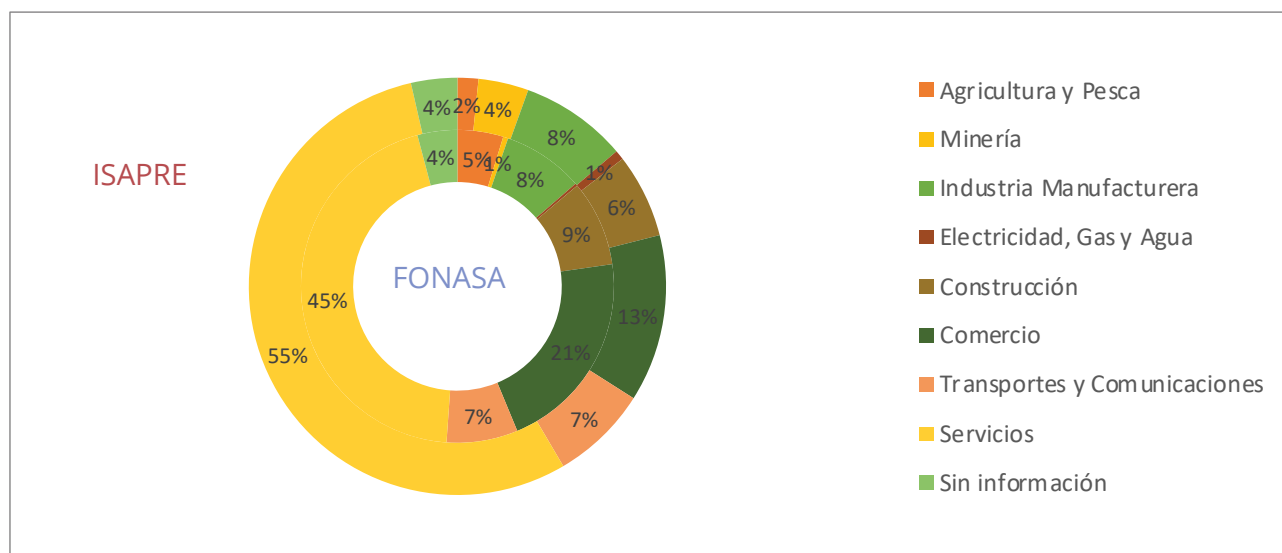
Gráfico 2.21 Distribución de licencias médicas autorizadas, según sector económico y seguro de salud, año 2022



Fuente: Elaboración propia, en base a datos extraídos de la SUSESO.

Similar al gráfico anterior, en el gráfico 2.22 se muestra la distribución de días de licencia pagados por las ISAPRE y el FONASA, según sector económico. Se observa que, en concordancia con las licencias autorizadas, el mayor porcentaje de días de licencia pagados corresponde al sector de servicios (45% en el FONASA y 55% en las ISAPRE), seguido por el sector de comercio (21% en el FONASA y 13% en las ISAPRE).

Gráfico 2.22 Distribución de días pagados, según sector económico y seguro de salud, año 2022



Fuente: Elaboración propia, en base a datos extraídos de la SUSESO.

3. Propuestas de reforma desde el 2010 en adelante y cambios regulatorios generados

El régimen de licencias médicas y subsidio por incapacidad laboral ha sido objeto de análisis de diversos estudios, los que han podido ahondar en las falencias y problemas, tanto del régimen propiamente tal como del sistema que lo contiene, que vienen siendo señalados por parte de los diversos sectores involucrados (usuarios, instituciones, políticos, etc.). En los últimos años se han realizado numerosos intentos por subsanar estas falencias, a través de propuestas de reforma y proyectos de ley. En este capítulo se presenta una breve revisión cronológica (desde el año 2010 en adelante) de las propuestas de reforma que se han llevado a cabo, incluyendo los informes técnicos de las comisiones asesoras presidenciales y del senado, así como las propuestas de ley emanadas del Congreso.

El año 2009, el Centro de Asistencia Legislativa de la PUCV (2009), en su evaluación del gasto del SIL, detectó diferencias en los procesos, plazos y en la institucionalidad, dependiendo del tipo afiliación del asegurado y del empleador (privado o público). Además, encontraron asimetrías en la regulación y procedimientos aplicables, fragmentación en los procesos de resolución de las licencias médicas, dispersión de responsabilidades y un importante cruce de roles. En su informe señalan que esto genera altos costos de transacción, y dificultades en la fiscalización y control de las LM. Lo último es agravado también por la ausencia de sanciones relevantes.

El año 2010, el ejecutivo envió a trámite legislativo un proyecto (boletín 6811-11) referido al otorgamiento y uso de las LM, con el objetivo de establecer regulaciones para asegurar su otorgamiento, su uso correcto y una adecuada protección al cotizante y los beneficiarios de las ISAPRE y FONASA. Para esto se proponen medidas de control, fiscalización y sanciones respecto de las conductas fraudulentas, ilegales o abusivas relacionadas con las LM. Se abordan temas como: (1) las facultades de las COMPIN para citar a facultativos que emitan LM y solicitarles la entrega de información; (2) la elaboración de una guía clínica referencial; (3) el establecimiento

de sanciones para la emisión de LM sin fundamento médico; (4) y las suspensiones y cancelaciones en el Registro de Prestadores de la Superintendencia de Salud a los profesionales sancionados, entre otros (Benavides et al., 2011). La iniciativa fue canalizada a través de la ley N° 20.585, promulgada y publicada el año 2012⁷.

El mismo año, se centraliza el mecanismo para realizar las transferencias del SIL en una Unidad Central de Pagos (con convenio con el Banco Estado), radicada en la Subsecretaría de Salud Pública. Anteriormente las transferencias eran realizadas desde FONASA, a los Servicios de Salud, luego a las Unidades de Subsidios de los hospitales de la red asistencial, lo que generaba retrasos en la tramitación del pago, mientras que el nuevo mecanismo permitiría optimizar y acortar los plazos. (Benavides et al., 2011)

El año 2010, además, la Comisión Asesora Presidencial de Salud⁸ (2010) tuvo como uno de sus objetivos la revisión del mecanismo de acceso y financiamiento del régimen de LM y SIL. La propuesta principal en este ámbito consistió en separar el financiamiento del SIL de la cotización para salud, creando un seguro de incapacidad laboral único. Este cubriría a trabajadores dependientes e independientes, afiliados a ISAPRE o a FONASA, que coticen para dicho seguro, y sería financiado en un 50% por el trabajador y en un 50% por el empleador⁹. Las AFP y el IPS serían las instituciones encargadas de recaudar las cotizaciones destinadas al SIL (junto con las cotizaciones previsionales). La administración del SIL podría estar a cargo de las actuales ISAPRE o compañías de seguros. La evaluación y pago de licencias médicas correspondería a una nueva entidad independiente de las administradoras del seguro y de cualquier interesado.

En cuanto al diseño del SIL, se propuso reducir a dos días el deducible actual, pero aplicarlo a todas las licencias independientemente de su duración, así como establecer estándares referenciales de duración y tipos de reposo médico para las patologías más frecuentes, que sea utilizado por las contralorías como referencia para realizar sus funciones. Además, se propuso reducir progresivamente la tasa de reemplazo a niveles comparables con los países desarrollados (entre 50% y 75%).

En cuanto a su institucionalidad, la propuesta incluyó designar a la Superintendencia de Salud como regulador principal¹⁰, y la creación de dos comisiones: una Comisión Nacional de Apelaciones de Licencias Médicas¹¹ y una Comisión Técnica Nacional de Normas de Calificación de Incapacidad Laboral producto de enfermedad común.

En cuanto a la relación del SIL con las licencias por enfermedad profesional, se propuso crear una Comisión Médica Mixta de carácter público, nombrada por las Superintendencias de Seguridad Social y de Salud, con la función principal de arbitrar como única instancia el conflicto y definir la ley que debe cubrir al trabajador en función del origen de la enfermedad.

7 Ver tabla 3.1.

8 Convocada por el Presidente Sebastián Piñera en julio de 2010 y de la cual, entre otros, fueron miembros Héctor Sánchez y Manuel Inostroza, editores de este informe.

9 El 50% de cargo del trabajador se restaría de la cotización actual de salud (7%), determinado de acuerdo al porcentaje de la renta que el SIL representa actualmente, quedando la nueva cotización de salud en torno al 6% de la remuneración con tope legal. En los independientes, el costo del seguro SIL será un 100% de cargo del trabajador y de carácter obligatorio.

10 Esto no debiera impedir que, en los casos que corresponda, sean fiscalizadas por la Superintendencia de Valores y Seguros y la Superintendencia de Seguridad Social en las materias propias de su accionar regulatorio.

11 Esta sería la última instancia de apelación de una licencia médica y sus fallos sentarán jurisprudencia.

El año 2011, el Ejecutivo presentó un proyecto (Boletín 7.899-11) con el objetivo de traspasar ciertas competencias relativas a la tramitación y pago de LM (extendidas por enfermedad común, reposos maternales y enfermedad del niño menor de un año) de los afiliados a FONASA, desde las COMPIN hacia FONASA. El proyecto proponía también que la COMPIN actúe como instancia de apelación tanto para afiliados a FONASA como a las ISAPRE. La iniciativa permitiría agilizar y unificar el proceso de tramitación de LM, a la vez que facilitar su fiscalización, control y monitoreo (DIPRES, 2011). Sin embargo, la iniciativa aún se encuentra en el Senado, en segundo trámite constitucional sin urgencia.

El año 2014, la Comisión Asesora Presidencial de Salud¹² (2014) estuvo encargada del estudio de la normativa del sistema de salud en lo relacionado a las ISAPRES, los derechos de sus afiliados y beneficiarios, además de sus relaciones con el sistema de salud en su conjunto, en el que se abordaron los problemas asociados al SIL desde una perspectiva sistémica.

La propuesta de reforma inmediata incluía un Plan de Seguridad Social (PSS) único y universal, al cual podrían acceder todos los habitantes del país. Este contendría beneficios amplios, entre los que se encuentra el Subsidio de Incapacidad Laboral (SIL), además de los beneficios de la MAI, MLE, GES, Ley de Urgencias, EMP y CAEC, financiados a través de un Fondo Único de Salud¹³.

En lo que atañe al régimen de LM, se propuso la creación de una entidad autónoma encargada de evaluar y calificar todas las licencias, y otra entidad pagadora de subsidios, que administre y organice el SIL, y que sea independiente de la entidad evaluadora, para asegurar una mayor transparencia.

Se propuso que los fondos de incapacidad temporal se mancomunen en un fondo único, el Fondo de Subsidio de Incapacidad Laboral (Fondo SIL), separado del financiamiento del PSS, para que el incremento del gasto en este ámbito no afecte el PSS, y se les dé mayor sostenibilidad a las políticas públicas de salud. Esto implicaría agrupar el financiamiento definido para las licencias médicas en un Fondo Único Mancomunado que incluya a los usuarios de FONASA e ISAPRE, además de las licencias provenientes de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales¹⁴. (SATEP) El seguro cubriría a trabajadores dependientes e independientes, cotizantes de ISAPRE y FONASA, y sería financiado con aportes del empleador y el trabajador. La comisión también recomendó que, en la creación de esta nueva institucionalidad, se señalaran claramente las responsabilidades de los diferentes actores, las supervisiones necesarias y los mecanismos de reclamación, superando la fragmentación que existe actualmente.

El 2018, la Comisión formada por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile y el Colegio Médico de Chile A.G. (2018) presentaron una propuesta para una reforma integral al financiamiento de la salud en Chile, que tenía como eje central el fortalecimiento del Seguro Público de salud, mediante un plan de universalización y unificación de los diversos esquemas de aseguramiento existentes en el país.

12 Convocada por la Presidenta Michelle Bachelet, a través del Decreto N° 71 del 14 de Abril de 2014.

13 Con tres componentes iniciales: Fondo Inter-ISAPRES, Fondo Mancomunado Universal y Fondo de Incapacidad Laboral.

14 Actualmente radicadas en los organismos administradores de la Ley N° 16.744 (mutuales y administración delegada).

Entre los componentes de la propuesta, se encuentra la creación de un fondo autónomo de administración de licencias médicas, tanto para enfermedades de origen común como de origen ocupacional, separado de la estructura del Seguro Nacional, que dé garantías del pago oportuno de los subsidios, así como un mecanismo de control de fraudes.

El 2023, en el marco de la discusión del boletín 15896-11 (Ley Corta de ISAPREs, fue convocada una Comisión Técnica Asesora para la Comisión de Salud del Senado¹⁵ (2023), con el objetivo de identificar mecanismos que permitan dar certeza jurídica al cumplimiento fiel a los fallos de la Corte Suprema con respecto de los planes de salud de las ISAPRE; proteger a las personas y garantizar sus derechos constitucionales a la protección de salud; y resguardar el equilibrio financiero del sistema previsional privado, evitando su colapso y sus consecuencias negativas sobre los beneficiarios del sistema privado y público de salud.

La propuesta presentada por la comisión contempla una serie de medidas de contención de costos, apuntando a la eficiencia técnica de las Instituciones de Salud Previsional. En particular, se propusieron medidas de contención del gasto por SIL¹⁶, como: el fortalecimiento del marco normativo e institucional, de manera tal que se pueda perseguir con fuerza el uso fraudulento de licencias médicas¹⁷; la mejora en sus atribuciones fiscalizadoras¹⁸, regulatorias, y la eficiencia de los procesos mediante la centralización de las acciones de fiscalización y contraloría médica en una COMPIN Nacional.

Otra de las medidas propuestas fue agilizar la tramitación de ciertas medidas administrativas que apunten al uso apegado a la mejor práctica clínica, como la digitalización de procesos¹⁹ y las guías clínicas referenciales sobre los respaldos para emisión de licencias médicas²⁰. La comisión además consideró necesario realizar una reforma a la institucionalidad del SIL, con el objetivo de mejorar la transparencia del uso de los recursos, la eficiencia administrativa y la experiencia de las personas, reduciendo el número de tramites e instituciones que participan del proceso.

El mismo año, fue convocado el Comité Técnico de Reforma del Sector Salud²¹ (2023), con el objetivo de emitir un informe de recomendaciones a la Comisión de Salud del Senado respecto a gobernanza, financiamiento y provisión de servicios necesarios en el sistema de salud, para mejorar su desempeño en indicadores de salud, acceso a servicios, protección financiera, satisfacción de las personas y sostenibilidad financiera del sistema²².

En su informe, señalan seis áreas de trabajo prioritarias de análisis, entre las cuales se encuen-

15 Convocada por el Senado, y conformada el 3 de julio de 2023.

16 El gasto en SIL representó un 21% del total de gastos en el período enero-junio 2023.

17 Para lo cual sugieren la tramitación urgente del boletín 14.845-11 que modifica la Ley 20.585 y otros cuerpos legales.

18 Para enfrentar la comercialización electrónica fraudulenta de licencias médicas mediante facultades especiales como el agente encubierto.

19 Normada en la nueva versión del Decreto 3 del año 1984 del Ministerio de Salud, que regula los procedimientos y tramitación de las licencias médicas, ayudando a la digitalización de procesos, que actualmente se encuentra a la espera de su dictación por el Ejecutivo.

20 Normadas en el Decreto 7 del año 2013 del Ministerio de Salud, que también se encuentra a la espera de que lo dicte el Ejecutivo.

21 Convocado por la Comisión de Salud del Senado, y conformado el 19 de octubre de 2023, entre sus miembros estuvo también Manuel Inostroza uno de los editores de este informe.

22 El comité no tuvo mandato para pronunciarse respecto al trabajo de la Comisión Técnica Asesora para la Comisión de Salud del Senado en el marco de la discusión del boletín 15896-11 ("Ley corta de ISAPRES").

tra el sistema de Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL). De las recomendaciones relacionadas directamente con las licencias, destacan: (1) la eliminación de los tres días de carencia del SIL para las licencias de menos de 10 días; (2) la creación de una modalidad de subsidio decreciente en el tiempo; (3) y el establecimiento de protocolos clínicos guía para la emisión de licencias médicas, que sirvan de herramienta de referencia en la gestión y control de licencias.

Se proponen también algunas modificaciones en las responsabilidades institucionales, como: la creación de una entidad independiente encargada de clasificar las licencias médicas como SIL laboral o SIL de salud común²³; el establecimiento de una contraloría médica en FONASA²⁴, que actúe como primera instancia de aprobación/rechazo de licencias médicas, con la COMPIN como segunda instancia (en orden a igualar las condiciones de los usuarios en FONASA e ISAPRE), fiscalizable por la Superintendencia de Salud.

Además, las recomendaciones incluyen el fortalecimiento de la fiscalización en la emisión y cumplimiento de licencias médicas, y la mejora del procedimiento judicial y el tipo penal respecto a la emisión fraudulenta de licencias médicas. Paralelo a esto, el comité recomendó analizar la conveniencia técnica de reformas estructurales, como unificar la gestión del SIL de salud laboral y salud común.

A continuación, en la tabla 3.1 se presentan los proyectos de ley (o leyes) discutidos en el Congreso, relacionados con el régimen de licencias médicas y subsidios por incapacidad laboral desde el 2010 en adelante.

²³ Actualmente esta facultad la tienen las administradoras del SATEP, lo que es conflictivo ya que ellas son también las responsables de incurrir en el gasto del SIL laboral.

²⁴ Similar a la que existe en las ISAPRE.

Tabla 3.1 Proyectos de ley (o leyes) discutidos en el Congreso

| Año | Reforma (Instrumento jurídico) | Propuestas | Estado de Tramitación |
|------|--|--|---|
| 2011 | Boletín 7.899-11 (Proyecto de ley originado en C. Diputados) | <p>Traspasa al Fondo Nacional de Salud la tramitación de las licencias médicas que indica.</p> <p>"No obstante, las funciones relativas a la tramitación de licencias médicas y pago de los subsidios por incapacidad laboral derivados de aquéllas, corresponderán al Fondo Nacional de Salud..."</p> <p>"Será función de FONASA conocer, evaluar y resolver las licencias médicas por enfermedad común, por reposos maternales y por enfermedad grave del niño menor de un año de las personas afiliadas al Régimen de Prestaciones de Salud que establece el artículo 134 de este decreto con fuerza de ley, y pagar los subsidios a que ellas den lugar."</p> | En segundo trámite constitucional (Senado) |
| 2012 | Ley 20.585 Sobre otorgamiento y uso de licencias médicas | <p>Establece regulaciones para asegurar un uso correcto de las licencias médicas y para evitar los fraudes con esos documentos.</p> <p>Aumenta las facultades de las COMPIN para el control del buen uso de las LM y contempla multas a los profesionales médicos que no entreguen los antecedentes que solicite.</p> <p>Las ISAPRE quedan facultadas para pedir la remisión de los antecedentes que justifiquen la licencia y podrán solicitar a las COMPIN la aplicación de las multas y suspensiones.</p> <p>Un reglamento dictado a través del Ministerio de Salud, y suscrito además por el Ministro del Trabajo y Previsión Social, establecerá respecto de determinadas patologías, guías clínicas referenciales relativas a los exámenes, informes y antecedentes que deberán respaldar la emisión de licencias médicas.</p> <p>Dispone que si la profesional entrega licencias sin fundamento médico, la Superintendencia de Seguridad Social puede iniciar una investigación, que puede derivar en multas, suspensión de la facultad de otorgar licencias en plazos que pueden llegar a tres años para los reincidentes.</p> <p>Contempla sanciones para el contralor médico de la ISAPRE que rechace o modifique una licencia médica sin justificación. Estas van desde la multa hasta la suspensión de tres años de la facultad de visar licencias para los reincidentes.</p> <p>Establece sanciones penales para quienes cometan el delito de falsedad en el otorgamiento obtención o tramitación de licencias médicas: con reclusión de 61 días a 3 años y multa de 25 a 250 UTM, y si comete el delito un facultativo, se aumentan las multas y se podrá imponer la inhabilitación absoluta temporal para emitir licencias médicas. La pena se eleva en un grado para los reincidentes.</p> | Promulgada y publicada |
| 2012 | Boletín 8.432-11 (Proyecto de ley originado en C. Diputados) | <p>Modifica la ley N° 20.585, sobre otorgamiento y uso de licencias médicas aumentando penas e incorporando otras sanciones.</p> <p>"En este caso el facultativo quedará inhabilitado de por vida para extender licencias médicas"</p> | En primer trámite constitucional (C. Diputados) |
| 2012 | Boletín 8.433-11 (Proyecto de ley originado en C. Diputados) | <p>Modifica la ley N° 20.585, sobre otorgamiento y uso de licencias médicas en materia de plazos para presentar licencias.</p> <p>"Tratándose de trabajadores dependientes del sector público y privado, la presentación del formulario de licencia con la certificación médica correspondiente deberá presentarse en un plazo de 5 días contados desde la fecha de iniciación de la licencia médica"</p> | En primer trámite constitucional (C. Diputados) |
| 2017 | Boletín 11.391-11 (Proyecto de ley originado en C. Diputados) | <p>Modifica la ley N° 20.585, Sobre otorgamiento y uso de licencias médicas, con el objeto de fijar un plazo máximo para el pago.</p> <p>"En todo caso, el otorgamiento y pago de la respectiva licencia médica no podrá exceder del término de 15 días hábiles contados desde la fecha de su solicitud en las oficinas de la COMPIN"</p> | En primer trámite constitucional (C. Diputados) |

| Año | Reforma (Instrumento jurídico) | Propuestas | Estado de Tramitación |
|------|--|---|---|
| 2018 | Boletín 11.799-11 (Proyecto de ley originado en C. Diputados) | <p>Modifica diversos textos legales en lo que respecta a las facultades de las ISAPRE para modificar o rechazar las licencias médicas y al pago del subsidio por incapacidad laboral.</p> <p>"El pago de los subsidios corresponde a la entidad que deba otorgarlos o al empleador, si lo ha convenido con la entidad otorgante. En el caso de solicitarse rechazo o modificación de la licencia, el empleador deberá pagar el Subsidio Laboral de Incapacidad de manera provisoria, teniendo derecho a reembolso por parte de la institución, en la parte que se confirme, y del trabajador o trabajadora en la parte que se rechace..."</p> <p>"Solicitada que sea la reducción o rechazo de la licencia médica, la ISAPRE de todas formas deberá pagar el subsidio de incapacidad laboral correspondiente, de manera provisoria hasta el término de la licencia médica y de su extensión si corresponde, o hasta la resolución de la COMPIN.</p> <p>En caso de que la COMPIN rechace la solicitud de reducción o rechazo, el pago provisorio del subsidio de incapacidad laboral quedará firme y ISAPRE deberá continuar con el pago si aún restan períodos sin cancelar o si se produce extensión de la licencia médica, como si la solicitud de reducción o rechazo nunca se hubiera efectuado.</p> <p>De acogerse la solicitud de rechazo, la ISAPRE tendrá derecho a reembolso de los pagos provisorios hechos a los cotizantes o beneficiarios.</p> <p>Cada día de retraso en el pago del subsidio de incapacidad laboral devengará un interés equivalente al máximo convencional, según lo dispuesto en la ley 18.010 sobre operaciones de crédito de dinero, y se sancionará además con una multa a beneficio fiscal de 7,5 unidades tributarias mensuales. En el caso de retraso en los pagos provisionales del subsidio de incapacidad laboral, tanto el interés como la multa se calcularán desde el primer día de la licencia médica, según la resolución de la COMPIN que los declare firmes."</p> | En primer trámite constitucional (C. Diputados) |
| 2018 | Boletín 12.187-11 (Proyecto de ley originado en C. Diputados) | <p>Modifica la ley N° 20.585, Sobre otorgamiento y uso de licencias médicas, con el objeto de establecer un plazo máximo para el pago del subsidio por incapacidad laboral.</p> <p>"Con todo, el pago efectivo del subsidio por incapacidad laboral no podrá exceder de 30 días corridos, contados desde la fecha de ingreso de la solicitud respectiva."</p> | En primer trámite constitucional (C. Diputados) |
| 2018 | Boletín 12.199-11 (Proyecto de ley originado en C. Diputados) | <p>Modifica la ley N° 20.585, Sobre otorgamiento y uso de licencias médicas, en materia de procedimiento de reclamos y apelaciones por rechazo o reducción de licencias médicas.</p> <p>"En caso que la entidad competente determine la reducción o rechazo de una licencia médica, los trabajadores o sus cargas familiares, podrán recurrir ante la misma COMPIN que determinó la reducción o rechazo de una licencia médica..."</p> | En primer trámite constitucional (C. Diputados) |
| 2018 | Boletín 12.294-11 (Proyecto de ley originado en C. Diputados) | <p>Modifica la ley N° 20.585, en materia de información acerca de las consecuencias jurídicas del otorgamiento y uso fraudulento de licencias médicas.</p> <p>"Para el otorgamiento de una licencia médica, el documento que deja constancia de este hecho deberá indicar claramente las consecuencias jurídicas que implica su otorgamiento y uso doloso, tanto para el facultativo que la otorga como para el paciente beneficiario"</p> | En primer trámite constitucional (C. Diputados) |
| 2019 | Boletín 12.781-11 (Proyecto de ley originado en C. Diputados) | <p>Modifica la ley N° 20.585, sobre otorgamiento y uso de licencias médicas, para determinar el plazo máximo para su pago.</p> <p>"En los casos indicados (...), la licencia médica en cuestión deberá ser pagada al cotizante o beneficiario en un plazo máximo de treinta días, y siempre que la demora en su otorgamiento se deba a situaciones ajenas a él. Mismo criterio se aplicará a quienes se encuentren tramitando una licencia médica y además hayan solicitado seguro de invalidez".</p> | En primer trámite constitucional (C. Diputados) |

| Año | Reforma (Instrumento jurídico) | Propuestas | Estado de Tramitación |
|------|---|--|--|
| 2022 | Boletín 14.845-11 (Proyecto de ley originado en Senado) | <p>Modifica la ley N° 20.585, sobre otorgamiento y uso de licencias médicas, con el objeto de fortalecer las facultades de los organismos reguladores y fiscalizadores y establecer las sanciones administrativas y penales que indica.</p> <p>"Las COMPIN podrán solicitar a los profesionales que por ley emitan licencias médicas que se encuentren sometidas a su conocimiento, la entrega o remisión de los antecedentes o informes complementarios que las respalden; y, por razones fundadas, los citará a una audiencia para aclarar aspectos de su otorgamiento bajo el apercibimiento de aplicar las multas y suspensiones señaladas en el siguiente inciso."</p> <p>"La Superintendencia de Seguridad Social podrá también, si existe mérito para ello, iniciar una investigación de oficio respecto del contralor médico de una ISAPRE o de una COMPIN que incurra que ordene bajo su firma rechazar o modificar una licencia médica sin justificación que respalde su resolución, o sin expresión de causa."</p> <p>"La Superintendencia de Seguridad Social estará facultada para dictar una o más normas de carácter general que regulen las condiciones de funcionamiento del sistema de información señalado en el inciso precedente y le corresponderá la fiscalización de la o las entidades, sean públicas o privadas, que operen dicho sistema, conforme a la normativa legal y reglamentaria aplicable al efecto".</p> | En segundo trámite constitucional (C. Diputados) |
| 2023 | Boletín 15.688-11 (Proyecto de ley originado en C. Diputados) | Modifica diversos cuerpos legales para agravar las consecuencias jurídicas que implica el otorgamiento, obtención o tramitación de licencias médicas falsas o maliciosas. | En primer trámite constitucional (C. Diputados) |
| 2023 | Boletín 15896-11 (Proyecto de ley originado en Senado) | Creación de un Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales de Salud de carácter técnico, que tendrá como función asesorar a la Superintendencia de Salud en las materias de su competencia en relación con las Instituciones de Salud Previsional. | En segundo trámite constitucional (C. Diputados) |

Fuente: Elaboración propia

4. Implicancias del aumento de LM

Implicancias del aumento del gasto en LM respecto al financiamiento del 7%

La primera implicancia del aumento del gasto en LM se presenta en la tabla 4.1. El porcentaje del gasto en SIL respecto a la cotización obligatoria del 7%, para afiliados del FONASA²⁵ y las ISAPRE. La tabla revela que, en el FONASA, el gasto en SIL como porcentaje de la cotización obligatoria del 7% ha aumentado desde un 33,2% el año 2018, hasta un 55,8% el 2022. No obstante, el año 2000 era solo de 17,9%. En las ISAPREs, el aumento ha sido menor, pasando desde un 30,3% el año 2018 hasta un 40,9% el 2022, aunque viene de un 20% el año 2000. A nivel de sistema, en el 2018 el gasto en SIL representaba un 31,9% de la cotización obligatoria, mientras que el año 2022 alcanzó el 49,7% y el 2000 era de un 19,1%.

²⁵ Incluye las transferencias realizadas a las CCAF del 0,6% de la cotización del 7% hasta el año 2020, de 3,1% en el 2021 y 2022, según los dictámenes Dictamen 678-2021 y Dictamen 1438-2022, respectivamente.

Tabla 4.1 Porcentaje del gasto en SIL respecto a cotización obligatoria del 7%, según seguro, en millones de pesos de diciembre del 2023

| Seguro | ítem | 2000 | 2005 | 2010 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---------|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| FONASA | Cotización 7% FONASA | \$894,872 | \$1,326,603 | \$1,921,893 | \$3,086,635 | \$3,180,899 | \$3,430,282 | \$2,699,773 | \$2,116,301 |
| | Cotización 7% CCAF | \$37,082 | \$68,520 | \$112,499 | \$157,898 | \$164,660 | \$158,814 | \$832,525 | \$1,671,405 |
| | Cotización 7% | \$931,954 | \$1,395,123 | \$2,034,392 | \$3,244,533 | \$3,345,559 | \$3,589,096 | \$3,532,298 | \$3,787,706 |
| | Gasto en SIL | \$167,080 | \$259,591 | \$592,156 | \$1,076,208 | \$1,154,969 | \$1,279,975 | \$1,964,360 | \$2,115,018 |
| | % gasto en SIL respecto a cotización 7% | 17.9% | 18.6% | 29.1% | 33.2% | 34.5% | 35.7% | 55.6% | 55.8% |
| ISAPRE | Cotización 7% | \$1,126,862 | \$1,218,074 | \$1,599,666 | \$2,549,542 | \$2,689,667 | \$2,703,575 | \$2,688,163 | \$2,642,552 |
| | Gasto en SIL | \$225,162 | \$229,487 | \$349,985 | \$773,146 | \$843,770 | \$938,816 | \$1,147,344 | \$1,079,617 |
| | % gasto en SIL respecto a cotización 7% | 20.0% | 18.8% | 21.9% | 30.3% | 31.4% | 34.7% | 42.7% | 40.9% |
| SISTEMA | Cotización 7% | \$2,058,816 | \$2,613,197 | \$3,634,058 | \$5,794,075 | \$6,035,225 | \$6,292,671 | \$6,220,461 | \$6,430,258 |
| | Gasto en SIL | \$392,242 | \$489,078 | \$942,141 | \$1,849,355 | \$1,998,738 | \$2,218,791 | \$3,111,704 | \$3,194,635 |
| | % gasto en SIL respecto a cotización 7% | 19.1% | 18.7% | 25.9% | 31.9% | 33.1% | 35.3% | 50.0% | 49.7% |

Fuente: Elaboración propia, en base a datos extraídos de la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO), Información Financiera de la Superintendencia de Salud y Cuentas públicas del FONASA.

Cabe recordar que las variables que explican el crecimiento del gasto en SIL son el número de cotizantes, la renta imponible, las licencias médicas autorizadas y los días pagados.

Licencias médicas, ausentismo laboral y productividad

Dentro de las problemáticas asociadas a las licencias médicas, se encuentra el fenómeno del ausentismo laboral²⁶, el cual en los últimos años ha cobrado relevancia debido a los altos costos que genera. La relación es directa, ya que una licencia médica es una justificación válida para que un trabajador se ausente de sus labores por algún tipo de enfermedad, sin dejar de percibir la remuneración correspondiente (Contreras, 2016). Sin embargo, el ausentismo laboral no solo está determinado por factores médicos, así como también sus costos van más allá de lo económico, lo que devela la alta complejidad del fenómeno.

El ausentismo laboral es un parámetro relevante que permite identificar el desarrollo de los países. Según un estudio de la OCDE del año 2012, Chile sería el país con mayor ausentismo por enfermedad en sus funcionarios públicos, con un promedio anual de 15,7 días por trabajador. Esta cifra es muy superior al resto de sus países integrantes y al estándar OCDE de 11 días (Rojas, 2014, Cáceres, 2021).

En cuanto a su alcance, diversos autores señalan que el ausentismo laboral por causa médica tiene altos costos, y provocaría un impacto negativo en la sustentabilidad de las empresas, el Estado (sistemas de previsión social y de salud), los equipos de trabajo, y la sociedad entera (Barrantes y Salinas, 2021; Cáceres, 2021; Rojas, 2014). Asimismo, constituiría un indicador de tensiones en la relación hombre-trabajo-salud y de disfunciones en la gestión de recursos humanos dentro de la organización (Rojas, 2014; Baptista, Méndez y Zunino, 2016).

²⁶ Según la OIT ausentismo laboral se define como “la no asistencia al trabajo por parte de un empleado que se pensaba que iba a asistir, quedando excluidos los periodos vacacionales y las huelgas”.

Las causas del ausentismo laboral están interconectadas entre sí, donde entre ellas se puede identificar las características personales del trabajador, la cultura organizacional de la empresa, las condiciones de trabajo y/o la normativa laboral vigente (a mayores subsidios por enfermedad, mayor es la tendencia a ausentarse del trabajo) (Borda, Rolón y González, 2017). La interacción de estos elementos podría contribuir a que un trabajador decida (o se vea incapacitado) no asistir a su trabajo con regularidad (Carrillo, 2016; Rojas, 2014; Baptista, Méndez y Zunino, 2016).

Barrantes y Salinas (2021) señalan que los factores causantes del ausentismo no dependen únicamente del individuo sino también de la cultura de la industria y de la organización, las dinámicas grupales, las acciones directas o indirectas de la administración de la empresa y la estructura de remuneración. En la misma línea, Beteta y Willington (2010) señalan que los factores más relevantes en el ausentismo son: preferencia por el ocio, valores morales, características familiares, flexibilidad en el trabajo, acumulación de trabajo, presión de pares, insatisfacción laboral, probabilidad de pérdida de empleo, generosidad del subsidio, control de potencial abuso.

En el estudio de Rojas (2014), que aborda la problemática del ausentismo por incapacidad laboral en los trabajadores del sistema público de salud en Chile, las características sociodemográficas, las condiciones de empleo y las condiciones de trabajo resultaron significativamente diferentes entre los trabajadores que se ausentaron y los trabajadores que no se ausentaron por incapacidad laboral.

Por otra parte, Carrillo (2016) observó que existen diferencias entre hombres y mujeres en lo que al ausentismo laboral se refiere, así como entre quienes pertenecen a las ISAPRE en comparación con quienes pertenecen al FONASA. Asimismo, los hallazgos de su estudio indican que las personas que trabajan en atención de público presentan diferencias en términos estadísticos en comparación con quienes lo hacen en áreas de soporte. El autor señala que el ausentismo aumenta ante tareas monótonas, repetitivas y parcializadas, las que disminuyen considerablemente el interés y motivación del trabajador o trabajadora.

Barrantes y Salinas (2021) analizaron el fenómeno del ausentismo por licencias médicas comunes en los equipos de ventas de un grupo de tiendas de retail de la Región Metropolitana, donde las mujeres de entre 35 y 45 años mostraron las mayores tasas de licencias. En su estudio se señala que las licencias médicas no siempre son generadas por una enfermedad, si no que muchas veces corresponden a un mecanismo para resolver problemas personales y familiares, en un entorno grupal que normaliza y legitima esta práctica.

Lo anterior es consistente con los hallazgos de Cáceres (2021), quien analiza la tasa de licencias médicas por sexo, encontrando que las mujeres presentan el doble de las licencias médicas que los hombres. Una posible explicación de esta diferencia es la desigualdad de género en cuanto al rol que cumplen las mujeres como cuidadoras dentro de sus hogares, y la mayor necesidad de conciliar su trabajo con las obligaciones familiares.

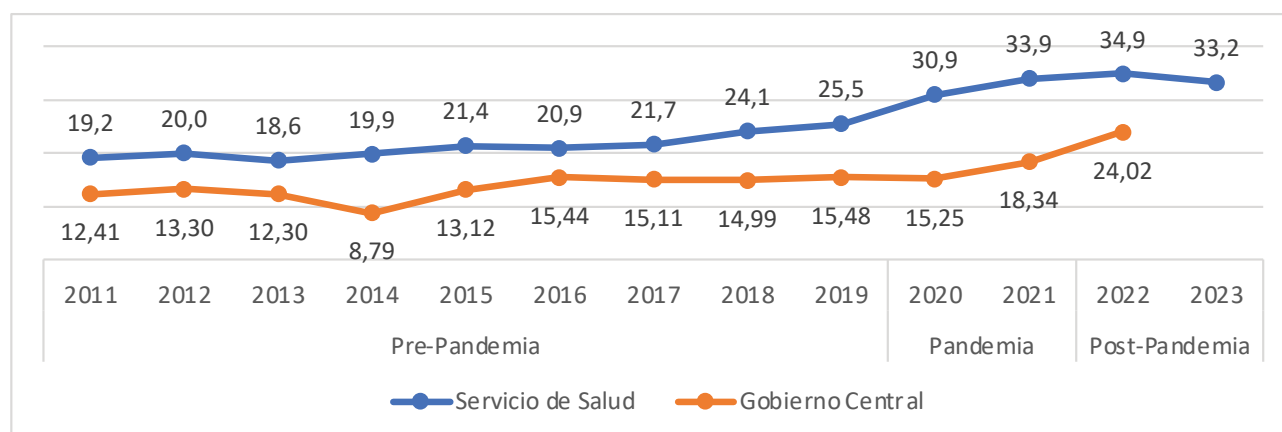
En cuanto a los costos del ausentismo laboral, Rojas (2014), se diferencian entre directos e indirectos. Los costos directos son aquellos relacionados con el gasto económico que implica el complemento salarial, la seguridad social y los derivados de la asistencia sanitaria del tra-

bajador. Los costos indirectos se refieren al costo organizacional que implica el remplazar un trabajador ausente o redistribuir el trabajo entre los demás trabajadores, el tiempo necesario para encontrar y capacitar un reemplazo, la sobrecarga de tareas para los otros trabajadores, y los conflictos interpersonales que se pueden generar.

Diversos estudios señalan también que, entre los costos del ausentismo, se debe considerar los efectos negativos que tiene en la productividad de las organizaciones (Rojas, 2014; Beteta y Willington, 2010; Baptista, Méndez y Zunino, 2016). Un estudio descriptivo realizado por la Cámara de Comercio de Santiago el año 2018 (citado en Barrantes y Salinas, 2021), indaga en la existencia de una relación inversa entre licencias médicas y productividad, asegurando que el ausentismo provoca una pérdida de productividad para las empresas y la economía. En relación con la productividad, Barrantes y Salinas (2021) muestra en su estudio realizado a personas de atención a clientes efectos sobre la productividad, donde al variar 1% el ausentismo, la productividad diaria varía en un -0,47029%. Otro estudio realizado por Stewart, et al. (2003) en la fuerza de trabajo de Estados Unidos, estimó que por concepto de depresión y tiempo productivo perdido total el costo asociado fue de US\$44 billones, donde US\$ 8,27 billones se produjeron por concepto de ausentismo. Otro antecedente es la información extraída del Ministerio de Salud, MINSAL, y presentada en el gráfico 4.2. En él se puede apreciar que en el periodo pre-pandemia, los días promedio de ausentismo laboral por funcionario por licencias médicas comunes aumentaron en los servicios de salud desde 19,2 días promedio a 25,5 días (32,8%), en cambio, en los funcionarios del gobierno central, los días promedio de ausentismo pasaron de 12,41 a 15,25 días (22,8%), en igual periodo.

También se puede apreciar que en los servicios de salud durante la pandemia y post-pandemia el ausentismo aumentó hasta un máximo de 34,9 días promedio en el 2022 para luego bajar a 33,2 días en el 2023, mientras que en el gobierno central el ausentismo llegó a 24,02 días promedio por funcionario. Además, en todo el periodo analizado los días promedio de ausentismo de los servicios de salud están por sobre los del gobierno central. No obstante, si bien el nivel ha aumentado de forma considerable, la brecha de los días promedio de ausentismo entre los servicios de salud y el gobierno central disminuyó desde 1,55 a 1,45 veces para el periodo 2022 y 2011.

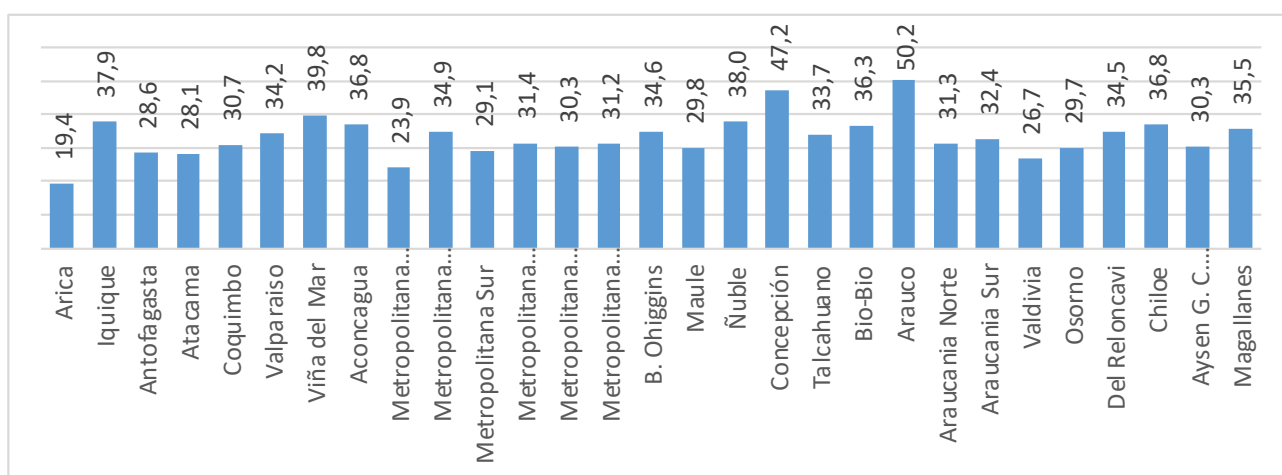
Gráfico 4.2 Evolución de los días promedio de ausentismo laboral por funcionario por licencia médica común, según servicio de salud y gobierno central, 2011-2023



Fuente: Elaboración propia, en base a Información del Ministerio de Salud.

Respecto a los distintos servicios de salud, se puede apreciar en el gráfico 4.3 que solo 2 servicios poseen promedios de ausentismo por funcionario inferior a 25 días. Se destacan los servicios de salud de Arauco y Concepción con los índices de ausentismo mayores, los cuales alcanzaron en el 2023 los 50,2 y 47,2 días promedio por funcionario, respectivamente.

Gráfico 4.3 Días promedio de ausentismo laboral por licencia médica común, según servicio de salud, año 2023



Fuente: Elaboración propia, en base a Información del Ministerio de Salud.

5. Propuestas de mejora

- a. Relacionadas con el diseño de la licencia médica como beneficio propiamente tal
 - i. Establecer un copago independiente de los días de LM de dos días y/o eliminar los 3 días de carencia, con el objetivo de desincentivar la utilización de licencias de más de 10 días. Este copago podría ser fijo o decreciente dependiendo del número de días de las licencias y las patologías asociadas. Por ejemplo, para el tratamiento de patologías como el cáncer se debería considerar un copago fijo, independiente del número de días de la licencia. El copago debería ser establecido por un organismo técnico, como la SUSESO, y evaluar que por una parte incentive a respetar los días de tratamiento para recuperar el estado de salud del cotizante pero por otra parte reduzca el mal uso de este instrumento.
 - ii. Establecer que el porcentaje de cobertura del subsidio debiese ser decreciente en el tiempo hasta empalmar con la tasa de reemplazo de discapacidad (70%). Esto en base a la experiencia de la mayor parte de los países que para evitar abusos e incentivar la recuperación, se alejan de las coberturas del 100%.
- b. Relacionadas con el otorgamiento de las LM
 - i. Desarrollar protocolos para el otorgamiento de días de licencias médicas para las diferentes enfermedades, especialmente para aquellas que tienen una alta participación como son las asociadas a Trastornos mentales y al grupo de las Osteomusculares. Los protocolos deberían indicar al menos rangos de días, con una banda de días máximos y mínimos, y las condiciones asociadas a dichos tramos de días en términos del estado de salud. De esta forma, se generaría reglas objetivas para la aprobación, modificación o rechazo de una LM por parte de las ISAPRE y el COMPIN.

- ii. Perfeccionar el modelo a través de la definición de aquellos profesionales que podrían emitir las licencias médicas y sus condiciones. Esto podría asociarse a lo que actualmente ocurre en el otorgamiento de la licencia por enfermedad grave de un hijo menor de 1 año (Ley SANNA), en la cual se establece que los documentos deben ser emitidos por el médico tratante y por el director médico del establecimiento en el cual se trate la niña (o). Para las LM curativas podría utilizarse de modelo lo establecido en el Decreto N° 2126 del 12 de diciembre de 2023, del Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia. En su Artículo 2.2.3.1.4 se establece la competencia y responsabilidad en la emisión de las licencias, restringiendo los profesionales que pueden realizar su emisión.
 - iii. Además, dado que hoy las licencias médicas en un 98% son electrónicas es posible mejorar las herramientas control en la emisión (médicos) pasando el peso de la prueba a los profesionales de manera directa para la solicitud de informes adicionales, incluyendo en la emisión una ventana al profesional que proponga identificar cuando la licencia médica puede tener origen laboral considerando que la mayor parte de las licencias pertenecen al grupo de salud mental y osteomusculares.
- c. Relacionadas con el control de fraude y abuso en el otorgamiento de LM
- i. Revisar y aumentar las sanciones y penas a los médicos que emitan un número de licencias médicas (LM) consideradas no razonables por el organismo técnico del tema; SUSESO. En la actualidad, las sanciones que puede aplicar la SUSESO son multas que van desde las 7,5 a 60 UTM y la suspensión para emitir licencias entre 30 días y 1 año, dependiendo de la cantidad de documentos emitidos sin fundamento médico y la reincidencia en la conducta. Las penas se encuentran establecidas en la Ley N° 20.585 del 2012.
 - ii. Revisar las sanciones y las penas a los afiliados del FONASA y las ISAPRES que soliciten LM y días de licencia no consideradas razonables por la SUSESO. En la actualidad, al igual que para los médicos, las penas se encuentran establecidas en la Ley N° 20.585 del 2012.
 - iii. Incrementar la capacidad de fiscalización y regulación de la SUSESO. Se debería evaluar la creación de una intendencia, al interior de dicha organización, destinada a las materias de regulación y fiscalización, con atribuciones legales en la materia, en temas de licencias médicas cuyo origen sea la enfermedad común y las provenientes de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.
- d. Relacionadas con aspectos de reformas institucionales y de gestión
- i. Generar instancias independientes de evaluación de las LM tanto para los cotizantes del FONASA como de las ISAPRES. Una alternativa es el modelo de calificación de invalidez por enfermedad común, con instancias de primer y segundo orden y con normas de evaluación definidas por un tercero. Otra alternativa es el modelo de los organismos administradores del seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, reteniendo un porcentaje de la cotización obligatoria para estos fines (es decir, separándola de lo destinado a financiar prestaciones de salud), con instancias de evaluación propias, perfeccionados con la emisión de normas de evaluación por parte de la SUSESO y sirviendo esta última de instancia de apelación para todos los cotizantes.
 - ii. Definir que el cálculo del subsidio se haga de acuerdo a la cotización registrada, eliminando las variaciones que sobrepasen un cierto porcentaje de manera automática, definido en la ley o su reglamento. Eso ahorraría mucha carga administrativa de un montón de funcionarios que solo hacen más lento el proceso.

e. Relacionadas con la transparencia del sistema

- i. Mejorar la generación de estadísticas públicas y regulares de licencias médicas provenientes de enfermedad común y de aquellas originadas en accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Igualmente disponer de datos de las distintas etapas del proceso así como de la regulación en la materia.
- ii. Finalmente y una vez encaminado el control del gasto en SIL, se propone trasladar desde las cuentas de salud este gasto a las del sector trabajo y/o protección social, con el fin de que no compita directamente con el gasto en prestaciones de salud.

6. Conclusiones

La licencia médica es una herramienta terapéutica y al mismo tiempo un derecho que tienen los trabajadores y trabajadoras afiliados a FONASA o ISAPRE de ausentarse total o parcialmente de su jornada de trabajo durante un período de tiempo definido y mantener su remuneración. No existe un plazo límite de días para hacer uso del beneficio, puede ser emitida por cualquier profesional (médico, dentista y matrona) legalmente habilitado, cubre el 100% de la renta hasta el tope imponible de 84,3 UF (2024) y tampoco existe un periodo definido para establecer que una enfermedad sea permanente.

La magnitud de recursos que hoy se invierten en licencias médicas preocupa a las autoridades y especialistas del sector por como impacta la sostenibilidad de nuestro sistema de salud. En efecto entre los años 2011 y 2022 las licencias muestran en todas sus variables una tendencia generalizada al alza. De hecho las licencias médicas tramitadas, autorizadas y rechazadas tuvieron una tendencia creciente, en el caso de las tramitadas de 3,9 a 9,6 millones y las autorizadas pasaron de 3,8 a 8,9 millones. En términos de los días otorgados pasan de 46,1 millones a 133,6 millones. En el caso de los días autorizados a nivel del sistema, se aprecia igual tendencia pasando de 39,5 millones a 105,7 millones de días otorgados. Respecto a las licencias médicas tramitadas y autorizadas por cotizante, estas pasaron de 0,74 a 1,5 LM tramitadas y de 0,72 a 1,4 LM autorizadas. En relación a los días otorgados y pagados por cotizante, estos crecieron pasando de 8,7 a 20,9 días y de 7,5 a 16,5 días por cotizante, respectivamente.

Al observar y comparar la evolución del gasto en SIL, la renta imponible mensual promedio, las LM autorizadas y los días pagados por cotizante del sistema, se puede apreciar que el gasto real en SIL por cotizante aumentó de \$186.844 en 2011 a \$499.114 en 2022, es decir, aumento en 2,7 veces su cuantía. Durante el mismo período, las LM autorizadas por cotizante se multiplicaron por 1,94 veces, y los días pagados por cotizante se multiplicaron por 2,21 veces y por su parte, la renta imponible mensual promedio aumentó 1,74 veces en el período señalado. En otras palabras, todas las variables crecieron, pero sobre todo los días pagados por cotizante.

Ahora bien, si los datos los observamos según seguro de salud (ISAPRE o FONASA). La evolución del gasto en SIL, la renta imponible mensual promedio, las LM autorizadas y los días pagados por cotizante del FONASA, entre los años 2011 y 2022. Los datos muestran que el gasto real en SIL aumentó de \$146.859 en 2011 a \$448.197 en 2022, es decir, se triplicó en dicho período. Durante el mismo período, las LM autorizadas por cotizante pasaron de 0,66 a 1,49, lo que equivale a decir que se multiplicaron por 2,25, y los días pagados por cotizante se multiplicaron por 2,44, pasando de 7,7 a 18,82. Por otra parte, la renta imponible mensual promedio aumentó 1,37 veces en el período señalado.

Para el caso de las ISAPRES la evolución del gasto en SIL, la renta imponible mensual promedio, las LM autorizadas y los días pagados por cotizante. Los datos muestran que el gasto real en SIL se duplicó, aumentando de \$308.364 a \$641.995. Durante el mismo período, las LM autorizadas por cotizante pasaron de 0,89 a 1,13, lo que equivale a un aumento del 1,15 veces, y los días pagados por cotizante aumentaron en 1,49 veces, pasando de 6,75 a 10,06 días. Por su parte, la renta imponible mensual promedio disminuyó en un 2% en el período señalado.

En cuanto a sus diagnósticos la tasa de licencias médicas autorizadas en FONASA correspondieron mayoritariamente a enfermedades osteomusculares y a trastornos mentales, sumando más de un 45%; las tasas de licencias autorizadas por las ISAPREs durante los años 2018 y 2019 correspondieron en gran parte al diagnóstico de enfermedades respiratorias (más de un 20%). Durante los años posteriores, la mayoría de las licencias autorizadas correspondió a aquellas causadas por trastornos mentales, enfermedades osteomusculares y COVID-19. Llama la atención que, tanto en el FONASA como en las ISAPRE, a partir del año 2020 hubo un marcado aumento en las tasas de licencias autorizadas por trastornos mentales, llegando a representar más del 29% de las autorizadas por FONASA el 2022, y más del 26% de las autorizadas por ISAPRE el 2021. Finalmente, para la distribución de licencias médicas autorizadas según sector económico, la mayoría de las licencias autorizadas corresponde al sector de servicios, con un 48% en el FONASA, y un 62% en las ISAPREs. El segundo lugar lo ocupa el sector de comercio, con un 20% en el FONASA y un 11% en las ISAPREs.

Todo lo anterior implica que el gasto total en SIL ha ido en aumento, tanto en el FONASA como en las ISAPREs, con la única excepción del año 2022 en ISAPRE, con una disminución en comparación al año anterior, con todo el sistema en su conjunto pasó de gastar 1,85 billones de pesos en 2018 a 3,2 billones de pesos en el 2022, es decir, un aumento del gasto total del 73% (1,35 billones) en solo cuatro años. Aunque este sería de un 716% de aumento si lo comparáramos con el año 2000, donde solo se gastaban 392 mil millones.

De hecho las tasas de crecimiento del gasto en SIL por cotizante también suben y se observa que entre 2018 y 2022 el crecimiento promedio anual en FONASA fue de un 18%, en ISAPREs de 9,7% y del sistema un 14,4%. Con incrementos de esta magnitud no es inesperado entonces que el gasto en SIL como porcentaje de la cotización obligatoria del 7% haya aumentado en FONASA desde un 33,2% el año 2018, hasta un 55,8% el 2022. No obstante el año 2000 era solo de 17,9%. En las ISAPREs, el aumento ha sido algo menor, pasando desde un 30,3% el año 2018 hasta un 40,9% el 2022, aunque viene de un 20% el año 2000. A nivel de sistema, en el 2018 el gasto en SIL representaba un 31,9% de la cotización obligatoria, mientras que el año 2022 alcanzó el 49,7% y el 2000 era solo de un 19,1%.

Otra consecuencia de los defectos del marco regulatorio de la licencia médica la vivimos en el sector público de salud con los elevados niveles de ausentismo laboral. En efecto en los servicios de salud durante la pandemia y post-pandemia el ausentismo aumentó hasta un máximo de 34,9 días promedio por funcionario en el 2022 para luego bajar a 33,2 días en el 2023, incluso hubo Servicios de Salud como los de Arauco y Concepción que alcanzaron los 50,2 y 47,2 días promedio por funcionario, respectivamente, cuando en el año 2011 a nivel nacional era solo de 19,2 días. Esto se debe a la cercanía que se tiene con los profesionales que están autorizadas a emitir las licencias y aún a las débiles sanciones que se aplican por su mal uso sin afectar a quienes las solicitan.

En consecuencia desde el año 2009 diversos centros académicos y comisiones han desarrollado numerosos estudios y propuestas para abordar parte de los problemas que genera el marco regulatorio de la licencia médica, sin embargo, de trece proyectos de ley y mociones parlamentarias presentadas en todo este tiempo solo una y en el año 2012, fue finalmente promulgada, dando cuenta de ciertas sanciones y penas para promover su correcto uso y evitar fraudes, los que por cierto no han tenido el efecto disuasivo esperado.

Por último respecto a las propuestas de mejora sobre la regulación de la licencia médica. En relación con su diseño como beneficio se propone:

Establecer un copago independiente de los días de LM de dos días y/o eliminar los 3 días de carencia, con el objetivo de desincentivar la utilización de licencias de más de 10 días. Establecer que el porcentaje de cobertura del subsidio debiese ser decreciente en el tiempo hasta empalmar con la tasa de reemplazo de discapacidad (70%).

i. En relación con su otorgamiento se propone:

- Desarrollar protocolos para el otorgamiento de días de licencias médicas para las diferentes enfermedades.
- Perfeccionar el modelo a través de la definición de aquellos profesionales que podrían emitir las licencias médicas y sus condiciones.
- Dado que hoy las licencias médicas en un poco más de 98% son electrónicas mejorar las herramientas control, pasando el peso de la prueba a los profesionales para la solicitud de informes adicionales y la posibilidad de calificarlas de origen laboral.

ii. En relación con el control de fraude y abuso en el otorgamiento se propone:

- Revisar y aumentar las sanciones y penas a los médicos que emitan un número de licencias médicas (LM) consideradas no razonables por el organismo técnico del tema; SUSESO.
- Revisar las sanciones y las penas a los afiliados del FONASA y las ISAPRES que soliciten LM y días de licencia no consideradas razonables por la SUSESO.
- Incrementar la capacidad de fiscalización y regulación de la SUSESO.

iii. En relación con aspectos de reformas institucionales y de gestión se propone:

- Generar instancias independientes de evaluación de las LM tanto para los cotizantes del FONASA como de las ISAPRES.
- Definir que el cálculo del subsidio se haga de acuerdo a la cotización registrada para ahorrar carga administrativa.

iv. En relación con la transparencia del sistema se propone:

- Mejorar la generación de estadísticas públicas y regulares de licencias médicas así como de disponer de datos de las distintas etapas del proceso y de la regulación en la materia.
- Finalmente y una vez encaminado el control del gasto en SIL, se propone trasladar desde las cuentas de salud este gasto a las del sector trabajo y/o protección social, con el fin de que no compita directamente con el gasto en prestaciones de salud.

Referencias

Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (2020). Licencias médicas. Ley fácil. <https://www.bcn.cl/portal/leyfacil/recurso/licencias-medicas>

Barrantes, S. y Salinas, M. (2021). Efectos y determinantes del ausentismo por licencias médicas sobre la productividad en los equipos de ventas en una empresa de Retail [Tesis para optar al grado de Magíster en Gestión de Personas y Dinámica Organizacional]. Repositorio Universidad de Chile <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/194098>

Baptista, D.; Méndez, S. y Zunino, N. (2016). Ausentismo Laboral. Universidad de la República, Uruguay

Benavides, P., González, L., Jones, I., Sugg, D. (2011). Subsidios por incapacidad laboral por enfermedad y medicina curativa: estado actual y desafíos. Estudios de Finanzas Públicas N°19, Dirección de Presupuestos, Ministerio de Hacienda. https://www.dipres.gob.cl/598/articles-84151_doc_pdf.pdf

Beteta E. y Willington, M. (2010). Determinantes del uso y abuso de licencias médicas en Chile. Red de repositorios Latinoamericanos <https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/1373726>

Borda, M.; Rolón, E. y González, J. (2017). Ausentismo laboral: impacto en la productividad y estrategias de control desde los programas de salud empresarial. Repositorio Universidad del Rosario, Colombia <http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/13583>

Cáceres, C. (2021). Estudio descriptivo "Comportamiento del ausentismo laboral, por causa médica, en los trabajadores protegidos por el Seguro Social de Chile, en el período 2018-2019" [Tesis para optar al grado de Magíster en Políticas Públicas, Universidad del Desarrollo]. Repositorio UDD <https://repositorio.udd.cl/items/c1e15abe-872a-49bf-97ef-22a280b5ec72>

Carrillo, J. (2016). Análisis del ausentismo laboral por licencias médicas tipo 1 en una institución pública del Estado de Chile, periodo 2010 – 2015 [Proyecto de Tesis para optar al Grado de Magíster en Procesamiento y Gestión de la Información, Pontificia Universidad Católica de Chile]. Repositorio UC <https://repositorio.uc.cl/handle/11534/21866>

Contreras, Y. (2016). Análisis del impacto económico del ausentismo laboral por licencias médicas en el personal de la Universidad del Bío-bío, sede Chillán [Tesis para optar al grado de Magíster en Dirección de Empresas, Universidad del Bío-bío]. Repositorio U. del Bío-bío <http://reprobib.ubiobio.cl/jspui/handle/123456789/1689>

Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez. (2024). Tipos de Licencia Médica. Ministerio de Salud. <https://milicenciamedica.cl/licencias-medicas.html>

Gobierno de Chile (2010). Informe de propuesta del Seguro de Incapacidad Laboral. Comisión Presidencial de Salud.

Gobierno de Chile (2014). Informe de Estudio y Propuesta de un Nuevo Marco Jurídico para el Sistema Privado de Salud. Comisión Presidencial ISAPRES.

Poblete, I., Rivera, J. (2017).. Subsidio por Incapacidad Laboral en Chile: Situación Actual y Propuestas de Modificación. Documento de Trabajo N°10, Superintendencia de Seguridad Social.

Rojas, L. (2014). Estudio descriptivo del ausentismo laboral en trabajadores del Sistema Público de Salud en Chile [Tesis para optar al Grado de Magíster en Salud Pública, Universidad de Chile]. Repositorio Universidad de Chile <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/180891>

Stewart, W.; Ricci, J.; Chee, E.; Hahn, S. y Morganstein, D. (2003). Cost of Lost Productive Work Time Among US Workers With Depression. JAMA. June 18, 2003;289(23):3135-44.

Superintendencia de Seguridad Social. (2024a). Régimen de Licencias médicas y Subsidios por incapacidad laboral (SIL). <https://www.suseso.cl/609/w3-propertyvalue-31040.html>

Superintendencia de Seguridad Social. (2024b). Subsidios por incapacidad laboral de origen común. <https://www.suseso.cl/606/w3-propertyvalue-568.html#presentacion>

Superintendencia de Seguridad Social. (2024c). ¿Qué es una licencia médica?. <https://www.suseso.cl/606/w3-propertyvalue-33999.html#>

Superintendencia de Seguridad Social. (08 de marzo de 2024). Dictamen O-02-S-00270-2024. <https://www.suseso.cl/612/w3-article-726700.html>

Superintendencia de Seguridad Social. (24 de abril de 2023). Dictamen 1055-2023. <https://www.suseso.cl/612/w3-article-710380.html>

Superintendencia de Seguridad Social. (13 de abril de 2022). Dictamen 1438-2022. <https://www.suseso.cl/612/w3-article-679365.html>

Superintendencia de Seguridad Social. (23 febrero 2021). Dictamen 678-2021. <https://www.suseso.cl/612/w3-article-625506.html>



**Universidad
Andrés Bello®**
Conectar • Innovar • Liderar