

GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE HACIENDA
Dirección de Presupuestos

Análisis del Gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral y sus Determinantes

ESTUDIOS DE FINANZAS PÚBLICAS

Diciembre 2001



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE HACIENDA
Dirección de Presupuestos

Análisis del Gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral y sus Determinantes

**Jorge Rodríguez C.
Marcelo Tokman R.**

ESTUDIOS DE FINANZAS PÚBLICAS

Diciembre 2001

*Esta publicación corresponde al segundo número de la serie **Estudios de Finanzas Públicas** de la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda.*

A través de esta serie se presentan documentos de trabajo que abordan temas de relevancia nacional por su impacto en las finanzas públicas, privilegiándose aquellos tópicos de especial pertinencia para el manejo de la política fiscal y para la promoción de una eficiente asignación y uso de los recursos públicos.

*La serie **Estudios de Finanzas Públicas** representa así un aporte al análisis metódico y al debate fundamentado sobre las finanzas públicas en Chile, a la vez que constituye una instancia de transparencia para el público en general en lo que respecta a acercar la información presupuestaria a los ciudadanos.*

Editores:

Alberto Arenas de Mesa, Subdirector de Racionalización y Función Pública, Dipres.
Jacqueline Canales, Jefa Sector Social, Dipres.

Publicación de la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda.

Registro de Propiedad Intelectual N° 124.579

ISBN: 956-8123-01-6

Todos los derechos reservados.

Diciembre 2001

La serie “Estudios de Finanzas Públicas” se encuentra disponible en la página web de la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda:

www.dipres.cl

Diseño, diagramación e impresión: Andros Impresores

Índice

INTRODUCCIÓN	7
1. MARCO LEGAL E INSTITUCIONAL	11
1.1. Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa	11
1.2. Subsidio por Reposo Maternal y Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año	14
2. EVOLUCIÓN DEL GASTO EN SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD LABORAL	17
2.1. Evolución del Gasto en Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa	18
2.2. Evolución del Gasto en Subsidio por Reposo Maternal y Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año	24
3. MODELACIÓN DEL GASTO EN SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD LABORAL	33
3.1. Modelación del Gasto en Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa	33
3.2. Modelación del Gasto en Subsidio por Reposo Maternal y Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año	35
4. ESTIMACIÓN DE LA COMPOSICIÓN Y PROYECCIÓN DEL GASTO EN SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD LABORAL	39
4.1. Composición del Gasto en Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa	39
4.2. Composición del Gasto en Subsidio por Reposo Maternal y Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año	41
4.3. Proyección del Gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral	44

5. ANÁLISIS CONCEPTUAL DE LOS SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD LABORAL	49
5.1. Análisis de los Incentivos Institucionales	50
5.2. Análisis de las Herramientas de Control	56
5.3. Asociación entre Incentivos Institucionales, Herramientas de Control y Evolución del Gasto	58
6. CONCLUSIONES	61
BIBLIOGRAFÍA	65

Introducción¹

El concepto de Subsidios por Incapacidad Laboral agrupa un conjunto de subsidios contemplados en la legislación vigente que procuran que los trabajadores comprendidos en el sistema de seguridad social, cumpliendo determinados requisitos, perciban una prestación pecuniaria que sustituya su remuneración y les permita además mantener la continuidad en su régimen previsional en caso que presenten incapacidad parcial o total para trabajar. Este conjunto de protecciones incluye: Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa; Subsidio por Reposo Maternal Suplementario; Subsidio por Reposo Maternal y Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año y Subsidio de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.

Las diferencias fundamentales entre estos beneficios apuntan a los eventos de incapacidad laboral que cubren y a su forma de financiamiento –contributivo o no contributivo–. Así, el Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa cubre eventos de enfermedad común cuyo origen no sea profesional ni un accidente del trabajo, y en conjunto con el Subsidio por Reposo Maternal Suplementario –que cubre eventos como enfermedades del embarazo y prórrogas de pre y postnatal y que para efectos del presente estudio se considerará en conjunto con el Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa– se financia con cargo a la cotización obligatoria del trabajador para el Régimen de Prestaciones de Salud. Por su parte, el Subsidio por Reposo Maternal y Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año cubre los eventos regulares de pre y postnatal además de los permisos de ausencia por enfermedad de los hijos menores de un año, y se financia con cargo al Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios de Cesantía, constituido exclusivamente con aportes fiscales. Finalmente, el Subsidio por Incapacidad Laboral de la Ley de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales se financia con cargo al Seguro Obligatorio de la Ley N° 16.744 contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, el cual es sustentado totalmente con cotizaciones de los empleadores.

En la década de los noventa se ha observado un explosivo crecimiento del gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral, el que casi se duplicó para el Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa, y más que se triplicó para el Subsidio por Reposo Maternal y Enfermedad Grave de Hijo

¹ Los autores agradecen los valiosos comentarios de Ernesto Alcaíno, Alberto Arenas de Mesa, Jacqueline Canales, Margarita Estefan, Mario Marcel, Carmen Naranjo, Gabriel Ortiz, Ximena Rincón, Emilio Torres y Labibe Yumha.

Menor a Un Año. Esta tendencia implica una carga creciente para los sistemas público y privado de salud, lo que a la larga se traduce en una reducción de los recursos disponibles para la cobertura del resto de las prestaciones de salud. Además, desde el punto de vista del gasto público debe destacarse el carácter excedible que tiene este pasivo para el Estado, puesto que el gasto anual no obedece a una cifra que se predetermine administrativamente, sino que es resultado del estado de salud y de la conducta de las personas.

En este contexto, el presente trabajo se aboca, desde un enfoque de finanzas públicas, a estudiar la evolución del gasto en los Subsidios por Incapacidad Laboral con cargo al Régimen de Prestaciones de Salud y con cargo al Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios de Cesantía, es decir, el Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa, incluyendo también el Subsidio por Reposo Maternal Suplementario y el Subsidio por Reposo Maternal y Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año. Asimismo, mediante el contraste de indicadores simples, se analiza cuáles son los factores que explican el aumento del gasto antes señalado. Se busca así estudiar la hipótesis sobre que parte de la expansión del gasto podría deberse a una sobreutilización del beneficio más allá de las justificaciones médicas, existiendo, por lo tanto, espacio para racionalizar su uso.²

En este punto es relevante aclarar que al analizar los problemas de diseño institucional y sobreutilización de estos subsidios y el consecuente sobregasto identificado no se busca desconocer los méritos que justifican su existencia –a saber, el debido reposo y adecuada recuperación por enfermedades curativas, y la protección y disminución de los riesgos de salud de la madre trabajadora y el niño menor de un año, todos bienes superiores para el país–, sino sólo promover su rediseño para evitar el mal uso de los beneficios, controlar la expansión de gasto asociada, y liberar recursos para otras prestaciones de salud.

De esta manera, en función de cumplir con los objetivos que se han planteado para este trabajo –estudiar la evolución y los determinantes del gasto en el Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa y en el Subsidio por Reposo Maternal y Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año–, el presente documento se estructura de la siguiente forma. En la Sección 1 se presenta resumidamente el marco legal e institucional de los subsidios estudiados. En la Sección 2 se analiza la evolución de su nivel de gasto y utilización, estudiando la situación de los Servicios de Salud, las Cajas de Compensación de Asignación Familiar (CCAF) y las Instituciones de Salud Previsional (Isapres). La Sección 3 se centra en estudiar los determinantes del gasto en los subsidios bajo análisis, para lo cual se plantea un modelo explicativo que en la Sección 4 se contras-

² Esta hipótesis surge preliminarmente al considerar que diversos indicadores muestran que no existiría un empeoramiento tal en la salud de los chilenos que justifique el significativo aumento de licencias médicas. De hecho, se constata que los indicadores generales de salud han continuado una tendencia positiva en los últimos años. Diversos estudios destacan esta situación, como Aedo, C., Bergoeing, R. y Saavedra, E. (2000), Superintendencia de Seguridad Social (1999), Dirección de Presupuestos (1999), Dirección de Presupuestos (1998).

ta con el comportamiento efectivo del gasto total y se utiliza para proyectar el gasto futuro en Subsidios por Incapacidad Laboral. En la Sección 5 se analiza críticamente el diseño institucional de los subsidios, en especial los incentivos que genera a los diversos actores involucrados y la capacidad de control en lo concerniente a la emisión y uso de licencias. Finalmente, en la Sección 6 se presentan las conclusiones del estudio.

1.1. SUBSIDIO POR ENFERMEDAD Y MEDICINA CURATIVA³

La Ley N° 4.054 dictada en Chile en 1924 ya consagraba el derecho a un subsidio por enfermedad para los obreros del sector privado. Estas normas fueron posteriormente recogidas en la Ley N° 10.383, y luego en la Ley N° 16.781 de 1968, la que amplió el beneficio para los empleados del sector privado. En la actualidad el Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa se rige por el DFL N° 44 de 1978 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social sobre Subsidios por Incapacidad Laboral, estableciendo normas tanto para trabajadores del sector privado como del sector público, y por la Ley N° 18.469 de 1985 del Ministerio de Salud, que establece el Régimen de Prestaciones de Salud que se remite al citado DFL N° 44 en materia de Subsidios por Incapacidad Laboral. A continuación se resume lo que estos cuerpos legales determinan en lo referente al subsidio analizado.

a. Beneficio

El beneficio del subsidio consiste en la mantención del 100% de la remuneración o renta imponible del trabajador, por el período que esté imposibilitado de trabajar, con un tope de 60 UF mensuales. De esta manera, para cada caso el subsidio consiste en el pago de la remuneración equivalente por los días no trabajados devengados, considerando como base de cálculo la remuneración imponible con deducción de las cotizaciones e impuestos correspondientes (remuneración neta). Se considera el promedio de la remuneración mensual y/o subsidios que se hayan devengado en los tres meses más próximos al mes en que se inicia la licencia, y no se considera en el cálculo ningún tipo de remuneración ocasional.

De esta manera, el trabajador, a pesar de estar incapacitado para trabajar por un determinado período, continúa recibiendo su remuneración o renta imponible y además continúa efectuando sus cotizaciones previsionales según corresponda. De todas maneras, cabe notar que los subsidios se devengan desde el primer día de licencia médica sólo en caso que ésta sea superior a diez

³ La descripción legal e institucional de este subsidio se basa en Dirección de Presupuestos (1999) y CIEDESS (1996).

días, mientras que si la licencia es igual o menor a dicho plazo, se devengan desde el cuarto día.⁴ No obstante lo anterior, los contratos de trabajo pueden pactar que no existan los tres días de carencia en cuestión, como ocurre, por ejemplo, en el caso de los funcionarios públicos y municipales, lo que en todo caso no es de cargo del seguro.

b. Beneficiarios

Los beneficiarios potenciales son todos aquellos trabajadores que conforman la fuerza de trabajo, estén o no adscritos a un régimen previsional (exceptuando a los imponentes de las Fuerzas Armadas y de Orden). Los beneficiarios objetivo son aquellos trabajadores, dependientes o independientes, que cumplen con los requisitos que dan derecho al pago del subsidio.

c. Requisitos para tener Derecho a Subsidio

Para tener derecho al subsidio, el trabajador debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Contar con una licencia médica, debidamente autorizada por una Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN) o por una Isapre, que disponga el reposo del trabajador y justifique su ausencia laboral.⁵
- Para los trabajadores dependientes, públicos y privados, tener un mínimo de seis meses de afiliación previsional y de tres meses de cotización dentro de los seis meses anteriores a la fecha inicial de la licencia médica correspondiente.
- Para los trabajadores dependientes del sector privado contratados por turnos o jornadas, tener un mínimo de seis meses de afiliación previsional y de un mes de cotización dentro de los seis meses anteriores a la fecha inicial de la licencia médica correspondiente.
- Para los trabajadores independientes, tener un mínimo de doce meses de afiliación previsional y de seis meses de cotización dentro de los doce meses anteriores a la fecha inicial de la licencia médica correspondiente. Además deben estar al día en el pago de cotizaciones, es decir, haber pagado la cotización del mes anterior a aquel en que se produzca la incapacidad.

⁴ Esto implica que para las licencias de diez días o menos existen tres días de carencia que no se pagan. En la legislación original este punto se justificó con el argumento de desalentar a los trabajadores a faltar por causas menores, no obstante hoy esto se cuestiona ya que podría estar generando incentivos a alargar artificialmente las licencias.

⁵ La Ley N° 18.883, citada en Martínez, E. (1999), señala: “Se entiende por licencia médica el derecho que tiene el funcionario de ausentarse o reducir su jornada de trabajo durante un determinado lapso, con el fin de atender el restablecimiento de su salud, en cumplimiento de una prescripción profesional certificada por un médico cirujano, cirujano dentista o matrona, según corresponda, autorizada por el competente Servicio de Salud o Institución de Salud Previsional, en su caso”.

d. Financiamiento

El Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa se financia con cargo a la cotización obligatoria del trabajador para el Régimen de Prestaciones de Salud. Como es sabido, todos los trabajadores afiliados a un régimen previsional distinto de los de las Fuerzas Armadas y Carabineros destinan al menos un 7% de su remuneración o renta imponible mensual, según se trate de trabajadores dependientes o independientes, para cubrir sus necesidades de salud.⁶ Dicha cotización pueden efectuarla al Fondo Nacional de Salud (Fonasa), la cual es recaudada por medio del Instituto de Normalización Previsional (INP)⁷; o alternatively pueden efectuarla en una Isapre, la cual recauda directamente las cotizaciones de sus afiliados y se encarga de pagar con dichos fondos las licencias médicas respectivas.

En este aspecto debe mencionarse también el rol de las CCAF, pues en los casos que un afiliado a Fonasa tenga un empleador afiliado a una CCAF, esta última se encarga de recaudar una cotización equivalente al 0,6% de la remuneración o renta imponible del trabajador para financiar el régimen de Subsidios por Incapacidad Laboral. Así, el 6,4% restante es recaudado por el INP en beneficio de Fonasa, institución que en todo caso debe por ley cubrir mensualmente los déficit de las CCAF en lo referente a la administración de los Subsidios por Incapacidad Laboral (eventualmente Fonasa también recupera los superávit de las CCAF en caso que se produzcan, pero en los últimos años sólo han presentado déficit).⁸

e. Institucionalidad

Para los cotizantes de Fonasa, las entidades encargadas de visar las licencias médicas son las COMPIN, que corresponden a una dependencia técnico-administrativa de los Servicios de Salud. Las COMPIN son por lo tanto las encargadas de realizar la contraloría médica de las licencias de todos los cotizantes de Fonasa. En el caso que las COMPIN rechacen o modifiquen una licencia, el cotizante puede apelar a la Superintendencia de Seguridad Social.

Por su parte, para los cotizantes de Isapres son las propias contralorías médicas de estas instituciones las que visan las licencias. En caso que las rechacen o modifiquen, el cotizante debe apelar a las COMPIN, las que por lo tanto agregan a sus funciones la tarea de ser instancia de apelación de las resoluciones que emiten las Isapres.⁹ De acuerdo con el resultado de esta apelación, el cotizante puede apelar en última instancia a la Superintendencia de Seguridad Social.

⁶ Voluntariamente se puede cotizar un porcentaje adicional para acceder a mejores planes de salud en las Isapres.

⁷ La recaudación de las cotizaciones de los trabajadores independientes afiliados a Fonasa también puede ser realizada a través de una Administradora de Fondos de Pensiones (AFP).

⁸ La reglamentación de las CCAF en lo referente a la administración del Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa se encuentra en la Ley 18.833 de 1989.

⁹ Cabe mencionar que entre otras funciones, las COMPIN son además las encargadas de dictaminar la condición de invalidez de los trabajadores afiliados al antiguo sistema previsional.

1.2. SUBSIDIO POR REPOSO MATERNAL Y ENFERMEDAD GRAVE DE HIJO MENOR A UN AÑO¹⁰

El subsidio maternal es la continuidad del reposo pre y postnatal establecido en Chile en 1925 por el Decreto Ley N° 442 para las madres trabajadoras obreras. Este beneficio se hizo extensivo para las madres trabajadoras empleadas en 1953 a través de la Ley N° 11.462, y actualmente el descanso por maternidad a la madre trabajadora está establecido en el artículo 195 del Código del Trabajo. Por su parte, el permiso por enfermedad grave del hijo menor de un año está normado por el artículo 199 del Código del Trabajo y por los artículos 2° y 3° de la Ley N° 18.867. Cabe señalar que la Ley N° 18.418 de 1985 dictaminó que el financiamiento de este beneficio previsional sea íntegramente de cargo fiscal, dejando así de ser financiado mediante cotizaciones. Los subsidios que se otorgan en virtud de las normas legales descritas se rigen por lo establecido en la Ley N° 19.299 y por el DFL N° 44 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, y en lo pertinente, por las Leyes N° 18.418 y N° 18.469. A continuación se resume lo que estos cuerpos legales determinan en lo referente al subsidio analizado.

a. Beneficio

El beneficio del subsidio consiste en la mantención del 100% de la remuneración o renta imponible de la trabajadora por el período que goce de descanso de pre y postnatal o deba ausentarse por enfermedad grave de un hijo menor de un año, con un tope de 60 UF mensuales. Respecto al descanso para la madre trabajadora, éste comprende un período de seis semanas antes del parto y doce semanas después de él, y tiene un carácter de irrenunciable. De esta manera, para cada caso el subsidio consiste en el pago de la remuneración equivalente por los días no trabajados devengados, considerando como base de cálculo la remuneración imponible con deducción de las cotizaciones e impuestos correspondientes (remuneración neta). Se considera el promedio de la remuneración mensual y/o subsidios que se hayan devengado en los tres meses anteriores a aquel en que se inicie la licencia en el caso de las trabajadoras dependientes, y en los seis meses anteriores en el caso de las trabajadoras independientes. En 1994 se incorporó un tope máximo para el beneficio, consistente, para las trabajadoras dependientes, en el promedio de remuneraciones de los tres meses anteriores al séptimo mes calendario que precede al inicio de la licencia, incrementado en la variación del IPC más un 10%. Para las trabajadoras independientes el tope es similar, pero se consideran los tres meses anteriores al octavo mes calendario que precede al inicio de la licencia.

¹⁰ La descripción legal e institucional de este subsidio se basa en Dirección de Presupuestos (1998) y CIEDESS (1996).

b. Beneficiarios

Los beneficiarios potenciales son todas aquellas trabajadoras en edad fértil que forman parte de la fuerza de trabajo, estén o no adscritas a un régimen previsional (exceptuando a las imponentes de las Fuerzas Armadas y de Orden). Los beneficiarios objetivo son aquellas trabajadoras, dependientes o independientes,¹¹ que cumplen con los requisitos que dan derecho al pago del subsidio.¹²

c. Requisitos para tener Derecho a Subsidio

Para tener derecho al subsidio, el trabajador debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Contar con una licencia médica, debidamente autorizada por una COMPIN o por una Isapre, que disponga el descanso maternal de la trabajadora o justifique su ausencia laboral por enfermedad grave de un hijo menor de un año.
- Para las trabajadoras dependientes, tener un mínimo de seis meses de afiliación previsional y de tres meses de cotización dentro de los seis meses anteriores a la fecha inicial de la licencia médica correspondiente.
- Para las trabajadoras independientes, tener un mínimo de doce meses de afiliación previsional y de seis meses de cotización dentro de los doce meses anteriores a la fecha inicial de la licencia médica correspondiente. Además deben estar al día en el pago de cotizaciones, es decir, haber pagado la cotización del mes anterior a aquel en que se produzca la licencia.

d. Financiamiento

El Subsidio por Reposo Maternal y Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año es un beneficio de exclusivo cargo fiscal, formando parte del Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios de Cesantía, cuya administración financiera, control y tuición son de cargo de la Superintendencia de Seguridad Social. Esto implica que todos estos subsidios son pagados con recursos fiscales, independiente de la afiliación previsional del beneficiario.

¹¹ Las trabajadoras independientes se incorporaron como beneficiarios a partir de 1985, mediante la ley N° 18.469.

¹² Cabe señalar que la cobertura de beneficiarios no se restringe sólo a las madres biológicas. En virtud de las Leyes N° 19.250 y N° 19.272 de 1993 y N° 18.867 de 1989, también son beneficiarios de permiso de post parto los padres en caso de muerte de la madre durante su período de reposo maternal; y el trabajador o trabajadora que tenga a su cuidado un menor de edad inferior a 6 meses bajo tuición legal o por haber iniciado juicio de adopción. Estas leyes también extienden al padre la posibilidad de utilizar permiso y subsidio por enfermedad grave del hijo menor de un año cuando ambos padres son trabajadores; y para el trabajador o trabajadora que tenga a su cuidado un menor de edad inferior a 6 meses bajo tuición legal o por haber iniciado juicio de adopción.

e. Institucionalidad

En el caso del Subsidio por Reposo Maternal y Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año, la institucionalidad para visar y fiscalizar las licencias médicas, así como para apelar ante las modificaciones o rechazos de las mismas, es equivalente a la descrita para el caso del Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa. Al respecto, debe destacarse que las Isapres no tienen mayores incentivos para fiscalizar el uso de licencias médicas de sus cotizantes por concepto del Subsidio por Reposo Maternal y Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año, puesto que, como ya se señaló, estos subsidios son pagados íntegramente con recursos fiscales, independiente de la afiliación previsional del beneficiario.

2

EVOLUCIÓN DEL GASTO EN SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD LABORAL

El sistema de salud en la década de los noventa se caracterizó por el aumento en la prestación de servicios, particularmente de aquellos de menor complejidad, el aumento en la tasa de uso por beneficiario y la diversificación de la oferta de prestaciones. Además se continuó con la tendencia favorable en los indicadores de nivel de salud, y el Gobierno efectuó la mayor inversión histórica en el sistema público de salud, lo que permitió fortalecer la red de atención primaria y la hospitalaria de mediana y alta complejidad, aumentar la dotación de personal y mejorar las remuneraciones del sector.¹³ Como contrapartida, estos resultados demandaron un significativo esfuerzo de recursos fiscales, lo que se refleja en que el gasto del gobierno central en salud pasó de representar el 2,0% del PIB y el 9,3% del gasto total del gobierno central en 1990, al 2,8% del PIB y el 11,6% del gasto total del gobierno central en 1999.¹⁴ Esta situación ha tornado indispensable el análisis de la eficiencia en el uso de los recursos en salud, particularmente cuando está en marcha un proceso de reforma en el sector.

En este contexto, cabe señalar que entre 1990 y 1999 el gasto del sistema público de salud aumentó en un 169% –un 191% medido en términos por beneficiario–.¹⁵ Los componentes que lideraron este aumento fueron las inversiones, atención primaria y gastos en personal, lo que resulta coherente con las políticas gubernamentales impulsadas para recuperar la infraestructura, fortalecer la atención primaria y recuperar las remuneraciones del personal de salud. No obstante, también se observan crecimientos importantes en el gasto en la Modalidad de Atención de Libre Elección y en los Subsidios por Incapacidad Laboral, lo que no se asocia a políticas específicas y por lo tanto aparecen como gastos no controlados.

En particular, en el período 1991-1999 se verifica un aumento de un 118% en el gasto por concepto de Subsidios por Incapacidad Laboral, considerando tanto el Subsidio Maternal y Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año –con cargo fiscal– como el Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa –con cargo al régimen de prestaciones de salud, y por lo tanto compartido por los sistemas público y privado–. Se aprecia claramente que el gasto en cuestión creció

¹³ MINSAL (1999).

¹⁴ Dirección de Presupuestos (2000).

¹⁵ Rodríguez, J. y Tokman, M. (2000).

sostenidamente durante toda la década de los noventa, a una tasa promedio de 10,3% anual. Se observa además que si bien el gasto en Subsidio Maternal y Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año representa en promedio un cuarto del gasto agregado en la década, su peso relativo ha ido en aumento, pasando de ser el 21% del gasto total en 1991 a un 30% en 1999. Este mayor peso es el resultado de su crecimiento de 209% en el período analizado versus el crecimiento de 94% del gasto en Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa, el que de todas formas resulta altamente significativo.

Tabla 1
Gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral según Tipo de Subsidio
(MM\$ 99)

Año	Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa	Subsidio por Reposo Maternal y Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un año	Total
1991	84.280	22.831	107.111
1992	89.248	26.651	115.899
1993	94.225	30.954	125.179
1994	106.216	36.641	142.857
1995	117.108	43.112	160.220
1996	132.029	48.547	180.576
1997	152.167	54.645	206.812
1998	166.334	64.063	230.397
1999	163.260	70.640	233.900
Cambio 91-99 (%)	94%	209%	118%

Fuente: Superintendencia de Seguridad Social.

2.1. EVOLUCIÓN DEL GASTO EN SUBSIDIO POR ENFERMEDAD Y MEDICINA CURATIVA

De acuerdo a cifras de la Superintendencia de Seguridad Social, en 1999 el país destinó \$ 163.260 millones –de diciembre 1999– al pago de Subsidios de Enfermedad y Medicina Curativa –incluidos los maternales suplementarios– con cargo a la cotización del 7% del ingreso para la salud. Esta cifra representa un crecimiento agregado de 94% con respecto a 1991, pero se observan tasas de crecimiento diferenciadas al analizar el gasto en que incurren las distintas entidades administradoras, a saber, los Servicios de Salud y CCAF que pagan los subsidios de los afiliados a Fonasa, y las Isapres que pagan para sus propios cotizantes.

Particularmente, se destaca el mayor crecimiento del gasto incurrido por los cotizantes de Fonasa, en contraste con los cotizantes de Isapres –crecimiento de 123% y 80%, respectivamente–. Esto es señal de un incremento más pronunciado del gasto por concepto de Subsidios de Enfermedad y Medicina Curativa en el administrador del seguro público, crecimiento especialmente acelerado en la segunda mitad de la década. En este sentido, llama la atención que en todo el período la única entidad administradora que evidenció una disminución en el gasto fueron las Isapres entre 1998 y 1999 –disminución de 7%–, lo que llevó a disminuir el gasto agregado en dicho año. No obstante lo anterior, el gasto del administrador privado sigue teniendo un mayor peso relativo –un 62% en 1999–, aunque el acelerado crecimiento del gasto en el administrador público lo ha hecho pasar de representar el 33% del gasto total en 1991 a un 38% en 1999.

Tabla 2
Gasto en Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa
(MM\$ 99)

Año	Fonasa			Isapres	Total
	Servicios de Salud	CCAF	Subtotal Fonasa		
1991	9.524	17.984	27.508	56.772	84.280
1992	10.576	18.549	29.125	60.122	89.248
1993	10.678	18.875	29.553	64.672	94.225
1994	11.920	19.631	31.551	74.665	106.216
1995	13.313	21.220	34.533	82.575	117.108
1996	14.672	25.006	39.678	92.350	132.029
1997	16.201	30.618	46.819	105.348	152.167
1998	18.301	37.984	56.285	110.049	166.334
1999	20.159	41.065	61.224	102.036	163.260
Cambio 91-99 (%)	112%	128%	123%	80%	94%

Fuente: Superintendencia de Seguridad Social.

El gasto en Subsidios por Enfermedad y Medicina Curativa puede descomponerse como el producto del número total de días de subsidio pagados y el monto promedio diario pagado.

Analizando el primero de estos componentes se observa que en 1999 se pagaron más de 17 millones de días de subsidio y que en el período 1991-1999 el total de días de subsidio pagados creció en un 43%. Este incremento se compone de un aumento de 51% en el caso de los cotizantes de Fonasa, concentrado especialmente en la segunda mitad de la década, y un aumento de 33% en el caso de los cotizantes del administrador privado. Se observa además que, en contraste con

la distribución del gasto, es el administrador público el que tiene el mayor peso relativo en la cantidad de días pagados –un 58% en 1999–, lo que como contrapartida implica que el monto promedio diario pagado por Fonasa es significativamente menor al pagado por las Isapres –\$ 6.220 versus \$ 14.156 en 1999–, lo que a la vez se asocia a que los cotizantes de Isapres tienen en promedio mayores remuneraciones que los cotizantes de Fonasa.

Otro aspecto a destacar es que entre 1998 y 1999 el total de días pagados por las Isapres disminuyó de manera importante –en un 13%–, lo que llevó a que disminuyese por primera vez en el período el total de días pagados considerando a ambos administradores.

Así como se puede descomponer el gasto en Subsidios por Enfermedad y Medicina Curativa como el producto del número total de días de subsidio pagados y el monto promedio diario pagado, el primero de estos componentes se puede a su vez descomponer como el producto del número de subsidios iniciados y la duración de dichos subsidios.

Respecto al número de subsidios iniciados, entendidos como aquellos subsidios originados en la primera licencia otorgada a un trabajador considerando dentro del mismo subsidio las prórrogas de dicha primera licencia, se verifica un crecimiento de 65% entre 1991 y 1999. Esta cifra implica que en promedio cada año se inicia un 6,4% más de subsidios con respecto al año

Tabla 3
Número de Días de Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa Pagados

Año	Fonasa			Isapres	Total
	Servicios de Salud	CCAF	Subtotal Fonasa		
1991	2.755.744	3.759.304	6.515.048	5.403.703	11.918.751
1992	2.883.164	3.765.373	6.648.537	5.895.387	12.543.924
1993	2.848.159	3.659.287	6.507.446	6.067.656	12.575.102
1994	3.031.850	3.595.763	6.627.613	6.626.394	13.254.007
1995	3.069.666	3.630.949	6.700.615	7.259.318	13.959.933
1996	3.279.997	4.088.850	7.368.847	7.730.062	15.098.909
1997	3.435.044	4.748.133	8.183.177	8.426.162	16.609.339
1998	3.739.138	5.591.368	9.330.506	8.332.627	17.663.133
1999	3.939.852	5.903.747	9.843.599	7.208.152	17.051.751
Cambio 91-99 (%)	43%	57%	51%	33%	43%

Fuente: Superintendencia de Seguridad Social.

Tabla 4
Monto Promedio Pagado por Día de Subsidio por Enfermedad y
Medicina Curativa
(\$ 99)

Año	Fonasa			Isapres	Total
	Servicios de Salud	CCAF	Subtotal Fonasa		
1991	3.456	4.784	4.222	10.506	7.071
1992	3.668	4.926	4.381	10.198	7.115
1993	3.749	5.158	4.541	10.659	7.493
1994	3.932	5.459	4.761	11.268	8.014
1995	4.337	5.844	5.154	11.375	8.389
1996	4.473	6.116	5.385	11.947	8.744
1997	4.716	6.448	5.721	12.502	9.162
1998	4.894	6.793	6.032	13.207	9.417
1999	5.117	6.956	6.220	14.156	9.574
Cambio 91-99 (%)	48%	45%	47%	35%	35%

Fuente: Superintendencia de Seguridad Social.

precedente. Analizando la evolución de las distintas entidades pagadoras, se aprecia que el mayor crecimiento del período corresponde al administrador público, con un aumento de 67%, liderado por las CCAF con un 73% de incremento. Especial mención merece el caso de las Isapres, las que entre 1991 y 1997 experimentaron un aumento de 93% en el número de subsidios iniciados, para luego revertir esa situación y experimentar una disminución de 16% entre 1997 y 1999. Este resultado es consistente con un aumento en la tasa de rechazo de licencias por parte de las Isapres, que pasó de 3,7% en promedio para el período 1991-1996, a 7,2% en promedio para el período 1997-1999. Asimismo, esto se refleja en la disminución del gasto por concepto de Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa que tuvieron las Isapres entre 1998 y 1999.

En cuanto a la duración promedio de los subsidios, entre 1991 y 1999 se verifica una disminución en todas las entidades pagadoras, pasándose a nivel agregado de subsidios de una duración promedio de 14,4 días en 1991 a 12,5 en 1999. De todas maneras cabe resaltar que los subsidios pagados a los cotizantes de Fonasa tuvieron en 1999 una duración promedio de 15 días, significativamente mayor que los 10 días pagados en promedio a los cotizantes del administrador privado.

Tabla 5
Número de Subsidios por Enfermedad y
Medicina Curativa Iniciados

Año	Fonasa			Isapres	Total
	Servicios de Salud	CCAF	Subtotal Fonasa		
1991	143.781	243.243	387.024	440.912	827.936
1992	137.769	243.305	381.074	517.696	898.770
1993	147.711	260.013	407.724	607.337	1.015.061
1994	158.688	255.420	414.108	646.191	1.060.299
1995	175.544	263.364	438.908	706.879	1.145.787
1996	188.064	302.542	490.606	749.180	1.239.786
1997	211.696	361.208	572.904	849.665	1.422.569
1998	217.865	396.805	614.670	781.887	1.396.557
1999	226.629	420.348	646.977	717.234	1.364.211
Cambio 91-99 (%)	58%	73%	67%	63%	65%

Fuente: Superintendencia de Seguridad Social.

Tabla 6
Duración Promedio de Subsidios por Enfermedad y
Medicina Curativa Pagados

Año	Fonasa			Isapres	Total
	Servicios de Salud	CCAF	Subtotal Fonasa		
1991	19,2	15,5	16,8	12,3	14,4
1992	20,9	15,5	17,4	11,4	14,0
1993	19,3	14,1	16,0	10,0	12,4
1994	19,1	14,1	16,0	10,3	12,5
1995	17,5	13,8	15,3	10,3	12,2
1996	17,4	13,5	15,0	10,3	12,2
1997	16,2	13,1	14,3	9,9	11,7
1998	17,2	14,1	15,2	10,7	12,6
1999	17,4	14,0	15,2	10,0	12,5
Cambio 91-99 (%)	-9%	-9%	-10%	-18%	-13%

Fuente: Superintendencia de Seguridad Social, Superintendencia de Isapres.

Finalmente, como una medida de la intensidad de uso que se hace de los Subsidios por Enfermedad y Medicina Curativa, se relativiza el número total de días de subsidio pagados controlado por la cantidad de cotizantes. Se plantea así la Tasa de Incapacidad Laboral (TIL) definida como el número de días de subsidio pagados anualmente por cotizante.¹⁶

Analizando en primer lugar el número total de cotizantes, se observa que aumentó en un 24% en el período 1991-1999, creciendo en todos los años analizados con excepción de 1999. Se destaca el aumento de 61% en la cantidad de cotizantes del administrador privado, lo que contrasta con el administrador público, que sólo aumentó en un 4% –compuesto por un aumento de 22% en las CCAF y una caída de 17% en los Servicios de Salud.

En cuanto a la TIL, en términos agregados se aprecia un crecimiento de 16% en el período, pasando de 4,3 días al año por cotizante en 1991, a 5,0 en 1999. Sin embargo, el comportamiento de este indicador es muy disímil entre las entidades pagadoras, ya que mientras en el caso de las Isapres disminuye en un 17% –pasa de 5,7 días en 1991 a 4,7 en 1999–, en el caso de las CCAF crece en un 29% –pasa de 3,8 a 4,9–, y en el caso de los Servicios de Salud crece significativamente en un 73% –desde 3,4 días hasta 5,9–. Si bien la TIL de los cotizantes de Isapres muestra un repunte en el período 1994-1998, ésta vuelve a caer en 1999, por lo que en términos agregados se puede afirmar que el crecimiento de la TIL en el período 1991-1999 ha dependido exclusivamente del incremento de la misma en los cotizantes del administrador público. Esto es reflejo del importante aumento en el número de días de subsidio pagados por Fonasa, junto con el bajo crecimiento en el número de cotizantes respectivo, el que cae fuertemente entre 1991 y 1994 para recién en 1999 recuperar sus niveles de principios de la década.

Tabla 7
Número de Cotizantes por Entidad Pagadora

Año	Fonasa			Isapres	Total
	Servicios de Salud	CCAF	Subtotal Fonasa		
1991	812.442	988.949	1.801.391	942.878	2.744.269
1992	779.393	1.009.097	1.788.490	1.146.737	2.935.227
1993	679.993	1.032.686	1.712.679	1.341.505	3.054.184
1994	587.736	1.003.598	1.591.334	1.516.994	3.108.328
1995	646.565	995.541	1.642.106	1.575.948	3.218.054
1996	610.773	1.054.592	1.665.365	1.620.165	3.285.530
1997	643.417	1.128.249	1.771.666	1.663.646	3.435.312
1998	634.434	1.211.606	1.846.040	1.630.785	3.476.825
1999	671.841	1.205.144	1.876.985	1.518.553	3.395.538
Cambio 91-99 (%)	-17%	22%	4%	61%	24%

Fuente: Superintendencia de Seguridad Social.

¹⁶ Cabe notar que la TIL, que representa el número de días de subsidio pagados por cotizante, difiere del número total de días de licencia por cotizante debido a la carencia de 3 días que rige sobre las licencias de 10 o menos días.

Tabla 8
Tasa de Incapacidad Laboral por Concepto de Subsidios por Enfermedad y Medicina Curativa

Año	Fonasa			Isapres	Total
	Servicios de Salud	CCAF	Subtotal Fonasa		
1991	3,4	3,8	3,6	5,7	4,3
1992	3,7	3,7	3,7	5,1	4,3
1993	4,2	3,5	3,8	4,5	4,1
1994	5,2	3,6	4,2	4,4	4,3
1995	4,7	3,6	4,1	4,6	4,3
1996	5,4	3,9	4,4	4,8	4,6
1997	5,3	4,2	4,6	5,1	4,8
1998	5,9	4,6	5,1	5,1	5,1
1999	5,9	4,9	5,2	4,7	5,0
Cambio 91-99 (%)	73%	29%	45%	-17%	16%

Fuente: Superintendencia de Seguridad Social.

2.2. EVOLUCIÓN DEL GASTO EN SUBSIDIO POR REPOSO MATERNAL Y ENFERMEDAD GRAVE DE HIJO MENOR A UN AÑO

En 1999 el país destinó un total de \$ 70.640 millones –de diciembre 1999– al pago de Subsidios por Reposo Maternal y Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año, todo con cargo al Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios de Cesantía.

El gasto por concepto de este conjunto de subsidios creció en un 209% en el período 1991-1999, lo que implica un crecimiento promedio de 15,2% anual. Al analizar separadamente los dos componentes del subsidio, se verifica que el gasto por Reposo Maternal creció en un 144% entre 1991 y 1999, mientras que el gasto en subsidios por Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año creció explosivamente en un 882% en igual período.

Debe destacarse que el mayor porcentaje de estos subsidios es pagado a los cotizantes de Isapres –un 73% medido en términos de recursos en el año 1999–, es decir, consecuentemente a aquellos cotizantes con mayores remuneraciones.¹⁷ Más aún, un porcentaje mayor al 90% de los

¹⁷ En Superintendencia de Seguridad Social (2000) se presentan estadísticas basadas en la Encuesta CASEN que reafirman que las personas de mayores ingresos están afiliadas al sector privado de salud.

recursos se destinaría a pagar los subsidios de los cotizantes pertenecientes a los dos quintiles de mayores ingresos de la población.¹⁸ En consideración que la totalidad de este beneficio se carga al Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios de Cesantía, constituido exclusivamente con aportes fiscales, y a pesar que esta distribución de recursos es esperable dado el diseño del subsidio –el cual no contempla una focalización por nivel de ingreso más allá del establecimiento de un tope de 60 UF como beneficio mensual máximo–, cabe cuestionarse si no sería deseable disminuir su nivel de regresividad. Ello, sobre todo, tomando en cuenta que la regresividad ha ido aumentando en el tiempo, pues se observa que precisamente el gasto asociado a los cotizantes de Isapres es el que más creció en el período 1991–1999, a un ritmo de cerca de 16,3% promedio anual, en contraste con el crecimiento de 12,6% anual del gasto asociado a los cotizantes de Fonasa.

Tabla 9
Gasto en Subsidio por Reposo Maternal y Enfermedad Grave
de Hijo Menor a Un Año
(MM\$ 99)

Año	Subsidio por Reposo Maternal	Subsidio por Enfermedad Grave de Hijo Menor a un Año	Total
1991	20.813	2.018	22.831
1992	24.024	2.627	26.651
1993	27.696	3.258	30.954
1994	32.468	4.174	36.641
1995	37.368	5.743	43.112
1996	40.720	7.827	48.547
1997	44.225	10.420	54.645
1998	48.739	15.324	64.063
1999	50.818	19.822	70.640
Cambio 91-99 (%)	144%	882%	209%

Fuente: Superintendencia de Seguridad Social.

¹⁸ Beteta, E., Millán, I. y Oyarzo, C. (2001) encuentran en base a la Encuesta CASEN 1994 que para dicho año menos de un 9% del gasto en Subsidios por Reposo Maternal y Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año se pagó a cotizantes pertenecientes a los tres quintiles de menores ingresos de la población.

Tabla 10
Gasto en Subsidio por Reposo Maternal y Enfermedad Grave
de Hijo Menor a Un Año
(MM\$ 99)

Año	Fonasa			Isapres	Total
	Servicios de Salud	CCAF	Subtotal Fonasa		
1991	3.340	4.121	7.461	15.369	22.831
1992	3.325	4.149	7.474	19.177	26.651
1993	3.707	4.463	8.170	22.784	30.954
1994	4.175	4.901	9.076	27.566	36.641
1995	4.613	5.577	10.190	32.921	43.112
1996	5.103	6.325	11.428	37.119	48.547
1997	5.655	7.478	13.133	41.512	54.645
1998	6.206	9.618	15.824	48.239	64.063
1999	7.088	12.255	19.343	51.297	70.640
Cambio 91-99 (%)	112%	197%	159%	234%	209%

Fuente: Superintendencia de Seguridad Social.

Al igual que en el análisis presentado para el gasto en Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa, el gasto en Subsidio por Reposo Maternal y Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año puede descomponerse como el producto del número total de días de subsidio pagados y el monto promedio diario pagado.

Al respecto, en 1999 se pagaron más de 9,5 millones de días de subsidio, correspondiendo el 74% de ellos a Reposo Maternal. Para este subsidio se observa que en el período 1991-1999 creció en un 28% el total de días pagados, liderando este crecimiento el pago a cotizantes de Isapres. Por su parte, para el caso del Subsidio por Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año se aprecia un muy significativo aumento en el número de días de subsidio pagados –un 510% entre 1991 y 1999–, el que implicó que su peso relativo en número de días haya pasado de un 7% en 1991 a un 26% en 1999. Cabe señalar, además, que en 1999 el total de días de subsidio pagados se distribuye en porcentajes muy similares entre los cotizantes de Isapres y de Fonasa.

En cuanto al monto promedio diario de subsidio pagado, éste creció en un 91% en el caso de Reposo Maternal, y en un 61% en el caso de Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año, siendo en ambos casos muy superior el monto pagado a los cotizantes de Isapres en comparación a los cotizantes de Fonasa. Esto último explica que los cotizantes de Isapres reciban cerca de tres cuartos del gasto total, siendo que sólo abarcan la mitad del total de días de subsidio pagados.

Tabla 11
Número de Días de Subsidio por Reposo Maternal y
Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año

Año	Subsidio por Reposo Maternal	Subsidio por Enfermedad Grave de Hijo Menor a un Año	Total
1991	5.506.673	411.584	5.918.257
1992	5.564.066	497.515	6.061.581
1993	5.870.755	557.948	6.428.703
1994	6.299.611	681.054	6.980.665
1995	6.523.231	863.674	7.386.905
1996	6.649.432	1.121.009	7.770.441
1997	6.883.531	1.399.862	8.283.393
1998	7.178.087	2.047.174	9.225.261
1999	7.037.914	2.511.216	9.549.130
Cambio 91-99 (%)	28%	510%	61%

Fuente: Superintendencia de Seguridad Social, Superintendencia de Isapres.

Tabla 12
Monto Promedio Pagado por Día de Subsidio por
Reposo Maternal y Enfermedad Grave de Hijo
Menor a Un Año (\$ 99)

Año	Subsidio por Reposo Maternal	Subsidio por Enfermedad Grave de Hijo Menor a un Año	Total
1991	3.780	4.903	3.858
1992	4.318	5.279	4.397
1993	4.718	5.839	4.815
1994	5.154	6.128	5.249
1995	5.728	6.650	5.836
1996	6.124	6.982	6.248
1997	6.425	7.443	6.597
1998	6.790	7.485	6.944
1999	7.221	7.893	7.398
Cambio 91-99 (%)	91%	61%	92%

Fuente: Superintendencia de Seguridad Social, Superintendencia de Isapres.

Siguiendo el análisis, el número total de días de subsidio pagados se puede a su vez descomponer como el producto del número de subsidios iniciados y su duración promedio.

Respecto al número de subsidios iniciados, en el año 1999 se contabilizaron más de 233 mil, correspondiendo poco más de la mitad de ellos a Reposo Maternal. A partir de esta distribución se deduce que en la actualidad la relación entre subsidios iniciados por Reposo Maternal y Enfermedad Grave de Hijo Menor a un Año es casi uno a uno, cuando en 1991 dicha relación era de 2,4 subsidios por Reposo Maternal por cada subsidio por Enfermedad Grave de Hijo Menor a un Año. Esto es consecuencia de la significativa tasa de crecimiento de subsidios por Enfermedad Grave de Hijo Menor a un Año iniciados en el período 1991-1999, que llegó a 207% –tasa similar tanto para los cotizantes de Isapres como de Fonasa–, mientras que la por Reposo Maternal fue de 35%.

En cuanto a la duración promedio de los subsidios, el análisis debe centrarse en los subsidios de Enfermedad Grave de Hijo Menor a un Año, puesto que para el Reposo Maternal la duración está fijada por ley, produciéndose sólo variaciones marginales. Así, para los subsidios de Enfermedad Grave de Hijo Menor a un Año se observa que la duración promedio pasó de 11,2 días en 1991 a 22,2 días en 1999, es decir, prácticamente se duplicó. Por último, cabe notar que en 1999 la duración promedio de los subsidios fue un 10% mayor para los cotizantes de Isapres en comparación con los de Fonasa –duración de 23,1 días versus 21,0.

Tabla 13
Número de Subsidios Pagados por Reposo Maternal y
Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año

Año	Subsidio por Reposo Maternal	Subsidio por Enfermedad Grave de Hijo Menor a un Año	Total
1991	88.979	36.790	125.769
1992	82.290	40.550	122.840
1993	85.475	46.876	132.350
1994	91.679	52.720	144.400
1995	94.221	60.527	154.748
1996	113.513	75.832	189.344
1997	121.521	92.148	213.669
1998	123.753	115.287	239.040
1999	120.092	112.932	233.024
Cambio 91-99 (%)	35%	207%	85%

Fuente: Superintendencia de Seguridad Social, Superintendencia de Isapres.

Tabla 14
Duración Promedio de Subsidios por Reposo Maternal y
Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año Pagados

Año	Subsidio por Reposo Maternal	Subsidio por Enfermedad Grave de Hijo Menor a un Año	Total
1991	61,9	11,2	47,1
1992	67,6	12,3	49,3
1993	68,7	11,9	48,6
1994	68,7	12,9	48,3
1995	69,2	14,3	47,7
1996	58,6	14,8	41,0
1997	56,6	15,2	38,8
1998	58,0	17,8	38,6
1999	58,6	22,2	41,0
Cambio 91-99 (%)	-5%	99%	-13%

Fuente: Superintendencia de Seguridad Social, Superintendencia de Isapres.

Finalmente, también se puede calcular la Tasa de Incapacidad Laboral (TIL) para los subsidios por Reposo Maternal y Enfermedad Grave de Hijo Menor a un Año, siendo pertinente en este caso, dada la naturaleza de los subsidios, definir la TIL como el número de días de subsidio pagados anualmente por cotizante mujer de entre 15 y 44 años de edad.¹⁹

Analizando en primer lugar el número total de cotizantes mujeres entre 15 y 44 años de edad, se observa que aumentó en un 29% en el período 1991-1999, siendo este crecimiento más que proporcional que el del total de cotizantes –que alcanzó a un 24%–. Se observa además que el número de cotizantes mujeres en edad fértil creció en todos los años analizados, con excepción de 1994 y 1999. Se destaca el aumento de 54% en el administrador privado, lo que contrasta con Fonasa, que aumentó sólo en un 16% en igual período.

En cuanto a la TIL, en términos agregados se aprecia un crecimiento de 25% en el período, pasando de 7,9 días al año por cotizante mujer en edad fértil en 1991, a 9,9 en 1999. Sin embargo, el comportamiento de este indicador es muy disímil en lo referente a Reposo Maternal y

¹⁹ Se utiliza una TIL definida de esta forma debido a que la gran mayoría de quienes hacen uso de los subsidios por Reposo Maternal y de Enfermedad Grave de Hijo Menor a un Año son cotizantes de sexo femenino en edad fértil, a pesar que, como se describe en la sección 1.2 de este documento, la legislación contempla algunos casos marginales en que puede haber otro tipo de beneficiarios.

Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año: para el primer subsidio se verifica una caída de 1% en la TIL, mientras que para el segundo se observa un explosivo crecimiento de 372%. De todas maneras, en términos absolutos la TIL por Reposo Maternal muestra un mayor valor –por ejemplo en 1999 fue de 7,3 días versus la TIL por Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año que fue de 2,6–, diferencia que, sin embargo, se viene reduciendo en el tiempo.

En el caso particular del subsidio por Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año se verifica que en el período 1991-1999 la TIL ha crecido en mayor proporción para las cotizantes de Fonasa –un 419% en comparación a un 299% para las cotizantes de Isapres–, aunque en términos absolutos en 1999 las cotizantes de Isapres tuvieron 3,8 días de subsidio en promedio en contraste con los 1,8 días que tuvieron las cotizantes de Fonasa.

Tabla 15
Número de Cotizantes Mujeres entre 15 y 44 Años de Edad

Año	Fonasa	Isapres	Total
1991	489.407	256.262	745.669
1992	493.422	305.268	798.690
1993	473.108	350.696	823.804
1994	422.945	397.579	820.524
1995	487.577	411.031	898.608
1996	494.795	425.570	920.365
1997	527.473	437.906	965.379
1998	564.662	429.207	993.869
1999	569.094	394.791	963.885
Cambio 91-99 (%)	16%	54%	29%

Fuente: Superintendencia de Seguridad Social.

Tabla 16
Tasa de Incapacidad Laboral por Concepto de Subsidios por Reposo Maternal
y Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año Pagados

Año	Subsidio por Reposo Maternal	Subsidio por Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un año	Total
1991	7,4	0,6	7,9
1992	7,0	0,6	7,6
1993	7,1	0,7	7,8
1994	7,7	0,8	8,5
1995	7,3	1,0	8,2
1996	7,2	1,2	8,4
1997	7,1	1,5	8,6
1998	7,2	2,1	9,3
1999	7,3	2,6	9,9
Cambio 91-99 (%)	-1%	372%	25%

Fuente: Superintendencia de Seguridad Social, Superintendencia de Isapres.

3

MODELACIÓN DEL GASTO EN SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD LABORAL

3.1. MODELACIÓN DEL GASTO EN SUBSIDIO POR ENFERMEDAD Y MEDICINA CURATIVA

En términos generales, el gasto anual en Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa puede definirse como la siguiente función, donde el signo (+) representa un efecto positivo de la variable explicativa sobre el gasto:

$$(3.1.1) \quad G = f\left(N^+, Y^+, TIL^+\right)$$

Donde:

G : Gasto anual en Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa.

N : Número de cotizantes.

Y : Ingreso imponible de los cotizantes.

TIL : Intensidad de uso del subsidio por cotizante, dado por la Tasa de Incapacidad Laboral (días de subsidio pagados por cotizante al año).

A su vez, la intensidad de uso del subsidio (TIL) puede definirse como:

$$(3.1.2) \quad TIL = f\left(E^+, A^+\right)$$

Donde:

E : Factores Epidemiológicos, entendiéndose como las razones médicas que justifican las licencias que dan derecho al subsidio. En este caso es relevante la Tasa de Morbilidad de la fuerza laboral.

A : Abuso del beneficio más allá de su justificación médica.

Finalmente, el abuso del beneficio (A) puede definirse como:

$$(3.1.3) \quad A = f\left(I^+, C^-\right)$$

Donde:

I : Incentivos institucionales de los diferentes actores (cotizantes, médicos, entidades pagadoras) que puedan llevar a la sobreutilización del subsidio.

C : Control y fiscalización por parte de la entidades fiscalizadoras.

Agrupando las ecuaciones (3.1.1), (3.1.2) y (3.1.3), el gasto anual en Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa depende de las siguientes variables:

$$(3.1.4) \quad G = f\left(N^+, Y^+, E^+, I^+, C^-\right)$$

De las cinco variables explicativas del gasto, dos son objetivamente cuantificables (N , Y), mientras que las restantes tres en la práctica reflejan su efecto a través de la intensidad de uso del subsidio captada mediante la TIL . Por ello, si bien la ecuación (3.1.4) define conceptualmente el gasto en Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa, en la práctica se observa la ecuación (3.1.1). Así, la ecuación (3.1.1) se especifica como:

$$(3.1.5) \quad G = \sum_i^N y_i \cdot til_i = N \cdot y \cdot TIL$$

Donde

y_i : Ingreso imponible diario del cotizante i .

til_i : Tasa de Incapacidad Laboral del cotizante i (días de subsidio pagados en el año al cotizante i).

$$y = \frac{\sum_i^N y_i \cdot til_i}{\sum_i^N til_i} : \text{Monto promedio diario de subsidio pagado.}$$

$$TIL = \frac{\sum_i^N til_i}{N} : \text{Tasa de Incapacidad Laboral (días de subsidios pagados por cotizante al año).}$$

A su vez, la ecuación (3.1.5) puede reescribirse como:

$$(3.1.6) \quad G = N \cdot Y \cdot y' \cdot TIL$$

Donde:

$$Y = \frac{\sum_i^N y_i}{N} : \text{Ingreso imponible promedio diario de los cotizantes.}$$

$y' = \frac{y}{Y}$: Relación entre monto promedio de subsidio pagado e ingreso imponible promedio diario de los cotizantes, que refleja la intensidad de uso relativa del subsidio por parte de los cotizantes de mayores ingresos.

De esta manera, la ecuación que muestra la tasa de crecimiento del gasto en Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa queda especificada por:

$$(3.1.7) \quad \dot{G} = (1 + \dot{N}) \cdot (1 + \dot{Y}) \cdot (1 + y') \cdot (1 + T\dot{I}L) - 1$$

La que a su vez puede reescribirse como:

$$(3.1.8) \quad \dot{G} = \dot{N} + \dot{Y} + y' + T\dot{I}L + \dot{\Delta}$$

Donde:

$\dot{\Delta}$: representa los efectos cruzados de las variables $\dot{N}, \dot{Y}, y', T\dot{I}L$.²⁰

Así, conociendo la tasa \dot{G} efectiva para un período determinado, se puede verificar qué parte de ella es explicada por las tasas \dot{N}, \dot{Y}, y' observadas, y qué parte es explicada por el componente $T\dot{I}L$ que representaría el efecto intensidad de uso del subsidio, el que como ya se vio depende de factores epidemiológicos y del abuso del beneficio más allá de las razones médicas. Cabe señalar que dentro de este último componente no es posible aislar directamente en la ecuación el efecto abuso del efecto epidemiológico, por lo que debe recurrirse al análisis de la evolución de indicadores de nivel de salud para plantear hipótesis sobre la magnitud del efecto abuso.

3.2. MODELACIÓN DEL GASTO EN SUBSIDIO POR REPOSO MATERNAL Y ENFERMEDAD GRAVE DE HIJO MENOR A UN AÑO

Haciendo una modelación análoga a la del gasto anual en Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa, el gasto en Subsidio por Reposo Maternal y Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año puede definirse como la siguiente función:

$$(3.2.1) \quad G_m = f\left(N_m^+, Y_m^+, T\dot{I}L_m^+\right)$$

²⁰ $\dot{\Delta} = y' \cdot \dot{N} + y' \cdot \dot{Y} + y' \cdot T\dot{I}L + \dot{Y} \cdot T\dot{I}L + \dot{Y} \cdot \dot{N} + T\dot{I}L \cdot \dot{N} + y' \cdot T\dot{I}L \cdot \dot{Y} + y' \cdot T\dot{I}L \cdot \dot{N} + y' \cdot \dot{Y} \cdot \dot{N} + \dot{Y} \cdot T\dot{I}L \cdot \dot{N} + y' \cdot T\dot{I}L \cdot \dot{N} \cdot \dot{Y}$.

Donde:

G_m : Gasto anual en Subsidio por Reposo Maternal y Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año.

N_m : Número de cotizantes mujeres en edad fértil.

Y_m : Ingreso imponible de las cotizantes mujeres.

TIL_m : Intensidad de uso del subsidio por cotizante mujer, dado por la Tasa de Incapacidad Laboral (días de subsidio pagados por cotizante mujer al año).

Respecto a la ecuación 3.2.1, cabe señalar que se está suponiendo, tal como se hizo en la sección 2.2, que para el caso del Subsidio por Reposo Maternal y Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año sólo son pertinentes como beneficiarios los cotizantes de sexo femenino en edad fértil, a pesar que la legislación contempla algunos casos marginales en que son otros los beneficiarios.

Continuando con la modelación, la intensidad de uso del subsidio (TIL_m) puede definirse como:

$$(3.2.2) \quad TIL_m = f\left(E_m^+, A_m^+\right)$$

Donde:

E_m : Factores Epidemiológicos, entendiéndose como las razones médicas que justifican las licencias que dan derecho al subsidio. En este caso, se refieren a la Tasa de Natalidad y la Tasa de Morbilidad Infantil en menores de un año.

A_m : Abuso del beneficio más allá de su justificación médica.

Finalmente, el abuso del beneficio (A_m) puede definirse como:

$$(3.2.3) \quad A_m = f\left(I_m^+, C_m^-\right)$$

Donde:

I_m : Incentivos institucionales de los diferentes actores (cotizantes mujeres, médicos, entidades pagadoras) que puedan llevar a la sobreutilización del subsidio.

C_m : Control y fiscalización por parte de la entidades fiscalizadoras.

Agrupando las ecuaciones (3.2.1), (3.2.2) y (3.2.3), el gasto anual en Subsidio por Reposo Maternal y Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año depende de las siguientes variables:

$$(3.2.4) \quad G_m = f\left(N_m^+, Y_m^+, E_m^+, I_m^+, C_m^-\right)$$

Al igual que en el caso del gasto anual en Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa, de las cinco variables explicativas del gasto en Subsidio por Reposo Maternal y Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año, dos son objetivamente cuantificables (N_m, Y_m), mientras que las restantes tres en la práctica reflejan su efecto a través de la intensidad de uso del subsidio captada mediante la TIL_m . Por ello, si bien la ecuación (3.2.4) define conceptualmente el gasto en Subsidio por Reposo Maternal y Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año, en la práctica se observa la ecuación (3.2.1). Así, la ecuación (3.2.1) se especifica como:

$$(3.2.5) \quad G_m = \sum_i^{N_m} y_{mi} \cdot til_{mi} = N_m \cdot y_m \cdot TIL_m$$

Donde:

y_{mi} : Ingreso imponible diario de la cotizante i .

til_{mi} : Tasa de Incapacidad Laboral de la cotizante i (días de subsidio pagados en el año a la cotizante i).

$$y_m = \frac{\sum_i^{N_m} y_{mi} \cdot til_{mi}}{\sum_i^{N_m} til_{mi}} : \text{Monto promedio diario de subsidio pagado.}$$

$$TIL_m = \frac{\sum_i^{N_m} til_{mi}}{N_m} : \text{Tasa de Incapacidad Laboral (días de subsidios pagados por cotizante mujer al año).}$$

A su vez, la ecuación (3.2.5) puede reescribirse como:

$$(3.2.6) \quad G_m = N_m \cdot Y_m \cdot y'_m \cdot TIL_m$$

Donde:

$$Y_m = \frac{\sum_i^{N_m} y_{mi}}{N_m} : \text{Ingreso imponible diario promedio de las cotizantes mujeres.}$$

$$y'_m = \frac{y_m}{Y_m} : \text{Relación entre monto promedio de subsidio pagado e ingreso imponible promedio diario de las cotizantes mujeres, que refleja la intensidad de uso relativa del subsidio por parte de las cotizantes de mayores ingresos.}$$

De esta manera, la ecuación que muestra la tasa de crecimiento del gasto en Subsidio por Reposo Maternal y Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año queda especificada por:

$$(3.2.7) \quad \dot{G}_m = (1 + \dot{N}_m) \cdot (1 + \dot{Y}_m) \cdot (1 + \dot{y}'_m) \cdot (1 + T\dot{I}L_m) - 1$$

Siguiendo la analogía con la modelación del gasto anual en Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa, la ecuación (3.2.7) puede reescribirse como:

$$(3.2.8) \quad \dot{G}_m = \dot{N}_m + \dot{Y}_m + \dot{y}'_m + T\dot{I}L_m + \dot{\Delta}_m$$

Donde:

$\dot{\Delta}_m$: representa los efectos cruzados de las variables $\dot{N}_m, \dot{Y}_m, \dot{y}'_m, T\dot{I}L_m$.²¹

Así, conociendo la tasa \dot{G}_m efectiva para un período determinado, se puede verificar qué parte de ella es explicada por las tasas $\dot{N}_m, \dot{Y}_m, \dot{y}'_m$ observadas, y qué parte es explicada por el componente $T\dot{I}L_m$ que representaría el efecto intensidad de uso del subsidio, el que como ya se vio, depende de factores epidemiológicos y del abuso del beneficio más allá de razones médicas.

Al igual que en el caso del componente $T\dot{I}L$ de la ecuación (3.1.8), cabe señalar que dentro del componente $T\dot{I}L_m$ no es posible aislar directamente en la ecuación el efecto abuso del efecto epidemiológico, por lo que debe recurrirse al análisis de la evolución de indicadores de nivel de salud para plantear hipótesis sobre la magnitud del efecto abuso. En particular, para el caso del Subsidio por Reposo Maternal y Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año, los factores epidemiológicos relevantes están dados por la morbilidad infantil de menores de un año, debiendo considerarse también en esta variable la Tasa de Natalidad. Así, aumentos en la tasa de uso del subsidio más allá de los factores recién citados debiesen interpretarse como el efecto abuso.

²¹ $\dot{\Delta}_m = \dot{y}'_m \cdot \dot{N}_m + \dot{y}'_m \cdot \dot{Y}_m + \dot{y}'_m \cdot T\dot{I}L_m + \dot{Y}_m \cdot T\dot{I}L_m + \dot{Y}_m \cdot \dot{N}_m + T\dot{I}L_m \cdot \dot{N}_m + \dot{y}'_m \cdot T\dot{I}L_m \cdot \dot{Y}_m + \dot{y}'_m \cdot T\dot{I}L_m \cdot \dot{N}_m + \dot{y}'_m \cdot \dot{Y}_m \cdot \dot{N}_m + \dot{Y}_m \cdot T\dot{I}L_m \cdot \dot{N}_m + \dot{y}'_m \cdot T\dot{I}L_m \cdot \dot{N}_m \cdot \dot{Y}_m$.

4

ESTIMACIÓN DE LA COMPOSICIÓN Y PROYECCIÓN DEL GASTO EN SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD LABORAL

4.1. COMPOSICIÓN DEL GASTO EN SUBSIDIO POR ENFERMEDAD Y MEDICINA CURATIVA

Siguiendo la ecuación 3.1.8, es posible estudiar la evolución del gasto en Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa y estimar el peso de los factores que han incidido en ella. Es así como a continuación se presenta esta información para el período 1991-1999, tanto por entidad aseguradora como para el gasto total.

Tabla 17
Nivel y Composición Tasa de Crecimiento del Gasto en Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa
Período 1991-1999

Componente	Fonasa	Isapres	Total
Número de Cotizantes (\dot{N})	4%	61%	24%
Ingreso Imponible Cotizantes (\dot{Y})	40%	22%	40%
Intensidad de Uso Relativa Cotizantes de Mayores Ingresos (\dot{y})	5%	11%	-3%
Intensidad de Uso Total (\dot{TIL})	45%	-17%	16%
Efecto Cruzado ($\dot{\Delta}$)	29%	3%	17%
Gasto (\dot{G})	123%	80%	94%

Fuente: Estimación en base Superintendencia de Seguridad Social, Superintendencia de Isapres, Superintendencia de AFP.

En términos agregados, se verifica que el factor de mayor peso en el aumento del gasto en Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa en el período 1991-1999 corresponde al mayor ingreso imponible de los cotizantes, que genera un aumento directo del gasto igual a 40%.²² A continuación se ubica el crecimiento en el número de cotizantes, seguido por el incremento en la

²² Esta cifra es levemente superior al crecimiento del índice real de remuneraciones calculado por el INE para el período 1991-1999, que alcanza a 33%.

intensidad de uso del subsidio, que generan un aumento directo del gasto igual a 24% y 16% respectivamente.²³

No obstante lo anterior, al analizar la situación por entidad aseguradora se aprecian importantes diferencias. En el caso de las Isapres, el componente que ha tenido la mayor incidencia en el incremento del gasto en Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa ha sido el aumento en el número de cotizantes, seguido a distancia por el mayor ingreso imponible de los mismos. Concretamente, el incremento en la cantidad de cotizantes generó un aumento directo del gasto igual a 61%, mientras que el incremento de su ingreso imponible generó un aumento directo del gasto igual a 22%. En contraste, la evolución de la TIL de los cotizantes de Isapres ha tenido un efecto directo en el gasto de 17% a la baja.

En el caso de Fonasa la situación es muy diferente. El principal factor que explica el aumento de gasto en Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa en el período 1991-1999 es el crecimiento de la TIL, que genera un aumento directo del gasto igual a 45%. A continuación le sigue en importancia el crecimiento en el ingreso imponible de los cotizantes, que genera un efecto directo de 40% en el gasto.

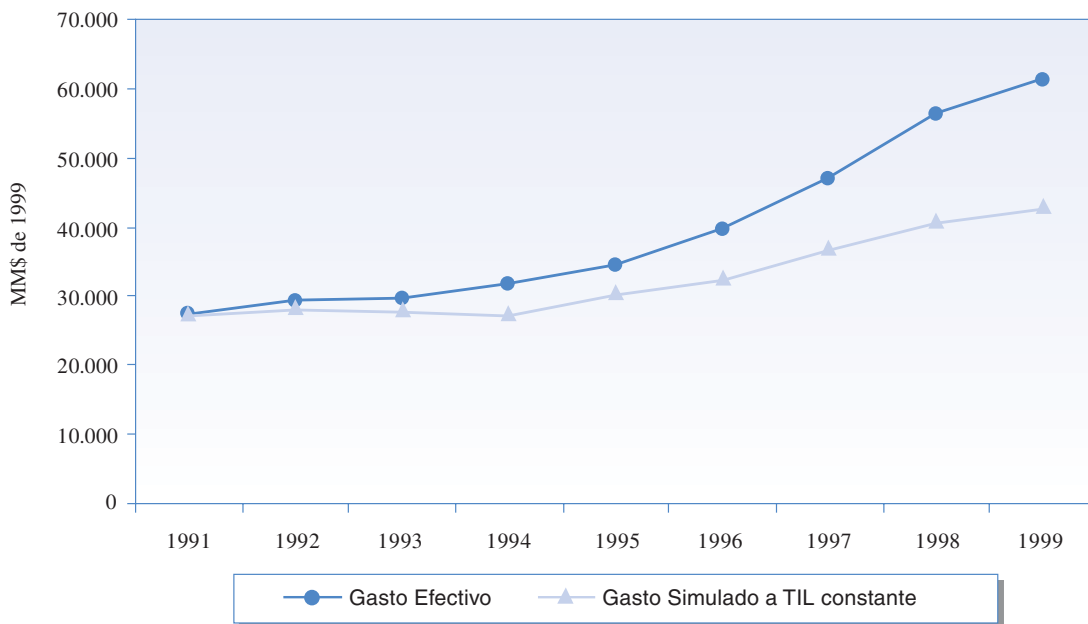
En base a lo anterior, se puede concluir que en el caso de las Isapres no hay antecedentes que indiquen la posible existencia de sobreutilización o falta de control del Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa, pues la TIL de sus cotizantes ha incidido a la baja en el gasto. De hecho, eventualmente podría plantearse una hipótesis contraria, en el sentido que las Isapres podrían estar ejerciendo un exceso de celo en la fiscalización de las licencias médicas.

Lo contrario puede inferirse respecto de Fonasa, ya que la TIL de sus cotizantes es el principal factor que explica el aumento de gasto en Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa. Al respecto, como se ha señalado en la sección precedente, el crecimiento de la TIL puede explicarse tanto por factores epidemiológicos o justificación médica, como por abuso del beneficio, el que a su vez depende de los incentivos institucionales de los agentes y de la capacidad de control de las entidades fiscalizadoras. Por ello, en el caso de Fonasa hay espacio para plantear la hipótesis de falta de control y posible sobreutilización del Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa, que si bien no explique la totalidad de aumento de la TIL, sí explique al menos parte importante de ella.

²³ Respecto al efecto directo en el gasto en Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa que se verifica para el factor “Intensidad de uso relativa de los cotizantes de mayores ingresos”, cabe notar que en términos agregados es igual a -3%. Sin embargo, al analizar su efecto por entidad aseguradora se verifican impactos positivos en el gasto tanto de Fonasa como de Isapres. Esta aparente contradicción se explica debido a que si bien dentro de cada subsistema se ha producido un mayor uso del subsidio por parte de los cotizantes de mayor ingreso, en términos globales el mayor uso relativo ha correspondido a los cotizantes de Fonasa, que tienen comparativamente ingresos menores que los del sistema Isapre.

Para cuantificar la magnitud del efecto que ha tenido en el gasto público la mayor intensidad de uso del Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa por parte de los cotizantes de Fonasa, en el Gráfico 1 a continuación se presenta una comparación entre la evolución efectiva del gasto público en el período 1991-1999 y el gasto que hubiese existido si la TIL se hubiese mantenido constante –incorporando los cambios efectivos en todas las restantes variables pertinentes–. De esta manera, se verifica que en el período 1991-1999 el aumento de la TIL de los cotizantes de Fonasa ha significado para el sector público un mayor gasto igual a MM\$ 61.357 (en moneda de 1999).

Gráfico 1
Gasto Público en Subsidios por Enfermedad y Medicina Curativa, 1991-1999



4.2. COMPOSICIÓN DEL GASTO EN SUBSIDIO POR REPOSO MATERNAL Y ENFERMEDAD GRAVE DE HIJO MENOR A UN AÑO

En cuanto al gasto en Subsidio por Reposo Maternal y Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año, siguiendo la ecuación 3.2.8 es posible estudiar su evolución y estimar el peso de los factores que han incidido en ella. A continuación, en las tablas 18 y 19 se presenta esta información para el período 1991-1999, analizando por separado el Subsidio por Reposo Maternal y el Subsidio por Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año, y distinguiendo además entre cotizantes Fonasa e Isapre.

Tabla 18
Nivel y Composición Tasa de Crecimiento del Gasto
en Subsidio por Reposo Maternal
Período 1991-1999

Componente	Fonasa	Isapres	Total
Número de Cotizantes (\dot{N}_m)	16%	54%	29%
Ingreso Imponible Cotizantes (\dot{Y}_m)	91%	25%	59%
Intensidad de Uso Relativa Cotizantes de Mayores Ingresos (\dot{y}'_m)	-4%	43%	20%
Intensidad de Uso Total (\dot{TIL}_m)	-1%	-5%	-1%
Efecto Cruzado ($\dot{\Delta}_m$)	8%	44%	37%
Gasto (\dot{G}_m)	110%	161%	144%

Fuente: Estimación en base Superintendencia de Seguridad Social, Superintendencia de Isapres, Superintendencia de AFP.

Tabla 19
Nivel y Composición Tasa de Crecimiento del Gasto
en Subsidio por Enfermedad de Hijo Menor a Un Año
Período 1991-1999

Componente	Fonasa	Isapres	Total
Número de Cotizantes (\dot{N}_m)	16%	54%	29%
Ingreso Imponible Cotizantes (\dot{Y}_m)	91%	25%	59%
Intensidad de Uso Relativa Cotizantes de Mayores Ingresos (\dot{y}'_m)	-17%	29%	1%
Intensidad de Uso Total (\dot{TIL}_m)	419%	299%	372%
Efecto Cruzado ($\dot{\Delta}_m$)	352%	482%	421%
Gasto (\dot{G}_m)	861%	889%	882%

Fuente: Estimación en base Superintendencia de Seguridad Social, Superintendencia de Isapres, Superintendencia de AFP.

Considerando ambos subsidios, se aprecian diferencias entre los factores explicativos del gasto asociado a las cotizantes Fonasa y las cotizantes Isapre. Concretamente, entre las primeras tiene una mayor incidencia el crecimiento que ha tenido su ingreso imponible, mientras que entre las segundas adquiere mayor importancia el incremento en el número de cotizantes.

No obstante lo anterior, el hecho más relevante respecto al gasto en Subsidio por Reposo Maternal y Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año no se refiere a la comparación entre las

cotizantes de los distintos sistemas, sino que a la desigual evolución de la TIL entre los subsidios analizados. Es así como en términos agregados se observa que el crecimiento del gasto en Subsidio por Reposo Maternal se explica principalmente por el incremento del ingreso imponible de las cotizantes, el que más que compensa la leve incidencia a la baja en el gasto que ha tenido la TIL. Por el contrario, en el caso del Subsidio por Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año, el explosivo crecimiento del gasto se explica fundamentalmente por el fuerte crecimiento en la intensidad de uso del subsidio.

Esta situación lleva a inferir que no existirían problemas de sobreutilización del Subsidio por Reposo Maternal por el lado de la evolución de la TIL, lo cual es consistente con la mayor facilidad de control que existe sobre este beneficio por el hecho de asociarse al embarazo de la cotizante. No obstante, de todas maneras merece mayor análisis la evolución observada del ingreso imponible de las cotizantes –un 59% para el total y un 91% para las cotizantes de Fonasa–, pues es significativamente mayor que el crecimiento del índice real de remuneraciones calculado por el INE para el período 1991-1999 –que alcanza a 33% para toda la fuerza laboral– y que el crecimiento de las remuneraciones reales de las mujeres entre 20 y 45 años registrado por la encuesta CASEN –que alcanza a 29% en el período 1992-2000–. Este punto es relevante dado que el diseño del subsidio potencialmente incentiva una sobredeclaración de ingresos para aumentar el cobro de beneficios.

Una hipótesis diferente puede plantearse respecto al Subsidio por Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año, puesto que detrás del significativo crecimiento de la TIL puede haber un potencial abuso del beneficio.²⁴ Llama la atención, además, que para este subsidio el incremento de la TIL es significativo tanto para las cotizantes Fonasa como para las cotizantes Isapre, lo que contrasta con la evolución de la TIL en el caso del Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa, en el cual se verifica un aumento de la TIL sólo en Fonasa. Esta situación sustenta la hipótesis sobre la relevancia de los incentivos a la fiscalización por parte de las entidades pagadoras, ya que en el caso del Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa las Isapres controlan el gasto por ser de su propio cargo –y consecuentemente se verifica una caída en la TIL–, mientras que en el caso del Subsidio por Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año no lo hacen por ser de cargo fiscal –y en este caso se verifica un explosivo aumento de la TIL.²⁵

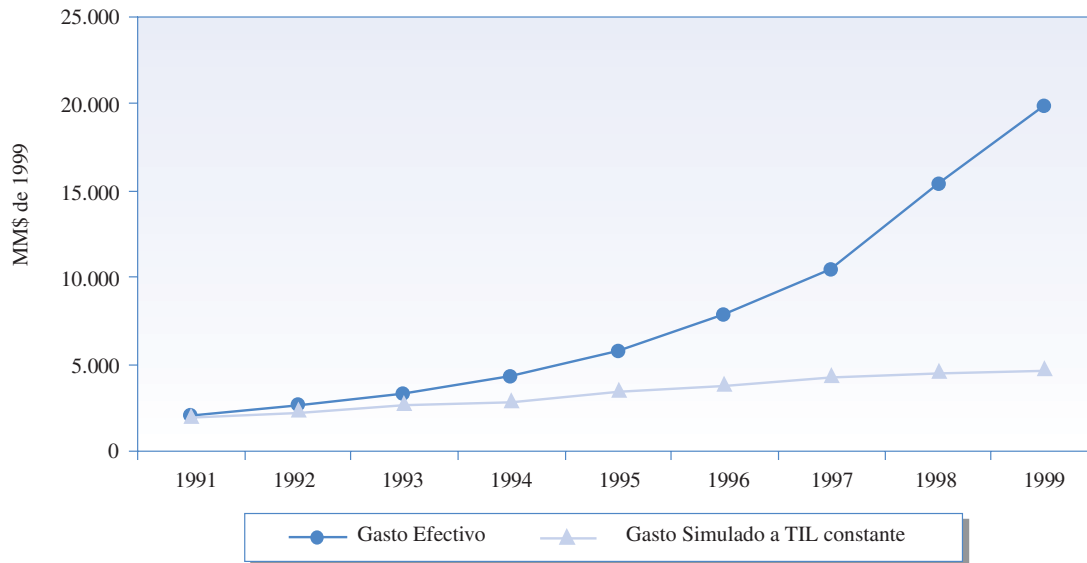
Para cuantificar la magnitud del efecto que ha tenido en el gasto público la mayor intensidad de uso del Subsidio por Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año, en el Gráfico 2 a continuación

²⁴ Si bien esta hipótesis no se puede comprobar mediante el modelo desarrollado en este documento, la evolución de variables como la disminución de la Tasa de Natalidad observada en la última década, que pasó de 23,5 por mil habitantes en 1990, a 18,3 en 1999, apunta en esa dirección.

²⁵ Cabe recordar que tanto en el caso del Subsidio por Reposo Maternal como en el caso del Subsidio por Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año, la totalidad del gasto es de responsabilidad fiscal, pues se financia con cargo al Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios de Cesantía, independientemente del sistema en el cual cotice el beneficiario del subsidio.

se presenta una comparación entre la evolución efectiva del gasto público en el período 1991-1999 y el gasto que hubiese existido si la TIL se hubiese mantenido constante –incorporando los cambios efectivos en todas las restantes variables pertinentes–. De esta manera, se verifica que en el período 1991-1999 el aumento en la intensidad de uso del Subsidio por Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año ha significado para el sector público un mayor gasto igual a MM\$ 40.131 (en moneda de 1999).

Gráfico 2
Gasto Público en Subsidios por Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año, 1991-1999



4.3. PROYECCIÓN DEL GASTO EN SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD LABORAL

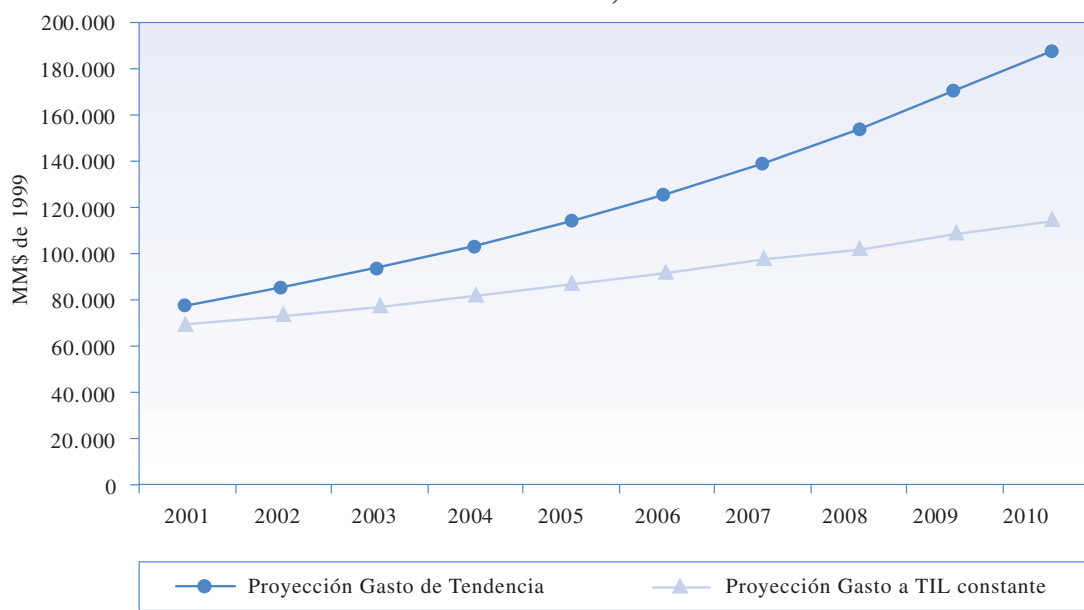
Desde el punto de vista del Estado interesa tener alguna proyección del gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral, en particular de aquel de cargo fiscal, es decir, el pagado a los cotizantes de Fonasa por concepto de Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa, y el total pagado por concepto de Subsidio por Reposo Maternal y Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año. Ello en consideración que el gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral presenta el carácter de excedible, puesto que el desembolso anual de recursos que debe hacer el sector público no obedece a una cifra determinada administrativamente, sino que es resultado del estado de salud y de la conducta de las personas.

Para realizar esta proyección deben seguirse las ecuaciones 3.1.8 y 3.2.8, y plantearse supuestos para la evolución de las diferentes variables que explican el gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral. Así, en el Gráfico 3 se presentan dos escenarios referenciales para la proyección del gasto en Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa, uno de los cuales sigue la tendencia observada en la década de los noventa, mientras que el otro asume que la TIL se mantiene

constante, pero incorpora el crecimiento de las demás variables pertinentes. Por su parte, en el Gráfico 4 se presenta un análisis análogo para el Subsidio por Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año, mientras que en el Gráfico 5 se presenta el análisis agregado para todos los Subsidios por Incapacidad Laboral, en el cual el Subsidio por Reposo Maternal sólo se incorpora siguiendo su tendencia de la década pasada, dado que en ella ya se observa un decrecimiento de la TIL.

En el caso del Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa, de continuar su tendencia de los noventa el gasto público en el año 2010 ascendería a MM\$ 183.944, acumulando un total de gasto igual a MM\$ 1.221.818 en el período 2001-2010.²⁶ Si durante dicho período la TIL se mantuviese constante al nivel del año 1999, ello implicaría un ahorro equivalente a MM\$ 329.100. En el caso del Subsidio por Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año, el hecho de mantener la TIL constante al nivel de 1999 implicaría un ahorro de MM\$ 1.313.768 en el período 2001-2010 respecto a si continuase su tendencia de los noventa.

Gráfico 3
Proyección Gasto Público en Subsidios por Enfermedad y Medicina Curativa, 2001-2010



Considerando al conjunto de Subsidios por Incapacidad Laboral, si continuasen con la tendencia observada en la década pasada, en el año 2010 implicarían un gasto igual a MM\$ 816.020, acumulando en el período 2001-2010 un gasto igual a MM\$ 4.066.195. En este contexto, si la TIL de los Subsidios por Enfermedad y Medicina Curativa y Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año se mantuviese constante al nivel del año 1999, se produciría un ahorro de recursos igual a MM\$ 1.642.868 en el período en cuestión.

²⁶ Todas las cifras en moneda de 1999.

Gráfico 4
Proyección Gasto Público en Subsidios por Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año, 2001-2010

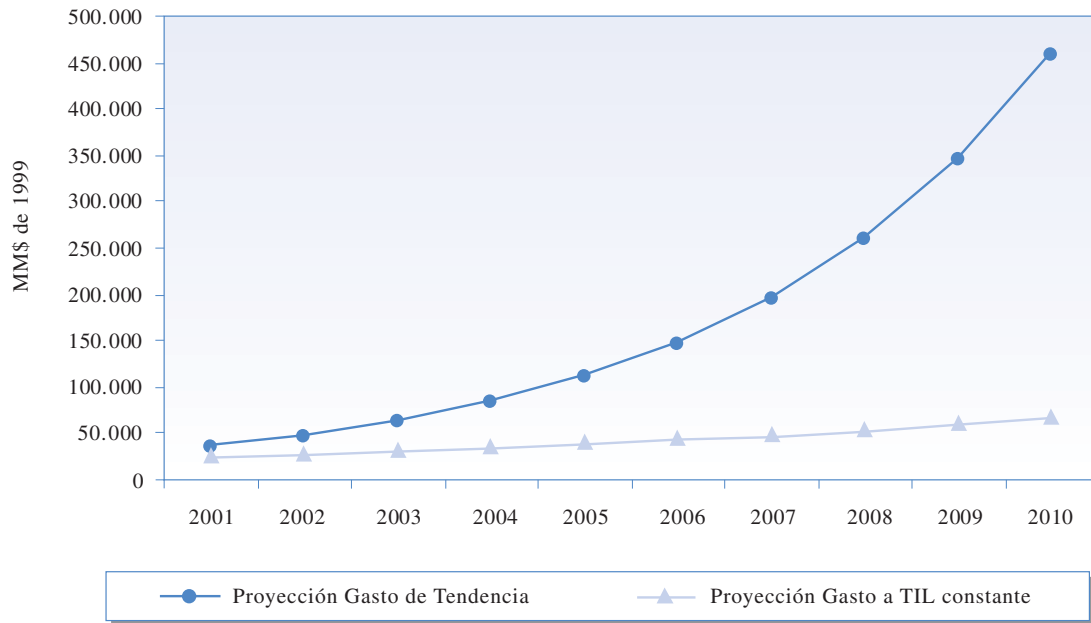
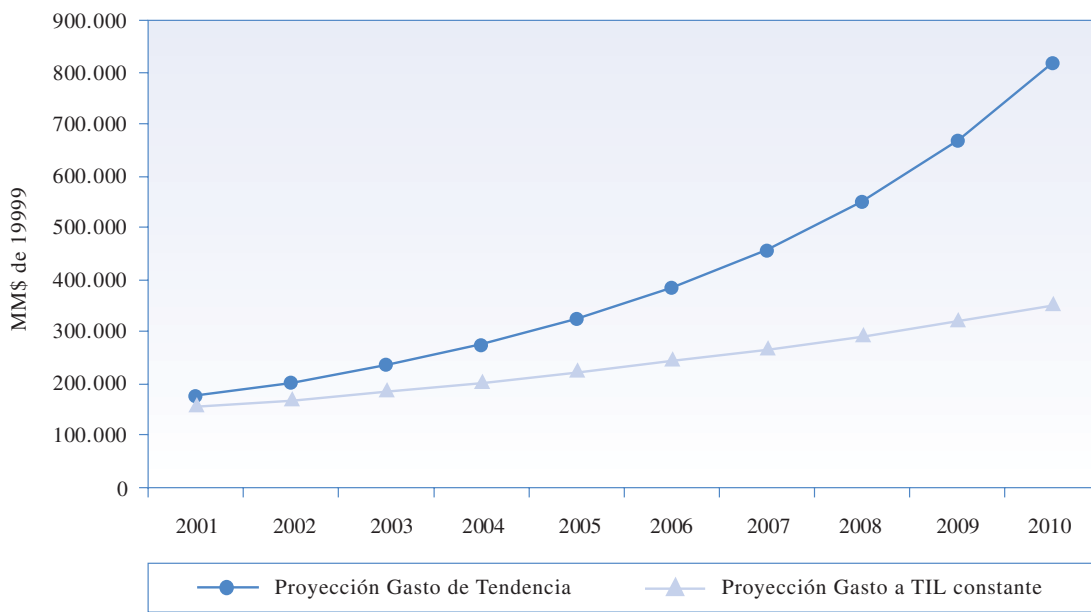
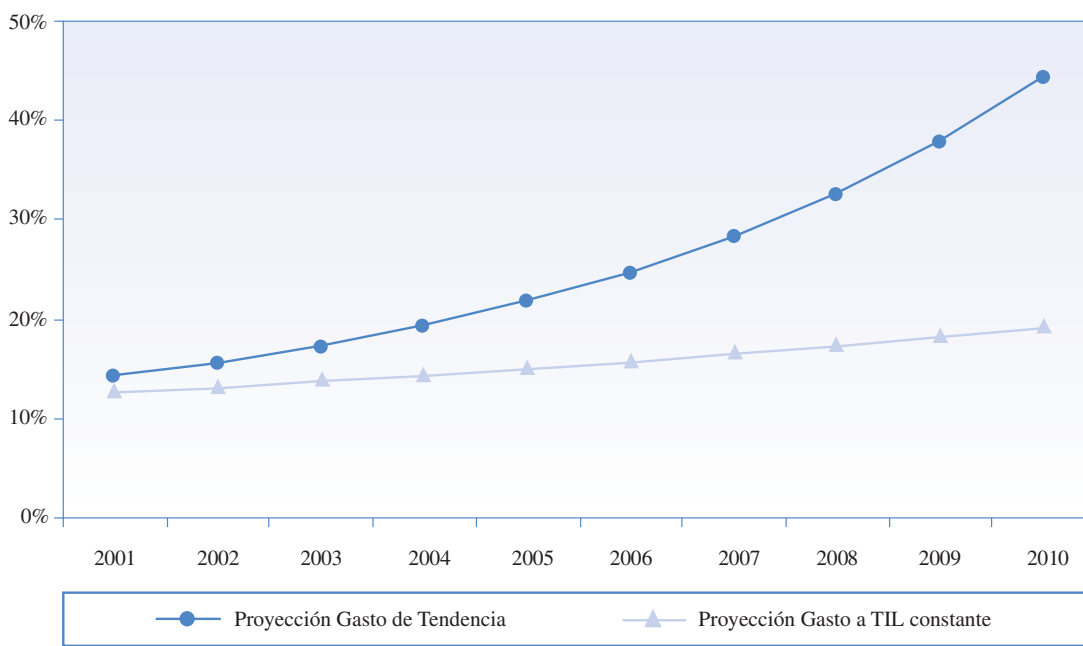


Gráfico 5
Proyección Gasto Público en Subsidios por Incapacidad Laboral, 2001-2010



Asimismo, asumiendo un crecimiento del gasto público asociado al crecimiento del PIB y una participación constante del gasto público en salud dentro del gasto público total, el gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral, de continuar con la tendencia observada en la década pasada, podría llegar a representar más del 40% del presupuesto público de salud en el año 2010. En caso que la TIL se mantuviese constante, la participación del gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral dentro del gasto público en salud llegaría a cerca de un 20% en el año 2010. Estas cifras no hacen más que reflejar la significancia de este componente dentro del gasto público en salud, y la incidencia de la TIL en él.

Gráfico 6
Proyección Gasto Público en Subsidios por Incapacidad Laboral
como % del Gasto Público en Salud, 2001-2010



5

ANÁLISIS CONCEPTUAL DE LOS SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD LABORAL

Como se ha analizado en las secciones precedentes, en el período 1991-1999 en Chile ha ocurrido un significativo aumento en el gasto por concepto de Subsidios por Incapacidad Laboral. Si bien parte de este incremento en el gasto se explica por la evolución de variables como el número de cotizantes y su ingreso imponible, existe un porcentaje importante del mismo que es explicado por la mayor intensidad de uso de los subsidios. Esta mayor intensidad de uso puede a su vez deberse a un empeoramiento en la salud de la población –lo que sería en cierta medida inconsistente con la positiva evolución de indicadores generales de salud en los últimos años²⁷–, aunque también puede explicarse por una sobreutilización de los beneficios, toda vez que del diseño de los subsidios en cuestión surgen incentivos en esa dirección, lo que se une a la escasa capacidad de control con que cuentan los organismos fiscalizadores, especialmente en el sector público.²⁸

Por lo anterior, y en el entendido que los Subsidios por Incapacidad Laboral tienen méritos que justifican su existencia –a saber, el debido reposo y adecuada recuperación por enfermedades curativas; y la protección y disminución de los riesgos de salud de la madre trabajadora y el niño menor de un año–, resulta fundamental evaluar su diseño y plantear eventuales modificaciones que aseguren que los beneficios sólo sean percibidos por quienes realmente cuentan con justificación médica para ello. De esta manera, el objetivo que se busca es minimizar el eventual mal uso de los subsidios y controlar la expansión de gasto asociada a ello, liberando así recursos que queden disponibles para financiar otras prestaciones de salud.

En este contexto, a partir del diseño vigente de los Subsidios por Incapacidad Laboral, a continuación se presenta un análisis sobre los incentivos que enfrentan los diferentes agentes relevantes, además de las herramientas de control con que cuentan los organismos pertinentes.²⁹

²⁷ Al respecto ver Aedo, C., Bergoing, R. y Saavedra, E. (2000), Superintendencia de Seguridad Social (1999), Dirección de Presupuestos (1999), Dirección de Presupuestos (1998).

²⁸ Ver Dirección de Presupuestos (1999), P. Universidad Católica de Chile (1999), Rodríguez J. y Tokman, M. (2000) y Solimano, G., Vergara, M. y Tokman, M. (2000).

²⁹ Existen antecedentes sobre la incidencia que tiene el diseño institucional de los Subsidios por Incapacidad Laboral sobre la conducta de los agentes. A modo de ejemplo se puede citar que Aedo, Bastías y Sapelli (1999) encuentran que los países de la OECD, a pesar de tener tasas de morbilidad similares, presentan dispares tasas de ausentismo laboral, lo que se explicaría por los diferentes diseños institucionales de sus seguros de incapacidad laboral. En particular, concluyen que los períodos de carencia largos y la administración y financiamiento por parte de los empleadores de las primeras semanas de enfermedad se asocian a menor ausentismo.

5.1. ANÁLISIS DE LOS INCENTIVOS INSTITUCIONALES

Al analizar conceptualmente los incentivos institucionales que surgen del diseño de los Subsidios por Incapacidad Laboral debe tenerse en consideración que éstos fueron concebidos originalmente para que los trabajadores comprendidos en el sistema de seguridad social, cumpliendo determinados requisitos, percibiesen una prestación pecuniaria sustitutiva de su remuneración, permitiéndoles así guardar el debido reposo en caso de incapacidad parcial o total para trabajar. Distintas evaluaciones concluyen que este objetivo se cumple, por lo que el diseño y los incentivos que se generan serían eficaces al respecto.³⁰ Sin embargo, el tiempo transcurrido desde la vigencia de los Subsidios por Incapacidad Laboral ha dejado crecientemente en evidencia que su diseño no ha incorporado restricciones presupuestarias, que es relativamente generoso en comparación con beneficios similares en otros países y que sólo ha incorporado incipientemente herramientas para protegerse de potenciales abusos del beneficio.

En este marco, en general, se verifica que para el caso del Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa sólo las Isapres tienen reales incentivos para contener el gasto –dado que fiscalizan y pagan las licencias de sus cotizantes–, mientras que para el caso del Subsidio por Reposo Maternal y Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año, no se constatan agentes cuya conducta tienda a la contención del gasto –dado, principalmente, a que es íntegramente de cargo fiscal.

a. Cotizantes

Los Subsidios por Incapacidad Laboral están diseñados de manera tal que el trabajador no deje de percibir su remuneración mientras dure su incapacidad. Así, mientras mayores sean sus preferencias pro-ocio, más generoso sea el subsidio, menor sea el control, menor sea la acumulación de trabajo en su ausencia y menor sea el efecto reputación, menor será el costo de ausentarse del trabajo y mayor será el incentivo a solicitar licencias, incluso sin que el trabajador esté necesariamente enfermo. Si bien estas variables no son en su mayoría observables de manera objetiva, o bien dependen de cada trabajador en particular, al realizar comparaciones internacionales sí puede verificarse que el subsidio chileno es altamente generoso, dado que reintegra el 100% del ingreso –con un tope de 60 UF–. En contraste, a modo de ejemplo puede citarse que en Alemania se reintegra el 70% del ingreso, en Suecia el 75% y en Japón el 60%.³¹

El efecto de la alta generosidad podría verse aminorado por los tres días de carencia que se establecen para el Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa, lo que debería desalentar la solicitud de licencias de corta duración. Indicios sobre la efectividad de los tres días de carencia

³⁰ Dirección de Presupuestos (1999) y Dirección de Presupuestos (1998).

³¹ Diseños de subsidios similares en el resto del mundo pueden estudiarse en Pontificia Universidad Católica de Chile (1999) y en Aedo, Bastías y Sapelli (1999).

en disminuir la intensidad de uso de licencias pueden encontrarse en el hecho que los trabajadores del sector público –para quienes por contrato no se aplica la carencia– utilizan en promedio más de catorce días de licencia al año en comparación a los seis días que utilizan los trabajadores del sector privado que cotizan en Isapres abiertas –para quienes sí opera la carencia.³²

Cabe notar, sin embargo, que como la carencia de tres días es válida sólo para las licencias de diez días o menos, en la práctica puede estar teniendo un efecto adicional –en la dirección contraria al deseado– motivando a alargar artificialmente las licencias para que la carencia no opere. Un antecedente que puede apoyar esta última hipótesis surge al comparar la duración promedio de las licencias de los trabajadores que enfrentan esta carencia con quienes no la enfrentan. Si bien no se dispone de información concluyente al respecto, se puede citar un estudio exploratorio sobre licencias por enfermedad y medicina curativa en la Región Metropolitana³³ que encuentra que la duración promedio de las licencias para los trabajadores del sector privado –la mayoría de los cuales enfrenta la carencia en cuestión– es un 39% mayor que el promedio equivalente para los trabajadores del sector público –que no enfrentan la carencia.

En definitiva, puede considerarse que la existencia de los tres días de carencia que se establecen para el Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa desincentivan el uso de licencias, operando fundamentalmente a través de desincentivar la solicitud de licencias cortas. No obstante, el hecho que esta carencia no opere para las licencias largas tiende a revertir el primer efecto a través del incentivo a extender las licencias. En consecuencia, el diseño de los tres días de carencia aplicables sólo para las licencias cortas presenta un efecto mixto, no contándose con antecedentes disponibles que permitan tener certeza sobre su efecto financiero neto.

Un elemento adicional que potencialmente incentiva a los cotizantes a solicitar licencias sin justificación médica, especialmente a los de menores ingresos, es la utilización del Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa como sustituto de seguro de desempleo. Este podría ser el caso de actividades económicas con alta estacionalidad –como el sector pesquero, el portuario y el forestal– en las cuales habría mayores incentivos a utilizar el subsidio como mecanismo para la mantención de ingresos en los meses de baja actividad.

Por último, en el caso particular del Subsidio por Reposo Maternal, dados los requisitos y los beneficios vigentes, en muchos casos ocurre que resulta conveniente en términos financieros sobredeclarar ingresos en un período de tiempo para maximizar la recepción de beneficios una vez que se cuente con la licencia médica. Incluso, bajo ciertas circunstancias resulta rentable para la beneficiaria cotizar como trabajadora independiente aunque en la práctica no cuente con

³² Estadísticas para el año 1997 preparadas por el Departamento de Estudios de la Superintendencia de Isapres.

³³ Solar (1996).

un ingreso, pues dependiendo del tiempo que demore en quedar embarazada, en el neto puede obtener un flujo positivo de recursos en valor presente.

b. Médicos y Profesionales de la Salud

Por el lado de los médicos y los restantes profesionales de la salud facultados para otorgar licencias –dentistas y matronas–, cabe señalar que los incentivos institucionales apuntan a que generalmente concedan la licencia solicitada por el trabajador. Esto se debe por un lado a que producto de la asimetría de información, el médico en muchas ocasiones no tiene antecedentes objetivos respecto a los síntomas del paciente y por lo tanto puede ser inducido a indicar reposo sin que corresponda o a indicar reposos excesivamente largos. Por otra parte, como la preocupación principal del médico es la salud del paciente, ante la duda tenderá a otorgar la licencia solicitada, y por la duración solicitada, para extremar los cuidados. Si a lo anterior se une una motivación por establecer una relación de largo plazo con el paciente, se advierte que los incentivos tienden a llevar al otorgamiento de las licencias solicitadas.³⁴

Un antecedente que puede apoyar la hipótesis de sobreutilización de los subsidios a causa de la asimetría de información paciente-médico, potenciado por los incentivos que enfrenta cada uno de ellos, se refiere a la composición por diagnóstico de las licencias pagadas. Al respecto, García de Cortázar y Vielmas (1999) y Aedo, Bastías y Sapelli (1999) encuentran que para el número de días de subsidio pagados, los diagnósticos con mayor dificultad de verificación –y por lo tanto aquellos donde es más aguda la asimetría de información– aparecen con una alta importancia relativa, incluso mayor a la que se desprende de otros indicadores de morbilidad. Es así como en el período 1998-1999, el número de días de licencia pagados a los cotizantes del Fonasa para las categorías diagnósticas mayores Osteomusculares y Trastornos Mentales ocuparon el primer y tercer lugar, respectivamente.

c. Administradores del Seguro

c.1. Isapres

En el marco institucional actual, las Isapres son los únicos agentes que tienen reales incentivos a contener el gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral, aunque sólo en el caso del Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa. Esta situación se origina en el hecho que las Isapres son pagadoras, y a la vez fiscalizadoras, de las licencias por enfermedad y medicina curativa de sus propios cotizantes. Así, dado que un alto gasto en Subsidios por Enfermedad y Medicina Curativa desmejora el resultado financiero de las Isapres, éstas tienen incentivos para racionalizar el uso de licencias, reduciendo la duración de las mismas o rechazándolas por completo.

³⁴ Situación extrema del análisis de incentivos constituyen los episodios puntuales de falta a la ética, referidos a la comercialización de licencias sin justificación médica por parte de ciertos facultativos.

Un claro ejemplo de su incentivo a fiscalizar lo constituye el hecho que mientras el 97% de las licencias tramitadas de menos de tres días –es decir aquellas que no son pagadas por estar dentro del período de carencia– son autorizadas sin modificaciones, sólo el 85% de las licencias de entre once y quince días –es decir aquellas que son pagadas por la Isapre y que además están en el límite para que la carencia deje de operar– son aprobadas en similares circunstancias.³⁵ Además, como se mencionó en la sección 4.2, existe una significativa diferencia entre la evolución de la TIL de los cotizantes de Isapres por concepto de Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa –disminución de 17% en el período 1991-1999, concentrada principalmente en la primera mitad de la década– y la TIL por concepto de Subsidio por Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año –aumento de 299% en igual período–. Al ser el primero de estos subsidios de cargo de las propias Isapres y el segundo de cargo fiscal, queda en evidencia que en el primero hay fuertes incentivos a fiscalizar para controlar el gasto, mientras que en el segundo no.

En este sentido, incluso puede existir un exceso de celo por parte de las Isapres en la fiscalización de las licencias por enfermedad y medicina curativa. Por una parte, este exceso de celo podría surgir del hecho que los contratos con los afiliados tiendan mayoritariamente a ser de corta duración, por lo que a las Isapres les podría llegar a resultar rentable rechazar una licencia aún bajo el riesgo que a futuro se generen mayores costos por la falta de reposo adecuado del cotizante cuya licencia –médicamente justificada– pueda haber sido rechazada. El exceso de celo puede relacionarse también con el hecho que no existan multas explícitas por rechazar o reducir licencias médicamente justificadas, lo que unido al escaso tiempo con que cuentan las Isapres para pronunciarse –tres días– y a la inexistencia de protocolos referenciales, facilita que puedan producirse arbitrariedades.

Así, en la medida en que se den relaciones más permanentes entre las Isapres y sus afiliados, existan multas para sancionar las modificaciones y rechazos arbitrarios y se implementen protocolos estandarizados, las Isapres no sólo tendrían incentivos a fiscalizar, sino que tendrían incentivos a fiscalizar de manera certera.

c.2. Fonasa

Fonasa, como entidad administradora del seguro, en el papel debiese tener incentivos a contener el gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral. Sin embargo, como en la práctica históricamente sus déficit han sido cubiertos con recursos fiscales –por ser un gasto excedible por ley–, los incentivos teóricos no han surtido efecto en su conducta. De todas maneras, cabe mencionar que a partir del año 2001 se han hecho esfuerzos a nivel de control presupuestario para que Fonasa internalice parte de los costos de no fiscalizar el gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral,

³⁵ Superintendencia de Isapres (1995).

principalmente mediante el establecimiento de metas en las proyecciones de este gasto y la posterior evaluación de su cumplimiento. Sin desmedro de lo anterior, Fonasa tampoco ha contado con las atribuciones necesarias para ejercer control sobre el gasto, puesto que no cumple directamente un rol fiscalizador, sino que por el contrario, en lo que a Subsidios por Incapacidad Laboral respecta, por ley su rol consiste en transferir los fondos para pagar los subsidios de los Servicios de Salud, así como para cubrir los déficit en que incurren las CCAF.

Operativamente, Fonasa paga los Subsidios por Incapacidad Laboral a sus cotizantes a través de los Servicios de Salud o a través de las CCAF, según corresponda. En ambos casos son las COMPIN, dependencias técnico-administrativa de los Servicios de Salud, las encargadas de realizar la contraloría médica de las licencias.³⁶ En el caso de los Servicios de Salud, éstos reciben directamente de Fonasa los fondos respectivos para el pago de los subsidios, no afectando los recursos para financiar su operación, que dependen principalmente de presupuestos históricos que aseguran el financiamiento directamente a los factores productivos. Las CCAF, por su parte, cuentan con la cotización del 0,6% de la remuneración o renta imponible de sus afiliados para financiar el régimen de Subsidios por Incapacidad Laboral, aunque en la práctica Fonasa les cubre un gasto efectivo mayor a dicho porcentaje dado que tiene la obligación legal de cubrir sus déficit.

No obstante lo anterior, las CCAF cumplen cierto rol fiscalizador respecto al Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa, pues además de captar la cotización de los trabajadores y pagar los subsidios, les corresponde verificar la veracidad de los antecedentes entregados por el empleador para el cálculo del subsidio, aunque sin abarcar el ámbito médico de las licencias, el que es responsabilidad de las COMPIN. Esta fiscalización administrativa la realizan en base a la información recabada al recibir las cotizaciones de los trabajadores. Como incentivo para esta labor de fiscalización las CCAF reciben \$ 200 por cada subsidio que sea rechazado por no cumplir con los requisitos habilitantes a que se refieren los artículos 4 y 5 del DFL N° 44 de 1978 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social para tener derecho al mismo, o por comprobarse que el subsidio que efectivamente correspondiera fuera inferior al calculado conforme a la información entregada por el empleador en la licencia médica. Si bien en el papel esta medida tiende a fomentar el control, en la práctica no es lo suficientemente fuerte, dado que la cifra en dinero por subsidio rechazado es baja en comparación con los costos de revisar los antecedentes de las solicitudes de licencia, y además no está sujeta a reajustabilidad. De hecho son muy pocas las CCAF que efectivamente solicitan la comisión en cuestión.

Como se ha señalado, son las COMPIN las que tienen el rol contralor sobre las licencias de todos los cotizantes de Fonasa. Este rol aparece en primera instancia como un incentivo a las

³⁶ Como se señaló anteriormente, las COMPIN son además la instancia de apelación de las resoluciones que emiten las Isapres respecto a las licencias de sus respectivos cotizantes.

COMPIN para racionalizar el gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral. No obstante en la práctica, la ausencia de incentivos operativos específicos, así como deficiencias de capacidad de gestión, infraestructura y herramientas para fiscalizar, atentan contra la efectividad de su labor.

d. Empleadores

En el esquema vigente en Chile, la ausencia de un empleado por motivos de incapacidad laboral le genera a su empleador un costo en términos de la continuidad en el trabajo, costo cuya magnitud dependerá de la naturaleza del trabajo en particular. Sin embargo, como contrapartida es el seguro el que se hace cargo de la remuneración del trabajador mientras dure su incapacidad. Ante esto, no es claro que el empleador tenga incentivos fuertes a controlar el uso de licencias médicas o a tomar medidas preventivas, sobre todo en consideración que no le corresponde hacerse cargo de parte de la remuneración del trabajador con licencia mientras ésta dure, como sí ocurre en diseños de subsidios similares en el resto del mundo.³⁷ Incluso, en el caso particular de los empleadores del sector público, en el extremo puede ocurrir que los servicios donde se producen las licencias ni siquiera tengan incentivos para gestionar el reembolso de los recursos desde las entidades pagadoras, puesto que hasta el año 2000 éstos representaban ingresos generales de la nación y no del servicio específico. A partir del año 2001 los recursos reembolsados se consideran como ingresos propios del servicio y pueden ser utilizados, preferentemente, para la contratación de reemplazos.

Otro incentivo importante para los empleadores surge de la interrelación entre los distintos Subsidios por Incapacidad Laboral y el Seguro de Accidentes Laborales y Enfermedades Profesionales. En particular, el diseño de estos beneficios crea incentivos a los empleadores a subdeclarar enfermedades profesionales y accidentes del trabajo y hacerlas pasar por enfermedades comunes. Ello pues las empresas financian el sistema de mutuales de seguridad en base a cuotas variables en función de sus tasas de accidentabilidad. Así, una mayor cantidad de enfermedades profesionales y accidentes del trabajo implica para las empresas un mayor costo en términos de la cuota que deben pagar a las mutuales, mientras que las enfermedades comunes son de cargo de la entidad en la cual cotice el trabajador –Fonasa o Isapres.

Finalmente, debe hacerse mención a casos de fraude total, difíciles de detectar debido a la baja capacidad fiscalizadora, especialmente de las COMPIN. Este es el caso de la creación de empresas ficticias, que operan contratando trabajadores con el único objetivo de que éstos presenten licencias médicas y reciban los recursos pagados por Fonasa y las Isapres por concepto de Subsidios por Incapacidad Laboral. A modo de ejemplo puede citarse el caso detectado en junio de

³⁷ Por ejemplo, en Alemania el empleador carga con el 80% del costo de los primeros 42 días de licencia, en Suecia con el 75% de los días 2 al 28, y en España con el 60% de los días 4 al 15. Para mayor detalle ver Pontificia Universidad Católica de Chile (1999), ya citado.

2001 por el Servicio de Salud de Talcahuano, en el cual un individuo creó una empresa ficticia del rubro de servicios pesqueros, contratando a doce trabajadores quienes en un corto período de tiempo presentaron licencias médicas, preferentemente por lumbagos crónicos, por un monto total de \$ 28 millones.³⁸

e. Superintendencia de Seguridad Social

Una de las funciones de la Superintendencia de Seguridad Social es velar por el cumplimiento de los principios de la seguridad social y el respeto a los derechos de los trabajadores. Dentro de esta misión, una de sus tareas específicas consiste en velar por la adecuada utilización de los Subsidios por Incapacidad Laboral, correspondiéndole ser la instancia de apelación para los cotizantes cuyas licencias hayan sido modificadas o rechazadas. Por corresponder a una instancia de apelación, se puede afirmar que la Superintendencia de Seguridad Social regularmente sólo ha tenido acceso a analizar una fracción del total de licencias emitidas, aunque a partir del año 2002 contará con acceso y herramientas para fiscalizar todas las licencias del sistema a través de la implementación del Registro Nacional de Licencias Médicas.

No obstante esto último, su rol debiese estar más cerca de velar por la existencia de un debido proceso en las instancias previas de fiscalización más que en hacer un nuevo proceso médico que corre el riesgo de ser extemporáneo. En este contexto, en lo referente a la contención de costos la Superintendencia de Seguridad Social puede a lo más no revertir las decisiones de control de gasto de las instancias previas. Sin embargo, la ausencia de incentivos explícitos para ello deja espacio para que eventualmente prime el incentivo de alinearse con los usuarios, implicando en muchos casos revertir las restricciones a las licencias impuestas por las instancias previas.³⁹

5.2. ANÁLISIS DE LAS HERRAMIENTAS DE CONTROL

a. Administradores del Seguro

a.1. Isapres

Como se ha señalado, las Isapres son las propias encargadas de fiscalizar las licencias médicas de sus cotizantes por concepto de Subsidios por Enfermedad y Medicina Curativa. Las Isapres

³⁸ Diario *El Mercurio*, Santiago, 22 de junio de 2001.

³⁹ De todas maneras debe destacarse el esfuerzo realizado a partir del año 2001 para racionalizar el gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral de las CCAF, que permitió disminuir la tasa de crecimiento del gasto de un 11% entre 1999-2000 a un 4% entre 2000-2001. Ello fue posible gracias al apoyo informático prestado para fiscalizar la consistencia básica entre las licencias y los subsidios otorgados por estas instituciones.

tienen claros incentivos para fiscalizar, aunque presentan ciertas limitaciones respecto a las herramientas con que cuentan para hacerlo, principalmente en lo referente al control de los fundamentos médicos de las licencias. Es así como las Isapres no tienen mayores inconvenientes para calcular correctamente el monto de los subsidios, pues poseen toda la información relevante para ello. Sin embargo, enfrentan limitantes para desarrollar una adecuada contraloría médica. Una de estas limitantes es la ausencia de una reglamentación que estandarice los procedimientos de los profesionales de la salud con derecho a otorgar licencias y que permita focalizar la contraloría en aquellas licencias que difieran más significativamente de los estándares preestablecidos. Esta limitante se ve magnificada por el reducido tiempo –tres días– que tienen las Isapres para pronunciarse sobre la aprobación, modificación o rechazo de las licencias.

En la práctica, las Isapres suelen basar su fiscalización en visitas domiciliarias de verificación de reposo –las que no son de uso frecuente debido a su alto costo–, en protocolos informales de uso interno y en sospechas fundadas en el historial del paciente y del médico que otorga la licencia. Estos mecanismos no estandarizados, unidos al incentivo de las Isapres a racionalizar el gasto en Subsidios por Enfermedad y Medicina Curativa, facilitan que se cometan eventuales arbitrariedades en el control.

a.2. Fonasa

La contraloría médica de las licencias de todos los cotizantes de Fonasa es responsabilidad de las COMPIN. Así como se ha señalado que estos organismos no cuentan en general con claros incentivos a fiscalizar, las herramientas que disponen para hacerlo tampoco son todo lo efectivas que debieran. Por una parte, en lo estrictamente médico, las COMPIN sólo acceden al formulario llenado por el profesional que otorga la licencia no teniendo oportunidad de observar directamente al paciente, salvo escasos controles aleatorios en que se le cita e igualmente escasas visitas domiciliarias para verificación de reposo. Así, en un bajo porcentaje de los casos las COMPIN tienen la oportunidad de verificar que los días de licencia tengan alguna relación razonable con el diagnóstico. Por otra parte, si bien las COMPIN deben verificar la existencia de empleador y pueden solicitarle información directamente sobre los ingresos de los trabajadores, usualmente sólo acceden a la información entregada por éste a Fonasa y las Isapres, lo que limita su capacidad de fiscalización sobre la veracidad de los antecedentes.

Un ejemplo que grafica la importancia de contar con las herramientas adecuadas para ejercer la labor fiscalizadora lo constituye la experiencia de la COMPIN del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio. En 1996, esta COMPIN fue rediseñada y dotada de infraestructura –equipos informáticos– con el objetivo de mejorar la satisfacción usuaria y reducir el tiempo de tramitación de las licencias. El cambio en la organización permitió reducir el tiempo de espera de 31 días a 8, pero además permitió, a través de un fortalecimiento de la contraloría médica, detectar un número significativo de licencias injustificadas desde el punto de vista médico. Ello se logró

umentando el número de horas de médicos asesores asignados a la COMPIN y verificando reposo en el 10% de las licencias médicas ingresadas. Así, entre 1996 y 1997, el número de días de licencia pagados por esta COMPIN se redujo de 260.026 a 165.163, y el gasto asociado se redujo en un 7%, revirtiendo la tendencia al alza verificada en la primera mitad de la década.⁴⁰ Es importante destacar que en el éxito del rediseño de la COMPIN del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio jugó un rol importante el incentivo dado por Fonasa, en el sentido que el Servicio de Salud respectivo podría hacer uso de los ahorros obtenidos por la racionalización del gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral, destinando un porcentaje para el fortalecimiento de la propia COMPIN. Esto releva el papel que pueden jugar los incentivos institucionales en la racionalización del uso de los Subsidios por Incapacidad Laboral.

Resultados similares se han verificado incipientemente en las COMPIN que han iniciado de manera reciente programas de rediseño, observándose en general una desaceleración en la tendencia alcista del gasto. A modo de ejemplo cabe citar la experiencia de los programas de rediseño de las COMPIN de Viña del Mar-Quillota y Occidente, los que han permitido tanto reducir los plazos de tramitación de licencias como aumentar la contraloría médica de manera importante. Es así como entre marzo y julio de 2001 el número de días de espera promedio se redujo de 37 a 14 en Viña del Mar-Quillota y de 28 a 17 en el Servicio de Salud Occidente. Junto con ello, la COMPIN Viña del Mar-Quillota aumentó su capacidad de detección de licencias injustificadas, pasando de una tasa de rechazo / reducción de 3,9% a una de 7,1% del total de licencias procesadas; mientras que la COMPIN Occidente aumentó dicha tasa de 2,3% a 4,7%.

Estos antecedentes resaltan la importancia de fortalecer la capacidad de control de las COMPIN para detectar un número significativo de licencias injustificadas. Para ello probablemente se requiera potenciar una combinación de factores relacionados a su infraestructura fiscalizadora, su capacidad de gestión y los incentivos institucionales que enfrentan.

5.3. ASOCIACIÓN ENTRE INCENTIVOS INSTITUCIONALES, HERRAMIENTAS DE CONTROL Y EVOLUCIÓN DEL GASTO

Analizando el diseño institucional de los Subsidios por Incapacidad Laboral –y los consecuentes incentivos que generan a los agentes involucrados–, unido a las limitadas herramientas de control disponibles, no es de extrañar que se observe una tendencia a la sobreutilización de los beneficios.

Así, se verifica que para el caso del Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa sólo las Isapres tienen reales incentivos y herramientas para contener el gasto, mientras que para el caso

⁴⁰ Antecedentes facilitados por Dra. Margarita Estefan, Coordinadora Nacional de las COMPIN.

del Subsidio por Reposo Maternal y Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año no se constatan agentes cuya conducta vaya en esa dirección. De esta manera, se observa una asociación entre la ausencia de incentivos a controlar el gasto por parte de las entidades pagadoras y el crecimiento de la TIL de los respectivos cotizantes y el gasto consecuente. Esto se constata en el hecho que las Isapres, única entidad aseguradora con incentivos a controlar el gasto por concepto de Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa, son las que presentan el menor crecimiento del gasto en dicho subsidio para el período 1991-1999, y son además la única entidad cuyos cotizantes presentan una disminución en su TIL. Esta observación se refuerza con el hecho que las mismas Isapres, al no tener incentivos a controlar el gasto en Subsidio por Reposo Maternal y Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año, presentan el mayor crecimiento de este gasto, así como una variación positiva en la TIL de sus cotizantes mujeres asociada a este subsidio, que contrasta con la variación negativa de la TIL de sus cotizantes asociada al Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa.

Tabla 20
Asociación entre Incentivos de Entidad Pagadora, Variación TIL y Variación Gasto
Período 1991-1999

Subsidio	Fonasa		Isapres	
	Enfermedad y Medicina Curativa	Reposo Maternal y Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año	Enfermedad y Medicina Curativa	Reposo Maternal y Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año
Incentivo a Controlar Gasto	No	No	Si	No
Variación TIL	45%	19%	-17%	25%
Variación Gasto	123%	159%	80%	234%

Fuente: Elaboración propia.

6

CONCLUSIONES

En el período 1991-1999 se verifica un significativo aumento en el gasto por concepto de Subsidios por Incapacidad Laboral. En este período el gasto en cuestión pasó de \$ 107.111 millones a \$ 233.900 millones –cifras en moneda de 1999–, lo que representa un incremento de 118%, equivalente a una tasa de crecimiento de 10,3% promedio anual.

En términos dinámicos, destaca el aumento del gasto en Subsidio por Reposo Maternal y Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año, que si bien representa en promedio un cuarto del gasto agregado en Subsidios por Incapacidad Laboral en la década, incrementó su peso relativo desde 21% a 30%. Esta evolución es el resultado de su crecimiento de 209% en el período analizado, compuesto por el incremento de 144% en Subsidios por Reposo Maternal y de 882% en Subsidios por Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año, que contrasta con el crecimiento de 94% del gasto en Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa, el que de todas maneras resulta importante. El explosivo incremento del Subsidio por Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año queda de manifiesto en que en 1991 se iniciaban 2,4 subsidios por Reposo Maternal por cada Subsidio por Enfermedad Grave de Hijo Menor a un Año, mientras que en 1999 la relación fue de casi uno a uno.

Al analizar la evolución del gasto por entidad pagadora se observan diferencias importantes. En el caso del Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa, el gasto pagado por Fonasa creció en un 123%, a diferencia del gasto pagado por las Isapres que creció un 80%. Además, en las Isapres existe una incipiente tendencia a revertir el crecimiento del gasto en los últimos años, lo que se asocia a una menor cantidad de subsidios iniciados, una menor duración de los mismos y una menor TIL de sus cotizantes. Otras diferencias se refieren a que los subsidios pagados por Fonasa son de mayor duración pero de menor costo diario, y a que la TIL de sus cotizantes, además de ser creciente en el período, es mayor que la de los cotizantes de Isapres, que incluso decrece. En el caso del Subsidio por Reposo Maternal y Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año, que es íntegramente de cargo fiscal, se destaca que es pagado mayoritariamente –un 73%– y de manera creciente a los cotizantes de Isapre, es decir, consecuentemente a aquellos con mayores remuneraciones.

Analizando los factores que explican la evolución del gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral en el período 1991-1999, se observa que para el caso del Subsidio por Enfermedad y Medi-

cina Curativa, el mayor peso corresponde al mayor ingreso imponible de los cotizantes, seguido por el incremento en el número de cotizantes. No obstante, la situación difiere significativamente por entidad pagadora. Así, para las Isapres el aumento del gasto se explica principalmente por el mayor número de cotizantes, mientras que para Fonasa el principal factor es el crecimiento de la TIL de sus cotizantes, seguido por el mayor ingreso imponible de los mismos. En base a esta situación, se puede inferir que en el caso de las Isapres no existiría una tendencia hacia la sobreutilización del beneficio, mientras que lo contrario podría plantearse para Fonasa, donde probablemente los factores epidemiológicos sean incapaces de dar cuenta de todo el aumento en la TIL. La incidencia de la mayor TIL de los cotizantes de Fonasa queda reflejada en que si ésta se hubiese mantenido constante en su nivel de 1991, el sector público hubiese ahorrado \$ 61.357 millones –en moneda de 1999– en el período 1991-1999.

En cuanto a los factores que explican la evolución del gasto en Subsidio por Reposo Maternal, se destaca el mayor ingreso imponible de las cotizantes. Y respecto al gasto en Subsidio por Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año, la mayor incidencia corresponde sin lugar a dudas al crecimiento de la TIL. Esta situación lleva a inferir que no existirían problemas de sobreutilización del Subsidio por Reposo Maternal por el lado de la TIL, lo cual es consistente con la mayor facilidad de control que existe sobre este beneficio por el hecho de asociarse al embarazo de la cotizante. Sin embargo, mayor análisis merece el importante aumento del ingreso imponible de las cotizantes comparado con indicadores generales de remuneraciones reales, pues podría estar escondiendo sobredeclaraciones de renta.

Una hipótesis diferente puede plantearse respecto al Subsidio por Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año, puesto que difícilmente los factores epidemiológicos puedan explicar la totalidad del crecimiento de la TIL. Llama la atención, además, que para este subsidio el incremento de la TIL es significativo tanto para las cotizantes Fonasa como para las cotizantes Isapre, lo que contrasta con la evolución de la TIL en el caso del Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa, en el cual se verifica un aumento de la TIL sólo en Fonasa. Esta situación sustenta la hipótesis sobre la relevancia de los incentivos a la fiscalización por parte de las entidades pagadoras, ya que en el caso del Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa las Isapres controlan el gasto por ser de su propio cargo –y consecuentemente se verifica una caída en la TIL–, mientras que en el caso del Subsidio por Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año no lo hacen por ser de cargo fiscal –y en este caso se verifica un explosivo aumento de la TIL–. La magnitud del efecto que ha tenido en el gasto público la mayor intensidad de uso del Subsidio por Enfermedad Grave de Hijo Menor a Un Año se ejemplifica con el hecho que de haberse mantenido la TIL constante en el período 1991-1999 a su nivel de 1991, el sector público hubiese ahorrado \$ 40.131 millones –en moneda de 1999.

Analizando el diseño institucional de los Subsidios por Incapacidad Laboral –y los consecuentes incentivos que generan a los agentes involucrados–, unido a las limitadas herramientas de

control disponibles, no es de extrañar que se verifique una tendencia a la sobreutilización de los beneficios. En particular, si bien distintas evaluaciones concluyen que estos subsidios son eficaces en permitirles a los trabajadores el debido reposo en caso de incapacidad para trabajar, también se verifica que su diseño no ha incorporado restricciones presupuestarias, que es relativamente generoso en comparación con beneficios similares en el resto del mundo y que sólo ha incorporado incipientemente herramientas para protegerse de potenciales abusos del beneficio. Concretamente, se observa una asociación entre la ausencia de incentivos y herramientas para controlar el gasto por parte de las entidades pagadoras y el crecimiento de la TIL de los respectivos cotizantes y el gasto consecuente.

A futuro, considerando que la intensidad de uso del conjunto de Subsidios por Incapacidad Laboral continuase con la tendencia observada en la década pasada, en el año 2010 se llegaría a un gasto superior a \$ 816.000 millones, acumulando en el período 2001-2010 un gasto mayor a \$ 4.066.000 millones –cifras en moneda de 1999–. En este contexto, el gasto público en Subsidios por Incapacidad Laboral podría llegar a representar más del 40% del gasto público en salud en el año 2010. En contraste, si la TIL de los Subsidios por Incapacidad Laboral se mantuviese constante al nivel del año 1999, se produciría un ahorro de recursos mayor a \$ 1.642.000 millones en el período en cuestión –en moneda de 1999.

En el escenario diagnosticado resulta indispensable introducir modificaciones al diseño de los Subsidios por Incapacidad Laboral. Al momento de discutir estas propuestas de modificación, debe evitarse la adopción de posturas rígidas, ya sea aquella que se escuda en que las licencias son de exclusiva autoridad médica y que por lo tanto cualquier intento por racionalizarlas va en contra de la salud de las personas, o el extremo contrario, que se centra en intentar reducir el gasto a costa de descuidar el fin último de los subsidios en cuestión, a saber, resguardar el debido reposo de los trabajadores temporalmente incapacitados. Por ello, las propuestas deben analizarse desde una perspectiva que reconoce que los Subsidios por Incapacidad Laboral tienen justificaciones meritorias, pero que reconoce también que deben realizarse esfuerzos en orden a generar los incentivos correctos a los agentes involucrados y a fortalecer las instancias de fiscalización, de manera que se evite una sobreutilización de los beneficios más allá de las justificaciones médicas y se facilite así la liberación de recursos para otras prestaciones sanitarias.

En este contexto, si es que persiste un diseño institucional que genere incentivos a la sobreutilización de los Subsidios por Incapacidad Laboral, no será eficiente sólo incrementar los recursos destinados a la fiscalización y control de su uso. Por ello, si bien las modificaciones deben considerar la implementación de instancias modernas de fiscalización, deben complementariamente apuntar al rediseño de los subsidios y los incentivos que generan. De todas maneras, especial cuidado debe ponerse en evitar que las modificaciones lleven al extremo contrario –sobreracionamiento de subsidios por parte de las instituciones aseguradoras–, pues ello iría en desmedro de la salud de las personas.

Finalmente, cabe señalar que la discusión sobre el rediseño de los Subsidios por Incapacidad Laboral se torna particularmente relevante en el contexto de la Reforma al Sistema de Salud chileno, por cuanto constituye una potencial fuente de recursos para ser destinados al financiamiento de las actividades consideradas prioritarias por la Reforma.

Bibliografía

- Aedo, C., Bergoeing, R. y Saavedra, E.** (2000). “El Sistema de Seguridad Social en Chile: un Estudio Prospectivo”, documento de trabajo realizado por el Departamento de Economía de la Universidad Alberto Hurtado para Mideplan.
- Aedo, C., Bastías, G. y Sapelli, C.** (1999). “Subsidio de Incapacidad Laboral en Chile”, Fundación Salud y Futuro.
- Beteta, E., Millán, I. y Oyarzo, C.** (2001). “Changes in Health Policies in Chile and its Impact on Equity, 1990-1994”, UNDP/WB/WHO project, mimeo.
- CIEDESS** (1996). “Modernización de la Seguridad Social en Chile, 1980-1995”.
- Decreto con Fuerza de Ley N° 44 de 1978 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, última actualización 14/11/1994.
- Dirección de Presupuestos** (2000). “Estadísticas de las Finanzas Públicas 1990-1999”.
- Dirección de Presupuestos** (1999). “Informe Final Evaluación de Programa Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa”.
- Dirección de Presupuestos** (1998). “Informe Final Evaluación de Programa Subsidio por Reposo Maternal y Cuidado del Niño”.
- García de Cortázar, J. y Vielmas, J.** (1999). “Análisis del Comportamiento de las Licencias Médicas Curativas Según Diagnóstico”, Ministerio de Salud.
- Ley 18.469 de 1985 del Ministerio de Salud, última actualización 24/12/1999.
- Martínez, E.** (1999). “Determinación de las Variables que Afectan el Evento de Solicitar Licencia Médica”, Seminario de Título Pontificia Universidad Católica de Chile.
- MINSAL** (2000). “Resumen Ejecutivo de Estadísticas de Salud, Chile 1995-1999”.
- MINSAL** (1999). “1990-1999: 10 Años Mejorando la Salud de los Chilenos”.
- Pontificia Universidad Católica de Chile** (1999). “¿Subsidios de Incapacidad Laboral versus Seguros de Salud?”, Boletín Programa de Economía de la Salud, Instituto de Economía, marzo 1999.

Solar, G. (1996). “Estudio sobre Muestra Aleatoria de 20 meses de Licencias Médicas Curativas en la Región Metropolitana, Años 1993-1995”, mimeo.

Solimano, G., Vergara, M. y Tokman, M. (2000). “Propuesta de Políticas para la Seguridad Social en Chile: Componente Salud”, Mideplan.

Superintendencia de Isapres (1995). “Comportamiento de las Licencias por Enfermedad Común o Curativa en el Sistema de Isapres Abiertas”, Serie Estudios Técnicos.

Superintendencia de Seguridad Social (2000). “Evolución del Gasto en Subsidios Maternales 1991-1999”, Edición Especial Revista de Seguridad Social.

Superintendencia de Seguridad Social (1999). “Evolución del Gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral Período 1991-1998”.

Rodríguez, J. y Tokman, M. (2000). “Resultados y Rendimiento del Gasto en el Sector Público de Salud en Chile 1990-1999”, CEPAL, Serie Financiamiento del Desarrollo N° 106.

