

ISSN 1727-8694

S E R I E

**ESTUDIOS Y
PERSPECTIVAS**

**OFICINA DE LA CEPAL
EN MONTEVIDEO**

Estudio sobre el subsidio por enfermedad en el Uruguay

Verónica Amarante
Andrés Dean

ESTUDIOS
Y
PERSPECTIVAS



NACIONES UNIDAS

CEPAL

Estudio sobre el subsidio por enfermedad en el Uruguay

Verónica Amarante
Andrés Dean



NACIONES UNIDAS



Este documento fue preparado por Verónica Amarante y Andrés Dean, Directora y Consultor, respectivamente, de la oficina de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en Montevideo, en el marco del convenio de cooperación técnica entre la CEPAL y el Gobierno del Uruguay, a través del Ministerio de Economía y Finanzas.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de los autores y pueden no coincidir con las de la Organización.

Publicación de las Naciones Unidas

ISSN 1727-8694 (versión electrónica)

ISSN 1727-8686 (versión impresa)

LC/TS.2017/112

LC/MVD/TS.2017/7

Distribución: Limitada

Copyright © Naciones Unidas, noviembre de 2017. Todos los derechos reservados

Impreso en Naciones Unidas, Santiago

S.17-01015

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse a la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), División de Publicaciones y Servicios Web, publicaciones@cepal.org. Los Estados Miembros de las Naciones Unidas y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Solo se les solicita que mencionen la fuente e informen a la CEPAL de tal reproducción.

Índice

Resumen	7
Introducción	9
I. Los subsidios por enfermedad: aspectos teóricos y empíricos	11
A. Los fundamentos y los riesgos	11
B. Alguna evidencia.....	13
1. Factores asociados con las diferencias en tasas de ausentismo entre países	13
2. Evidencia sobre el comportamiento de los médicos	14
3. Evidencia sobre el comportamiento de los trabajadores	14
4. Evidencia sobre el comportamiento de las empresas	15
5. Evidencia sobre el comportamiento conjunto de empresas y trabajadores	15
II. Subsidio por enfermedad en el Uruguay	17
A. Breve descripción y cambios recientes	17
B. La comparación del subsidio uruguayo en relación a otros países.....	20
III. La utilización del subsidio por enfermedad	25
IV. El gasto del subsidio por enfermedad	35
V. Análisis de las patologías y los prestadores	39
VI. Modelización de la utilización del subsidio por enfermedad	45
VII. Los cambios recientes en la reglamentación y sus posibles impactos	51
VIII. A modo de cierre	55
Bibliografía	57
Anexo	59
Serie Estudios y Perspectivas – Montevideo: números publicados	64

Cuadros

Cuadro 1	Cobertura del subsidio por enfermedad.....	21
Cuadro 2	Duración de la cobertura del subsidio por enfermedad	21
Cuadro 3	Monto del subsidio por enfermedad, como porcentaje del salario	22
Cuadro 4	Características de los seguros de enfermedad en América Latina. Países seleccionados.....	24
Cuadro 5	Variación en las solicitudes de subsidio por enfermedad en relación con el año anterior	28
Cuadro 6	Variación en las solicitudes de subsidio por enfermedad en relación con el año anterior	29
Cuadro 7	Porcentaje promedio del salario cobrado como subsidio por enfermedad para trabajadores afectados y no afectados por el tope, según año, 2005-2015	37
Cuadro 8	Gasto en subsidio por enfermedad en diferentes escenarios.....	38
Cuadro 9	Listado de 34 patologías del codificador utilizado por el BPS que concentran el 37% de las solicitudes del período 2005-2010	39
Cuadro 10	Prestadores que otorgaron más días de licencia en las 34 patologías seleccionadas	41
Cuadro 11	Promedio de la posición alcanzada en las 34 patologías seleccionadas según prestador de salud	42
Cuadro 12	Resultados de la estimación de la ecuación (2) con datos mensuales	47
Cuadro 13	Resultados de la estimación de la ecuación (2) con datos mensuales	48
Cuadro 14	Resultados de la estimación Logit de la ecuación (2) con datos diarios.....	49
Cuadro 15	Resultados de la estimación de diferencias en diferencias. Variable dependiente dicotómica que indica los meses en que el trabajador inició un período de licencia	53
Cuadro 16	Resultados de la estimación de diferencias en diferencias. Variable dependiente dicotómica que indica los meses en que el trabajador utilizó la licencia.....	53
Cuadro 17	Resultados de la estimación de diferencias en diferencias. Variable discreta que indica la cantidad de días de licencia que se tomó el trabajador.....	53
Cuadro A.1	Obligaciones para el empleador en relación a la ausencia por enfermedad	60
Cuadro A.2	Resultados de la estimación de diferencias en diferencias. Variable dependiente dicotómica que indica los meses en que el trabajador inició un período de licencia.....	61
Cuadro A.3	Resultados de la estimación de diferencias en diferencias. Variable dependiente dicotómica que indica los meses en que el trabajador inició un período de licencia.....	61
Cuadro A.4	Resultados de la estimación de diferencias en diferencias. Variable dependiente dicotómica que indica los meses en que el trabajador inició un período de licencia.....	61
Cuadro A.5	Días de licencia otorgados en promedio por cada prestador de salud en cada una de las 34 patologías seleccionadas	62

Gráficos

Gráfico 1	Monto máximo del subsidio por enfermedad y salario privado	19
Gráfico 2	Evolución relativa del monto máximo del subsidio por enfermedad y salario privado	19
Gráfico 3	Días de licencia por enfermedad pagos en países seleccionados (días de trabajo equivalentes)	20
Gráfico 4	Días de ausencia laboral compensada por subsidio de enfermedad	23
Gráfico 5	Número de solicitudes de subsidio por enfermedad según año	25
Gráfico 6	Variación en el número de solicitudes de subsidio por enfermedad según año.....	26
Gráfico 7	Beneficiarios subsidiados (promedio anual) y tasa de desempleo.....	27
Gráfico 8	Solicitud de subsidio por enfermedad y tope del subsidio	27
Gráfico 9	Número de solicitudes de subsidio por enfermedad según año y región.....	28
Gráfico 10	Número de solicitudes de subsidio por enfermedad según año y sexo.....	29
Gráfico 11	Número de solicitudes de subsidio por enfermedad en relación con los cotizantes	30
Gráfico 12	Días de duración promedio de solicitudes de subsidio por enfermedad según año, sexo y región	30
Gráfico 13	Número de solicitudes de subsidio por enfermedad según año y duración	31

Gráfico 14	Días totales de licencia por enfermedad según año, sexo y región.....	31
Gráfico 15	Días promedio de subsidio por enfermedad por cotizante según año y región	32
Gráfico 16	Distribución de las solicitudes de licencia por enfermedad (duración < 30 y > 3 días), trabajadores residentes en Montevideo, según el mes de solicitud.....	32
Gráfico 17	Solicitudes de subsidio por enfermedad en feriados seleccionados, 2011-2015	33
Gráfico 18	Gasto del subsidio por enfermedad	35
Gráfico 19	Evolución de los componentes del gasto del programa de Subsidio por Enfermedad en el período 2005-2015	36
Gráfico 20	Proporción de trabajadores afectados por el tope al cobro del Subsidio por Enfermedad según sexo y región en el período 2005-2015	36
Gráfico 21	Gasto en subsidio por enfermedad, distintos escenarios, 2010-2015	38
Gráfico 22	Funciones de densidad Kernel de duración de subsidio para patologías seleccionadas.....	43

Resumen

El programa de subsidio de enfermedad de Uruguay ha sufrido diversos cambios recientemente. En 2010 se unificó la forma de certificación en todo el país, pasando a ser realizada directamente por los prestadores de salud integrantes del Sistema Nacional de Salud, lo que implica eliminar el requerimiento de trámite presencial para los trabajadores de Montevideo. Adicionalmente, el tope máximo del subsidio de enfermedad fue incrementado en enero de cada año entre 2010 y 2015, implicando un crecimiento significativo en términos reales.

En este estudio se analizan los efectos de estos cambios, en base a los registros administrativos del programa del subsidio por enfermedad proporcionados por el Banco de Previsión Social. Se intenta dilucidar la importancia de estos cambios en el fuerte incremento de las erogaciones del programa en años recientes. Nuestros resultados indican que el cambio regulatorio de 2010 tuvo un impacto muy bajo en el incremento de las solicitudes. El incremento en el gasto del programa parece vincularse directamente con el aumento de los topes máximos, que a su vez podrían haber inducido a una mayor solicitud de la prestación, al operar como un descenso en el deducible para un conjunto de trabajadores. No surge, de la evidencia presentada, ningún indicio de presencia de riesgo moral o uso abusivo del subsidio, al menos en relación con la superposición con días de vacaciones escolares o cercanías con el fin de semana. Finalmente, la información analizada también permitió ilustrar sobre la gran dispersión entre los prestadores en relación a los días de licencia asociados a las diferentes dolencias.

Introducción

Los programas de subsidio por enfermedad fueron diseñados como herramientas de protección social para posibilitar el reemplazo del ingreso de los trabajadores frente al riesgo de no poder generar ingresos laborales durante un período de tiempo. Pero no solamente la búsqueda de la protección social orienta estos programas, hay diversos argumentos económicos que sustentan su existencia. Sin embargo, la utilización de este subsidio podría estar sujeta a problemas de riesgo moral, en caso que los incentivos fueran incorrectos y potenciaran la sobreutilización. Uruguay cuenta con un programa de subsidio por enfermedad que cubre a los trabajadores dependientes de la actividad privada y se encuentra bajo la órbita del Banco de Previsión Social (BPS), sobre el cual han operado diversos cambios recientemente, que son los que motivan este estudio.

En 2010 se unificó la forma de certificación para el subsidio por enfermedad en todo el país, pasando a ser realizada directamente por los prestadores de salud integrantes del Sistema Nacional de Salud, que son responsables de remitir al BPS la información necesaria. Hasta ese momento, en Montevideo el trabajador debía realizar un trámite presencial ante la oficina del BPS para validar la prestación. La modificación que tuvo lugar en 2010 implica por lo tanto una disminución en los costos de transacción que enfrenta el trabajador de Montevideo al pedir licencia. Por otro lado, el tope máximo del subsidio de enfermedad fue modificado de manera casi simultánea: se incrementó de 3 a 4 Bases de prestaciones Contributivas (BPC) a partir de enero de 2011, y a partir de ese momento se aumentó en una BPC en enero de cada año, hasta alcanzar un máximo de 8 BPC en 2015, lo que ha implicado un crecimiento significativo del tope en términos reales.

Al mismo tiempo que se produjeron estos cambios, se han incrementado las solicitudes y las erogaciones del programa. Pero también este período temporal ha estado signado por el aumento de la cantidad de trabajadores cotizando a la seguridad social, y por el dinamismo del mercado laboral en términos de crecimiento del salario real y baja tasa de desempleo. Resulta por lo tanto complejo dilucidar si el aumento en las solicitudes y erogaciones obedece a un uso abusivo del subsidio, a la efectivización de un derecho que antes no se estaba cumpliendo por los altos costos de transacción, a un efecto del ciclo económico, o a una mezcla de estos diversos factores. En este estudio se analizan estos aspectos, en base a los registros administrativos del programa del subsidio por enfermedad proporcionados por el BPS, intentando dilucidar la importancia de cada uno de ellos.

El informe se organiza de la siguiente manera: en la sección I se discuten algunos aspectos teóricos vinculados con los subsidios por enfermedad, así como la evidencia internacional sobre los diseños de los subsidios por enfermedad y sus efectos. En la sección II se presenta el subsidio por enfermedad en Uruguay y se lo analiza comparativamente con otros países. En la sección III se presentan algunas estadísticas básicas sobre la utilización del seguro por enfermedad en Uruguay, mientras que la sección IV profundiza el análisis sobre el gasto del programa. La sección V presenta un análisis de las solicitudes de subsidio según las patologías asociadas y los prestadores. En la sección VI se modeliza la utilización del subsidio por enfermedad, considerando la probabilidad de utilización de acuerdo con ciertas características del trabajador y del puesto de trabajo, e incluyendo una variable que intenta reflejar la existencia de un comportamiento abusivo por parte de los trabajadores. La sección VII explora los posibles impactos de los cambios recientes en la reglamentación sobre la utilización del subsidio. Finalmente, las principales recomendaciones y comentarios finales se presentan en la sección VIII.

I. Los subsidios por enfermedad: aspectos teóricos y empíricos

A. Los fundamentos y los riesgos

Más allá de los argumentos de justicia, hay fuertes razones de tipo económico para la existencia de licencias por enfermedad para los trabajadores. Los resultados para el trabajador, para la empresa que lo contrata y para la sociedad en su conjunto, podrían ser peores en ausencia de este tipo de programa. Sin licencia por enfermedad, los trabajadores corren un riesgo económico en caso de enfermarse, ya que un evento de enfermedad podría estar asociado a una caída temporaria en sus ingresos o incluso a la pérdida de su empleo.

Frente a este riesgo y sin licencia por enfermedad, muchos trabajadores optarían por seguir trabajando mientras permanecen enfermos, poniendo en riesgo su propia recuperación y aumentando la posibilidad de que un problema de salud menor se transforme en una enfermedad seria (Lovell, 2003). Adicionalmente, para enfermedades específicas aumentaría el riesgo de contagio de otros trabajadores que comparten el lugar de trabajo, o incluso de clientes (Li et al, 1996). Estimaciones para EEUU indican que la gripe provoca anualmente 200.000 internaciones y 36.000 muertes, y que alrededor de 20 millones de estadounidenses van a trabajar enfermos anualmente debido a la inexistencia de licencia por enfermedad (Heymann et al, 2009).

Por otro lado, los potenciales efectos económicos negativos de este tipo de programas, asociados con problemas de riesgo moral y, en menor medida, de selección adversa, han sido profusamente discutidos en la literatura. La selección adversa es un proceso por el cual las personas con menores riesgos de contraer enfermedades desisten de tener la cobertura de un seguro. Como resultado, solo las personas con riesgo alto estarían cubiertas. Este problema surge cuando las personas candidatas a elegir un seguro, tienen mejor información que el asegurador respecto al perfil de riesgos del asegurado. El problema de selección adversa tiene como consecuencia directa un aumento en los costos del asegurador. Trasladar dichos costos a precios, solo agravaría el problema de selección adversa (Hurley, 2000). En el caso de la licencia o subsidio por enfermedad en Uruguay los problemas de selección adversa deberían ser bajos, ya que no existe la posibilidad de que el trabajador

elija si contrata o no la cobertura. Tampoco puede elegir entre diferentes tipos de cobertura. Sin embargo, existe cierto margen para este tipo de problemas en el caso uruguayo si la decisión de entrar al mercado de trabajo o de formalización del empleo está influenciada por la existencia o las características de este tipo de programa.

Los problemas de riesgo moral en el mercado de los servicios de salud surgen cuando las personas, una vez que tienen la cobertura de un seguro, tienen un comportamiento diferente del que hubiesen tenido en ausencia del seguro, y ese comportamiento implica un mayor uso de los servicios de salud. Estos problemas de riesgo moral pueden ser estáticos (*ex-ante* y *ex-post*) o dinámicos. El riesgo moral *ex-ante* se daría cuando las personas, al tener cobertura de un seguro, cuidarían menos su propia salud (reducción en el esfuerzo de prevención). El riesgo moral *ex-post* existiría cuando los individuos, luego de estar cubiertos por un seguro, comenzarían a hacer un mayor uso de los servicios de salud. El efecto dinámico se daría si los médicos también cambiaran su comportamiento (especialmente si se les paga por acto médico), indicando más y nuevos tratamientos. La consecuencia sería la creación de nuevas tecnologías médicas, para las cuales no hubiese existido un mercado en ausencia de seguro (Gerdtham & Jönsson, 2000). Al igual que en el caso de la selección adversa, el origen de los problemas de riesgo moral es la existencia de información asimétrica entre el asegurador y el asegurado. La diferencia es que los problemas de riesgo moral no se dan porque el asegurado conozca mejor cuál es su perfil de riesgos antes de asegurarse, sino porque conoce mejor cuál es su comportamiento luego de haberse asegurado. Este cambio de comportamiento *ex-post* contractual no es fácilmente observable por el asegurador o es muy costoso observarlo o, incluso pudiendo ser observado, no es posible o es muy costoso hacer que el asegurado modifique su comportamiento.

La presencia de individuos propensos al riesgo moral genera una externalidad negativa, ya que en la medida que el asegurador no puede distinguir entre éstos individuos y las demás personas, aumentan los costos de los seguros de salud u otros programas como la licencia por enfermedad para todos. Sin embargo, la existencia de cierto nivel de riesgo moral puede ser beneficiosa. Por un lado, en la medida que los médicos ejercen un monopolio colectivo, la cantidad de servicios de cuidados médicos consumidos sería inferior a la óptima. Por otro lado, la existencia de riesgo moral puede generar incentivos al uso de servicios médicos más costo-efectivos. Por lo tanto, la cantidad óptima de riesgo moral sería positiva y no cero (Zweifel & Willard, 2000).

La evidencia parece respaldar la hipótesis de que existen problemas de riesgo moral estáticos *ex-post* en los diferentes sistemas de cobertura de salud, pero es menos concluyente para los casos del riesgo moral *ex-ante* y del riesgo moral *ex-post* dinámico. La principal explicación que se ha dado a que no se encuentre evidencia robusta de riesgo moral *ex-ante* (que implica una reducción del esfuerzo preventivo cuando el trabajador cuenta con cobertura de salud) es la aversión al riesgo por parte del trabajador que puede llegar a neutralizar el efecto del riesgo moral *ex-ante* (Zweifel & Willard, 2000).

En el caso de los programas de licencia o subsidio por enfermedad, la existencia de riesgo moral implicaría que los trabajadores, al contar con la cobertura del programa, sabrían que en caso de enfermedad experimentarían una menor caída en sus ingresos. Como consecuencia, los trabajadores podrían cuidar menos de su salud a la vez que solicitar licencia médica con más frecuencia de lo que lo hubieran hecho en ausencia del programa.

La posibilidad de que existan problemas de riesgo moral o selección adversa ha llevado que esté abierto el debate sobre la pertinencia de los programas obligatorios de subsidio por enfermedad. Y en caso en que se concluya que este tipo de programas es necesario, existe una gran diversidad de opiniones sobre las características que debería tener.

En presencia de problemas de riesgo moral, la frecuencia y la duración de las licencias por enfermedad dependerán de las exigencias que el programa plantee para sus usuarios. Un menor porcentaje del salario cubierto por el programa (ingreso de remplazo) o una mayor cantidad de requisitos para acceder al subsidio (costos de transacción), tendrían como consecuencia un menor uso promedio de dicho subsidio.

Una tercera variable que define al programa de licencia por enfermedad, es en qué proporción se financia por el Estado y por el empleador. Mientras en Uruguay el 100% del subsidio es financiado por el BPS, en otros países parte de la licencia es financiada también por la empresa. Esta variable, si bien en principio no altera los incentivos del trabajador en términos de riesgo moral, si resulta clave en la estructura de incentivos del empleador. En los casos en que la empresa es responsable de pagar una mayor parte de la licencia del trabajador enfermo, tiene mayores incentivos para gastar en la prevención de los episodios de enfermedad, pero simultáneamente también tiene mayores incentivos para evitar contratar a trabajadores con mayores probabilidades de enfermar (Fevang et al, 2011).

B. Alguna evidencia

En esta sección se repasa la evidencia sobre los diseños de los subsidios por enfermedad y sus efectos. Esta evidencia puede agruparse en dos: un conjunto de trabajos que intenta explicar las diferencias significativas en las tasas de ausentismo entre países, en general desarrollados, mientras otros estudios analizan los cambios en la configuración de las licencias por enfermedad en algún país específico, intentando evaluar los efectos o impactos que han tenido esos cambios sobre el comportamiento de los médicos, empresas o trabajadores involucrados.

1. Factores asociados con las diferencias en tasas de ausentismo entre países

Los estudios que intentan explicar las significativas diferencias en las tasas de ausentismo entre países suelen centrarse en las diferencias en los diseños institucionales del seguro de enfermedad¹. En esta línea, Osterkamp & Rohn (2007) analizan datos de 20 países europeos entre el 1996 y el 2002 y encuentran una asociación positiva y significativa entre el nivel de generosidad del subsidio (reflejado en un índice construido en base a diferentes variables) y la cantidad de ausencias al trabajo. También reportan un vínculo positivo y significativo con la proporción de trabajadores entre 55 y 64 años, mientras que la proporción de mujeres en la fuerza laboral y la tasa de desempleo no resultan significativas.

Utilizando datos de corte transversal a nivel de trabajadores y modelos de conteo de datos, Frick & Malo (2008) coinciden en señalar que el nivel de generosidad de los sistemas de licencia por enfermedad (medido por un índice que considera tiempo de espera, tasa de remplazo y duración del subsidio) tiene un impacto positivo en los niveles de ausentismo por enfermedad. Sin embargo, las características institucionales de los mercados laborales, medidas a través los diferentes niveles de seguridad laboral (tipo de contratos, costos de despidos, etc.) no resultan relevantes para explicar dichas ausencias, siendo más importantes las características personales de los trabajadores.

Hallazgos similares surgen del trabajo de Lusinyan y Bonato (2007) para un panel de países europeos: los niveles de ausentismo son superiores cuando los sistemas son más generosos y cuando los empleadores no participan en el financiamiento de los subsidios. Menor cantidad de horas de trabajo y arreglos laborales flexibles se correlacionan con menores niveles de ausentismo.

Los estudios también coinciden en señalar el patrón pro-cíclico de las tasas de ausentismo, que se incrementan en los tiempos de bonanza económica, y se correlacionan negativamente con la tasa de desempleo (Osterkamp & Rohn, 2007; Khan et al, 2004; Askildsen et al, 2005; entre otros), aunque no parece deberse a un efecto composición (característica de los trabajadores que ingresan al mercado laboral en la fase alcista del ciclo) sino con un efecto disciplinamiento.

Para el caso de Suecia, donde el certificado médico se requiere solamente para ausencias de largo plazo, Khan y Rehnberg (2009) encuentra, en base datos de 2002 y una regresión logística, que las ausencias de corto plazo están positivamente asociados con la percepción de seguridad en el trabajo, mientras que no hay efectos en las ausencias de largo plazo. Esta percepción de seguridad en el trabajo, que en el estudio se mide a través del tipo de contrato, también se relaciona con los ciclos económicos.

¹ Se argumenta que las condiciones objetivas de salud de los trabajadores de los países desarrollados no presentan variaciones tan significativas como las que se observan en las tasas de ausentismo, por lo que este factor recibe menor atención en la literatura (Osterkamp & Rohn, 2007).

2. Evidencia sobre el comportamiento de los médicos

Al igual que en Uruguay actualmente, en muchos otros países son los médicos generales los encargados de evaluar las solicitudes de licencia de enfermedad de los trabajadores. Si a su vez, los trabajadores pueden elegir libremente entre diferentes médicos y éstos últimos cobran por acto, se configura un mercado para estos servicios. En estos casos se podría formular la hipótesis de que los incentivos de los médicos serían contrarios a realizar una evaluación estricta de las solicitudes que estuviera alineada con el cuidado de los recursos públicos. Los médicos que indiquen más días de licencia podrían tener una mayor demanda de consultas de parte de los trabajadores, y por lo tanto percibir más ingresos. Utilizando datos de Noruega, Markussen & Røed (2016) encuentran evidencia en este sentido. Los médicos noruegos parecerían ser más indulgentes cuanto más competitivo sea este mercado, mientras la demanda de servicios médicos se incrementa para aquellos que tienen una reputación de mayor indulgencia. Según las estimaciones de dichos autores, si a todos los médicos de Noruega se les pagara un salario fijo, los niveles de ausentismo de los trabajadores se reducirían entre un 3-7%. Esta reducción es considerada baja debido a que entre los médicos noruegos habría bajos niveles previos de competencia.

3. Evidencia sobre el comportamiento de los trabajadores

Los estudios que analizan los efectos de los cambios en las tasas de reemplazo sobre el comportamiento de los trabajadores no llegan a conclusiones unánimes. Henreksson & Persson (2004), utilizando datos de Suecia y aprovechando siete modificaciones en la tasa de reemplazo del programa en un período de 45 años, encuentran que los subsidios más generosos han estado asociados a aumentos permanentes en la cantidad y duración de las licencias por enfermedad.

El estudio de Johansson & Palme (2005) se concentra en la reforma en el sistema sueco de 1991 que sustituyó la tasa plana de 90% del salario como ingreso de reemplazo, por un sistema escalonado (65% en los 3 primeros días, 80% entre el día 4 y el 90 y 90% después del día 90). La reforma buscó dos efectos: reducir la probabilidad de ausentismo de corto plazo y reducir el incentivo a retornar antes de plazo en los casos de ausencia de largo plazo (evitando nuevos períodos de licencia). Los autores señalan que la reforma tuvo como efecto una reducción en los casos de ausentismo por enfermedad a la vez que un aumento en la duración de las licencias de más de 90 días. El efecto global de ambos movimientos fue un aumento en la ausencia del trabajo por enfermedad.

Puhani & Sonderhof (2010) analizan la reforma del programa de Alemania en 1996, que redujo la tasa de reemplazo del 100% a 80%, para volver a aumentarla a 100% luego de dos años. Los autores encuentran que la reducción en la tasa de reemplazo tuvo como efecto una caída en la ausencia del trabajo por enfermedad, en particular en los casos de mayor duración de la licencia. También encuentran que la reducción en la tasa de reemplazo condujo a una caída promedio de 0,5 días de internación. Los autores señalan que los problemas de riesgo moral asociados al sistema de subsidio por enfermedad estarían produciendo un uso ineficiente del sistema médico de salud. Esta reforma también fue analizada por Ziebarth & Karlsson [2010] y arribaron a conclusiones similares. En la misma línea, Böckerman et al (2014) analizan los problemas de riesgo moral presentes en el sistema de licencia por enfermedad finlandés, y encuentran que las ausencias por motivo de enfermedad aumentan cuando la tasa de reemplazo es mayor.

Sin embargo, Dale-Olsen (2011) encuentra que los cambios en la tasa de reemplazo solo tienen efectos sobre la duración del período de licencia bajo algunas formas de remuneración y no bajo otras. Utilizando datos de Noruega señala que en los casos en que el salario del trabajador es a destajo o en el marco de los esquemas de *profit sharing*, una disminución de la tasa de reemplazo tendría como efecto una caída en la duración promedio de la licencia. Sin embargo, cuando los salarios de los trabajadores son fijos o incluyen bonos individuales o grupales, o cuando se utiliza algún esquema tipo ESOP (*Employee Stock Option Plan*), los cambios en la tasa de reemplazo no tendrían ningún impacto.

Utilizando información de encuestas a hogares, Grignon & Renaud (2007) concluyen que la mayor propensión de los trabajadores a tomarse licencia en Francia ha estado mayormente determinada por el cambio en las condiciones laborales. De acuerdo a estos autores, se habría producido un aumento

en la tensión en el trabajo debido a mayores horas de trabajo y bajo reglas más estrictas, y también debido a cambios en la composición de la fuerza de trabajo, por la incorporación de personas menos saludables. Descartan que el aumento en el uso de la licencia de trabajo en Francia se haya dado debido a un menor temor de los trabajadores de perder su trabajo, lo que se asociaría al riesgo moral.

No se identificaron estudios que evaluaran impactos de los cambios en las modalidades de certificación.

4. Evidencia sobre el comportamiento de las empresas

Algunos estudios han analizado los impactos que tienen los programas de subsidio por enfermedad en los incentivos y comportamiento de las empresas.

En varios países de la OCDE las empresas son responsables por el pago de la licencia por enfermedad en una etapa inicial, pero luego de esta etapa un programa de seguro a nivel nacional se hace cargo de la cobertura (OECD 2010)². Este diseño puede implicar que, en los casos de ausencias por períodos superiores a los cubiertos por la empresa, el empleador podría evaluar que no está en su interés facilitar el retorno del trabajador, ya que un retorno temprano podría estar asociado a nuevas ausencias en el futuro. De este modo, trabajadores ausentes durante períodos largos podrían quedar atrapados en condiciones de inactividad. Un estudio de Fevang et al (2011) explora una reforma en el programa noruego que eliminó la responsabilidad de la empresa del pago en los casos de licencia por enfermedad asociada al embarazo. Utilizando metodologías de evaluación de impacto, concluyen que la reforma aumentó la probabilidad de utilizar la licencia por enfermedad así como la probabilidad de recuperarse antes, incrementando la empleabilidad de las mujeres embarazadas.

En Austria y Dinamarca, la seguridad social provee un seguro a las empresas cuando alguno de sus trabajadores se ausenta por motivos de enfermedad, y son las empresas las que tienen que hacerse cargo de parte o la totalidad del pago de la licencia. El sistema utilizado en Dinamarca no considera elegible a todas las empresas a utilizar dicho seguro, esto implica que todas las empresas tienen que hacerse cargo de la licencia por enfermedad de sus trabajadores en las primeras dos semanas pero no todas pueden recurrir al seguro. Westergaard-Nielsen & Pertold (2012) utilizando una metodología de regresión discontinua (RD) y analizan este diseño, encontrando que en los casos en que las empresas están aseguradas son mayores las ausencias por enfermedad, pero dichas ausencias son más cortas y la probabilidad de retorno es mayor. Los autores concluyen que promedialmente los esfuerzos de prevención son menores en las empresas aseguradas y que las licencias están asociadas a enfermedades menos graves.

Böheim & Leoni (2014) analizan el caso austríaco para determinar si este sistema genera un problema de riesgo moral entre las empresas, explotando el hecho de que a partir de 2000 las empresas tienen que pagar un deducible. Utilizando una metodología de regresión discontinua, no encuentran ningún efecto significativo de la aplicación del deducible.

5. Evidencia sobre el comportamiento conjunto de empresas y trabajadores

Algunos trabajos recientes han analizado la interacción de trabajadores y empresas ante la introducción de diferentes mecanismos de licencia por enfermedad, recurriendo a la economía experimental. En esta línea, el estudio de Duersch et al (2012) diseña un experimento de tipo *gift exchange* donde estudiantes asumen el rol de empleadores o trabajadores. Las empresas ofrecen un salario y una tasa de remplazo en caso de enfermedad, y los trabajadores aceptan o no el contrato y posteriormente deciden cuál será su nivel de esfuerzo entre 0 y 10 (cero es equivalente a decidir ausentarse del trabajo). Aleatoriamente se determina que trabajadores enferman y por lo tanto realizan un nivel de esfuerzo igual a cero. En caso que el nivel de esfuerzo sea cero la empresa no sabe si se debe a que el trabajador decidió ese nivel de esfuerzo o si fue sorteado (esta asimetría de información equivaldría a la situación en que el empleador

² La variabilidad de estas obligaciones en algunos países puede consultarse en el cuadro A.1.

no sabe si el trabajador efectivamente enfermó). Según el resultado de este diseño experimental, los trabajadores responderían realizando un mayor esfuerzo ante ofrecimientos tanto de mayores salarios como de mayores tasas de replazo. El hecho de que aumente el esfuerzo ante mayores tasas de replazo, estaría indicando que no habría problemas de riesgo moral (Duersch et al, 2012).

Un experimento similar pero con algunas variantes se presenta en Bauernschuster et al (2010). Para evaluar la existencia de problemas de selección adversa dividen a los trabajadores en dos grupos con diferente probabilidad de enfermarse, y evalúan el efecto del establecimiento de una tasa de replazo mínima. Esto equivaldría a la introducción de una licencia por enfermedad obligatoria para la empresa. Los resultados indican que los trabajadores dejarían de aumentar su esfuerzo ante el ofrecimiento de mayores tasas de replazo cuando existe una tasa de replazo mínima. Sin embargo, no reducirían su esfuerzo. Por lo tanto, no habría problemas de riesgo moral, incluso cuando el programa de licencia por enfermedad fuera obligatorio. Sin embargo, los resultados son consistentes con la existencia de problemas de selección adversa, ya que los trabajadores con mayor probabilidad de enfermarse tienden a elegir contratos con mayor tasa de replazo. Por último, los autores no encuentran evidencia de que la introducción de una tasa de replazo mínima reduzca la propensión de las empresas a ofrecer tasas de replazo altas. Por el contrario, las tasas de replazo ofrecidas fueron mayores.

Para América Latina existen pocos trabajos que aporten evidencia sobre los temas reseñados. Uno de ellos es el de Beteta, E. & Willington, M. (2010) que estima modelos *logit* utilizando datos de una encuesta específica para Chile para indagar sobre la existencia de “abusos” por parte de los trabajadores en sus solicitudes de licencia por enfermedad. Estos abusos podrían considerarse como una consecuencia de la existencia de problemas de riesgo moral. Encuentran tres resultados fundamentales. En primer lugar, los trabajadores que recurren a prestadores privados de salud tienden a hacer un uso mayor de las licencias. Esto podría deberse a la competencia entre los médicos de los proveedores privados de salud por captar más usuarios, en línea con el resultado de Markussen & Røed (2016) reseñado antes. En segundo lugar, encuentran que las mujeres con hijos de entre 3 y 10 años también tienen una mayor propensión a utilizar las licencias por enfermedad. Por último, los trabajadores que no tienen que pagar el deducible (período de espera) de tres días se ausentan por razones de enfermedad en mayor medida que aquellos que sí pagan el deducible. Los autores señalan que la mayor utilización de las mujeres con hijos de entre 3 y 10 años, más que constituir un caso de abuso debería considerarse un uso en casos no previstos en la normativa, ya que en los casos en que se enferma un hijo mayor de un año, el sistema chileno no prevé ningún tipo de licencia para los padres. Adicionalmente, un mayor uso por parte de los trabajadores a los que no se le aplica el período de espera o deducible, podría indicar un caso de “abuso”, pero también podría deberse a que los trabajadores que sí pagan el deducible hace un uso inferior al adecuado, algo que no puede distinguirse.

II. Subsidio por enfermedad en el Uruguay

A. Breve descripción y cambios recientes

Los esfuerzos por proteger a los trabajadores de los riesgos de enfermedad e invalidez se canalizaron en la primer mitad del siglo XX a través de Comisiones Honorarias Administradoras de Asistencia Médica y Seguro de enfermedad, que existían para los distintos gremios laborales y tenían una integración tripartita, con aportes obreros, patronales y del Estado, a través de la afectación de impuestos³. Se trataba de personas públicas no estatales que actuaban con bastante independencia del Poder Ejecutivo (Lazo, 2013). Con el advenimiento del gobierno de facto, el decreto 736/973 dispuso la creación de una Comisión Interventora de los Seguros de Enfermedad, declarando que se buscaba alcanzar una coordinación más eficiente de los distintos regímenes existentes. Dos años más tarde, el Decreto Ley 14047 de 1975 crea la Administración de Seguros Sociales por Enfermedad (ASSE) como servicio descentralizado, lo que implicó la disolución definitiva de los seguros parciales, que fueron traspasados a ASSE, quedando totalmente bajo la órbita estatal.

Además de asegurar la asistencia médica a los beneficiarios a través de instituciones públicas y privadas, ASSE se hacía cargo de subsidiar económicamente a los afiliados por los períodos de invalidez o enfermedad. El subsidio económico por incapacidad temporal correspondería al 70% del salario o jornal, pagándose a partir del cuarto día de ausencia. Esto implicaba una prestación menor tanto en lo que hace al monto como al período del subsidio. El financiamiento era en base a un aporte patronal que no excedería el 5% de las remuneraciones pagadas, un aporte obrero que no excedería el 3% de las remuneraciones y un aporte estatal. En 1979 ASSE pasa a llamarse Dirección de los Seguros Sociales de Enfermedad (DISSE), ubicándose en la órbita de la Dirección General de la Seguridad Social en el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Esta Dirección pasa luego ser el Banco de Previsión Social, donde se ubica en la actualidad. El Decreto Ley 14407 establecía que en ningún caso ASSE pagaría un subsidio mensual superior al triple del monto del salario mínimo nacional en su valor nominal. La ley 18725 de 2010 modificó los montos máximos a pagar, estableciendo un escalonamiento temporal hasta llegar a un máximo de 8 Bases de Prestaciones Contributivas a partir de enero de 2015.

³ Las indemnizaciones estaban reguladas por la ley 10004 de 1941.

En la actualidad, tienen derecho al subsidio por enfermedad todos los trabajadores dependientes de la actividad privada que hayan aportado durante tres meses de actividad efectiva durante el año inmediato anterior a la enfermedad, en una o más empresas, ya sea de manera consecutiva o interrumpida, o aquellos que siendo jornaleros hayan aportado durante 75 jornales efectivos⁴. Las embarazadas tienen derecho al cobro del subsidio aunque no lleguen a cotizar el mínimo de jornales, y los trabajadores con más de un empleo deberán estar certificados en todos sus empleos al mismo tiempo⁵. Los socios de las sociedades cooperativas también tienen derecho al subsidio.

El beneficio continua siendo equivalente al 70% de todos los ingresos que constituyan materia gravada (no se cuenta el aguinaldo), más la cuota parte de aguinaldo. Es un monto inembargable y no puede percibirse mientras el trabajador esté percibiendo el seguro de desempleo. Se mantiene el criterio de que el subsidio se abona a partir del cuarto día de certificación, y el pago es mensual. En caso de internación, en la mutualista o domicilio, se abonará a partir del primer día. El trabajador podrá estar certificado hasta un año, con un año más de prórroga (máximo dos años por la misma unidad de dolencia). Los beneficiarios por más de tres meses deberán ser sometidos cada 90 días a un Tribunal Médico del Servicio de Certificaciones Médicas del BPS.

Los patrones con derecho perciben el 70% del valor ficto patronal o categoría por la cual aporta efectivamente al mes del último día trabajado, con el mismo tope más la cuota parte del aguinaldo. El tope mensual de los patrones rurales a partir del 01/01/2016 asciende a \$ 18.603 más la cuota parte de aguinaldo. Los patrones quedan exonerados de los aportes tributarios durante el período de amparo al Subsidio por enfermedad.

Hasta 2010 convivían dos formas de certificación para el subsidio por enfermedad en Uruguay. En Montevideo, la certificación médica laboral era realizada por el prestador de salud, y el trabajador debía luego presentar su certificado a la oficina del BPS, para la validación de la prestación. En el Interior del país, mientras tanto, la certificación la realizaban directamente los prestadores de salud, no había un trámite presencial como en Montevideo.

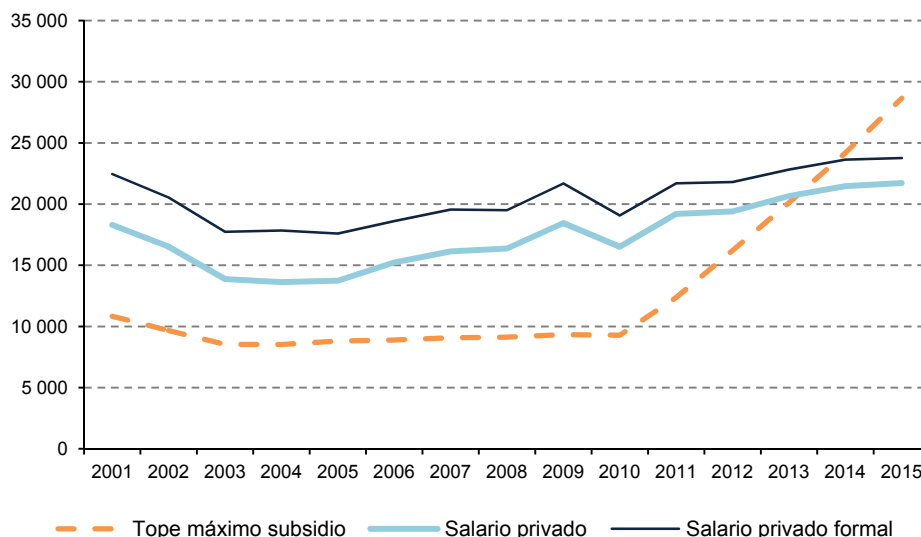
A partir de julio de ese año, la resolución Nro 48 de la Junta Nacional de Salud (07/07/2010) dispuso que en el procedimiento de certificación laboral interviene exclusivamente el personal de registros médicos de cada institución prestadora de los servicios de salud integrante del Sistema Nacional de Salud, que es responsable de remitir al BPS la información necesaria. La comunicación al BPS debe cumplirse al término de 48 horas contadas a partir de la consulta médica, aplicando el formato y medios de remisión electrónica de dato disponibles. El trámite pasa a ser el mismo en Montevideo y en el Interior del país.

Otro cambio muy relevante que tuvo lugar en los últimos años refiere al tope máximo del subsidio. La Ley 14407 de 1975 establecía que en ningún caso ASSE pagaría un subsidio mensual superior al triple del monto del salario mínimo nacional en su valor nominal. A partir de diciembre de 2004, la Base de Prestaciones Contributivas (BPC) sustituye todas las referencias al salario mínimo nacional en el ordenamiento jurídico nacional. Este tope máximo fue modificado por la Ley 18725 de diciembre 2010, que fijó los topes máximos en los siguientes valores: 4 BPC a partir del 1° de enero de 2011, y a partir de ese momento el tope máximo aumenta en una BPC en enero de cada año, hasta alcanzar un máximo de 8 BPC en enero de 2015. En enero de 2016, el tope vigente es equivalente a \$ 36.464. Esto implica un crecimiento significativo del tope máximo en términos reales, como ilustra el gráfico 1, que compara el valor de ese tope (en base a información del anuario del BPS) con el ingreso (líquido) promedio de los asalariados privados totales y de los formales.

⁴ Tienen también derecho los profesores del Instituto Elbio Fernández, los empleados de la Dirección de Arquitectura del Ministerio de Trabajo y Obras Públicas, los empleados con vínculo funcional 57 de la Presidencia de la República, los empleados con aportación civil y vínculo funcional 94, los patrones unipersonales de industria y comercio o rural con hasta 5 dependientes (según opción mutua), los monotributistas unipersonal con cónyuge colaborador y hasta 1 dependiente y los monotributistas unipersonal con hasta 3 dependientes en época de zafra (<http://www.bps.gub.uy/4774/subsidio-por-enfermedad.html>).

⁵ Si son empleados públicos, deben presentar comprobante del organismo correspondiente indicando período de certificación.

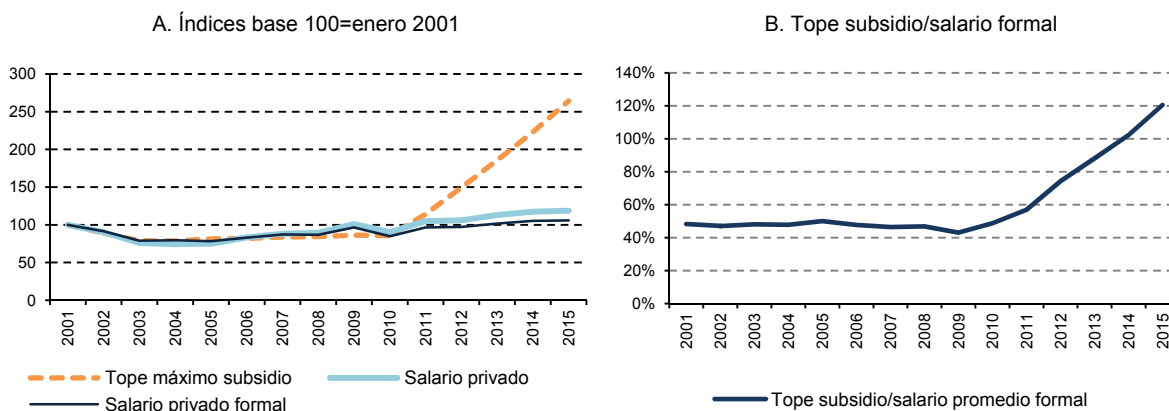
Gráfico 1
Monto máximo del subsidio por enfermedad y salario privado
(En pesos de 2015)



Fuente: Elaborado en base a información de las encuestas continuas de hogares y anuario del BPS.

Si la comparación se realiza en términos de índices o ratio, como se refleja en el gráfico 2, se aprecia la evolución diferencial en términos de variaciones entre los salarios reales promedio y los topes máximos de los subsidios, lo que constituye un importante incentivo a la utilización de la prestación. A partir de 2011, con el cambio de la normativa, el crecimiento del tope máximo del subsidio es mucho más acelerado que el de los salarios promedio, lo que sin dudas constituye un incentivo a la utilización del subsidio, a la vez que incide en el incremento del gasto, como se discute más adelante.

Gráfico 2
Evolución relativa del monto máximo del subsidio por enfermedad y salario privado



Fuente: Elaborado en base a información de las encuestas continuas de hogares y anuario del BPS.

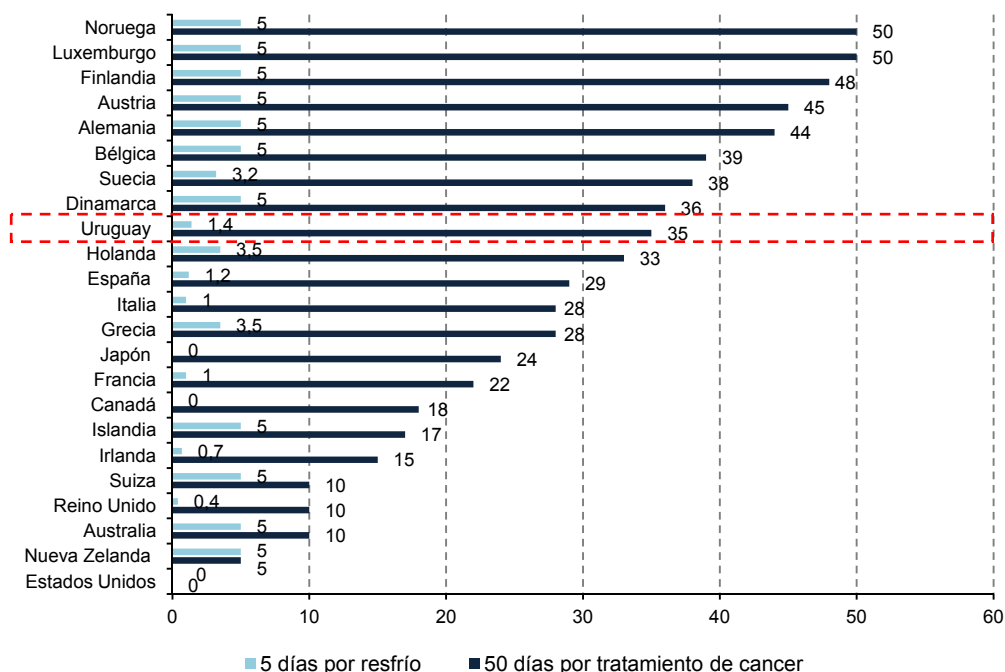
Adicionalmente, el directorio del BPS modificó la fórmula de cálculo del subsidio a partir de marzo de 2015. A través de una resolución (RD 1-15/2015 del 28 de enero de 2015) se estableció que se toma como base para la liquidación de este subsidio, el promedio del total percibido por el trabajador, por todas las partidas que constituyan materia gravada, a los efectos de las contribuciones especiales de seguridad social, en los 180 días anteriores al último día del mes anterior al de la

enfermedad o accidente. Antes se consideraba solamente el mes anterior. El cambio de criterio se hizo para que el subsidio fuera más representativo de los ingresos del trabajador, según el fundamento del BPS. Una resolución posterior establece que la nueva forma de cálculo no se aplicará a los subsidios vigentes con anterioridad al 1° de marzo de 2015, excepto que el nuevo criterio resulte más beneficioso para el afiliado.

B. La comparación del subsidio uruguayo en relación a otros países

Una revisión de la experiencia internacional revela que existe una gran variación en las características del subsidio por enfermedad en lo que refiere a su duración, monto, requerimientos para obtenerlo y mecanismos de financiamiento. El rango puede marcarse entre países que cubren el 100% del salario del trabajador por un período de hasta 6 meses, hasta países que cubren la mitad del salario por tan solo una semana. Considerando a los países desarrollados, los extremos corresponden a Suecia, Finlandia y Alemania como ejemplos de coberturas amplias en términos de períodos y montos, y Nueva Zelanda, Reino Unido y Estados Unidos como ejemplos de escasa cobertura. A modo ilustrativo, Heyman et al. (2010) establecen dos escenarios y analizan qué tipo de subsidio obtendría una persona en cada uno de ellos: el primer escenario es un resfrío que implica cinco días de descanso, el segundo es un cáncer que implica 50 días de ausencia. Mientras en Luxemburgo y Noruega el trabajador obtendría una cobertura del 100% de su salario, por la totalidad de los días (en ambos escenarios), en Nueva Zelanda el trabajador obtendría solo cinco días de cobertura total del salario, también en ambos escenarios (es decir que, de los 50 días de ausencia por cáncer, solo 5 serían cubiertos). El caso de Uruguay podría ubicarse, realizando los supuestos necesarios, en un escenario intermedio (gráfico 3). Cabe señalar que en esa comparación no es posible considerar el tope de la prestación, por lo que el deducible en el caso uruguayo es aún mayor y la prestación uruguayaya sería comparativamente algo menos generosa.

Gráfico 3
Días de licencia por enfermedad pagos en países seleccionados (días de trabajo equivalentes)



Fuente: Elaboración en base a Heyman y otros, (2010).

La información recopilada por el World Policy Analysis Center sobre las legislaciones laborales en el mundo permite también realizar algunas comparaciones y ubicar a Uruguay en el contexto mundial⁶. En primer lugar, cabe destacar que, con la excepción de 18 países de un total de 185 relevados, todos contemplan el derecho a ausentarse del trabajo por motivos de salud. Entre los países que sí tienen seguro de enfermedad, la amplia mayoría cubren al trabajador desde el primer día de su ausencia (129 países). En los países restantes, el trabajador queda descubierto los primeros días (con diferentes variantes), pero si la enfermedad persiste, obtiene cobertura. Dependiendo de las circunstancias, algunos países luego reembolsan al trabajador por esos primeros días que estuvo descubierto. En la región, la mayoría de los países cubren al trabajador desde el primer día de enfermedad. Uruguay corresponde al grupo de países que otorga cobertura pero no desde el primer día, ya que como se señaló el subsidio por enfermedad se entrega a partir del cuarto día de certificación médica, excepto en el caso de internación.

Cuadro 1
Cobertura del subsidio por enfermedad

Región	Ninguna cobertura	Cobertura, pero no desde el primer día	Cobertura desde el primer día	Total
Américas	1	15	18	34
Asia Oriental y el Pacífico	8	2	17	27
Europa y Asia Central	0	16	36	52
Medio Oriente y África del Norte	0	4	15	19
Asia del Sur	3	1	4	8
África Subsahariana	6	0	39	45
Total	18	38	129	185

Fuente: WORLD Policy Analysis Center.

En relación con la duración de la cobertura, la mayoría de países relevados (100 de 177) cubren al trabajador por 26 o más semanas (en esta categoría se encuentran aquellos países que no tienen un plazo máximo de tiempo para recibir el seguro). En las Américas, 28 de los 33 países ofrecen este tipo de cobertura. En este caso, Uruguay se incluye dentro de los países más generosos en relación con la duración de la cobertura del subsidio.

Cuadro 2
Duración de la cobertura del subsidio por enfermedad

Región	1-3,9 semanas	4-25,9 semanas	26 o más semanas	Total
Américas	2	2	28	33
Asia Oriental y el Pacífico	7	4	8	27
Europa y Asia Central	1	5	44	50
Medio Oriente y África del Norte	1	10	8	19
Asia del Sur	2	2	0	7
África Subsahariana	9	14	12	41
Total	22	37	100	177

Fuente: WORLD Policy Analysis Center.

⁶ <http://www.worldpolicycenter.org/topics/adult-labor-and-working-conditions/leave-for-personal-health-needs/policies>.

En cuanto a la tasa de reemplazo del salario, 128 países cubren entre el 75 y el 100% del salario del trabajador y 33 cubren entre el 50 y el 74%. En el Reino Unido, en cambio, se otorga un monto único a todos los trabajadores. En las Américas se encuentra la proporción y número más alto de países que pagan entre un 50 y 74%, siendo Uruguay uno de ellos con una tasa de reemplazo de 70%.

Cuadro 3
Monto del subsidio por enfermedad, como porcentaje del salario

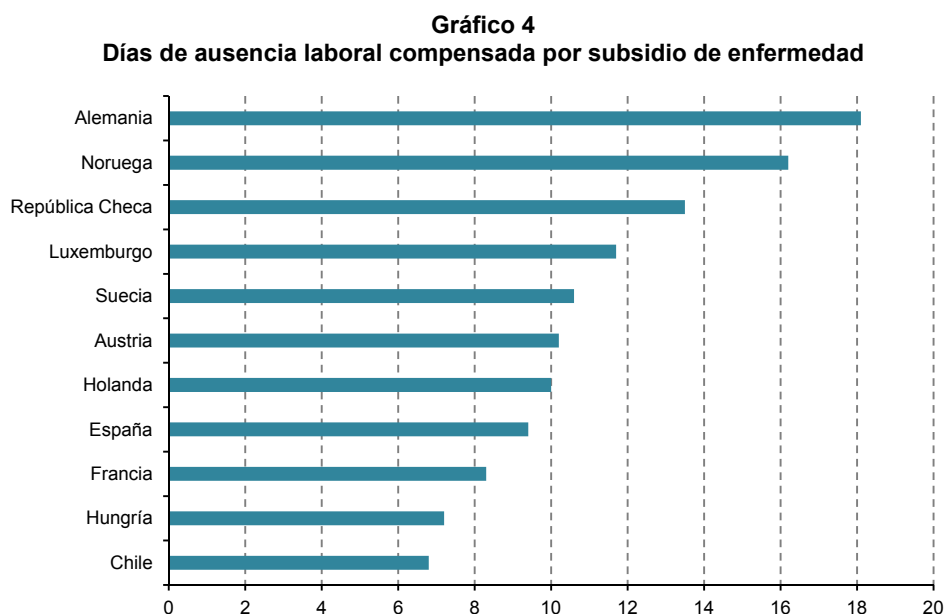
Región	Monto fijo	50-74%	75-100%	Total
Américas	0	15	18	34
Asia Oriental y el Pacífico	0	1	18	27
Europa y Asia Central	1	10	37	48
Medio Oriente y África del Norte	0	4	15	19
Asia del Sur	0	0	5	8
África Subsahariana	0	3	35	44
Total	1	33	128	162

Fuente: WORLD Policy Analysis Center.

Existen tres maneras en las que se financian los seguros de enfermedad: a través de la seguridad social, a través de seguros privados (responsabilidad del empleador), o una combinación de ambas. La modalidad más frecuente es a través de la seguridad social, que en sí puede consistir en alguna combinación de: aportes del empleador, aportes del trabajador y aportes del estado. En aquellos países donde la responsabilidad de cubrir la ausencia del trabajador es enteramente del empleador, estos suelen recurrir al mercado para comprar servicios aseguradores. En otros países, la empresa cubre los primeros días de la enfermedad, mientras que la seguridad social cubre las ausencias de más largo plazo. Según el relevamiento de Schliwen et al. (2011), 96 de 154 países financian el seguro de enfermedad a través de la seguridad social (y la mayoría de estos a través de aportes tripartitos). Por otro lado, en 27 países (exclusivamente africanos y asiáticos), la responsabilidad de proveer subsidio por enfermedad es enteramente del empleador. Finalmente, 29 países, principalmente europeos, funcionan con una mezcla de ambos. Los pocos países restantes que no pertenecen a ninguna de estas tres categorías tienen lógicas más asistenciales, en donde el subsidio se otorga a las poblaciones más vulnerables.

En general, al observar las diferencias de la duración del subsidio según fuente de financiamiento, los sistemas financiados a través de la seguridad social cubren al trabajador por una mayor cantidad de tiempo que los financiados únicamente por el empleador. En la primera categoría, el 92% de esos países cubren a la persona por un mínimo de 31 días, mientras que allí donde la empresa es responsable de otorgar el seguro, esta proporción cae a 60%. En aquellos países donde operan ambas fuentes de financiación, la duración es aún más alta que en los puramente financiados por la seguridad social. De nuevo, en estos sistemas, el seguro de enfermedad de corto plazo lo cubre el empleador, mientras que el Estado (a través de la seguridad social), ofrece cobertura a más largo plazo (Schliwen et al., 2011). Al considerar el monto la situación se invierte: la tasa de reemplazo es más alta en sistemas financiados por el empleador. El 74% de estos países cubren un 100% del salario del trabajador; en regímenes financiados por la seguridad social, solo el 40% cubre la totalidad del salario. En los sistemas mixtos, el subsidio es un poco más alto que en los puramente financiados por la seguridad social, debido a esa intervención inicial del empleador (Schliwen et al., 2011). Los autores luego combinan ambos indicadores (duración y monto de subsidio) para obtener un único indicador que permita calificar la generosidad del sistema. El indicador mide a cuántas semanas de cobertura total (100% del salario) tendría derecho un trabajador en cada país. A pesar de que los sistemas financiados por el empleador tienen tasas de reemplazo más altas, la corta duración del subsidio coloca el grado de generosidad por debajo de los sistemas financiados por la seguridad social. Entre los países europeos, el promedio de este indicador son 36 semanas; en Asia y el Pacífico son 17 semanas; en África 18; y en las Américas 22 semanas (Schliwen et al., 2011).

La falta de sistematización de esta información dificulta la comparación de los datos de uso de seguro de enfermedad a nivel internacional. Hay dos fuentes de información principales para estimar las faltas por enfermedad: registros administrativos (ya sea de la empresa o del organismo público a cargo de emitir el subsidio) o a través de encuestas. Los registros administrativos no siempre son confiables, a veces implican recopilar datos de distintas fuentes (como empresas y estado), y/o su disponibilidad es limitada. Aún con estas limitaciones, el gráfico 4 representa las faltas compensadas por el subsidio de enfermedad anuales, según registros administrativos, y resulta ilustrativo de las amplias diferencias entre países.



Fuente: OECD Stats.

Para los países específicos de América Latina, en la mayoría de los casos para los que se recaba información (12 de los 19 países relevados) se cubre al trabajador desde el primer día de ausencia (cuadro 4). En cuanto a la duración del seguro, 16 países ofrecen cobertura por un mínimo de 26 semanas. Las únicas excepciones al caso son Argentina y Haití. En Haití, el plazo de la cobertura es el menor, en tanto la legislación asegura solamente 15 días de ausencia pagos⁷. En Argentina, la ausencia se cubre por tres o seis meses, dependiendo de la antigüedad del trabajador. Sin embargo, si la persona tiene dependientes a cargo, y dependiendo de su antigüedad, el subsidio puede extenderse hasta 12 meses⁸. En relación a la tasa de reemplazo, 11 de los países relevados cubren entre un 75 y un 100% del salario del trabajador. Los restantes tienen tasas de reemplazo de entre 50 y 74%.

⁷ <https://www.ssa.gov/policy/docs/progdsc/ssptw/2010-2011/americas/haiti.html>.

⁸ http://www.trabajo.gov.ar/derechos/enfermedad.asp?id_seccion=400).

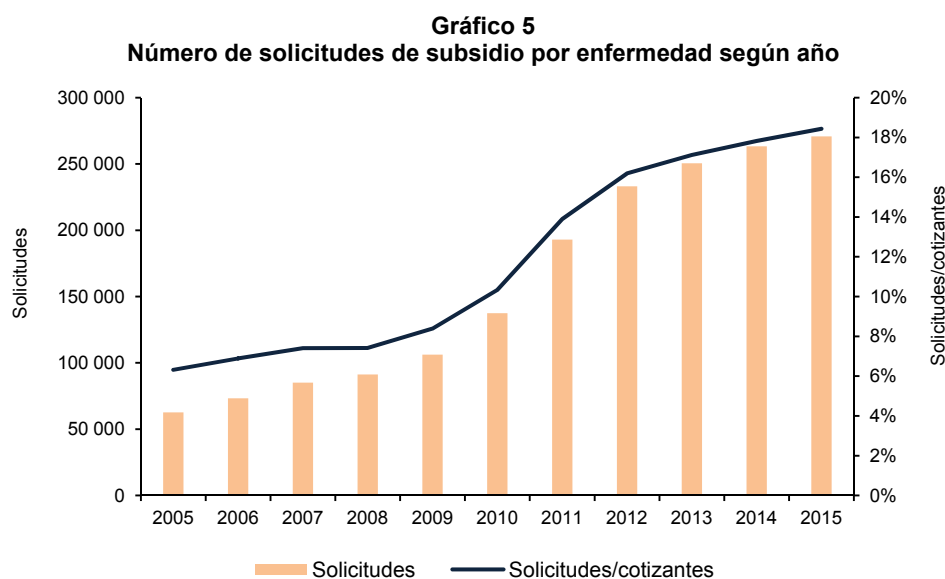
Cuadro 4
Características de los seguros de enfermedad en América Latina. Países seleccionados

	Cobertura desde primer día	Duración de cobertura	Porcentaje de cobertura
Argentina	Sí	4-25,9 semanas	75-100
Bolivia (Estado Plurinacional de)	Sí	26 o más semanas	75-100
Brasil	Sí	26 o más semanas	75-100
Chile	No	-	75-100
Colombia	No	26 o más semanas	50-74
Costa Rica	Sí	26 o más semanas	50-74
República Dominicana	No	26 o más semanas	50-74
Ecuador	Sí	26 o más semanas	75-100
El Salvador	Sí	26 o más semanas	75-100
Guatemala	Sí	26 o más semanas	50-74
Haití	Sí	1-3,9 semanas	75-100
Honduras	Sí	26 o más semanas	75-100
México	No	26 o más semanas	50-74
Nicaragua	No	26 o más semanas	50-74
Panamá	Sí	26 o más semanas	75-100
Paraguay	Sí	26 o más semanas	75-100
Perú	Sí	26 o más semanas	75-100
Uruguay	No	26 o más semanas	50-74
Venezuela (República Bolivariana de)	No	26 o más semanas	50-74

Fuente: World Policy Center.

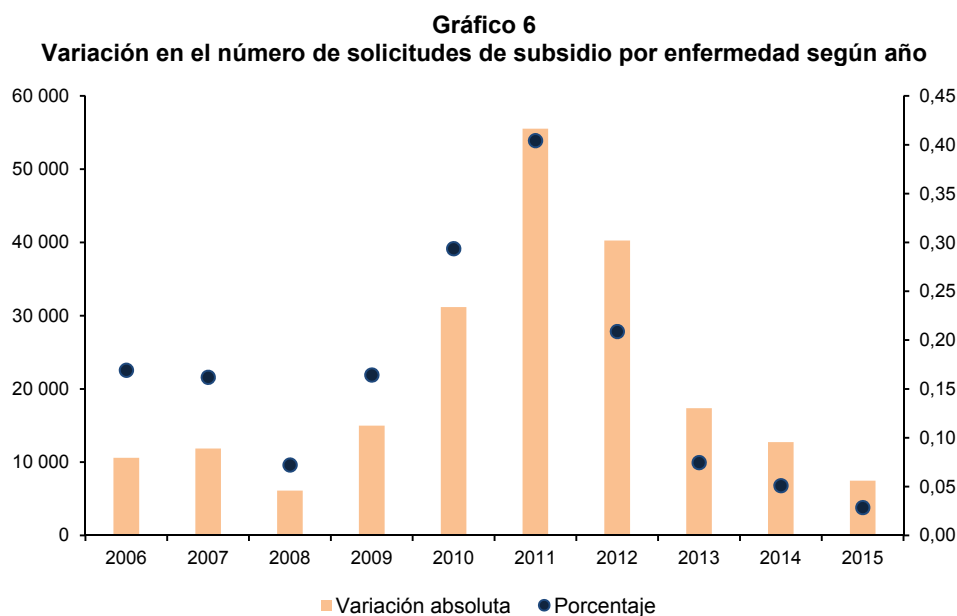
III. La utilización del subsidio por enfermedad

Las estadísticas de utilización del subsidio por enfermedad que se presentan a continuación corresponden a solicitudes de cuatro días o más, que son las que generan derecho al uso del subsidio. A partir de 2009, cuando se habilita el ingreso de las solicitudes a través de la página web, quedan incluidas en los registros del Banco de Previsión Social las solicitudes de menos de tres días, que anteriormente rara vez se registraban. Por lo tanto, para poder construir estadísticas consistentes todo el período de tiempo considerado a partir de las bases de datos disponibles, se optó por considerar solamente las solicitudes que dan origen al subsidio, es decir por cuatro días o más. Estas solicitudes se elevaron de 62.675 en 2005 a más de 137 mil en 2010 y superaron las 270 mil en 2015 (gráfico 5). El crecimiento en las solicitudes que dan origen al uso de subsidio también es notorio cuando se consideran en términos relativos a los cotizantes al BPS.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del BPS.

El mayor incremento se produce en 2011, a partir de ese año los aumentos son a tasa decreciente y posteriormente tiende a estabilizarse. Las tasas de crecimiento de los últimos años son relativamente pequeñas (gráfico 6).



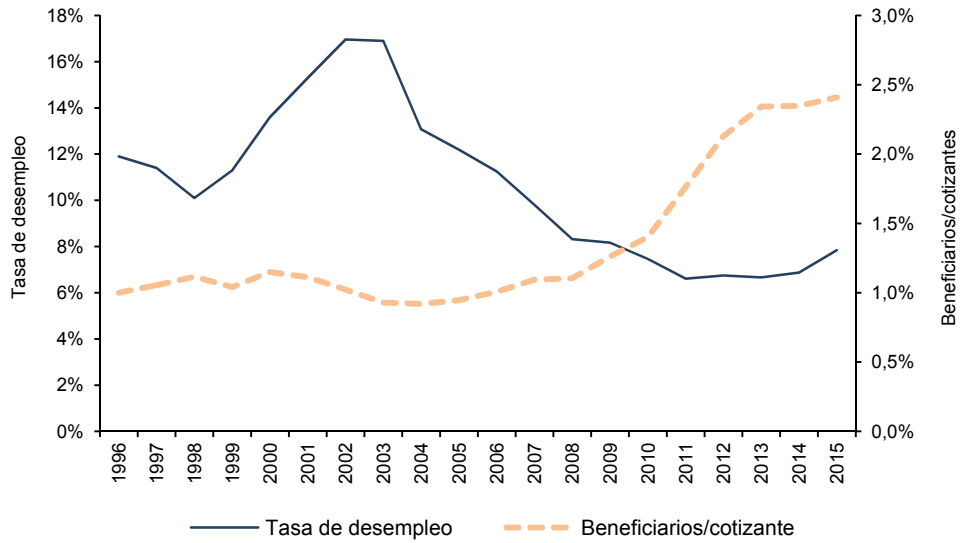
Fuente: Elaboración propia en base a datos del BPS.

Resulta interesante analizar, a título indicativo, la evolución de las solicitudes de subsidio de enfermedad con una perspectiva de más largo plazo, y su correlación con otras variables como la tasa de desempleo o los topes establecidos para dicho subsidio. A modo indicativo se ilustra sobre la evolución contraria entre los beneficiarios subsidiados promedio por año y la tasa de desempleo (gráfico 7): el coeficiente de correlación entra ambas variables es de $-0,71$. Por otro lado, las solicitudes se correlacionan positivamente con el tope establecido para los subsidios (gráfico 8), y ambas variables muestran una correlación en el tiempo de $0,93^9$. Un análisis más riguroso del vínculo entre las solicitudes de subsidio y la tasa de desempleo se presenta en la sección V.

Al considerar todo el período, el crecimiento resulta superior en Montevideo que en el Interior. La comparación de las evoluciones muestra diferencias pequeñas en los comportamientos de Montevideo y el Interior a partir de 2010, coincidiendo con el cambio en la forma de certificación, habiendo un aumento mayor para Montevideo (gráfico 9 y cuadro 5). La distribución de las solicitudes de subsidio se mantiene relativamente estable entre ambas regiones en el período (se reparten aproximadamente por mitades entre Montevideo y el Interior, con variaciones menores).

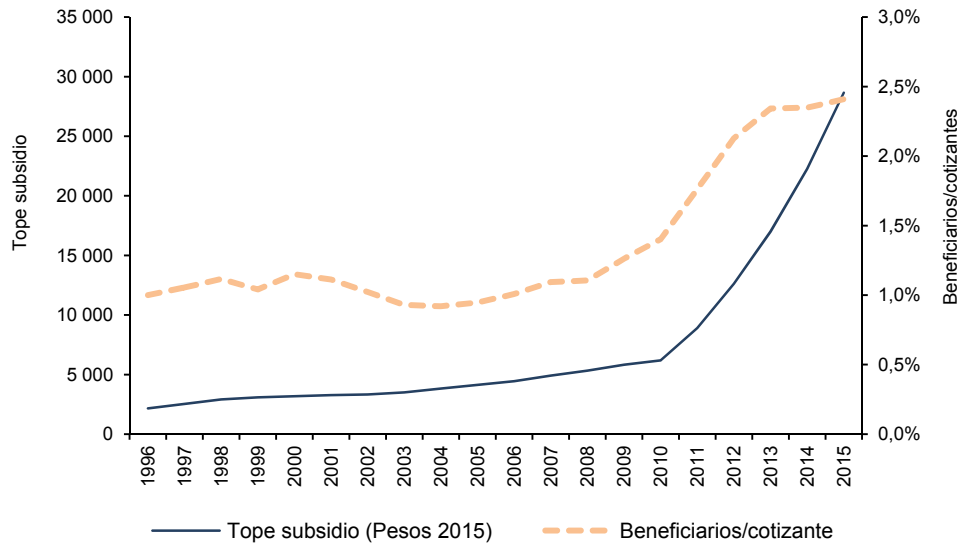
⁹ El coeficiente de correlación entre las solicitudes de subsidio por enfermedad y el salario real en el mismo período es de $0,86$.

Gráfico 7
Beneficiarios subsidiados (promedio anual) y tasa de desempleo



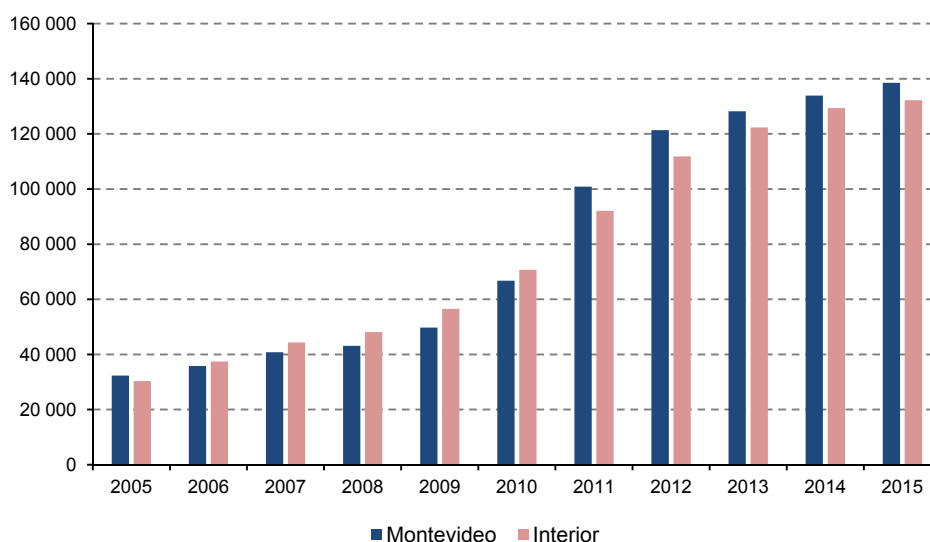
Fuente: Elaboración propia en base a Anuario Estadístico del BPS.

Gráfico 8
Solicitud de subsidio por enfermedad y tope del subsidio



Fuente: Elaboración propia en base a Anuario Estadístico del BPS.

Gráfico 9
Número de solicitudes de subsidio por enfermedad según año y región



Fuente: Elaboración propia en base a datos del BPS.

Cuadro 5
Variación en las solicitudes de subsidio por enfermedad en relación con el año anterior

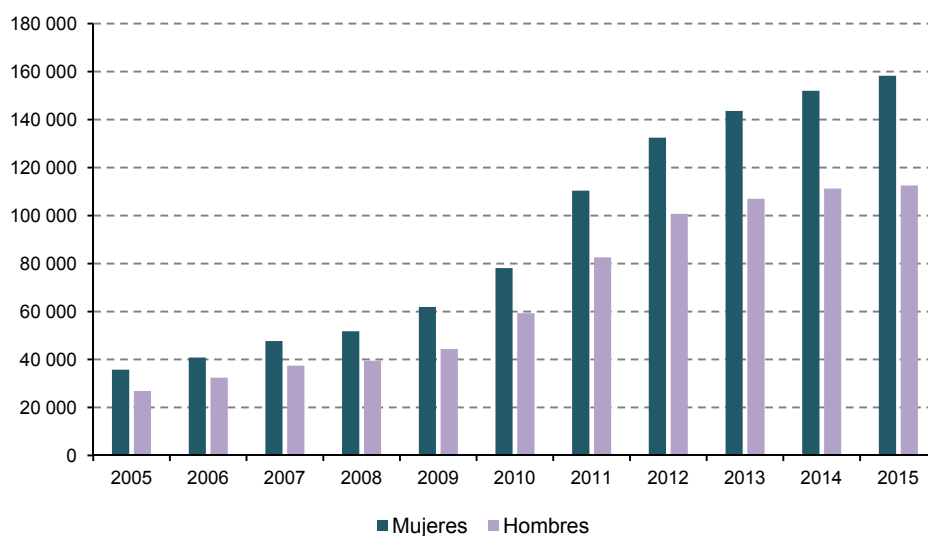
	Montevideo		Interior	
	Absolutas	Porcentaje	Absolutas	Porcentaje
2006	3 518	11	7 074	23
2007	4 969	14	6 888	18
2008	2 346	6	3 782	9
2009	6 586	15	8 394	17
2010	17 026	34	14 151	25
2011	34 091	51	21 436	30
2012	20 492	20	19 763	21
2013	6 885	6	10 474	9
2014	5 701	4	7 030	6
2015	4 615	3	2 859	2

Fuente: Elaboración propia en base a datos del BPS.

El crecimiento de las solicitudes es relativamente similar entre hombres y mujeres. Se destaca el mayor peso de las solicitudes femeninas: las mujeres representan entre 55,7 y 58,5% del total de solicitudes en todo el período (gráfico 10 y cuadro 6).

Si se consideran las solicitudes en relación al número de cotizantes, se aprecia una evolución relativamente similar en las regiones hasta 2009 y una posterior separación de Montevideo a partir de 2010. Asimismo se aprecia claramente la mayor incidencia de las solicitudes entre las mujeres (gráfico 10).

Gráfico 10
Número de solicitudes de subsidio por enfermedad según año y sexo



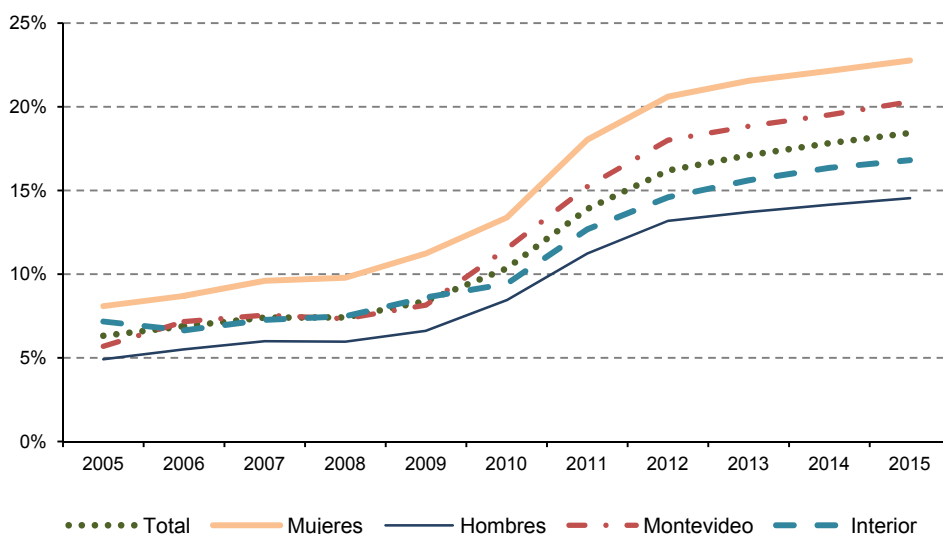
Fuente: Elaboración propia en base a datos del BPS.

Cuadro 6
Variación en las solicitudes de subsidio por enfermedad en relación con el año anterior

	Mujeres		Hombres	
	Absolutas	Porcentaje	Absolutas	Porcentaje
2006	5 055	14	5 537	21
2007	6 856	17	5 001	15
2008	4 061	9	2 067	6
2009	10 161	20	4 819	12
2010	16 226	26	14 951	34
2011	32 244	41	23 283	39
2012	22 082	20	18 173	22
2013	11 150	8	6 209	6
2014	8 444	6	4 287	4
2015	6 221	4	1 253	1

Fuente: Elaboración propia en base a datos del BPS.

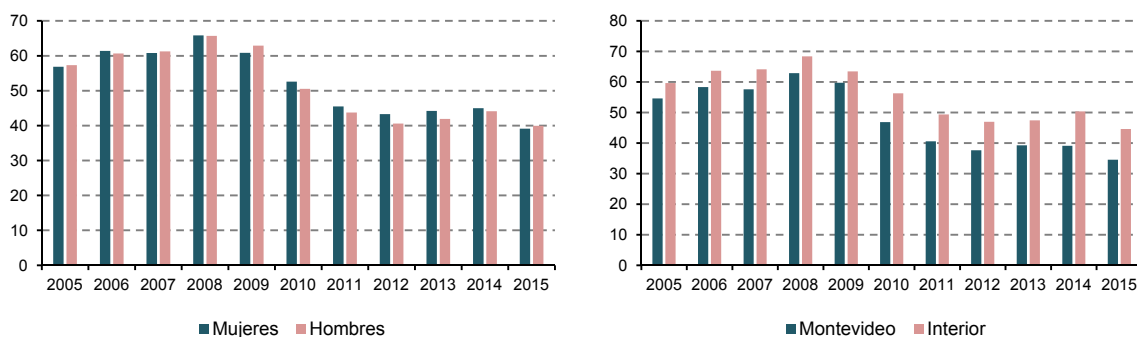
Gráfico 11
Número de solicitudes de subsidio por enfermedad en relación con los cotizantes



Fuente: Elaboración propia en base a datos del BPS y del Anuario del BPS.

El incremento en la cantidad de solicitudes se produce conjuntamente con una caída en su duración promedio. Los días promedio del subsidio han descendido tanto para los hombres como para las mujeres, y tanto en Montevideo como en el Interior Urbano (gráfico 12). El descenso en el promedio obedece a que aumentan los pedidos de entre 4 y 10 días de licencia (gráfico 13).

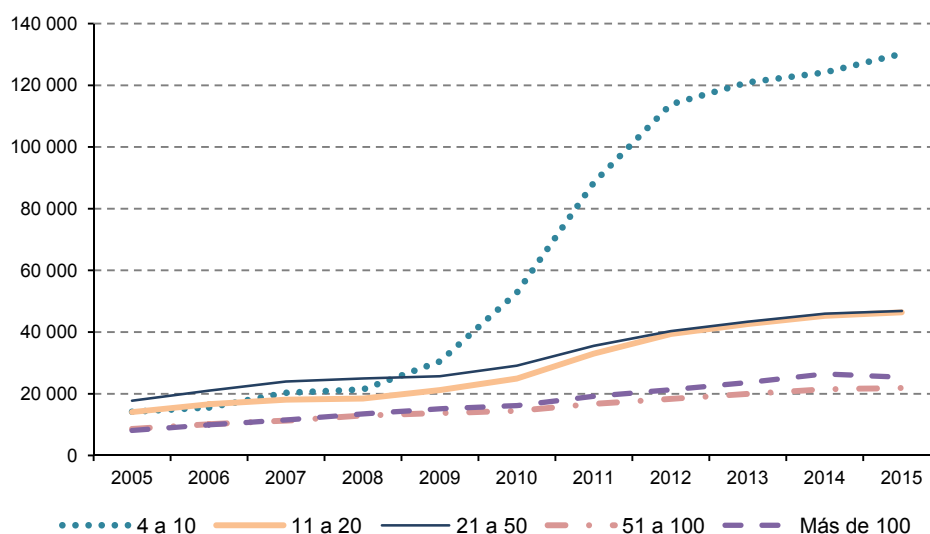
Gráfico 12
Días de duración promedio de solicitudes de subsidio por enfermedad según año, sexo y región



Fuente: Elaboración propia en base a datos del BPS.

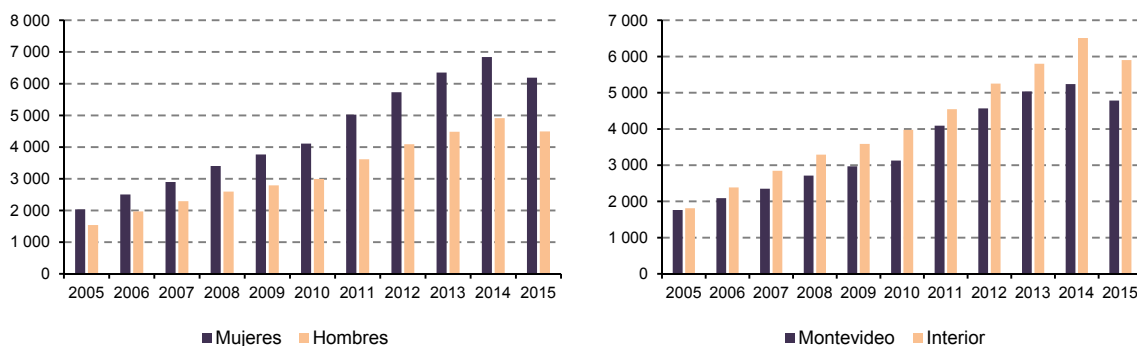
La combinación de fuerte aumento en cantidad de solicitudes y descenso en la cantidad de días promedio por solicitud tiene como resultado un incremento en los días totales de subsidio por enfermedad hasta 2014, tanto en Montevideo como en el Interior (aunque más para el Interior) y tanto para los hombres como para las mujeres (gráfico 14). En 2015 esta tendencia se revierte: la cantidad de días totales pagados por subsidio de enfermedad fue menor al año anterior en ambas regiones, y tanto para hombres como para mujeres.

Gráfico 13
Número de solicitudes de subsidio por enfermedad según año y duración



Fuente: Elaboración propia en base a datos del BPS.

Gráfico 14
Días totales de licencia por enfermedad según año, sexo y región
(En miles)



Fuente: Elaboración propia en base a datos del BPS.

Las estadísticas de días promedio de subsidio por enfermedad pagados por cotizante muestran una evolución similar, aunque con algunas oscilaciones. Este promedio, que era un día superior para el Interior que para Montevideo en 2005, se iguala hacia 2013, con un crecimiento de 3 a 7 días en Montevideo y de 4 a más de 7 días en el Interior en el período analizado.

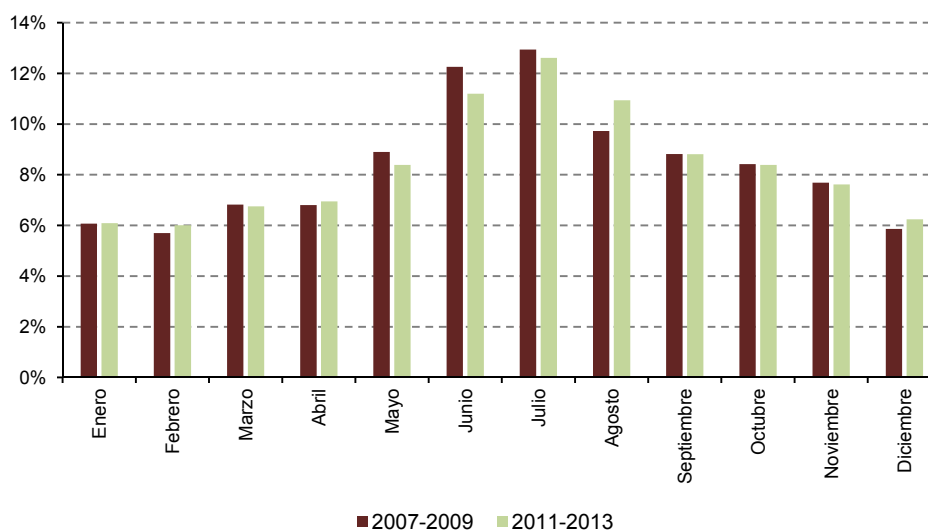
Como una primera aproximación a la posibilidad de un uso abusivo del subsidio por enfermedad, se analizó el patrón de utilización del subsidio por mes, comparando el período antes y después del cambio en la forma de certificación en el caso de Montevideo. Como se discutió, este cambio es equivalente a una reducción en los costos de transacción asociados a la utilización de la prestación. En el caso en que existiese un uso “abusivo” en el uso del subsidio por enfermedad, un aumento en su uso en los meses de verano podría deberse a que los trabajadores aprovechan para hacer uso de la licencia por enfermedad junto con su licencia reglamentaria. Comparando los dos sub-períodos mencionadas se observa que antes de la modificación reglamentaria, el 5,9% de las licencias se solicitaban en diciembre, el 6,1% en enero y el 5,7% en febrero, mientras que con posterioridad a la modificación el 6,2% se solicitaron en diciembre, el 6,1% en enero y el 6,0% en febrero (gráfico 16). No se detectan por lo tanto diferencias significativas que sugieran un uso abusivo asociado a determinados meses del año.

Gráfico 15
Días promedio de subsidio por enfermedad por cotizante según año y región



Fuente: Elaboración propia en base a datos del BPS.

Gráfico 16
Distribución de las solicitudes de licencia por enfermedad (duración < 30 y > 3 días), trabajadores residentes en Montevideo, según el mes de solicitud

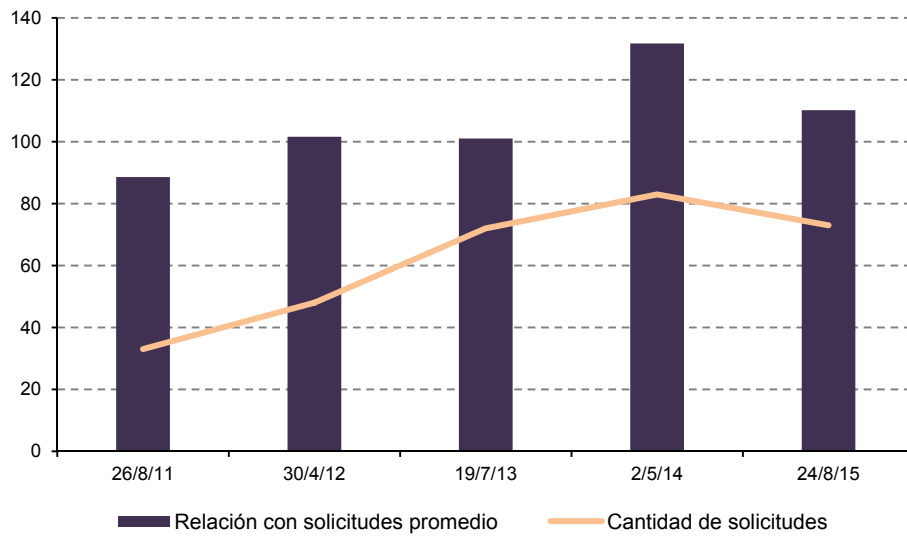


Fuente: Elaboración propia en base a datos del BPS.

Otra manera de indagar sobre el uso abusivo del subsidio es analizar si se solicita en proporciones muy altas en algunos feriados. Se consideraron únicamente los feriados no laborables ubicados en fechas en las que existiría menor probabilidad de que el trabajador se tome su licencia reglamentaria (1 de mayo, 18 de julio y 25 de agosto), y se compararon las solicitudes en esas fechas, con las realizadas en el mismo día de la semana en las dos semanas anteriores y posteriores al feriado (gráfico 17). Un nivel de 100 estaría indicando que la utilización del subsidio por enfermedad en el día “sandwich” fue igual al promedio observado en el mismo día de la semana en las dos semanas previas y posteriores. Por ejemplo, el 25 de agosto de 2011 cayó un jueves, por lo tanto el gráfico muestra la relación entre las 33 solicitudes realizadas el 26 de agosto de 2011 y el promedio de las solicitudes realizadas en los dos

viernes previos y posteriores al 26 de agosto (cuyo promedio fue de 37,25 solicitudes). Solamente pueden considerarse solicitudes posteriores a 2010, ya que con anterioridad no se ingresaban en el sistema las solicitudes que no generaban subsidios (inferiores a cuatro días). De los cinco casos considerados, solamente en un caso, el correspondiente al 1 de mayo de 2014, se registra un número de solicitudes que es en promedio 30% superior a las solicitudes del mismo día de la semana en las dos semanas posteriores y anteriores, sugiriendo una utilización abusiva. En el resto de los casos las solicitudes son similares a las de las semanas comparables, o incluso inferiores, no sugiriendo tampoco la presencia de utilización abusiva. Cabe señalar que estas solicitudes por un solo día no dan origen al pago del subsidio.

Gráfico 17
Solicitudes de subsidio por enfermedad en feriados seleccionados, 2011-2015

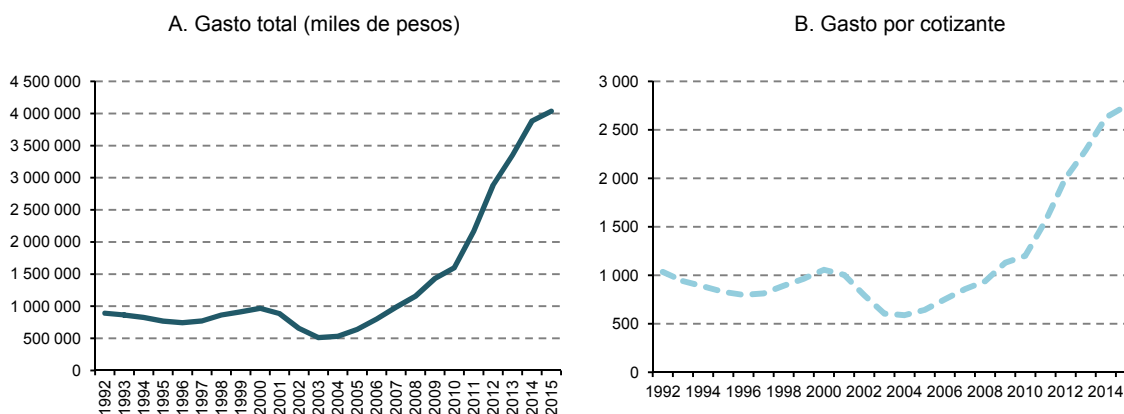


Fuente: Elaboración propia en base a datos del BPS.

IV. El gasto del subsidio por enfermedad

Las erogaciones del programa de subsidio por enfermedad han tenido un crecimiento en valores reales y por cotizante (gráfico 18), lo que implica que esta prestación ha pasado de representar 0,086% del PIB en 1997 a representar 0,281% del PIB en 2015. Como porcentaje del total de erogaciones por prestaciones dirigidas a activos, el subsidio por enfermedad representaba 3% en 1995, 10% en 2008 y su importancia ascendió a 19% en 2015.

Gráfico 18
Gasto del subsidio por enfermedad
(En pesos constantes de 2015)

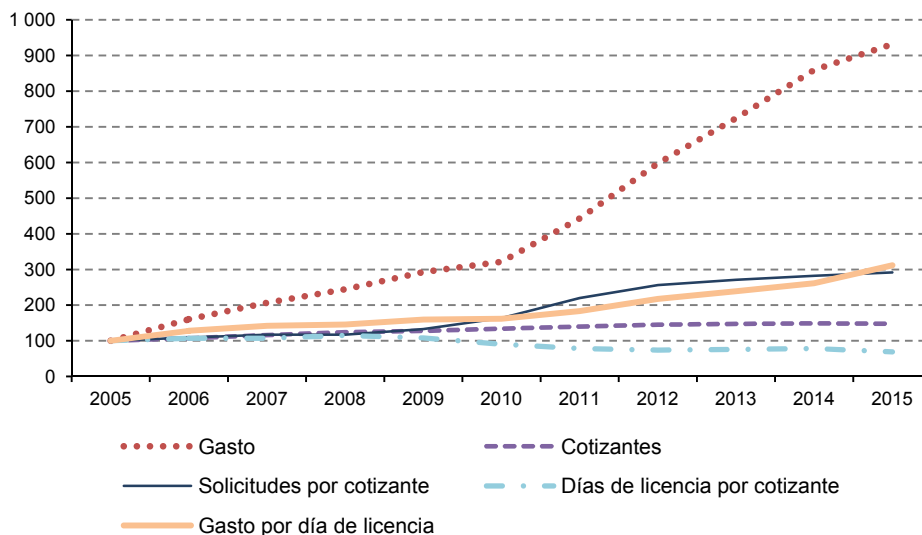


Fuente: Anuario estadístico BPS.

El aumento del gasto total en el subsidio por enfermedad puede descomponerse en lo que corresponde al aumento de los cotizantes, lo que corresponde al aumento de los días de licencia por cotizante, y lo que corresponde al aumento en el gasto propiamente por día de licencia. El crecimiento en

las erogaciones totales del programa obedece a aumentos en el gasto por días de licencia, además del aumento en los días de licencia por cotizante, aunque en el último año esta variable ya muestra un descenso, como fuera señalado.

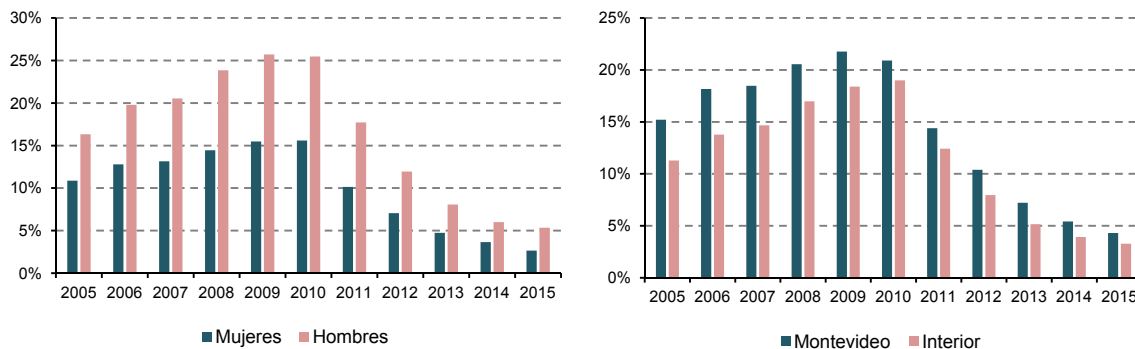
Gráfico 19
Evolución de los componentes del gasto del programa de Subsidio por Enfermedad en el período 2005-2015



Fuente: Elaboración propia en base a datos del BPS.

El significativo aumento en los topes ha implicado que mientras que en 2009 casi 22% de los trabajadores de Montevideo que cobraron el subsidio recibieron el tope, y en el Interior el 18%, en 2015 los trabajadores topeados fueron menos de 5% en las dos regiones (gráfico 20). La diferencia salarial a favor de los hombres implica que siempre la proporción de hombres topeados es superior, pero el descenso es significativo tanto para hombres como para mujeres (gráfico 20).

Gráfico 20
Proporción de trabajadores afectados por el tope al cobro del Subsidio por Enfermedad según sexo y región en el período 2005-2015



Fuente: Elaboración propia en base a datos del BPS.

Las tasas efectivas de reemplazo para los trabajadores que no se encuentran topeados han descendido levemente en el período, pasando de 60% en 2005 a alrededor de 51% en 2015. Esto resulta consistente con la caída en la duración promedio del subsidio que se discutió antes (gráfico 13), que implica un incremento en la importancia del deducible. En el caso de los trabajadores topeados, la evolución es relativamente estable hasta 2011, cuando comienza una tendencia creciente que alcanza su pico máximo en 2014, cuando la tasa efectiva de reemplazo entre los topeados llega a 47,4%.

Cuadro 7
Porcentaje promedio del salario cobrado como subsidio por enfermedad para trabajadores afectados y no afectados por el tope, según año, 2005-2015

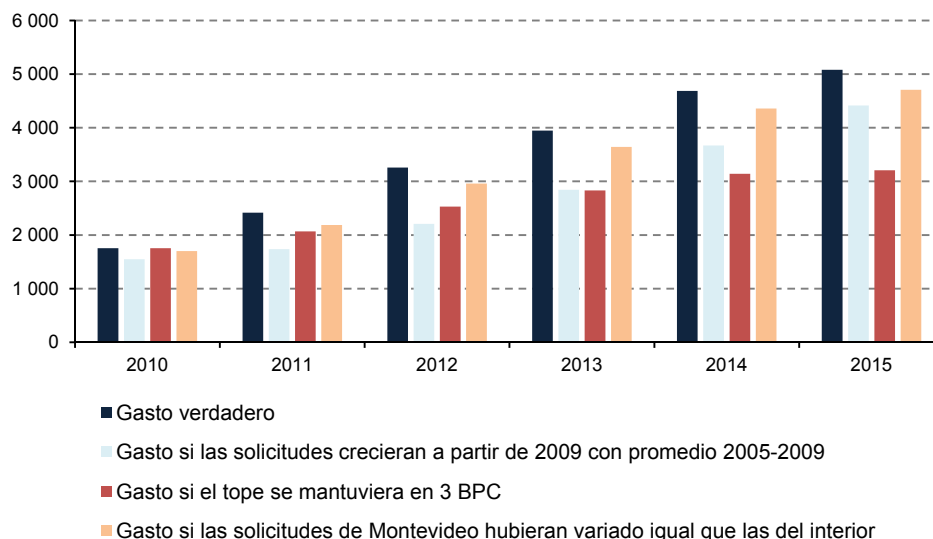
	Trabajadores topeados	Trabajadores no topeados
2005	43,9	60,0
2006	42,3	59,1
2007	39,1	59,1
2008	41,7	57,2
2009	42,7	56,6
2010	41,7	52,8
2011	42,6	52,7
2012	44,8	50,7
2013	47,4	51,4
2014	47,4	51,8
2015	46,8	50,9

Fuente: Elaboración propia en base a datos del BPS.

El incremento del gasto es producto del aumento de las solicitudes y del pago por día de licencia, que a su vez se vincula con el incremento del salario real pero también con el aumento de los topes establecidos para el subsidio. Para visualizar el posible impacto de los distintos movimientos que tuvieron lugar en la composición del gasto total, se realizó un sencillo ejercicio de simulación. Se comparó el gasto que efectivamente se realizó en el subsidio, con el que se hubiera realizado en tres escenarios alternativos: i) si no se hubiera producido el salto en el crecimiento de las solicitudes que se detecta a partir de 2010, es decir si las solicitudes hubieran crecido entre 2010-2015 al mismo ritmo que venían creciendo entre 2005-2009 (14% anual) (manteniendo el gasto promedio por solicitud que efectivamente tuvo lugar); ii) si el tope máximo no se hubiera incrementado sino que se hubiera mantenido en 3 BPC (manteniendo las solicitudes que efectivamente tuvieron lugar en el período); iii) si las solicitudes de Montevideo se hubieran incrementado en la misma proporción que las del Interior urbano (manteniendo el gasto promedio por solicitud que efectivamente hubo en cada región). Los resultados se presentan en el gráfico 21.

Si las solicitudes hubieran mantenido un ritmo de crecimiento similar al 2005-2009, el gasto al final del período (2015) hubiera sido 13% menor a lo que efectivamente fue. Si no se hubieran modificado los topes del subsidio, aún con el incremento total de solicitudes, el gasto hubiera sido 37% menor en 2015, mientras que si las solicitudes de Montevideo hubieran crecido igual que las del Interior, la diferencia en el último año del período sería de 7%. La comparación del acumulado en el período (cuadro 8) sugiere que el aumento más importante en el gasto se explica por el aumento de los topes, seguido por el incremento en las solicitudes. El crecimiento dispar entre Montevideo y el Interior explicaría 6% el incremento del gasto en estos escenarios contrafactuales. Es necesario aclarar que este ejercicio es meramente ilustrativo y por lo tanto muy simplificado. A modo de ejemplo, si los topes no se hubieran incrementado es probable que las solicitudes no hubieran crecido tanto, por lo tanto los escenarios son tan solo aproximaciones para intentar separar el efecto de cada uno de los cambios que tuvieron lugar de manera simultánea.

Gráfico 21
Gasto en subsidio por enfermedad, distintos escenarios, 2010-2015
(A precios de diciembre de 2015)



Fuente: Elaboración propia en base a datos del BPS.

Cuadro 8
Gasto en subsidio por enfermedad en diferentes escenarios

	Gasto total (millones de pesos de diciembre 2015)	Gasto en escenarios alternativos		
		Si las solicitudes crecieran a partir de 2009 como promedio 2005-2009 (en porcentajes)	Si se mantuviera el tope de 3 BPC (en porcentajes)	Si las solicitudes de Montevideo hubieran variado igual que las del interior (en porcentajes)
2005	545	--	--	--
2006	874	--	--	--
2007	1 127	--	--	--
2008	1 334	--	--	--
2009	1 597	--	--	--
2010	1 754	-11,7	--	-3,1
2011	2 417	-28,2	-14,5	-9,5
2012	3 258	-32,2	-22,3	-9,1
2013	3 948	-27,9	-28,3	-7,7
2014	4 688	-21,7	-33,0	-7,0
2015	5 082	-13,1	-36,9	-7,4
2005-2015	26 623	-17,7	-21,1	-6,0

Fuente: Elaboración propia en base a datos del BPS.

V. Análisis de las patologías y los prestadores

En esta sección se analizan las solicitudes de subsidio por enfermedad considerando la patología asociada, e identificando al prestador de salud correspondiente. El codificador de patologías utilizado por el BPS incluye 13.515 patologías. Algo más de 9000 de las mismas registraron al menos una solicitud en el período 2005-2015. Sin embargo, la mayor parte de las solicitudes se concentran en un grupo mucho más reducido de patologías. De hecho, un grupo de 34 patologías concentró en dicho período el 37% de las solicitudes (cuadro 9).

Cuadro 9
Listado de 34 patologías del codificador utilizado por el BPS que concentran el 37% de las solicitudes del período 2005-2010

N°	Patología	Número de solicitudes
1	Lumbago no especificado	342 049
2	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	190 565
3	Lumbago con ciática	162 887
4	Influenza con otras manifestaciones respiratorias, virus no identificado	135 440
5	Episodio depresivo, no especificado	114 983
6	Faringitis aguda, no especificada	104 894
7	Colitis y gastroenteritis no infecciosas, no especificadas	85 050
8	Infección aguda de las vías respiratorias superiores, no especificada	82 807
9	Amenaza de aborto	78 300
10	Cervicalgia	68 060
11	Contractura muscular	67 038
12	Entesopatía, no especificada	64 529
13	Infección viral, no especificada	52 823
14	Infección aguda no especificada de las vías respiratorias inferiores	43 555
15	Bronquitis aguda, no especificada	48 919
16	Afección relacionada con el trabajo	51 521

Cuadro 9 (conclusión)

N°	Patología	Número de solicitudes
17	Cefalea	46 099
18	Convalecencia consecutiva a cirugía	42 908
19	Otros estados postquirúrgicos especificados	40 403
20	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	40 393
21	Bronquitis, no especificada como aguda o crónica	38 526
22	Otros dolores abdominales y los no especificados	37 747
23	Influenza con otras manifestaciones, virus no identificado	37 066
24	Trastorno de ansiedad, no especificado	31 468
25	Hipertensión esencial (primaria)	34 201
26	Otros desplazamientos especificados de disco intervertebral	25 385
27	Historia personal de lesión autoinfligida intencionalmente	34 819
28	Neumonía, no especificada	32 472
29	Falso trabajo de parto sin otra especificación	27 172
30	Dorsalgia, no especificada	31 549
31	Otros trastornos respiratorios especificados	27 727
32	Traumatismos múltiples, no especificados	28 048
33	Dolor en miembro	26 112
34	Cólico renal, no especificado	25 774

Fuente: Elaboración propia en base a datos del BPS.

Considerando que 37% de las solicitudes está concentrada en 34 patologías, el análisis de los distintos prestadores de salud se restringe a estas patologías. Se comparan los días de licencia indicados por cada prestador comparando casos con las mismas patologías, considerando las 34 patologías principales (cuadro A.5). Se observa una importante dispersión de los datos entre prestadores. Si por ejemplo se considera el “Lumbago”, la patología más frecuente que concentra 342.049 solicitudes, puede observarse que en promedio se indicaron 8,4 días de licencia. Sin embargo, el Seguro Americano indicó en promedio 5,8 días, mientras CAMDEL indicó un promedio de 11,8 días. Una dispersión similar puede encontrarse en las demás patologías.

La comparación presentada en el cuadro A.5 puede tener importantes sesgos, ya que los datos que se muestran son tan solo promedios¹⁰. Las diferencias entre prestadores de salud podrían explicarse por la distinta composición de la población a la que atienden. Si por ejemplo la edad promedio de los trabajadores afiliados a un prestador fuera mayor que en otro, podría ser esperable que ante casos de Lumbago, la primera indique más días de licencia que la otra. Es por ello que una estimación más apropiada de la propensión de los diferentes prestadores a indicar más o menos días de licencia, requiere controlar las estimaciones por otras variables relevantes. En función de ello, se estimó el siguiente modelo para la totalidad de las solicitudes de licencias por enfermedad del período 2005-2010,

$$d_i = c + \beta s_i + \gamma e_i + \delta y_i + \rho P + \varepsilon_i \quad (1)$$

donde la variable dependiente d_i indica la duración de la licencia de la solicitud i ; s_i es una variable binaria que toma el valor 1 si el trabajador que realiza la solicitud i es hombre y 0 en otro caso; e_i indica la edad del trabajador que realiza la solicitud i ; y_i indica el salario del trabajador que realiza la solicitud i ; P es un vector de variables binarias correspondientes a cada prestador de salud con el que se

¹⁰ Una nota relevante refiere a la presencia de celdas vacías en dicho cuadro, que sugiere que el codificador de patologías no es utilizado de manera uniforme por todos los prestadores. En particular, las afecciones relacionadas con el trabajo y las historias personales de lesión auto-infligida intencionalmente (patologías 16 y 27) presentan vacíos en numerosos prestadores, lo que llama la atención dada su naturaleza genérica.

tramitó la solicitud i ; y ϵ_i es el error. Si el coeficiente de la variable binaria asociada a un determinado prestador fuera mayor que el de los demás, significaría que en promedio para trabajadores con las mismas características (en edad, sexo y salario) y que padecen la misma patología, el prestador indicó el mayor número de días de licencia.

Dicho modelo se estimó para cada una de las 34 patologías listadas en el cuadro 9. Posteriormente se ordenó a los prestadores de salud ubicando en los primeros lugares a aquellos prestadores cuyos coeficientes en la regresión estaban asociados al otorgamiento de licencias por enfermedad más prolongadas. Dicha información se presenta en el cuadro 10. En el mismo se muestran para cada patología, los siete prestadores de salud cuyos coeficientes asociados en el modelo estimado fueron los más altos y que por lo tanto, indicaron licencias de mayor duración.

Cuadro 10
Prestadores que otorgaron más días de licencia en las 34 patologías seleccionadas

Patología	1° lugar	2° lugar	3° lugar	4° lugar	5° lugar	6° lugar	7° lugar
1	CAMDEL	COMECA	GREMEDA	IAC	COMETT	SMQ (Salto)	CRAMI
2	COPAMHI	CAMDEL	CAMOC	GREMEDA	ASSE	SMQ (Salto)	MUCAM
3	COMETT	CAMDEL	COMECCEL	GREMEDA	SMQ (Salto)	IAC	CAMCEL
4	CRAME	COMETT	CUDAM	SMQ (Salto)	COMEF	ASSE	CAMCEL
5	SMQ (Salto)	CAMDEL	GREMCA	COMERI	COMECA	ASSE	SMI
6	CASMER	CUDAM	GREMCA	ASSE	SMQ (Salto)	MUCAM	CASMU
7	SMQ (Salto)	CASMER	IAC	GREMEDA	SMI	CAMEDUR	C. Galicia
8	MUCAM	AMEDRIN	C. CATOLICO	IAC	ASSE	A. ESPAÑOLA	COMECCEL
9	SMQ (Salto)	CAMEC	IAC	COPAMHI	AMEDRIN	ASSE	AMSJ
10	COMECCEL	SMQ (Salto)	ASSE	CAMDEL	IAC	CAMCEL	COMEFLO
11	AMEDRIN	CAMDEL	CUDAM	COMEFLO	COMETT	COMECCEL	COMTA
12	S. AMERICANO	ORAMECO	CAMEDUR	CRAMI	CAMEC	SMQ (Salto)	GREMCA
13	COMERO	CAMEDUR	IAC	SMQ (Salto)	COMEPA	CAAMEPA	CASMER
14	AMECOM	GREMCA		SMQ (Salto)	COMETT	C. CATOLICO	ASSE
15	COMEF	ORAMECO	CAMEDUR	ASSE	AMSJ	COMERI	CAMCEL
16	CASMU	A. ESPAÑOLA	SMQ (Salto)	C. CATOLICO	UNIVERSAL	AMSJ	C. Galicia
17	CRAMI	CAMDEL	IAC	CAMEDUR	SMQ (Salto)	COMERI	GREMEDA
18	SUMUM	CAMS		SMQ (Salto)	ASSE	COMERO	CAMCEL
19	COMECA	CAMDEL	COMECCEL	IAC	UNIVERSAL	COMERI	C. CATOLICO
20	COMETT	SMQ (Salto)	IAC	ASSE	CAMDEL	GREMEDA	COMERO
21	CAMEDUR	SMQ (Salto)	CUDAM	ASSE	GREMEDA	MUCAM	CAMCEL
22	GREMEDA	CAMDEL	COMERO	CRAMI	CASMER	ORAMECO	ASSE
23	SUMUM	COMERI	CRAMI	S. AMERICANO	H. Evangélico	C. CATOLICO	COMETT
24	COMECCEL	CAMDEL	SMQ (Salto)	CASMER	IAC	COMEPA	ASSE
25	IAC	GREMEDA	COMTA	SMQ (Salto)	CAMDEL	COMERO	ASSE
26	GREMEDA	COMEPA	CRAME	SMQ (Salto)	CAMCEL	COMTA	CAMS
27	SMQ (Salto)	COMERI	CUDAM	A. ESPAÑOLA	COMECA	C. CATOLICO	CAMS
28	CAMDEL	COMECA	COMEFLO	COMECCEL	CAMEDUR	CAAMEPA	COMEPA
29	AMSJ	SMQ (Salto)	COMECA	ASSE	CAMCEL	IAC	GREMEDA
30	CAMY	CAMOC	COMERO	CASMER	COMERI	GREMEDA	ORAMECO
31	SMQ (Salto)	CRAMI	CAMS	COMEFLO	COMEF	CASMER	ASSE
32	MP	COMECCEL	CAMEDUR	SMQ (Salto)	COMEF	ASSE	CAMOC
33	SMQ (Salto)	COMEFLO	COMEF	ASSE	CAMEC	CAMCEL	AMEDRIN
34	CAMDEL	CRAMI	IAC	CAMEDUR	GREMCA	COMECCEL	S. AMERICANO

Fuente: Elaboración propia en base a datos del BPS.

En el cuadro 10 solo se pueden ver los siete prestadores que indicaron un mayor número de días de licencia. Para tener un panorama general de todos los prestadores se construyó un indicador resumen. Para calcularlo se tomó la posición promedio de cada prestador en las 34 estimaciones realizadas de la ecuación (1). Si bien este es un indicador imperfecto, brinda una primera aproximación para identificar cuáles son los prestadores más generosos a la hora de indicar la duración de una licencia por enfermedad. Un número bajo de dicho indicador, señalaría naturalmente que el prestador es en promedio más generoso (ver cuadro 11). Según puede verse, los resultados obtenidos indican que las instituciones más generosas son algunos prestadores del interior y ASSE, mientras que los prestadores más estrictos serían los seguros privados (aquellos que no son Instituciones de Asistencia Médica Colectiva).

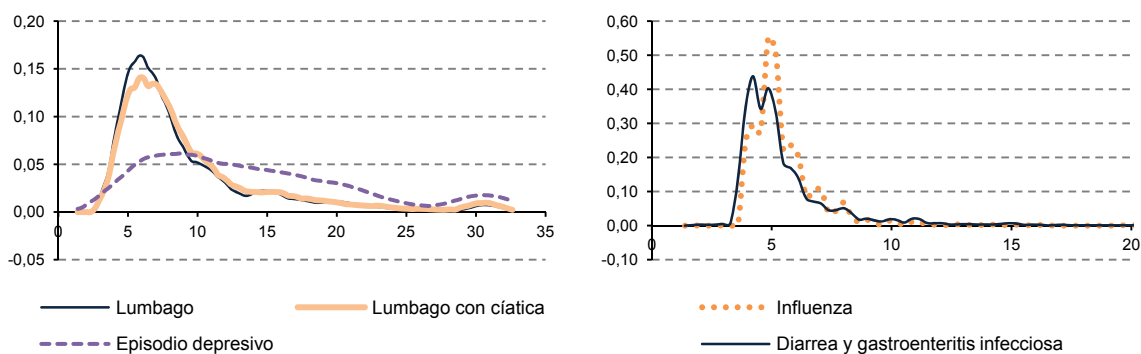
Cuadro 11
Promedio de la posición alcanzada en las 34 patologías seleccionadas
según prestador de salud

Prestador	Posición promedio	Prestador	Posición promedio
CAM (Salto)	6,6	UNIVERSAL	20,2
ASSE	8,1	CAAMEPA	20,6
IAC	9,9	C. Galicia	20,7
CAMDEL	13,1	SMI	21,2
CRAMI	13,6	COMEFLO	21,5
COMECA	14,9	ORAMECO	22,3
CUDAM	15,0	COMTA	22,5
C. CATOLICO	15,3	CAMY	23,0
CAMCEL	15,5	H. Evangélico	24,1
CAMS	15,8	AMEDRIN	25,9
COMECCEL	15,8	CRAME	26,0
COMEF	16,0	A. ESPAÑOLA	27,4
GREMEDA	16,5	CASMU	27,6
CASMER	16,6	CAMOC	27,8
COMERO	17,0	AMECOM	28,1
MUCAM	17,7	COSEM	32,2
CAMEC	19,0	COPAMHI	32,9
COMERI	19,1	S. AMERICANO	34,3
COMETT	19,2	SUMUM	34,9
AMSJ	19,3	H. BRITANICO	38,1
CAMEDUR	19,3	MP	38,1
GREMCA	19,6	BLUE CROSS	40,2
COMEPA	20,2		

Fuente: Elaboración propia en base a datos del BPS.

Las funciones de densidad empírica de la duración de la licencia por enfermedad en días indicados por los médicos en las 5 patologías más comunes muestran comportamientos diferenciados según la patología. Mientras que en el caso de diarreas y gastroenteritis e influenza hay poca dispersión en la indicación médica, en lumbago y depresión hay mayor dispersión (gráfico 22). En los casos de lumbago la gran mayoría de los médicos indican licencias de menos de 10 días, mientras algunos muestran una preferencia por los números redondos e indican 1 mes, donde hay una concentración de las observaciones.

Gráfico 22
Funciones de densidad Kernel de duración de subsidio
para patologías seleccionadas



Fuente: Elaboración propia en base a datos del BPS.

VI. Modelización de la utilización del subsidio por enfermedad

El efecto de las características de cada individuo sobre la probabilidad de ausentarse del trabajo por salud ha sido abordado en diversos estudios. Uno de los hallazgos más recurrentes es que las mujeres suelen ausentarse por temas médicos con mayor frecuencia que los hombres (Bergendorff, 2003; Office for National Statistics, 2014; Krane, 2015; Lusinyan y Bonato, 2007; European Foundation, 2010). Sin embargo, este dato ha sido disputado en otros trabajos comparados (Osterkamp & Rohn, 2007; Gimeno et al., 2004). En segundo lugar, los trabajadores con mayor edad suelen ausentarse más que los trabajadores más jóvenes (Scheil-Adlung & Sander, 2010; Office for National Statistics, 2014; Bergendorff, 2003; Edwards & Greasley, 2010). En Alemania, por ejemplo, las personas entre 26 y 35 años faltan 11 días al año, mientras que los mayores de 55 faltan 25 días (Scheil-Adlung & Sander, 2010). Sin embargo, un comportamiento inverso se encuentran Khan & Rehnberg (2009) para los trabajadores suecos, donde son los más jóvenes quienes se toman más días de licencia, en particular cuando se trata de licencias de menor duración. En tercer lugar, se observan mayores ausencias entre trabajadores de ciertos sectores de actividad (Office for National Statistics, 2014; Edwards & Greasley, 2010; Scheil-Adlung & Sander, 2010). Por ejemplo, en el Reino Unido se observa una mayor tasa de ausentismo en el sector público: estos trabajadores faltan por enfermedad 7,9 días al año, versus 5,5 días en el sector privado (CIPD, 2014).

Como ya fuera señalado, diversos estudios también señalan el patrón pro-cíclico de las tasas de ausentismo, que se incrementan en los tiempos de bonanza económica, y se correlacionan negativamente con la tasa de desempleo (Osterkamp & Rohn, 2007; Khan et al, 2004; Askildsen et al, 2005; entre otros).

En esta sección se analizan estos elementos para el caso uruguayo, combinando la información proveniente de los registros de solicitudes de subsidio por enfermedad con una muestra de historias laborales de los trabajadores, ambos provistos por el BPS. La combinación de estas bases de datos restringe el universo sobre el que se realizan las estimaciones a un 12% del total de solicitudes (que son las que se logran combinar con las historias laborales). Aún cuando esta reducción a una muestra constituye una limitación, se considera que la cantidad de casos sobre los que se basa la estimación asegura la robustez de los resultados (se lograron combinar más de 500.000 solicitudes). Se estima el siguiente modelo:

$$Y_{it} = \Lambda \left(\begin{array}{l} \rho_0 + \rho_1 V_t + \rho_2 S_i + \rho_3 E_{it} + \rho_4 A_{it} + \rho_5 W_{it} \\ + \rho_6 D_{it} + \rho_7 C_{it} + \rho_8 N_{it} + \delta X \end{array} \right) \quad (2)$$

donde Y_{it} es un indicador del uso que hace el trabajador i del subsidio por enfermedad en t ; V_t es una variable binaria que toma el valor 1 si al momento t es período de vacaciones escolares y 0 en otro caso; S_i es una variable dummy que toma el valor 1 si el trabajador es hombre y 0 si es mujer; E_{it} es la edad del trabajador i en el mes t ; A_{it} es la antigüedad del trabajador i en la empresa en el mes t ; W_{it} es el salario del trabajador i en el mes t ; D_{it} es la tasa de desempleo en el departamento en donde reside el trabajador i en el mes t ; C_{it} es la densidad de cotizaciones del trabajador i al momento del mes t (la densidad de cotizaciones se calcula como la proporciones de meses en que se registra una cotización del trabajador al BPS desde su primera aparición en las HHLL hasta el mes t); N_{it} es el número de empleos que ha tenido el trabajador i hasta el mes t ; X es un vector de variables de control de rama, año y mes; y $\Lambda(\cdot)$ es la función de distribución acumulada Logit.

La variable V_t se incluyó para poder capturar la potencial existencia de algún comportamiento abusivo de parte de los trabajadores. Si el coeficiente asociado a esta variable resultara positivo en las estimaciones, esto estaría indicando que los trabajadores son más proclives a pedir licencia por enfermedad cuando sus hijos están de vacaciones. Si fuera así se podría asumir que cierta proporción de los días de licencia por enfermedad son utilizados para el cuidado de los hijos y no porque el trabajador esté enfermo. Esta variable se construyó de dos maneras distintas. En la primera se consideran únicamente las vacaciones escolares de junio-julio y de septiembre, mientras que bajo la segunda especificación se incluye también los días de carnaval y de la semana de turismo.

En el cuadro 12 pueden verse los resultados de la estimación de la ecuación (2) excluyendo la variable V_t . En dichas estimaciones se utilizaron tres indicadores distintos del uso que hacen los trabajadores del subsidio por enfermedad como variable dependiente (Y_{it}). En primer lugar, se consideró como variable dependiente a una variable binaria que toma el valor 1 si el trabajador i comenzó a hacer uso del subsidio por enfermedad en t y 0 en otro caso (columna [1]). En segundo lugar se utilizó una variable binaria que toma el valor 1 si el trabajador i hace uso del subsidio por enfermedad en t y 0 en otro caso (columna [2]). Estas variables solo se diferencian en los casos en que la licencia por enfermedad transcurre durante más de un mes. En las dos estimaciones la ecuación (2) corresponde a la especificación de un modelo Logit. En tercer lugar, se utilizó como variable dependiente los días de duración de la licencia por enfermedad (columna [3]). En ningún caso se consideraron licencias de tres días o menos. La última estimación de la ecuación (2) fue realiza con un modelo Tobit, debido al recorrido de la variable dependiente.

Los resultados obtenidos se encuentran parcialmente en línea con otros estudios sobre el tema. En primer lugar, se encuentra que el coeficiente de la variable indicativa del sexo del trabajador resultó ser negativo, indicando que las mujeres son más propensas a hacer uso de la licencia por enfermedad. Además de los trabajos ya reseñados, efectos similares en relación a mayores probabilidades de las mujeres de hacer uso del subsidio por enfermedad se encuentran en los estudios de Restrepo y Salgado (2012) para Colombia, Beteta y Willington (2010) para Chile (en este caso si la mujer tiene hijos menores de 3 años).

Por otro lado, la edad tiene un impacto negativo sobre el uso del subsidio por enfermedad, disminuyendo su uso con la edad del trabajador, mientras la antigüedad en el empleo tiene un efecto positivo, aumentando con los años. En todas las estimaciones un mayor salario percibido por el trabajador o una mayor tasa de desempleo en la zona donde vive, tienen por efecto disminuir el uso de la licencia por enfermedad. De acuerdo con la literatura, un aumento de cualquiera de estas variables tiene un efecto disciplinador sobre el trabajador, aumentando la renta del empleo o diferencia entre el salario obtenido y el salario de reserva. En otras palabras, un incremento en cualquiera de estas variables hace que el trabajador tenga más que perder en caso de quedar desempleado, incentivándolo a un mayor esfuerzo en el trabajo (Bowles, 2004). En este contexto, la realización de un mayor esfuerzo podría llevar a que el trabajador mueva el umbral de malestar a partir del cual decide pedir licencia y, por lo tanto, un aumento en estas variables podría también generar un incentivo a hacer un menor uso de este

tipo de subsidio. En esta línea argumental, dentro de un mismo departamento (y por lo tanto sometido a una misma tasa de desempleo en la región), aquellos trabajadores con mayor salario tienen menor probabilidad de utilizar el subsidio.

Cuadro 12
Resultados de la estimación de la ecuación (2) con datos mensuales

Variables	(1)	(2)	(3)
	Logit	Logit	Tobit
Sexo	-0,610 (0,015)***	-0,551 (0,013)***	-30,43 (0,974)***
Edad	-0,005 (0,001)***	-0,001 (0,001)*	-0,079 (0,033)**
Antigüedad	0,000 (0,001)	0,003 (0,001)***	0,009 (0,045)
Salario	-0,003 (0,000)***	-0,003 (0,000)***	-0,174 (0,019)***
Tasa de desempleo departamental	-4,853 (0,668)***	-3,731 (0,574)***	-218,3 (34,37)***
Densidad de cotizaciones	0,475 (0,039)***	0,417 (0,034)***	29,09 (2,147)***
Número de episodios de empleo	0,123 (0,002)***	0,124 (0,002)***	7,413 (0,204)***
Controles de rama, año y mes	Si	Si	Si
Observaciones	1 414 929	1 421 926	1 414 929

Fuente: Elaboración propia en base a datos del BPS.

Nota: Errores estándar robustos entre paréntesis; ***significativo al 1%, **significativo al 5%, *significativo al 10%.

Por otro lado, en todas las estimaciones realizadas se observa que tanto una mayor densidad de las cotizaciones o un mayor número de empleos anteriores, están asociados a un mayor uso del subsidio. El primer resultado está en línea con un resultado habitual en la literatura referida a la asociación positiva entre la seguridad o estabilidad laboral y el uso del subsidio.

Al estimar por separado la ecuación (2) para hombres y mujeres, el comportamiento señalado en relación a la edad y la antigüedad difiere. Las estimaciones se presentan en el cuadro 13 (columnas [2], [4] y [6] para los hombres, y columnas [1], [3] y [5] para las mujeres). Un aumento en la edad y en la antigüedad tiene una incidencia negativa sobre el uso de la licencia por enfermedad en el caso de los hombres, mientras en el caso de las mujeres la antigüedad opera en sentido inverso. La elasticidad con relación al salario es inferior para las mujeres, indicando que la propensión a la utilización del subsidio es menos reactiva al nivel salarial entre ellas.

Finalmente se realizaron las estimaciones incluyendo la variable V_t , a efectos de evaluar la existencia de un comportamiento de tipo oportunista o abusivo en el uso del subsidio por enfermedad por parte de los trabajadores. En la medida que esta variable solo toma valor 1 durante algunos días del mes, fue necesario convertir la base de datos de las historias laborales del BPS (que tienen datos mensuales) a una base de datos con observaciones diarias. Con esta transformación, las estimaciones de las demás variables debería ser casi la misma que la obtenida con la base de datos mensual, ya que salvo V_t ninguna otra variable cambia durante el mes.

Cuadro 13
Resultados de la estimación de la ecuación (2) con datos mensuales

Variables	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	Logit	Logit	Logit	Logit	Tobit	Tobit
Edad	-0,007 (0,001)***	-0,001 (0,001)	-0,005 (0,001)***	0,004 (0,001)***	-0,226 (0,050)***	0,105 (0,045)**
Antigüedad	-0,006 (0,001)***	0,004 (0,001)***	-0,002 (0,001)*	0,006 (0,001)***	-0,291 (0,073)***	0,151 (0,059)**
Salario	-0,002 (0,001)***	-0,005 (0,000)***	-0,001 (0,000)***	-0,004 (0,000)***	-0,098 (0,029)***	-0,238 (0,026)***
Tasa de desempleo departamental	-4,367 (1,005)***	-4,779 (0,905)***	-3,544 (0,885)***	-3,539 (0,763)***	-206,5 (52,63)***	-210,5 (45,59)***
Densidad de cotizaciones	0,502 (0,054)***	0,641 (0,061)***	0,475 (0,048)***	0,567 (0,052)***	34,54 (3,066)***	35,73 (3,292)***
Número de episodios de empleo	0,190 (0,005)***	0,098 (0,003)***	0,197 (0,004)***	0,099 (0,003)***	12,35 (0,448)***	5,708 (0,242)***
Controles de rama, año y mes	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Observaciones	521 152	893 777	524 195	897 731	521 152	893 777

Fuente: Elaboración propia en base a datos del BPS.

Nota: Errores estándar robustos entre paréntesis; ***significativo al 1%, **significativo al 5%, *significativo al 1%.

El cuadro 14 presenta la estimación de la ecuación (2) con datos diarios. En estas estimaciones la variable dependiente Y_{it} es una variable binaria que toma el valor 1 si el trabajador i hace uso del subsidio por enfermedad en el día t y 0 en otro caso. En este caso la ecuación (2) fue estimada de cuatro maneras distintas. En primer lugar se utilizó la versión amplia de la variable V_t (donde se incluye carnaval y semana de turismo), cuyos resultados se muestran en la columna (1). En segundo lugar se utilizó la versión restringida de la variable V_t (ver columna [2]). En tercer lugar, dado que las tareas de cuidados de los hijos recaen mayoritariamente sobre las mujeres, se estimó la ecuación (2) solo para mujeres (ver columna [3]). Por último, se incluyó un término interactuado entre las variables sexo y V_t (columna [4]).

Todas las variables incluidas en las estimaciones previas tuvieron el mismo comportamiento descrito previamente. La variable de interés, que señala los días de vacaciones, presenta un signo negativo y significativo en los diferentes modelos estimados, y no indica un comportamiento diferencial entre hombres y mujeres (el coeficiente interactuado no es significativo). Este resultado indicaría que, no solo los trabajadores no utilizan más la licencia por enfermedad durante las vacaciones escolares, sino que la utilizan menos. La interpretación de este resultado no es sencilla. Tal vez sea mayor la propensión a solicitar días de licencia en esas fechas; lo que resulta claro es que no surge evidencia de un comportamiento oportunista. Por lo tanto, no existiría un comportamiento “abusivo” de parte de los trabajadores en su utilización del subsidio por enfermedad en relación con los días de vacaciones escolares. Si bien el resultado encontrado es llamativo, excede los objetivos del presente trabajo analizar los motivos por los cuales se encuentra la relación negativa recién mencionada.

Cuadro 14
Resultados de la estimación Logit de la ecuación (2) con datos diarios

Variables	(1)	(2)	(3)	(4)
Vacaciones	-0,165 (0,012)***			
Vacaciones (solo julio y septiembre)		-0,132 (0,015)***	-0,134 (0,022)***	-0,138 (0,02)***
Sexo	-0,581 (0,005)***	-0,581 (0,005)***		-0,582 (0,005)***
Vacaciones (solo julio y septiembre) * Sexo				0,012 (0,026)
Edad	-0,001 (0,000)***	-0,001 (0,000)***	-0,005 (0,000)***	-0,001 (0,000)***
Antigüedad	0,002 (0,000)***	0,002 (0,000)***	-0,006 (0,001)***	0,002 (0,000)***
Salario	-0,004 (0,000)***	-0,004 (0,000)***	-0,001 (0,000)***	-0,004 (0,000)***
Tasa de desempleo departamental	-3,094 (0,233)***	-3,094 (0,233)***	-2,76 (0,354)***	-3,094 (0,233)***
Densidad de cotizaciones	0,539 (0,014)***	0,539 (0,014)***	0,445 (0,018)***	0,539 (0,014)***
Número de episodios de empleo	0,128 (0,001)***	0,128 (0,001)***	0,179 (0,001)***	0,128 (0,001)***
Controles de rama, año y mes	Si	Si	Si	Si
Observaciones	43 279 663	43 279 663	15 954 877	43 279 663

Fuente: Elaboración propia en base a datos del BPS.

Nota: Errores estándar robustos entre paréntesis; ***significativo al 1%, **significativo al 5%, *significativo al 10%.

VII. Los cambios recientes en la reglamentación y sus posibles impactos

Como fue señalado más arriba, hasta 2010 coexistían dos maneras distintas de certificación para el subsidio por enfermedad en Uruguay. En Montevideo, luego que la certificación médica laboral fuera realizada por el prestador de salud, el trabajador tenía que presentar su certificado en el BPS, mientras en el Interior, la certificación la realizaban directamente los prestadores de salud, sin que se requiriera un trámite presencial.

A partir de julio de 2010, la Junta Nacional de Salud dispuso básicamente que se eliminara la necesidad de un trámite presencial en Montevideo, equiparando la situación de este departamento con lo que venía sucediendo en el Interior. Este cambio implicó que para los trabajadores de Montevideo se redujeran los costos de transacción asociados a la solicitud del subsidio por enfermedad. El hecho de que el cambio de política se diera solo en Montevideo permite realizar una evaluación del potencial impacto de dicho cambio. La estrategia empírica se basa en la utilización del método de diferencias en diferencias, tomando a los trabajadores de Montevideo como grupo de tratamiento y a los trabajadores del Interior como grupo de control. El modelo a estimar sería el siguiente:

$$Y_{it} = \beta_0 + \beta_1 MVD_{it} + \beta_2 POST_t + \beta_3 (MVD_{it} * POST_t) + \alpha X + \mu_i + \epsilon_{it} \quad (3)$$

donde Y_{it} es un indicador del uso que hace el trabajador i del subsidio por enfermedad en t ; MVD_{it} es una variable binaria que toma el valor 1 si al momento t el trabajador reside en Montevideo y 0 en otro caso; $POST_t$ es una variable binaria que toma el valor 1 con posterioridad a julio de 2010 (momento de cambio en el mecanismo de certificación) y 0 en otro caso; μ_i es la heterogeneidad que varía entre trabajadores y es constante en el tiempo; ϵ_{it} es un término de error que varía con el tiempo y entre trabajadores; X es un vector de variables de control que incluye sexo, edad, antigüedad en el empleo, salario, densidad de cotizaciones y controles de rama, año y mes. Las estimaciones se realizan en base a la misma información utilizada en el apartado anterior (combinación de solicitudes de subsidio e historias laborales). El coeficiente β_3 es el que captura los efectos del cambio de la política. Si este

hubiese tenido un impacto positivo sobre el uso del subsidio por enfermedad, el coeficiente $\hat{\beta}_3$ estimado debería ser positivo y significativo, indicando un cambio en el comportamiento de Montevideo en relación al Interior con posterioridad al cambio en el mecanismo de certificación¹¹.

Para la estimación de la ecuación (3) se consideraron tres variantes de la variable dependiente que señala el uso del subsidio. La primera estimación considera como indicador del uso que hacen los trabajadores del subsidio por enfermedad (Y_{it}), una variable binaria que toma el valor 1 si el trabajador i comenzó a hacer uso del subsidio por enfermedad en t y 0 en otro caso (cuadro 15). La segunda estimación considera como indicador del uso que hace el trabajador del subsidio por enfermedad, una variable binaria que toma el valor 1 si el trabajador i hace uso del subsidio por enfermedad en t y 0 en otro caso (cuadro 16). Como ya fuera indicado, estas dos variables dependientes solo se diferencian en los casos en que la licencia por enfermedad transcurre durante más de un mes. En tercer lugar, se utilizó como variable dependiente los días de duración de la licencia por enfermedad (cuadro 17). En ningún caso se consideraron licencias de tres días o menos, que no generan derecho a la utilización del subsidio.

Cada modelo fue estimado por MCO agrupados y por Efectos fijos, en primer lugar con una especificación simple sin controles, y luego incluyendo las variables de control que representan las características del trabajador y su puesto de trabajo. En las tres especificaciones, el cambio que se dio en julio de 2010 en el departamento de Montevideo en los trámites necesarios para acceder al subsidio por enfermedad (identificado a través de la variable interacción entre Post*Montevideo) tuvo un impacto positivo y significativo tanto en la cantidad de solicitudes de licencia como en la duración de las mismas. Sin embargo, la magnitud de dicho impacto fue muy bajo. El cambio en la política de certificación solo logra explicar una proporción muy baja del aumento en las solicitudes de licencias por enfermedad observado en los últimos años. En todas las estimaciones realizadas el porcentaje del incremento explicado por el cambio reglamentario en Montevideo es menor al 1%.

Es necesario aclarar que no puede extraerse de estos resultados la conclusión de que hubo un aumento en el comportamiento oportunista de los trabajadores o del "abuso" del subsidio por enfermedad. La metodología utilizada no permite saber si el uso que los trabajadores estaban haciendo de la licencia por enfermedad era el adecuado, si era inferior o superior. En efecto, los resultados encontrados son compatibles con la posibilidad de que la mayor facilidad del trámite de solicitud haya implicado que los trabajadores utilicen el subsidio en mayor medida, no estando realmente enfermos. Pero al mismo tiempo, estos resultados también son compatibles con la posibilidad de que los trabajadores hubiesen hecho con anterioridad a julio de 2010 un uso inferior al adecuado, yendo a trabajar aun sintiéndose enfermos debido a las dificultades burocráticas en la solicitud del subsidio, o debido a la pérdida de ingresos asociada, ya que el momento coincide con el cambio en los topes. También es posible que se hayan dado los dos procesos al mismo tiempo, afectando de manera distinta a cada trabajador.

La interpretación de los resultados es totalmente diferente en ambos casos. Mientras en el primer caso el cambio de política habría generado un problema, en el segundo caso lo habría reducido. Desafortunadamente, la metodología utilizada no permite determinar en qué caso nos encontramos, simplemente verificar el comportamiento diferencial de Montevideo.

¹¹ La estrategia supone que la evolución de la utilización del subsidio era similar (trayectorias paralelas) entre Montevideo y el Interior antes del cambio de la política, un supuesto que parece razonable de acuerdo a las estadísticas presentadas en la sección III del documento.

Cuadro 15
Resultados de la estimación de diferencias en diferencias. Variable dependiente dicotómica
que indica los meses en que el trabajador inició un período de licencia

Variables	(1)	(2)	(3)	(4)
	Pooled_OLS	Pooled_OLS	FE	FE
Post	0,008 (0,000)***	0,004 (0,000)***	0,009 (0,000)***	0,004 (0,000)***
Montevideo	0,001 (0,000)***	-0,001 (0,000)***	-0,001 (0,000)*	-0,001 (0,000)**
Post # Montevideo	0,002 (0,000)***	0,002 (0,000)***	0,002 (0,000)***	0,002 (0,000)***
Controles	No	Si	No	Si
Observaciones	8 082 238	8 080 034	8 082 238	8 080 034
Número de i	162 522	162 439	162 522	162 439

Fuente: Elaboración propia en base a datos del BPS.

Nota: Como controles se incluyen las variables sexo, edad, antigüedad en el empleo, salario, densidad de cotizaciones y variables *dummies* de año, mes y rama. Errores estándar robustos entre paréntesis; ***significativo al 1%, **significativo al 5%, *significativo al 1%.

Cuadro 16
Resultados de la estimación de diferencias en diferencias. Variable dependiente dicotómica
que indica los meses en que el trabajador utilizó la licencia

Variables	(11)	(12)	(13)	(29)
	Pooled_OLS	Pooled_OLS	FE	FE
Post	0,009 (0,000)***	0,004 (0,000)***	0,011 (0,000)***	0,004 (0,000)***
Montevideo	0,001 (0,000)***	-0,001 (0,000)***	-0,001 (0,000)*	-0,001 (0,000)
Post # Montevideo	0,002 (0,000)***	0,003 (0,000)***	0,003 (0,000)***	0,003 (0,000)***
Controles	No	Si	No	Si
Observaciones	8 082 238	8 080 034	8 082 238	8 080 034
Número de i	162 522	162 439	162 522	162 439

Fuente: Elaboración propia en base a datos del BPS.

Nota: Como controles se incluyen las variables sexo, edad, antigüedad en el empleo, salario, densidad de cotizaciones y variables *dummies* de año, mes y rama. Errores estándar robustos entre paréntesis; ***significativo al 1%, **significativo al 5%, *significativo al 1%.

Cuadro 17
Resultados de la estimación de diferencias en diferencias. Variable discreta
que indica la cantidad de días de licencia que se tomó el trabajador

Variables	(11)	(12)	(13)	(29)
	Pooled_OLS	Pooled_OLS	FE	FE
Post	0,124 (0,010)***	0,053 (0,025)	0,294 (0,013)***	0,042 (0,026)
Montevideo	0,036 (0,011)***	0,010 (0,012)	-0,053 (0,034)	-0,043 (0,034)
Post # Montevideo	-0,019 (0,015)	-0,008 (0,015)	0,015 (0,019)	0,008 (0,019)
Controles	No	Si	No	Si
Observaciones	8 082 238	8 080 034	8 082 238	8 080 034
Número de i	162 522	162 439	162 522	162 439

Fuente: Elaboración propia en base a datos del BPS.

Nota: Como controles se incluyen las variables sexo, edad, antigüedad en el empleo, salario, densidad de cotizaciones y variables *dummies* de año, mes y rama. Errores estándar robustos entre paréntesis; ***significativo al 1%, **significativo al 5%, *significativo al 1%.

Dado que una de las variables utilizadas para identificar el tratamiento fue una variable que indicaba el período posterior a julio de 2010, existe cierta posibilidad de que la inclusión de controles por año captura parte del efecto que se esperaba capturar con la variable de tratamiento. En función de ello, todos los modelos fueron también estimados excluyendo los controles por año. Dado que en estos casos los resultados no difieren sustantivamente de los presentados más arriba, se optó por no incluirlos en este documento.

Una de las limitaciones del presente trabajo es que no se dispuso de la información del lugar de residencia para la totalidad de los trabajadores incluidos en la base de datos. Los datos del BPS registran la residencia de sus cotizantes a partir de cierto momento y actualizan sus cambios. Sin embargo, entre los datos utilizados no existe información de residencia para el 40% de las observaciones. Para mitigar esta limitación se optó por aprovechar el hecho de que para muchos trabajadores el dato de la residencia aparece en la base de datos en medio de un período de empleo en alguna empresa. En estos casos el dato de residencia no está disponible desde la primera aparición del trabajador en la base, ni siquiera desde que comienza una nueva relación laboral en una empresa. Por lo tanto, se optó por recodificar la variable de tratamiento “Montevideo” suponiendo que los trabajadores tuvieron previamente la misma residencia que la registrada por primera vez, en todo el período en que trabajaron en la misma empresa. De esta manera el porcentaje de observaciones sin datos de residencia se redujo a un 30%. Por lo tanto, las estimaciones que se muestran en los cuadros 14, 15 y 17 fueron realizadas con un 70% de las observaciones. Un segundo criterio para mitigar esta limitación fue suponer que el trabajador residió en todo el período previo en el mismo lugar de residencia que figura en el primer dato disponible, incluso cuando en el período previo hubiese tenido otros empleos. Utilizando este segundo criterio el porcentaje de observaciones si información de residencia se redujo a un 20%. Los resultados de las estimaciones utilizando este segundo criterio para identificar a la variable de tratamiento se presentan en los cuadros A.2, A.3 y A.4. Los mismos no difieren cualitativamente de los presentados previamente.

VIII. A modo de cierre

El análisis sobre la utilización del subsidio de enfermedad que se presenta en el documento, basado en los registros administrativos del BPS, confirma para Uruguay algunas regularidades ya detectadas en otros países. La utilización es superior entre las mujeres, y también está asociada con el ciclo económico: a menor tasa de desempleo en el departamento de residencia del trabajador, lo que implica una menor percepción de riesgo de pérdida del empleo, mayor probabilidad de uso del subsidio. No surge, de la evidencia presentada, ningún indicio de presencia de riesgo moral o uso abusivo del subsidio, al menos en relación con la superposición con días de vacaciones escolares o cercanías con el fin de semana.

La no detección de comportamientos oportunistas indica que el actual diseño del subsidio no estaría favoreciendo este tipo de comportamiento. Cabe señalar que el actual diseño implica un deducible del 100% en los 3 primeros días y de 30% en los restantes, más el efecto de los topes, lo que lo convierte en relativamente restringido en comparación con los diseños de otros países, desalentando probablemente los comportamientos oportunistas (el deducible promedio en 2015 fue de 50,5% del salario).

Una de las motivaciones del presente trabajo es que el incremento en la utilización del subsidio que se detecta a partir de 2010 coincide con distintos eventos que podrían vincularse con ese comportamiento, y resulta difícil separar el potencial impacto de cada uno de ellos. Por un lado, en 2010 se unificó la forma de certificación para el subsidio por enfermedad en todo el país, lo que implicó que los trabajadores de Montevideo ya no debían realizar un trámite presencial en el BPS para validar la prestación. Es decir que disminuyen los costos de transacción que enfrenta el trabajador de Montevideo al pedir licencia. Por otro lado, el tope máximo del subsidio de enfermedad sufrió un crecimiento real significativo a partir de enero de 2011, incrementándose luego año tras año hasta 2015. Finalmente, la tasa desempleo y el salario real reflejaron el buen momento macroeconómico de 2011: ese año el desempleo tiene el nivel más bajo del período analizado, mientras el salario real de los asalariados privados se encontraba en una trayectoria ascendente, presentando el mayor crecimiento real en el período. El análisis econométrico realizado indica que el cambio regulatorio de 2010 en el departamento de Montevideo tuvo un impacto positivo y significativo tanto en la cantidad de solicitudes de licencia como en la duración de las mismas, pero la magnitud de dicho impacto fue muy bajo. Por lo tanto esta modificación estaría explicando solamente una proporción muy baja del aumento en las solicitudes de

licencias por enfermedad y relativamente menor en el incremento de las erogaciones del programa. En todo caso, el incremento en el gasto parece vincularse directamente con el aumento de los topes máximos, que a su vez podrían haber inducido a una mayor solicitud de la prestación, al operar como un descenso en el deducible para un conjunto de trabajadores.

La información analizada también permitió ilustrar sobre la gran dispersión entre los prestadores en relación a los días de licencia asociados a las diferentes dolencias, así como ordenar a estos prestadores en función de la generosidad en cuanto a días otorgados. Similares análisis, u otros de mayor profundidad y ajustados a las inquietudes de quienes monitorean el programa, podrían realizarse en base a la información relativa a los profesionales encargados de las certificaciones. Este ejercicio ilustra sobre la riqueza de la información contenida en estos registros, y sugiere la conveniencia de diseñar e implementar mecanismos automatizados de control, por ejemplo para detectar desvíos en términos de prestadores o incluso profesionales, y habilitar así mecanismos inspectivos o de corrección. Un paso previo antes de realizar un esfuerzo de este tipo es asegurarse de la utilización uniforme del codificador de patologías entre todos los prestadores y profesionales. El análisis realizado sugiere que podrían existir diferencias al respecto (ver nota al pie 10), aspecto que debería verificarse, así como la pertinencia de la actual formulación del codificador.

Finalmente, un aspecto potencialmente relevante para el sistema integrado de salud es el análisis del potencial efecto de los diferentes mecanismos de remuneración sobre el comportamiento de los profesionales. La información disponible abarca un conjunto de trabajadores que se atienden en ASSE, sistema en donde los profesionales no son remunerados por acto médico, y otros que se atienden en IAMCs o con otros prestadores privados, donde rige el sistema de pago por acto médico. A su vez, la lógica de funcionamiento de ambos sectores difiere, y podría pensarse que los prestadores privados están sujetos a un monitoreo más alineado con los objetivos de eficiencia en el gasto de las empresas que los contratan, aunque por otro lado el sistema de remuneración podría constituir un incentivo para la conformación de un mercado de pacientes. No hay en Uruguay estudios que aborden este tipo de aspectos, y ello constituye una línea interesante para futuros estudios.

Bibliografía

- Askildsen, J. E., Bratberg, E., & Nilsen, Ø. A. (2005), Unemployment, labor force composition and sickness absence: a panel data study. *Health economics*, 14(11), 1087-1101.
- Barmby, T., Ercolani, M. & Treble, J. (2002), “Sickness Absence: An International Comparison,” *Economic Journal*, 112, F315—F331.
- Bauernschuster S., Duersch, P., Oechssler, J. & Vadovic, R. (2010), Mandatory Sick Pay Provision: A Labor Market Experiment, *Journal of Public Economics*, 94.
- Bergendorff, S. (2003), Sickness absence in Europe – a comparative study, International Social Security Association, Geneva.
- Beteta, E. & Willington, M. (2010), Determinantes del Uso y Abuso de Licencias Médicas en Chile, Documento de Investigación I-251, Universidad Alberto Hurtado.
- Böckerman, P., Kanninen, O. & Suoniemi, I. (2014), A Kink that Makes You Sick: The Incentive Effect of Sick Pay on Absence, IZA Discussion Paper No. 8205.
- Böheim, R. & Leoni, T. (2014), Firms' Sickness Costs and Workers' Sickness Absences, NBER Working Paper No. 20305.
- Bowles, S. (2004), *Microeconomics*, Russell Sage Foundation, Princeton.
- Dale-Olsen, H. (2011), Sickness absence, sick leave pay and pay schemes – a regression-discontinuity approach, Institute for Social Research, Oslo.
- Duersch, P., Oechssler, J. & Vadovic, R. (2012), Sick Pay Provision in Experimental Labor Markets, *European Economic Review*, 56.
- Earle, A. & Heymann, J. (2006), “A Comparative Analysis of Paid Leave for the Health Needs of Workers and their Families around the World.” *Journal of Comparative Policy Analysis*, Vol. 8, No. 3, pp. 241-257.
- Fevang, E., Markussen, S. & Røed, K. (2011), The sick pay trap, IZA Discussion Paper No. 5655.
- Frick, B. & Malo, M.A. (2008), Labor market institutions and individual absenteeism in the European Union: The relative importance of sickness benefit systems and employment protection legislation. *Industrial Relations*, 47, 505–529.
- Gerdtham, U.G. & Jönsson, B. (2000), International Comparisons of Health Expenditure, in Culyer, A. & Newhouse, J. (Eds.), *Handbook of Health Economics*, Vol 1A, Elsevier.
- Gimeno, D., Benavides, F. G., Benach, J. & Amick III, B. C. (2004), Distribution of sickness absence in the European Union countries, *Occupational and Environmental Medicine*, 61(10), 867-869.
- Grignon, M. & Renaud, T. (2007), Sickness and Injury Leave in France: Moral Hazard or Strain?, IRDES, DT N°4.

- Henrekson, M. & Persson, M. (2004), The Effects on Sick Leave of Changes in the Sickness Insurance System, *Journal of Labor Economics*, 22, 87-113.
- Heymann, J., Rho, H., Schmitt, J. & Earle, A. (2009), Contagion Nation: A Comparison of Paid Sick Day Policies in 22 Countries, Center for Economic and Policy Research.
- Heyman, S. Jody, R., Hye, J., Schmitt, J., Earle, A. (2010), "Ensuring a healthy and productive workforce: Comparing the generosity of paid sick day and sick leave policies in 22 countries". *International Journal of Health Services*, 40(1), 1-22.
- Hurley, J. (2000), An Overview of the Normative Economics of the Health Sector, in Culyer, A. & Newhouse, J. (Eds.), *Handbook of Health Economics*, Vol 1A, Elsevier.
- Johansson, P. & Palme, M. (2005), Moral hazard and sickness insurance, *Journal of Public Economics*, 89(9-10), 1879-90.
- Johansson, P. & Palme, M. (1996), 'Do economic incentives affect work absence? Empirical evidence using Swedish micro data', *Journal of Public Economics* 59(2), 195-218.
- Khan, J., Gerdtham, U. & Jansson, B. (2004), "Effects of macroeconomic trends on social security spending due to sickness and disability", *American Journal of Public Health*, 94 (11), 2004-2009.
- Khan, J. & Rehnberg, C. (2009), "Perceived Job Security and Sickness Absence: A Study on Moral Hazard", *The European Journal of Health Economics*, 10(4), 421-428.
- Krane, L. (2015), Comparisons of sickness absence patterns, trends and attitudes in the health and care sectors in two municipalities in Norway and Denmark. Dissertation for the degree of Philosophiae Doctor, Department of Community Medicine, The Arctic University of Norway.
- Lazo, M. (2013), Subsidio por enfermedad. Régimen Legal y Evolución del Número de Beneficiarios por Patología. Asesoría General en Seguridad Social, Comentarios de Seguridad Social, N. 15.
- Li, J., Birkhead, G., Strogatz, D. & Coles, R. (1996), "Impact of Institution Size, Staffing Patterns, and Infection Control Practices on Communicable Disease Outbreaks in New York State Nursing Homes". *American Journal of Epidemiology*, Vol. 143 (May), pp. 1,042-1,049.
- Livanos, I. & Zangalidis, A. (2010), "Sickness Absence: a Pan-European Study", MPRA Paper No. 22627.
- Lovell, V. (2003), No Time to be Sick: Why Everyone Suffers When Workers Don't Have Paid Sick Leave. IWPR Publication No. B242.
- Lusinyan, L., & Bonato, L. (2007), Work absence in Europe. *IMF Economic Review*, 54(3), 475-538.
- Edwards, P. & Greasley, K. (2010), Absence from work. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Markussen, S. & Røed, K. (2016), The Market for Paid Sick Leave. IZA Discussion Paper, No. 9825.
- OECD (2010), Sickness, Disability and Work breaking the barriers. Organisation for Economic Cooperation and Development, Paris.
- OECD (2011), Health at a Glance 2011. Organisation for Economic Cooperation and Development, Paris.
- Office for National Statistics (2014), Full Report: Sickness Absence in the Labour Market. Office for National Statistics, United Kingdom.
- Osterkamp, R., & Röhn, O. (2007), Being on sick leave: possible explanations for differences of sick-leave days across countries. *CESifo Economic Studies*, 53(1), 97-114.
- Puhani, P. & Sonderhof, K. (2010), The effects of a sick pay reform on absence and on health-related outcomes. *Journal of Health Economics* 29(2), 285-302.
- Restrepo, C., y Salgado, E. (2013), Types of contracts and worker absenteeism in Colombia. *Journal of Business Research*, 66(3), 401-408.
- Scheil-Adlung, X. & Sandner, L. (2010), The case for paid sick leave. World Health Report, Background Paper No. 9.
- Schliwen, A., Earle, A., Hayes, J., & Heymann, S. J. (2011), The administration and financing of paid sick leave. *International Labour Review*, 150(1 2), 43-62.
- Wallman, T., Wedel, H., Palmer, E., Rosengren, A., Johansson, S., Eriksson, H. & Svärdsudd, K. (2009), 'Sick-leave track record and other potential predictors of a disability pension. a population based study of 8,218 men and women followed for 16 years', *BMC Public Health* 9 (104).
- Westergaard-Nielsen, N. & Pertold, F. (2012), Firm insurance and sickness absence of employees, IZA Discussion Paper No. 6782.
- Ziebarth, N. & Karlsson, M. (2010), A natural experiment on sick pay cuts, sickness absence, and labor costs'. *Journal of Public Economics* 94(11-12), 1108-22.
- Zweifel, P. & Willard, M. (2000), Moral hazard and consumer incentives in health care, in Culyer, A. & Newhouse, J. (Eds.), *Handbook of Health Economics*, Vol 1A, Elsevier.

Anexo

Cuadro A.1
Obligaciones para el empleador en relación a la ausencia por enfermedad

Australia	Los Estándares Nacionales de Empleo (<i>National Employment Standards</i>) establecen diez días de subsidio por enfermedad por cada año de trabajo, ya sean trabajadores de tiempo completo o parcial.
Austria	Reemplazo total del salario por 6-12 semanas (dependiendo de la antigüedad en el trabajo); a partir de las 12 semanas, se otorga la mitad del salario por un período de hasta 4 semanas.
Bélgica	Se continúa percibiendo salario por un mes: 100% del salario para trabajadores de cuello blanco; para trabajadores manuales, 100% la primera semana, 60% pasada la primera semana.
Canadá	No hay un período de pago continuo del salario
República Checa	60% del salario promedio desde el 4to al 14avo día, basado en salario por hora y en horas trabajadas.
Dinamarca	Acuerdos colectivos proveen la continuación del pago para algunos grupos de trabajadores.
Finlandia	Se continúa percibiendo salario durante los primeros 9 días de enfermedad (50% del salario si trabaja hace menos de un mes). Acuerdos colectivos establecen que la mayoría de los empleadores pagan el salario total durante los primeros 1 a 2 meses.
Francia	Pago total o parcial de la diferencia entre salario y el subsidio por enfermedad, de acuerdo a acuerdos nacionales o a acuerdos colectivos.
Alemania	Se continúa percibiendo salario por primeras seis semanas.
Grecia	Legislación no contempla continuación del pago del salario en caso de enfermedad. La licencia se puede aumentar hasta 6 días laborales para trabajadores con incapacidad diagnosticada.
Hungría	80% del pago por ausencia por hasta 15 días. Puede ser complementada por acuerdos colectivos, aunque rara vez ocurre.
Islandia	Se continúa percibiendo salario por lo menos un mes luego de 12 meses de trabajo. Acuerdos colectivos generalmente son más generosos.
Irlanda	Legislación no asegura pago pero muchas organizaciones incorporan algún tipo de subsidio por enfermedad: sector público obtiene reemplazo total por 6 meses y la mitad del salario por otros 6 meses; sector privado, reemplazo total por entre 4 y 26 semanas.
Italia	Se continúa percibiendo el salario por un máximo de 180 días por año (y en algunos casos específicos, 180 días adicionales en el siguiente año).
Japón	Pago del salario por tres días.
Corea	No hay subsidio por enfermedad. Acuerdos colectivos pueden incluir regulación sobre pagos relacionados con enfermedad (e.g. para funcionarios del gobierno).
Luxemburgo	Empleados del sector privado continúan percibiendo un salario por 13 semanas (el sector privado es más generoso).
México	No hay un período de pago continuo del salario.
Holanda	Se continúa percibiendo el salario- por lo menos el 70%, aunque en práctica puede ser hasta el 100%- por dos años, pero empleadores pueden contratar seguros privados.
Nueva Zelanda	Cinco días de subsidio luego de seis meses de trabajo continuo; se suman cinco días por cada período subsecuente de 12 meses. Acuerdos colectivos pueden resultar en provisiones más generosas.
Polonia	80% del salario de los últimos 12 meses, pago por 33 días de calendario de enfermedad.
Portugal	No hay obligación para el empleador; está prohibido completar el beneficio por enfermedad.
Eslovaquia	Durante los primeros tres días de calendario, se paga el 25% del salario diario del año previo; del 4to al 10mo día de ausencia por enfermedad, se paga el 55% del salario.
España	Subsidio del 60% del salario se otorga del 4to al 15avo día de ausencia por enfermedad.
Suecia	Pago del 80% del salario durante los primeros 14 días (a partir del segundo día de ausencia).
Suiza	Pago del 100% por las primeras tres semanas. Generalmente, el empleador paga salario completo por entre 3 y 6 meses, luego el 80% por hasta dos años.
Turquía	Subsidio para funcionarios públicos.
Reino Unido	Pago de subsidio por un período de 28 semanas (posible reembolso cuando los costos exceden el 13% de la contribución a la seguridad social); empleadores pueden re-asegurarse con seguros privados.
Estados Unidos	Voluntario, depende de cada empresa si adopta o no un plan de subsidios (por ejemplo, otorgar hasta 12 días por año u otorgar beneficios por incapacidad, que cubren las primeras 13 a 52 semanas)

Fuente: Extraído y traducido de OECD (2010).

Cuadro A.2
Resultados de la estimación de diferencias en diferencias. Variable dependiente dicotómica que indica los meses en que el trabajador inició un período de licencia

MVD2	(1)	(2)	(3)	(4)
Variables	Pooled_OLS	Pooled_OLS	FE	FE
t > julio de 2010	0,008 (0,000)***	0,004 (0,000)***	0,009 (0,000)***	0,004 (0,000)***
Montevideo	0,001 (0,000)***	-0,001 (0,000)***	-0,001 (0,000)*	-0,001 (0,000)**
t > julio de 2010 # Montevideo	0,002 (0,000)***	0,002 (0,000)***	0,002 (0,000)***	0,002 (0,000)***
Controles	No	Si	No	Si
Observaciones	8 208 788	8 206 568	8 208 788	8 206 568
Número de i	162 890	162 806	162 890	162 806

Fuente: Elaboración propia en base a datos del BPS.

Nota: Como controles se incluyen las variables sexo, edad, antigüedad en el empleo, salario, densidad de cotizaciones y variables *dummies* de año, mes y rama. Errores estándar robustos entre paréntesis; ***significativo al 1%, **significativo al 5%, *significativo al 10%.

Cuadro A.3
Resultados de la estimación de diferencias en diferencias. Variable dependiente dicotómica que indica los meses en que el trabajador inició un período de licencia

MVD2	(1)	(2)	(3)	(4)
Variables	Pooled_OLS	Pooled_OLS	FE	FE
t > julio de 2010	0,009 (0,000)***	0,004 (0,000)***	0,011 (0,000)***	0,004 (0,000)***
Montevideo	0,001 (0,000)***	-0,001 (0,000)***	-0,001 (0,001)*	-0,001 (0,001)
t > julio de 2010 # Montevideo	0,002 (0,000)***	0,003 (0,000)***	0,003 (0,000)***	0,003 (0,000)***
Controles	No	Si	No	Si
Observaciones	8,208,788	8,206,568	8,208,788	8,206,568
Número de i	162,890	162,806	162,890	162,806

Fuente: Elaboración propia en base a datos del BPS.

Nota: Como controles se incluyen las variables sexo, edad, antigüedad en el empleo, salario, densidad de cotizaciones y variables *dummies* de año, mes y rama. Errores estándar robustos entre paréntesis; ***significativo al 1%, **significativo al 5%, *significativo al 10%.

Cuadro A.4
Resultados de la estimación de diferencias en diferencias. Variable dependiente dicotómica que indica los meses en que el trabajador inició un período de licencia

MVD2	(1)	(2)	(3)	(4)
Variables	Pooled_OLS	Pooled_OLS	FE	FE
t > julio de 2010	0,131 (0,010)***	0,053 (0,025)**	0,294 (0,012)***	0,042 (0,026)
Montevideo	0,036 (0,011)***	0,011 (0,012)	-0,053 (0,034)	-0,044 (0,034)
t > julio de 2010 # Montevideo	-0,020 (0,015)	-0,009 (0,015)	0,014 (0,018)	0,008 (0,017)
Controles	No	Si	No	Si
Observaciones	8 208 788	8 206 568	8 208 788	8 206 568
Número de i	162 890	162 806	162 890	162 806

Fuente: Elaboración propia en base a datos del BPS.

Nota: Como controles se incluyen las variables sexo, edad, antigüedad en el empleo, salario, densidad de cotizaciones y variables *dummies* de año, mes y rama. Errores estándar robustos entre paréntesis; ***significativo al 1%, **significativo al 5%, *significativo al 10%.

Cuadro A.5
Días de licencia otorgados en promedio por cada prestador de salud en cada una de las 34 patologías seleccionadas

Prestador	Patología																																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34
CASMU	8,0	5,3	9,0	5,6	15,9	5,5	5,3	5,5	15,5	7,7	6,0	10,4	5,3	6,0	6,4	6,8	19,2	26,0	7,1	6,1	6,9			12,8	8,1	14,1	9,3	11,9	16,9	7,8	5,9	8,8	8,3	7,6
MUCAM	8,3	5,6	8,8	5,4	15,6	5,3	5,4	7,2	15,4	8,2	5,6	9,7	5,6	6,0	6,0	31,0	7,1	14,1	17,0	6,8	6,1	7,7	5,2	10,5	8,3	16,7	7,0	11,6	17,2	7,5	6,4	8,6	7,9	7,6
ESPAÑOLA	9,0	5,9	9,1	5,3	16,1	5,4	5,4	7,5	16,4	9,7	5,5	11,2	5,4	6,2	6,4	15,2	7,2	13,7	16,7	7,1	6,8	7,8	5,4	12,3	7,5	18,1	12,0	11,8	18,6	8,0	6,9	8,3	7,2	7,2
C. DE GALICIA	8,1	5,0	8,5	5,7	15,9	5,3	5,7	5,6	15,8	6,7	6,2	9,1	5,6	5,3	6,0	9,0	7,2	19,9	19,3	7,2	6,1	7,0		13,0	8,4	13,9	8,2	11,7	19,5	6,7	6,5	10,8	7,7	7,1
C. CATOLICO	9,2	5,5	9,0	5,5	15,7	5,2	5,7	6,7	17,1	10,5	6,1	12,8	6,5	8,1	6,0		7,5	22,2	21,9	7,7	6,1	6,5	6,2	11,1	8,2	10,3	11,3	11,2	16,2	7,7	6,0	10,3	10,2	8,4
SMI	7,5	5,2	8,2	5,4	17,1	5,3	7,9	5,2	15,0	7,6	6,3	9,5	5,4	5,6	6,2		6,7	18,8	17,4	7,1	6,2	7,8	5,4	13,5	8,5	12,6	9,5	11,0	17,2	7,4	6,5	9,1	7,8	7,9
CUDAM	8,1	5,0	8,3	6,3	14,1	5,9	4,3	5,7	16,3	13,7	5,9	9,1	5,2	6,6	6,3		7,0		21,7	6,7	6,4	7,0	4,0	10,1	8,5	14,4	10,3	11,1	18,1	7,4	6,5	8,7	8,0	7,6
GREMCA	8,2	5,4	7,9	5,3	16,9	5,2	9,3	6,8	16,1	8,1	5,3	11,2	4,5	10,2	5,9	9,8	7,0		18,3	6,3	6,1	8,8		10,8	5,0		9,4	10,0	6,5	6,3	6,5	4,0	8,4	
H. EVANGELICO	8,1	5,1	9,5	5,2	15,0	5,1	4,8	5,7	15,4	7,9	6,0	10,1	5,6	6,3	6,4		6,5	18,0	19,3	7,0	5,6	8,4	5,8	10,1	8,9	14,5		10,9	15,5	6,4	6,1	9,8	9,1	6,4
UNIVERSAL	7,1	5,0	8,5	4,7	14,7	4,8	5,5	5,3	18,9	7,9	5,9	7,4	5,3	6,2	5,7	8,0	6,4	18,1	23,1	6,9	5,3	7,5	5,1	10,5	8,5		10,4	10,7	15,0	6,2	5,3	10,5	8,4	6,7
CRAMI	10,7	5,0	10,2	5,6	15,7	5,0	5,3	5,3	17,2	11,4	6,2	10,6	6,1	7,0	6,0		10,2	5,0	22,0	8,2	5,5	9,0	6,0	10,9	11,1	18,4		12,9	18,8	9,7	8,1	10,7	8,1	10,2
COMECA	10,8	5,4	9,6	5,0	16,1	5,2	3,0	5,9	16,7	9,4	6,4	8,5	5,2	6,5	6,2		7,5	15,1	30,0	7,0	5,4	7,6	5,1	10,4	8,5	20,0	11,2	15,0	20,2	7,6	6,2	9,0	8,7	8,6
AM. MALDONADO	7,4	4,8	8,7	5,0	12,1	4,9	6,3	5,8	14,6	7,2	5,2	9,2	5,5		5,6		6,8			6,5	5,6	6,2	5,1	10,1	7,3	17,4		8,9	16,6	6,0	5,1	10,0	6,8	6,6
COMERO	8,2	4,9	10,1	5,3	13,7	4,7	5,1	5,2	17,8	7,0	5,3		8,4	6,3	5,6	5,0	6,4	20,6	18,2	7,9	6,0	11,9	5,2	12,2	10,2			12,0		9,6	4,5	6,6	6,8	7,1
CASMER	8,9	5,0	9,1	5,2	23,1	5,6	6,0	5,4	14,9	9,4	5,3	9,1	7,3	4,9	5,5		6,7		20,9	7,9	5,1	10,7	5,0	16,2	10,3	13,8	6,0	9,9	15,2	9,9	7,9	10,6	8,3	9,8
CAMS	8,1	4,8	9,4	5,3	16,6	5,0	5,6	6,0	15,3	8,4	5,9	10,0	6,6	9,5	6,0		6,8	25,0	19,5	7,5	6,1	6,4	5,6	11,7	6,9	19,0	9,5	11,6		6,3	7,5	10,1	6,6	7,1
COMTA	9,0	4,0	11,7	4,8	15,2	4,9	5,0	5,0	16,1	10,5	5,6	11,6	4,5	4,8	5,0		7,9	20,3	5,0	6,8	6,5	6,7	5,0	13,5	10,8	21,0		13,2	15,1	8,9	5,6	8,8	10,2	7,6
CAMCEL	10,2	5,1	9,8	5,8	17,5	5,4	5,1	6,0	16,6	8,1	6,6	9,5	5,5	6,9	6,5		7,6	20,2	21,5	7,5	6,3	6,1	5,4	13,3	9,5	20,3		12,3	21,6	6,9	6,0	9,0	9,3	7,7
IAC	9,6	5,0	11,8	5,6	14,4	5,0	7,3	6,3	21,0	9,1	6,4	10,4	6,5	9,0	6,6		8,6	18,9	23,0	8,9	6,5	9,3	6,0	14,4	12,2	15,3	12,0	12,0	19,6	9,1		11,1	10,1	8,7
CAMDEL	11,8	6,7	13,0	5,1	22,0	5,1	4,5	4,9	16,5	13,3	6,4	4,0	6,5	6,0	6,9		11,2	22,1	27,5	8,9	6,5	9,5	5,0	13,4	12,3		9,3	17,0		7,5	5,5	9,5	7,3	10,4
COMEPA	9,5	4,9	9,3	5,1	16,6	4,9	11,8	6,0	19,2	7,4	5,4	8,4	6,4	6,1	5,9		6,0	18,9	18,5	7,0	5,5	8,4	5,1	14,1	9,0	23,7		14,6	17,2	5,2	8,2	7,5	9,2	6,2
CAM	10,6	5,9	12,6	6,0	19,3	5,5	23,0	6,0	22,0	9,5	6,9	10,7	6,6	8,8	6,4	32,0	9,1	23,1	21,6	9,0	6,8	9,0	5,6	15,5	11,7	18,8	30,0	11,4	22,9	7,8	10,7	12,8	11,6	7,8
AMEDRIN	6,7	4,0	8,0		11,0	4,4	4,7	7,2	20,8	13,2	5,4		5,9		5,2		6,7	13,0		7,7	5,7	6,0	8,0	6,5	5,2			9,3		4,7	5,3		9,0	5,9
CAMEC	9,0	5,3	9,5	5,3	14,1	5,1	4,3	5,4	21,5	8,3	6,5	11,2	5,4	6,1	5,9		6,0			6,8	6,0	6,6	5,4	8,9	8,5	11,9		12,7	19,7	8,3	6,5	8,9	10,1	6,8
ORAMECO	9,9	4,8	8,5	4,8	15,1	4,8	5,7	6,5	16,5	8,1	6,4	18,1		5,9	6,7		8,2		15,9	4,9	6,1	10,2		8,6	5,5	12,0	10,8	9,6		8,2	4,0	5,0	7,9	7,0
CAMOC	7,1	7,0	9,4	5,0	13,2	4,7	4,9	4,9	16,2	6,5	5,7	8,7	5,2	5,7	5,2		5,9	17,9		6,1	5,0	6,7	4,9	7,9	8,4	13,0		8,0	18,2	9,2		11,2	8,1	5,9
CAMEDUR	8,5	5,1	9,5	5,7	12,9	5,3	6,1	5,7	16,7	8,9	5,8	12,3	7,3	5,5	7,0		8,3	5,0	18,5	6,9	7,0	6,9	5,0	8,5	10,1	16,6		12,9	17,2	6,1	4,8	14,2	9,2	9,1
AMSJ	8,5	5,0	9,5	5,1	16,4	5,1	4,8	5,5	20,6	9,4	6,1	10,0	5,4	5,9	6,8	9,5	7,3	11,0	18,5	5,8	6,0	7,3		11,3	10,0	10,4		10,7	22,0	6,6	6,5	8,0	9,8	7,1
COMEFLO	8,3	4,6	9,0	5,2	13,6	4,5		4,4	17,6	9,3	8,9	8,6		5,8	4,9		6,3	16,4	18,7	5,3	6,0	6,7			6,5	14,7		17,3		11,6	6,8	10,0	8,0	7,2
GREMEDA	10,0	5,8	12,1	5,0	14,0	4,8	5,9	4,9	15,6	11,0	5,6	8,1	4,8	6,5	5,1		7,5		17,8	8,3	6,3	11,8	5,7	13,9	10,2	21,6		10,8	18,0	10,6	5,2	9,4	4,7	8,5
CAMY	9,2	6,0	9,8		13,5	4,8			15,5	8,5	5,4			5,5				18,1		5,3				10,5		14,3		8,0	16,3	10,0	5,0		5,3	9,2
CAAMEPA	7,9	6,3	9,0	5,2	16,0	5,1	5,0	5,2	19,5	9,8	5,9	10,6	6,0	5,6	6,0		7,2		15,5	6,6	5,9	6,4	4,8	9,8	8,3	18,3		14,3	17,9	6,2	6,8	10,1	9,4	6,7
COMEF	8,8	5,3	9,4	5,8	15,4	5,3	5,0	5,4	18,1	7,5	5,7	9,5	5,3	7,1	7,7		7,3		18,0	6,5	6,2	7,3	4,0	10,1	8,5	19,1	8,0	13,6	18,8	6,5	7,4	12,0	10,8	7,8
CRAME	7,0	4,8	7,9	7,0	13,8	4,8	8,0	5,1	13,0	5,8	5,0	8,6	5,3	4,0	5,2	4,0	6,6	19,3		7,3	5,2	6,8	4,7	8,4	8,5	21,5	5,0	10,3	17,3	7,1	5,0	8,2	6,6	6,2

Cuadro A.5 (conclusión)

Prestador	Patología																																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34
COMECEL	8,8	5,4	11,1	5,2	12,3	4,9	5,3	6,0	13,7	12,4	6,8	11,4	4,5	5,8	5,6	6,7	25,9	6,1	6,4	6,7	5,0	16,0	10,2	17,0	12,5	12,0	9,1	8,0	11,0	8,0	8,2			
COMERI	8,5	5,0	8,3	4,9	18,4	4,9	5,0	5,2	14,4	8,3	6,4	8,6	4,0	4,4	6,7	7,4	19,0	22,9	5,8	5,1	7,0	6,0	11,8	9,9	13,2	18,5	8,9	12,8	8,9	5,6	10,1	8,7	8,3	
COMETT	8,1	5,0	12,0	6,0	5,2	5,8	9,5	9,0	8,0	8,0	4,0	8,0	4,0	9,2	6,0	5,7	5,0	10,3	4,0	4,0	4,0	4,0												
COSEM	7,8	5,1	7,7	5,1	16,5	5,1	4,7	5,3	16,2	7,9	5,9	9,1	5,8	5,2	5,5	7,8	10,0	17,1	6,2	5,8	8,5	5,3	13,2	7,8	22,9	10,6	15,4	6,3	6,6	8,6	9,2	7,5		
ASSE	9,2	5,6	9,8	5,6	15,7	5,3	5,5	6,3	19,5	9,6	6,7	9,9	5,9	6,8	6,9	8,0	21,0	20,6	7,9	6,4	8,5	5,7	14,1	10,3	17,4	9,1	10,6	20,2	7,4	6,9	11,7	9,6	8,4	
MP	8,8	4,5	7,5	5,1	23,4	5,2	5,0	5,3	15,4	8,9	5,0	17,0	5,2	6,5	5,4	6,9	16,9	6,4	6,5	4,7	5,9	13,3	7,7	12,5	8,5	11,0	5,9	31,0	10,0	6,0				
BLUE CROSS	9,1	6,6	12,1	4,0	11,8	4,3	5,6	13,9	14,0	4,0	4,8	5,5	5,7	5,0	5,5	4,5	5,0	5,0	12,7	10,0	6,7													
SUMUM	9,8	4,9	9,6	5,3	18,1	5,2	5,6	15,0	7,1	5,0	9,8	4,8	5,3	6,3	6,0	30,0	16,4	11,7	6,5	6,3	9,0	12,6	7,5	20,3	11,3	20,1	6,0	5,2	9,5	5,0				
S. AMERICANO	5,8	5,2	9,8	5,0	20,1	6,0	4,3	5,3	16,8	7,6	4,4	20,0	5,0	4,0	6,3	4,0	7,0	14,4	5,4	4,9	7,1	7,1	10,7	5,8	6,0	9,8	4,5	6,9	6,7	6,5	9,5			
H. BRITANICO	9,9	4,8	8,2	5,5	14,2	4,9	5,1	14,1	6,5	4,5	8,4	5,2	7,0	5,4	7,3	17,0	8,2	5,8	11,7	15,6	6,5	17,7	12,4	10,1	7,4	6,0	13,5	6,3	5,3					
Total	8,4	5,2	9,2	5,4	15,8	5,3	5,3	5,9	16,9	9,0	5,9	9,9	5,5	5,9	6,1	7,2	19,0	19,4	7,1	6,1	7,6	5,4	11,7	8,8	15,4	11,0	11,5	17,8	7,5	6,4	9,4	8,4	7,6	

Fuente: Elaboración propia en base a datos de BPS.



NACIONES UNIDAS

Serie**CEPAL****Estudios y Perspectivas – Montevideo****Números publicados**

Un listado completo así como los archivos pdf están disponibles en

www.cepal.org/publicaciones

32. Estudio sobre el subsidio por enfermedad en el Uruguay, Verónica Amarante y Andrés Dean (LC/TS.2017/112; LC/MVD/TS.2017/7), 2017.
31. Estructura tarifaria del mercado de pagos electrónicos en el Uruguay y otros países de América del Sur, Martín Cricco (LC/TS.2017/101; LC/MVD/TS.2017/6), 2017.
30. Seguridad social en el Uruguay. Un análisis de los resultados de la ley de flexibilización del acceso a las jubilaciones, Martín Lavalleja y Victoria Tenenbaum (LC/TS.2017/97; LC/MVD/TS.2017/5), 2017.
29. Gasto público social en la infancia y adolescencia en el Uruguay, Maira Colacce, Pilar Manzi y Victoria Tenenbaum (LC/TS.2017/82; LC/MVD/TS.2017/4), 2017.
28. Origen del valor en las exportaciones del Uruguay, Martín Brun y Álvaro Lalanne (LC/TS.2017/48; LC/MVD/TS.2017/3), 2017.
27. El cuidado de la población uruguaya y la creación del Sistema de Cuidados: una mirada de largo plazo, Maira Colacce y Pilar Manzi (LC/TS.2017/43; LC/MVD/TS.2017/2), 2017.
26. Oportunidades comerciales en África Subsahariana, Carmen Estrades (LC/TS.2017/42; LC/MVD/TS.2017/1), 2017.
25. Inclusión financiera en el Uruguay. Análisis a través de índices sintéticos, Graciela Sanroman, Zuleika Ferre y José Ignacio Rivero (LC/L.4228; LC/MVD/L.55), 2016.
24. Situación económico-financiera de los hogares uruguayos. Análisis a partir de la Encuesta Financiera de los Hogares Uruguayos (EFHU), Graciela Sanroman, Zuleika Ferre, José Ignacio Rivero y Guillermo Santos (LC/L.4227; LC/MVD/L.54), 2016.
23. Análisis del seguro de desempleo en el Uruguay, Andrés Dean (LC/L.4187; LC/MVD/L.53), 2016.
22. Formación y determinación de precios en el Uruguay, Andrés Rius y Leandro Zipitría (LC/L.4139; LC/MVD/L.52), 2016.
21. La negociación colectiva. Algunas reflexiones para el Uruguay de hoy, Rodrigo Arim (LC/L.4138; LC/MVD/L.51), 2016.
20. El proceso de formalización en el mercado laboral uruguayo, Verónica Amarante y Marcela Gómez (LC/L.4137; LC/MVD/L.50), 2016.
19. Los ingresos y egresos de los gobiernos departamentales entre 1990 y 2013, Álvaro Lalanne y Martín Brun (LC/L.4049; LC/MVD/L.49), 2015.
18. Impuestos verdes: viabilidad y posibles impactos en el Uruguay, Bibiana Lanzilotta (LC/L.4036; LC/MVD/L.48), 2015

ESTUDIOS Y PERSPECTIVAS

Series

C E P A L

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
ECONOMIC COMMISSION FOR LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN
www.cepal.org