

Licencias médicas en Chile: diagnóstico, experiencias internacionales y propuestas de reforma

Cajas de Chile – Instituto de Políticas Públicas en Salud Universidad San Sebastián

Investigador: Pablo Villalobos Dintrans



Tabla de contenidos

Resumen Ejecutivo	4
1. Introducción	13
2. Evolución reciente de las licencias médicas en Chile	15
2.1. Principales indicadores del sistema	15
2.2. Licencias médicas por sector económico, ingreso y tamaño de empresa	19
2.3. Principales conclusiones	22
3. Encuesta de percepción sobre las licencias en Chile	22
3.1. Opinión sobre las características del sistema	25
3.2. Conocimiento del sistema	30
3.3. Percepción del fraude	34
3.4. Justificación del mal uso	35
3.5. Opinión sobre el uso de licencias	40
3.6. Evaluación general del sistema	44
3.7. Principales conclusiones	46
4. Sistemas de subsidios de enfermedad en el mundo: casos de estudio	46
4.1. Chile	48
4.2. Australia	51
4.3. Colombia	54
4.4. Dinamarca	57
4.5. Francia	60
4.6. Países Bajos	63
4.7. México	67
4.8. Nueva Zelanda	69
4.9. Portugal	73
4.10. Uruguay	79
4.11. Principales conclusiones	81
5. Síntesis de propuestas de reforma al sistema de licencias médicas en Chile en los últimos años	83
5.1. Gobernanza y financiamiento	83
5.2. Estructura de los beneficios	84



5.3. Control y fiscalización	85
6. Conclusiones y propuestas complementarias	87
6.1. Propuestas de corto y mediano plazo: estructura del beneficio	87
6.2. Propuestas de largo plazo: estructura del sistema	93
7. Referencias	94
8. Anexos	99
Anexo 1. Características de los subsidios por enfermedad en países seleccionados	99



Resumen Ejecutivo

Introducción

Durante los últimos años, Chile ha sostenido un intenso debate sobre el sistema de licencias médicas. Esta discusión ha relevado el aumento significativo en el número y gasto de esta prestación social, por sobre índices equivalentes como crecimiento en el número de trabajadores y patologías, pero también ha identificado algunas malas prácticas, proponiendo para todos estos desafíos diversas alternativas de mejora.

Este estudio tiene como objetivo complementar los estudios y análisis realizados en dos dimensiones: contribuir al diagnóstico respecto a los problemas del sistema de licencias, y a las propuestas de soluciones para mejorarlos, con base a la experiencia internacional.

En particular, el estudio contiene una actualización de los principales indicadores del sistema, así como los resultados de una encuesta de percepción aplicada en población, que complementan el diagnóstico. También, se presenta una descripción de sistemas de licencias médicas en diez países del mundo, para identificar potenciales áreas y estrategias de reforma. Junto con esto, el estudio realiza una síntesis de las principales propuestas de cambio para el sistema, realizadas en los últimos años.

Con base a esta información se presentan conclusiones y una serie de propuestas complementarias, a las que ya se han discutido en los últimos años, para avanzar en las necesarias reformas y mejoras al sistema de licencias médicas en Chile.

Diagnóstico

Evolución reciente de las licencias médicas en Chile

Las estadísticas agregadas muestran que la evolución de las licencias mantiene una tendencia en los últimos años, con un aumento, entre 2015 y 2022, en el gasto de licencias médicas (131%), explicado por el aumento en el número de licencias autorizadas (84%) y días pagados (120%).

Al analizar la situación por condiciones de salud, se observa que el principal componente de este son las licencias por trastornos mentales. En 2022, estas representaron el 42% del gasto del sistema. Para el periodo 2015-2022, el gasto en licencias por trastornos mentales aumentó en 442%. A esto le sigue el gasto en enfermedades osteomusculares, que representó el 17% del total del gasto del sistema en 2022 y registra un aumento de 213% en el periodo 2015-2023.

Respecto a las diferencias por tipo de empresa y trabajadores, se observan sectores económicos con mayores números de licencia por trabajador. En este sentido, los servicios sociales tienen un índice de 2,41, el ámbito financiero 0,22 y comercio un 0,12, tal como ha sido la tendencia de los últimos años. Al analizar los datos por tamaño de empresa, el número de licencias por trabajador se sitúa en torno a una licencia por año promedio por trabajador en grandes empresas, cifra que disminuye con el tamaño de la empresa (0,62 para PYMES y 0,56 en microempresas).



Finalmente, se efectuó un análisis del número de licencias médicas por tramos de ingresos de los cotizantes. Los datos indican que la mayoría de las personas de la muestra y las licencias solicitadas corresponden a personas con rentas menores al tope imponible (para la cotización de salud). En este grupo, el número de licencias médicas por persona al año se acerca a 3, siendo menor (ligeramente superior a 1) para los tramos superiores de ingreso.

Resultados de encuesta de percepción

Como parte del estudio se realizó una encuesta de percepción sobre las licencias médicas en la población. Para la recolección de información se utilizó un cuestionario online que incluyó 1.196 personas y el levantamiento se realizó durante junio de 2024. Los principales resultados son:

- **Evaluación**

Cerca del 40% de los encuestados está de acuerdo con que el sistema y sus procesos (facilidad de trámite, rapidez, monto y días de licencia) son adecuados. El ítem con menor aprobación refiere a la información disponible sobre las licencias.

Adicionalmente, la mayoría de la gente señala que éste requiere cambios (71,5%), lo que se condice con su evaluación general del sistema: mientras un 5,6% de los encuestados opinan que el sistema funciona bien o muy bien, 41,64% considera que funciona mal o muy mal.

- **Conocimiento**

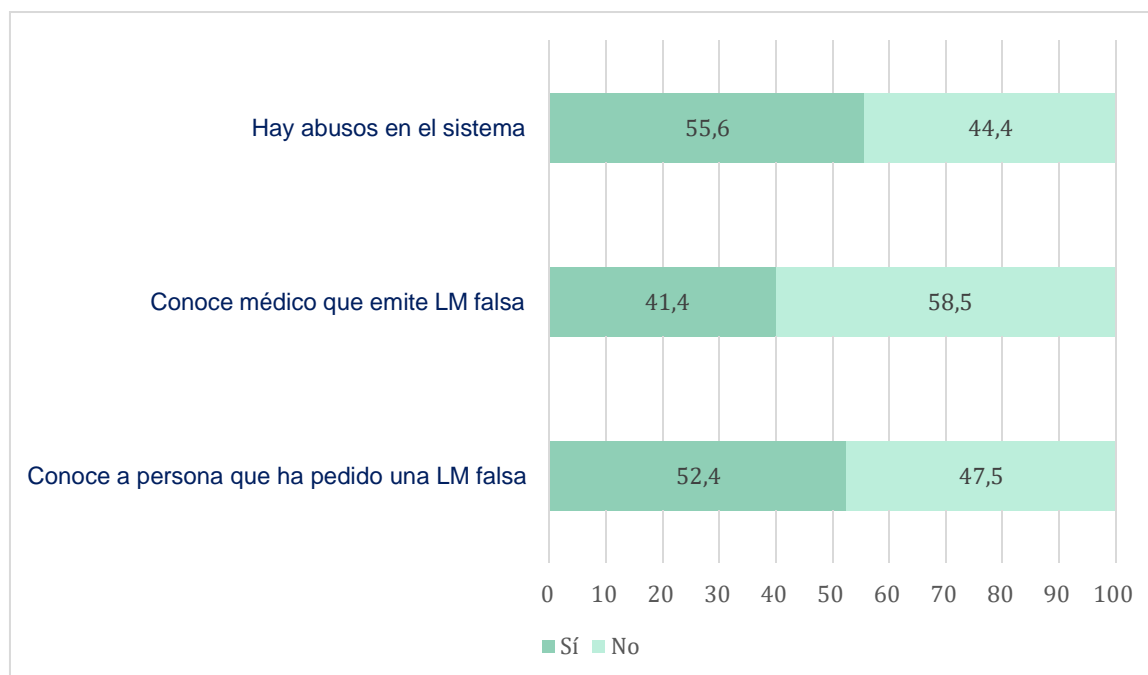
Un segundo grupo de preguntas aborda el conocimiento de las personas sobre el sistema (financiamiento, leyes, funcionamiento). Cerca de un 30% de las personas declara que su conocimiento sobre distintos aspectos del sistema es alto o muy alto. Las personas declaran saber más sobre las responsabilidades de los trabajadores y menos sobre las leyes y normas asociadas.

- **Mal uso o fraude en licencias**

Respecto este tema las opiniones están divididas. Como muestra la figura, cerca de la mitad de los encuestados considera que existen abusos en el sistema y conoce a alguien (emisor o receptor) que ha hecho mal uso de las licencias. Respecto de quién es el principal responsable de estos abusos, las opiniones también se dividen, con un tercio de las personas que responsabilizan al Estado, un tercio a los médicos y el restante apuntando a que el problema es responsabilidad de las propias personas y de los empleadores.



Figura. Percepción y conocimiento sobre abusos en el sistema, muestra completa



Al respecto, la encuesta pregunta sobre diversas situaciones que podrían justificar el mal uso de licencias, desde la existencia de incentivos a la falta de conocimiento. Los argumentos con mayor aprobación (que justifican el fraude en licencias) son que las licencias se consideran un derecho adquirido y la existencia de incentivos económicos en el sistema. Una fracción importante de las personas también aprueban que el trabajador debiera poder usar la licencia en un lugar de su elección (61,8%) y que está bien usar una licencia si uno está muy agotado (48,6%).

La encuesta también contiene información que permite clasificar a los encuestados en distintos grupos. Los resultados muestran diferencias pequeñas en la mayoría de las preguntas al analizar las respuestas por afiliación a seguro de salud, situación laboral, tamaño de empresa o solicitud previa de licencia médica.

- **Conclusiones**

De acuerdo con los resultados obtenidos de la encuesta, se puede desprender a modo de resumen que existen diversos problemas asociados a la percepción de los usuarios sobre el sistema de licencias médicas, incluyendo problemas sobre la legislación y administración del sistema, así como justificaciones al mal uso de licencias.

Llama la atención, para todas las categorías, la alta proporción de personas con una percepción y/o conocimiento negativo del sistema, incluyendo áreas diversas como su propia experiencia con el sistema, conocimiento de características básicas de las licencias y su proceso, actitudes hacia el mal uso de licencias y percepciones de responsabilidades asociadas al fraude.

Esta percepción negativa sobre el sistema es paradójica, ya que usualmente, encuestas de satisfacción muestran que los encuestados pueden tener un sesgo hacia evaluar



positivamente los beneficios que son entregados, llevando a una sobreestimación de la satisfacción (Mazor et al., 2002; Dunsch et al., 2018).

Finalmente, los resultados implican que hay un espacio para mejoras en el sistema, principalmente una mayor información sobre deberes y derechos, mejoras en la administración del sistema, y conciencia sobre el objetivo y costos del sistema.

Sistemas de subsidios de enfermedad en el mundo y síntesis de propuestas de reforma al sistema de licencias médicas en Chile en los últimos años

Estudios de casos

El estudio presenta 10 casos de estudio, nueve países más Chile, para conocer y entender cómo funcionan los sistemas de licencias médicas y subsidios de enfermedad en otras naciones, a fin de comparar con el sistema chileno y extraer potenciales lecciones o innovaciones para futuras reformas.

Los países analizados fueron: Australia, Chile, Colombia, Dinamarca, Francia, México, Países Bajos, Nueva Zelanda, Portugal y Uruguay. Para cada caso, se presenta información general del sistema, así como datos sobre los criterios para seleccionar beneficiarios, características de los beneficios y datos sobre el financiamiento y la gestión del sistema.

La tabla muestra las principales características de los beneficios, en términos de monto y duración, así como estrategias de contención de costos, basadas en selección de beneficiarios y diferenciación de beneficios. En términos generales, los sistemas se pueden clasificar de acuerdo:

- Financiamiento: público (ej.: Australia), contributivo (ej.: Uruguay, Colombia), privado (Países Bajos, Nueva Zelanda) o mixto (ej.: Dinamarca, México)
- Característica del monto: monto fijo (ej.: Australia, Dinamarca) versus porcentaje del ingreso (ej.: Francia, Portugal)
- Duración del beneficio: fija (ej.: Nueva Zelanda), secuencial¹ (ej.: Colombia, Países Bajos) o indefinida (ej.: Australia, Chile)

¹ Esto quiere decir que la estructura del sistema (beneficios, trámites, financiamiento) va cambiando a medida que cambian los días de la licencia.



Tabla. Comparativo de los sistemas de licencias en países seleccionados

País	Monto mensual	Duración	Periodo de espera/carencia	Criterios de exclusión de beneficiario	Tope monto del beneficio	Beneficio diferenciado por duración	Beneficio diferenciado por ingresos	Beneficio diferenciado por características individuales	Periodo de espera/carencia
Australia	1000-1320 (US\$)	N/A	14 días	X	x	x		x	x
Chile	100% del ingreso	N/A	4 y 11 días	x					x
Colombia	50-66% del ingreso	180 días	2 días		x	x			x
Dinamarca	2520 (US\$)	30/154 días	14 y 30 días		x		X		x
Francia	50-66,7% del ingreso	365 días	3 días		x	x		x	x
México	60% del ingreso	365 días	3 días	x	x				x
Países Bajos	70%-100% del ingreso	728 días	No	x	x				
Nueva Zelanda	100% del salario diario	10 días	No	x					
Portugal	55-75% del ingreso	1095 días	Entre 3 y 30 días	x	x	x		x	x
Uruguay	70% del ingreso	365 días	3 días	x	x				x

Fuente: Elaboración propia.

Es posible determinar que los sistemas internacionales muestran diversas características interesantes, que podrían ser aplicadas para el caso chileno, como el uso de características individuales (composición del hogar) para definir beneficios y la existencia de carencias o periodos de espera para recibir los beneficios, así como el involucramiento del empleador en el ecosistema de licencias médicas asociadas al pago de la prestación.



Síntesis de propuestas existentes

Esta sección presenta una síntesis de las propuestas de reforma al sistema de licencias médicas. El presente estudio reconoce la existencia de análisis previos, tanto diagnósticos como propuestas referentes al sistema de licencias médicas en el país, realizados en los últimos años. Estos estudios previos incluyen la existencia de Comisiones Presidenciales para analizar posibles reformas, así como documentos elaborados desde el ámbito académico y otras instituciones de gobierno y no gubernamentales.

Por lo tanto, el objetivo de esta sección es visibilizar, agrupar e identificar consensos y disensos en torno a las propuestas realizadas los últimos años para mejorar el sistema de subsidios por enfermedad en Chile, a modo de establecer propuestas complementarias para una futura reforma.

De este modo, la sección se organiza en torno a tres grandes dimensiones sobre las que se podrían generar cambios al sistema: Gobernanza y Financiamiento; Estructura de Beneficios; Control y Fiscalización.

- **Gobernanza**

Existe consenso entre las distintas propuestas sobre la necesidad de separar el subsidio de incapacidad laboral del seguro de salud (Sánchez & Inostroza, 2011; Hormazábal & Velasco, 2024). Lo anterior se justifica en el hecho que mantener la rectoría, gestión y administración conjunta de ambos sistemas confunde, por una parte, la transparencia y diferenciación en el gasto en prestaciones de salud, y por otra parte, dificulta una gestión eficiente y diferenciada, esto es, poder realizar los ajustes de cada sistema de manera independiente (Torche et al. 1999; Comisión Presidencial de Salud 2010; Sánchez & Inostroza 2011; Arredondo et al. 2017).

- **Financiamiento**

Existe consenso en que se deben introducir modificaciones en nuestro actual sistema de financiamiento del subsidio de incapacidad laboral, especialmente respecto a la participación del empleador, quien actualmente se encuentra excluido de este proceso. Aquí, la principal alternativa es que el empleador financie parcial o totalmente las licencias, lo que generaría interés del empleador por tomar medidas preventivas y fiscalizadoras sobre los problemas de salud de los trabajadores (Cid, 2006; Villalobos et al., 2022; Hormazábal & Velasco, 2024).

- **Estructura de beneficios**

En este tema no existe consenso de los expertos respecto a la duración de las licencias médicas, algunos estudios proponen eliminar los días de carencia, dado que su existencia genera “incentivos perversos”—particularmente la emisión de licencias de mayor duración para alcanzar los umbrales de 3 o 10 días que actualmente establece el sistema (Villalobos et al., 2022). Una propuesta paralela es la de reducir estos días. Una propuesta es fijar un único umbral de, por ejemplo, dos días, que permitiría alinear el sistema de licencias médicas con los lineamientos establecidos en el Código del Trabajo, que permite dos días de ausencia injustificada (Sánchez & Inostroza, 2011; Hormazábal & Velasco, 2024).

Adicionalmente, asociado al monto del beneficio (tasa de reemplazo), algunas propuestas establecen la necesidad de fijar un beneficio menor al 100% del salario y beneficios decrecientes en el tiempo, que pudieran, por ejemplo, empalmar el sistema de licencias con



el porcentaje cubierto por la pensión de invalidez, que alcanza al 70% del salario (Larraín et al., 2004; Beteta & Willington, 2010; Comisión Presidencial de Salud, 2010; Villalobos et al., 2022).

- **Control y fiscalización**

Las propuestas apuntan a elevar algunos estándares y sanciones a todos los involucrados en el proceso como son la recepción de subsidios de incapacidad laboral y emisión de licencias médicas. Lo anterior, con el objetivo de:

- Desincentivar la emisión dolosa (total o parcial) de licencias médicas
- Establecer multas y otras sanciones a usuarios que presenten este tipo licencias
- Incorporar la obligación legal de denuncia por parte del empleador (Hormazábal & Velasco, 2024).

2.4 Conclusiones y propuestas complementarias

Propuestas de corto y mediano plazo: Estructura del Beneficio

- **Duración del beneficio**

Se propone para Chile establecer un máximo de días de duración de la licencia, como en la mayoría de los países. El objetivo no es acotar el beneficio, sino separar aquellos casos de enfermedad y ausencia laboral transitoria, de los de más largo plazo o duración indefinida. Para esto, se necesita conectar el sistema de licencias con el de discapacidad, de modo que los trabajadores que lo requieran puedan pasar de un sistema a otro.

El plazo establecido por Francia, México o Uruguay es de 365 días. En cualquier caso, se sugiere, además, adoptar una medida como la existente en Países Bajos, en que existen plazos preestablecidos dentro del proceso que permiten el monitoreo de la licencia; esto implica, por ejemplo, la decisión de pasar una licencia de enfermedad común a una de discapacidad antes del cumplimiento del plazo establecido.

En la práctica, los países estudiados han implementado este límite de al menos tres formas (no excluyentes);

1. Estableciendo una duración máxima de la licencia.
2. Considerando un sistema alternativo para licencias “anormales”.
3. Vinculando el sistema de licencias con otros beneficios, en particular sistemas de certificación de discapacidad.

- **Monto del beneficio**

Las alternativas, distintas al escenario actual de Chile, se enfocan en dos opciones no excluyentes, estableciendo un techo del beneficio menor al 100% del sueldo y montos variables decrecientes del beneficio.



- **Tope de monto de beneficio**

Esta opción existe en todos los países, excepto Australia y Chile que fijan el máximo del beneficio como un monto fijo y no como un porcentaje del salario. El establecer un techo de beneficios en función del salario, versus un monto fijo, tiene aspectos favorables y desfavorables.

Establecer un máximo para el beneficio que es menor al 100% del salario es una estrategia más eficiente de reducción de costos del sistema, ya que descuenta parte del beneficio a todos los beneficiarios (no solo a aquellos que quedan por sobre el monto máximo) y también genera mayores incentivos para la vuelta al trabajo (al menos desde la perspectiva del trabajador). Por otro lado, el uso de un porcentaje máximo del salario o ingreso en lugar de un monto fijo máximo es una estrategia regresiva. Combinar ambas propuestas, establecer beneficio máximo como un porcentaje del salario menor a 100% y, en conjunto un monto máximo del beneficio permite acceder a las características positivas de ambas estrategias.

- **Montos variables del beneficio**

Resulta interesante analizar la manera en que los países operacionalizan estos beneficios variables, haciéndolos decrecientes a la duración de la licencia (ver casos de Colombia, Francia y Portugal). Otra alternativa, es tener distintos tipos de beneficios que cambien por otro tipo de variables, como condición de salud (por ejemplo, en Portugal los beneficios de subsidios por tuberculosis son mayores a los de otras enfermedades) o características del beneficiario (por ejemplo, en Australia los beneficios difieren según la composición del hogar y en Francia por años de servicio).

En cualquiera de los casos, la experiencia internacional muestra que el beneficio de subsidio por enfermedad no busca reemplazar íntegramente el salario del trabajador enfermo, sino que se plantea como un apoyo (por un periodo limitado) que permite al trabajador cubrir parte de sus gastos durante el tiempo que dura la enfermedad. Por ejemplo, en Francia se define como un “apoyo a la subsistencia”, en Australia, el subsidio se ubica en torno al salario medio, en México se estipula como un beneficio para amortiguar el impacto económico de la enfermedad, mientras en Portugal se establece que el subsidio busca compensar parcialmente la pérdida de la remuneración del trabajador.

Propuestas de largo plazo: Estructura del Sistema

• **Simplificar el sistema y proceso de licencias médicas**

Es así como varios de los casos analizados han evolucionado hacia sistemas simples con pocos actores involucrados y procesos estandarizados. En Chile, como muestra la sección 4.1 del informe, el sistema es relativamente complejo, con diversos actores involucrados en el proceso y subsistemas que emulan la fragmentación del sistema de salud, con procesos y criterios distintos, por ejemplo, para trabajadores afiliados a FONASA o ISAPRE. En esta dimensión, también se puede incluir una propuesta de reforma de los actuales días de carencia en el sistema que, como se ha mostrado anteriormente, generan incentivos a la hora de definir la duración de una licencia (Villalobos Dintrans et al., 2022).



- **Enfoque del sistema de licencias médicas**

En Chile, las licencias, desde su financiamiento a su proceso, están estrechamente ligadas al sistema de salud. En la mayor parte de los países analizados, los sistemas de subsidio por enfermedad se entienden como un derecho laboral. Esto implica una configuración distinta, tanto del financiamiento, como de las responsabilidades de los actores del sistema. El cambio más evidente en esta línea tiene que ver con la participación de los empleadores en el sistema. Actualmente en Chile, la participación de los empleadores es mínima, son parte del proceso de tramitación de la licencia, lo que, entre otras cosas, genera incentivos perversos en el sistema, como el de utilizar las licencias como sustituto del pago de salarios (Villalobos Dintrans et al., 2022).

Un sistema de licencias como derecho laboral, implicaría un mayor involucramiento de empleadores no solo en el financiamiento del sistema, sino, además en su administración y monitoreo. En esta línea, es interesante observar modelos como el de Países Bajos, que incluye la inclusión de un profesional de salud al interior de las empresas, no solo para validar la existencia de enfermedades y determinar su duración, sino para gestionar la enfermedad y participar activamente en el proceso de recuperación y reintegro de trabajadores a sus funciones habituales.



1. Introducción

La discusión sobre las licencias médicas (LM) lleva varios años en el debate público en Chile. En los últimos años, diversos líderes de opinión, políticos y académicos han discutido sobre el estado de las LM en el país, sus problemas y potenciales soluciones.

Una de las principales discusiones en la actualidad tiene que ver con el gasto “excesivo” de las LM, ligado tanto a temas de sostenibilidad del sistema y sus efectos en la economía y las políticas públicas. Por ejemplo, durante 2024, se estima que más del 70% de las cotizaciones del Fondo Nacional de Salud (FONASA)—originalmente destinadas a pagar por prestaciones de salud—se utilizan para el pago de licencias médicas; esta cifra es catalogada como “catastrófica” para el sistema (Sáez, 2024).

La Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO) monitorea permanentemente la evolución de las licencias y publica anualmente sus estadísticas. Por ejemplo, en 2023, la institución anunciaba que durante 2022 las LM habían aumentado casi 15% (cerca de un millón más de licencias) respecto de 2021, superando los 9 millones de licencias durante ese año (Superintendencia de Seguridad Social, 2023); para 2023, la institución comunicó que se había experimentado una baja en la evolución de las licencias, enfatizando en la necesidad de fiscalizar y sancionar a los emisores que incurren en malas prácticas (Superintendencia de Seguridad Social, 2024).

Estudios anteriores ya habían levantado las alertas respecto del aumento de las LM en el país, particularmente el incremento del gasto en LM y el hecho que parte importante de los fondos destinados a cubrir prestaciones de salud se terminaban destinando al pago de licencias (Cid et al., 2014). Por ejemplo, cifras para el año 2016 indicaban que el gasto en LM representaba el 23,9% de la recaudación de las instituciones de salud previsual (ISAPRE) y el 28,2% en el seguro público (FONASA); esto significaba que, respectivamente, 1,7 y 2 puntos porcentuales del 7% de la recaudación de salud se destinaba al pago de licencias (Villalobos Dintrans, 2017). Un reciente estudio muestra que el gasto del sistema como porcentaje de la recaudación de salud ha ido en aumento desde 2020, tanto en el sistema público como en el privado; mientras en 2020 este porcentaje era 19,1% para el sistema en su conjunto, alcanzó 49,7% en 2022 (Sánchez & Inostroza, 2024).

En el corazón de este debate está la discusión sobre el mal uso y fraude en el sistema. Esto, unido al aumento en el número de LM solicitadas, emitidas y pagadas y al consiguiente aumento en el gasto del sistema (Maritano, 2024). Muchos de los esfuerzos y propuestas se centran en la disminución del fraude, principalmente enfocado a emisores (médicos), incluyendo un aumento en fiscalizaciones y multas (Cooperativa, 2023). Por ejemplo, en 2023, el Ministerio de Salud (MINSAL) y la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN) anunciaron un plan de fiscalizaciones para grandes emisores de licencias médicas que pretendía disminuir el número de licencias emitidas y en su gasto (Ministerio de Salud, 2023). Lo anterior, implicó un aumento en fiscalizaciones y sanciones a médicos, principalmente en la Región Metropolitana, aunque se estimaba que expandir el programa al resto del país podría significar un ahorro de hasta 230.000 millones de pesos (Silva, 2023).

Este problema, los nuevos datos y la evolución al alza registrada en el número y gasto de las LM en el país han dado lugar a diversas propuestas para mejorar el sistema, más allá de los esfuerzos por disminuir el mal uso y fraude por parte de los emisores. La necesidad de un abordaje integral del sistema, dejando el enfoque exclusivo en la fiscalización y sanción de fraudes es levantada, por ejemplo, en propuestas realizadas por instituciones como el Colegio



Médico y la Universidad Andrés Bello, que recalcan la necesidad de resolver los temas de fondo del sistema, incluidos problemas en su diseño y gestión (Colegio Médica de Chile A. G., 2024; Sánchez & Inostroza, 2024). Más recientemente, un estudio de la Universidad San Sebastián y Horizontal, vuelve a enfatizar el diagnóstico del sistema—aumento de licencias, días y gasto, aumento del número de licencias entre FONASA e ISAPRE, importancia de LM por trastornos mentales—, recalcando que el diseño del sistema y la interacción entre sus distintos actores (emisores, usuarios y empleadores) estimulan el sobreuso y el gasto de las licencias. El estudio realiza una serie de propuestas de mejora del sistema, enfocada tanto en el rediseño de los beneficios como en cambios en la administración y fiscalización (Hormazábal & Velasco, 2024).

En esta línea, este estudio busca complementar la información y propuestas de esfuerzos anteriores, a fin de apoyar el proceso de toma de decisiones para una potencial futura reforma del sistema de licencias médicas en Chile. El análisis se basa en los diagnósticos previos respecto del estado del arte del sistema descritos en los párrafos anteriores y es una continuidad a los resultados y propuestas presentadas en el estudio de radiografía del sistema que cubre el periodo 2015-2021 (Villalobos et al., 2022).

Para esto, el estudio se estructura de la siguiente manera. Luego de esta introducción, la sección 2 presenta un breve panorama del sistema de licencias médicas en Chile, principalmente actualizando algunas de las cifras expuestas en el estudio de Villalobos et al. (2022). La sección 3 muestra los resultados de una encuesta realizada para este estudio, donde se consulta sobre la percepción general del sistema, uso de licencias, conocimiento del sistema y opinión sobre los fraudes y el mal uso de licencias médicas en el país. La sección 4 se enfoca en potenciales propuestas y opciones de reforma para el sistema; para esto, se presentan las principales características de los sistemas de licencias médicas o subsidios de enfermedad en 10 países alrededor del mundo: Australia, Chile (se incluye como caso base de comparación), Colombia, Dinamarca, Francia, Países Bajos, México, Nueva Zelanda, Portugal y Uruguay. A fin de contrastar las propuestas desde la experiencia internacional y el diagnóstico actual del sistema, en la sección 5 se presenta un resumen de las principales propuestas de reforma al sistema de licencias médicas en Chile en los últimos años; esto permitirá evitar repeticiones en las recomendaciones, pero también identificar propuestas sobre las que ya existe un relativo consenso. Finalmente, la sección 6 del estudio se reserva para las conclusiones y recomendaciones.



2. Evolución reciente de las licencias médicas en Chile

Como se discutió en la introducción, el tema de las licencias médicas ha estado en el medio del debate público, considerando su evolución, potenciales problemas y costos. En esta sección, se presenta un breve panorama del estado actual de las LM en el país².

Esta información es una actualización de los principales indicadores disponibles a la fecha. Para un análisis más detallado del sistema de LM en los últimos años, consultar el estudio “Radiografía Actualizada del Sistema de Licencias Médicas y mejores prácticas internacionales para resolver los desafíos” (Villalobos et al., 2022), donde se analizan la evolución de las licencias y su gasto para el periodo 2015-2021.

2.1. Principales indicadores del sistema

A continuación, se muestran las principales estadísticas del sistema para el periodo 2015-2022, de acuerdo con los datos publicados por Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO) en sus Estadísticas Anuales (Estadísticas Nacionales de LM y SIL).

La tabla muestra el aumento en el gasto del sistema (130,98% en el periodo analizado), guiado principalmente por un aumento en el número de días de licencia, el que se descompone en un aumento del número de LM tramitada (aumento de 41% entre 2020 y 2021) y el número de días por licencia (aumento de 38% entre 2020 y 2021); el aumento del número de cotizantes es relativamente menor (8%) para explicar estos incrementos. Esta información se compara con la presentada en el estudio anterior de diagnóstico del gasto del sistema, donde se concluye que el aumento del gasto se debe a un mayor número promedio de días de las licencias y un mayor número de licencias tramitadas (Villalobos Dintrans et al., 2022).

² La licencia médica (LM) consiste en el derecho de un trabajador a ausentarse o disminuir su jornada laboral debido a una enfermedad o accidente que necesite un periodo de reposo para su tratamiento. Dentro de este derecho, se incluye el Subsidio de Incapacidad Laboral (SIL) que refiere a un beneficio que reemplaza el sueldo de un trabajador durante el periodo en que está con licencia (Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez, 2024).

Tabla 1. Principales indicadores de LM en Chile, 2015-2022

Indicador/ Año	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Var. % 2015-2022
Cotizantes	5.924.547	6.135.358	6.304.489	6.212.173	6.150.303	6.314.322	6.551.270	6.400.605	8,04%
Licencias tramitadas	4.855.678	5.027.060	5.296.866	5.890.957	6.150.303	6.034.360	8.508.008	9.571.195	97,11%
Licencias autorizadas	4.855.678	5.034.466	5.472.969	5.890.957	6.327.872	5.912.950	7.989.203	8.946.725	84,25%
Días otorgados	47.883.213	61.704.238	64.908.340	70.681.160	77.603.153	93.324.804	128.834.990	133.573.844	178,96%
Días pagados	47.883.213	50.699.445	55.026.414	60.752.267	71.543.925	76.539.080	105.027.478	105.714.050	120,77%
Gasto (M\$ 2024)	1.482.373.821	1.576.015.037	1.741.288.805	1.905.233.351	2.068.359.258	2.374.336.245	3.301.008.382	3.424.008.763	130,98%
LM tramitadas por cotizante	0,82	0,82	0,84	0,95	1,00	0,96	1,30	1,50	82,45%
LM autorizadas/ LM tramitadas	1,00	1,00	1,03	1,00	1,03	0,98	0,94	0,93	-6,52%
Días pagados/ LM autorizadas	9,86	10,07	10,05	10,31	11,31	12,94	13,15	11,82	19,82%
Gasto/ LM autorizadas	305,29	313,05	318,16	323,42	326,86	401,55	413,18	382,71	25,36%
Gasto/días pagados	30,96	31,09	31,64	31,36	28,91	31,02	31,43	32,39	4,62%

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



La tabla muestra el gasto (miles de pesos de 2024) por diagnóstico. Se observa que el gasto ha aumentado en 130,98% en el periodo 2015-2022, guiado principalmente por un importante aumento en el gasto en “Trastornos mentales”; el gasto en este tipo de licencias creció, en promedio 17% por año entre 2015 y 2019, pero aumentó 74% entre 2020 y 2021 y 91% entre 2021 y 2022.

Tabla 2. Gasto (M\$2024) del sistema de LM en Chile por tipo de diagnóstico, 2015-2022

Gasto real (M\$ 2024)	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Var. %
Gasto total del sistema	1.482.373.821	1.576.015.037	1.741.288.805	1.905.233.351	2.068.359.258	2.374.336.245	3.301.008.382	3.424.008.763	130,98%
Trastornos mentales	262.844.464	291.450.706	311.324.852	353.580.837	424.415.580	498.381.978	830.763.927	1.423.904.288	441,73%
Enf. osteomusculares	190.721.781	210.433.536	226.260.891	257.687.004	266.479.890	237.292.666	397.880.563	597.535.589	213,30%
Enf. respiratorias	62.931.033	70.418.425	96.150.514	73.112.293	88.553.810	61.315.738	67.382.884	96.119.396	52,74%
Traumatismos, env. y otros	174.043.987	188.283.668	207.894.363	235.933.517	249.685.794	213.221.998	261.305.201	295.939.613	70,04%
Enf. infecciosas	18.381.366	18.604.460	28.429.591	24.379.709	24.431.145	22.102.304	22.739.422	22.894.893	24,55%
Enf. del sistema digestivo	0	65.389.758	74.724.907	80.126.069	85.302.774	64.089.117	83.355.019	93.065.745	42,32%
Afecciones del embarazo, Parto y Puerperio	0	80.600.100	81.321.206	80.745.563	74.040.163	60.028.792	63.644.631	67.354.308	-16,43%
Enfermedades del Sist Genito urinario	0	46.873.199	52.537.370	54.829.419	54.721.335	44.713.650	55.390.730	60.479.261	29,03%
Tumores y cánceres	0	118.700.146	129.858.097	147.350.413	150.139.918	146.987.375	144.710.114	153.141.352	29,02%
Enf. cardiovasculares	0	70.964.137	76.161.449	81.356.798	81.439.317	80.395.942	88.231.507	92.887.977	30,89%
COVID-19	0	0	0	0	0	210.109.304	264.698.384	251.740.876	19,81%
Otros diagnósticos	527.443.723	169.951.149	185.071.096	205.030.750	218.493.652	198.538.669	274.325.469	268.845.733	-49,03%
Sin información	0	0	6.186	11.479	38.875	14.223	13.844	99.731	1512,12%

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

Nota: Var % muestra la diferencia porcentual entre el dato de 2022 y el primer dato distinto de cero en la serie.



En términos de participación en el gasto, el cuadro muestra cómo los trastornos mentales han incrementado su participación en el gasto de LM, llegando a representar el 41,59% del total en 2022. Llama la atención que este incremento ha sido moderado a lo largo del periodo, con un salto significativo entre 2021 y 2022 (pasando del 25,17% al 41,59%).

Tabla 3. Participación en el gasto del sistema de LM en Chile por tipo de diagnóstico, 2015-2022

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Var. (puntos porcentuales)
Trastornos mentales	17,73%	18,49%	17,88%	18,56%	20,52%	20,99%	25,17%	41,59%	23,85
Enf. osteomusculares	12,87%	13,35%	12,99%	13,53%	12,88%	9,99%	12,05%	17,45%	4,59
Enf. respiratorias	4,25%	4,47%	5,52%	3,84%	4,28%	2,58%	2,04%	2,81%	-1,44
Traumatismos, env. y otros	11,74%	11,95%	11,94%	12,38%	12,07%	8,98%	7,92%	8,64%	-3,10
Enf. infecciosas	1,24%	1,18%	1,63%	1,28%	1,18%	0,93%	0,69%	0,67%	-0,57
Enf. del sistema digestivo	0,00%	4,15%	4,29%	4,21%	4,12%	2,70%	2,53%	2,72%	2,72
Afecciones del embarazo, Parto y Puerperio	0,00%	5,11%	4,67%	4,24%	3,58%	2,53%	1,93%	1,97%	1,97
Enfermedades del Sist Genito urinario	0,00%	2,97%	3,02%	2,88%	2,65%	1,88%	1,68%	1,77%	1,77
Tumores y cánceres	0,00%	7,53%	7,46%	7,73%	7,26%	6,19%	4,38%	4,47%	4,47
Enf. cardiovasculares	0,00%	4,50%	4,37%	4,27%	3,94%	3,39%	2,67%	2,71%	2,71
COVID-19	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	8,85%	8,02%	7,35%	7,35
Otros diagnósticos	35,58%	10,78%	10,63%	10,76%	10,56%	8,36%	8,31%	7,85%	-27,73
Sin información	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00

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

Nota: Var (puntos porcentuales) muestra la diferencia porcentual entre el dato de 2022 y el primer dato distinto de cero en la serie





2.2. Licencias médicas por sector económico, ingreso y tamaño de empresa

La Tabla 4 muestra estadísticas de LM por tipo de sector económico. Los datos corresponden a información de una submuestra de los cotizantes del mes de diciembre de 2023 y, aunque no es representativa del total del sistema, permite identificar ciertos patrones en la demanda por licencias médicas por tipo de industria.

La tabla muestra que el número de licencias mensuales fluctuó entre menos de mil hasta más de 80 mil. La actividad económica con el mayor número de LM es el sector “Sociales” con más de 88.000 LM mensuales en promedio en diciembre 2023, seguida de “Comercio” (55.205) y “Financieros” con 33.026.

Tabla 4. LM pagadas y cotizantes por sector económico por mes, 2023

Sector económico	Número de LM	Número de trabajadores	LM/ Trabajador
Agricultura	10,556	193,384	0.05
Comercio	55,205	456,234	0.12
Construcción	12,372	608,581	0.02
Electricidad	795	19,936	0.04
Financieros	33,026	150,963	0.22
Industria	23,334	326,898	0.07
Minería	1,682	130,881	0.01
Pesca	106	25,919	0.00
Sociales	88,480	36,785	2.41
Transporte	12,055	246,366	0.05

Fuente: Elaboración propia en base a datos entregados por Cajas de Chile.

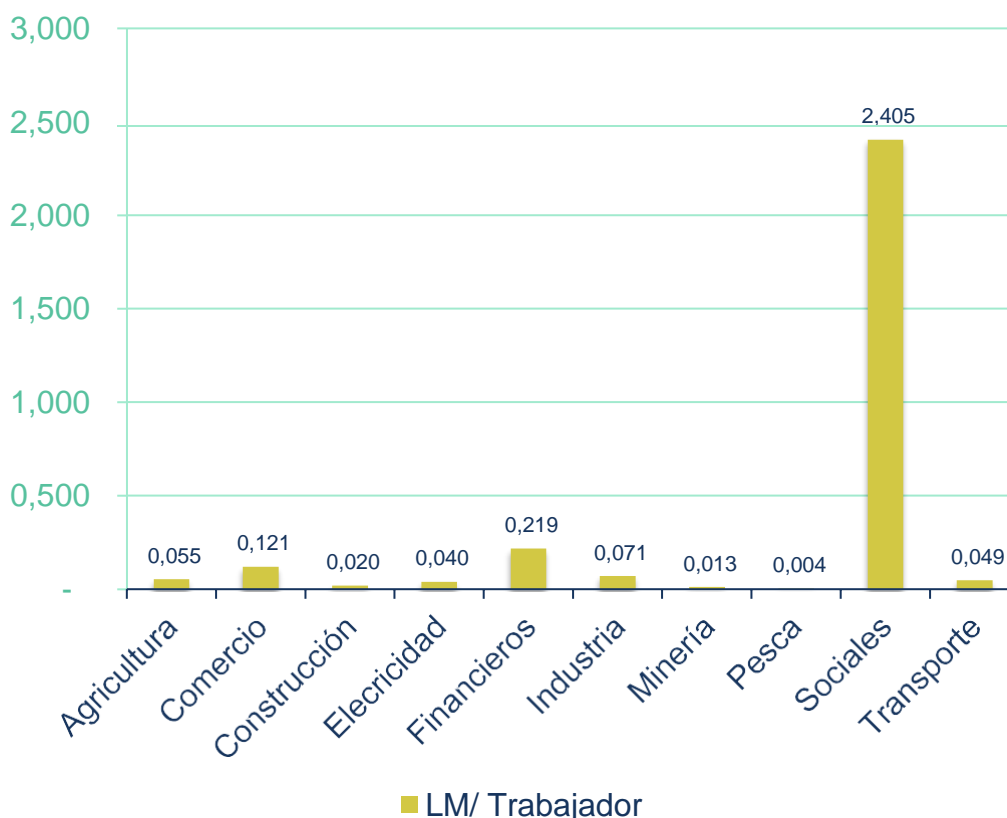
Para poder hacer comparaciones relevantes entre sectores, se controla el número de LM por el número de trabajadores de cada sector económico. La figura muestra que, en término de número de LM pagadas por trabajador, el ranking anterior se mantiene con el sector con mayor demanda siendo Sociales (2,41), seguido por Financieros (0,22) y Comercio (0,12). En promedio, los datos muestran que para diciembre de 2023, el número de LM pagadas por trabajador fue 0,11; si anualizamos esta información, se tiene que esto se traduce en aproximadamente 1,3 LM al año por trabajador³. Estos resultados son similares a los presentados anteriormente con datos de los años 2021 y 2022, donde los mismos tres sectores ocupaban los primeros tres puestos en términos de licencias por trabajador, aunque la escala (número de licencias y LM por trabajador) son menores para 2023 que los exhibidos en 2021 y 2022 (Villalobos Dintrans et al., 2022)⁴.

³ Para esto, se multiplica el número de licencias por trabajador para toda la muestra y se multiplica por 12.

⁴ Para el análisis es importante destacar que existen diferencias en el sistema de licencias para empleados públicos (en Servicios Estatales, Sociales) y empleados de empresas privadas que también podrían explicar diferencias entre estos sectores.



Figura 1. Promedio de LM pagadas por trabajador, diciembre 2023



Fuente: Elaboración propia en base a datos entregados por Cajas de Chile.

La siguiente tabla muestra estadísticas de una submuestra de los afiliados para el año 2023. La tabla muestra el número de licencias solicitadas y cotizantes por tramo de ingreso. Los datos indican que casi la mayoría de las personas en la muestra y las licencias solicitadas corresponden a personas con rentas menores al tope imponible (para la cotización de salud). En este grupo, el número de licencias por año se acerca a 3, siendo menor (ligeramente superior a 1) para los tramos superiores de ingreso⁵.

⁵ Es importante notar que esta tabla no incluye el porcentaje de afiliados por tramo de renta. Es importante considerar que, de acuerdo a información pública, en Chile, el 7% de las personas cotiza por el tope imponible o más.



Tabla 5. LM por persona según tramo de ingreso, 2023

Tramo de ingreso	N° de LM	% del total de LM	N° de personas	% del total de personas	LM por persona
Rentas imponible menor al tope imponible	2.959.630	99,91%	996.258	99,8%	2,97
Rentas imponible mayor o igual al tope imponible y menor a 4 millones de pesos	1.235	0,04%	1.071	0,1%	1,15
Rentas imponible mayores a 4 millones de pesos	1.313	0,04%	1.176	0,1%	1,12
Total	2.962.178	100,00%	998.505	100,0%	2,97

Fuente: Elaboración propia en base a datos entregados por Cajas de Chile.

Finalmente, la tabla muestra estadísticas de una submuestra del sistema para el año 2023. La tabla muestra el número de trabajadores, empresas y licencias pagadas según tamaño de empresa. Se observa que las empresas de mayor tamaño son las que registran un mayor número de licencias (sobre una por trabajador al año), cifra que va disminuyendo con el tamaño de la empresa. Estos números replican la tendencia identificada anteriormente (Villalobos Dintrans et al., 2022), aunque el número de licencias por trabajador disminuye entre 2021 y 2023 (total baja desde 0,92 en 2021 a 0,87 en 2023).

Tabla 6. LM por persona por tamaño de empresa, 2023

Segmento	Número de trabajadores	Número de empresas	Número de licencias médicas	Trabajadores/ empresa	Licencias/ Trabajador
Grandes Empresas	281.427	252	309.069	1.116,77	1,10
PYME	49.569	4.492	30.735	11,03	0,62
Microempresa	167.206	2.496	93.113	66,99	0,56
Total	498.202	7.240	432.917	68,81	0,87

Fuente: Elaboración propia en base a datos entregados por Cajas de Chile.



2.3. Principales conclusiones

En general, los datos presentados para distintas muestras de afiliados de las cajas se comparan con lo encontrado en estudios anteriores (Villalobos Dintrans et al., 2022).

Respecto de los principales indicadores del sistema de licencias médicas en el país, se observa que la tendencia creciente del número de licencias y gasto en licencias médicas se ha mantenido, incluso considerando el importante efecto del COVID-19 durante los años 2020 y 2021. La Tabla 1 muestra que el efecto COVID-19 se manifestó principalmente entre el año 2020 y 2021, donde el número de LM tramitadas y gasto en LM registran una tasa de cambio anual del 41% y 39%, respectivamente. Para el periodo 2021-2022, estos incrementos siguen siendo positivos pero mucho menores a los del periodo anterior, alcanzando tasas de crecimiento anual del 12,5% y 3,7%, respectivamente. Lo anterior es una buena noticia, considerando el importante impacto del COVID-19 sobre el sistema de LM en Chile. Es necesario seguir monitoreando estas cifras para ver si los niveles de LM y gasto se mantienen en alza, cambian su evolución o vuelven a los niveles pre-pandemia⁶.

En términos de los indicadores por tipo de empresa, se observa un patrón con mayores licencias en empresas de mayor tamaño (aunque el número de licencias se ha reducido, probablemente producto del efecto pandemia COVID-19) y con diferencias entre sectores económicos, aunque la identificación de sectores económicos con más licencias difiere del estudio anterior; esto puede deberse a cambios en la composición de los afiliados (datos provienen de distintas cajas) y de la naturaleza de las licencias (por ejemplo, más licencias COVID en el periodo 2021-2022 que en 2023).

3. Encuesta de percepción sobre las licencias en Chile

Como parte del estudio, se realizó una encuesta de percepción sobre las licencias médicas en el país. La encuesta incluía un cuestionario de 54 preguntas agrupadas en las siguientes categorías:

- Perfil del encuestado: datos sociodemográficos
- Experiencia con el sistema: solicitud de licencias y experiencia con el sistema
- Conocimiento del sistema: normativas y financiamiento
- Percepción general del sistema: mal uso y abuso

Para la recolección de información se utilizó un cuestionario online, con una encuesta que tardaba aproximadamente 10 minutos en ser completada.

La muestra incluyó 1.196 personas. El grupo objetivo fueron hombres y mujeres residentes en Chile, de entre 18 y 65 años, de todos los niveles socioeconómicos. Los encuestados fueron seleccionados a partir de una muestra aleatoria de la población nacional, a fin de lograr un 95% de confianza y un error muestral de 2,83%. El levantamiento fue realizado durante junio de 2024.

A continuación, se presentan las principales estadísticas descriptivas de la muestra.

⁶ En promedio, para el periodo 2015-2019, la tasa de crecimiento anual del número de LM tramitadas fue de 6,1%, mientras que la del gasto en LM fue de 8,7%.



Tabla 6. Estadísticas descriptivas de la muestra

Total muestra: 1196	n	%
Sexo		
Femenino	611	51.1%
Masculino	581	48.6%
Otro	4	0.3%
Edad		
18 a 25 años	182	15.2%
26 a 30 años	130	10.9%
31 a 35 años	117	9.8%
36 a 40 años	103	8.6%
41 a 45 años	112	9.4%
41 a 45 años	107	8.9%
46 a 50 años	273	22.8%
51 a 65 años	172	14.4%
Seguro de salud		
FONASA	1033	86.4%
ISAPRE	133	11.1%
Otro	30	2.5%
Situación laboral		
Dependiente	541	45.2%
Independiente	319	26.7%
Otro	336	28.1%
Sector económico		
Agricultura	29	2.4%



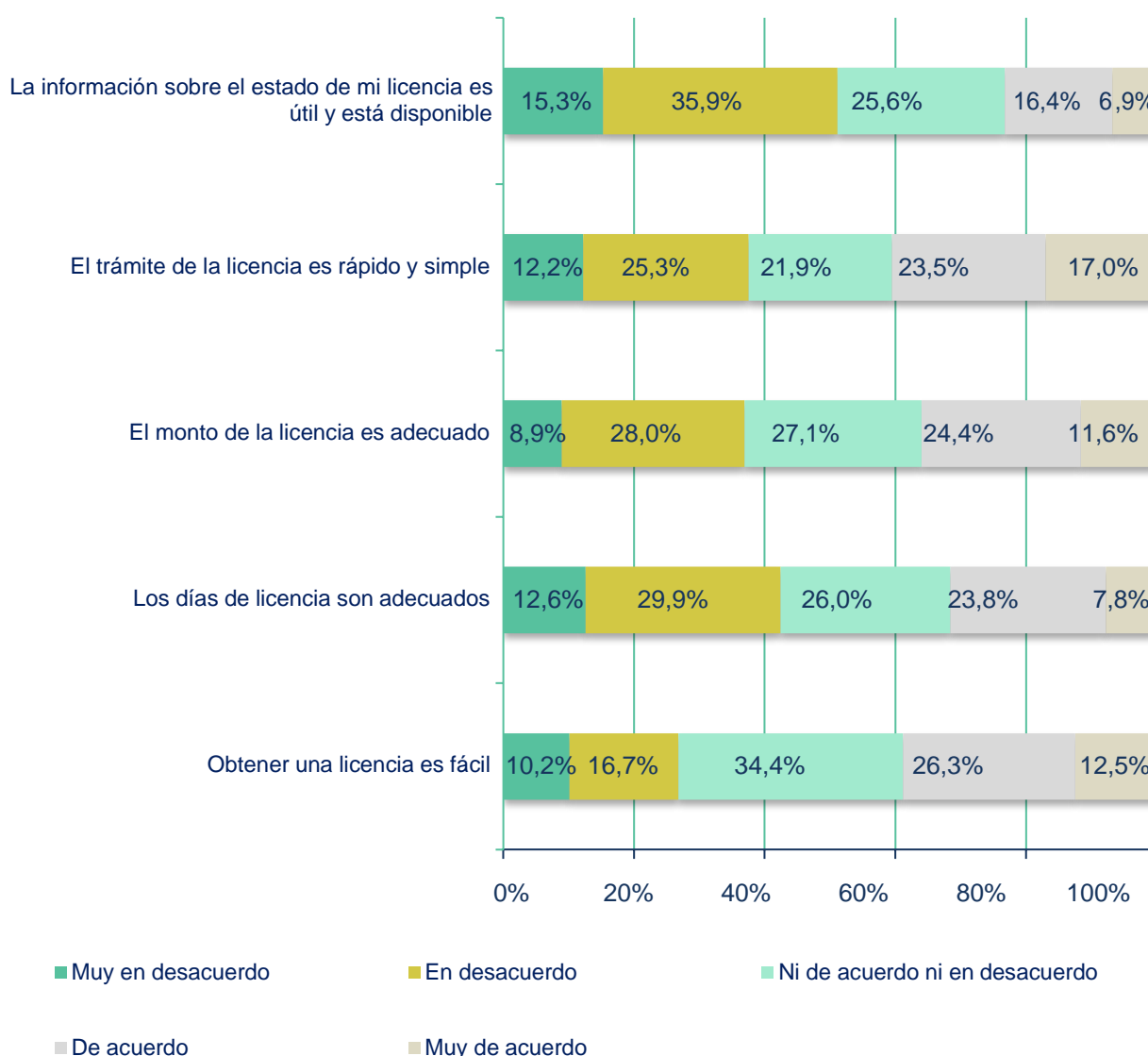
Comercio	205	17.1%
Construcción	73	6.1%
Electricidad	12	1.0%
Financieros	12	1.0%
Industria	39	3.3%
Minería	28	2.3%
Pesca	9	0.8%
Sociales	219	18.3%
Transporte	55	4.6%
Otro	515	43.1%
Tamaño de empresa		
Microempresa (0-9 trabajadores)	402	33.6%
Pequeña empresa (10-49 trabajadores)	266	22.2%
Mediana empresa (50-249 trabajadores)	219	18.3%
Gran empresa (250 y más trabajadores)	309	25.8%
Solicitud de licencia (en la vida)		
Sí	817	68.3%
No	379	31.7%
Solicitud de licencia (últimos 12 meses)		
Sí	255	21.3%
No	562	47.0%
NS/NR	379	31.7%



3.1. Opinión sobre las características del sistema

En primer lugar, se presentan los resultados de las cinco preguntas sobre la opinión general del sistema, que contiene cinco preguntas sobre el uso, trámite e información sobre las licencias. Cada pregunta fue evaluada en una escala de 1 (muy en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo), es decir, puntajes mayores expresan un mayor acuerdo con la afirmación. En términos generales, la pregunta con mayor aprobación es la referente al trámite de la licencia (promedio: 3.08) y la de menor aprobación refiere a la información sobre las licencias (promedio: 2.64). Llama la atención el bajo porcentaje de aprobación de las preguntas, que no supera el 40%.

Figura. Opinión sobre características del sistema, muestra completa



Al analizar por grupos, se observan algunas diferencias en estas percepciones. En primer lugar, al analizar por seguro de salud, se observan diferencias pequeñas entre ISAPRE y FONASA. En general, el porcentaje de aprobación es mayor entre beneficiarios de ISAPRE, excepto en la pregunta sobre el monto de las licencias.

Tabla 7. Opinión sobre características del sistema, por seguro de salud

	Obtener una licencia es fácil			Los días de licencia son adecuados			El monto de la licencia es adecuado			El trámite de la licencia es rápido y simple			La información sobre el estado de mi licencia es útil y está disponible		
	FONASA	ISAPRE	Otro	FONASA	ISAPRE	Otro	FONASA	ISAPRE	Otro	FONASA	ISAPRE	Otro	FONASA	ISAPRE	Otro
Seguro de salud	FONASA	ISAPRE	Otro	FONASA	ISAPRE	Otro	FONASA	ISAPRE	Otro	FONASA	ISAPRE	Otro	FONASA	ISAPRE	Otro
Muy en desacuerdo	9.71	14.14	5.56	12.14	17.17	5.56	8.71	10.1	11.11	12.14	13.13	11.11	16.29	9.09	11.11
En desacuerdo	17.29	13.13	11.11	29.71	30.3	33.33	27.29	34.34	22.22	25.71	21.21	33.33	36.43	34.34	22.22
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	34.29	34.34	38.89	26.71	18.18	38.89	27.43	22.22	38.89	21.71	24.24	16.67	24.14	32.32	44.44
De acuerdo	26.43	23.23	38.89	23.14	28.28	22.22	25.14	20.2	16.67	23.57	24.24	16.67	16.29	17.17	16.67
Muy de acuerdo	12.29	15.15	5.56	8.29	6.06	0	11.43	13.13	11.11	16.86	17.17	22.22	6.86	7.07	5.56
% aprobación (de acuerdo + muy de acuerdo)	38.72	38.38	44.45	31.43	34.34	22.22	36.57	33.33	27.78	40.43	41.41	38.89	23.15	24.24	22.23

Al ver los datos por situación laboral del encuestado, no se observa un patrón claro, pero llama la atención que el porcentaje de aprobación sea mayor en trabajadores independientes, por ejemplo, al evaluar el trámite de la licencia.



Tabla 8. Opinión sobre características del sistema, por situación laboral

Tipo de trabajador	Obtener una licencia es fácil			Los días de licencia son adecuados			El monto de la licencia es adecuado			El trámite de la licencia es rápido y simple			La información sobre el estado de mi licencia es útil y está disponible		
	Dep	Ind	Otro	Dep	Ind	Otro	Dep	Ind	Otro	Dep	Ind	Otro	Dep	Ind	Otro
Muy en desacuerdo	10.45	8.51	11.06	14.73	7.45	12.98	12.11	2.13	8.65	15.68	5.32	11.54	18.05	9.57	14.9
En desacuerdo	16.63	19.68	13.94	29.45	34.04	26.92	28.27	28.19	27.4	26.84	26.6	21.15	38.48	36.17	30.29
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	35.63	36.17	30.29	24.23	25	30.29	22.8	35.11	28.37	20.9	23.4	22.6	22.8	28.72	28.37
De acuerdo	23.75	23.94	33.65	23.28	26.6	22.12	25.18	20.74	25.96	22.09	24.47	25.48	14.25	17.02	20.19
Muy de acuerdo	13.54	11.7	11.06	8.31	6.91	7.69	11.64	13.83	9.62	14.49	20.21	19.23	6.41	8.51	6.25
% aprobación (de acuerdo + muy de acuerdo)	37.29	35.64	44.71	31.59	33.51	29.81	36.82	34.57	35.58	36.58	44.68	44.71	20.66	25.53	26.44

Nota: Dep: Dependiente; Ind: Independiente.

Los datos por tamaño de empresa también muestran diferencias pequeñas entre categorías; llama la atención, al igual que en el caso de trabajadores independientes, que los trabajadores de empresas pequeñas y microempresas sean los que muestren un mayor nivel de aprobación respecto de la percepción sobre la facilidad para realizar el trámite, mientras que en las grandes empresas, trabajadores tienen una peor percepción sobre la información disponible.



Tabla 9. Opinión sobre características del sistema, por tamaño de empresa

Tamaño de empresa	Obtener una licencia es fácil				Los días de licencia son adecuados				El monto de la licencia es adecuado				El trámite de la licencia es rápido y simple				La información sobre el estado de mi licencia es útil y está disponible			
	Micro	Pequeña	Mediana	Gran	Micro	Pequeña	Mediana	Gran	Micro	Pequeña	Mediana	Gran	Micro	Pequeña	Mediana	Gran	Micro	Pequeña	Mediana	Gran
Muy en desacuerdo	10.83	9.43	9.41	10.48	8.33	9.43	15.88	16.53	4.58	6.92	10.59	13.31	7.08	7.55	15.88	17.74	9.17	15.09	16.47	20.56
En desacuerdo	16.67	16.98	13.53	18.55	27.08	36.48	27.06	30.24	23.75	31.45	27.06	30.65	20.83	28.93	25.29	27.42	32.92	36.48	36.47	37.9
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	34.17	37.74	39.41	29.03	31.25	23.9	22.94	24.19	32.92	23.27	26.47	24.19	25.42	23.27	22.94	16.94	30.83	25.16	21.76	23.39
De acuerdo	26.25	27.67	24.12	27.02	25.83	20.75	27.65	20.97	27.08	26.42	24.71	20.16	26.25	18.87	20.59	25.81	20.42	13.21	18.82	12.9
Muy de acuerdo	12.08	8.18	13.53	14.92	7.5	9.43	6.47	8.06	11.67	11.95	11.18	11.69	20.42	21.38	15.29	12.1	6.67	10.06	6.47	5.24
% aprobación (de acuerdo + muy de acuerdo)	38.33	35.85	37.65	41.94	33.33	30.18	34.12	29.03	38.75	38.37	35.89	31.85	46.67	40.25	35.88	37.91	27.09	23.27	25.29	18.14

Nota: Micro= Microempresa (0-9 trabajadores); Pequeña= Pequeña empresa (10-49 trabajadores); Mediana= Mediana empresa (50-249 trabajadores); Gran=Gran empresa (250 y más trabajadores).

Finalmente, al ver las percepciones de quienes han solicitado una licencia en el último año (versus quienes no) la percepción respecto de obtener una licencia es mayor entre quienes han solicitado licencia; sin embargo, la percepción es mejor en el resto de las preguntas en el grupo que no ha solicitado licencias.



Tabla 10. Opinión sobre características del sistema, por solicitud de licencia

	Obtener una licencia es fácil		Los días de licencia son adecuados		El monto de la licencia es adecuado		El trámite de la licencia es rápido y simple		La información sobre el estado de mi licencia es útil y está disponible	
	Ha pedido licencia	No ha pedido licencia	Ha pedido licencia	No ha pedido licencia	Ha pedido licencia	No ha pedido licencia	Ha pedido licencia	No ha pedido licencia	Ha pedido licencia	No ha pedido licencia
Solicitud de LM										
Muy en desacuerdo	11.37	9.61	19.22	9.61	13.33	6.94	15.69	10.68	21.18	12.63
En desacuerdo	14.12	17.79	33.73	28.11	32.16	26.16	34.51	21.17	44.71	31.85
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	32.55	35.23	18.04	29.54	21.57	29.54	19.22	23.13	17.65	29.18
De acuerdo	27.84	25.62	22.35	24.38	21.96	25.44	18.43	25.8	11.37	18.68
Muy de acuerdo	14.12	11.74	6.67	8.36	10.98	11.92	12.16	19.22	5.1	7.65
% aprobación (de acuerdo + muy de acuerdo)	41.96	37.36	29.02	32.74	32.94	37.36	30.59	45.02	16.47	26.33

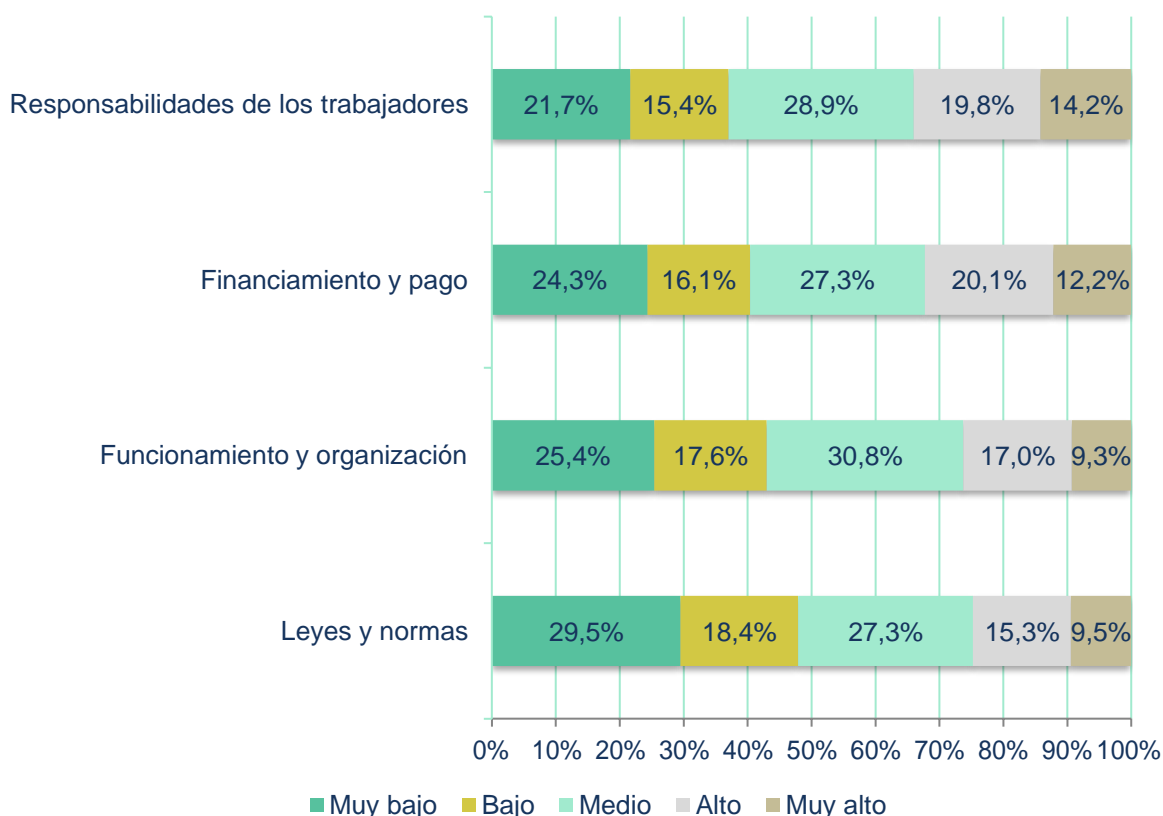




3.2. Conocimiento del sistema

Un segundo aspecto en evaluación se refiere al conocimiento de las personas sobre el funcionamiento del sistema de licencias en Chile. Como en la sección anterior, cada una de las cuatro preguntas fueron evaluadas en una escala de 1 (muy alto) a 5 (muy bajo), es decir, puntajes mayores expresan un mayor conocimiento del atributo del sistema. En general, el conocimiento del sistema es bajo: ninguna dimensión supera el 34% de personas que declaran tener un conocimiento alto o muy alto. La pregunta donde los encuestados declaran un mayor conocimiento es la referente a las responsabilidades de los trabajadores (promedio: 2.90) y la de menor conocimiento se refiere a las leyes y normas del sistema (promedio: 2.57).

Figura 2. Percepción sobre el conocimiento del sistema, muestra completa



Respecto de las diferencias por seguro de salud, los afiliados de ISAPRE declaran tener un mayor conocimiento (mayor porcentaje de los encuestados contesta tener un conocimiento alto o muy alto) en todas las dimensiones evaluadas. De todas formas, este porcentaje no supera el 50% en ningún caso y es menor al 30% para los afiliados de FONASA.

Tabla 11. Percepción sobre el conocimiento del sistema, por seguro de salud

	Leyes y normas			Funcionamiento y organización			Financiamiento y pago			Responsabilidades de los trabajadores		
	FONASA	ISAPRE	Otro	FONASA	ISAPRE	Otro	FONASA	ISAPRE	Otro	FONASA	ISAPRE	Otro
Seguro de salud												
Muy bajo	29.53	24.06	53.33	25.94	17.29	43.33	25.17	14.29	40	22.65	11.28	33.33
Bajo	18.49	18.8	13.33	17.23	20.3	16.67	16.07	15.79	16.67	15.2	15.04	23.33
Medio	27.78	25.56	20	31.36	28.57	20	27.69	27.07	16.67	29.62	26.32	16.67
Alto	15.49	16.54	3.33	16.65	20.3	13.33	19.65	24.06	16.67	19.36	24.81	13.33
Muy alto	8.71	15.04	10	8.81	13.53	6.67	11.42	18.8	10	13.17	22.56	13.33
% conocimiento (alto + muy alto)	24.2	31.58	13.33	25.46	33.83	20	31.07	42.86	26.67	32.53	47.37	26.66

La tabla muestra pocas diferencias entre trabajadores dependientes e independientes sobre el conocimiento del sistema. Destaca un mayor conocimiento de los trabajadores dependientes sobre el financiamiento y pago y las responsabilidades de los trabajadores.



Tabla 12. Percepción sobre el conocimiento del sistema, por situación laboral

	Leyes y normas			Funcionamiento y organización			Financiamiento y pago			Responsabilidades de los trabajadores		
	Dep	Ind	Otro	Dep	Ind	Otro	Dep	Ind	Otro	Dep	Ind	Otro
Muy bajo	24.95	31.03	35.42	19.78	26.02	33.93	19.22	25.39	31.55	18.48	21	27.38
Bajo	18.85	16.3	19.64	18.3	15.99	17.86	15.34	15.36	17.86	14.97	16.61	14.88
Medio	30.68	27.59	21.73	34.75	31.35	23.81	29.39	29.15	22.32	29.39	30.09	27.08
Alto	15.34	15.05	15.48	16.64	17.24	17.26	22.18	19.44	17.26	21.81	19.44	16.96
Muy alto	10.17	10.03	7.74	10.54	9.4	7.14	13.86	10.66	11.01	15.34	12.85	13.69
%conocimiento (alto + muy alto)	25.51	25.08	23.22	27.18	26.64	24.4	36.04	30.1	28.27	37.15	32.29	30.65

Nota: Dep: Dependiente; Ind: Independiente.

Como es esperable, los trabajadores que han tenido experiencia con el sistema declaran un mayor conocimiento que aquellos que no han solicitado licencia en el último año, aunque las diferencias son pequeñas y el porcentaje que declara un conocimiento alto o muy altoes menor a 40% en ambos grupos.



Tabla 13. Percepción sobre el conocimiento del sistema, por solicitud de licencia

	Leyes y normas		Funcionamiento y organización		Financiamiento y pago		Responsabilidades de los trabajadores	
	Ha pedido licencia	No ha pedido licencia	Ha pedido licencia	No ha pedido licencia	Ha pedido licencia	No ha pedido licencia	Ha pedido licencia	No ha pedido licencia
Solicitud de licencia								
Muy en desacuerdo	21.18	31.77	15.69	28.06	14.9	26.89	14.9	23.49
En desacuerdo	16.47	18.92	17.65	17.53	14.51	16.47	12.94	16.05
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	38.04	24.44	38.04	28.8	33.73	25.61	32.55	27.95
De acuerdo	15.69	15.2	20.39	16.05	23.53	19.13	24.71	18.49
Muy de acuerdo	8.63	9.67	8.24	9.56	13.33	11.9	14.9	14.03
% aprobación (de acuerdo + muy de acuerdo)	24.32	24.87	28.63	25.61	36.86	31.03	39.61	32.52

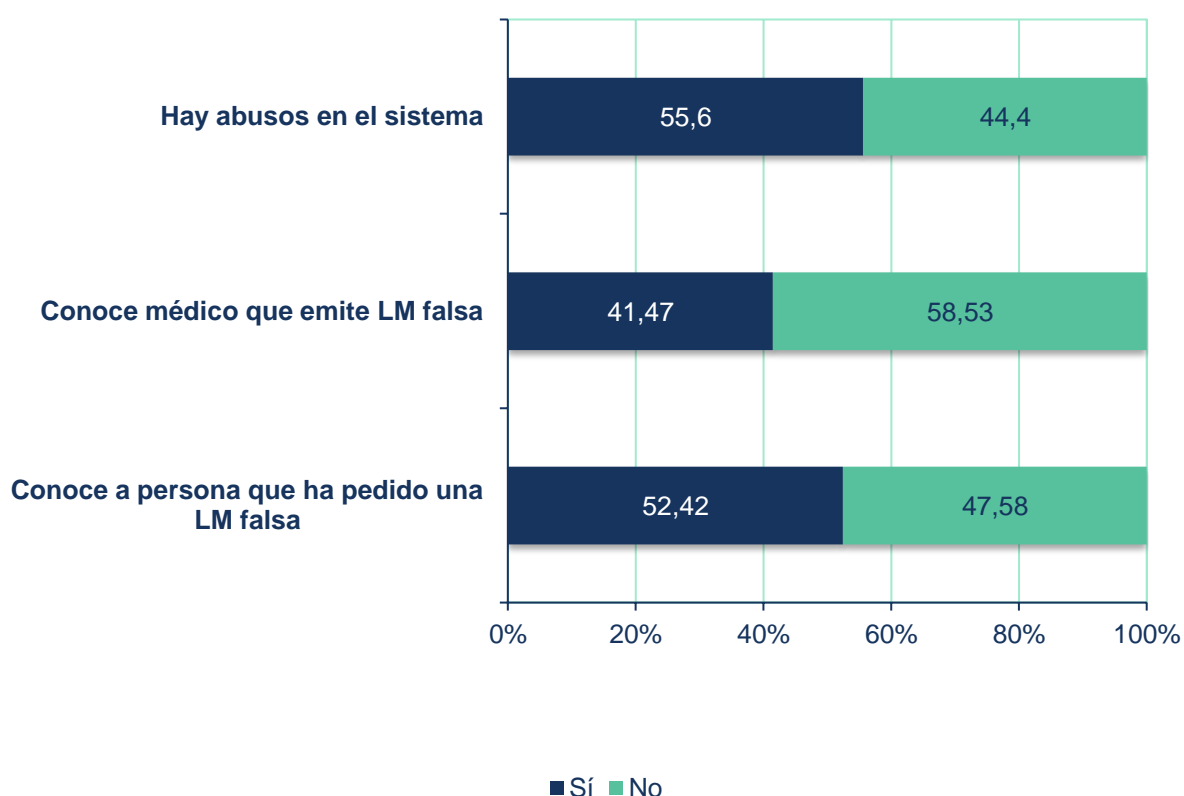




3.3. Percepción del fraude

En esta sección se muestran los resultados de la percepción general de los encuestados sobre fraude en el sistema de licencias. Una primera serie de preguntas consulta sobre la opinión de abusos en el sistema. El 56.6% de los encuestados opina que sí existen abusos en el sistema; esto es respaldado por las otras dos preguntas respecto a si conocen a una persona que haya pedido una “licencia falsa” o un médico que haya emitido una licencia falsa.

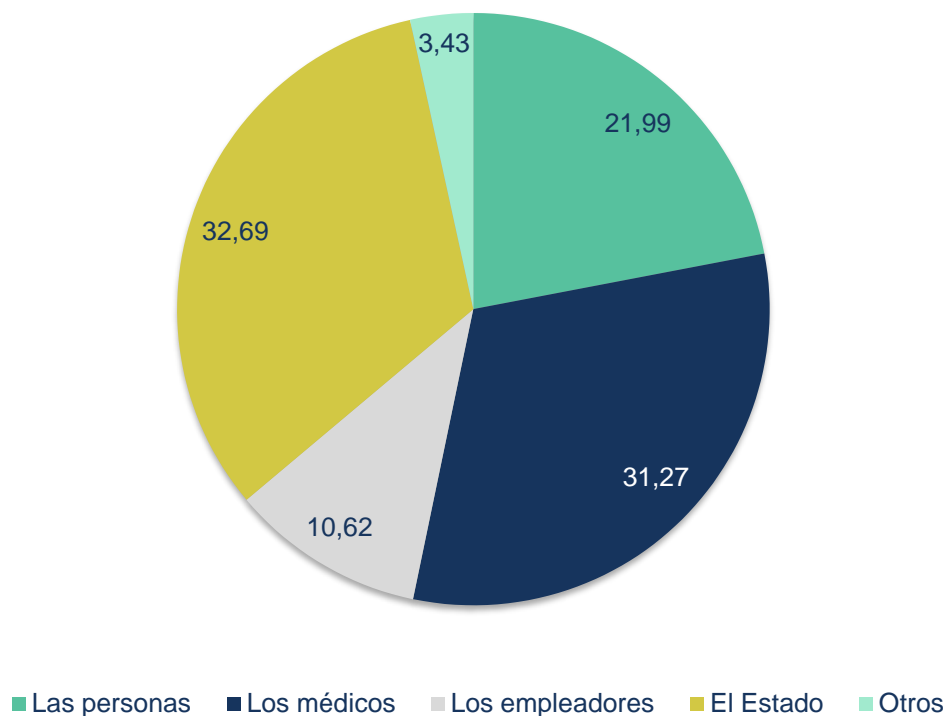
Figura 4. Percepción y conocimiento sobre abusos en el sistema, muestra completa



Un segundo resultado se refiere a la responsabilidad sobre los abusos en el sistema. Ante la pregunta: “¿Quién es el principal responsable de los abusos en el sistema?”. Las responsabilidades aparecen como compartidas: el 32.69% de los encuestados eligieron la opción “El Estado”, un 31.27% indicó “Los médicos” y un 21.99% dijo que el responsable principal era “Las personas”.



Figura 5. Percepción sobre la responsabilidad en los abusos del sistema, muestra completa



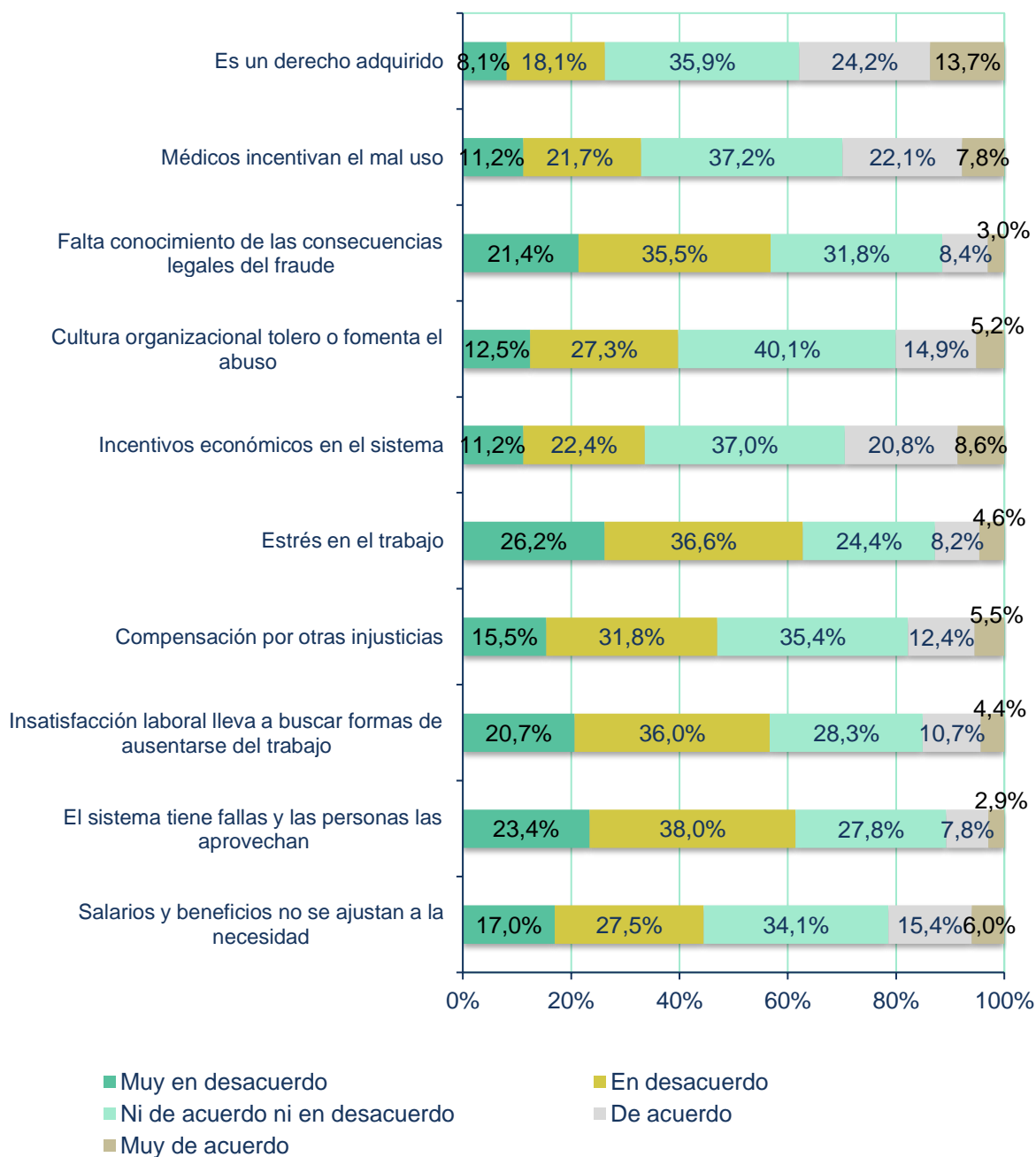
3.4. Justificación del mal uso

Una dimensión distinta del tema de los abusos en el sistema fue evaluada a través de una serie de 10 afirmaciones que avalan o justifican el mal uso de licencias. Las preguntas fueron evaluadas en una escala de 1 (muy en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo), por lo que puntajes mayores expresan un mayor acuerdo con la afirmación.

La pregunta con mayor puntaje fue que la licencia es un derecho adquirido (promedio: 3.17), seguida por la afirmación que los médicos incentivan el mal uso de licencias y que existen incentivos económicos para el abuso de licencias. (promedio: 2.93).



Figura 6. Justificación para el mal uso de licencias, muestra completa



En términos de seguro de salud, se observa que los beneficiarios de ISAPRE tienden a estar más de acuerdo con las justificaciones a los abusos, excepto en respecto de la falta de conocimiento de las consecuencias legales del fraude, que también es la opción con menores porcentajes de aprobación.

Tabla 14. Justificación para el mal uso de licencias, por seguro de salud

Seguro de salud	Salarios y beneficios no se ajustan a la necesidad			El sistema tiene fallas y las personas las aprovechan			Insatisfacción laboral lleva a buscar formas de ausentarse del trabajo			Compensación por otras injusticias			Estrés en el trabajo			Incentivos económicos en el sistema			Cultura organizacional tolero o fomenta el abuso			Falta conocimiento de las consecuencias legales del fraude			Médicos incentivan el mal uso			Es un derecho adquirido		
	FONA SA	ISAP RE	Otro	FONA SA	ISAP RE	Otro	FONA SA	ISAP RE	Otro	FONA SA	ISAP RE	Otro	FON ASA	ISAP RE	Otro	FON ASA	ISAP RE	Otro	FONA SA	ISAP RE	Otro	FONA SA	ISAP RE	Otro	FONA SA	ISAP RE	Otro	FONA SA	ISAP RE	Otro
Muy en desacuerdo	17.42	13.53	16.67	24.1	18.05	23.33	20.52	21.8	20	16.46	8.27	13.33	26.72	21.8	26.67	11.42	9.77	10	12.88	9.77	10	21.2	20.3	26.67	11.81	6.77	10	8.52	4.51	10
En desacuerdo	28.27	22.56	23.33	37.27	45.86	30	36.11	37.59	26.67	31.46	35.34	26.67	36.11	41.35	33.33	22.36	23.31	20	27.4	28.57	20	34.66	43.61	30	21.97	21.05	16.67	18.01	20.3	13.33
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	33.98	32.33	46.67	28.17	23.31	36.67	28.36	25.56	36.67	35.72	30.08	46.67	24.78	21.05	26.67	36.79	35.34	50	40.08	38.35	50	32.43	26.32	33.33	36.69	39.85	43.33	36.4	31.58	36.67
De acuerdo	14.33	24.06	13.33	7.45	9.77	10	10.55	12.03	10	11.42	19.55	13.33	7.84	11.28	6.67	20.43	24.06	20	14.62	17.29	13.33	8.62	7.52	6.67	21.97	22.56	23.33	23.72	27.07	26.67
Muy de acuerdo	6	7.52	0	3	3.01	0	4.45	3.01	6.67	4.94	6.77	0	4.55	4.51	6.67	9	7.52	0	5.03	6.02	6.67	3.1	2.26	3.33	7.55	9.77	6.67	13.36	16.54	13.33
% aprobación (de acuerdo + muy de acuerdo)	20.33	31.58	13.33	10.45	12.78	10	15	15.04	16.67	16.36	26.32	13.33	12.39	15.79	13.34	29.43	31.58	20	19.65	23.31	20	11.72	9.78	10	29.52	32.33	30	37.08	43.61	40

Respecto a diferencias por situación laboral, los porcentajes de aprobación son similares, aunque mayores en trabajadores independientes, excepto en las afirmaciones relacionadas a LM como compensación por otras injusticias y la existencia de incentivos económicos en el sistema, en donde el porcentaje de aprobación es mayor para trabajadores dependientes.



Tabla 15. Justificación para el mal uso de licencias, por situación laboral

Tipo de trabajador	Salarios y beneficios no se ajustan a la necesidad			El sistema tiene fallas y las personas las aprovechan			Insatisfacción laboral lleva a buscar formas de ausentarse del trabajo			Compensación por otras injusticias			Estrés en el trabajo			Incentivos económicos en el sistema			Cultura organizacional tolero o fomenta el abuso			Falta conocimiento de las consecuencias legales del fraude			Médicos incentivan el mal uso			Es un derecho adquirido		
	Dep	Ind	Otro	Dep	Ind	Otro	Dep	Ind	Otro	Dep	Ind	Otro	Dep	Ind	Otro	Dep	Ind	Otro	Dep	Ind	Otro	Dep	Ind	Otro	Dep	Ind	Otro	Dep	Ind	Otro
Muy en desacuerdo	17.01	17.87	16.07	24.77	22.26	22.32	23.66	19.12	17.26	18.67	13.48	12.2	29.02	24.76	22.92	12.38	10.97	9.52	12.57	10.97	13.69	23.48	18.5	20.24	11.65	10.66	11.01	7.58	9.72	7.44
En desacuerdo	29.02	27.27	25.3	38.82	35.11	39.58	36.6	36.05	35.12	31.61	34.8	29.17	34.75	35.42	40.77	21.26	23.51	23.21	29.76	26.65	24.11	35.86	35.74	34.82	22.18	23.82	19.05	18.11	16.3	19.94
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	34.38	32.29	35.42	26.25	30.72	27.68	26.8	28.21	30.65	33.09	35.74	38.69	24.21	25.39	23.81	35.67	38.87	37.2	38.63	39.5	43.15	29.94	31.66	34.82	36.97	38.56	36.31	36.6	35.11	35.42
De acuerdo	15.16	14.11	16.96	7.58	8.15	7.74	9.06	11.91	12.2	12.94	10.97	12.8	7.95	8.78	8.04	22.37	17.24	21.73	14.05	16.61	14.58	7.58	10.66	7.74	22.37	18.81	24.7	25.14	23.51	23.21
Muy de acuerdo	4.44	8.46	6.25	2.59	3.76	2.68	3.88	4.7	4.76	3.7	5.02	7.14	4.07	5.64	4.46	8.32	9.4	8.33	4.99	6.27	4.46	3.14	3.45	2.38	6.84	8.15	8.93	12.57	15.36	13.99
% aprobación (de acuerdo + muy de acuerdo)	19.6	22.57	23.21	10.17	11.91	10.42	12.94	16.61	16.96	16.64	15.99	19.94	12.02	14.42	12.5	30.69	26.64	30.06	19.04	22.88	19.04	10.72	14.11	10.12	29.21	26.96	33.63	37.71	38.87	37.2

Nota: Dep: Dependiente; Ind: Independiente.



Finalmente, la tabla muestra que las personas que han pedido licencia en los últimos 12 meses tienen mayores porcentajes de aprobación en todas las afirmaciones (excepto la existencia de incentivos económicos en el sistema) respecto de aquellas que no han solicitado licencia médica en el último año.

Tabla 16. Justificación para el mal uso de licencias, por solicitud de licencia

Solicitud de licencia	Salarios y beneficios no se ajustan a la necesidad		El sistema tiene fallas y las personas las aprovechan		Insatisfacción laboral lleva a buscar formas de ausentarse del trabajo		Compensación por otras injusticias		Estrés en el trabajo		Incentivos económicos en el sistema		Cultura organizacional tolero o fomenta el abuso		Falta conocimiento de las consecuencias legales del fraude		Médicos incentivan el mal uso		Es un derecho adquirido	
	Ha pedido licencia	No ha pedido licencia	Ha pedido licencia	No ha pedido licencia	Ha pedido licencia	No ha pedido licencia	Ha pedido licencia	No ha pedido licencia	Ha pedido licencia	No ha pedido licencia	Ha pedido licencia	No ha pedido licencia	Ha pedido licencia	No ha pedido licencia	Ha pedido licencia	No ha pedido licencia	Ha pedido licencia	No ha pedido licencia	Ha pedido licencia	No ha pedido licencia
Muy en desacuerdo	16.95	17.01	22.29	24.77	18.17	23.66	12.82	18.67	23.82	29.02	10.23	12.38	12.37	12.57	19.39	23.48	10.84	11.65	8.55	7.58
En desacuerdo	26.26	29.02	37.4	38.82	35.57	36.6	31.91	31.61	38.17	34.75	23.36	21.26	25.34	29.76	35.27	35.86	21.37	22.18	18.17	18.11
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	33.89	34.38	29.16	26.25	29.47	26.8	37.25	33.09	24.58	24.21	38.02	35.67	41.37	38.63	33.28	29.94	37.4	36.97	35.27	36.6
De acuerdo	15.57	15.16	7.94	7.58	12.06	9.06	11.91	12.94	8.4	7.95	19.54	22.37	15.57	14.05	9.16	7.58	21.83	22.37	23.36	25.14
Muy de acuerdo	7.33	4.44	3.21	2.59	4.73	3.88	6.11	3.7	5.04	4.07	8.85	8.32	5.34	4.99	2.9	3.14	8.55	6.84	14.66	12.57
% aprobación (de acuerdo + muy de acuerdo)	22.9	19.6	11.15	10.17	16.79	12.94	18.02	16.64	13.44	12.02	28.39	30.69	20.91	19.04	12.06	10.72	30.38	29.21	38.02	37.71



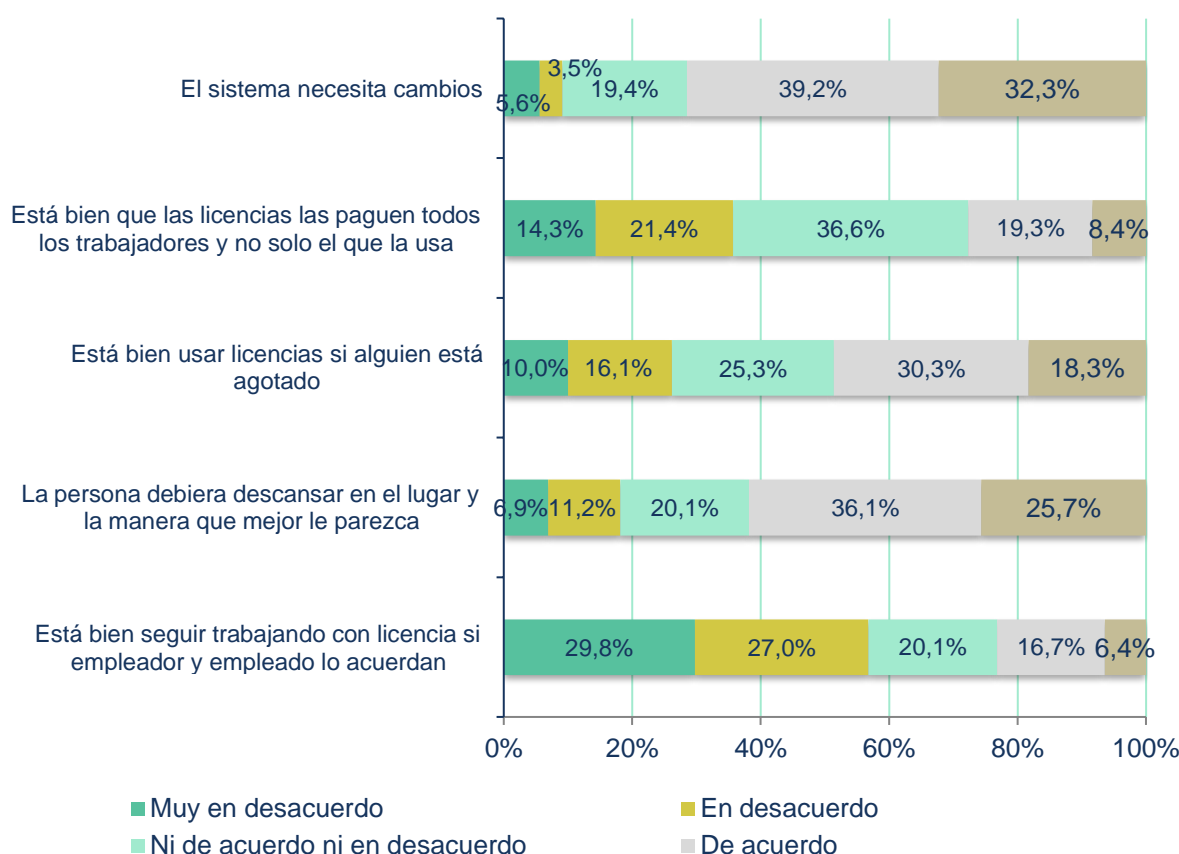


3.5. Opinión sobre el uso de licencias

En esta sección se muestran preguntas relacionadas directamente al tema fraudes; cuatro hacen referencia a aspectos relacionados al uso de las licencias y una pregunta a la necesidad de cambios en el sistema. Las preguntas fueron evaluadas en una escala de 1 (muy en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo), por lo que los puntajes mayores expresan un mayor acuerdo con la afirmación.

La pregunta sobre los cambios en el sistema fue la con mayor puntaje (promedio: 3.89); de las preguntas sobre el uso de licencias, la con mayor puntaje fue la referida a que las personas deberían poder tomar su licencia en el lugar que mejor le parezca (promedio: 3.62), seguida por la afirmación que es correcto tomar una licencia si alguien está agotado (promedio: 3.31).

Figura 7. Opinión sobre el uso de licencias, muestra completa



Los datos por seguro de salud muestran porcentajes de aprobación mayores para personas en ISAPRE que FONASA. Llama la atención en este conjunto de preguntas los altos porcentajes de aprobación, por ejemplo, a que la licencia debiera poder tomarse en cualquier lugar y manera que la persona decida y la necesidad de cambios del sistema.

Tabla 17. Opinión sobre el uso de licencias, por seguro de salud

	Está bien seguir trabajando con licencia si empleador y empleado lo acuerdan			La persona debiera descansar en el lugar y la manera que mejor le parezca			Está bien usar licencias si alguien está agotado			Está bien que las licencias las paguen todos los trabajadores y no solo el que la usa			El sistema necesita cambios		
	FONASA	ISAPRE	Otro	FONASA	ISAPRE	Otro	FONASA	ISAPRE	Otro	FONASA	ISAPRE	Otro	FONASA	ISAPRE	Otro
Seguro de salud															
Muy en desacuerdo	29.43	33.08	26.67	6.97	6.77	6.67	9.87	10.53	13.33	14.42	12.78	16.67	5.81	5.26	0
En desacuerdo	27.2	26.32	23.33	11.71	8.27	6.67	16.07	18.05	10	21.68	20.3	16.67	3.97	0.75	0
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	20.91	11.28	30	20.43	17.29	20	25.36	23.31	30	36.88	33.08	43.33	19.85	14.29	26.67
De acuerdo	16.07	22.56	13.33	35.62	39.1	40	30.4	31.58	20	19.07	21.8	16.67	38.43	44.36	43.33
Muy de acuerdo	6.39	6.77	6.67	25.27	28.57	26.67	18.3	16.54	26.67	7.94	12.03	6.67	31.95	35.34	30
% aprobación (de acuerdo + muy de acuerdo)	22.46	29.33	20	60.89	67.67	66.67	48.7	48.12	46.67	27.01	33.83	23.34	70.38	79.7	73.33

Respecto a la situación laboral, si bien los porcentajes de aprobación son similares, una mayor proporción de trabajadores independientes muestra su acuerdo con poder seguir trabajando con licencia si empleador y empleado están de acuerdo, lo que probablemente se debe al hecho que mucho independientes tienen ese doble rol (son empleos y empleadores a la vez).



Tabla 18. Opinión sobre el uso de licencias, por situación laboral

Tipo de trabajador	Está bien seguir trabajando con licencia si empleador y empleado lo acuerdan			La persona debiera descansar en el lugar y la manera que mejor le parezca			Está bien usar licencias si alguien está agotado			Está bien que las licencias las paguen todos los trabajadores y no solo el que la usa			El sistema necesita cambios		
	Dep	Ind	Otro	Dep	Ind	Otro	Dep	Ind	Otro	Dep	Ind	Otro	Dep	Ind	Otro
Muy en desacuerdo	34.75	26.02	25.3	7.95	6.27	5.95	10.17	11.91	8.04	14.79	15.67	12.2	6.84	5.02	4.17
En desacuerdo	26.43	22.88	31.85	9.8	10.97	13.69	15.53	13.48	19.64	23.84	21	17.86	3.51	3.76	3.27
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	19.04	19.44	22.32	18.11	22.57	20.83	26.06	26.96	22.32	34.75	35.74	40.48	17.01	21.94	20.83
De acuerdo	14.42	22.57	14.88	36.23	35.11	36.9	27.91	31.97	32.44	20.33	16.93	19.94	40.67	37.3	38.69
Muy de acuerdo	5.36	9.09	5.65	27.91	25.08	22.62	20.33	15.67	17.56	6.28	10.66	9.52	31.98	31.97	33.04
% aprobación (de acuerdo + muy de acuerdo)	19.78	31.66	20.53	64.14	60.19	59.52	48.24	47.64	50	26.61	27.59	29.46	72.65	69.27	71.73

Nota: Dep: Dependiente; Ind: Independiente.

Sobre las diferencias entre personas que han solicitado y no una licencia en el último año, los resultados son mixtos: las personas que han pedido licencia tienen mayor porcentaje de aprobación respecto a la necesidad de cambios del sistema, la solidaridad en el financiamiento y el poder seguir trabajando si hay acuerdo entre empleado y empleador, mientras que la aprobación es mayor en aquellos que no han solicitado licencias al preguntar por el lugar físico en que se debe cumplir el reposo de la licencia y el uso de licencias por cansancio (en lugar de enfermedad).



Tabla 19. Opinión sobre el uso de licencias, por solicitud de licencia

Solicitud de licencia	Está bien seguir trabajando con licencia si empleador y empleado lo acuerdan		La persona debiera descansar en el lugar y la manera que mejor le parezca		Está bien usar licencias si alguien está agotado		Está bien que las licencias las paguen todos los trabajadores y no solo el que la usa		El sistema necesita cambios	
	Ha pedido licencia	No ha pedido licencia	Ha pedido licencia	No ha pedido licencia	Ha pedido licencia	No ha pedido licencia	Ha pedido licencia	No ha pedido licencia	Ha pedido licencia	No ha pedido licencia
Muy en desacuerdo	28.06	36.08	7.44	5.1	9.99	10.2	14.77	12.55	5.42	6.27
En desacuerdo	26.78	27.84	11.26	10.98	16.58	14.51	20.72	23.92	3.4	3.92
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	20.62	18.04	20.72	17.65	25.93	22.75	36.03	38.82	19.55	18.82
De acuerdo	17.64	13.33	35.81	37.25	30.29	30.2	19.87	17.25	39.11	39.61
Muy de acuerdo	6.91	4.71	24.76	29.02	17.22	22.35	8.61	7.45	32.52	31.37
% aprobación (de acuerdo + muy de acuerdo)	24.55	18.04	60.57	66.27	47.51	52.55	28.48	24.7	71.63	70.98

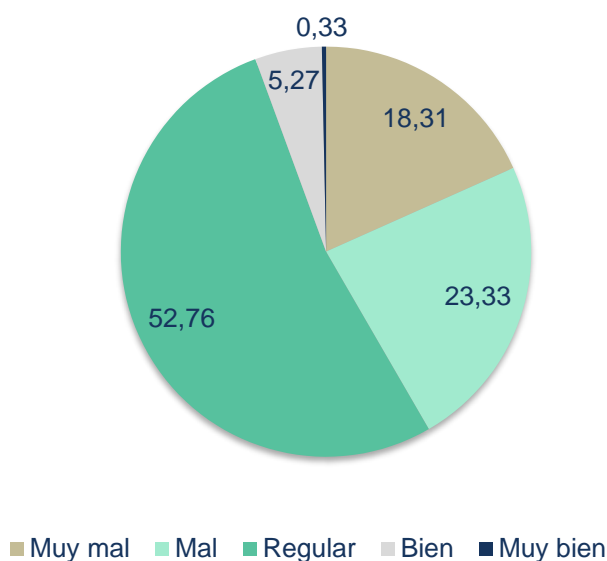




3.6. Evaluación general del sistema

La última pregunta se refiere a la evaluación del funcionamiento general del sistema. Esta pregunta también fue evaluada en una escala de 1 (muy mal) a 5 (muy bien), por lo que los puntajes mayores expresan un mayor acuerdo con la pregunta: “En su opinión, ¿cómo considera que funciona el sistema de licencias médicas y subsidios asociados?”. La mayor parte de los encuestados (52.76%) evalúa el funcionamiento del sistema como “Regular”, mientras que 41.46% lo considera “Malo” o “Muy malo”.

Figura 8. Opinión sobre el funcionamiento del sistema, muestra completa



Al analizar las respuestas por subgrupos de la muestra, se observa que el porcentaje de aprobación es mayor en afiliados a FONASA, dependientes, trabajadores de grandes empresas y personas que no han solicitado licencia en el último año.

Tabla 20. Opinión sobre el funcionamiento del sistema, por subgrupos

Subgrupo	Total	Seguro de salud			Situación laboral			Tamaño empresa				Uso de LM	
		FONASA	ISAPRE	Otro	Dependiente	Independiente	Otro	Microempresa (0-9 trabajadores)	Pequeña empresa (10-49 trabajadores)	Mediana empresa (50-249 trabajadores)	Gran empresa (250 y más trabajadores)	Ha pedido licencia	No ha pedido licencia
Muy mal	18.31	18.68	15.79	16.67	17.38	17.55	20.54	18.91	19.17	18.26	16.83	19.87	12.55
Mal	23.33	22.75	27.07	26.67	22	26.33	22.62	25.12	19.17	22.37	25.24	23.8	21.57
Regular	52.76	52.86	52.63	50	54.16	52.04	51.19	52.74	54.89	53.42	50.49	51.75	56.47
Bien	5.27	5.42	3.76	6.67	6.1	3.76	5.36	2.99	6.39	5.94	6.8	4.25	9.02
Muy bien	0.33	0.29	0.75	0	0.37	0.31	0.3	0.25	0.38	0	0.65	0.32	0.39
% aprobación (bien + muy bien)	5.6	5.71	4.51	6.67	6.47	4.07	5.66	3.24	6.77	5.94	7.45	4.57	9.41





3.7. Principales conclusiones

Los datos muestran que existen diversos problemas asociados a la percepción de los usuarios sobre el sistema de LM, incluyendo problemas sobre la legislación y administración del sistema, así como justificaciones al mal uso de licencias.

Llama la atención, para todas las categorías, la relativamente alta proporción de personas con una percepción y/o conocimiento negativo del sistema, incluyendo áreas diversas como su propia experiencia con el sistema, conocimiento de características básicas de las licencias y su proceso, actitudes hacia el mal uso de licencias y percepciones de responsabilidades asociadas al fraude.

Esta percepción negativa sobre el sistema es paradójica ya que, usualmente, encuestas de satisfacción muestran que los encuestados pueden tener un sesgo hacia evaluar positivamente los beneficios que son entregados, llevando a una sobreestimación de la satisfacción (Mazor et al., 2002; Dunsch et al., 2018). En el caso de la encuesta de percepción sobre las LM en Chile, los resultados parecen ir en la otra dirección. Una posible explicación a esto se puede encontrar en la baja satisfacción de las personas con los servicios públicos en el país, particularmente en los servicios relacionados a salud (Ministerio de Hacienda, 2023). Adicionalmente, la combinación de falta de conocimiento del sistema y la percepción de que las licencias médicas son un “derecho adquirido” podría explicar los resultados, como producto de una diferencia entre las expectativas que los beneficiarios tienen del sistema (y lo que ellos piensan que hace y debe hacer) versus lo que efectivamente ocurre.

Estas percepciones se encuentran, en general, en los distintos grupos analizados. Los resultados implican que hay un espacio para mejoras en el sistema, principalmente una mayor información sobre deberes y derechos, mejoras en la administración del sistema, y conciencia sobre el objetivo y costos del sistema.

4. Sistemas de subsidios de enfermedad en el mundo: casos de estudio

Esta sección presenta una serie de casos de estudio para entender cómo funcionan los sistemas de licencias médicas y subsidios de enfermedad en otros países, a fin de comparar con el sistema chileno y extraer potenciales lecciones o innovaciones para futuras reformas.

La tabla presenta los 10 países incluidos y algunos indicadores de contexto. Los criterios de selección de países se hicieron para maximizar la heterogeneidad de la muestra, considerando las siguientes dimensiones: tamaño de población; ingresos; gasto en salud; sistema de salud y; sistema de subsidios para enfermedad. La justificación a estos criterios es poder, a la vez, contar con casos “comparables” en contexto en el sentido que presenten una situación similar a la de Chile (por ejemplo, países vecinos o con ingresos similares) y casos “modelo” en la variable de interés (tipo de subsidio de enfermedad), esto es, países es donde fuera posible encontrar tanto similitudes como diferencias con el sistema de licencias de Chile. El número de casos y la selección de países fueron consensuados con la contraparte técnica del estudio.

La tabla muestra que el grupo de países es heterogéneo no solo en su distribución geográfica, sino además en términos demográficos (con países con más y menos población que Chile), económicos (países con PIB per cápita similar, mayor y menor a Chile) y con relación a su



mercado laboral y sistema de salud. Esta muestra permite un contexto heterogéneo que permite tanto comparación con países similares, como con países con mayores niveles de desarrollo.

Tabla 21. Indicadores de contexto para países seleccionados

País	Población (2022)	PIB per cápita (2022)	Participación en la fuerza laboral (% personas 15+) (2023)	Gasto en salud per cápita (2020)	Gasto en salud como porcentaje del PIB (2020)	Empleo asalariado (% del total del empleo) (2022)	Gasto en licencias médicas / PIB (%)
Australia	26.005.540	51.090,26	66,37	5.929,98	10,65	84,13	2,88
Colombia	51.874.024	15.616,75	63,29	1.335,86	8,99	52,90	0,09
Dinamarca	5.903.037	59.935,12	63,61	6.350,52	10,53	91,42	4,49
Francia	67.971.311	45.904,41	56,28	5.740,38	12,21	86,91	1,95
México	127.504.125	20.254,78	61,52	1.192,60	6,24	68,16	0,05
Países Bajos	17.700.982	59.249,17	66,06	6.612,78	11,14	83,64	2,84
Nueva Zelanda	5.124.100	45.185,31	72,09	4.510,84	10,03	76,91	2,78
Portugal	10.409.704	35.767,72	59,19	4.076,18	11,21	84,84	1,70
Uruguay	3.422.794	24.426,66	63,82	2.110,57	9,15	71,65	0,03
Mundo	7.950.946.801	17.527,19	60,87	1.535,16	10,89	51,98	OECD: 2,0

Fuente: Word Bank (2024); OECD (2024).

Respecto del gasto como porcentaje del PIB, la tabla muestra una alta heterogeneidad entre los países, lo que también se aprecia, por ejemplo, al interior de los países de la Unión



Europea (Euronews, 2023). Si bien estos datos son interesantes, necesitan ser interpretados con cuidado, particularmente los referentes a gasto. La falta de estadísticas estandarizadas en subsidios de enfermedad, así como la heterogeneidad de los sistemas en los distintos países hace difícil la comparación de datos; en muchos países, los sistemas incluyen distintos beneficios (subsidios por enfermedad, discapacidad, parentalidad y otros) y esquemas con distinta participación público/ privada. En particular, el indicador de gasto de la tabla corresponde al gasto público en discapacidad, que incluye subsidios por discapacidad, así como el gasto en lesiones y enfermedades profesionales, licencias por enfermedad remuneradas, prestaciones especiales y pagos relacionados con la discapacidad, como pensiones, si están relacionados con lesiones y enfermedades profesionales específicas (OECD, 2024).

Para el caso de Chile, por ejemplo, el dato OECD indica que el gasto como porcentaje del PIB es 0,8%. Las estimaciones de Hormazábal & Velasco (2024) indican que, para 2022, esta cifra correspondería a 1,2% del PIB⁷, cifra que se habría duplicado en los últimos 10 años.

A continuación, se presentan datos e información de los sistemas de licencias médicas de los 10 países seleccionados, tomando a Chile como caso base. El análisis se basa en características y definiciones generales del sistema, criterios de selección de beneficiarios, beneficios y administración y financiamiento del sistema.

4.1. Chile

En Chile, la licencia médica es un derecho de los trabajadores para ausentarse o reducir su jornada laboral por un periodo determinado de tiempo, en caso de enfermedad o accidentes, de manera que pueda dedicar tiempo a su tratamiento o reposo⁸ (Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez, 2024).

La licencia médica debe ser emitida por un profesional de la salud: médico-cirujano, cirujano-dentista o matrn/a; ésta puede ser emitida de forma manual o electrónica. Los trabajadores dependientes deben presentar la licencia a su empleador para que éste realice los trámites correspondientes; por su parte, los trabajadores independientes deben entregar la licencia directamente a la institución de salud que corresponda para su autorización (Compin o Isapre) (Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez, 2024).

Existen ocho tipos de licencia en médica en Chile (Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez, 2024):

- Tipo 1: por enfermedad común o accidente
- Tipo 2: medicina preventiva
- Tipo 3: pre y posnatal
- Tipo 4: enfermedad grave del niño menor de un año
- Tipo 5: accidente de trabajo o del trayecto
- Tipo 6: enfermedad profesional
- Tipo 7: patologías del embarazo

⁷ Esta cifra es similar a la obtenida de dividir el gasto total del sistema reportado en la Tabla 1 por el PIB total del país en 2022, de acuerdo a lo informado por el Banco Central de Chile (2024). Gasto en LM en 2022: M\$3.424.008.763; PIB 2022: 239.562 (miles de millones de pesos). Gasto LM/ PIB = 1,297%.

⁸ Las licencias también consideran el derecho de mujeres trabajadoras al pre y post natal y el de madres o cuidadores de niños y niñas menores de 1 año que padezcan alguna enfermedad grave.



- Tipo SANNA (acompañamiento o cuidado personal a hijos e hijas mayores de un año y menores de 15 o 18 años afectados por una condición grave de salud)

Para efectos de la comparación con otros países, se considerará en el análisis las licencias médicas tipo 1, esto es, la licencia emitida cuando un trabajador padece una enfermedad común o ha sufrido un accidente común (no laboral)⁹, en que requiera reposo o recuperación. La figura muestra el proceso de una licencia médica en Chile (Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez, 2024):

- **Emisión:** el médico toma una decisión y emite la LM (papel o electrónica); este documento es el justificativo legal del trabajador para ausentarse o reducir su jornada laboral.
- **Revisión y firma:** el trabajador verifica los datos de la LM y firma el documento (papel o electrónico)
- **Tramitación del trabajador:** el trabajador tramita la LM a su empleador. Los trabajadores afiliados a Fonasa o a una Isapre, deben presentar la licencia médica a su empleador en los siguientes plazos:
 - Trabajador sector privado: dos días hábiles contados desde el inicio de la licencia médica.
 - Trabajador sector público: tres días hábiles contados desde el inicio de la licencia médica.
 - Trabajador independiente: debe presentarla ante la Compin o Isapre, según corresponda en el plazo de dos días hábiles siguientes a la emisión de la licencia médica.
- **Tramitación del empleador:** el empleador debe tramitar la LM en el organismo competente (Compin, Caja de Compensación o Isapre). Al recibir la LM, el empleador debe informar sobre la situación laboral, previsional, remuneraciones del empleado, así como la existencia de otras licencias en los seis meses anteriores. Luego, debe presentar la LM a la Isapre o Compin correspondiente a la comuna donde cumple funciones el trabajador o en la Caja de Compensación que corresponda (si está afiliado a una de ellas), en un plazo de tres días hábiles desde la fecha de recepción.
- **Pronunciamiento:** La Compin o Isapre se pronuncia la licencia médica, emitiendo una resolución que rechaza, aprueba, reduce o amplía el período de reposo o cambiarlo de total a parcial o viceversa. Para ello, estos organismos están facultados para:
 - Pedir nuevos exámenes.
 - Hacer visitas al trabajador en su lugar de reposo.
 - Solicitar al empleador información administrativa, laboral o previsional.
 - Solicitar un informe al profesional que emitió la LM.
 - Cualquier otra medida informativa que permita una mejor resolución.

Para el caso de licencias médicas Fonasa, la Compin tiene un plazo de 7 días para su pronunciamiento.

⁹ Esta clasificación es realizada por la Compin, Isapres, Unidades de Licencias Médicas y Mutualidades de Empleadores y, en última instancia, la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO).



- **Pago:** El Subsidio de Incapacidad Laboral (SIL) reemplaza el sueldo del trabajador durante el periodo en que está con licencia. El pago lo realiza Compin para los afiliados a FONASA; si el trabajador está afiliado a una Caja de Compensación, el pago del subsidio le corresponde a la caja correspondiente y si el trabajador está afiliado a una Isapre, es esta institución la responsable del pago.

Figura 9. Etapas y actores del proceso de LM en Chile



Fuente: Elaboración propia en base a Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (2024).

Beneficiarios

Trabajadores dependientes o independientes que cumplen con los siguientes requisitos (Ministerio de Salud, 2020):

- Trabajador Dependiente, indefinido: mínimo de 6 meses de afiliación previsional (AFP o INP) y 3 meses o 90 días sumados de cotización (pueden estar pagadas o declaradas), dentro de los 6 meses anteriores al mes en que se inicia la licencia médica.
- Trabajador Dependiente con contrato diario por turnos o jornadas: mínimo de 6 meses de afiliación previsional (AFP o INP) y 1 mes de cotización, dentro de los 6 meses anteriores al mes en que se inicia la licencia.
- Trabajador independiente: Tener un mínimo de 12 meses de afiliación previsional (AFP o INP) y, al menos 6 meses de cotizaciones, continuas o discontinuas dentro de los últimos 12 meses, además de la última cotización al día (del mes anterior a aquel en que se produzca la licencia).

Beneficios

El beneficio incluye tanto la posibilidad de ausentarse o disminuir la jornada laboral, como el Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL), que busca permitir que el trabajador mantenga sus



ingresos durante los días que no trabaja (Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez, 2024). En el caso de la licencia tipo 1, el subsidio corresponde a la mantención de la remuneración en un 100% con un tope de 60 UF mensuales (\$2.245.465 al 21 de julio de 2024). El pago tiene un periodo de carencia con dos tramos:

- licencias menores a 10 días: pago se realiza desde el día 4
- licencias mayores a 10 días: pago se realiza desde el día 1

Financiamiento y gestión del sistema

El derecho a licencia está establecido en el D.F.L. N° 44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social (Dirección del Trabajo, 2021). El sistema es financiado con fondos de las contribuciones obligatorias de salud, recaudadas por alguno de los seguros de salud (FONASA, ISAPRE).

En la administración y gestión del sistema participan, los siguientes actores con sus respectivas funciones:

- Médicos: emisores de la LM
- Trabajadores: proporcionan información
- Empleador: tramita LM y proporciona información
- Compin: recibe LM, pagadora, revisor de licencias e instancia de apelación
- FONASA: recaudadora
- ISAPRE: recaudadora, recibe LM, pagadora, revisor de licencias
- Cajas de compensación: recibe LM y pagadora

4.2. Australia

Australia combina el beneficio de desempleo y subsidio por enfermedad bajo un único programa: JobSeeker Payment (Australian Government, 2024). Este programa reemplazó al antiguo subsidio por enfermedad (*Sickness Allowance*) en 2022 (Services Australia, 2022). El beneficio está destinado a personas que están buscando trabajo o no pueden trabajar por un periodo corto de tiempo debido a una enfermedad. Existen otros beneficios para personas jóvenes (menores de 21 años) que buscan empleo (*Youth Allowance for Job Seekers*) o para personas con discapacidad permanente (*Disability Support Pension*).



Beneficiarios

El programa está destinado a residentes¹⁰ entre 22 y 66 años, que cumplan ciertos criterios de ingreso y que:

- Estén desempleados
- Estén enfermos o lesionados y que, por lo tanto, no puedan realizar su trabajo de manera normal por un periodo corto de tiempo

Adicionalmente, el sistema considera criterios de elegibilidad en función de ingresos y activos. De acuerdo a los ingresos, el beneficio puede reducirse hasta cero en los siguientes casos:

Tabla 23. Elegibilidad basada en ingresos (dólares australianos)

Situación familiar	El pago se reduce a cero una vez que sus ingresos alcanzan esta cantidad quincenal
Soltero sin hijos	\$1.453,50 (US\$978)
Soltero, 55 años o más y haber estado recibiendo pago durante al menos 9 meses seguidos	\$1.556,34 (US\$1.047)
Soltero, cuidador principal de un hijo dependiente menor de 16 años, y se le concedió una exención de los requisitos de obligación mutua	\$2.666,25 (US\$1.795)
Soltero y cuidador principal con un hijo dependiente menor de 16 años	\$2.233,00 (US\$1.503)
Soltero, con un hijo dependiente menor de 16 años, pero no el cuidador principal	\$1.545,00 (US\$1.040)
Pareja	\$1.344,67 (US\$905) para ingreso individual, \$2,522.00 (US\$1.698) para los ingresos de la pareja cuando los ingresos son menores a \$150 (US\$101).

Por otra parte, los criterios basados en la posesión de activos (los beneficios se suspenden al llegar a estos montos) son los siguientes:

¹⁰ Los criterios de residencia incluyen: vivir y estar físicamente en Australia y ser un residente. Para residentes recientes, se debe esperar entre 2 y 4 años antes de poder recibir este pago.



Tabla 24. Elegibilidad basada en activos (dólares australianos)

Situación familiar	Propietarios (de vivienda)	No propietarios
Soltero	\$301.750 (US\$203.200)	\$543.750 (US\$366.170)
Pareja (en conjunto)	\$451.500 (US\$304.047)	\$693.500 (US\$467.014)
Un miembro de la pareja elegible, activos combinados	\$451.500 (US\$304.047)	\$693.500 (US\$467.014)

Beneficios

El beneficio se paga cada dos semanas (quincenal) y el monto (fijo, independiente del salario) depende de los siguientes factores:

- Tener pareja
- Tener hijos
- Edad
- Ingresos personales y de la pareja percibidos en los últimos 14 días

La siguiente tabla, muestra las distintas tarifas dependiendo de la situación de cada trabajador (tarifas se actualizan dos veces al año, cada 20 de marzo y 20 de septiembre):

Tabla 25. Tabla de tarifas del subsidio de enfermedad en Australia (dólares australianos)

Categoría	Pago quincenal máximo (al 20 de marzo de 2024)
Soltero, sin hijos	\$762,70 (US\$513)
Soltero, con hijo o hijos dependientes	\$816,90 (US\$550)
Soltero, 55 años o más, después de 9 meses continuos con un pago de apoyo a los ingresos	\$816,90 (US\$550)
En pareja	\$698,30 (US\$470)
Cuidador principal único al que se le ha concedido una exención de los requisitos de obligación mutua por las siguientes razones: <ul style="list-style-type: none"> - cuidado de crianza 	\$987,70 (US\$665)



<ul style="list-style-type: none">- familiar (no padre o madre) que cuida un niño bajo una orden judicial- educación en casa- educación a distancia- familia numerosa	
--	--

Adicionalmente, el subsidio entregado a través de JobSeeker Payment es deducible de impuestos, pero también debe ser considerado como ingreso para la postulación y adjudicación de otros beneficios, como programa de apoyo a la crianza.

El beneficio tarda en comenzar a ejecutarse aproximadamente dos semanas luego de aprobarse, y se paga quincenalmente.

Financiamiento y gestión del sistema

En el caso australiano, la legislación se remonta al año 1944 con la creación del Subsidio de Enfermedad; en la actualidad una serie de legislaciones, incluyendo las leyes del sistema de salud y de seguridad social dan sustento al sistema de subsidios laborales por enfermedad.

En términos de su financiamiento, el sistema australiano es considerado como uno de asistencia social, en el que el gobierno cubre el costo de todas las prestaciones relacionadas al subsidio por enfermedad sin participación de los beneficiarios (a través de contribuciones especiales o copagos) ni de los empleadores.

La institución a cargo de la gestión del beneficio es Services Australia, entidad del gobierno encargada de la entrega de pagos y servicios (<https://www.servicesaustralia.gov.au/>).

Innovaciones y diferencias con Chile

- Subsidio por enfermedad como beneficio laboral, financiado por el Estado.
- Elegibilidad al beneficio considera tanto ingresos como la situación laboral (número mínimo de meses trabajados), familiar (estado civil, presencia de dependientes) y la riqueza (propiedad de vivienda).
- Beneficio no depende del ingreso, sino de la situación familiar (presencia de hijos al cuidado, pareja).

4.3. Colombia

El país reconoce la existencia de diversos tipos de incapacidades, de acuerdo a su duración (temporal o permanente) y origen (común o laboral). Una incapacidad laboral se define como una situación en la que un trabajador padece una enfermedad o afronta un accidente que le imposibilita el cumplimiento de su trabajo, y en la cual requiere de tratamiento médico y reposo para su recuperación; al ser una situación “incapacitante” para trabajar, esta debe ser determinada por un médico u odontólogo inscrito en Registro Especial en Talento Humano



de Salud (ReTHUS) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022; Conceptos Jurídicos, 2024; Alegra Blog, 2024).¹¹

En el caso de licencias médicas, el símil al caso chileno refiere a las incapacidades laborales transitorias de origen común, definida como “... el estado de inhabilidad física o mental que le impide a una persona desarrollar su capacidad laboral por un tiempo determinado, originado por una enfermedad general o accidente común y que no ha sido calificada como enfermedad de origen laboral o accidente de trabajo.” (Conceptos Jurídicos, 2024).¹²

Beneficiarios

Para poder acceder al beneficio en Colombia, el trabajador debe cumplir los siguientes requisitos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022; Conceptos Jurídicos, 2024):

- Ser parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud, esto implica que debe ser cotizante y encontrarse afiliado al momento de la enfermedad.
- Haber tenido un tiempo mínimo de cotización de cuatro semanas, anterior a la fecha en que ocurre la incapacidad.
- Contar con un certificado de incapacidad emitido por un médico.
- El certificado debe contener la información requerida para poder tramitar el beneficio, incluyendo los datos del prestador de salud, el número de identificación tributaria (NIT) y un código asignado por el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

Beneficios

El beneficio recibido depende del tiempo de duración de la incapacidad de acuerdo a la siguiente tabla:

Tabla 26. Estructura del beneficio de incapacidad laboral en Colombia

¹¹ Si bien cualquier médico profesional puede prescribir la incapacidad laboral, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) solo reconocen las incapacidades prescritas por sus médicos, por lo tanto, para que la incapacidad sea validada por la EPS, el trabajador debe hacer la consulta médica para tramitar su certificado con la entidad en la que esté inscrito o debe solicitar una transcripción—proceso a través del cual la EPS expide oficialmente la incapacidad laboral prescrita por médicos externos a su sistema—de la certificación a su EPS (Alegra Blog, 2024).

¹² Las incapacidades por accidentes o enfermedades laborales, tienen un sistema distinto, administrado por las Administradora de Riesgos Laborales (ARL).



Duración de la incapacidad	Monto del beneficio
Primeros dos días	Desde el 67% ($\frac{2}{3}$) hasta el 100% del salario
Entre días 3 y 90	66,67% del salario
Entre días 91 y 180	50% del salario

Para el cálculo del salario, se considera como ingreso base de cotización el reportado en el mes anterior al inicio de la incapacidad, entendiendo por inicio, el reportado en el día uno (1) de la incapacidad inicial, no el de las prórrogas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022). Estos montos aplican para los casos en que el salario es superior al salario mínimo legal mensual vigente (SMLMV); en caso de que el pago sea menor a ese monto, el beneficio se iguala al SMLMV¹³.

La duración del beneficio es, en principio, por un máximo de 30 días, la cual se puede prorrogar por periodos de hasta 30 días. En este caso, la ley define la prórroga como el periodo de beneficio que se otorga posterior al beneficio inicial, por causa de la misma enfermedad o lesión, o por otra que tenga relación directa con esta, siempre y cuando entre una y otra no haya una interrupción mayor a treinta (30) días calendario (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

En el caso de la incapacidad laboral de origen común, los primeros dos días de licencia son financiados por el empleador. A partir del tercer día, el pago del beneficio está a cargo de las Entidades Promotoras de Salud (EPS). En cualquier caso, es la empresa quien debe pagar el beneficio (porcentaje del sueldo al trabajador) de manera directa, el que luego debe cobrar (o descontar a los pagos que hace) a la EPS correspondiente; esto implica que el trabajador no debe hacer el trámite directamente con la EPS (excepto en los casos en que el trabajador es independiente), sino que éste es asumido por su empleador (Gerencie, 2024). A partir del día 181 y hasta el día 540, el beneficio es pagado por los fondos de pensión; para incapacidades superiores a 540 días, la EPS paga el beneficio en los siguientes casos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022):

- Cuando exista concepto favorable de rehabilitación expedido por el médico tratante, en virtud del cual se requiera continuar en tratamiento médico.
- Cuando el paciente no haya tenido recuperación durante el curso de la enfermedad o lesión que originó la incapacidad por enfermedad general de origen común, habiéndose seguido con los protocolos y guías de atención y las recomendaciones del médico tratante.
- Cuando por enfermedades concomitantes se hayan presentado nuevas situaciones que prolonguen el tiempo de recuperación del paciente.

¹³ En 2024, el SMLMV fue fijado en 1.300.000 pesos colombianos (US\$322) (Ministerio del Trabajo, 2024).



En los casos en que no se cumplen las condiciones anteriores, el trabajador debe tramitar una pensión por invalidez, la que se paga con los fondos de pensiones (Gerencie, 2024). El sistema permite la certificación retroactiva de la incapacidad en casos especiales, que incluyen (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022):

- Urgencia o internación del afiliado
- Trastornos de la memoria, confusión mental, desorientación en persona, tiempo y lugar y otras alteraciones de la esfera psíquica, orgánica o funcional según criterio médico.
- Eventos catastróficos y terroristas.

El beneficio requiere ser revisado periódicamente, acción que está a cargo de casa EPS, quienes pueden suspender el pago del beneficio en caso de establecer que ya no se cumplen los requisitos para recibirlo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

Financiamiento y gestión del sistema

Los requisitos y beneficios del sistema están establecidos en el Decreto 1427 del Ministerio de Salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022). En el financiamiento del sistema participan empleadores, las EPS y los fondos de pensiones. En el caso de las EPS, su financiamiento viene de las contribuciones obligatorias de empleadores (8,5%) y trabajadores (4%); las administradoras de fondos de pensiones también reciben financiamiento de contribuciones obligatorias de empleadores (12%) y trabajadores (4%).

La institución encargada de la administración, incluyendo pago y fiscalización del beneficio son las EPS.

Innovaciones y diferencias con Chile

- Considera explícitamente problemas de salud bucal como causa de incapacidad laboral.
- El trámite de la incapacidad y el beneficio es realizado directamente por el empleador a la entidad administradora del beneficio (el beneficiario solo debe tramitar su certificado médico/ odontológico).
- A medida que pasa el tiempo, combina una reducción de los beneficios y un cambio en la fuente de financiamiento (desde los seguros médicos a los fondos de pensiones).
- Posibilidad de optar al beneficio retroactivamente (importante en casos de problemas de salud mental).

4.4. Dinamarca

En Dinamarca, todo empleado, ya sea a tiempo completo, a tiempo parcial o con contrato temporal, tiene derecho a una licencia por enfermedad si no puede realizar sus tareas laborales debido a una enfermedad, incluyendo tanto problemas físicos como mentales. Los



beneficios están establecidos en la Ley de Prestaciones de Enfermedad (*Sygedagpengeloven*).

Para acceder al beneficio, el trabajador debe informar a su empleador apenas se produce el evento que le impide el normal desempeño de sus funciones (DenmarkExpat, 2024). Si bien el sistema está principalmente basado en la confianza, los empleadores pueden solicitar documentación médica que justifique la ausencia laboral: durante una enfermedad de más de 14 días de duración, el empleador tiene el derecho de solicitar información detallada sobre la duración de la enfermedad del trabajador a través del médico del o un especialista elegido por el trabajador (Retsinformation, 2024).

Finalmente, si bien el derecho a este beneficio es universal, éstos pueden variar dependiendo, entre otras cosas, de la duración del empleo (tiempo en el que la persona ha estado empleada en el puesto para el que pide la licencia).

Beneficiarios

De acuerdo con la legislación danesa, son beneficiarios de las prestaciones por enfermedad las personas que cumplen los siguientes requisitos:

- no pueden trabajar debido a una enfermedad o lesión
- viven en Dinamarca
- pagan impuestos daneses sobre tus ingresos
- cumple con requisitos específicos de pertenencia al mercado laboral

Adicionalmente, en la mayor parte de los casos, para acceder al pago del salario por parte del empleador, se requieren requisitos de antigüedad, en particular, haber trabajado de forma continua con su empleador durante las últimas ocho semanas (por al menos un total de 74 horas) antes de su ausencia. Adicionalmente, se requiere que el trabajador haya estado trabajando el día en que se enferme.

Usualmente, los primeros 30 días de licencia son cubiertos por el empleador. Luego de este periodo, el municipio entrega prestaciones adicionales que dependen de los siguientes criterios (DM, 2024):

- Tener un empleo y haber trabajado al menos 240 horas dentro de los últimos 6 meses calendario completos antes de su primer día de ausencia por enfermedad (durante al menos 5 de estos meses haber trabajado al menos 40 horas cada mes).
- En caso de no estar empleado, haber calificado como beneficiario a la prestación por desempleo.
- Haber completado un programa de estudios comerciales, que haya durado al menos 18 meses, dentro del último mes antes de la ausencia.
- Ser aprendiz en un programa de prácticas remuneradas regulado por la ley.
- Estar empleado en un trabajo flexible.

El pago de la prestación por enfermedad se suspende cuando la persona:

- Ya no puede trabajar debido a su propia enfermedad
- Ha recibido prestaciones por enfermedad durante más de 22 semanas dentro de los últimos 9 meses naturales completos, a menos que cumpla ciertos criterios para un período prolongado de prestaciones por enfermedad.



También se puede perder al derecho a la prestación por enfermedad si:

- Sin motivos razonables, no participa en el seguimiento que hace el municipio de su enfermedad.
- No cumple con su obligación de informar o documentar su ausencia del trabajo como empleado debido a enfermedad
- Retrasa el proceso de recuperación.

Beneficios

La duración de la licencia por enfermedad depende de la naturaleza de la enfermedad y del tiempo de recuperación recomendado. La duración máxima de la licencia (periodo por el cual el empleador sigue pagando el sueldo del trabajador) es de hasta 30 días. Luego de cumplido este plazo, las autoridades locales (municipios) evalúan el caso para ver si es posible otorgar beneficios adicionales dependiendo de la situación de cada trabajador. En el caso de una enfermedad prolongada, el municipio puede proporcionar prestaciones por enfermedad por hasta 22 semanas, que pueden extenderse bajo condiciones específicas si la persona no puede trabajar más allá de este período.

El monto del beneficio puede variar de acuerdo con ciertos factores, incluyendo:

- Contrato de trabajo: el contrato puede variar y tener cláusulas específicas sobre las licencias de enfermedad. Esto puede ocurrir tanto en contratos individuales como en convenios colectivos.
- Beneficios municipales: como se mencionó anteriormente, el municipio puede otorgar beneficios adicionales a los provistos por el empleador, por ejemplo, extensión por más allá de los 30 días pagados por el empleador. En este caso, los beneficios pueden variar de acuerdo con los ingresos del empleado, la naturaleza de su enfermedad y otros factores.

Los municipios calculan sus prestaciones por enfermedad en función de las horas de trabajo semanales y del ingreso medio por hora de los últimos 3 meses antes de la enfermedad. La prestación máxima por enfermedad es de 4.550 DDK (US\$665) en 2023 y 4.695 DDK (US\$730) en 2024 por semana y un máximo de 122,97 DKK (US\$17,9) en 2023 y 126,89 DKK (US\$18,5) en 2024 por hora (lifeindenmark.dk, 2024).

La Ley sobre las relaciones jurídicas entre empleadores y trabajadores establece que el fuero por enfermedad dura por un periodo de 120 días. Posterior a esto, el trabajador puede ser despedido siempre que "... haya recibido salario durante la enfermedad por un total de 120 días dentro de un período de 12 meses consecutivos" (Artículo 5, Sección 2) (Retsinformation, 2024).

Financiamiento y gestión del sistema

El sistema danés se ampara en la ley de empleados y empleadores (relacionada a beneficios laborales) (IDA, 2024). El sistema es descrito como un seguro social que entrega beneficios en efectivo. Respecto a su financiamiento, los trabajadores empleados no contribuyen, ya que el beneficio es financiado por completo por el empleador (durante los primeros 30 días) y los gobiernos locales y regionales. En el caso de los trabajadores por cuenta propia, ellos



pueden contribuir (voluntariamente) para disminuir los tiempos de espera de la entrega del beneficio.

La gestión del beneficio es compartida por los gobiernos locales y regionales, que proporcionan el financiamiento, y el Ministerio del Trabajo (<http://bm.dk/>) que realiza la supervisión general y administración del sistema a nivel nacional.

Innovaciones y diferencias con Chile

- Beneficio laboral administrado por el Ministerio del Trabajo.
- Sistema basado en la confianza; relación entre empleado y empleador.
- Sistema mixto: primeros 30 días son de responsabilidad del empleador y si la licencia excede este periodo, el gobierno (local) puede entregar beneficios adicionales (sujeto a cumplir ciertos requisitos) hasta por 22 semanas.

4.5. Francia

En Francia, los empleados que se enferman tienen derecho a una asignación de subsistencia (*indemnités journalières*, IJ), pagada por el seguro de enfermedad, el cual varía dependiendo del sector y tipo de trabajador.

Beneficiarios

Las condiciones del beneficio varían de acuerdo a su duración, con dos grandes grupos de beneficios (République Française, 2024):

- Hasta 6 meses de licencia
- Más de 6 meses de licencia

Si el periodo de licencia se encuentra dentro de 6 meses o menos, las condiciones que se deben acreditar para acceder al beneficio son:

- Haber trabajado al menos 150 horas en los 3 meses calendario o los 90 días anteriores a la licencia
- Haber cotizado, en los 6 meses anteriores a la licencia, sobre la base de una remuneración al menos igual a 1.015 veces el monto de la tasa de crecimiento del salario mínimo inter-industrias (Smic).

En el caso que la condición se extienda por un periodo superior a 6 meses, debe cumplir una de las siguientes condiciones para recibir el beneficio:

- Acreditar, en la fecha de la interrupción del trabajo, haber estado afiliado en algún régimen de seguridad social durante al menos 12 meses y haber trabajado al menos 600 horas en 12 meses naturales o en los 365 días anteriores al cese del trabajo
- Haber cotizado, durante los 12 meses calendarios o los 365 días anteriores al inicio de la licencia, sobre la base de una remuneración equivalente al menos a 2,030 veces el monto del Smic.



Lo anterior aplica tanto para trabajadores jornada completa como aquellos con jornada parcial.

Beneficios

Los beneficios corresponden al 50% del salario diario. En caso de recibir un salario mensual, el salario diario es calculado como el de los últimos 3 salarios brutos recibidos antes del paro laboral, dividido por 91,25.

Para el cálculo del beneficio diario, se utiliza para el salario un tope de 1,8 veces el monto del Smic del último día del mes anterior al inicio de la licencia¹⁴. Si el salario es superior a este tope, el beneficio se calcula de la siguiente manera (République Française, 2024):

Salario diario base: $[(3.180,45 \text{ €} \times 3) / 91,25] = 104,56 \text{ €} \text{ (US\$114)}$

Beneficio: $104,56 \times 50\% = 52,28 \text{ €} \text{ (US\$57)}$

Esto significa que, independiente del salario, el beneficio no puede exceder los 52,28€ (US\$57) brutos (diarios).

El beneficio tiene un periodo de carencia de 3 días, el que se aplica para cada nueva postulación al beneficio¹⁵ y es pagado quincenalmente por cada día calendario no trabajado, incluyendo sábados y domingos.

En su caso general, el beneficio cubre un plazo máximo de hasta 12 meses por un periodo de 3 años consecutivos¹⁶. En los casos de enfermedades de larga duración, el beneficio cubre un periodo de 3 años, el cual se puede renovar si la persona ha vuelto a trabajar por al menos un año. En estos casos, se puede acceder al beneficio solo si se recibieron menos de 12 meses de licencia durante el período de 3 años anterior (République Française, 2024). El beneficio es compatible con otros beneficios de seguridad social, de acuerdo a lo señalado por la siguiente tabla:

Tabla 27. Francia: Compatibilidad de beneficios de seguridad social y licencias por enfermedad

Otros subsidios	¿Compatible con licencia por enfermedad?
Pensión de invalidez	Sí, si el grado de invalidez es compatible con la reincorporación al trabajo
Jubilación	Sí, si está jubilado y tiene otro empleo
Salario complementario pagado por el	Sí

¹⁴ Corresponde a 3.180,45 € mensuales en 2024.

¹⁵ Esta regla no aplica en los casos en que la reanudación de la actividad entre 2 paros laborales no supere las 48 horas. Asimismo, no existe periodo de espera en el caso de licencias consecutivas producto de una enfermedad crónica o de larga duración.

¹⁶ La duración de la baja laboral ordinaria tiene un máximo de un año por un período de 12 meses consecutivos (365 días o 366 en el caso de año bisiesto).



empleador	
Beneficios de desempleo	No
Subsidio de maternidad	No
Indemnización por accidente de trabajo	No

Adicionalmente, el trabajador puede recibir compensaciones extra de parte de su empleador si cumple las siguientes condiciones:

- Tener al menos 1 año de antigüedad en la empresa (calculado a partir de su 1er día de ausencia)
- Haber enviado el certificado médico al empleador dentro de las 48 horas
- Ser tratado en Francia o en uno de los Estados miembros del Espacio Económico Europeo (EEE)
- No ser trabajador a domicilio ni empleado estacional, intermitente o temporal

En estos casos, existe un periodo de carencia de 7 días por cada licencia, por lo que el pago de estos beneficios adicionales comienza el día 8 (a menos que existan otras cláusulas más favorables establecidas en el contrato de trabajo)¹⁷. La duración de estos beneficios adicionales provistos por el empleador, dependen de la antigüedad del trabajador¹⁸.

Tabla 28. Duración del subsidio adicional pagado por el empleador en Francia

Años de servicio	Duración máxima del subsidio
1 a 5 años	60 días (30 días al 90% y 30 días al 66.66%)
6 a 10 años	80 días (40 días al 90% y 40 días al 66.66%)
11 a 15 años	100 días (50 días al 90% y 50 días al 66.66%)
16 a 20 años	120 días (60 días al 90% y 60 días al 66.66%)
21 a 25 años	140 días (70 días al 90% y 70 días al 66.66%)
26 a 30 años	160 días (80 días al 90% y 80 días al 66.66%)
31 años y más	180 días (90 días al 90% y 90 días al 66.66%)

En términos del monto del beneficio, durante los primeros 30-90 días de descanso (dependiendo de la antigüedad), el trabajador puede recibir un subsidio que, en conjunto con el pagado por la seguridad social (IJ), pueden llegar a cubrir hasta el 90% de la remuneración bruta. Este beneficio se reduce a 2/3 (66,66%) entre el día 30 y el 90.

¹⁷ En el caso de accidentes laborales, el beneficio comienza a partir del mismo día del accidente.

¹⁸ Estos periodos son menores en caso que un trabajador ya haya recibido este beneficio anteriormente.



Para calcular la cantidad pagada por el empleador, es necesario deducir beneficio ya pagado por la seguridad social.

Financiamiento y gestión del sistema

El sistema francés está compuesto por una serie de leyes relacionadas a la seguridad social, junto con la Ley N° 811 de 2004 que reformó el seguro de enfermedad y la Ley N° 1836 de 2017 sobre el Financiamiento de la Seguridad Social, que establece la protección social de los trabajadores por cuenta propia.

El sistema es catalogado como un seguro social que es financiado por contribuciones del empleador (13,3% del valor de la nómina) y los trabajadores por cuenta propia (hasta el 6,5% de los ingresos declarados, dependiendo de la profesión y sector de la economía), sin participación del gobierno en el financiamiento del beneficio.

En la administración del sistema participan diversas instituciones, incluyendo el Ministerio de Solidaridad y Salud (<http://solidarites-sante.gouv.fr/>) y el Ministerio de Economía y Finanzas (<https://www.economie.gouv.fr/>) quienes proporcionan supervisión general y emiten reglamentos del sistema. Por otra parte, la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad (<https://www.ameli.fr/>), administra los beneficios para los asalariados, mientras que varias Cajas de Seguro a lo largo del país tienen el rol de registrar a los asegurados y pagar prestaciones en efectivo. Finalmente, la Agencia Central de las Instituciones de Seguridad Social (<https://www.acoss.fr/>) supervisa las agencias de recaudación conjunta y administra las cuentas centrales de cotizaciones.

Innovaciones y diferencias con Chile

- Establece un plazo de licencia “normal” (6 meses) y un sistema distinto para licencias de mayor duración.
- Beneficio igual al 50% del salario con tope definido por un salario promedio entre distintas industrias.
- El sistema permite la existencia de beneficios adicionales (provistos por el empleador) que aumentan con la antigüedad laboral y disminuyen con la duración de la licencia.

4.6. Países Bajos

En Países Bajos, la legislación sobre licencias por enfermedad de los trabajadores está dirigida a los empleadores. Si un empleador está situado en Países Bajos y un empleado se reporta enfermo, el empleador debe notificar al médico de la empresa y reportar el caso a la Agencia de Seguro Laboral (*Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen*, UWV) antes del cuarto día laboral desde la notificación. Si el empleado lleva enfermo por más de 42 semanas, el empleador debe notificar este caso también a la UWV (business.gov.nl, 2024a). La figura muestra el proceso de licencia y los pasos que debe seguir el empleador, que incluye (UWV, 2024a):

- Notificación de la enfermedad: reportar la enfermedad al médico (*bedrijfsarts*) o responsable de salud de la empresa (*arbodienst*).



- Evaluación (*probleemanalyse*): discusión entre empleador, empleado y responsable de salud de la empresa que define las tareas que el empleado puede y no puede realizar.
- Hacer un plan de acción (*plan van aanpak*): empleador y empleado trabajan y acuerdan un plan, que incluye todos los acuerdos respecto a su reintegro al trabajo.
- Reporte de 42 semanas (*42e-weeksmelding*): luego de $\frac{3}{4}$ de año, el empleador debe notificar que el empleado tiene una enfermedad de largo plazo.
- Evaluación anual: luego de transcurridas 52 semanas, empleador y empleado deben completar la evaluación del primer año (*eerstejaarsevaluatie*), que describe los acuerdos para el reintegro al trabajo.
- Beneficio WIA: si el empleado ha estado enfermo por casi dos años y no ha podido volver a trabajar (o ha trabajado muy pocas horas), empleado y empleador recibirán una carta de la UWV pidiéndole postular al beneficio de la WIA (*Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen*), un beneficio de discapacidad laboral.
- Evaluación final: luego de 91 semanas de enfermedad, el empleador debe completar la evaluación final (*eindevaluatie*) en el plan de retorno del empleado, documento que es incluido en el reporte de reintegro al trabajo (*re-integratieverslag*). Una de las secciones del informe de reintegro debe ser completada por el encargado de salud de la empresa, en la que se registra su última evaluación (*actueel oordeel bedrijfsarts of arbodienst*). Este informe es crucial y es usado por la UWV para evaluar si el empleador realizó las gestiones y esfuerzos suficientes para el reintegro del trabajador.
- Reporte de reintegro al trabajo: el empleado es responsable de proporcionar todos los documentos del informe de reintegro, incluyendo información relacionada con el plan de regreso al trabajo e información médica.

Figura 10. Proceso de licencia en Países Bajos



Fuente: Elaboración propia en base a (UWV, 2024a).



Beneficiarios

La legislación obliga a los empleadores, por lo que cada empleador es responsable de entregar el beneficio a sus propios trabajadores. Entonces, en la práctica, esta licencia solo aplica para trabajadores dependientes. El empleador debe proveer el beneficio a (business.gov.nl, 2024b):

- Trabajadores con contrato permanente¹⁹
- Trabajadores con contrato a plazo fijo²⁰
- Trabajadores esporádicos (*on-call employees*)²¹

Beneficios

La legislación obliga al empleador a pagar al menos el 70% del salario del trabajador durante el primer año de enfermedad, siempre y cuando, este monto supere el salario mínimo²². En caso que el 70% del salario sea menor al mínimo, el empleador debe suplementar el beneficio para que éste alcance al menos al salario mínimo. Durante el segundo año, el empleador aún debe cubrir al menos el 70% del salario, pero ya no está obligado a suplementar el beneficio en caso que este sea menor al salario mínimo (business.gov.nl, 2024b).

Existen casos especiales en donde el empleador debe cubrir el 100% del salario (*sickness benefit, Ziektewet-uitkering*). Estos son ausentismo laboral en caso de (UWV, 2024b):

- Donación de órganos
- Embarazo o parto

El beneficio (100% o 70%) se extiende también para otros beneficios (aparte del salario regular) que el empleador recibe en circunstancias normales (cuando no está enfermo), como subsidios u otros beneficios. El beneficio acaba una vez que el empleado se reintegra al trabajo o el contrato de trabajo expira.

Durante el periodo de licencia, es obligación del empleador y el trabajador hacer todos los esfuerzos posibles para que el reintegro a sus funciones ocurra a la brevedad. Este proceso de reintegro (*re-integratietraject*) debe ocurrir alrededor de la cuarta semana de enfermedad, y requiere que el empleador (business.gov.nl, 2024a; UWV, 2024b):

¹⁹ Trabajadores cuyo contrato tiene un plazo indefinido (business.gov.nl, 2024c).

²⁰ Trabajadores con un contrato temporal (business.gov.nl, 2024c).

²¹ Un empleado esporádico (*on-call employee, oproepkracht*) es aquel que solo trabaja cuando el empleador lo llama. Aunque es difícil identificar este tipo de contratos, se considera esporádico cuando:

- al empleado no se le pagan las horas que no trabaja
- el número de horas trabajadas en una semana, mes o año no es fijo
- el derecho a salario es distinto en distintos periodos
- el salario es pagado inmediatamente después de realizado el trabajo, no existe un salario mensual

²² Este porcentaje puede ser mayor si así está estipulado en un acuerdo colectivo o en el contrato individual del empleador (UWV, 2024b).



- Mantenga un dossier de reintegro, que contiene todas las acciones, incluyendo un plan de reintegración al trabajo, reportes de reintegración (*re-integratieverslag*) y todas las comunicaciones con el médico o encargado de salud de la empresa.
- Fijar reuniones de progreso (con su respectivo reporte) cada seis semanas
- Asegurarse con el médico de la empresa que el empleado es capaz de volver a realizar sus funciones
- Escribir, junto con el empleado, un plan de acción en la semana 8 de licencia
- Ajustar tareas, horarios y lugar de trabajo, en la medida de lo posible

Por su parte, al empleado se le pide cooperar con el proceso de reintegro, a través de las siguientes acciones:

- Discutir su estado de salud con el médico de la empresa
- Discutir su progreso cada 6 semanas
- Trabajar en el plan de reintegro y aprobarlo
- Aceptar el trabajo que pueda realizar

Si luego de dos años no hay reintegro, el empleado es elegible para otro beneficio, establecido en el Acta de Trabajo e Ingreso (Capacidad para trabajar): beneficio de discapacidad ocupacional (*Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen, WIA*). En estos casos, si es evidente que el empleado no volverá a trabajar (incluso antes del periodo de dos años), el empleador puede disolver el contrato y el empleado puede postular a los beneficios de la WIA.

Financiamiento y gestión del sistema

La legislación involucrada incluye el Acta de Seguro de Desempleo, que establece los beneficios en el caso de ausentismo laboral por enfermedad y el Acta de Trabajo e Ingreso, que establece los beneficios en caso de discapacidad o licencias de larga duración.

El financiamiento del sistema viene, principalmente, desde los empleadores, quienes están obligados por ley a seguir pagando el sueldo de un trabajador enfermo. La institución administradora del sistema es la UWV, que registra los casos y monitorea el cumplimiento de los pagos y tiempos de la licencia.

Dado que el pago de licencias médicas en Países Bajos es financiado por el empleador, los empleadores utilizan el mercado de seguros (*absenteeism insurance, verzuimverzekering*) para protegerse del riesgo financiero de estos gastos imprevistos, incluyendo los costos de reintegración y consejería (business.gov.nl, 2024d). Esto no constituye obligación (la legislación holandesa establece la obligatoriedad desde el empleador al empleado), pero dada el potencial gasto en este ítem, muchos empleadores deciden contratar este tipo de servicios. Si bien el costo del seguro varía de acuerdo a las características del empleador—por ejemplo, la composición del *staff* de la empresa, el sector de la económico y sus estadísticas de ausentismo laboral pasadas—y el seguro contratado, en promedio, se observa que las primas varían entre 1,5% y un 5,5% del total de los costos salariales (Alpina, 2024). La mayor parte de los seguros incluyen un deducible (*eigen risico*), esto es, el empleador debe pagar de su bolsillo los primeros días de licencia antes que comience a



operar el seguro. Se estima que el costo (para el empleador) de un día de ausencia de un trabajador en Países Bajos bordea los 250 euros (business.gov.nl, (2024d))

Innovaciones y diferencias con Chile

- La legislación establece el beneficio (y todos sus trámites) como de responsabilidad del empleador.
- Incluye explícitamente como obligaciones del empleador, no solo el pago del beneficio sino además la obligación de hacer todos los esfuerzos para reintegrar al trabajador a la brevedad.
- Explicita un esquema temporal en donde el estado de salud del trabajador (y de la licencia) se van monitoreando y actualizando periódicamente, con participación del empleado, empleador y personal médico de la empresa.

4.7. México

La incapacidad laboral en México es un derecho consagrado en el Capítulo III (artículos 42 y 43) de la Ley Federal del Trabajo, que se activa cuando un trabajador sufre un accidente o tiene una enfermedad que le imposibilita realizar su trabajo²³. El Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (Artículo 137) define la Incapacidad Temporal para el Trabajo como “la pérdida de facultades o aptitudes físicas o mentales que imposibilitan parcial o totalmente al asegurado para desempeñar su actividad laboral habitual por algún tiempo” (Instituto Mexicano de Seguridad Social, 2021). En este sentido, el objetivo del beneficio de incapacidad laboral objetivo es amortiguar el impacto económico de la enfermedad en los trabajadores asegurados (Instituto Mexicano de Seguridad Social, 2021).

Para acceder al beneficio, el trabajador debe ir a un médico del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para una evaluación. Una vez realizado este proceso, el profesional médico extiende un certificado de incapacidad que justifica la ausencia del trabajo, indicando los días que el trabajador necesita para su recuperación.

Beneficiarios

En el caso de la incapacidad laboral por enfermedad²⁴, los requisitos para acceder al beneficio son los siguientes:

- Haber cotizado en el IMSS por al menos siete semanas antes del inicio de la enfermedad.
- Para los trabajadores eventuales²⁵, se piden seis semanas cotizadas en los cuatro meses anteriores al inicio de la enfermedad.

²³ Aplica también para trabajadoras que están cerca de la fecha de su parto (licencia pre-natal) (Gobierno de México, 2024).

²⁴ Los requisitos y beneficios difieren en el caso de incapacidad laboral por maternidad y de incapacidad por riesgo en el trabajo (accidente o enfermedad laboral).

²⁵ Aquél que, sin ser permanente ni estacional, desempeña actividades ocasionales en el medio rural, que pueden ser por obra y tiempo determinado (Justia Mexico, 2024).



Beneficios

Según la Ley Federal del Trabajo, el trabajador tiene derecho a recibir el 60% del salario registrado en el IMSS al inicio de la incapacidad, desde el cuarto día hasta el término de 52 semanas, con el pago queda a cargo del IMSS. Según determinen los servicios médicos del IMSS, el beneficio puede ser prorrogado hasta por otras 26 semanas²⁶.

Para definir el número de días de incapacidad laboral, el médico tratante prescribe los días de incapacidad, considerando el origen de la incapacidad (enfermedad)²⁷, así como otros factores, entre ellos la presencia de otras enfermedades y tras una evaluación funcional del trabajador, su capacidad de realizar su trabajo de manera normal, considerando su estado de salud y las características y tareas específicas de su trabajo (Instituto Mexicano de Seguridad Social, 2021)²⁸.

La solicitud para el pago del subsidio se hace en dos modalidades (ambas incluyen registro, modificación de datos y baja (eliminación de cuenta)):

- Modalidad A) En cuenta bancaria en Línea: En la actualidad, para los afiliados al IMSS, existe la posibilidad de solicitar y recibir el pago online, el que es depositado luego directamente a su cuenta bancaria, una vez registrado en el sistema que el IMSS ha habilitado para este fin (Instituto Mexicano de Seguridad Social, 2024).
- Modalidad B) En cuenta bancaria, en Ventanilla: En esta modalidad, el trabajador realiza el trámite de forma presencial en una ventanilla de la unidad de medicina familiar correspondiente, modalidad que también permite el registro de una cuenta bancaria para el pago del subsidio.

Adicionalmente al subsidio monetario, la legislación mexicana establece que la incapacidad laboral existe como una protección para no perder el empleo en caso de enfermedad, a la vez que permite al trabajador recibir un subsidio de manera provisional (Instituto Mexicano de Seguridad Social, 2021).

Financiamiento y gestión del sistema

En el caso mexicano, el beneficio está amparado por las leyes de seguridad social y particularmente está normada en la Ley Federal del Trabajo. El sistema se clasifica como un seguro social que es financiado con contribuciones de los trabajadores (0,25% de los ingresos mensuales), los empleadores (0,70% de la nómina) y el gobierno.

La principal institución a cargo de la administración del sistema es el Instituto Mexicano del Seguro Social (<http://www.imss.gob.mx>), que administra el programa de seguro social y recauda las contribuciones.

Innovaciones y diferencias con Chile

- Incluye en el sistema a trabajadores temporales, para considerar informalidad.

²⁶ Ministerio de Trabajo y Economía Social (s.f.).

²⁷ Se consideran en esta evaluación la historia natural de la enfermedad, su gravedad y el tipo de tratamiento utilizado, la edad, y la presencia de comorbilidades.

²⁸ Esta evaluación incluye la ocupación o puesto de trabajo, tareas específicas a desarrollar, así como actividades físicas, mentales, psicofísicas y sociales (Instituto Mexicano de Seguridad Social, 2021)



- La duración de la licencia es establecida por un médico, considerando la enfermedad, y cómo ésta interactúa con otros factores personales (comorbilidades) y laborales (tareas a realizar).
- El sistema incluye una modalidad en línea para hacer trámites y recibir los pagos.

4.8. Nueva Zelanda

En Nueva Zelanda, la ausencia laboral (*sick leave*) es un periodo en que si el trabajador, su esposa o pareja, niño o niña o cualquier otra persona dependiente del trabajador se enferma o lesiona, sigue percibiendo una remuneración (New Zealand Government, 2021; Employment New Zealand, 2024a). Si bien el beneficio es laboral, su objetivo es que el trabajador pueda cuidar de él y sus dependientes durante este periodo.

La legislación está hecha, además, para proteger al resto de los trabajadores en un lugar de trabajo. De acuerdo con el criterio establecido por el Ministerio del Trabajo: “Pedirle a un empleado que se presente a trabajar mientras está enfermo puede poner en riesgo la salud de otros trabajadores. También podrían generar riesgos de seguridad dependiendo del tipo de trabajo que se realice”. (Employment New Zealand, 2024a) Por esta razón, el gobierno aconseja que, en caso de presentarse una enfermedad y que el trabajador no tenga más días de licencia (o si no tiene derecho a la licencia), empleador y el empleado pueden acordar que el empleado:

- use una licencia por enfermedad con antelación (a ser devuelta con futuros días de licencia)
- utilizar algunas de sus vacaciones anuales (si están disponibles), o
- tome licencia sin goce de sueldo.

Para acceder al beneficio, el trabajador debe informar a su empleador lo antes posible que está enfermo o lesionado y que desea tomar una licencia por enfermedad (Employment New Zealand, 2024).²⁹ Un empleador no puede obligar a un empleado a someterse a un examen médico. Sin embargo, si un empleador tiene buenas razones para creer que un empleado está incapacitado (enfermo o dañado) por cualquier motivo (ya sea por exposición a peligros en el lugar de trabajo u otras causas), puede suspender al trabajador. Un empleador puede solicitar prueba de que un empleado está enfermo una vez que haya estado enfermo durante tres o más días consecutivos. En algunas circunstancias, un empleador puede solicitar prueba de enfermedad o lesión dentro de tres días calendario consecutivos, pero el empleador debe aceptar pagar los honorarios del médico. Por lo general, la prueba es un certificado médico que indica que el empleado está enfermo o lesionado (o su cónyuge, pareja o dependiente) y no puede trabajar. Si un empleado está enfermo o lesionado, o no puede asistir al trabajo porque su cónyuge, pareja o dependiente está enfermo o lesionado, por (Employment New Zealand, 2024):

- menos de tres días y un empleador solicita una prueba de enfermedad o lesión, debe solicitarla lo antes posible y reembolsar al empleado el coste de obtener la prueba, por ejemplo, una visita al médico.

²⁹ Es importante notar que el empleador no está obligado legalmente a conceder a los empleados tiempo libre para visitar al médico o al dentista a menos que el contrato de trabajo así lo indique; en estos casos, estos permisos son negociables entre ambas partes. En caso de no haber acuerdo, el empleado debe programar estas citas para visitar al médico fuera del horario laboral.



- tres o más días seguidos, incluso si estos tres días no son todos los días en los que el empleado habría trabajado (de lo contrario, día laboral) y el empleador solicita pruebas, entonces el empleado debe cubrir el costo.

Beneficiarios

El beneficio aplica para todos los trabajadores, incluyendo trabajadores a tiempo completo y parcial, y empleados casuales³⁰. Los requisitos para acceder al beneficio son:

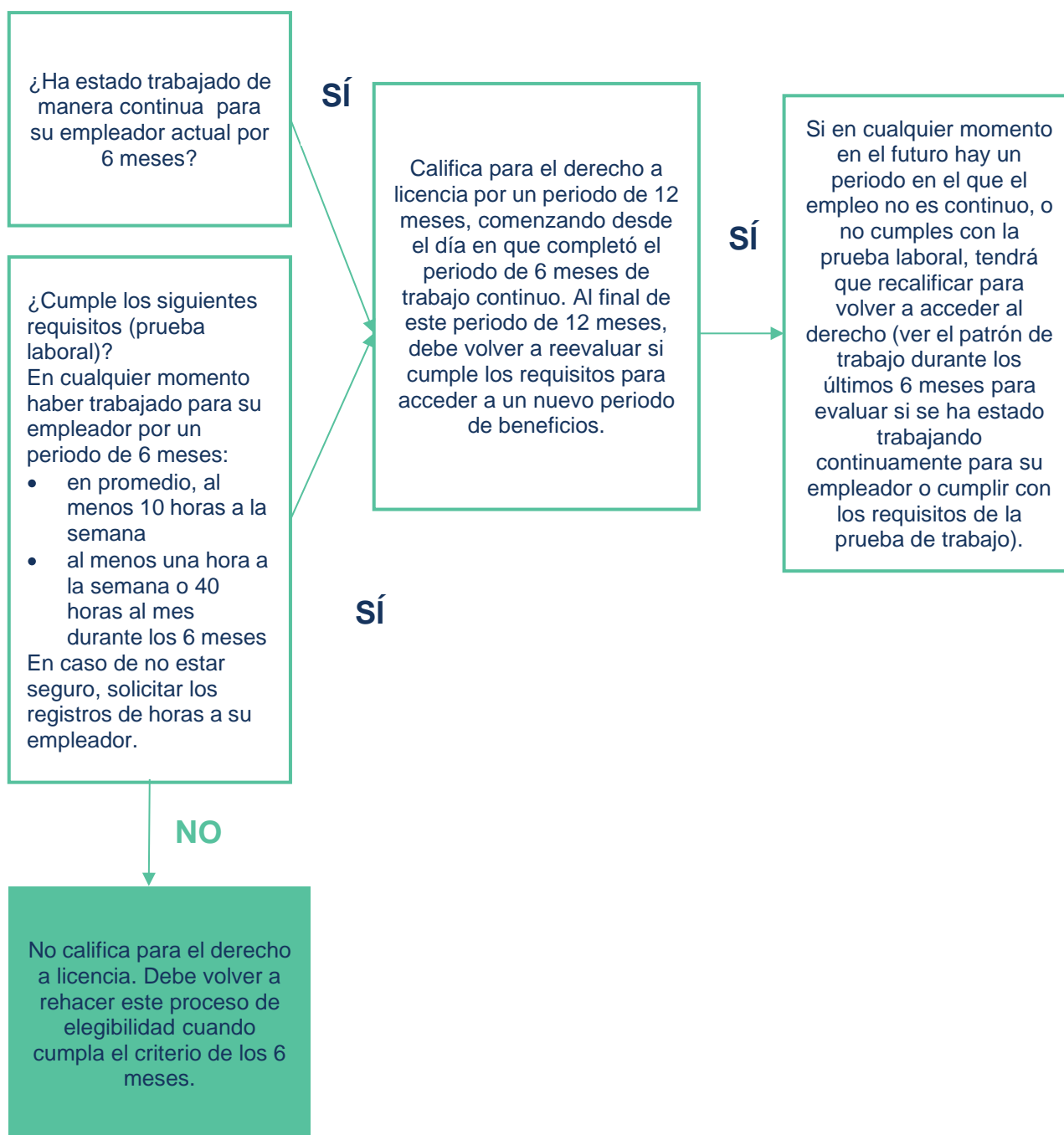
- tener 6 meses de trabajo en su empleo actual con el mismo empleador, o
- haber trabajado para el empleador durante 6 meses por al menos:
 - un promedio de 10 horas por semana, y
 - al menos 1 hora cada semana o 40 horas cada mes.

Para efectos del beneficio de licencia de enfermedad, el empleo continuo no significa que el trabajo tiene que ser de tiempo completo, permanente o en un tipo particular de acuerdo de empleo. Puede incluir (Employment New Zealand, 2024c):

- Trabajo de medio tiempo
- Empleo de duración determinada
- Un empleado cuyo patrón de trabajo es predecible pero poco frecuente

Figura 11. Elegibilidad en el sistema neozelandés

³⁰ El empleo casual, si bien no está definido en la legislación laboral, se utiliza para referirse a una situación en la que el empleado no tiene horas de trabajo garantizadas, ningún patrón regular de trabajo y ninguna expectativa continua de empleo. El empleador no tiene que ofrecer trabajo al empleado y el empleado no tiene que aceptar trabajo si se le ofrece. El empleado trabaja como y cuando le conviene tanto a él como al empleador. A veces, esto puede suceder porque al empleador le resulta difícil predecir cuándo debe realizarse el trabajo o cuándo debe realizarse rápidamente. Cada vez que el empleado acepta una oferta de trabajo se trata como un nuevo período de empleo (Employment New Zealand, 2024b).



Fuente: Employment New Zealand (2024c).

Beneficios

Desde el 24 de julio de 2021, la legislación neozelandesa fue modificada para incrementar el derecho mínimo de ausencia laboral desde 5 a 10 días por año para los trabajadores que cumplen los criterios para acceder al beneficio (Employment New Zealand, 2024a), esto es, por cada período de 12 meses, cada empleado recibe al menos 10 días de licencia por enfermedad³¹ (Ministry of Business, Innovation & Employment, 2023).

³¹ Se entiende que estos 10 días refieren a días que, de no ser por la licencia, hubieran sido trabajados (*otherwise working day*) (Employment New Zealand, 2024a). En caso de que existan acuerdos laborales distintos entre el



Los derechos de baja por enfermedad no se prorratean de ninguna manera. Esto significa que todo trabajador—independiente de las horas trabajadas—tiene derecho a los 10 días de licencia al año. Por otro lado, los días sí son acumulables: un trabajador que no usa sus 10 días en un año, puede acumular hasta 20 días de enfermedad al año (Employment New Zealand, 2024a). La ley concibe el derecho a licencia por enfermedad en términos de días, por lo que en principio no son divisibles en días parciales ni en horas. Esto significa que si un empleado trabaja parte del día y luego se va a casa enfermo, esto puede contarse como un día completo de licencia por enfermedad, sin importar cuánto tiempo trabajó antes de regresar a su casa. Sin embargo, el empleado y el empleador pueden acordar describir el derecho como horas o jornadas parciales si esto es mejor para el empleado. Por ejemplo, si un empleado trabajó medio día y luego se fue a casa enfermo, su empleador podría aceptar deducir solo medio día de licencia por enfermedad. El pago por este medio día de baja por enfermedad sería exactamente la mitad de su salario diario correspondiente o del salario diario medio (Employment New Zealand, 2024a).

Si durante algún año el trabajador no cumple los criterios establecidos para acceder al beneficio, no tendrá un nuevo periodo de derecho a baja por enfermedad (no hay renovación automática del beneficio). Sin embargo, en esta situación, el trabajador sí puede utilizar el saldo de licencia por enfermedad que hayan transferido del año anterior. De igual forma, cualquier empleado puede volver a calificar para la licencia por enfermedad en tanto cumpla con los criterios de elegibilidad (Employment New Zealand, 2024a).

El pago de la licencia por enfermedad solo se realiza cuando es un día en el que un empleado habría trabajado si no estuviera enfermo (*otherwise working day*). El pago en cada caso es calculado a partir de la remuneración diaria (salario relevante o salario promedio) del trabajador. El pago diario relevante significa pagar a un empleado lo que habría ganado si estuviera trabajando ese día. El pago diario relevante incluye (Employment New Zealand, 2024d):

- pagos tales como asignaciones regulares (imponibles), comisiones y bonificaciones si el empleado los hubiera recibido en el día correspondiente
- pagos de horas extras, si el empleado las hubiera recibido el día correspondiente
- el valor en efectivo de la manutención o alojamiento si éste ha sido proporcionado por el empleador.

El pago diario correspondiente no incluye:

- pagos de contribuciones del empleador a un fondo de jubilación de empleados
- Reembolsos a pagar al trabajador por la jornada.

Por su parte, el salario promedio diario se utiliza en los casos en que (Employment New Zealand, 2024d):

- no es posible o factible calcular el salario diario correspondiente, o
- El salario diario de un empleado varía en el período de pago en cuestión.

El salario diario promedio es un promedio diario de los ingresos brutos del empleado durante las últimas 52 semanas, calculado:

- sumando los ingresos brutos del empleado durante el período, y

trabajador y el empleador, esto puede significar más o menos de los 10 días establecidos en la legislación o, por ejemplo, que un empleado pueda acumular más de 20 días de licencia (Employment New Zealand, 2024a).



- dividiendo esto por el número de días completos o parciales que el empleado trabajó o estuvo de licencia remunerada o días festivos durante ese período.

Financiamiento y gestión del sistema

El sistema está regido por la Ley de Vacaciones de 2003 (Holidays Act 2003) (Parliamentary Counsel Office, 2003).³²

En el caso de Nueva Zelanda, el beneficio es cubierto íntegramente por el empleador, el que sigue pagando el sueldo a su trabajador durante los días de ausencia, hasta completar el periodo máximo establecido por la ley.

La ley de Holidays Act 2003 es administrada por el Ministerio de Negocios, Innovación y empleo (<https://www.mbie.govt.nz/>), pero todo lo relacionado a la aplicación de las licencias médicas es manejado por la sección de empleo (trabajo) del Ministerio (<https://www.employment.govt.nz/>).

Innovaciones y diferencias con Chile

- Combina licencia como beneficio laboral y estrategia de salud (prevención de enfermedades).
- Basado en confianza; examen médico disponible en casos que el empleador lo requiera.
- Beneficio se extiende también para enfermedad de cónyuges o dependientes; también considera distintos tipos de trabajadores, incluidos aquellos que no tienen una jornada bien definida.
- Considera un periodo máximo de beneficio (10 días en 12 meses); luego del cual, el beneficiario debe volver a reevaluarse para continuar percibiendo el subsidio.

4.9. Portugal

En Portugal, el beneficio de licencia por enfermedad en el trabajo (*subsídio de doença*) es una prestación concedida al beneficiario para compensar la pérdida de remuneración resultante del impedimento temporal para trabajar por enfermedad. La legislación portuguesa considera como enfermedad cualquier situación de problemas de estado de salud, que no resulta de una causa profesional (accidentes del trabajo) o de un acto bajo responsabilidad de tercero por la que se deba una indemnización, que determina la incapacidad para el trabajo.

Para acceder al beneficio se requiere, en primer lugar, certificar el estar en situación de incapacidad laboral temporal (*Certificado de Incapacidade Temporária para o Trabalho*, CIT). Este proceso debe ser realizado por un médico del servicio de salud correspondiente³³. Luego

³² Actualmente existe un nueva propuesta de cambios al sistema (HRD, 2024).

³³ Centros de salud, servicios de prevención y tratamiento de drogodependencias y hospitales, a excepción de los servicios de urgencias. En casos especiales, la certificación tiene un proceso distinto. Si la enfermedad ocurre a bordo de un barco, la certificación de la incapacidad temporal se realiza siempre con intervención médica, aunque no sea presencial; en este caso, es el empleador quien debe enviar el documento médico. Si la enfermedad ocurre fuera del territorio nacional, los documentos de certificación de enfermedades son expedidos por los médicos de



de este proceso, la información sobre el estado de enfermedad se envía electrónicamente desde los servicios de salud a los servicios de la Seguridad Social, quienes verifican las condiciones de concesión del subsidio y proceden a su pago, en su caso.

Beneficiarios

El beneficio cubre a los siguientes grupos de la población (Seguranca Social, 2024):

- Empleados
- Trabajadores independientes
- Afiliados al seguro social voluntario:
 - Trabajadores marítimos y vigilantes nacionales que realizan actividades profesionales en buques de empresas extranjeras.
 - Trabajadores marítimos nacionales que realizan actividades a bordo de embarcaciones de empresas mixtas pesqueras
 - Tripulación que trabaja en buques inscritos en el Registro Internacional de Buques de Madeira (MAR)
 - Becarios de investigación científica
 - Bomberos voluntarios, previo pago de la aportación respectiva (voluntaria)

Adicionalmente a la certificación de incapacidad laboral (CIT), el beneficio se concede a los trabajadores (listado anterior) que cuenten con al menos 6 meses de trabajo—consecutivos o intercalados—con registro de pagos (salario), a la fecha de inicio de la enfermedad (Seguranca Social, 2024).

Para efecto del conteo de estos 6 meses, se considera el mes en que se presenta la enfermedad (período de garantía). En este caso, para utilizar este periodo de garantía se requiere—para trabajadores por cuenta propia o si los acogidos al régimen voluntario de seguridad social—tener las cotizaciones de la seguridad social al día y regularizadas, en la fecha en que se le reconozca el derecho a la prestación. Para los trabajadores dependientes, se necesita contar con 12 días con constancia de remuneración por trabajo efectivamente realizado, en los 4 meses inmediatamente anteriores al mes anterior a la fecha en que se inició la incapacidad (índice de profesionalidad³⁴). Esta condición no se aplica a los trabajadores por cuenta propia ni a los trabajadores marítimos.

Para el índice de profesionalidad se consideran los períodos en los que se registra una remuneración por el trabajo efectivamente realizado y los períodos en los que se registra una remuneración equivalente al ingreso de aportes, en los siguientes casos:

- Enfermedad que se presenta dentro de los 60 días siguientes a la fecha de cese de la enfermedad anterior
- Recepción de subvenciones en el ámbito de la protección social en paternidad.
- No recibir:

los países en donde el beneficiario se encuentre, pero deben ser autenticados por los servicios consulares portugueses.

³⁴ Corresponde al número mínimo de días que se deben trabajar en los meses previos a la incapacidad para optar al beneficio de subsidio por enfermedad (European Commision, 2024).



- Cantidades pagadas periódicamente por los empleadores, sin compensación por el trabajo, particularmente prejubilación
- Beneficios de desempleo
- Pensiones de invalidez y vejez de cualquier régimen de la Seguridad Social, excepto las derivadas de accidente de trabajo, enfermedad profesional u otra reconocida como indemnización.
- No estar preso, excepto en situaciones en las que el beneficiario esté recibiendo prestaciones de enfermedad en el momento de la detención.

Tabla 29. Compatibilidad e incompatibilidad del subsidio por enfermedad

Beneficio compatible con	Beneficio incompatible con
<ul style="list-style-type: none">● Beneficios compensatorios por aguinaldos de vacaciones y navideños● Subsidio de inserción social (apoyo a familias en extrema pobreza)● Indemnización por incapacidad temporal derivada de enfermedad profesional y accidente de trabajo, siempre que el valor de la indemnización sea inferior al valor de la prestación de enfermedad● Pensiones concedidas en el ámbito de la protección por accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y otras reconocidas como indemnización.	<ul style="list-style-type: none">● Pensión de invalidez● Jubilación● Subsidio de desempleo● Prestación social de desempleo● Subvenciones concedidas en el ámbito de la protección social en maternidad● Prestaciones del subsistema solidario, excepto rentas de inserción social● Asignación de manutención al cuidador principal informal.

Fuente: (Seguranca Social, 2024).



Beneficios

El período de duración del beneficio depende de la duración de la enfermedad y está sujeto a períodos máximos de acuerdo con la siguiente tabla:

Tabla 30. Duración máximo del beneficio por tipo de beneficiario

Periodo máximo del beneficio	Beneficiarios
Hasta 1095 días	Empleados



	Trabajadores marítimos nacionales que laboran a bordo de buques de empresas mixtas pesqueras
	Trabajadores marítimos y vigilantes nacionales que realicen actividades profesionales en buques de empresas extranjeras.
	Tripulación que trabaja en buques inscritos en el Registro Internacional de Buques de Madeira (MAR)
Hasta 365 días	Trabajadores independientes
	Becarios de investigación científica
Sin límite de tiempo	Trabajadores con enfermedad tuberculosa

Fuente: (Seguranca Social, 2024).

La ley establece un periodo de carencia para el pago del beneficio. De acuerdo a las siguientes características, el inicio del pago corresponde a (Seguranca Social, 2024)³⁵:

- día 4 de incapacidad laboral (período de carencia de 3 días) si es trabajador dependiente
- día 11 de incapacidad laboral (período de carencia de 10 días) si trabaja por cuenta propia
- día 31 de incapacidad laboral (período de espera de 30 días) si es beneficiario del régimen voluntario de seguridad social
- día 1 de incapacidad laboral, para cualquier beneficiario en las siguientes situaciones:
 - Ingreso hospitalario o cirugía ambulatoria, realizada en establecimientos hospitalarios del Servicio Nacional de Salud o instituciones privadas con autorización legal para operar por el Ministerio de Salud
 - Tuberculosis
 - Enfermedad iniciada durante el período de concesión del subsidio parental

Por otra parte, el derecho cesa cuando:

- Llega el final del plazo establecido en el certificado de incapacidad (CIT).
- Durante el período de incapacidad, la enfermedad haya sido declarada insostenible por los servicios sanitarios competentes o por la comisión de reevaluación o el beneficiario haya retomado la actividad profesional por considerarse apto.
- El beneficiario no ha aportado una justificación razonable por su ausencia de residencia, sin autorización médica expresa, o por faltar a la cita para un reconocimiento médico.
- Si el trabajador por cuenta propia o beneficiario del régimen de seguridad social (contribución voluntaria) no tiene regularizada su situación de cotización al finalizar el

³⁵ No se considera el primer día de incapacidad si se ha pagado. En los casos en que el certificado de incapacidad (CIT) sea emitido manualmente por el médico y si se entrega dentro de un plazo de 5 días hábiles a partir de la fecha de emisión, la prestación por enfermedad se concede a partir de la fecha de entrega del certificado, teniendo en cuenta el período de espera mencionado anteriormente.



tercer mes inmediatamente anterior al que se inició la incapacidad y no la regulariza en los 3 meses siguientes al que se produjo la suspensión.

Sobre el monto del beneficio, el importe diario del subsidio se calcula como un porcentaje del salario de referencia del beneficiario. Este porcentaje varía según la duración y la naturaleza de la enfermedad, de acuerdo a la siguiente tabla (Seguranca Social, 2024):

Tabla 31. Beneficio como porcentaje del salario de acuerdo a situación del beneficiario

Escenario normal ³⁶		Casos de tuberculosis	
Salario de referencia	Duración de la enfermedad	Salario de referencia	Cargas familiares ³⁷
55%	Hasta 30 días	80%	Hasta 2 familiares a cargo
60%	De 31 a 90 días	100%	Más de 2 familiares a cargo
70%	De 91 a 365 días		
75%	Más de 365 días		

Fuente: (Seguranca Social, 2024).

El salario de referencia usado para el cálculo el beneficio se puede estimar de dos formas:

- Salario de referencia = (remuneración total registrada en los primeros 6 meses calendario inmediatamente anteriores al segundo mes anterior al inicio de la incapacidad laboral) /180
- Salario de referencia = (Remuneración total registrada desde el inicio del período de referencia hasta el día anterior el impedimento para trabajar) / (30* número de meses reportados); para el caso en que no hay registro de remuneraciones en ese período de 6 meses

Las vacaciones, navidades u otros beneficios similares no se tienen en cuenta en la retribución total.

³⁶ En los casos en que la prestación de enfermedad corresponda al 55% o al 60% del salario de referencia, se producirá un aumento del 5% en los porcentajes respectivos cuando se aplique al beneficiario una de las siguientes condiciones:

- El salario de referencia es igual o inferior a 500€.
- El hogar incluye 3 o más integrantes de hasta 16 años o hasta 24 años si perciben prestación familiar por niños y jóvenes
- El hogar incluye a integrantes que se benefician del bono de invalidez de la Asignación Familiar para Niños y Jóvenes.

En estos casos, el beneficio corresponde a 60% en enfermedades de hasta 30 días y 65% para enfermedades entre 31 y 90 días.

³⁷ Se consideran familiares dependientes:

- el cónyuge que no ejerce actividad profesional
- los hijos hasta los 16 años, o hasta los 24 años si perciben el beneficio familiar y los que se benefician del bono de invalidez del beneficio familiar para niños y jóvenes.



Los valores mínimos y máximos del subsidio se definen en función del Índice de Apoyo Social (*Indexante dos Apoios Sociais*, IAS) y el salario de referencia. El beneficio mínimo a percibir se calcula como el 30% del valor diario de IAS o el salario de referencia, si este es inferior a ese límite mínimo³⁸. Por otra parte, el beneficio máximo se define como el valor neto del salario de referencia, el que se obtiene deduciendo, del valor bruto de la remuneración de referencia, las contribuciones a la seguridad social y pago de impuestos de cada beneficiario.

En los casos en que el salario de referencia es superior a 500 euros, el monto del beneficio diario no puede ser inferior al valor de la prestación de enfermedad para un salario de referencia de 500 euros (US\$545). En los casos en que el beneficiario reciba un beneficio mayor al que le corresponde, debe devolver el monto extra percibido, lo que se puede realizar a través del pago directo o descontando la cantidad de algún otro beneficio que se esté recibiendo.

Durante el periodo que el beneficiario recibe el subsidio, está obligado a (Seguranca Social, 2024):

- Quedarse en su casa, excepto para ir a tratamiento médico o entre las 11 y 15 horas y entre las 18 y 21 horas, en el caso que exista una autorización médica en su CIT
- Presentarse a exámenes médicos que sean requeridos por el Sistema de Verificación de Incapacidad (*Sistema de Verificação de Incapacidades*, SVI)
- Informar a la Seguridad Social, dentro de los 5 días hábiles siguientes a la fecha de ocurrencia de los siguientes hechos:
 - la recepción de ingresos periódicos no relacionados al trabajo
 - la percepción de pensiones u otras remuneraciones que compensen la pérdida de remuneración, sus respectivos montos y el régimen de protección social bajo el cual se otorgan
 - la identificación de los responsables y el importe de la indemnización percibida, si hay acuerdo, siempre que la incapacidad resulte de un accidente de trabajo o del acto de un tercero por el que se deba indemnizar
 - el ejercicio de una actividad profesional, incluso si no es remunerada
 - el cambio de residencia
 - el confinamiento en una prisión
 - cualquier otra situación susceptible de determinar el cese del derecho o su extinción.

El no cumplimiento de estos deberes implica la suspensión del beneficio, así como multas que van desde los 25 a los 500 euros (US\$21 a US\$545)³⁹.

Financiamiento y gestión del sistema

³⁸ Valor IAS = 509,26€, por lo que el beneficio mínimo calculado por el 30% del valor IAS diario son 5,09€ (Seguranca Social, 2024).

³⁹ Las multas van entre los 24,94 a los 249,40 euros en los casos en que no se comunica en el plazo de 5 días la ocurrencia de un accidente laboral o incapacidad temporal producto del acto de un tercero y entre los 74,82 y los 498,80 euros en caso de no reportar el ejercicio de actividad profesional, aún cuando no sea remunerada, durante el periodo de la licencia (Seguranca Social, 2024).



El subsidio por enfermedad se encuentra amparado por el Código del Trabajo del año 2009, así como distintas leyes que regulan los deberes y derechos respecto del beneficio (ePortugal. gov.pt, 2024).⁴⁰ El beneficio es administrado por la seguridad social de Portugal.

El financiamiento viene de las contribuciones conjuntas de trabajadores y empleadores. Por una parte, los empleados contribuyen con el 11% de sus ingresos brutos mensuales, las que financian, además de las prestaciones de enfermedad, las de maternidad. De manera similar, los trabajadores por cuenta propia contribuyen el 29,6% de los ingresos mensuales de referencia. Por otra parte, los empleadores aportan con el 23,75% de la nómina mensual bruta. De las contribuciones combinadas del asegurado y del empleador (34,75%), el 1,41% financia prestaciones de enfermedad y el 0,76% financia prestaciones de maternidad.

Innovaciones y diferencias con Chile

- La certificación la realizan ciertos médicos (del sistema de salud) y es enviada directamente a la institución pagadora.
- Duración máxima del beneficio y el periodo de carencia dependen del tipo de beneficiario (tipo de trabajador, por ejemplo, asalariado, independiente, etc.).
- El beneficio depende de la duración de la licencia y la estructura familiar (presencia de dependientes o cargas) en el caso de tuberculosis.

4.10. Uruguay

El beneficio tiene por objetivo subsidiar económicamente al trabajador/a activo en períodos de enfermedad, invalidez temporal, riesgos profesionales y accidentes de trabajo, mediante una prestación monetaria a trabajadores activos que por motivos de una enfermedad o accidente del trabajo no pueden cumplir sus funciones (Banco de Previsión Social, 2024).

En el caso de Uruguay, es el trabajador quien debe informar a su empresa del certificado de enfermedad; por su parte, el prestador de salud que realiza la certificación ingresa los datos por sistema—dentro de las 48 horas siguientes a la consulta por parte del trabajador—, lo que genera automáticamente una solicitud de subsidio por enfermedad a la entidad encargada del pago del subsidio, el Banco de Previsión Social (BPS). Por su parte, la empresa debe informar al BPS cuál fue el último día trabajado y cualquier información (incremento de jornal, reintegros anticipados, suspensión por mala conducta) que puedan afectar el monto y/o duración del beneficio (Banco de Previsión Social, 2024).

Beneficiarios

Las siguientes personas pueden acceder al beneficio (Banco de Previsión Social, 2024):

- Trabajadores dependientes que laboren en el sector privado

⁴⁰ Decreto Lei 28/2004, de 4 de fevereiro, de Regime jurídico de proteção por doença, alterado pelo Decreto Lei 146/2005, Decreto Lei 302/2009, Decreto Lei 133/2012 e Decreto Lei 53/2018; Lei 98/ 2009, de 4 de setembro, Regulamenta o regime de reparação de acidentes de trabalho e de doenças profissionais, incluído a reabilitação e reintegração profissional; Portaria 220/2013, de 4 de junho, que estabelece o novo regime jurídico de proteção social na eventualidade doença, no âmbito do subsistema previdencial de Segurança Social.



- Patrones unipersonales⁴¹
- Otros⁴²

Adicionalmente, para acceder al subsidio, estos trabajadores deben cumplir los siguientes requisitos (Banco de Previsión Social, 2024):

- Jornaleros o destajistas: 75 jornales efectivos, trabajados en el año anterior a la fecha del último día trabajado.
- Mensuales: 3 meses de actividad efectiva en el año inmediato anterior a la enfermedad, en una o más empresas, ya sea consecutivos o interrumpidamente.
- Titulares de empresas unipersonales o monotributistas: estar al día con los aportes y cotizar 3 meses de actividad efectiva en el año inmediato anterior a la enfermedad (consecutivos o no).
- Embarazadas: tienen derecho al subsidio aunque no lleguen a cotizar el mínimo de jornales.
- Multiempleo: certificados en todos sus empleos al mismo tiempo.

Los trabajadores del sector público tienen una normativa especial, aplicable a todas las personas que tengan una relación laboral de dependencia con el Poder Ejecutivo (Uruguay Presidencia, s.f.).

El subsidio por enfermedad es incompatible con otros beneficios otorgados por el Estado, como el subsidio por desempleo, el adelanto prejubilatorio o las indemnizaciones temporarias por accidente de trabajo (Banco de Previsión Social, 2004).

Beneficios

El subsidio consiste en el pago de hasta el 70% de todos sus ingresos imponibles, calculado como el promedio del total de lo percibido en los 180 días anteriores al último día del mes anterior al de la enfermedad o accidente⁴³. A enero de 2024, el monto máximo del subsidio era de \$60.973 (US\$15.13) (Banco de Previsión Social, 2024). En el caso de los trabajadores del sector público, pueden acceder al 70% y hasta el 100% del salario (Uruguay Presidencia, s.f.).

El beneficio tiene una duración máxima de un año (cuando el gatillante es una enfermedad), el que puede ser extendido como máximo por otro año (prórroga), o 2 años alternados dentro de los últimos 4 años, por la misma dolencia. En el caso de los trabajadores públicos, existen tres modalidades de beneficio: licencia remunerada por enfermedad, subsidio por enfermedad común y subsidio por enfermedad por causal excepcionales. En el caso de la licencia, los trabajadores disponen de nueve días hábiles de licencia por año lectivo no

⁴¹ De industria y comercio, con hasta 5 dependientes; Rurales, con hasta 5 dependientes (según opción mutua); Monotributistas con cónyuge colaborador y hasta 1 dependiente, y; Monotributistas con hasta 3 dependientes en época de zafra.

⁴² Considera: Docentes del Instituto Elbio Fernández; empleados de la Dirección de Arquitectura del Ministerio de Transporte y Obras Públicas; empleados con vínculo funcional 57 de la Presidencia de la República; empleados con aportación civil y vínculo funcional 94; Monotributista común o Mides con aportación Rural o Industria y Comercio con vínculo funcional 2 (socio con actividad); socios cooperativas; trabajadores con jubilación por ley 19.160 generan derecho por la actividad parcial, y; Asistentes personales con aportación 48 y vínculo funcional 114 o 115.

⁴³ El sueldo o jornal básico es el que corresponde a al cargo o categoría, excluidas las partidas por locomoción, viáticos, habilitación, quebrantos de caja, horas extras y retribuciones especiales.



acumulables para cubrir períodos de inasistencia debidamente justificados por enfermedad o accidente; a partir del día 10 de inasistencia en el año, de forma alternada o consecutiva, hasta que vuelven a sus funciones normales, perciben el 75% de su salario (SENF al 75%). En casos de ciertas contingencias, se autoriza el pago del 100% de la remuneración (SENF al 100%) (Banco de Previsión Social, 2024).

El pago del beneficio tiene un periodo de carencia de tres días, lo que implica, que el subsidio se comienza a pagar a partir del cuarto día desde la certificación de la enfermedad y es realizado en forma mensual. En los casos de internación, el subsidio se paga desde el primer día.

Gestión y financiamiento

El subsidio por enfermedad en Uruguay está amparado por diversas leyes, entre ellas, la Ley 14.407 (Administración de los Seguros Sociales por Enfermedad) (Banco de Previsión Social, 1975), las Leyes 18.725 y 19.003 (Establece monto máximo y modificación de la base de cálculo) (Banco de Previsión Social, 2004) y la Ley 17.786 (Incompatibilidad con otras prestaciones). El subsidio para los trabajadores del sector público se rige por la Ley 20.075 (Uruguay Presidencia, 2024).

El sistema es administrado por la Administración de los Seguros Sociales por Enfermedad (ASSE), mientras que el pago del beneficio está a cargo del BPS.

El financiamiento del sistema es tripartito e incluye aportes de las empresas (hasta el 5% de las remuneraciones de los trabajadores), los trabajadores (hasta el 3% de sus remuneraciones) y el Estado (Banco de Previsión Social, 2004).

El BPS ha habilitado un sistema de consultas que permite a los trabajadores recibir asesoramiento personalizado respecto del subsidio por enfermedad, el cuál puede ser realizado de manera virtual o presencial en oficinas del BPS a lo largo de todo el país (Banco de Previsión Social, 2024).

Innovaciones y diferencias con Chile

- En el proceso de certificación participan trabajadores, empleadores y Estado.
- Tiene sistema diferenciado para trabajadores del sector privado y público.

4.11. Principales conclusiones

Esta sección presenta un breve resumen de las principales características de los sistemas analizados.⁴⁴ La tabla muestra tanto las principales características de los beneficios, en términos de monto y duración, así como estrategias de contención de costos, basadas en selección de beneficiarios y diferenciación de beneficios.

En términos generales, los sistemas se pueden clasificar de acuerdo:

⁴⁴ En el Anexo 1 se presenta un resumen de las principales características de cada sistema.



- Financiamiento: público (ej.: Australia), contributivo (ej.: Uruguay, Colombia), privado (Países Bajos, Nueva Zelanda) o mixto (ej.: Dinamarca, México)
- Característica del monto: monto fijo (ej.: Australia, Dinamarca) versus porcentaje del ingreso (ej.: Francia, Portugal)
- Duración del beneficio: fija (ej.: Nueva Zelanda), secuencial⁴⁵ (ej.: Colombia, Países Bajos) o indefinida (ej.: Australia, Chile)

Tabla 32. Comparativo de los sistemas de licencias en países seleccionados

País	Monto mensual ⁴⁶	Duración	Periodo de espera/carencia	Criterios de exclusión de beneficiario	Tope monto del beneficio	Beneficio diferenciado por duración	Beneficio diferenciado por ingresos	Beneficio diferenciado por características individuales	Periodo de espera/carencia
Australia	1000-1320 (US\$)	N/A	14 días	X	x	x		x	x
Chile	100% del ingreso	N/A	4 y 11 días	x					x
Colombia	50-66% del ingreso	180 días	2 días		x	x			x
Dinamarca	2520 (US\$)	30/154 días	14 y 30 días		x		x		x
Francia	50-66,7% del ingreso	365 días	3 días		x	x		x	x
México	60% del ingreso	365 días	3 días	x	x				x
Países Bajos	70%-100% del ingreso	728 días	No	x	x				
Nueva Zelanda	100% del salario diario	10 días	No	x					
Portugal	55-75% del ingreso	1095 días	Entre 3 y 30 días	x	x	x		x	x
Uruguay	70% del ingreso	365 días	3 días	x	x				x

Fuente: Elaboración propia.

⁴⁵ Esto quiere decir que la estructura del sistema (beneficios, trámites, financiamiento) va cambiando a medida que cambian los días de la licencia.

⁴⁶ A modo de comparación para los países que tienen un beneficio con monto fijo (Australia y Dinamarca), se presenta el salario mínimo vigente en ambos países.

El salario mínimo (2024) en Australia es de AUS 24.10 (US\$16) por hora o AUS 915.90 (US\$610) para una jornada de 38 horas (antes de impuesto) (Fair Work Ombudsman, 2024). Esto implica que el beneficio se ubica entre 1.64 y 2.16 salarios mínimos). Por su parte, el salario promedio en Australia se ubica en AU\$1,923.40 (US\$1280) (Australian Bureau of Statistics, 2024). Esto significa que el beneficio ofrecido está entre 0,78 y 1 salario medio. Por su parte, Dinamarca no tiene un salario mínimo legal. El salario promedio en el país es de DKK 46.972 (US\$6.936), lo que implica que el beneficio de subsidio por enfermedad representa 0,36 salarios promedio (Statistics Denmark, 2024).



Adicionalmente, los sistemas muestran diversas características interesantes, que podrían ser aplicadas para el caso chileno, como el uso de características individuales (composición del hogar) para definir beneficios y la existencia de carencias o periodos de espera para recibir los beneficios.

5. Síntesis de propuestas de reforma al sistema de licencias médicas en Chile en los últimos años

Finalmente, esta sección presenta una síntesis de las propuestas de reforma al sistema de licencias médicas. Esto es importante, ya que el presente estudio reconoce la existencia de análisis previos, tanto diagnósticos como propuestas referentes al sistema de licencias médicas en el país, realizados en los últimos años. Estos estudios previos incluyen la existencia de Comisiones Presidenciales para analizar posibles reformas, así como documentos elaborados desde el ámbito académico y otras instituciones de gobierno y no gubernamentales.

Por lo tanto, el objetivo de esta sección es visibilizar, agrupar e identificar consensos y disensos en torno a las propuestas realizadas los últimos años para mejorar el sistema de subsidios por enfermedad en Chile, a modo de establecer propuestas complementarias para una futura reforma.

La sección se organiza en torno a tres grandes dimensiones sobre las que se podrían generar cambios al sistema:

- i. Gobernanza y financiamiento
- ii. Estructura de los beneficios
- iii. Control y fiscalización

A continuación, se presentan distintas propuestas realizadas en los últimos 15 años para reformar el sistema de licencias médicas en el país. Una síntesis similar se encuentra en Hormazábal & Velasco, (2024)

5.1. Gobernanza y financiamiento

Rectoría y administración

Gobernanza es entendida como la realización de relaciones entre diversos actores involucrados en la decisión, ejecución y evaluación de asuntos de interés público (CEPAL, 2024). En consecuencia, en esta dimensión, se evalúan propuestas que apuntan a modificar la manera en la que distintos actores del sistema se coordinan, asumen responsabilidad y toman decisiones.

Al respecto, existe consenso entre las distintas propuestas sobre la necesidad de separar el subsidio de incapacidad laboral del seguro de salud (Sánchez & Inostroza, 2011; Hormazábal & Velasco, 2024). Lo anterior se justifica en el hecho que mantener la rectoría, gestión y administración conjunta de ambos sistemas confunde, por una parte, la transparencia y diferenciación en el gasto en prestaciones de salud, y por otra parte, dificulta una gestión eficiente y diferenciada, esto es, poder realizar los ajustes de cada sistema de manera



independiente (Torche et al. 1999; Comisión Presidencial de Salud 2010; Sánchez & Inostroza 2011; Arredondo et al. 2017).

Si bien no hay un acuerdo respecto a la forma en que este nuevo sistema debiera ser administrado, las propuestas abogan por una estructura única (que permitiría una mayor mancomunación de los recursos) o una administración compartida por los diversos actores participantes del sistema FONASA, Isapres, compañías de seguros). Algunos expertos plantean como una alternativa plausible que el encargado de la rectoría y gestión del sistema de licencias deben ser las mismas entidades que otorgan las prestaciones de salud, ya que generarían contención de los costos en ambos casos (Hormazábal & Velasco, 2024). Una visión distinta es que esta función debería incluir a nuevos actores de la industria, como las compañías de seguros. Esto permitiría separar la administración de salud de la administración e las licencias, posibilitando una mejor gestión, monitoreo y evaluación del sistema. Finalmente, otra alternativa planteada en la literatura es que la recaudación se haga a través de las administradoras de fondos previsionales (AFP), el Instituto de Previsión Social (ISP) u otra institución, entidades que podrán transferir los montos cotizados a la entidad que se encargue del subsidio (Sánchez & Inostroza, 2011).

Fuentes de financiamiento

Existe consenso en que se deben introducir modificaciones en nuestro actual sistema de financiamiento del subsidio de incapacidad laboral, especialmente respecto a la participación del empleador, quien actualmente se encuentra excluido de este proceso. Acá, la principal alternativa es que el empleador financie parcial o totalmente las licencias, lo que generaría interés del empleador por tomar medidas preventivas y fiscalizadoras sobre los problemas de salud de los trabajadores (Cid, 2006; Villalobos et al., 2022; Hormazábal & Velasco, 2024).

Manejo de recursos

Un segundo punto respecto al tema del financiamiento tiene que ver no con la fuente, sino el manejo de los recursos recaudados. Como se planteó en el apartado de “Gobernanza”, en la actualidad, los recursos del sistema de licencias están “mezclados” con los fondos para cubrir prestaciones de salud. En esta línea, una opción propuesta por diversos estudios es tener fondos separados para salud y licencias y que los aportes para los subsidios de enfermedad se realicen a un fondo específico para estas funciones, similar al “seguro de cesantía” (Sánchez & Inostroza, 2011; Villalobos et al., 2022).

5.2. Estructura de los beneficios

Días de carencia

Respecto a la duración de las licencias médicas, no existe consenso de los expertos. Por una parte, algunos estudios proponen eliminar los días de carencia, dado que su existencia genera “incentivos perversos”—particularmente la emisión de licencias de mayor duración para alcanzar los umbrales de 3 o 10 días que actualmente establece el sistema (Villalobos et al., 2022).

Una propuesta paralela es la de reducir estos días. Una propuesta es fijar un único umbral de, por ejemplo, dos días, que permitiría alinear el sistema de licencias médicas con los lineamientos establecidos en el Código del Trabajo, que permite dos días de ausencia injustificada (Sánchez & Inostroza, 2011; Hormazábal & Velasco, 2024).



Duración

Otro tema importante en la definición de beneficios del sistema se relaciona a la duración de la ausencia laboral y la duración del subsidio. Varias propuestas apuntan a limitar el máximotiempo de uso del subsidio de incapacidad laboral al que se accede a través de la licencia médica. Entre las propuestas, se encuentra limitar el sistema a un año (52 semanas al año) (Hormazábal & Velasco, 2024), cifra que permitiría acotar la duración del beneficio, aunque se sitúa sobre los límites de otros países de Latinoamérica (Cid, 2006).

De igual forma, Hormazábal & Velasco (2024) proponen vincular el sistema de licencias médicas a la pensión por invalidez lo que, tal como fue indicado en varios de los estudios de caso de la experiencia internacional, permite acotar la duración del subsidio por enfermedad común y separarlo de los casos en los que la vuelta al trabajo toma un tiempo mayor o es improbable.

Monto del beneficio

Finalmente, otro elemento esencial que permitiría la contención de costos del sistema es modificar el monto del beneficio (tasa de remplazo). En esta línea, algunas propuesta establecen la necesidad de fijar un beneficio menor al 100% del salario y beneficios decrecientes en el tiempo, que pudieran, por ejemplo, empalmar el sistema de licencias con el porcentaje cubierto por la pensión de invalidez, que alcanza al 70% del salario (Larraín et al., 2004; Beteta & Willington, 2010; Comisión Presidencial de Salud, 2010; Villalobos et al., 2022). El efecto esperado sería de desincentivar la extensión de reposo innecesario. Incluso, un reciente trabajo entrega una propuesta de implementación (Hormazábal & Velasco, 2024). Aquí se indica que la reducción en la tasa de remplazo debe ser de 85% del salario luego de 3 meses y 70% luego de seis meses, además de introducir después de este plazo una primera revisión obligatoria sobre la evaluación de invalidez del trabajador.

Esta medida (y una tasa de reemplazo del salario de 70%) se alinean con otros beneficios, como el seguro de cesantía, y sirve para introducir un incentivo económico potente a los trabajadores, que desincentiva el retraso innecesario a sus labores cotidianas de trabajo.

5.3. Control y fiscalización

Estándares

Respecto a la calidad y fiscalización en el sistema, las propuestas apuntan a elevar algunos estándares y sanciones a todos los involucrados en el proceso como son la recepción de subsidios de incapacidad laboral y emisión de licencias médicas. Lo anterior, con el objetivo de: (i) desincentivar la emisión dolosa (total o parcial) de licencias médicas; (ii) establecer multas y otras sanciones a usuarios que presenten este tipo licencias; (iii) incorporar la obligación legal de denuncia por parte del empleador (Hormazábal & Velasco, 2024). Esto último se alinea con la recomendación del punto sobre financiamiento, en donde un mayor involucramiento de los empleadores en el sistema generaría incentivos para reducir el fraude y incrementar los esfuerzos para una pronta reincorporación de los trabajadores a sus labores después de una enfermedad.

Adicionalmente, se plantea la idea de tener guías de práctica clínica actualizadas que puedan servir como referencia para establecer la duración de una licencia para determinadas



condiciones de salud (Villalobos et al., 2022; Hormazábal & Velasco, 2024).

Autorización de licencias

Una de las propuestas anteriores tiene que ver con reformar la institucionalidad que autoriza las licencias. Por ejemplo, Hormazábal & Velasco (2024) indican que en el sistema actual existen diferencias entre el sistema público y el privado, que generan distintos incentivos. Por una parte, en el sistema público, mientras FONASA es el encargado de financiar las LM, la autorización viene desde la Compin y el pago, de las Cajas de Compensación; en el sistema privado, las Isapres tienen su propia contraloría médica que actúan como institucionalidad de primera instancia. En esta línea, se propone igualar los dos sistemas, con una contraloría médica que funcione al interior de FONASA y que tenga las atribuciones de revisar, controlar, autorizar o rechazar las LM en primera instancia, tal como lo hacen actualmente las Isapres. Como institucionalidad de segunda instancia, se propone que la SUSESO tome este rol el que, junto con la instauración de nuevos estándares—incluyendo la actualización de guías de práctica clínica—pueden ayudar a potenciar su rol fiscalizador.

Fiscalización y sanciones

Con el objeto de facilitar la fiscalización activa, se propone dotar de facultades administrativas para realizar auditorías especiales a la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO), cuando tanto el número de licencias en una persona o la extensión superen el estándar establecido para ello además de realizar seguimiento y monitoreo activo a los “grandes” emisores de licencias médicas (Larraín et al., 2004; Sánchez & Inostroza, 2011). Para ello, anteriores revisiones proponen actualizar guías clínicas con parámetros de días máximos predeterminados para, al menos, las patologías más frecuentes y/o que implique mayor costo para el sistema, utilizando como ejemplo decretos vigentes que incorporan patologías osteomusculares, respiratorias y de trastornos mentales (Ministerio de Salud, 2023). Además, estos estándares deben ser instruidos a todo emisor con el objeto de homogenizar estos criterios de uso del subsidio de incapacidad laboral.

Junto con lo anterior, se deben facilitar herramientas de fiscalización indirecta o pasiva, como son la utilización de mensajes en el sistema informático, a los emisores, cuando los días superan el estándar, esto con el objeto de mejorar el conocimiento sobre los parámetros establecidos a un problema de salud (Villalobos et al., 2022; Hormazábal & Velasco, 2024). Además, se deben fomentar la disponibilidad de datos abiertos, actualizados a través de una plataforma que facilite el análisis de los resultados por parte de la sociedad civil. Adicionalmente, se propone incorporar nuevos requisitos para la emisión y autorización de LM, que permitan disminuir su mal uso, como exigencia de respaldos, inscripción en el Registro de Proveedores de la Superintendencia de Salud y regular la emisión por telemedicina (Hormazábal & Velasco, 2024).

En la misma línea, varias propuestas indican que más fiscalización es necesaria pero puede no ser suficiente. El complemento a esta mayor detección de fraudes es un aumento de las sanciones asociadas al mal uso de licencias. Esto permite abordar el problema desde una perspectiva preventiva. Considerando que este es un problema que involucra diversos procesos y actores, las propuestas incluyen aumento de multas tanto para emisores como usuarios (Hormazábal & Velasco, 2024). También, otros autores, señalan la necesidad de aumentar fiscalización y sanciones en otro actor clave del sistema: los contralores médicos



(Tokman et al., 2004; Comisión Presidencial de Salud, 2010). Como encargados de la autorización y rechazo de las LM, éstos pueden jugar un papel clave en identificar y disminuir el fraude; una mayor fiscalización sobre los contralores médicos puede ayudar a incrementar la eficacia y eficiencia del sistema utilizando de mejor manera los instrumentos ya disponibles en el sistema.

6. Conclusiones y propuestas complementarias

El presente estudio ha indagado en el diagnóstico y alternativas de mejora para el sistema de licencias médicas en Chile. Por una parte, las estadísticas del sistema muestran que muchos de los problemas previamente detectado en torno a las licencias médicas en Chile continúan vigentes: el número y gasto de las licencias ha crecido de manera significativas en los últimos 10 años, lo que, en parte se explica por un mayor número de cotizantes, pero sobre todo, un aumento en el número de licencias y el número de días de licencia autorizados (Villalobos et al., 2022).

Respecto del diagnóstico, este estudio avanza agregando información referente a las percepciones de los usuarios del sistema. La encuesta de percepción usuaria muestra cifras interesantes, particularmente en términos de la actitud de los beneficiarios del sistema respecto a los fraudes y áreas de mejora. En concreto, la información que se desprende de la encuesta muestra una importante área para futuras políticas respecto de la necesidad de mejorar la información que los usuarios tienen sobre el sistema de licencias, tanto información general (¿qué es?, ¿cuál es su objetivo?, ¿quién lo administra?, ¿cómo se financia?) como específica referente al uso y mal uso de las licencias, incluyendo normativa y sanciones de los fraudes, pero también la necesidad de generar conciencia respecto de la importancia de las licencias y el riesgo de su mal uso para el sistema.

Respecto de las alternativas para reformas del sistema, el estudio utilizó dos mecanismos. Por una parte, un compilado de experiencias de otros países y, en segundo lugar, una sistematización de las propuestas de reforma en los últimos años. Esta estrategia es relevante ya que permite no solo listar distintas alternativas para el sistema, sino, además, identificar aquellas en las que existe algún consenso y que son identificadas como más eficaces para generar cambios positivos en los resultados del sistema (protección con sostenibilidad). En este sentido, las propuestas descritas a continuación se pueden considerar como alternativas o en algunos casos complementarias a las ya enunciadas en estudios anteriores (ver Sección 5 de este informe).

6.1. Propuestas de corto y mediano plazo: estructura del beneficio

Si bien existen numerosas propuestas que podrían ser útiles para el sistema chileno, es necesario considerar que muchas modificaciones requieren cambios legales o recursos (financieros, de infraestructura, de capital humano) que hoy no está disponibles en el país. Considerando estas restricciones, se proponen una serie de modificaciones de corto y mediano plazo (prioritarias o evidentes) y otras que podrían evaluarse para su implementación a futuro.

Este primer conjunto de propuestas se enfocan en la modificación del beneficio (tanto duración como monto del subsidio), entendiendo que esta es una variable clave que puede modificar los incentivos, principalmente de los beneficiarios del sistema y, por consiguiente, su comportamiento. Como mostró la Sección 2, existe una proporción relativamente grande



de beneficiarios que conocen y justifican el mal uso de licencias en algunos casos. Entender el sistema de licencias como un beneficio necesario para que los trabajadores puedan tener el reposo necesario para la recuperación de su salud y, en el intertanto, no sufran las consecuencias económicas de no percibir un sueldo durante este periodo es crucial para reducir estas percepciones favorables hacia el mal uso de licencias; ajustar la estructura de los beneficios es entonces una reforma necesaria para alinear incentivos y objetivos.

Duración del beneficio

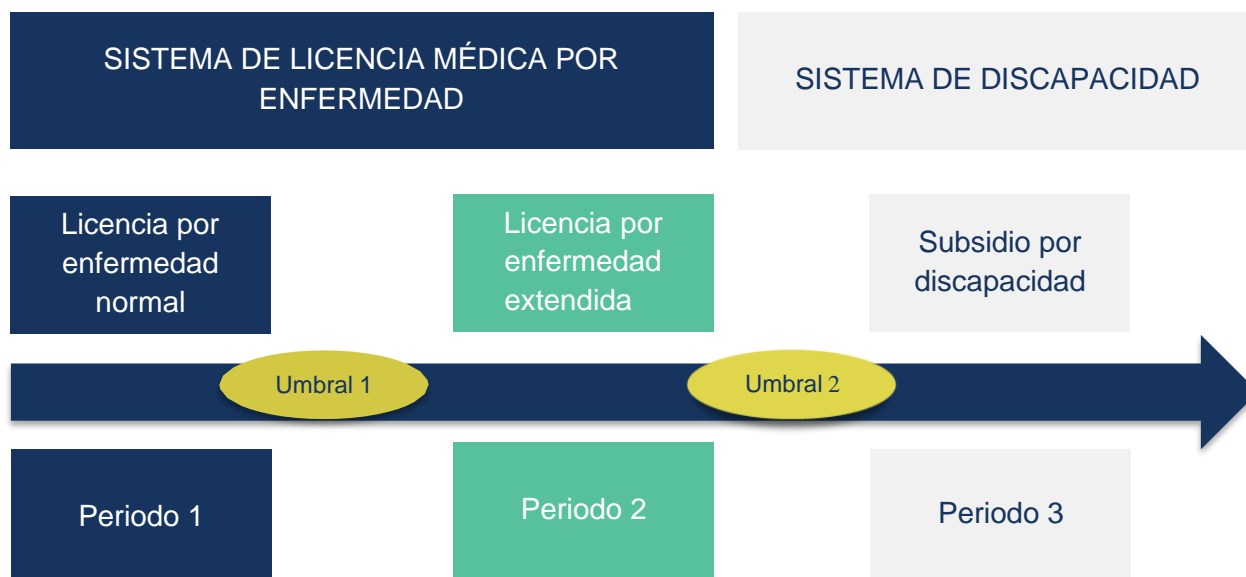
En primer lugar, tanto la experiencia internacional como el análisis de propuestas para Chile coinciden en la necesidad de implementar un sistema que pueda limitar la duración del beneficio. En la práctica, los países estudiados han implementado este límite de al menos tres formas (no excluyentes);

7. Estableciendo una duración máxima de la licencia
8. Considerando un sistema alternativo para licencias “anormales”
9. Vinculando el sistema de licencias con otros beneficios, en particular sistemas de certificación de discapacidad

Al respecto, se propone para Chile establecer un máximo de días de duración de la licencia, como en la mayoría de los países, la idea no es simplemente cortar el beneficio, sino separar aquellos casos de enfermedad y ausencia laboral transitoria, de los de más largo plazo o duración indefinida. Para esto, se necesita conectar el sistema de licencias con el de discapacidad, de modo que los trabajadores que lo requieran puedan pasar de un sistema a otro. El plazo establecido por Francia, México o Uruguay es de 365 días. En cualquier caso, se sugiere, además, adoptar una medida como la existente en Países Bajos, en que existen plazos pre-establecidos dentro del proceso que permiten el monitoreo de la licencia; esto implica, por ejemplo, la decisión de pasar una licencia de enfermedad común a una de discapacidad antes del cumplimiento del plazo establecido.



Figura 12. Desagregación del sistema por periodos



Fuente: Elaboración propia.

Adicionalmente, se propone generar un subsistema que, dentro del sistema de licencias por enfermedad, pueda hacerse cargo de los casos “anormales”. De acuerdo a los datos de FONASA (Villalobos Dintrans et al., 2022), durante 2021, el promedio de días de licencia (autorizadas) fue de 14,9 días. El establecimiento de un sistema paralelo de licencias “anormales” permite al sistema tener una dedicación y criterios distintos para estas licencias que para aquellas dentro del rango definido como “normal”. Para la definición del rango normal, se puede usar un umbral único (6 meses en el caso de Colombia y Francia) o diferenciado, por ejemplo, por tipo de enfermedad.

A fin de establecer los umbrales para definir la duración de cada periodo, se proponen las siguientes alternativas:

Tabla 33. Propuestas para definición de umbrales en el sistema de licencias

Criterio	Umbral 1 <i>Definición de licencia normal</i>	Umbral 2 <i>Definición de discapacidad</i>
Experiencia internacional	Opción 1: 30 días (Dinamarca) Opción 2: 180 días (Colombia, Francia)	Opción 1: 150 días (Dinamarca) Opción 2: 365 días (Francia, México, Uruguay)
Criterio estadístico	Opción 1: promedio de días de licencia Opción 2: p50, p75	Opción 1: p90
Criterio sanitario	Definición de duración por enfermedad	Definición de discapacidad (certificación)

Fuente: Elaboración propia.



La tabla propone tres distintos criterios, cada uno con varias opciones, para implementar los umbrales. Si bien en los distintos países existen definiciones más y menos estrictas de umbrales, se propone, junto con esta definición, la posibilidad de establecer prórrogas. Independiente del umbral escogido, esta propuesta permitiría limitar el número de días de licencia, pero sobre todo—considerando el sistema holandés—establecer periodos que impliquen la evaluación periódica del estado de la licencia y la toma de decisiones respecto a su continuidad.

Monto del beneficio

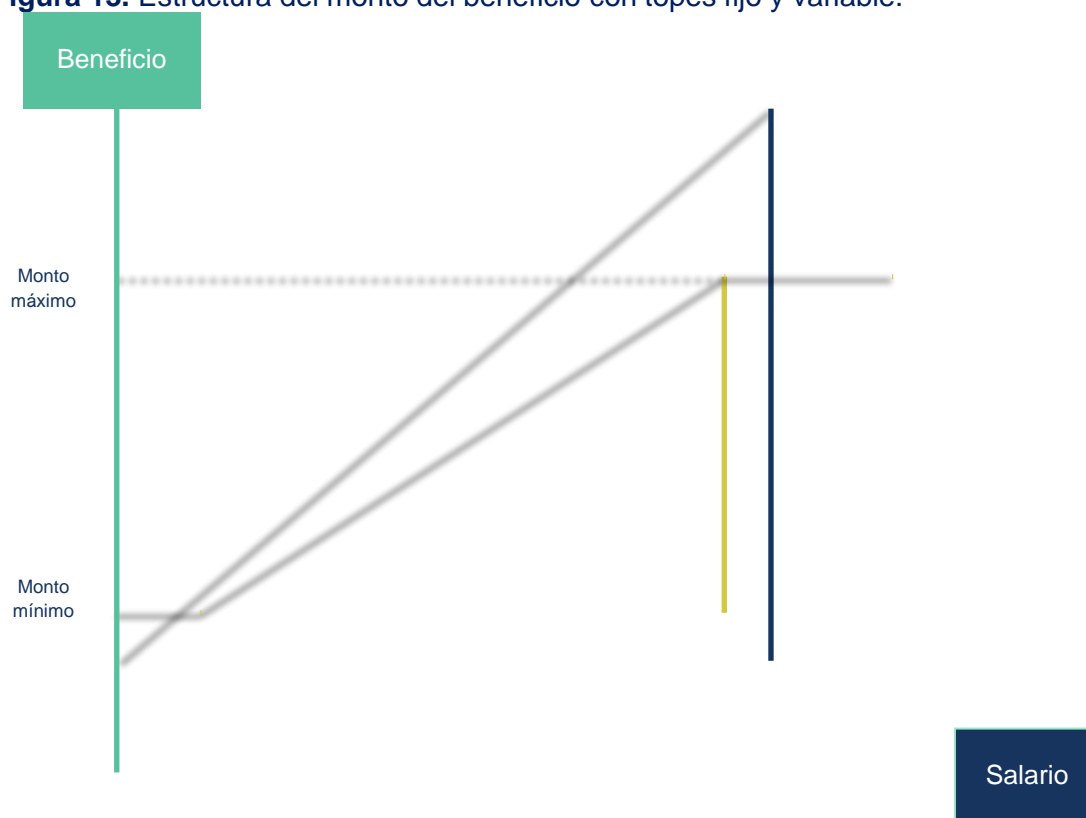
Una segunda estrategia de contención de gasto en los sistemas de licencia refiere al monto del beneficio. En esta línea, las alternativas (distintas al escenario actual de Chile), se enfocan en dos opciones (no excluyentes):

1. Techo del beneficio menor al 100% del sueldo
2. Montos variables (decrecientes) de beneficio

La primera opción aparece en todos los países, excepto Australia y Chile que fijan el máximo del beneficio como un monto fijo y no como un porcentaje del salario. El establecer un techo de beneficios en función del salario (versus un monto fijo) tiene pros y contras. Por una parte, establecer un máximo para el beneficio que es menor al 100% del salario es una estrategia más eficiente de reducción de costos del sistema, ya que descuenta parte del beneficio a todos los beneficiarios (no solo a aquellos que quedan por sobre el monto máximo); también genera mayores incentivos para la vuelta al trabajo (al menos desde la perspectiva del trabajador). Por otro lado, el uso de un porcentaje máximo del salario o ingreso en lugar de un monto fijo máximo es una estrategia regresiva. Combinar ambas propuestas—establecer beneficio máximo como un porcentaje del salario menor a 100% y, en conjunto un monto máximo del beneficio—permite acceder a las características positivas de ambas estrategias.



Figura 13. Estructura del monto del beneficio con topes fijo y variable.



Fuente: Elaboración propia

La figura muestra esta estructura de beneficio con dos topes. En primer lugar, el tope como porcentaje del ingreso se refleja en que la línea del beneficio (roja) tiene una pendiente menor que la línea del salario (azul), esto es, por cada peso de salario el beneficio es menor. Por otro lado, se establece un tope del beneficio (“Monto máximo”), tal como existe actualmente en el sistema chileno; esto se refleja en que la línea roja se vuelve plana luego de cierto monto. Finalmente, se propone también un beneficio mínimo, de manera que el monto del subsidio o la licencia no caiga por debajo del salario mínimo, para proteger a los trabajadores de menores ingresos, tal como se establece en países como Colombia, Países Bajos o Portugal.

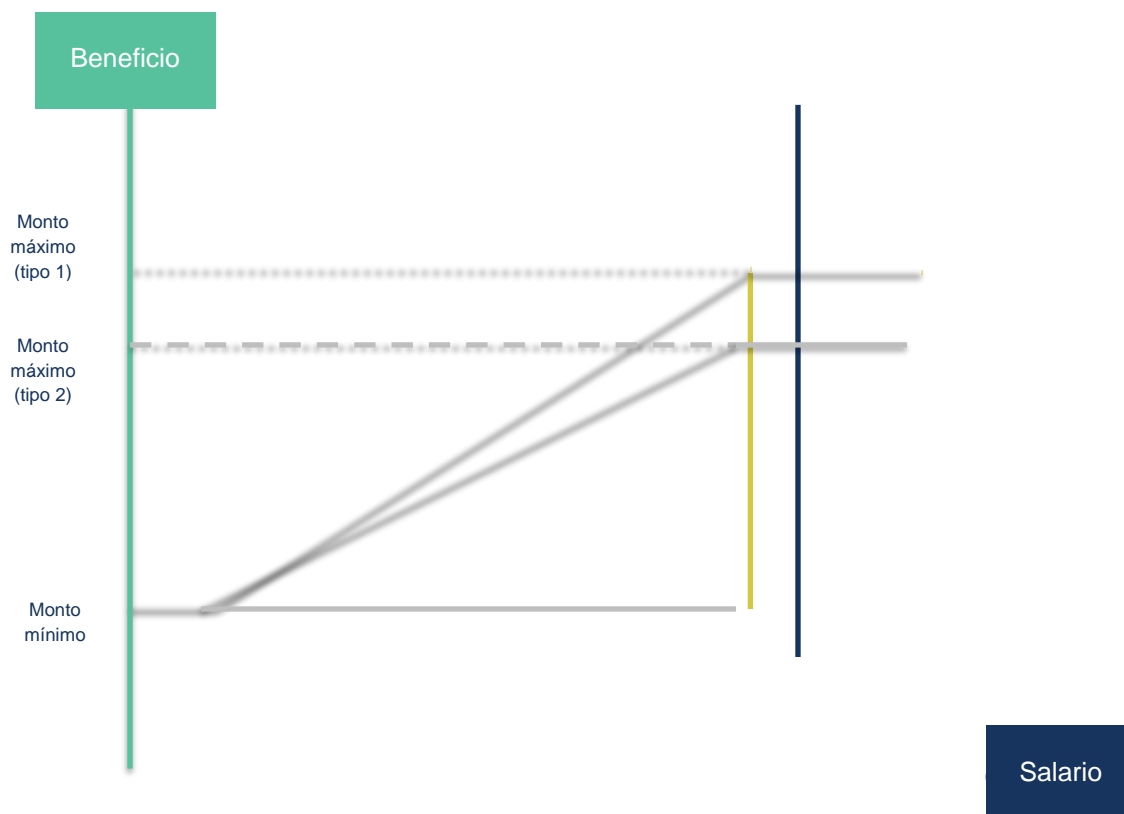
Una segunda estrategia (complementaria) tiene que ver con que el beneficio pueda ser variable. Usando el esquema de la figura anterior, esto podría significar que el beneficio varía tanto en el porcentaje de bonificación (tasa de reemplazo del salario) como en el máximo. Esto se ilustra en la figura, donde la línea morada muestra una estructura de beneficios que es menor (beneficio tipo 2) que la original (línea roja, beneficio tipo 1).

La manera en la que varios países operacionalizan estos beneficios variables es haciéndolos decrecientes a la duración de la licencia (ver casos de Colombia, Francia y Portugal). Otra alternativa, es tener distintos tipos de beneficios que cambien por otro tipo de variables, como condición de salud (por ejemplo, en Portugal los beneficios de subsidios por tuberculosis son mayores a los de otras enfermedades) o características del beneficiario (por ejemplo, en



Australia los beneficios difieren según la composición del hogar y en Francia por años de servicio).

Figura 14. Estructura del monto del beneficio con beneficios variables (decrecientes)



Fuente: Elaboración propia.

La tabla muestra distintos criterios usados por los países analizados para establecer beneficios diferenciados. En caso, por ejemplo, de utilizar beneficios que varíen con la duración de la licencia, esta estrategia se podría vincular a los umbrales y periodos discutidos en las “Propuestas para definición de umbrales en el sistema de licencias”, por ejemplo, una estructura de beneficio para el periodo 1 (licencia por enfermedad normal) y otra distinta para el periodo 2 (licencia por enfermedad extendida).

Tabla 34. Criterios para establecer beneficios diferenciados

Características del beneficiario	Características de la licencia
Características del grupo familiar (Australia)	Tipo de enfermedad (Portugal)
Años de servicio (Francia)	Duración de la licencia (Colombia, Francia)

Fuente: Elaboración propia.



En cualquiera de los casos, la experiencia internacional muestra que el beneficio de subsidio por enfermedad no busca reemplazar íntegramente el salario del trabajador enfermo, sino que se plantea como un apoyo (por un periodo limitado) que permite al trabajador cubrir parte de sus gastos durante el tiempo que dura la enfermedad. Por ejemplo, en Francia se define como un “apoyo a la subsistencia”, en Australia, el subsidio se ubica en torno al salario medio, en México se estipula como un beneficio para amortiguar el impacto económico de la enfermedad, mientras en Portugal se establece que el subsidio busca compensar parcialmente la pérdida de la remuneración del trabajador.

6.2. Propuestas de largo plazo: estructura del sistema

Finalmente, se proponen otras dos reformas a considerar en el mediano y largo plazo. Por una parte, la propuesta de **simplificar el sistema** y el proceso de las licencias. Varios de los casos analizados han evolucionado hacia sistemas relativamente simples con pocos actores involucrados y procesos estandarizados. En Chile, como muestra la sección 4.1 del informe, el sistema es relativamente complejo, con diversos actores involucrados en el proceso y subsistemas que emulan la fragmentación del sistema de salud, con procesos y criterios distintos, por ejemplo, para trabajadores afiliados a FONASA o ISAPRE. En esta dimensión, también se puede incluir una propuesta de reforma de los actuales días de carencia en el sistema que, como se ha mostrado anteriormente, generan incentivos a la hora de definir la duración de una licencia (Villalobos Dintrans et al., 2022).

Una segunda reforma de fondo tiene que ver con el **enfoque del sistema** de licencias médicas. En Chile, las licencias—desde su financiamiento a su proceso—están estrechamente ligadas al sistema de salud. En la mayor parte de los países analizados, los sistemas de subsidio por enfermedad se entienden como un derecho laboral. Esto implica una configuración distinta, tanto del financiamiento, como de las responsabilidades de los actores del sistema. El cambio más evidente en esta línea, tiene que ver con la participación de los empleadores en el sistema. Actualmente, en Chile, la participación de los empleadores es mínima—son parte del proceso de tramitación de la licencia—, lo que, entre otras cosas, genera incentivos perversos en el sistema, como el de utilizar las licencias como sustituto del pago de salarios (Villalobos Dintrans et al., 2022). Un sistema de licencias como derecho laboral, implicaría un mayor involucramiento de empleadores no solo en el financiamiento del sistema, sino, además en su administración y monitoreo. En esta línea, es interesante observar modelos como el holandés, que incluye la inclusión de un profesional de salud al interior de las empresas, no solo para validar la existencia de enfermedades y determinar su duración, sino para gestionar la enfermedad y participar activamente en el proceso de recuperación y reintegro de trabajadores a sus funciones habituales, aunque es necesario apuntar que el contexto económico y cultural de ambos países (Chile y Países Bajos) difieren, lo que podría dificultar la adopción de este tipo de medidas, al menos en el corto plazo.

Esperamos que este análisis y sobre todo las propuestas contenidas en el informe puedan ser consideradas para mejorar las licencias médicas en Chile, considerando el consenso general—entre hacedores de política, académicos y beneficiarios del sistema—respecto de la necesidad de cambios en el sistema.



7. Referencias

- Alegra Blog. [Colombia] (2024). Lo que debes saber sobre incapacidad laboral en Colombia. Disponible en: <https://blog.alegra.com/colombia/incapacidad-laboral-colombia/>
- Alpina [Países Bajos]. Alpina. Vergelijk & bespaar op je vaste lasten. Disponible en: <https://www.alpina.nl/>
- Arredondo, Annabella, María Paz Bertoglia, Manuel Inostroza, Javier Labbé, Rony Lenz, & Héctor Sánchez. (2017). Construcción política del sistema de salud chileno: la importancia de la estrategia y la transición. Instituto de Salud Pública. Universidad Andrés Bello. Disponible en: <https://www.ispandresbello.cl/wp-content/uploads/2019/08/construccion-politica-del-sistema-de-salud-chileno.pdf>
- Australian Bureau of Statistics [Australia] (2024). Earnings and working conditions. Disponible en: <https://www.abs.gov.au/statistics/labour/earnings-and-working-conditions>
- Australian Government [Australia]. (2024). JobSeeker Payment. Disponible en: <https://my.gov.au/en/services/work/recently-unemployed/payments-to-help-if-you-ve-lost-your-job/payments-to-help-job-seekers/jobseeker-payment>
- Banco Central de Chile (2024). Cuentas Nacionales. Disponible en: https://si3.bcentral.cl/Siete/ES/Siete/Cuadro/CAP_CCNN/MN_CCNN76/CCNN2018_P0_V2/637801082315858005?cbFechaInicio=2013&cbFechaTermino=2024&cbFrecuencia=ANNUAL&cbCalculo=NONE&cbFechaBase=
- Banco de Previsión Social [Uruguay]. (1975). Ley N° 17.786. Disponible en: Ley N° 14.407. Disponible en: https://www.bps.gub.uy/bps/file/3568/2/ley14407_asse_subsidio_por_enfermedad.pdf
- Banco de Previsión Social [Uruguay]. (2004). Ley N° 17.786. Disponible en: Ley N° 17.786. Disponible en: <https://www.bps.gub.uy/bps/file/10424/1/ley17786-subsidio-por-enfermedad-incompatibilidades.pdf>
- Banco de Previsión Social [Uruguay]. (2024). Subsidio por enfermedad. Disponible en: <https://www.bps.gub.uy/4774/subsidio-por-enfermedad.html>
- Beteta, Edmundo & Manuel Willington. (2010). Determinantes del Uso y Abuso de Licencias Médicas en Chile. Documento de Trabajo; Universidad Alberto Hurtado. Disponible en: <https://fen.uahurtado.cl/wp-content/uploads/2010/07/inv251.pdf>
- business.gov.nl [Países Bajos]. (2024a). Reintegration obligations. Disponible en: <https://business.gov.nl/regulation/reintegration-obligations/>
- business.gov.nl [Países Bajos]. (2024b). Sick pay. Disponible en: <https://business.gov.nl/regulation/sick-pay/>
- business.gov.nl [Países Bajos]. (2024c). Employment contracts in the Netherlands. Disponible en: <https://business.gov.nl/regulation/contract-employment/>
- business.gov.nl [Países Bajos]. (2024d). Absenteeism insurance. Disponible en: <https://business.gov.nl/running-your-own-business/business-management/insurance/absenteeism-insurance/>
- CEPAL. (2024). Desde el gobierno digital hacia un gobierno inteligente. Disponible en: <https://biblioguias.cepal.org/gobierno-digital/concepto-gobernanza>
- Cid, Camilo. (2006). Evaluación del Subsidio por Incapacidad Laboral por Enfermedad Común en Chile: 1990-2000. Documento de Trabajo; Superintendencia de Salud. Disponible en: https://www.superdesalud.gob.cl/difusion/665/articles-1057_recurso_1.pdf
- Cid, Camilo, Ximena Aguilera, Ana María Albornoz, Oscar Arteaga, María Soledad Barría, Pedro Barría, Carmen Castillo, David Debrott, Gonzalo de la Carrera, Marcelo Dutilh, Pedro



García, Tomás Jordán, Osvaldo Larrañaga, Fernando Matthews, Mario Parada, Guillermo Paraje, Orielle Solar, & Andras Uthoff. (2014). Informe. Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Marco Jurídico para el Sistema Privado de Salud. Disponible en: <https://www.minsal.cl/sites/default/files/Informe%20Final%20Comisi%C3%B3n%20Asesora%20Presidencial.pdf>

- Colegio Médico de Chile A. G. [Chile] (2024). Líderes del COLMED se reúne con la SUSESO para presentar sus reparos respecto a PDL de licencias médicas. COLMED. 10 de enero de 2024. Disponible en: <https://www.colegiomedico.cl/lideres-del-colmed-se-reune-con-la-suseso-para-presentar-sus-reparos-respecto-a-pdl-de-licencias-medicas/>
- Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez [Chile]. (2024). ¿Qué es una Licencia Médica?. Disponible en: <https://dev.milicenciamedica.cl/licencias-medicas.html>
- Comisión Presidencial de Salud [Chile]. (2010). Informe Comisión Presidencial de Salud. Diciembre 2010. Gobierno de Chile.
- Conceptos Jurídicos [Colombia]. (2024). Incapacidad Laboral. Disponible en: <https://www.conceptosjuridicos.com/co/incapacidad-laboral/>
- Cooperativa. (2023). Detectan nuevo fraude de licencias médicas encabezado por clan familiar. Cooperativa. 4 de diciembre de 2023. Disponible en: <https://cooperativa.cl/noticias/pais/salud/licencias-medicas/detectan-nuevo-fraude-de-licencias-medicas-encabezado-por-clan-familiar/2023-12-04/134843.html>
- DenmarkExpat [Dinamarca]. (2024). Understanding sick leave rules in Denmark. Disponible en: <https://denmarkexpat.com/sick-leave-rules-in-denmark/>
- Dirección del Trabajo [Chile]. (2021). ¿Cuáles son los requisitos que deben cumplirse para que el trabajador tenga derecho al subsidio por incapacidad laboral?. Disponible en: <https://www.dt.gob.cl/portal/1628/w3-article-95288.html>
- DM [Dinamarca]. (2024). Illness and leave from work. Disponible en: <https://dm.dk/english/advice-and-answers/illness-and-leave-from-work/>
- Dunsch Felipe, David Evans, Mario Macis, & Qiao Wang. (2018). Bias in patient satisfaction surveys: a threat to measuring healthcare quality. *BMJ Global Health* **3**:e000694.
- Employment New Zealand [Nueva Zelanda] (2024a). Sick leave. Disponible en: <https://www.employment.govt.nz/leave-and-holidays/sick-leave>
- Employment New Zealand [Nueva Zelanda] (2024b). Types of workers. Disponible en: <https://www.employment.govt.nz/starting-employment/types-of-worker>
- Employment New Zealand [Nueva Zelanda] (2024c). Flowchart Sick and bereavement leave. Disponible en: <https://www.employment.govt.nz/assets/Uploads/tools-and-resources/flowcharts/Sick-and-Bereavement-leave.pdf>
- Employment New Zealand [Nueva Zelanda] (2024d). Relevant and average daily pay. Disponible en: <https://www.employment.govt.nz/leave-and-holidays/calculating-payments-for-leave-and-holidays/relevant-and-average-daily-pay#scrollto-relevant-daily-pay>
- ePortugal.gov.pt (2024). Obter informações sobre o subsídio de doença. Disponible en: <https://eportugal.gov.pt/servicos/obter-informacoes-sobre-o-subsidio-de-doenca>
- European Commission (2024). Portugal - Sickness benefits. Disponible en: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1125&langId=en&intPagId=4738>
- Fair Work Ombudsman [Australia]. Minimum wages. Disponible en: <https://www.fairwork.gov.au/tools-and-resources/fact-sheets/minimum-workplace-entitlements/minimum-wages>



- Gerencie [Colombia] (2024). Incapacidades laborales. Disponible en:
https://www.gerencie.com/incapacidad-laboral.html#Incapacidad_laboral_de_origen_comun
- Gobierno de México (2024). Incapacidades Laborales, tipos e implicaciones. Disponible en:
<https://www.gob.mx/conampros/documentos/incapacidades-laborales-tipos-e-implicaciones>
- Hormazábal, Soledad & Carolina Velasco. (2024). Licencias médicas: análisis crítico y propuestas de reforma. Horizontal/ IPSUSS. Disponible en:
https://www.ipsuss.cl/ipsuss/site/docs/20240628/20240628095247/licencias_medicas_ipsuss_horizontal.pdf
- HRD (2024). New Zealand mulls changes to annual, sick leave entitlements. Disponible en:
<https://www.hcamag.com/nz/specialisation/benefits/new-zealand-mulls-changes-to-annual-sick-leave-entitlements/492300>
- Instituto Mexicano de Seguridad Social (2021). Incapacidad Temporal de Trabajo del IMSS, elemento que amortigua impacto económico de la enfermedad en asegurados. Disponible en:
<http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202112/575>
- Instituto Mexicano de Seguridad Social (2024). Solicitud del pago de subsidios. Modalidad A) En cuenta bancaria en Línea: Registro, Modificación y Baja. Disponible en:
<https://www.imss.gob.mx/tramites/imss01036a>
- IDA [Dinamarca]. (2024). Sickness and sick leave. Disponible en: <https://english.ida.dk/sickness>
- Justia Mexico. (2024). Ley Federal del Trabajo. Disponible en:
<https://mexico.justia.com/federales/leyes/ley-federal-del-trabajo/titulo-sexto/capitulo-viii/#:~:text=Trabajador%20eventual%20del%20campo%20es,establecido%20en%20la%20presente%20Ley>
- Larraín, Fernando, Jorge Rodríguez Cabello, & Marcelo Tokman. (2004). Subsidios por incapacidad laboral 1991-2002: incentivos institucionales, crecimiento del gasto y una propuesta de racionalización. Estudios Públicos 93.
- lifeindenmark.dk [Dinamarca]. (2024). Sickness benefits for a salary earner. Disponible en:
<https://lifeindenmark.borger.dk/working/work-rights/leave-of-absence/sickness-benefits/sickness-benefits-for-a-salary-earner>
- Maritano, Ana Paula. (2024). Chile – Licencias médicas bajo la lupa. Diario Jurídico, 7 de mayo de 2024. Disponible en: <https://www.diariojuridico.com/chile-licencias-medicas-bajo-la-lupa/>
- Mazor, Kathleen M., Brian E Clauser, Terry Field, Robert A Yood, & Jerry H Gurwitz. (2002.). A Demonstration of the Impact of Response Bias on the Results of Patient Satisfaction Surveys. Health Services Research 37(5): 1403-1417.
- Ministerio de Hacienda [Chile]. Resultados Encuesta MESU 2022. Disponible en:
<https://cms.hacienda.cl/hacienda/assets/documento/descargar/7e120c28bf646/1690230744>
- Ministerio de Salud y Protección Social [Colombia]. (2022). Decreto número 1427 de 2022. Disponible en:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%20No.1427%20de%202022.pdf
- Ministerio del Trabajo [Colombia] (2024). En el 2024 el salario mínimo es de un millón 300 mil pesos y auxilio de transporte de 162 mil pesos. Disponible en:
<https://www.mintrabajo.gov.co/comunicados/2023/enero/en-el-2024-el-salario-minimo-es-de-un-millon-300-mil-pesos-y-auxilio-de-transporte-de-162-mil-pesos>



- Ministerio de Trabajo y Economía Social [España] (s.f.). La incapacidad temporal en México. Disponible en: https://www.mites.gob.es/ficheros/ministerio/mundo/revista_ais/238/Mexico.pdf
- Ministerio de Salud [Chile]. (2013). Aprueba reglamento sobre las guías clínicas referenciales relativas a los exámenes, informes y antecedentes que deberán respaldar la emisión de licencias médicas. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1052956>
- Ministerio de Salud [Chile]. (2020). Salud Responde. Licencias médicas. Disponible en: <https://saludresponde.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/11/Licencias-medicas.pdf>
- Ministerio de Salud [Chile]. (2023). Autoridades entregan balance a 6 meses del Plan de Fiscalización de Grandes Emisores de Licencias Médicas. MINSAL. 29 de agosto de 2023. Disponible en: <https://www.minsal.cl/autoridades-entregan-balance-a-6-meses-del-plan-de-fiscalizacion-de-grandes-emisores-de-licencias-medicas/>
- Ministry of Business, Innovation & Employment [Nueva Zelanda]. (2023). Increasing the minimum sick leave entitlement. Disponible en: <https://www.mbie.govt.nz/business-and-employment/employment-and-skills/employment-legislation-reviews/increasing-minimum-sick-leave-entitlement>
- New Zealand Government [Nueva Zelanda]. (2021). Sick leave. Disponible en: <https://www.govt.nz/browse/work/sick-leave/>
- OECD (2024). Public spending on incapacity. Disponible en: <https://www.oecd.org/en/data/indicators/public-spending-on-incapacity.html>
- Parliamentary Counsel Office [Nueva Zelanda]. (2023). Holidays Act 2003. Disponible en: <https://www.legislation.govt.nz/act/public/2003/0129/latest/DLM236387.html>
- République Française [Francia] (2024). Arrêt maladie : indemnités journalières versées au salarié [Baja por enfermedad: salario pagado al empleado]. Disponible en: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3053>
- Retsinformation [Dinamarca]. (2024). Bekendtgørelse af lov om retsforholdet mellem arbejdsgivere og funktionærer [Promulgación de la Ley sobre las relaciones jurídicas entre empleadores y trabajadores]. Disponible en: <https://www.retsinformation.dk/eli/Ita/2017/1002>
- Sáez, Lucas. (2024). "Catástrofe" de las licencias médicas: Cómo su abuso afecta a la economía y los llamados a verlo como una "política de Estado". El Mercurio, 18 de marzo de 2024. Disponible en: <https://www.emol.com/noticias/Economia/2024/03/18/1125127/licencias-medicas-impacta-economia-chilena.html>
- Sánchez, Héctor & Manuel Inostroza (editores). (2011). Desafíos y Propuestas. En La salud del bicentenario, Chile 2011-2020. UNAB.
- Sánchez, Héctor & Manuel Inostroza (editores). (2024). Realidad y propuesta de mejoramiento del sistema de subsidio de incapacidad laboral Chileno. ISP UNAB. Disponible en: <https://www.ispandresbello.cl/wp-content/uploads/2024/06/Informe-4-2024-vfinal-Politiclas-Publicas-ISP-UNAB.pdf>
- Segurança Social [Portugal]. (2024). Subsídio de doença. Disponible en: <https://www.seg-social.pt/subsidio-de-doenca>
- Services Australia [Australia]. (2022). Sickness Allowance. Disponible en: <https://www.servicesaustralia.gov.au/sickness-allowance>
- Silva, Daniela. (2023). Plan de fiscalización a emisores de licencias médicas: en seis meses 342 médicos han sido suspendidos en la Región Metropolitana. La Tercera. 29 de agosto de 2023. Disponible en: <https://www.latercera.com/nacional/noticia/plan-de-fiscalizacion-a->



emisores-de-licencias-medicas-en-seis-meses-342-medicos-han-sido-suspendidos-en-la-region-metropolitana/ERGOD3YR3BAUNJWWAOIR5COEGA/

- Statistics Denmark [Dinamarca]. The average Dane. Disponible en: <https://www.dst.dk/en/Statistik/laer-om-statistik/gennemsnitsdanskere>
- Superintendencia de Seguridad Social [Chile] (2023). Licencias médicas aumentan en un 14,7% y alcanzan las 9,3 millones en 2022. SUSESO. 27 de enero de 2023. Disponible en: <https://www.suseso.cl/605/w3-article-701967.html>
- Superintendencia de Seguridad Social [Chile] (2024). Emisión de licencias médicas disminuye y alcanza un promedio de 13 licencias mensuales por profesional de la salud en 2023. SUSESO. 22 de marzo de 2024. Disponible en: <https://www.suseso.cl/605/w3-article-726806.html>
- Torche, Cecilia, Roberto Barna, & Vito Schiaraffia. (1999). Informe final de Evaluación Subsidios de Enfermedad y Medicina Curativa (SIL). Dirección de Presupuestos. Ministerio de Hacienda. Disponible en: https://www.dipres.gob.cl/597/articles-139430_informe_final.pdf
- Uruguay Presidencia [Uruguay]. (s.f.). Subsidio por enfermedad para personal del sector público - SENF. Guía práctica de aplicación. Disponible en: <https://www.gub.uy/oficina-nacional-servicio-civil/sites/oficina-nacional-servicio-civil/files/documentos/publicaciones/ONSC%20-%20SENF%20Gu%C3%ADa%20pr%C3%A1ctica%20de%20aplicaci%C3%B3n%20%281%29.pdf>
- UWV [Países Bajos] (2024a). A step-by-step guide to employee sickness. Disponible en: <https://www.uwv.nl/en/employers/sickness/a-step-by-step-guide-to-employee-sickness>
- UWV [Países Bajos] (2024b). If your employee becomes ill. Disponible en: <https://www.uwv.nl/en/employers/sickness/if-your-employee-becomes-ill>
- Villalobos Dintrans, Pablo. (2017). Sistemas de Financiamiento y Aseguramiento de Salud: Reformas y Alternativas para Chile. Los casos de Australia, Alemania, Países Bajos, Corea del Sur y Reino Unido. Documento de Trabajo, Superintendencia de Salud, Chile. Disponible en: <https://supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-article-14790.html>
- Villalobos Dintrans, Pablo, Karen Delgado Arévalo, & Yerko Martínez Carrere. (2022). Radiografía actualizada del Sistema de Licencias Médicas y mejores prácticas internacionales para resolver los desafíos. Disponible en: <https://cajasdechile.cl/wp-content/uploads/2022/11/Estudio-Radiografia-Licencias-Medicas-Noviembre-2022.pdf>
- World Bank (2024). World Bank Development Indicators. Disponible en: <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators#>
- World Health Organization (2023). Absenteeism from work due to illness, days per employee per year. Disponible en: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_411-2700-absenteeism-from-work-due-to-illness-days-per-employee-per-year/#id=19398

8. Anexos

Anexo 1. Características de los subsidios por enfermedad en países seleccionados

Australia								
Beneficiarios				Financiamiento	Beneficios			Otros beneficios relacionados
Criterio de inclusión	Criterio de exclusión	Casos especiales	Elegibilidad al beneficio	Fuentes de financiamiento	Monto beneficio	Duración beneficio	Periodo de carencia	
Residentes permanentes con un trabajo			Tener entre 22 años y la edad de jubilación, presentar un certificado médico que indique que el solicitante es incapaz de trabajar o estudiar, y tener un trabajo o estudiar al que regresar cuando esté recuperado.	Trabajador: Ninguno Empleador: Ninguno. Gobierno: Costo total.	Monto fijo Entre 497 y 595 dólares australianos cada dos semanas, dependiendo de características del trabajador (edad, estado civil, hijos, duración del beneficio).	Sin tope	Sí: 7 días	Beneficio parental en efectivo Beneficio en efectivo para parejas Subsidio por nacimiento Subsidio por muerte fetal



Chile

Beneficiarios				Financiamiento	Beneficios			Otros beneficios relacionados
Criterio de inclusión	Criterio de exclusión	Casos especiales	Elegibilidad al beneficio	Fuentes de financiamiento	Monto beneficio	Duración beneficio	Periodo de carencia	
Empleados de los sectores público y privado; trabajadores por cuenta propia con ingresos anuales de al menos cinco salarios mínimos legales mensuales.	Trabajadores por cuenta propia.	Cobertura voluntaria para trabajadores por cuenta propia con ingresos anuales inferiores a cinco salarios mínimos mensuales legales.	Empleados deben tener al menos seis meses de cotizaciones, incluidos al menos tres meses de cotizaciones en los últimos seis meses; trabajadores subcontratados, al menos seis meses de aportes, incluidos al menos 30 días de aportes en los últimos seis meses; y trabajadores por cuenta propia, al menos 12 meses de cobertura con al menos seis meses de cotizaciones pagadas en los últimos 12 meses.	Trabajador: 7% de los ingresos mensuales cubiertos (excluye pensionados y personas recibiendo beneficios solidarios) para cotizantes del seguro de salud público y privado. El ingreso mínimo mensual utilizado para el cálculo de las cotizaciones es el salario mínimo mensual legal. Empleador: Ninguno. Seguro privado obligatorio: Ninguno. Responsabilidad del empleador: costo total. Gobierno: Ninguno	Porcentaje del ingreso 100% del salario (cálculo difiere según tipo de trabajador)	Sin tope (considera periodo de carencia: beneficios desde el día 4 y desde el día 11)	Sí: pago retroactivo desde el primer día si el período de licencia es de 11 días o más; a partir del cuarto día si el período de baja por enfermedad es inferior a 11 días.	Subsidio Maternal por Enfermedad Grave Niño menor de un Año, seguro social Prestación de maternidad Licencia parental posnatal ampliada Prestación de paternidad



Colombia								
Beneficiarios				Financiamiento	Beneficios			Otros beneficios relacionados
Criterio de inclusión	Criterio de exclusión	Casos especiales	Elegibilidad al beneficio	Fuentes de financiamiento	Monto beneficio	Duración beneficio	Periodo de carencia	
Residentes que sean trabajadores			Tener al menos cuatro semanas de cotizaciones inmediatamente antes del inicio de la incapacidad.	Trabajador: 4% de los ingresos mensuales para empleados y 12,5% para trabajadores por cuenta propia; ninguno para estudiantes y aprendices de formación profesional Empleador: 8,5% de la nómina mensual cubierta; 12,5% para estudiantes y aprendices de formación profesional. Gobierno: Ninguno; cotiza como empleador.	Porcentaje del ingreso decreciente con el tiempo Entre 50-66% del salario: 100% de los ingresos los primeros dos días (cubiertos por el empleador); 66,6% de los ingresos entre el día 2 y 90 y 50% del día 91 al 180.	180 días	Sí: 2 días	Prestación de maternidad en efectivo Licencia de paternidad



Dinamarca

Beneficiarios				Financiamiento	Beneficios			Otros beneficios relacionados
Criterio de inclusión	Criterio de exclusión	Casos especiales	Elegibilidad al beneficio	Fuentes de financiamiento	Monto beneficio	Duración beneficio	Periodo de carencia	
Trabajadores empleados y por cuenta propia.		Personal militar y policial.	Haber trabajado al menos 120 horas en las 13 semanas anteriores al comienzo de la incapacidad o estar en formación profesional remunerada, haber completado en el último mes al menos 18 meses de formación profesional, estar en régimen flexible estar empleado en un empleador del sector público o privado, o estar recibiendo prestaciones por desempleo. Los trabajadores por cuenta propia deberán tener al menos seis meses de trabajo en los últimos 12 meses, incluido el mes anterior al inicio de la incapacidad.	Trabajador: Ninguno Empleador: Ninguno. Gobierno: los gobiernos locales y regionales financian el costo total.	Monto fijo Hasta 4.300 coronas semanales, según el salario por hora.	22 semanas dentro de un periodo de nueve meses (prorrogable)	Sí: 30 días para empleados (pagados por el empleador) y 14 días para trabajadores por cuenta propia (posibilidad de asegurarse)	Prestación por hijo enfermo (dagpenge ved pasning af alvorligt syge børn) Prestación en efectivo por maternidad y paternidad (barselsdagpenge)



Francia

Beneficiarios				Financiamiento	Beneficios			Otros beneficios relacionados
Criterio de inclusión	Criterio de exclusión	Casos especiales	Elegibilidad al beneficio	Fuentes de financiamiento	Monto beneficio	Duración beneficio	Periodo de carencia	
<p>Personas empleadas o residentes en Francia durante al menos tres meses, estudiantes, aprendices, pasantes, beneficiarios de determinadas prestaciones de seguridad social y solicitantes de asilo.</p>		<p>Empleados agrícolas, mineros, ferroviarios, de servicios públicos y del sector público; clero; marineros; y autónomos agrícolas.</p>	<p>Tener al menos 150 horas de trabajo en los últimos tres meses calendario o en los 90 días inmediatamente anteriores a la baja por enfermedad, o haber cotizado con base en ingresos de al menos 1.015 salarios mínimos legales por hora en los últimos seis calendarios. meses. Los solicitantes de empleo que actualmente reciben o han recibido una prestación de desempleo en los últimos 12 meses, o que han dejado de trabajar en los últimos 12 meses, tienen derecho a recibir prestaciones de enfermedad en efectivo calculadas en función de sus últimos ingresos.</p>	<p>Trabajador: ninguno desde empleados; en el caso de los trabajadores por cuenta propia, 0% al 6,5% de los ingresos declarados, según ingresos y profesión del asegurado. Empleador: 13,3% de la nómina. Gobierno: ninguno.</p>	<p>Porcentaje del ingreso 50%-66,7% del ingreso medio Se paga el 50% de los ingresos medios diarios durante los tres meses anteriores al inicio de la incapacidad; si tiene al menos tres hijos a cargo, la prestación por enfermedad aumenta al 66,7% después de 30 días.</p>	<p>6-12 meses: 6 meses: si ha trabajado al menos 150 horas en los últimos 3 meses. 12 meses: con al menos 800 horas de trabajo en los últimos 12 meses. El beneficio se paga por hasta 360 días en un período de tres años. Excepciones: asegurados con enfermedad crónica puede recibir la prestación hasta por tres años.</p>	<p>Sí: 3 días (usualmente financiados por el empleador)</p>	<p>Prestación de maternidad en efectivo (Congé de maternité) Prestación de paternidad (Congé de paternité)</p>



México								
Beneficiarios				Financiamiento	Beneficios			Otros beneficios relacionados
Criterio de inclusión	Criterio de exclusión	Casos especiales	Elegibilidad al beneficio	Fuentes de financiamiento	Monto beneficio	Duración beneficio	Periodo de carencia	
Empleados del sector privado, miembros de cooperativas, agricultores arrendatarios y comunitarios y ciertos pequeños propietarios.	Cobertura voluntaria para trabajadores familiares, ciertos trabajadores por cuenta propia y trabajadores no remunerados, trabajadores domésticos, empleadores, agricultores arrendatarios y comunitarios, ciertos pequeños propietarios y empleados del sector público que no están cubiertos por ningún otro programa.		Tener al menos cuatro semanas de cotizaciones inmediatamente antes del inicio de la incapacidad; para trabajadores eventuales, al menos seis semanas de cotizaciones en los últimos cuatro meses.	Trabajador: 0,25% de los ingresos mensuales para empleados. Empleador: 0,70% de la nómina mensual cubierta. Gobierno: 0,05% de los ingresos mensuales cubiertos.	Porcentaje del ingreso 60% de los últimos ingresos mensuales.	52 semanas (prorrogable a 78 semanas bajo ciertas condiciones).	Sí: 3 días	Beneficio de maternidad en efectivo Subsidio por lactancia, seguro social



Países Bajos

Beneficiarios				Financiamiento	Beneficios			Otros beneficios relacionados
Criterio de inclusión	Criterio de exclusión	Casos especiales	Elegibilidad al beneficio	Fuentes de financiamiento	Monto beneficio	Duración beneficio	Periodo de carencia	
La cobertura se realiza principalmente a través de proveedores privados. El seguro social cubre a los trabajadores que no tienen empleador, incluidos los empleados que han perdido su empleo en los dos primeros años de incapacidad, los desempleados incapacitados, los trabajadores temporales con licencia por enfermedad, los asegurados voluntarios, los aprendices, las personas rehabilitadas vocacionalmente y las mujeres incapacitadas por embarazo o parto.	Trabajadores por cuenta propia.	Cobertura voluntaria para personas que anteriormente tenían cobertura obligatoria, incluidos los trabajadores por cuenta propia.	Estar empleado o recibir prestaciones por desempleo e incapacidad.	Trabajador: Ninguna. Empleador: 2,85% de la nómina cubierta por el fondo general de desempleo (Awf). Para los empleadores de determinados sectores, se pagan tasas de cotización variables, según el sector, al fondo de indemnización por despido. La cotización media es del 1,37% de la nómina cubierta. Gobierno: Ninguna; cotiza como empleador.	Porcentaje del ingreso 70-100% de los ingresos	104 semanas	No	Prestación de maternidad en efectivo



Nueva Zelanda								
Beneficiarios				Financiamiento	Beneficios			Otros beneficios relacionados
Criterio de inclusión	Criterio de exclusión	Casos especiales	Elegibilidad al beneficio	Fuentes de financiamiento	Monto beneficio	Duración beneficio	Periodo de carencia	
Ciudadanos o residentes permanentes de Nueva Zelanda.			Tener 18 años o más (19 años o más con un hijo dependiente); tener al menos dos años de residencia continua; y haber dejado de trabajar, haber reducido sus horas e ingresos, o estar desempleado o trabajando a tiempo parcial y no poder realizar un trabajo de tiempo completo debido a una enfermedad, lesión, embarazo o discapacidad.	Trabajador: Ninguna. Empleador: Ninguno. Gobierno: El costo total se financia con cargo a los ingresos generales.	Monto fijo Entre 215-334 dólares neozelandeses por semana dependiendo de características del trabajador (edad, estado civil, hijos, si vive solo, ingresos).	Sin límite, pero el beneficiario debe repostular cada 52 semanas y ser evaluado periódicamente por un médico.	Sí: hasta dos semanas, dependiendo de los ingresos anteriores del beneficiario.	Prestación de maternidad Licencia parental remunerada



Portugal

Beneficiarios				Financiamiento	Beneficios			Otros beneficios relacionados
Criterio de inclusión	Criterio de exclusión	Casos especiales	Elegibilidad al beneficio	Fuentes de financiamiento	Monto beneficio	Duración beneficio	Periodo de carencia	
Trabajadores empleados y por cuenta propia, incluidos los trabajadores domésticos.		Cobertura voluntaria para determinadas categorías de personas no cubiertas por ningún otro programa contributivo obligatorio.	Tener al menos seis meses de cotizaciones, incluidos 12 días de cotizaciones pagadas o acreditadas en los cuatro meses anteriores al mes en que comenzó la incapacidad.	<p>Trabajador: 11% de los ingresos brutos mensuales para empleados. De las contribuciones combinadas del asegurado y del empleador (34,75%), el 1,41% financia prestaciones de enfermedad y el 0,76% financia prestaciones de maternidad. Para trabajadores por cuenta propia, la contribución es de 29,6% de los ingresos mensuales de referencia; 34,75% para categorías especiales de trabajadores por cuenta propia (propietarios únicos y propietarios de Sociedades Unipersonales de Responsabilidad Limitada así como sus cónyuges o socios); de estas contribuciones, una parte financia las prestaciones de enfermedad y maternidad. Empleador: 23,75% de la nómina mensual bruta; 10% de los ingresos mensuales de referencia para los trabajadores por cuenta propia que dependen económicamente de un empleador (si perciben del empleador el 80% del total de los ingresos anuales). De las contribuciones combinadas del asegurado y del empleador (34,75%), el 1,41% financia prestaciones de enfermedad y el 0,76% financia prestaciones de maternidad.</p> <p>Gobierno: Ninguno.</p>	<p>Porcentaje del ingreso creciente con el tiempo 55% de los ingresos medios diarios durante los primeros 30 días 60% desde el día 31 hasta el día 90 70% desde el día 91 hasta el día 365 75% a partir del día 366. Caso especial: en caso de tuberculosis, se paga el 80% de los ingresos medios si el asegurado tiene dos dependientes; 100% con tres o más dependientes.</p>	1095 días; sin límite para tuberculosis	Sí: 3 días (30 días para los trabajadores por cuenta propia; sin período de espera por hospitalización, tuberculosis o durante el período posparto).	<p>Prestaciones monetarias de maternidad, paternidad y adopción (Subsidio Parental; Subsidio por Adoção)</p> <p>Subsidio por riesgo clínico durante a Gravidez (Subsidio por Risco Clínico durante a Gravidez)</p> <p>Subsidio social especial por maternidad (Subsidio por Riscos Específicos)</p> <p>Prestación de abuelos (Subsidio para Assistência a Neto)</p> <p>Subsidio por hijo discapacitado o enfermo (Subsidio para Assistência a Filho)</p> <p>Prestaciones en efectivo por maternidad, paternidad y adopción (Subsidio Social Parental; Subsidio Social por Adoção)</p> <p>Asignación familiar prenatal (Abono de Família Pré-natal)</p> <p>Subsidio Social por Riesgo Clínico durante a Gravidez (Subsidio Social por Risco Clínico durante a Gravidez)</p> <p>Subsidio especial por maternidad (Subsidio Social por Riscos Específicos)</p>



Uruguay								
Beneficiarios				Financiamiento	Beneficios			Otros beneficios relacionados
Criterio de inclusión	Criterio de exclusión	Casos especiales	Elegibilidad al beneficio	Fuentes de financiamiento	Monto beneficio	Duración beneficio	Periodo de carencia	
Empleados del sector privado; trabajadores rurales por cuenta propia y personas que trabajan en empresas de hasta cinco empleados; los trabajadores por cuenta propia registrados como pequeños contribuyentes (monotributo y monotributo social) y sus cónyuges colaboradores; miembros de cooperativas; y las personas que reciben una pensión de vejez parcial y continúan trabajando.	Ciertos gerentes y directores de empresas.	Empleados del sector público.	Tener al menos tres meses de empleo cubierto (al menos 75 días para trabajadores jornaleros) en los últimos 12 meses. No existe un período mínimo de calificación para las mujeres embarazadas.	Trabajador: 15% de los ingresos brutos mensuales . Empleador: 7,5% de la nómina mensual cubierta; Contribuciones adicionales para empleados en ocupaciones peligrosas. Gobierno: Financia cualquier déficit.	Porcentaje del ingreso 70% de ingresos mensuales en los seis meses inmediatamente anteriores al inicio de la enfermedad.	12 meses año (prorrogable por 12 meses consecutivos adicionales o hasta por 36 meses no consecutivos).	Sí: 3 días (sin período de espera por hospitalización)	Beneficio de maternidad en efectivo (Subsidio por Maternidad) Beneficio de paternidad en efectivo (Subsidio por Paternidad) Subsidio para el Cuidado del Recién Nacido Licencia Especial por Adopción

