

Resumen Ejecutivo

# 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

Noviembre de 2024

---



<b>1. Introducción</b>	<b>1</b>
<b>2. Diagnóstico</b>	<b>2</b>
2.1 Evolución reciente de las licencias médicas en Chile	
2.2 Resultados de encuesta de percepción	
<b>3. 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</b>	<b>8</b>
3.1 Estudios de casos	
3.2 Síntesis de propuestas existentes	
<b>4. Conclusiones y propuestas complementarias</b>	<b>11</b>
4.1 Propuestas de corto y mediano plazo: Estructura del Beneficio	
4.2 Propuestas de largo plazo: Estructura del Sistema	



## 1. 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.

## 2. Diagnóstico

### 2.1 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 (ver tabla 1). 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).



**Tabla 1.** Licencias Médicas 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.

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.

**Tabla 2.** Licencias Médicas 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 imponibles menor al tope imponible	2.959.630	99,91%	996.258	99,8%	2,97
Rentas imponibles mayor o igual al tope imponible y menor a 4 millones de pesos	1.235	0,04%	1.071	0,1%	1,15
Rentas imponibles 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.



## 2.2 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.

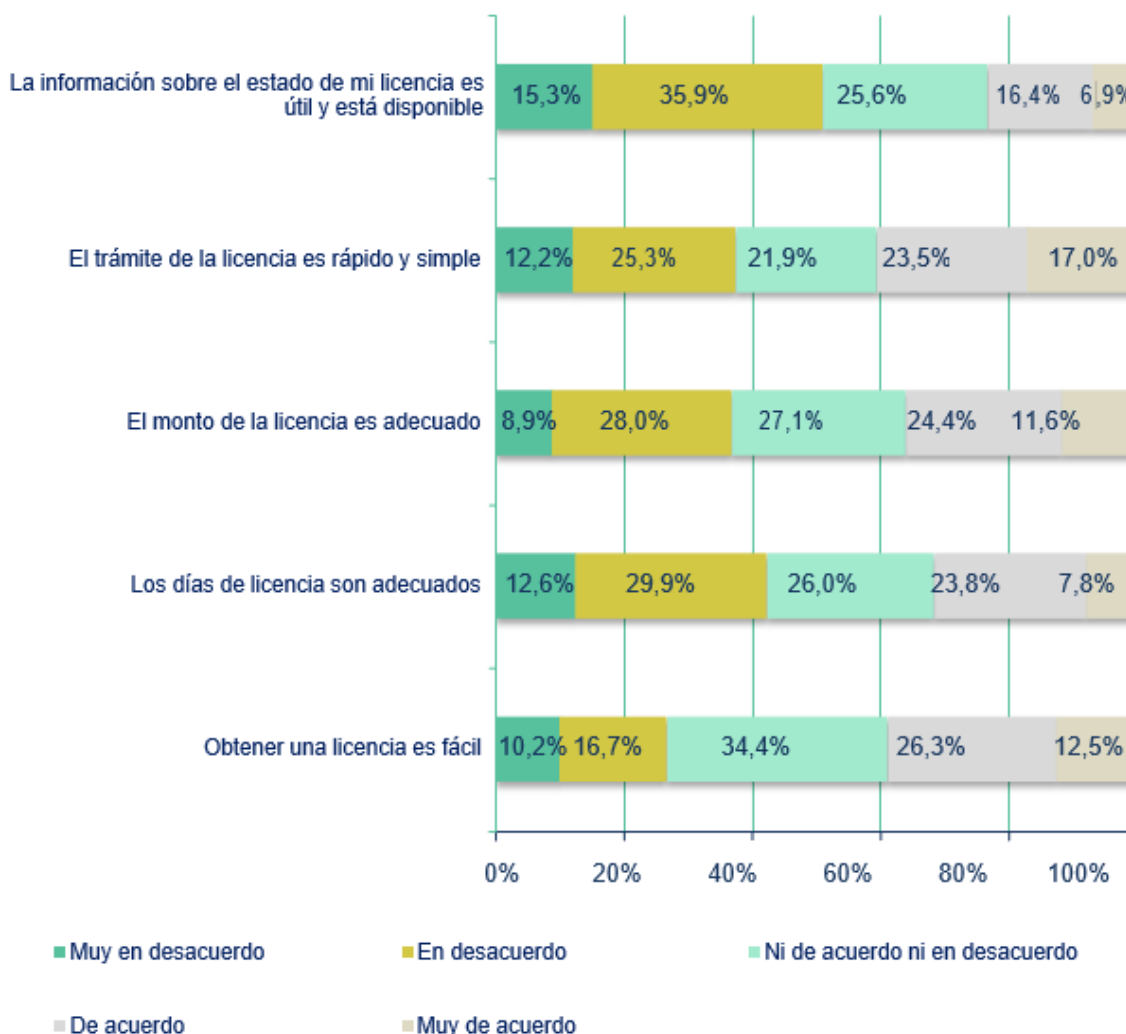
Los principales resultados son:

- **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.

**Figura 1.** Opinión sobre características del sistema, muestra completa

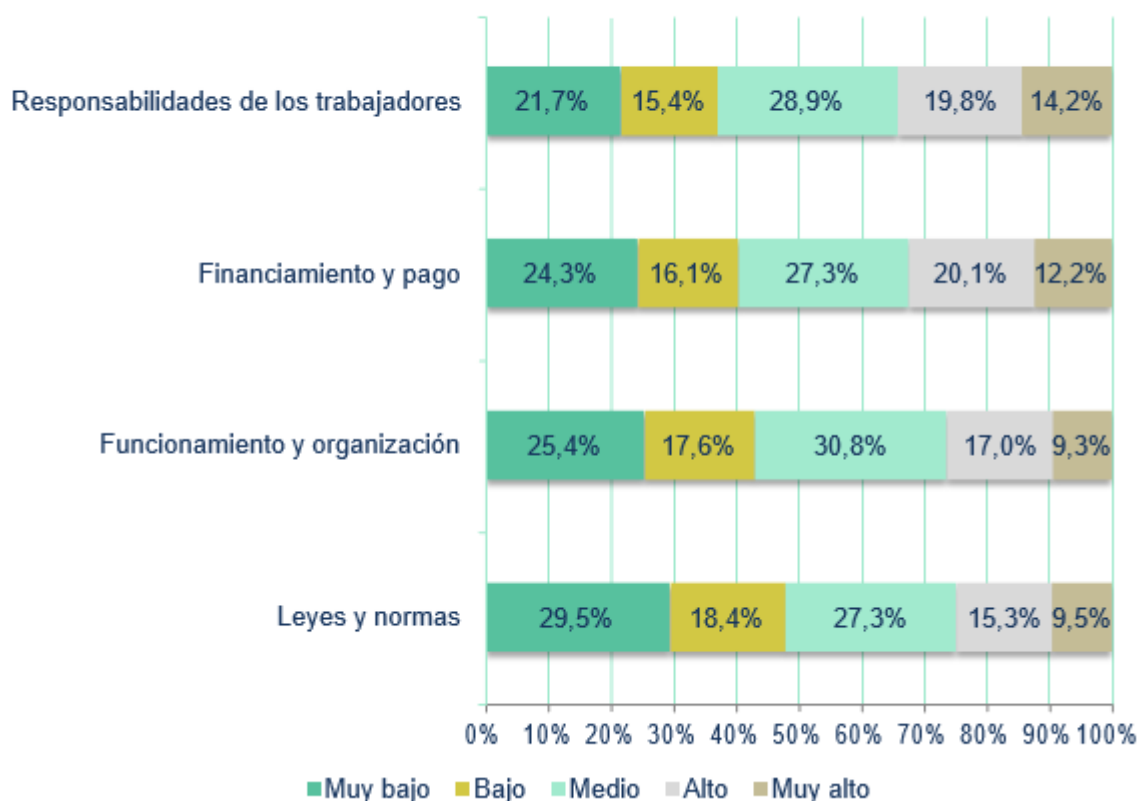




- **Conocimiento**

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.

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

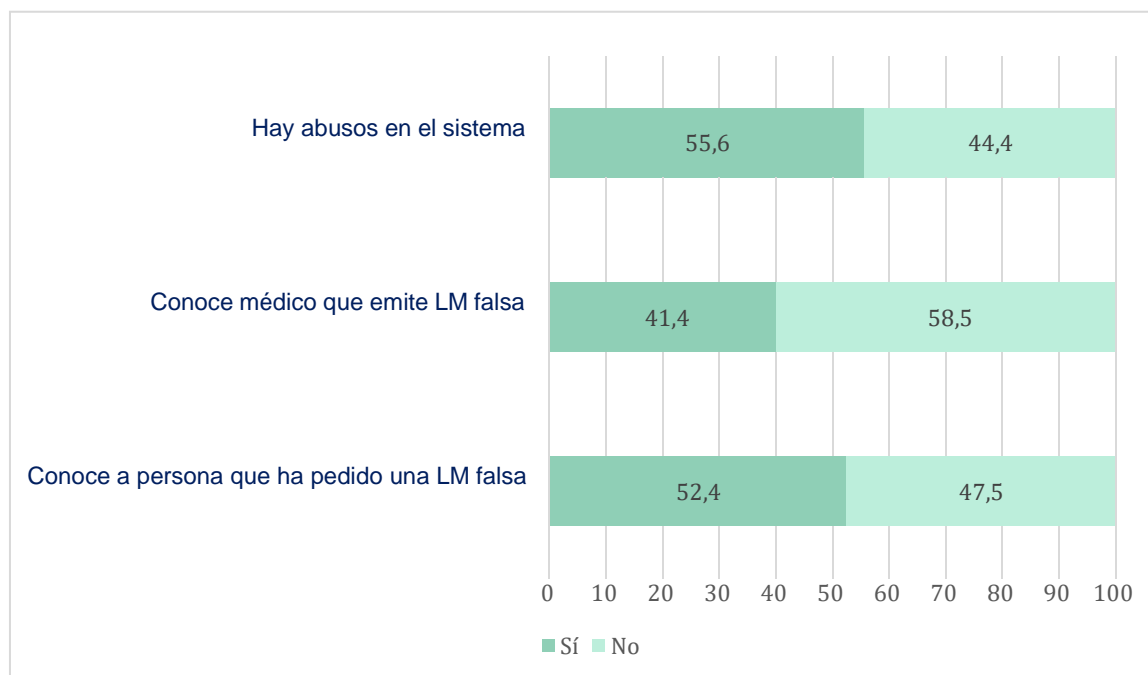


- **Mal uso o fraude en licencias**

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 3.** 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.

### **3. 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**

#### **3.1 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), secuencial<sup>1</sup> (ej.: Colombia, Países Bajos) o indefinida (ej.: Australia, Chile)





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

**Tabla 1.** 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.



## **3.2 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).

#### **4. Conclusiones y propuestas complementarias**

##### **4.1 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);

- i. Estableciendo una duración máxima de la licencia.
- ii. Considerando un sistema alternativo para licencias “anormales”.
- iii. 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.

### **4.2 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.