

Licencias Médicas en Chile: Diagnóstico y Propuestas de Reforma

Pablo Celhay

Julio 2025

Puntos de discusión

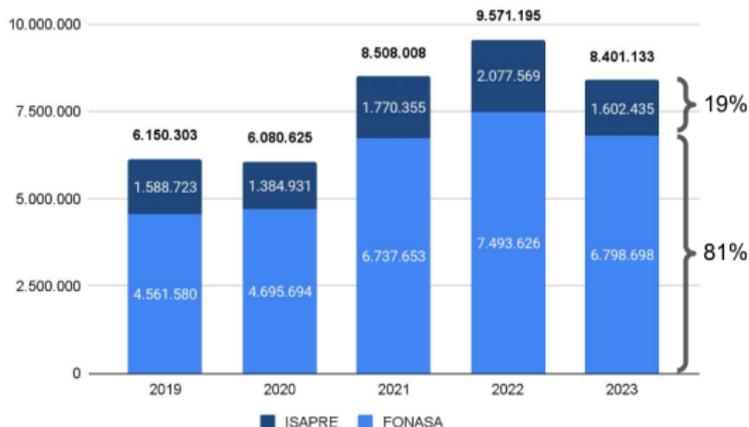
- 1 El sistema actual de licencias médicas es financieramente insostenible y presenta incentivos perversos.
- 2 Es urgente reformar el modelo de financiamiento y uso de licencias con estándares internacionales.
- 3 Las reformas deben equilibrar sostenibilidad fiscal con protección social efectiva.

- El sistema de licencias médicas en Chile enfrenta un crecimiento explosivo del gasto.
- En 2022, se gastó USD 3.312 millones (1,1 % PIB), el doble que en 2014.
- 42 % del gasto se concentra en salud mental.

Gasto en subsidios por incapacidad laboral (Fonasa)

LICENCIAS MÉDICAS

Número de licencias médicas tramitadas, desagregadas según seguro de salud y años



Variación 2019-2023

-FONASA: 49,0%
-ISAPRE: 0,9%
-SISTEMA: 36,6%

Variación 2022-2023

-FONASA: -9,3%
-ISAPRE: -22,9%
-SISTEMA: -12,2%

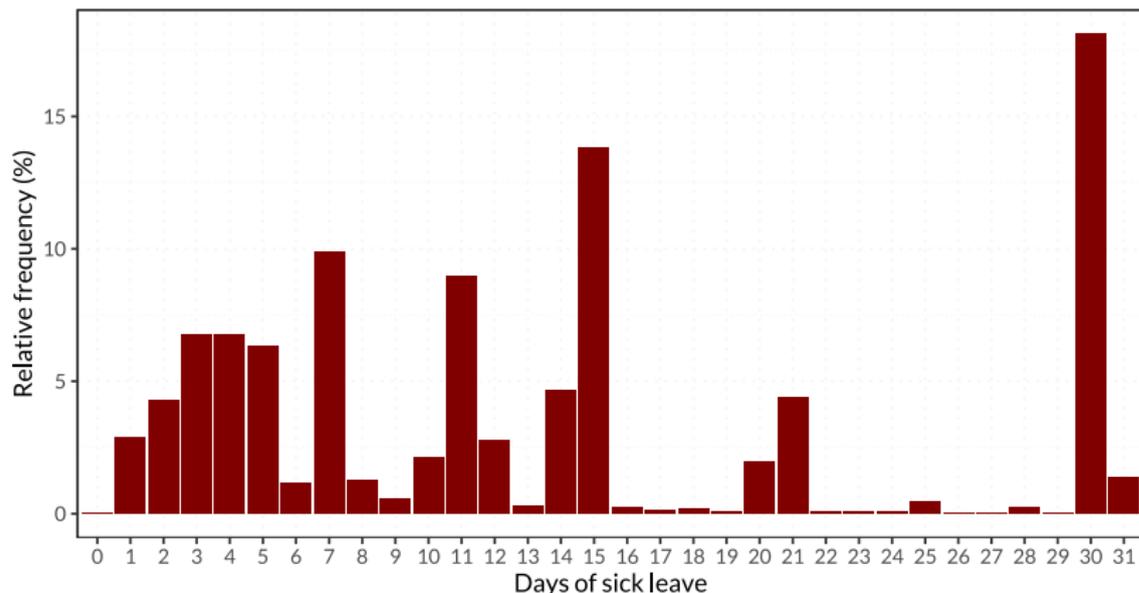
Nota:

(1) Las licencias médicas tramitadas corresponden a aquellas que tuvieron pronunciamiento inicial, rediciamen, reconsideración o reliquidación en el año.

Problemas centrales del sistema actual

- Incentivos perversos: reemplazo 100 %, sin tope ni carencia universal.
- Empleador sin participación en el costo.
- Trabajador sin costo asociado a la extensión
- Fiscalización limitada (ex post, COMPIN saturado).

Distribución de días de licencia



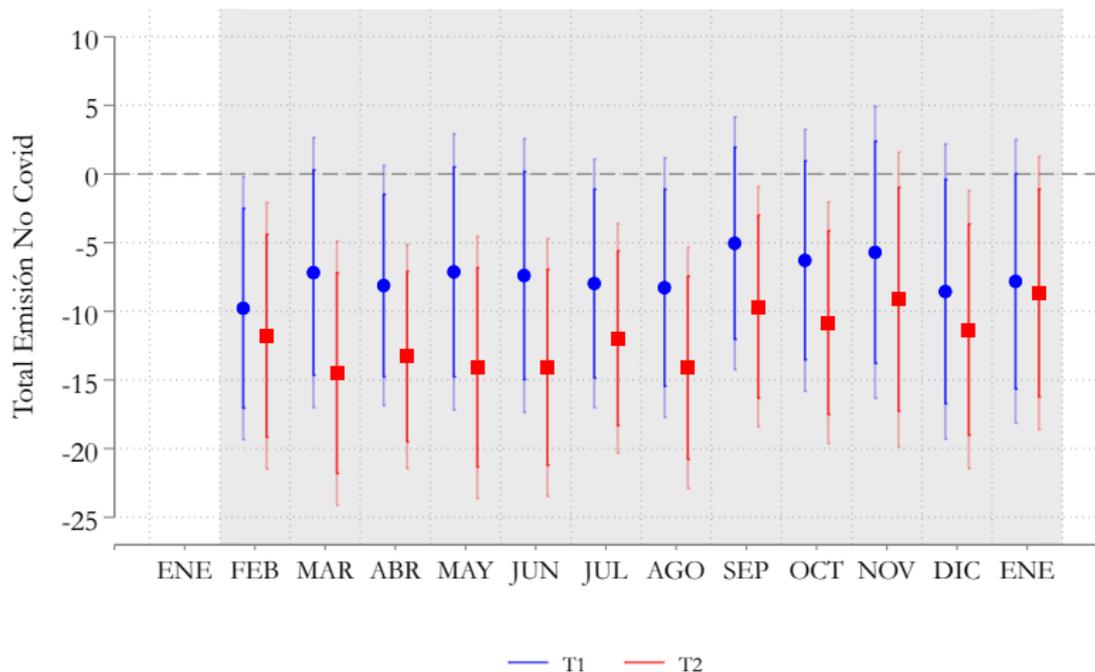
Note 1: the 31 days bar includes all sick leaves of 31 or more days.

Note 2: this plot includes all sick leaves between January 2018 and September 2021.

Comparación internacional: Chile, Suecia y Alemania

Característica	Chile	Suecia	Alemania
Días de carencia	3 (si < 11 días)	1	0 (certificado desde día 3)
Días cubiertos por empleador	0	14	42
Tope anual de días subsidiados	No hay	Variable según diagnóstico	546
Tasa de reemplazo	100 % constante	80 % decreciente	100 % por 6 semanas, luego 70 %
Fiscalización	Baja, ex post (COMPIN)	Alta, ficha única y control público	Alta, con certificación médica y empleador

La fiscalización tiene efectos



Note: Promedio control es 67.30 por mes. Intervalos de confianza al 95 y 99 por ciento

- Tasa de reemplazo parcial: Alemania, Suecia.
- Días de carencia universales: Suecia (1), Francia (3).
- Pago inicial del empleador: Alemania (6 semanas), Suecia (14 días).
- Sistemas de monitoreo con fichas únicas

1 Tasa de reemplazo decreciente

- 100 % por 15 días, 80 % hasta 45 días, 70 % a partir de 46.
- Incentiva retorno si salud lo permite.
- Evita licencias prolongadas como sustituto de pensión de invalidez.

2 Eliminar o reducir días de carencia

- Evita extensión artificial de licencias breves.
- Práctica común en OCDE.

3 Copago del empleador

- Días o porcentaje a cargo del empleador.
- Incentiva gestión del ausentismo.
- Puede modularse para PYMEs (fondo compensatorio).

4 Tope anual de subsidio

- 52 semanas o por diagnóstico (Alemania)
- Luego transición a invalidez o reinserción.

5 Sistema Ficha Única

- Plataforma única para COMPIN, prestadores y aseguradoras.
- Control en tiempo real, trazabilidad y cruce de datos.
- Permite mejorar fiscalización y coordinar agencias

6 Fondo separado para SIL

- Financiamiento separado del 7% de salud.
- Mejor gestión y transparencia.
- Permite ajustes autónomos y reglas tipo mutual.

Conclusión

- El sistema de licencias médicas en Chile necesita una reforma urgente para frenar el crecimiento insostenible del gasto y corregir incentivos mal alineados.
- La experiencia internacional muestra que es posible equilibrar control y protección social mediante días de carencia, topes, y fiscalización temprana.
- La solución requiere una estrategia gradual, con pilotos bien evaluados, uso de tecnología para trazabilidad, y un amplio acuerdo institucional para recuperar legitimidad y sostenibilidad del sistema.