

PROPUESTA INTEGRAL PARA EL MEJORAMIENTO DEL SISTEMA QUE REGULA Y FISCALIZA LAS LICENCIAS MÉDICAS EN CHILE

Agosto 2025



COLEGIO MÉDICO DE CHILE

**PROUESTA INTEGRAL
PARA EL MEJORAMIENTO
DEL SISTEMA QUE REGULA
Y FISCALIZA LAS LICENCIAS
MÉDICAS EN CHILE**

AUTORES:

Dra. Francisca Crispi Galleguillos
Presidenta Colegio Médico Santiago

Dr. Cristian Rebolledo Díaz

Presidente Depto. Políticas de Salud y Estudios, Colegio Médico de Chile

ÍNDICE

I. RESUMEN EJECUTIVO	5
II. REFORMULEMOS LA LICENCIA MÉDICA EN CHILE: SÍNTESIS DE LAS PROPUESTAS	7
III. ANTECEDENTES GENERALES	11
IV. PANORAMA ESTADÍSTICO Y TENDENCIAS	14
V. EXPERIENCIAS Y PROPUESTAS ANTERIORES EN CHILE	22
VI. METODOLOGÍA	24
VII. PROBLEMAS DETECTADOS EN EL ESCENARIO ACTUAL Y PROPUESTAS DE SOLUCIÓN A CORTO PLAZO	25
VIII. CONSIDERACIONES FINALES	47
IX. ANEXOS	48

Anexo 1. Resultados Consulta Nacional de Licencias Médicas.

GLOSARIO DE SIGLAS

Sigla	Significado
CIC	Contraloría Interna de la Contraloría General de la República (presumido)
COMPIN	Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez
DFL	Decreto con Fuerza de Ley
DS	Decreto Supremo
EUNACOM	Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina
FONASA	Fondo Nacional de Salud
GES	Garantías Explícitas en Salud
ISAPRE	Institución de Salud Previsional
LME	Licencia Médica Electrónica
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
SIL	Subsidio por Incapacidad Laboral
SUSESOS	Superintendencia de Seguridad Social

I. RESUMEN EJECUTIVO

El Colegio Médico de Chile presenta esta propuesta integral de reforma al Sistema de Licencias Médicas y Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL), con el objetivo de fortalecerlo como una herramienta esencial de seguridad social, garantizar el derecho a la salud de las y los trabajadores, y proteger el ejercicio ético de la medicina.

Esta iniciativa nace en un contexto de desconfianza creciente hacia el sistema actual, tensionado por el uso fraudulento de licencias médicas, fiscalizaciones ineficientes, presiones sobre el gasto público, y un marco normativo obsoleto. Todo ello pone en riesgo no solo la sostenibilidad del sistema, sino también su legitimidad social y sanitaria.

En los últimos años, Chile ha experimentado un aumento sostenido en la emisión de licencias médicas, reflejo de múltiples factores estructurales, sanitarios y sociales. Entre ellos destacan la mayor carga de enfermedad en la población, intensificada por la pandemia de COVID-19, y la expansión de la telemedicina que, si bien ha mejorado el acceso, también ha generado espacios para prácticas indebidas como la emisión indiscriminada o incluso la venta ilegal de licencias por actores inescrupulosos.

A esto se suma la incapacidad institucional para ejercer una fiscalización eficaz, como lo han evi-denciado informes recientes de la Contraloría General de la República, que dan cuenta de un uso irregular, generalizado y normalizado del instrumento, con impactos directos en el gasto fiscal y la sostenibilidad del sistema; junto a condiciones de fiscalización deficientes, focalizadas en gran medida en la solicitud de gran cantidad de informes médicos que han demostrado que no son el camino para controlar el fraude y uso incorrecto. Urge compatibilizar una fiscalización moderna y efectiva, que no hostigue el ejercicio profesional ni afecte el acceso a los pacientes al descanso. Frente a esta crisis, resulta urgente reformular el sistema de licencias médicas. Se trata de un problema multicausal que involucra a múltiples actores, y que exige respuestas coordinadas, éticas y efectivas. Es imperativo fortalecer el sistema, resguardar el buen uso de los recursos públicos y, sobre todo, garantizar que las personas enfermas sigan accediendo al reposo que requieren, sin trabas ni sospechas injustificadas.

Reafirmamos que la licencia médica es, ante todo, un acto clínico sustentado en la evaluación profesional de médicos y médicas con la formación y experiencia necesarias para indicar reposo cuando la condición de salud así lo requiere. La gran mayoría de nuestros colegas ejercen esta atribución con ética, responsabilidad y compromiso con sus pacientes, pero no es menos cierto que en la emisión de licencias médicas han existido malas prácticas que hemos rechazado. Con-fiamos en que una reformulación del SIL permita relevar el rol de la licencia médica como una



herramienta central de la seguridad social, respetando plenamente su carácter clínico y protegiendo tanto los derechos de las y los trabajadores como la integridad del ejercicio profesional.

La propuesta se elaboró mediante una metodología participativa y técnicamente rigurosa, que consideró la consulta a más de 6.000 médicas y médicos de todo el país, encuentros con especialistas, sociedades científicas y comisiones gremiales, junto con el análisis de datos estadísticos, evidencia empírica reciente y una revisión crítica de iniciativas legislativas anteriores.

El resultado de este proceso se expresa en siete ejes fundamentales:

- 1. Fortalecimiento de las competencias profesionales para la emisión de licencias e información a los pacientes**
- 2. Transparencia clínica y acceso a información para apoyar la decisión médica**
- 3. Control del fraude y fortalecimiento institucional**
- 4. Mejora del proceso de tramitación y pago del Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL)**
- 5. Optimización de la gestión de casos prolongados o complejos**
- 6. Revisión de incentivos y brechas de seguridad social**
- 7. Ética profesional y corresponsabilidad**

Este documento constituye un aporte gremial, técnico y ético a la discusión legislativa en curso. Su propósito es avanzar hacia un sistema más justo, eficiente y humano, que promueva la confianza ciudadana, el respeto a la labor médica y la protección efectiva de quienes más lo necesitan, asegurando a la vez la sostenibilidad del sistema.

II. REFORMULEMOS LA LICENCIA MÉDICA EN CHILE: SÍNTESIS DE LAS PROPUESTAS

El Colegio Médico de Chile, en línea con su compromiso con una salud pública de calidad y la defensa de los derechos de pacientes y profesionales, presenta una propuesta orientada a fortalecer el sistema de licencias médicas sin debilitar la seguridad social. Advierte que no se puede tratar la enfermedad como una falta ni penalizar a quienes requieren cuidados, y que el contexto actual exige una respuesta integral, que supere la lógica de control de costos y aborde la complejidad del problema.

En los últimos años, el sistema ha sufrido un proceso de deslegitimación, erosionando la confianza en la licencia médica como herramienta de protección social, tanto por su mal uso como por fiscalizaciones que han perjudicado a profesionales éticos. Esta pérdida de confianza amenaza con abrir nuevas brechas de acceso, dejando a pacientes desprotegidos y debilitando una política pública clave para la salud y la cohesión social.

Frente a ello, se plantea la necesidad de enfocar el sistema y recuperar su legitimidad. Cada licencia debe tener un sentido clínico claro, sustentado en la ética profesional y regulado por un estado competente. Se requiere construir un nuevo contrato social en torno a esta herramienta, que permita a médicos y ciudadanía defenderla con convicción como un derecho y una forma concreta de cuidado y justicia social.

A continuación, se sintetizan las propuestas en 7 ejes para reformular el Sistema de Licencias Médicas en Chile:

EJE 1.

FORTALECIMIENTO DE LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES PARA LA EMISIÓN DE LICENCIAS E INFORMACIÓN A LOS PACIENTES

Este eje busca mejorar el juicio clínico y la responsabilidad profesional en la emisión de licencias médicas, mediante una formación sólida en materias de seguridad social, criterios técnicos y uso adecuado del reposo laboral.

Medidas:

- 1. Reforzar contenidos de seguridad social en los planes de estudio de las carreras del área de la salud.**

- 2. Incorporar contenidos de seguridad social en el EUNACOM**, asegurando conocimientos básicos para el ejercicio profesional en el sistema público.
- 3. Implementar capacitaciones obligatorias** en materias de seguridad social para los profesionales que ingresen a la administración pública.
- 4. Desarrollar y difundir orientaciones referenciales sobre la duración del reposo por diagnóstico**, elaboradas en conjunto con Sociedades Científicas, que consideren además las brechas y condiciones del sistema público de salud.
- 5. Reformar el Decreto Supremo N°7/2013**, con el fin de actualizar y fortalecer la base normativa que sustenta las guías referenciales de reposo laboral.

EJE 2.

TRANSPARENCIA CLÍNICA Y ACCESO A INFORMACIÓN PARA APOYAR LA DECISIÓN MÉDICA

Este eje busca dotar a los profesionales de herramientas de información clínica relevantes y mecanismos de retroalimentación que fortalezcan la toma de decisiones responsables en la emisión de licencias médicas. El acceso oportuno a datos pertinentes permite mejorar el juicio clínico, favorecer la continuidad del cuidado y promover prácticas más consistentes con los estándares profesionales.

Medidas:

- 6. Habilitar el acceso al historial de licencias médicas del paciente** por parte de los profesionales autorizados, resguardando la confidencialidad, con el fin de aportar a una mejor evaluación de la situación clínica y de los antecedentes previos.
- 7. Implementar sistemas de retroalimentación para profesionales emisores**, que incluyan la visualización de sus propios patrones de emisión y la comparación con promedios ajustados por especialidad, tipo de atención o nivel de complejidad.

EJE 3.

CONTROL DEL FRAUDE Y FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL

Este eje busca resguardar la legitimidad del Subsidio por Incapacidad Laboral mediante la implementación de barreras efectivas contra el uso fraudulento o abusivo del instrumento. Se propone combinar restricciones normativas, fiscalización activa, uso intensivo de datos y fortalecimiento institucional.

Medidas:

- 8. Prohibir la emisión de licencias médicas desde el extranjero**, con posibilidad de habilitación en casos especiales.
- 9. Prohibir la autoemisión de licencias médicas.**
- 10. Bloquear la posibilidad de emitir licencias médicas durante el periodo de reposo** médico del profesional emisor.
- 11. Facultar a la Fiscalía para ordenar investigaciones proactivas sobre venta de licencias**, incluyendo el uso de agentes encubiertos y otras técnicas especiales de investigación.

- 12. Fortalecer las unidades de fiscalización asociadas a la Ley N°20.585**, asegurando dotación suficiente y equipos multidisciplinarios idóneos.
- 13. Desarrollar sistemas de interoperabilidad de datos entre instituciones** que permitan una fiscalización continua de las licencias médicas y seguimiento eficiente de patrones de emisión y uso del SIL.
- 14. Creación de una plataforma única, altamente regulada, para emitir licencias médicas.**

EJE 4.

MEJORA DEL PROCESO DE TRAMITACIÓN Y PAGO DEL SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL (SIL)

Este eje busca avanzar hacia un sistema de tramitación del SIL más equitativo, transparente y eficiente, que garantice tiempos razonables y reglas uniformes para trabajadores, empleadores y entidades pagadoras.

Medidas:

- 15. Establecer una contraloría médica centralizada** para el pronunciamiento técnico sobre las licencias médicas, separando esta función de las entidades aseguradoras (FONASA e ISAPRE).
- 16. Homologar plazos y procedimientos de tramitación** entre COMPIN e ISAPRE, asegurando igualdad de trato y transparencia en la gestión del SIL.
- 17. Establecer plazos máximos para la tramitación y el pago del subsidio**, resguardando el derecho de los trabajadores a una respuesta oportuna.
- 18. Aplicar sanciones proporcionales y efectivas** a las entidades que incumplan los plazos establecidos, a fin de generar incentivos adecuados y proteger a los beneficiarios.
- 19. Reforzar la contratación o destinación de especialistas** para la evaluación de la pertinencia de licencias emitidas por especialistas.

EJE 5.

OPTIMIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE CASOS PROLONGADOS O COMPLEJOS

Este eje busca establecer mecanismos especializados y técnicamente fundados para la evaluación de licencias médicas de alta duración o casos clínicamente complejos.

Medidas:

- 20. Establecer evaluaciones médicas periciales obligatorias** una vez cumplidas 52 semanas de licencia, a fin de objetivar la continuidad del subsidio y apoyar decisiones informadas en condiciones de alta complejidad o sospecha de cronicidad no resuelta.
- 21. Fortalecer la contratación de especialistas** para emitir segundas opiniones clínicas cuando existan controversias, diagnósticos inciertos o discrepancias relevantes, promoviendo la independencia técnica y la calidad de la evaluación.

EJE 6.

REVISIÓN DE INCENTIVOS Y BRECHAS DE SEGURIDAD SOCIAL

Este eje busca corregir incentivos perversos que pueden inducir al uso inadecuado del reposo

laboral, promoviendo en su lugar una lógica de corresponsabilidad entre los distintos actores involucrados. La estructura actual del sistema puede generar conductas defensivas, dilaciones innecesarias o licencias artificialmente prolongadas.

Medidas:

22. Eliminar los días de carencia, los cuales actualmente pueden favorecer la extensión artificial del reposo.

23. Incluir al empleador en el financiamiento del Subsidio por Incapacidad Laboral, bajo un enfoque que combine corresponsabilidad financiera, prevención de condiciones laborales generadoras de enfermedad y promoción del reintegro precoz.

24. Incorporar una Licencia Médica de Cuidados para situaciones médicas agudas de personas dependientes, con criterios claros de indicación, que permita responder a necesidades sociales legítimas de cuidado sin distorsionar otros instrumentos existentes.

EJE 7.

ÉTICA PROFESIONAL Y CORRESPONSABILIDAD

Este eje promueve un ejercicio médico ético y comprometido con el bien público, así como una ciudadanía informada sobre sus derechos y deberes al hacer uso del reposo laboral.

Medidas:

25. Resguardo ético de la profesión, a través de un órgano con atribuciones efectivas para fiscalizar y sancionar conductas contrarias a la ética médica en la emisión de licencias, asegurando el resguardo de la profesión y la legitimidad social del instrumento.

26. Enviar automáticamente a cada paciente, al momento de recibir una licencia médica, un documento claro y breve con sus obligaciones legales durante el reposo, tales como cumplir el tratamiento, no realizar actividades remuneradas o no justificadamente incompatibles con el reposo, y no desplazarse sin causa médica autorizada.

27. Diseñar modalidades flexibles de reposo laboral con criterios clínicos diferenciados, que permitan combinar períodos de descanso con actividades terapéuticas, laborales o sociales compatibles con la recuperación, según la patología, el estado funcional del paciente y su contexto.

III. ANTECEDENTES GENERALES

En Chile, la historia de la protección en materia de salud se inicia con la promulgación del primer código sanitario el 22 de junio de 1918, a través de la Ley N°3.385. Su objetivo era establecer normativas para regular los servicios sanitarios, el ejercicio de la medicina, la salubridad e higiene de la población, pero no contemplaba acciones tendientes a la protección de los trabajadores frente a estados de incapacidad laboral. No obstante, en 1924, con la Ley N°4.054 de Seguro Obrero Obligatorio, que cubría a los obreros del sector privado, aparece el derecho a un subsidio por enfermedad, el cual se financiaba de forma tripartita, con las cotizaciones de los obreros, los patrones y el Estado. El monto de dicho subsidio disminuye a contar de la tercera semana de reposo y tenía relación directa con las cotizaciones efectuadas por el trabajador, con un período de carencia de 5 días si la enfermedad duraba menos de una semana.

Posteriormente, con la promulgación de la Ley de Medicina Preventiva, el 9 de febrero de 1938, mediante la Ley N°6.174, se incorporó el reposo preventivo y la implementación de medidas para evitar el desarrollo de enfermedades en su fase pre-clínica, que hoy conocemos como Licencia Médica preventiva.

Más de 20 años después, con la promulgación del Estatuto Administrativo para Empleados Públicos, mediante el Decreto con Fuerza de Ley N°338 del 5 de abril de 1960, por primera vez se define la licencia médica, a semejanza de como la conocemos hoy. Sin embargo, los trabajadores del sector privado, debieron esperar hasta 1984 para ver regulado el acceso a licencias médicas, el cual se materializó a través del Decreto Supremo 3, promulgado el 4 de enero de 1984, en adelante DS 3/1984, que buscaba uniformar los procedimientos a los que debían ajustarse los Servicios de Salud e Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) en la autorización de las licencias médicas de los trabajadores de los sectores público y privado, sean dependientes o independientes.

De acuerdo al Artículo N°1 del DS 3/84 se entiende la licencia médica como “el derecho que tiene el trabajador de ausentarse o reducir su jornada de trabajo, durante un determinado lapso de tiempo, en cumplimiento de una indicación profesional certificada por un médico-cirujano, cirujano-dentista o matrona, en adelante “el o los profesionales”, según corresponda, reconocida por su empleador en su caso, y autorizada por la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez, en adelante “Compin”, de la Secretaría Regional Ministerial de Salud, en adelante “Seremi”, que corresponda o Institución de Salud Previsional según corresponda, durante cuya vigencia podrá gozar de subsidio de incapacidad laboral con cargo a la entidad de previsión, institución o fondo especial respectivo, o de la remuneración regular de su trabajo o de ambas en la proporción que corresponda”

Dicho de otro modo, la licencia médica se constituye como un instrumento médico-administrativo, que certifica que un trabajador o trabajadora presenta una incapacidad laboral de carácter temporal, que le impide el desempeño de sus funciones habituales, y le permite ausentarse de ellas en forma total o parcial durante el periodo que se mantenga su condición. Asimismo, el reposo laboral indicado a través de una licencia médica es parte de las herramientas con las que cuentan los profesionales de la salud para el tratamiento de patologías que generan una incapacidad laboral temporal. Su prescripción se realiza con el objetivo de la recuperación de la salud, siendo parte integral del acto médico, y por tanto no puede disociarse del proceso terapéutico propio de la *lex artis* médica.

Tal como señala la definición, la indicación de reposo laboral, habilita al trabajador o trabajadora a recibir un subsidio de incapacidad laboral, en adelante SIL, que reemplaza su remuneración durante el tiempo que dure la licencia médica. Las normas para el otorgamiento del Subsidio por Incapacidad Laboral para trabajadores dependientes del sector privado se encuentran establecidas en el Decreto con Fuerza de Ley N°44 del 1º de junio de 1978, en adelante DFL N°44.

Desde que el instrumento existe y hasta la actualidad, la emisión de licencias médicas ha experimentado un aumento sostenido, el cual tiene un origen multifactorial. Entre sus causas se pueden reconocer cambios en la carga de enfermedad de la población, cambios sociales, introducción de nuevas tecnologías y también la existencia de prácticas fraudulentas en el uso y la emisión de licencias médicas. Lo último ha afectado la confianza pública y ha generado cuestionamientos acerca del uso de este derecho por parte de los trabajadores y en paralelo un aumento sustantivo del gasto público en este ítem. Es por esto por lo que, en 2010, el ejecutivo ingresó al congreso un proyecto de ley que buscaba asegurar el uso y otorgamiento correcto de las licencias médicas, fortaleciendo las facultades de control y fiscalización de los órganos relacionados, así como el establecimiento de sanciones administrativas y penales en caso de otorgamiento y uso fraudulento, abusivo o ilegal del instrumento. Este proyecto se materializó a través de la promulgación de la Ley N°20.585 promulgada el 26 de abril de 2012.

Entre otros aspectos, el artículo N°4º de la citada ley, estableció que el Ministerio de Salud debía dictar guías clínicas referenciales de reposo laboral, respecto de determinadas patologías, el cual debía ser suscrito además por el ministro del Trabajo y Previsión Social. Este reglamento se materializó a través del Decreto N°7 promulgado el 26 de febrero de 2013, en adelante DS 7/2013, y constituye la actual guía referencial de reposo laboral, la que, a pesar de los relevantes cambios normativos, sociales y del sistema sanitario ocurridos en los últimos años, no ha sido actualizada, lo que dificulta o simplemente imposibilita su aplicación.

Pese a los esfuerzos en la materia de fiscalización, la existencia de prácticas fraudulentas en la emisión de licencias médicas de parte de grupos minoritarios de profesionales y el subsecuente aumento del gasto en SIL, llevaron al ejecutivo a presentar en el año 2022, un proyecto de ley que buscaba modificar la Ley N°20585, fortaleciendo las facultades de los organismos reguladores y fiscalizadores y estableciendo sanciones administrativas y penales a quienes realizaban un mal



uso del instrumento. Esta iniciativa se materializó hace algunas semanas con la promulgación de la Ley N°21.746, del 14 de mayo de 2025.

En la actualidad, la prescripción de licencias médicas enfrenta diversos desafíos, que deben ser analizados, pues de su abordaje existen evidentes oportunidades de mejora. Entre ellos se encuentran el manejo de la complejidad psicosocial, las consecuencias de los roles de cuidado a los que las personas se ven enfrentadas sin un apoyo social suficiente, las brechas existentes en el sistema de atención sanitaria, las brechas de conocimientos en la materia durante la formación de los profesionales médicos, la organización general del sistema de salud y seguridad social, la interoperabilidad de datos, los mecanismos de pago del SIL y la fiscalización, entre otros.

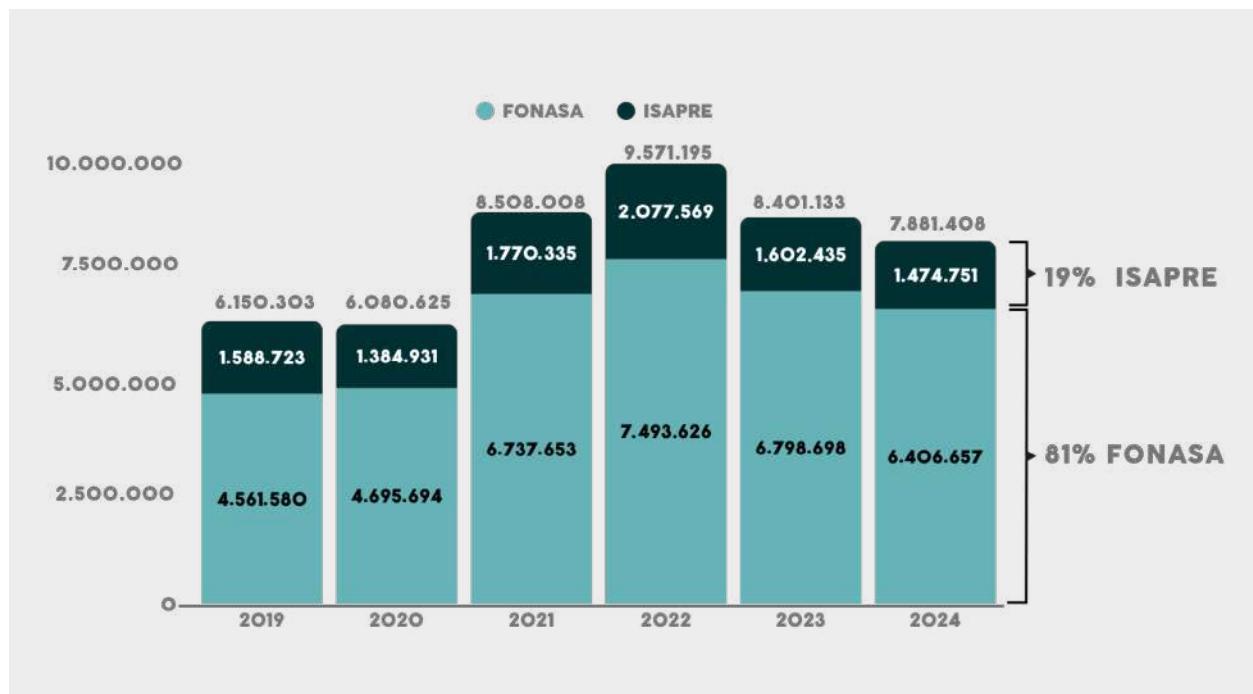
Frente a esta realidad, el Colegio Médico de Chile asume la responsabilidad de contribuir con propuestas concretas para fortalecer la calidad, la pertinencia y la efectividad en la emisión de licencias médicas. Esta iniciativa busca garantizar la protección de los derechos de los pacientes que efectivamente necesitan ausentarse de sus labores por motivos de salud, resguardar la ética profesional, y promover un uso eficiente de los recursos del sistema de salud y de la seguridad social.

IV. PANORAMA ESTADÍSTICO Y TENDENCIAS

La emisión de Licencias Médicas presentó un incremento sustantivo durante la Pandemia, pasando de 6 millones de licencias médicas en 2020 a más de 9,5 millones en 2022, lo que constituye su cifra más alta hasta ahora.

Gráfico 1:

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



Notas:

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

(2) El año 2024 corresponde a las LME emitidas con pronunciamiento hasta octubre de 2024.

Fuente: Estadísticas de Licencias Médicas y Subsidios por Incapacidad Laboral / Año 2023.

Cuadro 1:

Número de LME emitidas desagregado según tipo de licencia y año de emisión

TIPO DE LICENCIA PRONUNCIADA	2023	2024
1: Enfermedad o Accidente Común	7.748.350	7.911.107
2: Prórroga Medicina Preventiva	2.155	2.393
3: Licencia Maternal Pre y Post Natal	175.031	156.482
4: Enfermedad Grave Hijo Menor de 1 año	207.824	215.045
5: Accidente del Trabajo o del Trayecto	39.622	45.069
6: Enfermedad Profesional	15.769	17.039
7: Patología del Embarazo	130.969	125.859
Sin pronunciamiento	476.518	427.169
Total LME Emitidas	8.796.238	8.900.163
Total LME emitidas con pronunciamiento	8.319.720	8.472.994
LME tipo 1/ total LME pronunciadas	93,1%	93,4%

Fuente: Evolución de Licencias Médicas Electrónicas 2023-2024-SUSES

Se observa, que todas las licencias médicas, excepto las correspondientes a las licencias pre y postnatal, las relacionadas con patologías del embarazo y aquellas sin pronunciamiento, presentaron un aumento durante el año 2024 en comparación con el año 2023.

Cuadro 2:

Número de LME emitidas desagregado según tipo de licencia y año de emisión

ESTADO DE RESOLUCIÓN	2023			2024		
	FONASA	ISAPRE	TOTAL	FONASA	ISAPRE	TOTAL
Autorizase	5.847.654	1.226.263	7.073.917	6.082.296	1.131.219	7.213.515
Rechazase	360.242	159.462	519.704	374.398	162.375	536.773
Ampliase	32.761	82	32.843	24.135	47	24.182
Redúcese	61.575	60.144	121.719	60.242	55.18	115.422
Pendiente de resolución	167		167	20.611		20.611
Total LME pronunciadas	6.302.399	1.445.951	7.748.350	6.561.682	1.348.821	7.910.503
Tasa rechazo primera instancia	7,2%	23,6%	10,3%	6,5%	23,0%	9,3%
Tasa rechazo última instancia	5,7%	11,0%	6,7%	5,7%	12,0%	6,8%

Fuente: Evolución de Licencias Médicas Electrónicas 2023-2024-SUSES

El cuadro 2, muestra que las tasas de rechazo en primera instancia son diferentes a las de la última instancia disponible (al 18 de enero de 2025). Además, se observa que las tasas de rechazo entre afiliados a FONASA e ISAPRE son diferentes en ambos años, tanto en primera como en la última instancia. La tasa de rechazo en primera instancia del año 2024 fue de un 9,3%, cifra 1 punto porcentual inferior a la registrada en el año 2023.

Cuadro 3:
Número de LME por enfermedad o accidente común emitidas con pronunciamiento y su distribución desagregada según principales grupos de diagnósticos y año

CAPÍTULO CIE 10	2023		2024	
	N°	%	N°	%
Trastornos mentales	2.505.826	32,3%	2.616.871	33,1%
Músculo esqueléticas	1.413.803	18,2%	1.399.567	17,7%
Respiratorias	1.138.880	14,7%	1.237.164	15,6%
Traumatismos	533.745	6,9%	539.907	6,8%
Digestivas	372.118	4,8%	391.622	5,0%
Infecciosas y parasitarias	373.04	4,8%	435.707	5,5%
COVID-19	179.7	2,3%	32.452	0,4%
Sistema Nervioso	244.92	3,2%	247.666	3,1%
Otros	986.318	12,7%	1.009.547	12,8%
TOTAL LME PRONUNCIADAS	7.748.350	100%	7.910.503	100%

Fuente: Evolución de Licencias Médicas Electrónicas 2023-2024-SUSES

Del cuadro 3, se desprende que la distribución de las LME con pronunciamiento emitidas durante el año 2024 es similar a la observada durante el año 2023. En ambos años, las licencias por trastornos mentales concentran más del 32% de las LME emitidas, seguidas de las licencias por patología músculo esquelética con más de 17%. Las licencias por Covid-19, fueron las que disminuyeron en mayor proporción.

CAPÍTULO CIE 10	2023			2024		
	FONASA	ISAPRE	TOTAL	FONASA	ISAPRE	TOTAL
Trastornos mentales	14,2%	54,9%	20,0%	12,5%	53,3%	17,8%
Músculo esqueléticas	6,8%	25,4%	9,4%	6,2%	24,6%	8,6%
Respiratorias	0,6%	6,8%	2,2%	0,5%	6,8%	2,0%
Traumatismos	2,9%	18,8%	6,0%	2,9%	17,4%	5,4%
Digestivas	1,4%	7,3%	3,0%	1,3%	7,0%	2,7%
Infecciosas y parasitarias	0,5%	6,9%	2,0%	0,4%	7,3%	1,9%
COVID-19	0,6%	4,3%	1,4%	0,3%	8,6%	2,1%
Sistema Nervioso	8,0%	22,6%	10,8%	7,3%	20,7%	9,7%
Otros	3,7%	12,8%	5,7%	3,5%	13,6%	5,5%
Total LME pronunciadas	7,2%	23,6%	10,3%	6,5%	23,0%	9,3%

Fuente: Evolución de Licencias Médicas Electrónicas 2023-2024-SUSES

Cuadro 5:
Tasas de rechazo en última instancia según principales grupos de diagnóstico, seguro de salud y año de emisión

CAPÍTULO CIE 10	2023			2024		
	FONASA	ISAPRE	TOTAL	FONASA	ISAPRE	TOTAL
Trastornos mentales	12,0%	26,1%	14,1%	11,5%	27,9%	13,6%
Músculo esqueléticas	4,4%	10,3%	5,2%	4,7%	11,5%	5,6%
Respiratorias	0,5%	4,1%	1,4%	0,5%	4,5%	1,4%
Traumatismos	2,0%	6,6%	2,9%	2,2%	6,9%	3,0%
Digestivas	1,1%	3,7%	1,8%	1,1%	4,1%	1,8%
Infecciosas y parasitarias	0,5%	4,4%	1,4%	0,4%	4,9%	1,4%
COVID-19	0,8%	3,3%	1,3%	0,3%	6,9%	1,8%
Sistema Nervioso	5,0%	9,5%	5,8%	5,5%	10,3%	6,4%
Otros	2,6%	6,0%	3,3%	2,9%	7,2%	3,7%
Total LME pronunciadas	5,7%	11,0%	6,7%	5,7%	12,0%	6,8%

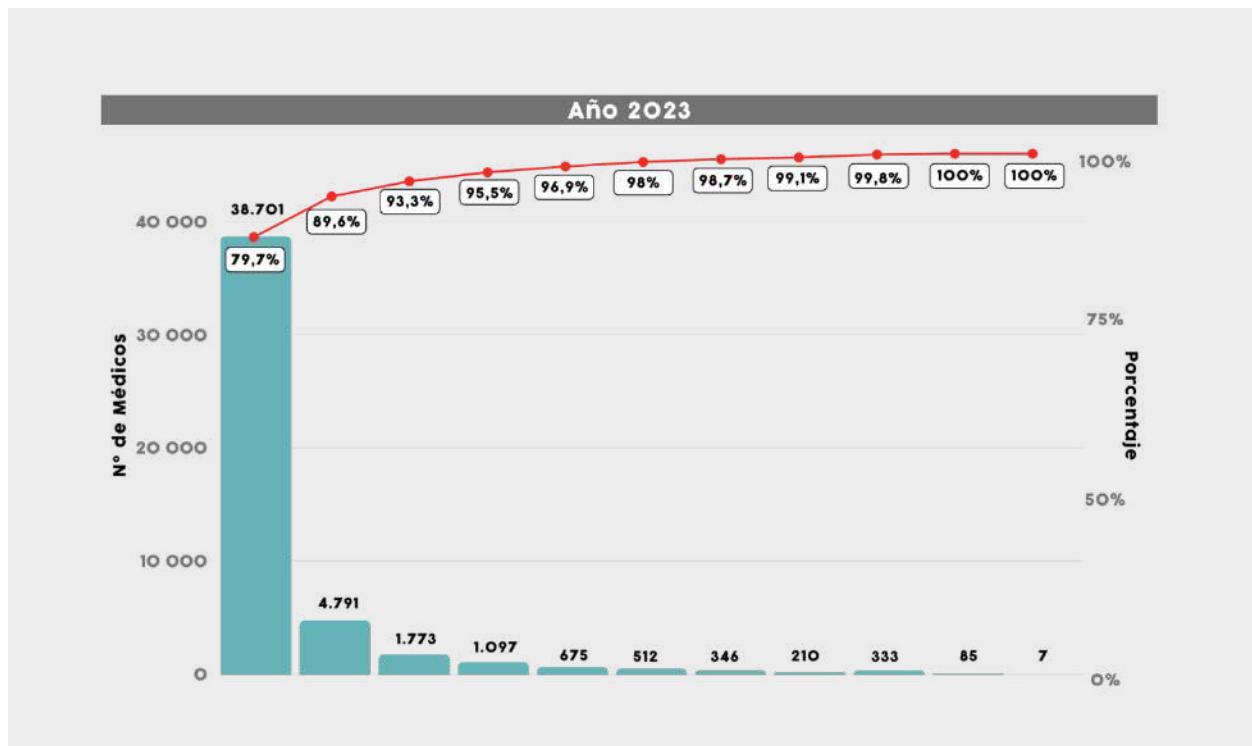
Fuente: Evolución de Licencias Médicas Electrónicas 2023-2024-SUSES

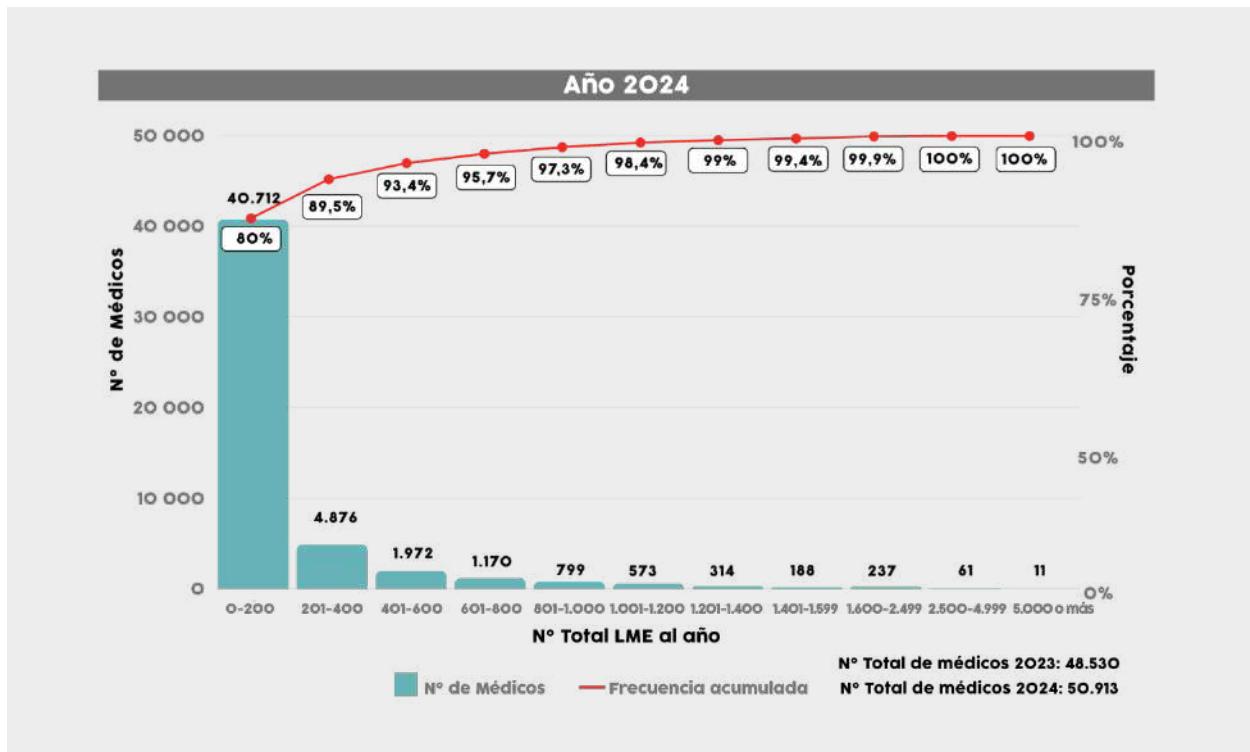
De los cuadros 4 y 5 se puede observar que las tasas de rechazo en ISAPRE son superiores a las de FONASA en todos los grupos de diagnóstico, durante todo el período analizado y tanto para primera como para última instancia. Es importante destacar que un gran porcentaje de las licencias médicas rechazadas por las ISAPRES en primera instancia, son revertidas por las COMPIN en las instancias de apelación y reclamación que establece la normativa.

La desagregación según grupo de diagnóstico muestra que las mayores tasas de rechazo en primera y última instancia, tanto en FONASA como en ISAPRE, se registran en las enfermedades por trastornos mentales.

De la relación de ambos cuadros, se observa que las mayores diferencias entre las tasas de rechazo de primera y última instancia, según principales grupos de diagnóstico para el año 2023, se producen en las licencias médicas por trastornos mentales, con una diferencia de 6 puntos porcentuales.

Gráfico 2:
Número de profesionales de la salud según tramo de número de LME emitidas y su frecuencia relativa acumulada. Años 2023-2024





Nota:

Se excluyen las licencias médicas de origen maternal (Licencia Maternal Pre y Post Natal, Enfermedad Grave Hijo Menor de 1 año), de origen laboral (Accidentes del Trabajo o del Trayecto y Enfermedad Profesional) y aquellas que a la fecha de elaboración se encontraban sin pronunciamiento.

Fuente: Informe Anual de Emisores de LME 2024

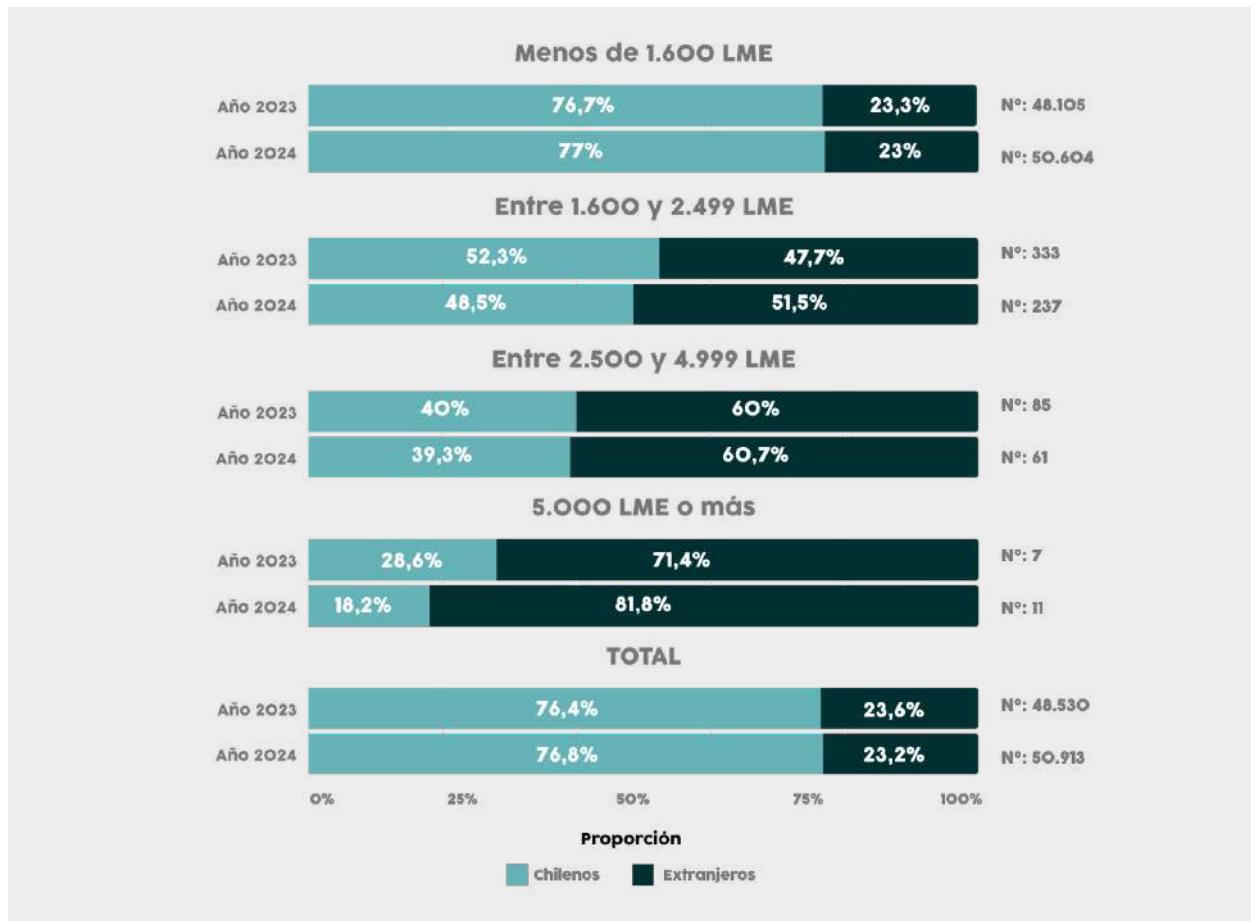
En el gráfico 2 se observa que la distribución de las LME por profesional emisor en el año 2024 es muy similar a la observada en el año 2023. La mayoría de los médicos se concentran en el tramo de emisión más bajo (hasta 200 LME), representando alrededor del 80% de los médicos en ambos años (79,7% en 2023 y 80,0% en 2024).

Respecto a los tramos superiores de emisión, es decir aquellos con registro de emisión mayor a 1.600 LME al año, se aprecia que en 2023 fue de 0,89% correspondiente a 425 profesionales, cifra que en 2024 se redujo a un 0,64% correspondiente a 309 profesionales.

Finalmente, se aprecia que la distribución es marcadamente asimétrica hacia la izquierda en ambos años, lo cual indica que pocos profesionales de la salud emiten grandes volúmenes de licencias médicas.

Gráfico 3:

Proporción de los profesionales de la salud según tramo de LME emitidas al año y nacionalidad. Años 2023-2024



Fuente: Informe Anual de Emisores de LME 2024

Se observa que en el año 2023 el 76,4% del total de los profesionales que otorgaron LME eran chilenos, cifra que para el año 2024 fue de un 76,8%.

Al desagregar por tramo de LME, se observa un aumento en la participación de profesionales de la salud formados en el extranjero en relación a chilenos a medida que se avanza en los tramos de emisión, comenzando para el año 2024 en un 23,0% de profesionales de la salud extranjeros para el tramo donde emiten menos de 1.600 licencias, para luego aumentar a 51,5%, 60,7% y 81,8% en los tramos 2, 3 y 4 respectivamente.

Cuadro 6:

Número de profesionales de la salud, LME autorizadas y gasto en SIL estimado según tramo de LME emitidas. Año 2024

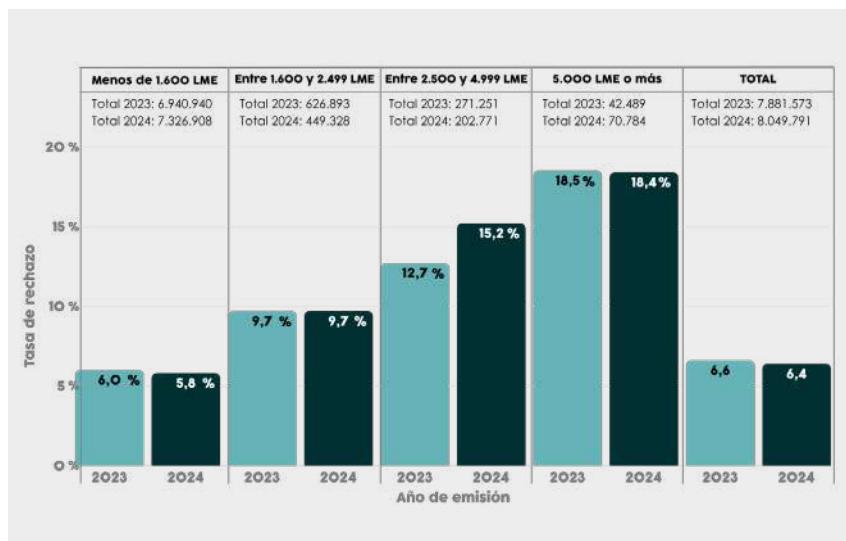
TRAMOS	N° DE PROFESIONALES	% DE PROFESIONALES	LM AUTORIZADAS	% LME AUTORIZADAS	% GASTO EN SIL ESTIMADO
Menos de 1.600 LME	50.604	99,4%	6.889.785	91,6%	90,9%
Entre 1.600 y 2.499 LME	237	0,5%	405.753	5,4%	5,1%
Entre 2.500 y 4.999 LME	61	0,1%	171.733	2,3%	2,9%
Más de 5.000 LME	11	0,02%	57.714	0,8%	1,1%
TOTAL	50.913	100%	7.534.985	100%	100%

Fuente: Informe Anual de Emisores de LME 2024

Del cuadro 6, se puede desprender que más del 99% de los profesionales, emiten menos de 1.600 LME al año, lo que corresponde a aproximadamente 6 licencias al día si se consideran sólo los días hábiles. Asimismo, se puede apreciar que alrededor del 10% del gasto estimado en SIL, se explica por la emisión de los profesionales que emiten más de 1.600 LME al año.

Gráfico 4:

Proporción de LME rechazadas sobre el total según tramo de LME emitidas al año.
Años 2023-2024



Fuente: Informe Anual de Emisores de LME 2024

Con la salvedad de que no es posible realizar una comparación tan precisa de las licencias médicas rechazadas entre los años 2023 y 2024, ya que estas aún podrían ser apeladas y redictaminadas, en el gráfico 3 se puede observar que la tasa de rechazo aumenta a medida que el profesional de la salud es más emisor, llegando a más del triple de rechazo para quienes emiten más de 5.000 LME al año, respecto de quienes emite menos de 1.600 LME anuales en ambos años en estudio.

V. EXPERIENCIAS Y PROPUESTAS ANTERIORES EN CHILE

Desde su existencia, hasta la actualidad se han dictado leyes, decretos y normas que buscan establecer un marco legal robusto en materia de licencias médicas. También se han presentado diversas otras iniciativas tanto por parte del ejecutivo, como desde la cámara de diputados o el senado, que han buscado modificar aspectos que se traducen en brechas del sistema.

El año 2010, por ejemplo, la Comisión Asesora Presidencial de Salud, propuso en materia de licencias médicas separar el financiamiento del SIL de la cotización para salud, creando un seguro de incapacidad laboral único, financiado en un 50% por el trabajador y en un 50% por el empleador, que cubriría a trabajadores dependientes e independientes, afiliados a ISAPRE o a FONASA. En cuanto a su institucionalidad, se planteó designar a la Superintendencia de Salud como regulador principal, y la creación de una Comisión Nacional de Apelaciones de Licencias Médicas y una Comisión Técnica Nacional de Normas de Calificación de Incapacidad Laboral producto de enfermedad común. En relación con la carencia, se propuso reducirla a dos días, pero aplicada a todas las licencias independientemente de su duración. En materia de duración de reposos, se planteó establecer estándares referenciales de duración y tipos de reposo médico para las patologías más frecuentes, con el objeto de ser utilizados por las contralorías como referencia para realizar sus pronunciamientos. Además, se propuso incorporar un subsidio decreciente a niveles comparables con los países desarrollados (entre 50% y 75%).

En 2011, el ejecutivo envió al congreso la iniciativa que buscaba traspasar a FONASA la contraloría médica de las licencias por enfermedad común, maternales y enfermedad grave de hijo menor de un año, dejando a las COMPIN como instancia de apelación, argumentando que, con esta medida, los afiliados a FONASA e ISAPRE tendrían igualdad de oportunidades en relación con las instancias de apelación. El proyecto fue rechazado en general en la comisión de salud.

Tal como se mencionó anteriormente, en abril de 2012 se promulgó la Ley N°20.585. No obstante, a poco tiempo de su promulgación se comenzaron a ver algunas debilidades principalmente en lo relativo a la insuficiencia de las sanciones a profesionales que emitían licencias sin fundamento médico, lo que motivó la presentación de al menos 7 proyectos de ley entre 2012 y 2019 para modificarla, sin que ninguno de ellos lograra materializarse.

En 2014, la Comisión Asesora Presidencial para el estudio y propuesta de un nuevo modelo y marco jurídico para el sistema privado de salud, planteó en materia de licencias médicas, la creación de una institucionalidad que administre y organice el Subsidio de Incapacidad Laboral, lo que implicaba agrupar el financiamiento definido para las licencias médicas en un fondo único que incluiría a los usuarios de FONASA, ISAPRE y también las licencias provenientes de accidentes y enfermedades

profesionales, hoy radicadas en los organismos administradores de la Ley N°16.744. La entidad pagadora de los subsidios tanto de enfermedad común como de accidentes laborales y enfermedades profesionales debía estar separada de la entidad contralora y evaluadora de las licencias, asegurando una mayor transparencia del sistema.

Posteriormente, en 2018, se presentó un proyecto de ley que buscaba modificar el artículo 19 del DFL N°44 y el artículo N°3 de la ley 20.585. El objetivo era garantizar la continuidad remuneracional de trabajadores y trabajadoras de ISAPRE, introduciendo un pago provisorio de la licencia médica por parte del empleador cuando ésta hubiese sido “objetada”, hasta que la COMPIN se pudiese pronunciar por la pertinencia o no de dicha modificación.

En el año 2023, desde la cámara de diputados se presentó una iniciativa que buscaba regular el otorgamiento, obtención y tramitación de licencias médicas, para prevenir y sancionar conductas fraudulentas, ilegales o abusivas respecto del otorgamiento, obtención o tramitación de las mismas. La iniciativa implicaba la modificación de diversos cuerpos legales entre los que se encontraban el código penal, la Ley N°20.585, el estatuto administrativo y el código del trabajo en lo relacionado a licencias médicas.

El 31 de enero del presente año, el ejecutivo envió el proyecto de ley que, en materia de Licencias Médicas, otorga a FONASA funciones de contraloría médica. En particular, le entrega la facultad de conocer, evaluar y resolver las licencias médicas por enfermedad o accidente común (tipo 1), por prórroga de medicina preventiva (tipo 2), por licencias de descanso pre y post natal (tipo 3) y por patologías del embarazo (tipo 7) de sus afiliados. La discrepancia con lo resuelto por esta contraloría Médica se podrá reclamar ante la COMPIN. Asimismo, se plantea que será FONASA el encargado de calcular y pagar los SIL según corresponda de acuerdo con lo establecido en el DFL N°44 de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

Finalmente, a consecuencia del informe de la Contraloría General de la República CIC N°9 dado a conocer el día 20 de mayo de 2025, que reveló que más de 25 mil funcionarios del sector público viajaron al extranjero estando con licencia médica y que terminó con la renuncia de la Superintendenta de Seguridad Social, el ejecutivo envió al congreso, un proyecto de ley que propone: disminuir a dos días el periodo de carencia para las licencias médicas por accidente o enfermedad común independiente de su duración, homologar la regulación que materializa el pago del SIL para trabajadores del sector público y privado creando una “remuneración diaria durante la licencia” (aplicable solo a licencias médicas tipo 1), la que se devengará a partir del tercer día de vigencia de la licencia médica, cuyo monto diario será equivalente a la trigésima parte de la remuneración bruta, no pudiendo superar el tope imponible, tal como establece artículo 16 del decreto ley N°3.500, de 1980. En relación con el cómputo del tiempo para declarar vacancia de salud incompatible con el desempeño en el cargo, el proyecto establece que se incorporarán al cómputo los días de licencia médica rechazados. Por último, el proyecto propone el fortalecimiento de la capacidad fiscalizadora de las COMPIN, estableciendo la obligatoriedad de otros órganos del estado de facilitarles la información requerida para una fiscalización más eficiente.

VI. METODOLOGÍA

La presente propuesta se elabora en conocimiento de las iniciativas previas presentadas y del trabajo del Colegio Médico en esta materia, y se construye a partir de una metodología participativa, técnica y deliberativa, que ha considerado diversos insumos y espacios de diálogo y consulta:

- Consulta nacional a colegiadas y colegiados (julio 2025), en la que participaron 6.168 médicas y médicos de todo el país, otorgando más de un 80% de respaldo a todas las propuestas sometidas a votación. Los resultados de esta consulta se presentan en el Anexo 1.
- Convocatoria a sociedades científicas, realizada el 12 de junio de 2025, para recoger su visión técnica y experiencias clínicas respecto al uso del Subsidio por Incapacidad Laboral.
- Trabajo técnico en la Comisión HCN, el 13 de junio de 2025, centrado en la revisión normativa y la evaluación del sistema de emisión y fiscalización de licencias médicas.
- Encuentro con especialistas, el 17 de junio de 2025, que permitió recoger el punto de vista respecto al uso del instrumento, como elemento fundamental de la Seguridad Social.
- Seminario abierto sobre Licencias Médicas y Seguridad Social, que facilitó la difusión de antecedentes, datos actualizados y experiencias nacionales e internacionales.
- Análisis de propuestas anteriores, informes oficiales y evidencia empírica, incluyendo datos estadísticos recientes y observaciones del proceso fiscalizador.

Esta metodología permitió recoger no solo el conocimiento técnico, sino también la experiencia práctica y las preocupaciones éticas y clínicas del cuerpo médico, para construir una propuesta integral, legítima y alineada con los desafíos actuales del sistema de salud y seguridad social en Chile.

VII. PROBLEMAS DETECTADOS EN EL ESCENARIO ACTUAL Y PROPUESTAS DE SOLUCIÓN A CORTO PLAZO

Existe acuerdo en que el marco actual en el que funciona el sistema de licencias médicas presenta problemas que deben ser abordados de forma amplia. Algunas de esas dificultades son propias del marco regulatorio que recae sobre las licencias médicas y otras se relacionan a falencias de nuestro sistema de protección social. También hay aspectos relacionados a la escasa (y a veces ausente) formación de los profesionales de la salud en esta temática y otras complejidades se refieren a la estructuración y condiciones propias de nuestro sistema sociosanitario.

Para efectos del presente documento, con el objetivo de presentar de forma amplia y sistematizada las diferentes dimensiones del problema actual, sus principales componentes y las propuestas de solución en el corto plazo, el análisis se estructuró en 7 ejes:

1. **Fortalecimiento de las competencias profesionales para la emisión de licencias**
2. **Transparencia clínica y acceso a información para apoyar la decisión médica**
3. **Control del fraude y fortalecimiento institucional**
4. **Mejora del proceso de tramitación y pago del Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL)**
5. **Optimización de la gestión de casos prolongados o complejos**
6. **Revisión de incentivos y brechas en seguridad social**
7. **Ética profesional y corresponsabilidad**

EJE 1.

FORTECIMIENTO DE LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES PARA LA EMISIÓN DE LICENCIAS Y LA INFORMACIÓN

a) Brechas en la formación de profesionales de la salud en temáticas de seguridad social

La seguridad social se constituye como un mecanismo de protección social crucial para las personas que, entre otras cosas, permite asegurar el acceso a un beneficio pecuniario en casos de incapacidad para trabajar producto de enfermedades, accidentes, invalidez o vejez.

La licencia médica, cuyo objetivo es certificar la presencia de una incapacidad laboral de carácter temporal, es un instrumento de la seguridad social, que debe ser prescrito por profesionales de la

salud habilitados para aquello. Sin embargo, y pese a la relevancia de esta herramienta y de otras de la seguridad social, existen brechas importantes en el conocimiento y manejo de ellas por parte de los profesionales del mismo sector.

Como cuerpo colegiado especialmente interesado en la materia, consideramos que una estrategia clave para lograr el cierre de estas brechas, es la introducción de estos contenidos dentro de los procesos de formación de los profesionales de la salud, con especial énfasis en aquellos a quienes la ley faculta para emitir licencias médicas. Es deseable que existan de forma explícita, dentro de los planes de estudio, asignaturas que incorporen contenidos respecto a los aspectos técnicos, éticos, normativos y legales de la seguridad social y la salud.

Conocer la estructura y funcionamiento del sistema de seguridad social y de salud, además de los beneficios que contempla, permitiría que los profesionales puedan usar de mejor manera las herramientas de las que dispone. Asimismo, debiese asegurarse que, al egreso de sus carreras, los profesionales conozcan de forma específica la temática y sus implicancias para las personas y el sistema. Una estrategia posible, es incorporar de forma explícita estos contenidos en el Examen Único Nacional de Conocimientos en Medicina (EUNACOM).

Adicionalmente, se plantea evaluar la pertinencia y factibilidad de que los profesionales de la salud habilitados para emitir licencias médicas, que se integran a trabajar al sector público, cuenten con capacitaciones obligatorias que aborden materias de seguridad social y salud. Para esto, es necesario generar alianzas entre las instituciones del Estado que abordan las diferentes materias de la seguridad social y universidades, para que se dicten y certifiquen estos cursos.

Medidas:

- 1. Reforzar contenidos de seguridad social en los planes de estudio de las carreras del área de la salud.**
- 2. Incorporar contenidos de seguridad social en el EUNACOM, asegurando conocimientos básicos para el ejercicio profesional en el sistema público.**
- 3. Implementar capacitaciones obligatorias en materias de seguridad social para los profesionales que ingresen a la administración pública.**

b) Falta de orientaciones técnicas para la emisión de licencias médicas

En su rol de regulación y rectoría, el Ministerio de Salud emite de forma periódica orientaciones técnicas y protocolos para el manejo de las patologías de salud más prevalentes en la población, tanto GES como no GES. Sin embargo, dentro de esas orientaciones no se incluye de forma regular las consideraciones que se debe tener en consideración para la prescripción de licencias médicas en concomitancia al resto de las indicaciones de tratamiento. El incorporar de forma sistemática consideraciones para la indicación de reposo en patologías específicas, así como propuestas de rangos de tiempo a otorgar, es tan relevante como la incorporación de recomendaciones para la indicación de otros tipos de tratamientos, de forma de constituirse en una guía para los profesionales médicos.

Asimismo, es importante avanzar hacia la formulación de orientaciones técnicas generales para la emisión y justificación de licencias médicas de cualquier tipo, que puedan servir de referencia a médicos generales y especialistas al momento de evaluar a cualquier paciente que presente una incapacidad laboral transitoria. Estas guías referenciales deben considerar la realidad sociosanitaria de nuestro país en el que coexisten dos subsistemas paralelos de salud con realidades muy disími- les en cuanto al acceso y oportunidad de la atención.

En la actualidad se encuentra vigente el DS 7/2013 que “*Aprueba el reglamento sobre guías clí- nicas referenciales relativas a los exámenes, informes y antecedentes que deberán respaldar la emisión de licencias médicas*”, sin embargo, como Colegio Médico, consideramos que los cambios epidemiológicos, normativos, tecnológicos y sociales de los últimos años, hacen que sea imperativo actualizarlo, puesto que tal como existe, es inaplicable si se consideran las brechas en el acceso y la oportunidad de la atención que existen en el sector público de salud, que se evidencian con mayor fuerza en patologías de salud mental y musculoesqueléticas, donde se concentra más del 50% de las licencias médicas otorgadas.

Medidas:

4. **Desarrollar y difundir orientaciones referenciales sobre la duración del reposo por diagnóstico**, elaboradas en conjunto con Sociedades Científicas, que consideren además las brechas y condicio- nes del sistema público de salud.
5. **Reformar el Decreto Supremo N°7/2013**, con el fin de actualizar y fortalecer la base normativa que sustenta las guías referenciales de reposo laboral.

EJE 2.

TRANSPARENCIA CLÍNICA Y ACCESO A INFORMACIÓN PARA APOYAR LA DECISIÓN MÉDICA

a) Falta de acceso a información del historial de licencias médicas al momento de emitir.

Un aspecto que se discute entre los profesionales emisores de licencias es la falta de acceso a información relativa a licencias médicas cursadas previamente a un paciente al que se está atendiendo. Existe consenso en que contar con esta información, sería de relevancia, tanto para la integralidad de la eva- luación que se realiza, como para definir las acciones terapéuticas a implementar, incluyendo la emi- sión de licencia médica. La medida además impactaría aumentando la capacidad de los profesionales emisores de detectar situaciones anómalas, identificando a aquellos usuarios que, con afán ganancial, recurren a diferentes profesionales con el fin de obtener una licencia médica sin un objetivo clínico.

En base a lo dispuesto en guías referenciales para la prescripción de reposo citadas en la letra b, al histórico de licencias médicas de una persona citadas en la letra c y a información relativa al fun- cionamiento general del sistema, es posible plantear el desarrollo de recomendaciones individualizadas relativas a la duración del reposo para un determinado diagnóstico, considerando ademá- s algunas características propias de la persona que consulta. Estas recomendaciones deberían incor- porarse en la plataforma de emisión de licencias médicas, con el objetivo de que los profesionales dispongan de ellas al momento de la emisión.

Medida:

6. Habilitar el acceso al historial de licencias médicas del paciente por parte de los profesionales autorizados, resguardando la confidencialidad, con el fin de aportar a una mejor evaluación de la situación clínica y de los antecedentes previos.

b) Falta de acceso a información respecto al propio patrón de emisión

El estudio de la Dirección de Presupuesto, “*Nudges para reducir el uso fraudulento de licencias médicas en el Sistema Público de Salud*” a cargo de los investigadores Pablo A. Celhay, Nicolás Figueroa y María Isabel Romero, publicado en agosto de 2024, demostró que el envío de notificaciones automáticas a través de las plataformas de operadores de licencias médicas a determinados grupos de emisores, respecto de su nivel de emisión en comparación con sus pares, logró reducir la emisión de licencias médicas en estos grupos.

Esto, permite suponer que medidas como el acceso a información clara y agrupada en relación al propio patrón de emisión, que permita visualizar la cantidad de licencias médicas emitidas en un periodo de tiempo, por grupos diagnósticos o, de qué manera el propio patrón de emisión lo posiciona entre los pares, puede contribuir a mejorar el control sobre la emisión. De la misma forma, si bien las características propias del desempeño laboral de cada profesional razonablemente generan patrones diferentes de emisión, el acceso a esta información puede servir tanto como una retroalimentación personal al profesional, como para detectar precozmente situaciones como la suplantación de identidad en la emisión de licencias médicas.

Medida:

7. Implementar sistemas de retroalimentación para profesionales emisores, que incluyan la visualización de sus propios patrones de emisión y la comparación con promedios ajustados por especialidad, tipo de atención o nivel de complejidad.

EJE 3.

CONTROL DEL FRAUDE Y FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL

a) Falta de control sobre la emisión en situaciones especiales

Hoy en día, no existen limitaciones para la emisión de licencias médicas incluso en situaciones que desde el sentido común parecen inadecuadas. La regulación de estas situaciones no impactaría en los profesionales que legítimamente las utilizan en el contexto de un proceso de tratamiento y diagnóstico de sus pacientes, pero podría impactar de forma relevante en evitar tanto el mal uso como el fraude. Entre estos se encuentran:

o Emisión de LME desde el extranjero: Las plataformas de emisión de LME debiesen bloquear de forma automática la posibilidad de emitir licencias médicas desde el extranjero. En casos justificados en los que un profesional pueda requerir la habilitación para la emisión desde fuera del país debiese generarse un mecanismo para elevar una solicitud, definiendo cuales son las causales que se lo permitan.

o Establecimiento de la prohibición explícita para que profesionales habilitados no puedan emitirse licencias a sí mismos: Las plataformas de emisión de LME no debieran permitir que se emitan licencias médicas con el mismo RUT de emisor que de paciente.

o Bloqueo de la posibilidad de emitir LME a profesionales que se encuentran cursando con una licencia durante el período que dure la misma: Para esto, los operadores de LME deberían establecer mecanismos que permitan bloquear de manera automática e inmediata la emisión de licencias médicas a profesionales sobre quienes recae una licencia médica.

También, se ha visto que la venta de licencias médicas no es suficientemente investigada y sancionada. Hemos visto casos emblemáticos en los cuales, luego de años de investigación por venta de miles de licencias médicas, han sido sobreseídas por falta de antecedentes. La venta de licencias ocurre por redes sociales, sin mecanismos efectivos de persecución y sanción para estas prácticas que dañan profundamente la profesión médica. Nuestra Fundación de Asistencia Legal (FALMED), ha presentado más de 25 querellas por suplantación de identidad desde el año 2023, y ninguna de ellas ha tenido resultados hasta la fecha.

Controlar el fraude es algo ineludible en este problema. Para esto, proponemos dotar a las policías de mayores facultades para la investigación de la venta de licencias médicas.

Medidas:

8. Prohibir la emisión de licencias médicas desde el extranjero, con posibilidad de habilitación en casos especiales.

9. Prohibir la autoemisión de licencias médicas.

10. Bloquear la posibilidad de emitir licencias médicas durante el período de reposo médico del profesional emisor.

11. Facultar a la Fiscalía para instruir investigaciones proactivas sobre venta de licencias, incluyendo el uso de agentes encubiertos y otras técnicas especiales de investigación.

b) Insuficiente capacidad fiscalizadora

La fiscalización de las licencias médicas es fundamental para resguardar un buen uso del instrumento. Los informes de Contraloría CIC, muestran que ha existido una incapacidad por parte de las instituciones de fiscalizar de forma moderna y eficiente. Es fundamental lograr mecanismos de fiscalización que sean efectivos en frenar el fraude, y que no supongan sobrecarga asistencial y burocrática al personal de la salud que emite licencias. Cabe señalar que, según los resultados de la Consulta Nacional que realizamos a los colegiados, el 40% de los encuestados señaló que ha visto afectada su práctica profesional por la reciente crisis de licencias médicas.

Por lo mismo, es clave que el proceso de fiscalización de garantías de que las personas que realizan la emisión de manera responsable y apegada a la normativa no serán injustamente sancionados. La revisión de datos estadísticos muestra que, en el año 2023, se emitieron más de 6.708.698 licencias médicas a afiliados a FONASA y 1.602.435 a afiliados a ISAPRE, es decir poco más de un 80% de las licencias médicas se emitieron a afiliados de FONASA y un poco menos de un 20% a afiliados

a ISAPRE, proporción que se mantuvo en el año 2024.

Si al pronunciamiento en primera instancia por las más de 6 millones de licencias que se emitieron a afiliados a FONASA, se le adicionan las apelaciones por el rechazo o reducción de licencias médicas de afiliados a FONASA e ISAPRE el aumento de casos de venta de licencias médicas y suplantación de identidad, y el resto de las funciones para las que están mandatadas las COMPIN, la capacidad de esta se hace insuficiente.

El concepto de fiscalización de las licencias médicas ha estado muy presente en la discusión pública en las últimas semanas, y todos tenemos una idea general de lo que significa, sin embargo, las personas tienden a utilizar de forma indistinta el término cuando en realidad pueden estarse refiriendo a dos situaciones que son completamente diferentes y que tienen abordajes, problemáticas y soluciones posibles que también difieren.

o Fiscalización respecto a la pertinencia de los reposos indicados en las licencias médicas, realizados bajo el Artículo N°21 y 30 del DS 3 /1984.

o Fiscalización para determinar la ausencia de fundamento médico en la emisión de las licencias médicas (Ley N°20.585 modificada con la Ley N°21.746)

Para la primera situación (fiscalización en el marco de DS 3/1984), como Colegio Médico consideramos fundamental fortalecer el rol fiscalizador de las COMPIN en el corto plazo. Para ellos se propone:

o Realización de un plan de fortalecimiento institucional que revise la suficiencia de la capacidad para responder al aumento de la demanda presentada (dotación de médicos, abogados y otros profesionales de apoyo).

o Gestionar recursos financieros para la contratación de médicos de diferentes especialidades para pronunciarse respecto de casos de mayor complejidad, o la contratación de servicios médicos de segunda opinión, que permitan acercar mejor respecto de los reposos indicados, basados en criterios técnicos y clínicos, lo que se debería informar a los afiliados a través de resoluciones exentas debidamente fundadas.

o Avanzar en modernización y desarrollo tecnológico que les permita la integración e interoperabilidad con otras instituciones del estado, para resolver con la mayor cantidad de elementos de juicio (médicos, previsionales, laborales, etc.) respecto de las licencias médicas a su haber.

o Avanzar en la confección de guías referenciales de reposo laboral aplicables, por cuanto **consideran las actuales brechas de acceso y oportunidad de tratamiento especialmente en el sistema público de salud.**

Para la segunda situación (fiscalización en el marco de la Ley N°20.585, modificada a través de la Ley N°21.746), se propone:

o Fortalecer a las unidades de control de licencias médicas que administran la Ley N°20.585, a través de la dotación de profesionales médicos especialistas en las materias investigadas, los que al tener una función de alta responsabilidad técnica y ética debieran contar con requisitos claros en cuanto a experiencia profesional en el ejercicio de la especialidad. **Se propone al menos 5 años como especialista y experiencia demostrable tanto en el sector público como privado.** Esto garantiza una comprensión amplia de la historia natural de las patologías y de la realidad socio sanitaria del país, que habilita a un debido proceso en la investigación de falta de fundamento médico, cuestión que tiene un trasfondo profundamente clínico y con matices diversos que deben ser incorporados al análisis de cada caso particular.

o Avanzar en la explotación de datos, interoperabilidad e integración de datos: El hecho de que la licencia médica electrónica tenga una penetración en la actualidad de más de un 98% permite disponer de nuevas fuentes de datos, ricas en información a la que previamente no había acceso. Como se ha evidenciado recientemente, esto permite la realización de cruces masivos y sistemáticos de datos con el objeto de detectar situaciones anómalas en relación con la licencia médica analizada que pudiesen ser constitutivos de fraude. Entre ellos, el patrón de emisión del tratante, las salidas fuera del país, la realización de trabajo remunerado durante el periodo de licencia médica, entre otros. La medida facilitaría el trabajo de las unidades de control de licencias médicas tanto para investigar la falta de fundamento médico en la emisión, cuyo mandato establece la ley, como para derivar esta información al Ministerio Público cuando se presente la sospecha de fraude en la emisión, tales como venta de licencias médicas o suplantación. Para el cumplimiento de esta propuesta, se requiere un esfuerzo del estado y sus instituciones en avanzar hacia el desarrollo de plataformas y servicios web que permitan la integración de datos.

Medidas:

- 12. Fortalecer las unidades de fiscalización asociadas a la Ley N°20.585, asegurando dotación suficiente y equipos multidisciplinarios idóneos.**
- 13. Desarrollar sistemas de interoperabilidad de datos entre instituciones que permitan una fiscalización continua de las licencias médicas y seguimiento eficiente de patrones de emisión y uso del SIL.**

c) Operadores de emisión de licencias médicas

La seguridad de la emisión de licencias médicas no es homogénea entre los operadores, lo que ha generado brechas en el resguardo de la información y en la validación de los procesos. También, dado que la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO) es la entidad encargada de instruir las medidas correctivas y de seguridad a estos operadores, este modelo de supervisión indirecta puede derivar en respuestas tardías o insuficientes. Como resultado, la protección y trazabilidad de la emisión de licencias no siempre se garantiza de manera oportuna y efectiva, afectando la confianza en el sistema.

Por otro lado, la nueva ley de licencias médicas establece que la licencia remota solo se puede dar en el contexto de una atención de telemedicina en una plataforma acreditada. Esto, si bien es deseable, obliga a que existan mecanismos alternativos de validación de identidad a la huella, ya que un alto porcentaje de pacientes no tiene huella legible por los sistemas. La implementación de estas necesarias modificaciones se daría de forma más expedita y oportuna, mediante la existencia de una única plataforma altamente regulada.

Medida:

14. Creación de una plataforma única, altamente regulada, para emitir licencias médicas.

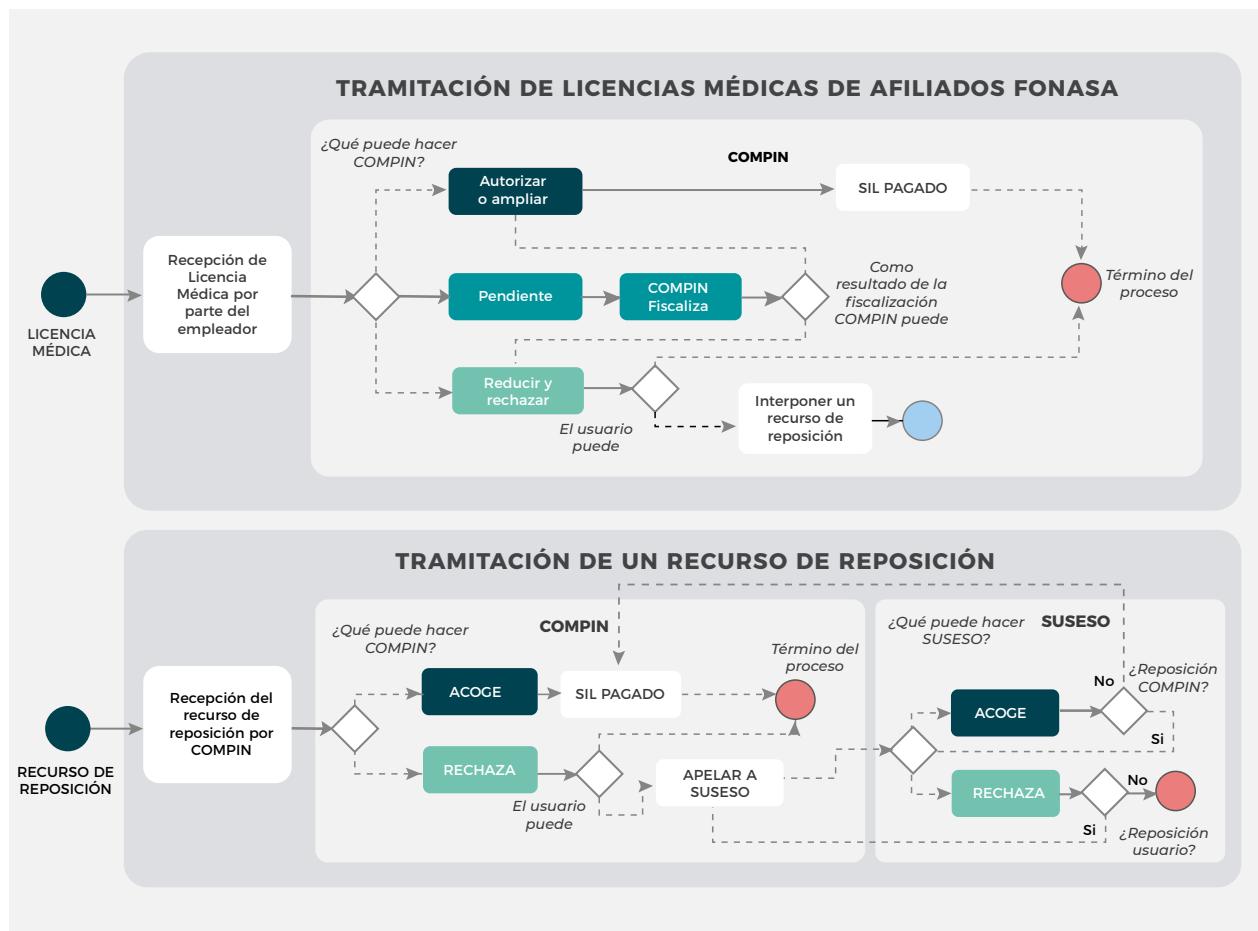
EJE 4.

MEJORA DEL PROCESO DE TRAMITACIÓN Y PAGO DEL SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL (SIL)

a) Tramitación y pronunciamiento de Licencias Médicas

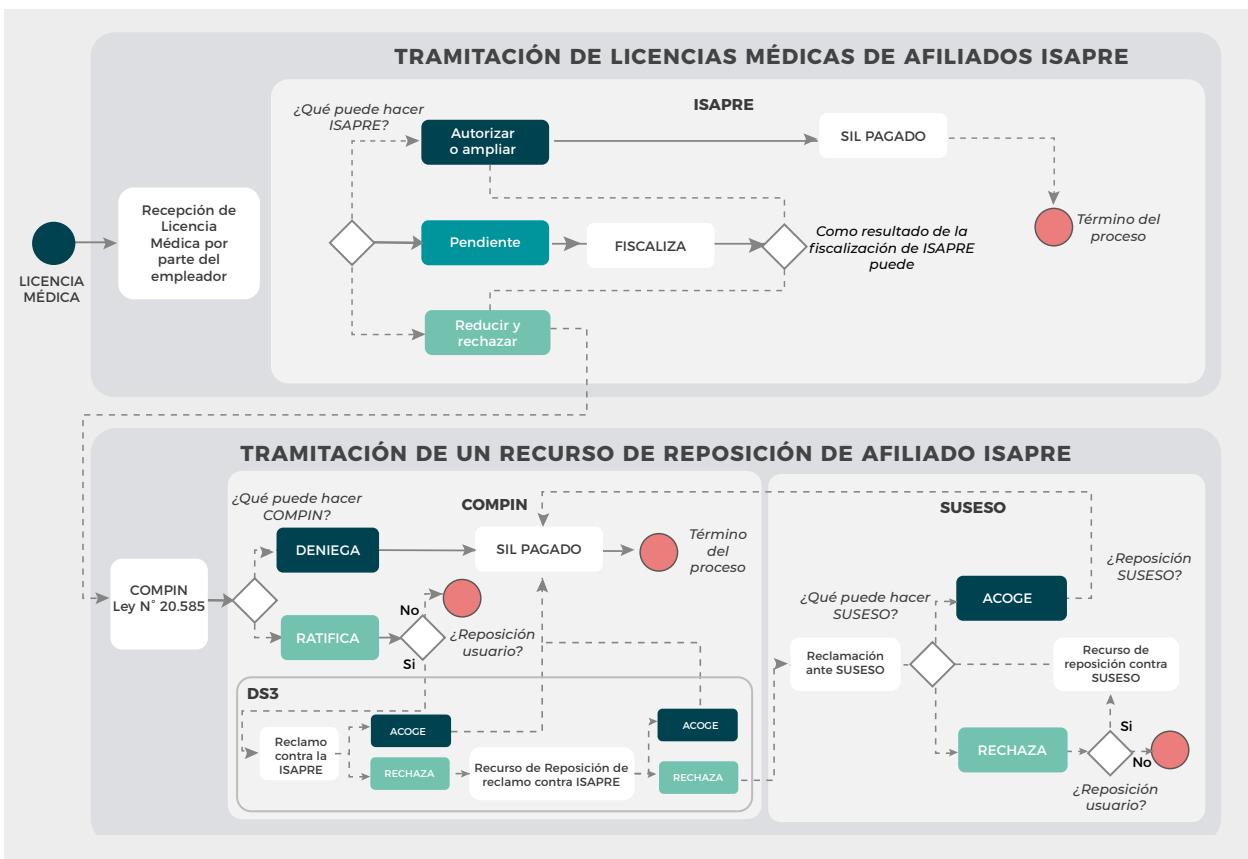
Para comprender mejor, lo señalado más abajo se muestran en las figuras 1 y 2, los flujos de tramitación de licencias médicas para afiliados a FONASA e ISAPRE.

Figura 1:
Flujo de Licencias Médicas de afiliados a FONASA



Fuente: Clase Pronunciamiento y Fiscalización de LME. Dra. Carla Sanz. Curso Licencias Médicas

Figura 2:
Flujo de Licencias Médicas de afiliados a ISAPRE



Fuente: Clase Pronunciamiento y Fiscalización de LME. Dra. Carla Sanz. Curso Licencias Médicas

b) Desigualdades en la forma y tiempos de tramitación entre afiliados a FONASA e ISAPRE

Dependiendo de la aseguradora y de la entidad pagadora, la ruta que debe seguir una LME es diferente, tanto en los tiempos en que se tramitan, como en los flujos y oportunidades de reclamación. Ver Figuras 1 y 2.

Una de las diferencias más importantes se aprecia en el Artículo 24 del DS 3/1984 que señala:

"La COMPIN y la Unidad de Licencias Médicas, en su caso, tendrán un plazo de siete días hábiles para pronunciarse sobre las licencias, el que se contará desde la fecha en que el respectivo formulario se reciba en su oficina. Este plazo podrá ampliarse por otros siete días hábiles en caso de que los antecedentes requieran estudio especial, dejándose constancia de este hecho. Cuando a juicio de la COMPIN o la Unidad de Licencias Médicas que está conociendo de la respectiva licencia, sea necesario un nuevo examen del trabajador o solicitar informes o exámenes complementarios para pronunciarse sobre la misma, el plazo se prorrogará por el lapso necesa-

rio para el cumplimiento de esas diligencias, el que no podrá exceder de 60 días, decisión que deberá ser comunicada al trabajador y al empleador.

Las ISAPRE, en su caso, y previo el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 19 de este reglamento, deberán pronunciarse sobre las licencias médicas que les corresponda autorizar, dentro del plazo fatal de tres días hábiles, contados desde la fecha de presentación y recepción conforme en sus oficinas, de la respectiva licencia."

Asimismo, el artículo N°21 del mismo cuerpo normativo, señala que:

"Para el mejor acierto de las autorizaciones, rechazos, reducción o ampliación de los períodos de reposo solicitados y otras modificaciones a las licencias, la Compin, la Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE correspondiente, podrán disponer de acuerdo con sus medios, alguna de las siguientes medidas:

- a) Practicar o solicitar nuevos exámenes o interconsultas;*
- b) Disponer que se visite al trabajador en su domicilio o lugar de reposo indicado en el formulario de licencia, por el funcionario que se designe;*
- c) Solicitar al empleador el envío de informes o antecedentes complementarios de carácter administrativo, laboral o previsional del trabajador;*
- d) Solicitar al profesional que haya expedido la licencia médica que informe sobre los antecedentes clínicos complementarios que obren en su conocimiento, relativos a la salud del trabajador;*
- e) Disponer cualquier otra medida informativa que permita una mejor resolución de la licencia médica."*

De los articulados precedentes, se puede ver que existen diferencias en los tiempos que pueden llegar a disponer las contralorías médicas para pronunciarse respecto de una licencia médica entre los afiliados del seguro público y privado. En efecto, las ISAPRE no cuentan con un tiempo razonable para aplicar el Artículo N°21, por lo que tienden a modificar (rechazo o reducción de licencias médicas) sin haber fiscalizado previamente. Las COMPIN por su parte, cuentan con tiempos demasiado extensos (hasta 60 días) para pronunciarse por reposos sobre los que se requiere realizar alguna fiscalización en el marco del Artículo N°21 DS3/ 1984, lo que puede dejar a un trabajador sin su subsidio por incapacidad laboral por todo un mes, aun cuando este sí le corresponda.

Para resolver esas diferencias, desde nuestro cuerpo colegiado, **proponemos que los tiempos de tramitación de licencias médicas para afiliados a aseguradoras públicas y privadas sean los mismos, y que ambas aseguradoras cuenten con plazos no mayores a 15 días para llevar a cabo fiscalizaciones bajo la aplicación del artículo N°21 antes citado, lo que garantizaría que en casos cuyas licencias médicas se encuentren justificadas, estas puedan ser pagadas antes de los 30 días.**

En relación con el flujo de tramitación de afiliados a FONASA, una vez realizado el primer pronunciamiento por parte de las COMPIN, ya sea habiendo fiscalizado o no bajo el amparo del Artículo

N° 21, frente a discrepancias con lo resuelto, los trabajadores y trabajadoras pueden interponer un recurso de reposición ante la misma COMPIN, la que cuenta con 30 días para resolver de acuerdo a los plazos que establece la Ley N°19. 880 que *“Establece las bases de los procedimientos administrativos que rigen los actos de los órganos de la administración del estado.”* (ver figura 1)

Sin embargo, para el caso de las ISAPRE el flujo es bastante más complejo, pues ante rechazos o reducciones de licencias médicas, de acuerdo a dispuesto en Inciso tercero del Artículo N°3 de la Ley N°20.585, *“En caso de que la Institución de Salud Previsional determine la reducción o rechazo de una licencia médica, deberá remitir los antecedentes que fundamentan la decisión a la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez, quien podrá ratificar o denegar la modificación de la licencia médica.”* Posteriormente, contra la resolución de la ISAPRE, los trabajadores o trabajadoras pueden realizar un reclamo ante la COMPIN, quien puede acoger dicho reclamo instruyendo a la ISAPRE autorizar la licencia médica y pagar el SIL o puede mantener lo resuelto previamente rechazando dicha reclamación. Ante esta nueva resolución de la COMPIN, los afiliados podrán realizar un Recurso de Reposición ante la misma COMPIN. (ver figura 2)

Para ambos casos, es decir para afiliados a FONASA o a ISAPRE, una vez agotadas las instancias de apelación ante la COMPIN, los trabajadores o trabajadoras pueden realizar una reclamación ante la Superintendencia de Seguridad Social.

De lo anterior se puede desprender que, tal como está organizado el sistema, en el cual se encuentran involucradas varias instituciones, que manejan flujos paralelos de tramitación dependiendo si se trata de un trabajador o trabajadora afiliado a FONASA o ISAPRE, el sistema es extremadamente burocrático y desigual, por lo que creemos que se debería avanzar en cambios normativos que busquen igualdad de condiciones para pacientes de ambos subsistemas y reducir los hitos y tiempos de tramitación para ambos.

Medidas:

- 15. Establecer una contraloría médica centralizada** para el pronunciamiento técnico sobre las licencias médicas, separando esta función de las entidades aseguradoras (FONASA e ISAPRE).
- 16. Homologar plazos y procedimientos de tramitación** entre COMPIN e ISAPRE, asegurando igualdad de trato y transparencia en la gestión del SIL.

c) Retardo en la tramitación de la licencia médica y en el pago de SIL

Tal como se ha señalado previamente en este documento, las COMPIN pueden llegar a tener hasta 60 días para pronunciarse por una licencia médica (en espera de una fiscalización amparada en el Artículo N°21 del DS 3/1984). Sin embargo, esta situación puede llegar a generar un detrimiento al trabajador pues el pago del SIL, en caso de proceder, se podría ver retrasado incluso en más de 60 días. Por esta razón, se propone que se reduzcan los tiempos con que cuenta la COMPIN para la fiscalización y el posterior pronunciamiento de la licencia médica, de modo todo el trámite, esto es, fiscalización y pago (en caso de proceder) no demore en ningún caso más de 30 días.

Con el mismo objetivo, se propone fortalecer la fiscalización a las entidades pagadoras de los Sub-

sidios por Incapacidad Laboral, tales como las CCAF, las COMPIN y las ISAPRE, con el objetivo de que se generen los pagos en los tiempos que corresponde cuando la licencia médica se encuentre autorizada o reducida y cuando la persona, cuente con los requisitos previsionales para el pago. En caso de que las entidades pagadoras no realicen el pago del SIL aun cuando debieron hacerlo, debería significar duras sanciones a dichas entidades.

Medidas:

17. **Establecer plazos máximos para la tramitación y el pago del subsidio**, resguardando el derecho de los trabajadores a una respuesta oportuna.
18. **Aplicar sanciones proporcionales y efectivas** a las entidades que incumplan los plazos establecidos, a fin de generar incentivos adecuados y proteger a los beneficiarios.
18. **Reforzar la contratación o destinación de especialistas** para la evaluación de la pertinencia de licencias emitidas por especialistas.

d) Desactualización del DS 3/1984 respecto de LME por enfermedad de hijo menor de 1 año

El artículo N° 18 del DS 3/1984, establece que “*Las licencias por enfermedad de niño menor de un año se autorizarán por períodos de hasta siete días corridos, prorrogables por iguales lapsos. Cuando las licencias así prorrogadas sobrepasen de un total de treinta días corridos, el reposo posterior que se conceda podrá extenderse por todo el período que se estime necesario*”. Esta imposición genera un trámite burocrático innecesario en pacientes que por la naturaleza de su patología requieren desde el principio, reposos mayores a los 7 días que propone el citado artículo.

Por esta razón, proponemos realizar un cambio normativo que permita, al igual que las licencias médicas tipo 1 por enfermedad y accidente común, emitir licencias médicas por más de 7 días desde la primera licencia médica y que la extensión de dicho reposo esté determinada por la naturaleza y gravedad del cuadro clínico que la motiva y no por reglamentos que burocratizan el proceso de tramitación, especialmente en pacientes con enfermedades graves que requieren la atención y cuidado de sus padres.

También, la tramitación e implementación de la Ley Sanna tiene varios puntos a fortalecer. Estos puntos específicos serán motivo de otro documento.

EJE 5.

OPTIMIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE CASOS PROLONGADOS O COMPLEJOS

a) Reposos prolongados por patologías no recuperables

El hecho de que el monto de una pensión sea menor al SIL que reciben los trabajadores producto de una licencia médica en Chile, hace que el incentivo para prolongar reposos optando al segundo beneficio, sea mayor. Es por esto que muchos trabajadores y trabajadoras optan por prolongar la licencia médica aun cuando su enfermedad se ha vuelto no recuperable o la licencia médica ha perdido la temporalidad.

Por otro lado, las COMPIN no cuentan con la capacidad de evaluar a todos los trabajadores que hayan completado un tiempo prolongado de reposo, como lo manda en Artículo N° 30 del DS N° 3/1984, que señala: “*Completadas cincuenta y dos semanas continuadas de licencia o reposo, corresponderá a la Compin autorizar una ampliación de hasta seis meses más, previo su pronunciamiento acerca de la recuperabilidad del trabajador.*

Cumplidas setenta y ocho semanas de licencia, la Compin podrá autorizar nuevas licencias médicas, en el caso de enfermedades que tengan un curso prolongado y requieran una recuperación de más largo plazo. En esta última situación, el trabajador estará obligado a someterse a examen médico cada tres meses, como mínimo.”

Ambas situaciones, contribuyen a que los reposos se prolonguen, aun cuando el beneficio que corresponde no es la licencia médica, sino la pensión de invalidez. Por lo tanto, **se propone dotar a las COMPIN de recursos para que, cumplidas 52 semanas, sea obligatorio que esa entidad realice evaluaciones periciales presenciales de segunda opinión, con el objetivo de detectar situaciones en que la licencia ha perdido su carácter temporal y el trabajador debe ser evaluado por las Comisiones Médicas Regionales de la Superintendencia de Pensiones.**

También, **se propone reforzar la contratación o destinación de especialistas** para la evaluación de la pertinencia de licencias emitidas por especialistas.

Medidas:

20. Establecer evaluaciones médicas periciales obligatorias una vez cumplidas 52 semanas de licencia, a fin de objetivar la continuidad del subsidio y apoyar decisiones informadas en condiciones de alta complejidad o sospecha de cronicidad no resuelta.

21. Fortalecer la contratación de especialistas para emitir segundas opiniones clínicas cuando existan controversias, diagnósticos inciertos o discrepancias relevantes, promoviendo la independencia técnica y la calidad de la evaluación.

EJE 6.

REVISIÓN DE INCENTIVOS Y BRECHAS DE SEGURIDAD SOCIAL

a) Carencia

Como ha quedado de manifiesto en secciones anteriores, el tratamiento de las licencias médicas otorgadas a trabajadores del sector público es diferente a los del sector privado. En efecto, su administración y pago no sólo es administrado por diferentes entidades, sino que tienen diferentes plazos de tramitación y reglas para el cálculo del SIL. En efecto, un trabajador del sector público que haga uso de una licencia médica tiene derecho a mantener íntegramente su remuneración, mientras que para trabajadores del sector privado, el pago del SIL está sujeto a un mecanismo de carencia, es decir, si la licencia dura menos de 10 días, el pago se devenga a partir del cuarto día (carencia de 3 días), y si esta dura más de 10 días el pago se realiza desde el primer día, de acuerdo a lo establecido en el DFL N° 44 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, que fija normas

comunes para los subsidios por incapacidad laboral en trabajadores dependientes del sector privado. La revisión de la información disponible no permite identificar razones fundadas para estas diferencias que a todas luces parecen arbitrarias.

Por otro lado, lo que buscaba la carencia era colocar alguna especie de “costo” a la licencia médica para desincentivar su uso, sin embargo, lo que en la práctica ha resultado, es que los reposos se prolongan por más de 10 días en busca de la totalidad del pago de la licencia médica, por lo que tampoco se estaría cumpliendo su “rol” original.

Como cuerpo colegiado, consideramos que se debe revisar minuciosamente la existencia de la carencia como mecanismo para desincentivar la emisión de licencias prolongadas, puesto que se ha demostrado que, en la práctica, incentiva la emisión de licencias médicas de más de 10 días para poder hacer uso completo del beneficio. **En efecto, la eliminación de la carencia contribuiría a desincentivar la emisión de licencias médicas por más de 10 días en patologías que por su naturaleza no requieren períodos prolongados de reposo.**

Medida:

22. Eliminar los días de carencia, los cuales actualmente pueden favorecer la extensión artificial del reposo.

b) Participación del empleador en el pago del SIL

En la mayoría de los países de la OCDE que cuentan con un beneficio pecuniario que reemplaza en menor o mayor medida a la remuneración frente a estados de incapacidad producto de una enfermedad, existe participación de los empleadores en el financiamiento de dicho permiso.

En Chile, como se mencionó al inicio de este texto, la Ley N°4.054 de Seguro Obrero Obligatorio, contaba con un subsidio por enfermedad, el cual se financiaba de forma tripartita, con las cotizaciones de los trabajadores (obreros), los empleadores (patrones) y el Estado. Sin embargo, esta modalidad de financiamiento terminó con la promulgación de la Ley N°10.383 en julio de 1952, que crea el Servicio de Seguro Social y separa las funciones médicas en el Servicio Nacional de Salud.

No obstante, hemos señalado que la indicación de reposo a través de la emisión de una licencia médica es un proceso complejo en el cual participan al menos cinco intervenientes a saber entre los cuales se encuentra el empleador, que cumple el rol de recepcionar y tramitar la licencia médica ante la aseguradora correspondiente, sin tener ninguna participación en otras fases del proceso.

Paralelamente existe una tendencia de los empleadores a subdeclarar enfermedades profesionales, debido a que se incrementa la prima del seguro asociado a la Ley N°16.744, lo que podría explicar, en alguna medida, el aumento de licencias médicas por enfermedades mentales y musculoesquelética de origen común cuyo origen bien podría ser laboral. Es decir, habría un incentivo para subdeclarar enfermedades laborales sobredimensionando las de origen común.

Tal como sucede en países desarrollados, creemos que **la participación del empleador en el financiamiento del SIL podría contribuir a prevenir enfermedades, fiscalizar la pertinencia de las licencias médicas, incentivar el reintegro precoz de los trabajadores y no subdeclarar enfermedades presumiblemente laborales.**

Medida:

23. Incluir al empleador en el financiamiento del Subsidio por Incapacidad Laboral, bajo un enfoque que combine corresponsabilidad financiera, prevención de condiciones laborales generadoras de enfermedad y promoción del reintegro precoz.

c.1) Cuidados ante situaciones médicas agudas

Desde la práctica clínica se observa que hay situaciones médicas en las cuales el cuidado es indispensable para la recuperación, sin embargo, hoy día el Sistema tiene brechas importantes en esas situaciones.

Si bien han existido avances importantes, como la Ley Sanna y la licencia por enfermedad grave de niño/a menor de 1 año, aún existen situaciones que quedan fuera de la seguridad social, como por ejemplo, hospitalización no UCI/UTI en niño/as mayores de 1 año, pacientes con ideación suicida, cuidados agudos de fin de vida, entre otros. Estas situaciones ponen en un lugar difícil a los tratantes de estas personas, ya que muchas veces la presencia del cuidador es indispensable para la recuperación del paciente, sin embargo, la licencia médica hoy no corresponde para esto.

Para solucionar esta situación, se propone una licencia de cuidados universal, para situaciones médicas agudas de un tercero dependiente a cargo del trabajador/a.

Medida:

24. Incorporar una Licencia Médica de Cuidados para situaciones médicas agudas de personas dependientes, con criterios claros de indicación, que permita responder a necesidades sociales legítimas de cuidado sin distorsionar otros instrumentos existentes.

c.2) Ausencia de beneficios pecuniarios en trabajadores con incapacidades permanentes

Para tener derecho a una pensión, de acuerdo con lo establecido en el Decreto Ley N° 3.500 que “Establece el Nuevo Sistema de Pensiones”, se requiere que los trabajadores tengan un porcentaje de menoscabo de su capacidad de trabajo de al menos un 50%, el que se calcula con las normas establecidas por las propias Comisiones Médicas de la Superintendencia de Pensiones.

Por otro lado, al reconocerse un porcentaje de menoscabo, cualquiera sea su cuantía y origen, se está reconociendo que una persona ya cuenta con una enfermedad de carácter no recuperable. De la misma forma, el MINSAL ha establecido que se debe autorizar todas las licencias médicas que se encuentren comprendidas dentro del primer trámite de invalidez de una persona.

En efecto, muchas personas con períodos prolongados de reposo y estando con licencia médica, ya sea por recomendación de sus propios tratantes o de las COMPIN o SUSESOS, inician trámite de

invalidez, tiempo durante el cual se le autorizan sus licencias médicas siempre que se trate del primer trámite.

En caso de que las Comisiones Médicas reconozcan porcentajes de menoscabo que superan el 50% no hay problema porque los trabajadores comienzan a recibir su pensión producto de su enfermedad. Por el contrario, si la pensión es rechazada sin que se hubiere configurado una enfermedad la persona puede reintegrarse al trabajo o seguir con licencia médica si procede.

El problema se presenta cuando la Comisión Médica le reconoce un porcentaje de menoscabo menor a 50%, es decir le reconoce una incapacidad permanente menor a 50% (por ejemplo 40%) que no le da derecho a pensión, pero tampoco le permite continuar con licencia médica por el mismo diagnóstico por el que se le reconoció el menoscabo, puesto que se ha perdido la temporalidad, situación en la que las ISAPRE o la COMPIN, proceden al rechazo de la licencia médica.

En estos casos, el trabajador queda totalmente desprotegido, sin derecho a pensión y sin derecho a licencia. En estos casos, las personas recurren a médicos que le extienden licencias médicas por enfermedades diferentes a aquellas por la que se le reconoció una incapacidad permanente, a veces sin que estas existan o sin que le generen ningún tipo de incapacidad, sólo con el objetivo de no quedar desprotegidos frente al sistema.

Como Colegio Médico, proponemos revisar la normativa vigente y evaluar la incorporación de un mecanismo similar al contemplado en la Ley N°16.744 sobre Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, que establece una indemnización para incapacidades con un porcentaje de menoscabo entre el 15% y el 40%. Esta medida podría desincentivar la prolongación de licencias en casos en que las Comisiones Médicas de la Superintendencia de Pensiones reconocen incapacidades con un porcentaje de menoscabo inferior al 50%.

EJE 7. **ÉTICA PROFESIONAL Y CORRESPONSABILIDAD**

a) Resguardo ético de la profesión

La tuición ética es una herramienta clave para resguardar la confianza de la ciudadanía en el sistema de salud, pues los médicos y médicas antepondrán el bienestar de las personas por sobre cualquier otra consideración. Esa confianza no se puede sostener sin mecanismos eficaces de regulación ética, y en esto, la experiencia internacional es clara: los pares son quienes mejor resguardan la ética profesional.

Cuando hablamos de tuición ética, no solo nos referimos a sancionar conductas individuales, sino a generar condiciones para un ejercicio profesional responsable. Los tribunales ordinarios carecen de las herramientas técnicas para evaluar con rigor ético las complejidades de ciertas prácticas

profesionales, como la medicina. Por eso, es esencial que existan instancias con legitimidad técnica y profesional, que puedan ejercer esta labor con responsabilidad y sentido público.

La medicina tiene un profundo valor público pues se constituye como una práctica que incide directamente en la salud de comunidades completas. Por eso, hemos propuesto y solicitado la recuperación de la tuición ética eliminada durante la dictadura. Una tuición ética robusta, ejercida con independencia y legitimidad, que ponga siempre en el centro el resguardo ético de la profesión. El Estado y la profesión médica, de manera conjunta, deben garantizar que quienes ejercen la medicina están éticamente habilitados para hacerlo.

Medida:

25. Resguardo ético de la profesión, entregando a tribunales facultades reales para fiscalizar y sancionar conductas que atenten contra la ética médica en la emisión de licencias, contribuyendo a resguardar la legitimidad social del instrumento.

b) Pérdida de significado y devaluación de la Licencia Médica como herramienta de la seguridad social.

La licencia médica se encuentra altamente cuestionada debido a su uso indebido, el que ha quedado de manifiesto con más fuerza después de la publicación del CIC N°9 de la Contraloría General de la República y reforzado en cruces de datos posteriores. Posicionarla como una herramienta fundamental de la seguridad social, que forma parte de un conjunto amplio de otros beneficios que buscan proteger a los ciudadanos frente a estados de vulnerabilidad, es tarea de todos, por lo que su uso debe ser cuidado por cada uno de los intervenientes del proceso (trabajadores y trabajadoras, emisores de licencias médicas, empleadores, entidades fiscalizadoras, entidades que cumplen el rol de supervigilancia y toda la sociedad civil). La estrategia debiera permitir resignificar su valor, cambiando la forma en que la ciudadanía la percibe y generando conciencia de los beneficios de su uso racional y de aquellas consecuencias de su uso irracional y/o fraudulento y el impacto que genera para todo el sistema.

Como Colegio Médico de Chile hemos recibido esta alerta con preocupación, pero a la vez con la mejor disposición para contribuir desde el ámbito de nuestras competencias, a masificar el conocimiento, promover el uso racional y resignificar el rol de la licencia médica, lo que ha quedado de manifiesto con la organización y puesta a disposición del Curso de Licencias Médicas que hemos dictado en conjunto con la Universidad de Chile y que convocó a más de 6.300 médicos colegiados, no colegiados y estudiantes de medicina de todo el país.

Sin embargo, sobre la base de que los esfuerzos mancomunados llevan a mejores resultados, creemos fundamental el involucramiento no sólo de las instituciones sobre las cuales radica la función de supervigilancia, sino que también el de otros actores relevantes como el parlamento, las escuelas formadoras de profesionales de la salud, las sociedades científicas y la sociedad civil, cada uno de los cuales, desde sus roles y competencias, deberían realizar su máximo esfuerzo para contribuir a revalorizar y resignificar esta herramienta de la seguridad social. Campañas pu-

blicitarias con amplia difusión o la obligación de los operadores de LME de entregar junto a la notificación de la LME, información relevante respecto de obligaciones y derechos en materia de licencias médicas, podrían contribuir a dicho fin.

Es fundamental que las y los pacientes conozcan no solo sus derechos, sino también sus deberes durante una licencia médica. Este conocimiento fortalece la confianza en el instrumento, protege su correcto uso y contribuye a la sostenibilidad del sistema de seguridad social. Cumplir con los deberes —como respetar el reposo indicado, estar localizable durante el periodo de licencia y entregar la documentación en los plazos establecidos— permite que el subsidio por incapacidad laboral se otorgue de manera oportuna y justa. Promover una cultura de corresponsabilidad entre pacientes, equipos de salud e instituciones es clave para resguardar el valor clínico y social de la licencia médica.

Medida:

26. Enviar automáticamente a cada paciente, al momento de recibir una licencia médica, un documento claro y breve con sus obligaciones legales durante el reposo, tales como cumplir el tratamiento, no realizar actividades remuneradas o no justificadamente incompatibles con el reposo, y no desplazarse sin causa médica autorizada.

c) Redefinición del Reposo

El reposo indicado a través de una licencia médica no es sólo una suspensión de la actividad laboral, sino una intervención terapéutica que forma parte integral del proceso de recuperación de la salud. Sin embargo, su sentido clínico y social se ha visto distorsionado por prácticas de control de costos, sin sentido sanitario; desconfianza institucional y uso instrumental del reposo como mecanismo para resolver brechas del sistema, como la falta de apoyos para el cuidado o la insuficiencia de otras prestaciones.

Es necesario resignificar el reposo como un componente legítimo del tratamiento médico, vinculado a la condición de salud, al contexto asistencial y a la realidad social del paciente. Esta redefinición implica, por una parte, promover una cultura clínica y normativa que comprenda el reposo como parte del acto médico y no como un privilegio sujeto a sospecha; y por otra, asegurar que las condiciones del entorno laboral, las políticas públicas y el diseño de la seguridad social no desplacen hacia la licencia médica responsabilidades que deben ser asumidas por el Estado o el empleador. Solo así será posible avanzar hacia un uso ético, racional y clínicamente fundado del reposo como instrumento de cuidado y protección social.

Hay ejemplos claros actualmente, en los cuales el reposo total va en desmedro de la recuperación de los pacientes. Una enfermedad oncológica, por ejemplo, se beneficia de la actividad física y la vida social. En la enfermedad de hijo/a menor de un año, el reposo total también puede ir en contra de la salud mental materna y el desarrollo infantil. Así, hay muchas patologías para las cuales, el reposo total no tiene sentido clínico.

Es necesario rediseñar el reposo de la licencia médica, buscando que éste tenga profundo sentido clínico en la recuperación del paciente.

Medida:

Diseñar modalidades flexibles de reposo laboral con criterios clínicos diferenciados, que permitan combinar períodos de descanso con actividades terapéuticas, laborales o sociales compatibles con la recuperación, según la patología, el estado funcional del paciente y su contexto.

A continuación, se presenta una síntesis de los problemas y propuestas presentadas:

Cuadro 7.
Síntesis de Propuestas

EJES	PROBLEMA	PROPIUESTA
Fortalecimiento de las competencias profesionales para la emisión de licencias	Brechas en la formación de profesionales de la salud	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reforzar contenidos de Seguridad Social en los planes de estudio de los profesionales de la salud. 2. Incorporación de contenidos de Seguridad Social en el Examen Único Nacional de Conocimientos en Medicina (EU-NACOM). 3. Implementar capacitaciones obligatorias en materias de seguridad social para profesionales que ingresan a la administración pública.
	Falta de orientaciones técnicas para la emisión de licencias médicas	<ol style="list-style-type: none"> 4. Desarrollar y difundir orientaciones referenciales sobre la duración del reposo por diagnóstico, elaboradas en conjunto con Sociedades Científicas. 5. Reformar el Decreto Supremo N°7/2013, con el fin de actualizar y fortalecer la base normativa que sustenta las guías referenciales de reposo laboral.
Transparencia clínica y acceso a información para apoyar la decisión médica	Falta de acceso a información del historial de licencias médicas al momento de emitir.	<ol style="list-style-type: none"> 6. Habilitar el acceso al historial de licencias médicas del paciente por parte de los profesionales autorizados, resguardando la confidencialidad. 7. Implementar sistemas de retroalimentación para profesionales emisores, con sus patrones de emisión y la comparación con promedios ajustados por especialidad, tipo de atención o nivel de complejidad.

EJES	PROBLEMA	PROPIUESTA
	Falta de control sobre la emisión en situaciones especiales	<p>8. Prohibir la emisión de licencias médicas desde el extranjero.</p> <p>9. Prohibir la autoemisión de licencias médicas.</p> <p>10. Bloquear la posibilidad de emitir licencias estando con licencia médica.</p>
Control del fraude y fortalecimiento institucional	Insuficiente capacidad fiscalizadora	<p>11. Facultar a la Fiscalía para instruir investigaciones proactivas sobre venta de licencias, incluyendo el uso de agentes encubiertos.</p> <p>12. Fortalecer las unidades de fiscalización asociadas a la Ley N°20.585, asegurando dotación suficiente y equipos multidisciplinarios idóneos.</p> <p>13. Desarrollar sistemas de interoperabilidad de datos entre instituciones que permitan una fiscalización continua de las licencias médicas y seguimiento eficiente de patrones de emisión y uso del SIL.</p> <p>14. Creación de una plataforma única, altamente regulada, para emitir licencias médicas.</p>
Mejora del proceso de tramitación y pago del Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL)	Desigualdades en la forma y tiempos de tramitación de LME entre afiliados a FONASA e ISAPRE.	<p>15. Establecer una contraloría médica centralizada, separando esta función de las entidades aseguradoras.</p>
	Retardo en la tramitación de la licencia médica y en el pago de SIL	<p>16. Homologar plazos y procedimientos de tramitación entre COMPIN e ISAPRE, asegurando igualdad de trato y transparencia en la gestión del SIL.</p> <p>17. Establecer plazos máximos de 30 días para la tramitación, el pronunciamiento y pago del SIL.</p> <p>18. Aplicar sanciones proporcionales y efectivas a las entidades que incumplan los plazos establecidos.</p> <p>19. Reforzar la contratación o destinación de especialistas para la evaluación de la pertinencia de licencias emitidas por especialistas.</p>

EJES	PROBLEMA	PROUESTA
Optimización de la gestión de casos prolongados o complejos	Reposos prolongados por patologías no recuperables	<p>20. Establecer evaluaciones médicas periciales obligatorias una vez cumplidas 52 semanas de licencia, a fin de objetivar la continuidad del subsidio.</p> <p>21. Fortalecer la contratación de especialistas para emitir segundas opiniones clínicas cuando existan controversias.</p>
Revisión de incentivos y brechas en seguridad social	Carencia	<p>22. Eliminación de la carencia para contribuir a desincentivar la emisión de licencias médicas por más de 10 días en patologías que por su naturaleza no requieren períodos prolongados de reposo.</p>
	Ausencia de participación del empleador en el pago del SIL	<p>23. Incorporación del empleador en el financiamiento del SIL.</p>
	Uso de la Licencia Médica para cubrir otras necesidades de la Seguridad Social	<p>24. Incorporar una Licencia Médica de Cuidados, que permita a trabajadores y trabajadoras realizar las labores de cuidado en situaciones agudas de un familiar dependiente (Ej: Hospitalización de menor de edad no en UCI/UTI, ideación suicida, cuidados agudos de fin de vida).</p>
Ética profesional y co-responsabilidad	Resguardo ético de la profesión	<p>25. Resguardo de la tutición ética de la profesión médica, con el objetivo de cuidar la confianza de la ciudadanía en el sistema de salud, sancionar conductas individuales y generar condiciones para un ejercicio profesional responsable que ponga siempre en el centro el resguardo ético de la profesión.</p>

EJES	PROBLEMA	PROUESTA
	<p>Pérdida de significado y devaluación de la Licencia Médica como herramienta de la seguridad social.</p>	<p>26. Enviar automáticamente a cada paciente, al recibir una licencia médica, un documento con sus obligaciones legales durante el reposo, tales como cumplir el tratamiento, no realizar actividades remuneradas o no justificadamente incompatibles con el reposo, y no desplazarse sin causa médica autorizada.</p> <p>27. Diseñar modalidades flexibles de reposo laboral con criterios clínicos diferenciados, que permitan combinar períodos de descanso con actividades terapéuticas, laborales o sociales compatibles con la recuperación, según la patología, el estado funcional del paciente y su contexto.</p>

VIII. CONSIDERACIONES FINALES

La Licencia Médica es una herramienta de la seguridad social en la intervienen diferentes actores, tales como trabajadores, empleadores, aseguradoras, cajas de compensación, instituciones fiscalizadoras, reguladoras y supervisoras, por lo que es responsabilidad de todos cautelar su uso consciente y racional.

El escenario actual, en el cual se ha evidencia un mal uso generalizado del instrumento y una serie de deficiencias del sistema, hace urgente que reformulemos la licencia médica. El foco debe ser un ejercicio serio y profundo, que apunte a fortalecer nuestra seguridad social, resguardando el buen uso de los recursos, sin implementar medidas que penalicen la enfermedad.

Durante el desarrollo de esta revisión hemos detectado que el sistema es complejo, descoordinado y desigual, motivo por el cual hemos planteado una serie de medidas que, en el marco de la legislación actual, podrían contribuir a fomentar el buen uso del instrumento, reducir los tiempos de tramitación, fortalecer el rol fiscalizador de las COMPIN, reducir las desigualdades en la forma de tramitación y pronunciamientos entre trabajadores de aseguradoras públicos y privados y perseguir y castigar duramente el fraude, entre otras.

Es urgente revisar el diseño actual del sistema, la institucionalidad, marco legal y forma de financiamiento. La multiplicidad de actores y los tiempos de tramitación hacen razonable plantear que es el momento de contar con una Comisión Médica Única con criterios de fiscalización, control, pronunciamiento y recursos idénticos a los afiliados de ambos sistemas. En efecto, el hecho de que las COMPIN ya ejerzan un rol de contraloría médica a más del 30% de los afiliados a ISAPRE, cuyas licencias médicas se rechazan en primera instancia en el marco del Artículo N°3 de la ley 20585, solo refuerza este planteamiento. Las COMPIN, dotadas de mayor cantidad de recursos, podrían quedar como primera instancia de apelación, siendo la última instancia la Superintendencia de Seguridad Social.

Este cambio debiera, además, revisar el diseño del SIL, avanzando, como la mayoría de los países de la OCDE, con participación del empleador y canalizando los pagos a través de una sola entidad pagadora.

De la misma forma, se deben identificar brechas de la Seguridad Social que contribuyen a uso inadecuado de la licencia médica, como, por ejemplo, la instalación de una licencia médica para ejercer labores de cuidado médico en situaciones agudas justificadas.

Como Colegio Médico de Chile impulsaremos estos cambios, pues la integridad y el uso correcto de la licencia médica como herramienta de la Seguridad Social debe ser profundamente resguardado por todos y todas.

IX. ANEXOS

Anexo 1. Resultados Consulta Nacional de Licencias Médicas.

La encuesta fue respondida por 6.168 médicas y médicos colegiados, lo que corresponde a un 16,5% del padrón total del Colegio Médico de Chile (37.386 personas). Esta importante participación nos da una base sólida para el análisis y la toma de decisiones institucionales.

Resumen de preguntas cerradas

PROPUESTA	% APROBACIÓN
Prohibir emisión de LM desde el extranjero	80,95%
Autorizar agentes encubiertos para detectar venta de LM por medios digitales	89,17%
Entregar a cada paciente un documento con sus obligaciones durante la LM	95,72%
Acceso al historial de LM del paciente	89,83%
Guías clínicas referenciales validadas por Sociedades Científicas	90,66%
Prohibir la autoemisión de LM	93,09%
Eliminar días de carencia (sector privado)	90,30%
Plataforma única, regulada y trazable para emisión de LM	86,51%
Crear licencia especial para cuidadores en eventos agudos (hospitalización, crisis de salud mental, etc.)	90,63%
Crear una contraloría médica independiente de FONASA e ISAPRE	91,00%
Sancionar rechazos injustificados o pagos atrasados de licencias con justificación médica	94,21%