Proyecto de ley de licencias médicas – Boletín 17.678-11

Un proyecto que avanza en la dirección correcta y propuestas adicionales

LIBERTAD Y DESARROLLO · Pablo Eguiguren F. · 21 – 07 – 2026

AGENDA

Contenido

01 Diagnóstico: un sistema que se desbordó

02 El “efecto Contraloría” y sus límites

03 El proyecto de ley (Boletín 17.678-11)

04 Propuestas adicionales y conclusiones

Diagnóstico transversal de la necesidad de racionalizar el gasto en licencias médicas

El Mercurio 24/12/22 *– 21 expertos y exautoridades, entre ellos: Exministros Artaza (Lagos), Erazo (Bachelet), Paris y Santelices (Piñera), proponían cambios paramétricos similares a lo ingresado por el Presidente Boric y que ha sido respaldado por el Presidente Kast.*

Licencias médicas: más allá de los fraudes

"...al revisar la estructura de la licencia médica en el contexto internacional, se aprecia que el caso chileno es inusual y, por ende, no es extraño que incentive conductas fraudulentas...".

Recientemente se detuvo a una organización de 29 médicos que emitían licencias médicas falsas, hecho que se suma al sostenido crecimiento del gasto en licencias médicas, que en 2021 superó el 1% del PIB. Lo anterior da cuenta de la necesidad de abordar este problema de manera integral.

Las licencias médicas fraudulentas, además de dañar la fe pública de un instrumento esencial para la recuperación de la salud, generan un costo relevante para el país. Dado que el 40% del gasto en licencias médicas lo genera el 5% de los profesionales de la salud, identificar a los emisores y a los pacientes que hacen mal uso de este instrumento no es difícil. Mejorar los mecanismos de fiscalización y sanciones para quienes ejercen el fraude, como pretende un proyecto de ley actualmente en discusión, parece un camino adecuado, pero no suficiente.

Lo que hace del sistema de licencias médicas un tema complejo es que participan al menos cuatro partes diferentes, pero los aseguradores (isapres y Fonasa) cargan con prácticamente la totalidad del costo de la licencia. Por su parte, el profesional de la salud no tiene consecuencias si es que determina el reposo sin seguir estrictamente el criterio médico, cuya actualización no siempre está a su alcance; la gran mayoría de los trabajadores con licencia sigue percibiendo su remuneración íntegra, y el empleador ve disminuida su productividad y aumentados los costos de reemplazo.

Al revisar la estructura de la licencia médica en el contexto internacional, se aprecia que el caso chileno es inusual y, por ende, no es extraño que incentive conductas fraudulentas. Respecto de los pacientes, primero, son pocos los países que cubren el 100% de la remuneración (incluso ello es extraño en Chile, considerando subsidios como el de cesantía o de invalidez), por lo que se plantea apuntar al promedio de la OCDE, que es de 70% del sueldo. Segundo, la extensión del beneficio debe acotarse a un plazo máximo que se cumpla (por ejemplo, un año), como existe en otras latitudes, ya que, en la práctica, en Chile la licencia no tiene límites. Finalmente, se debe evitar el efecto del período de carencia de tres días, que genera incentivos a alargar las licencias de menos de 11 días: o se elimina o se considera a todo evento (como cualquier deducible).

En el caso de los empleadores, se podría considerar un modelo similar al del seguro social de accidentes laborales, donde la prima (precio del seguro) es pagada por el empleador y disminuye cuando este último toma medidas preventivas de las enfermedades y accidentes cubiertos. También se debe analizar, en el caso de que el deducible (carencia) se mantenga, que este sea también de cargo del empleador, como sucede en Australia, Suecia y Alemania.

Actualmente, casi 30% de las licencias se relaciona con condiciones mentales y 18% con osteomusculares (por ejemplo, dolor de co-

en alguna etapa del proceso la aprobación de una segunda opinión independiente (por ejemplo, cuando exista un alargamiento) y algún mecanismo o institucionalidad estandarizada (universal) de aprobación de licencias médicas donde exista corresponsabilidad de salud y trabajo. Asimismo, se propone generar información pública y referencias respecto de la duración de las licencias, tanto en Chile como en otros países, para orientar a los emisores.

En conjunto estas medidas evitarán no solo las licencias "ideológicamente falsas", sino que extensiones innecesarias en los días de reposo e incentivarán a que los empleadores promuevan conductas preventivas, en línea con la "salud en todas las políticas" y colaboren en la detección del mal uso de este instrumento.

En 2021 la mitad de la cotización obligatoria (7% de los salarios) se destinó al pago de licencias médicas no covid. De mantenerse las tasas de crecimiento del gasto, en 10 años nos quedaremos sin recursos para atender los problemas de salud, ya que todo se irá al pago de licencias médicas. Más que aumentar los recursos, debemos ver cómo se están usando los actuales. No olvidemos que cada peso que se ahorre por licencias médicamente innecesarias irá en beneficio de una salud accesible y de calidad para todos los chilenos.

El gasto en licencias se duplicó como % del PIB

Entre 2012 y 2024, el gasto en licencias médicas casi se duplicó como % del PIB; sólo entre 2020 y 2024 creció 24% real.

1%

del PIB

Gasto total en licencias médicas en 2024. **En 2014, era 0,66%.**

+24%

real 2020–2024

Alza real del gasto entre 2020 y 2024.

~50%

de la cotización de salud

3,4 de los 7 puntos de cotización financian licencias médicas:
- Fonasa → 4,1 pp.
- Isapre → 2,3 pp.

Fuente: SUSESO y Banco Central.

Un conjunto de incentivos equivocados

Ningún actor del sistema tiene incentivos a contener el uso de las licencias médicas.

1 Médico

No carga con el costo de la ausencia laboral, por lo que privilegia, ante todo, el reposo.

2 Trabajador

Recibe el 100% de la remuneración (o hasta el tope imponible en el caso del sector privado). Sólo hay período de carencia en las licencias cortas en el sector privado.

3 Empleador

No paga el sueldo del trabajador ausente; sólo asume el costo de reordenar equipos.

4 Fonasa

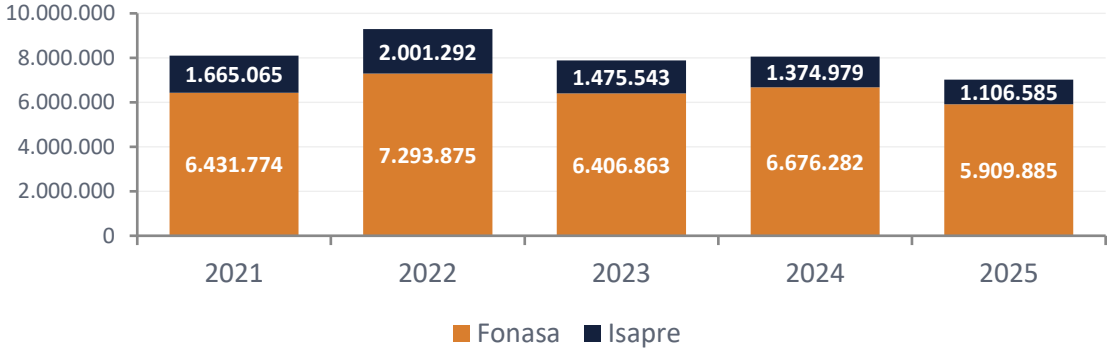
Crecientemente financiado con aportes fiscales, pierde incentivos a fiscalizar: autoriza el 94,8% de las licencias vs. 90,4% en Isapres.

Fuente: SUSESO, Estadísticas Nacionales de Licencias Médicas y SIL 2024.

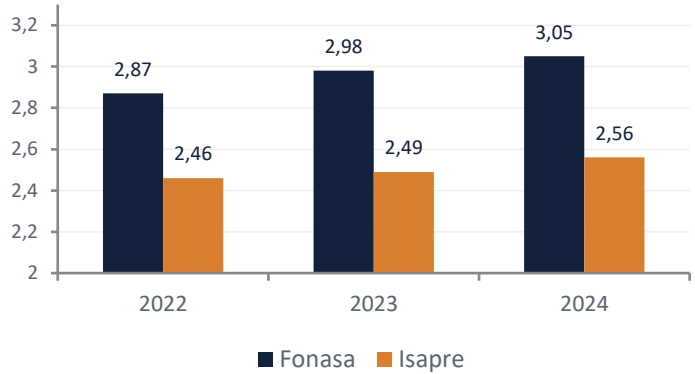
Más licencias por trabajador pese al fin de la pandemia

Tras el peak de la pandemia, el total de licencias médicas emitidas cayó. Pero, en 2024 el número ya era equivalente a las de 2021. Al analizar el número de licencias médicas autorizadas por trabajador, han subido. Sólo el efecto de la Contraloría parece haber tenido impacto.

Licencias médicas electrónicas emitidas



Licencias autorizadas por trabajador



Fuente: Informe Anual Licencias Médicas 2025, SUSESO y Estadísticas Nacionales de Licencias Médicas y SIL 2024, SUSESO.

La fiscalización funciona, pero ¿será suficiente?

Tras el informe de la Contraloría (mayo 2025), las licencias cayeron 13%. Sin embargo, el bajo número de sanciones, al cierre de marzo, pone en riesgo la sostenibilidad del efecto fiscalizador.

−13%

Caída de licencias en 2025

$586 MM

Ahorro estimado (≈20% del gasto 2024)

4,3%

De un total de 29.414 sumarios instruidos, solo 1.278 terminaron en sanción

<1,5%

Funcionarios destituidos (423) sobre el total de casos a investigar

NECESIDAD DE UNA REFORMA INSTITUCIONAL: Sin ella, y el "efecto Contraloría" desaparecerá, sobre todo si es que no hay sanciones a quienes cometieron abusos en el uso del mecanismo.

➔ **79,5% de los sumarios siguen en proceso o no se ha iniciado.**

Fuente: SUSESO (Informe Anual 2025), Presentación Ministro Quiroz en Comisión de Salud (15.06.2026).

Qué hace el proyecto de ley (Boletín 17.678-11)

Mensaje presidencial ingresado en julio de 2025 por el Presidente Boric. Actualmente se encuentra con urgencia simple.

1 Período de carencia

Subsidio se devenga desde el 3° día para todas las licencias. Permite acuerdos entre empleadores y trabajadores para cubrir dicho periodo.

2 Reglas no discriminatorias

Mismas reglas para sector público y privado.

3 Fin a licencias “infinitas”

Mayor restricción para la emisión de licencias médicas a personas que hayan acumulado más de 180 días en un año móvil. Avanza hacia estándar OCDE y sincera casos que debe cubrir el Seguro de Invalidez y Sobrevivencia.

4 Fiscalización fortalecida

Más atribuciones a Fonasa y Compin para fiscalizar. Debe integrarse con Boletín 17.375-11 que entrega contraloría médica a Fonasa.

Qué hace el proyecto de ley (Boletín 17.678-11)

Se ha cuestionado el cambio en los periodos de carencia, datos muestran que es una herramienta esencial.

Importancia de modificar el período de carencia vigente:

1. Es una herramienta habitual en los esquemas de seguros → busca racionalizar su uso.

2. Elimina incentivo a extender licencias médicas para que pacientes del sector privado (se requiere de licencias de más de 11 días).
    - Entre los funcionarios del Estado cerca de 35% de las licencias dura 3 días o menos. En el sector privado esa cifra es de 18% (Dipres, 2024)
    - Entre los trabajadores del sector privado, 59% de las licencias superan los 11 días. En el sector público, 35% (Minsal, con datos para 2024).

3. Es un mecanismo usado en otros países OCDE como Francia, Irlanda e Islandia. Otros países (Alemania, Australia, Suecia) cargan los primeros días de licencia al empleador.

2x

La proporción de licencias de menos de 3 días de trabajadores del Estado, versus trabajadores del sector privado.

Cuatro medidas adicionales a incorporar

El proyecto avanza en la dirección correcta, pero deben sumarse estas medidas para enfrentar los incentivos al sobreuso.

01 Reducir la tasa de reemplazo

Hoy es 100% o hasta el tope imponible (en el sector privado).
Debe alinearse con beneficios equivalentes (pensión de invalidez, Seguro de Cesantía) que llegan al 70%. Ese porcentaje se acerca al promedio del beneficio en países OCDE.

02 Guías clínicas referenciales

Permitir que puedan ser utilizadas para rechazo de licencias médicas.
Licencias fuera de estándares deben justificar su decision de modo de estandarizar y uniformar criterios.

03 Tipificación penal del uso malicioso

Ha habido avances en castigar la emisión de licencias falsas (Ley N° 21.746); debe castigarse también el uso de ellas.
Incorporar en el Código Penal el delito de uso malicioso de licencias médicas.

04 Uso intensivo de datos

Inteligencia de datos que ayuden a un control más estricto de grandes emisores y también de grandes demandantes de licencias médicas.

Conclusiones

La discusión legislativa de las licencias médicas es una oportunidad para corregir incentivos y aliviar la presión fiscal sobre la salud.

01

La fiscalización por sí sola no basta

Sin cambios institucionales, los abusos volverán una vez que se diluya la presión mediática y si persiste el bajo riesgo de sanción.

02

Aprobar el PdL es un primer paso indispensable

El Boletín 17.678-11 va en la dirección correcta y es la base sobre la cual seguir avanzando con medidas adicionales.

03

Permite optimizar el uso de los recursos

Libera recursos para listas de espera, prevención y atención médica en un contexto de estrechez fiscal.

- *Ninguna reforma a la salud será posible sin antes racionalizar el uso de las licencias médicas.*

- *Se debe aprovechar la oportunidad que abrió la Contraloría para hacer un cambio esencial y por mucho tiempo postergado.*

Pablo Eguiguren F.