

INFORME ANUAL



SUSESO
Ministerio del Trabajo
y Previsión Social

Gobierno de Chile

LICENCIAS MÉDICAS 2025

**ANÁLISIS, CONTROL
Y DESAFÍOS**



Resumen Ejecutivo	3
Introducción	4
1. Marco normativo y operativo: la licencia médica como instrumento de seguridad social	5
1.1. Naturaleza jurídica y propósito del instrumento	5
1.2. Alcance y delimitación del sistema: licencias de origen común	6
1.3. El ecosistema de la licencia médica electrónica: actores y roles operacionales	7
1.4. Dinámica operativa: Flujo transaccional, pronunciamiento y acceso al subsidio	8
2. Evolución y uso del sistema de licencias médicas	10
2.1. Población cubierta del sistema	11
2.2. Evolución agregada del número de licencias médicas	14
2.3. Análisis comparativo de la emisión de licencias médicas: periodo 2024-2025	15
2.4. Uso desde la perspectiva de las personas	21
3. Profesionales emisores: caracterización y comportamiento	32
3.1. Comportamiento de los profesionales emisores de Licencias Médicas	32
3.2. Emisión promedio según principales características	36
3.3. Concentración de la emisión médica y segmentos de mayor intensidad	38
4. Supervigilancia para el correcto otorgamiento y uso de Licencias Médicas y pago del Subsidio de Incapacidad Laboral	38
4.1. Cambios normativos	39
4.2. Acciones de fiscalización y control institucional	40
4.2.1. Fiscalizaciones y control a profesionales de la salud emisores	40
4.2.2. Fiscalizaciones y control a personas trabajadoras con reposo médico	44
4.2.3. Fiscalizaciones a entidades contraloras	47
4.3. Coordinación interinstitucional y derivación de antecedentes al Ministerio Público	47
4.4. Acciones futuras de supervisión y control del sistema de licencias médicas	48
4.5. Desafíos en la supervigilancia del sistema de licencias médicas	49
4.6. Desde el control ex post al control en punta: Desafíos estratégicos en la supervigilancia del sistema de licencias médicas.	49
Conclusiones	51
Referencias	54

Resumen Ejecutivo

El presente informe analiza la evolución del sistema de licencias médicas durante el período 2024-2025, destacando una contracción en su volumen y una consecuente disminución del gasto. Asimismo, se presentan las acciones de supervisión, fiscalización y fortalecimiento del control implementadas durante el período, orientadas a resguardar el adecuado funcionamiento, legitimidad y sostenibilidad del sistema como instrumento de la seguridad social

Durante el año 2025, **las licencias médicas experimentaron una reducción interanual de 12,9%**, cayendo de 8.051.261 en 2024 a 7.016.470 en 2025. Esta disminución, que representa más de un millón de licencias menos en el sistema, implicó **una reducción estimada de M\$586.938.194** en el gasto de subsidios, equivalente al 18,4% del gasto de 2024. Esta magnitud no sólo tiene implicancias presupuestarias sino que contribuye a reforzar la sostenibilidad del instrumento.

En 2025, poco más de un tercio de la población cotizante utilizó al menos una licencia médica en el año. En comparación con 2024, **el número de personas trabajadoras que hizo uso del beneficio disminuyó en un 7,9%**. Con respecto a la intensidad de uso, se observa que la mitad de quienes hicieron uso del beneficio registró hasta **2 licencias y 15 días de reposo**, lo que indica un uso principalmente acotado. Sin embargo, el promedio alcanzó 2,9 licencias y 35,3 días por persona. Esto se explica porque una fracción reducida concentra una parte importante del total, **el 5,5% de los trabajadores concentró cerca del 20% de las licencias emitidas** y una proporción significativa de los días autorizados.

Desde la perspectiva del diagnóstico médico, **los trastornos mentales y del comportamiento** y las **enfermedades musculoesqueléticas** continúan concentrando cerca de la mitad del total de licencias. Si bien ambos grupos presentan reducciones durante 2025, mantienen una participación estructuralmente elevada en el sistema

Respecto de las y los profesionales de la salud emisores, se mantiene una distribución altamente heterogénea. En 2025, mientras **la mitad de los médicos emitió hasta 14 licencias en el año, el promedio alcanzó 135 licencias** por profesional, lo que confirma una concentración significativa en un segmento reducido de emisores.

Frente a estos patrones, la Superintendencia de Seguridad Social ha transitado progresivamente hacia un **modelo de supervisión más preventivo y basado en evidencia**. Mediante la ejecución de cruces masivos de datos, mejoras en la interoperabilidad y la implementación de herramientas analíticas como el **Modelo de Alerta Temprana**, la institución busca focalizar sus esfuerzos de control, mitigar los riesgos de uso indebido y resguardar la legitimidad, eficiencia y sostenibilidad del régimen en el mediano y largo plazo.

En síntesis, los resultados muestran un sistema que continúa cumpliendo su función esencial de protección social, que presenta ajustes relevantes en su intensidad de uso durante 2025 y que ha sido objeto de un fortalecimiento sustantivo de su supervisión institucional. Este proceso consolida un esquema de control más moderno, preventivo y proporcional, orientado a resguardar la legitimidad, eficiencia y sostenibilidad del régimen de licencias médicas.

Introducción

La licencia médica y el subsidio por incapacidad laboral son herramientas esenciales del sistema de seguridad social, en cuanto permiten enfrentar una contingencia social específica: la pérdida temporal de la capacidad de trabajo por motivos de salud. Su finalidad no es asistencial ni discrecional, sino que responde a un derecho vinculado a la protección del ingreso de las personas trabajadoras cuando, por indicación médica, deben suspender transitoriamente el ejercicio de su actividad laboral para recuperar su salud.

Dada su naturaleza, que vincula una indicación de reposo con la activación de recursos financieros públicos y privados, el ecosistema de licencias médicas requiere un balance crítico. Por una parte, debe garantizar el acceso oportuno y sin barreras para quienes legítimamente requieren reposo; por otra, demanda mecanismos de control rigurosos que resguarden la sostenibilidad del sistema y proteger la fe pública ante usos abusivos o fraudulentos.

Durante los últimos años, el sistema de licencias médicas ha enfrentado importantes desafíos asociados a su volumen de uso, a la presión financiera derivada del subsidio por incapacidad laboral y a la necesidad de fortalecer los mecanismos de supervisión frente a patrones de emisión atípicos. En este contexto, el presente informe tiene por objeto principal analizar en profundidad el comportamiento del sistema de licencias médicas de origen común durante el período 2024-2025, así como dar cuenta de las acciones estratégicas de supervisión desplegadas por la institución.

Para abordar estos objetivos, el documento se estructura en cuatro capítulos analíticos:

El Capítulo 1 establece el marco normativo y operativo, definiendo la triple dimensión del instrumento (sanitaria, laboral y previsional) y delimitando metodológicamente el universo de estudio hacia las licencias médicas electrónicas (LME) de origen común.

El Capítulo 2 expone la evolución macro y micro del sistema. A través del análisis de las licencias médicas electrónicas, se dimensiona la significativa reducción en la emisión total registrada durante 2025, desagregando el comportamiento de las personas usuarias según variables demográficas, epidemiológicas y laborales, para comprender cómo se distribuye la intensidad de uso del instrumento.

El Capítulo 3 desplaza el foco hacia los profesionales de la salud emisores de licencia médica. Mediante un análisis estadístico de concentración, se caracteriza la profunda asimetría en los patrones de prescripción, identificando aquellos segmentos de alta intensidad que justifican una indagación institucional especializada.

Finalmente, el Capítulo 4 detalla el fortalecimiento de la supervigilancia por parte de la Superintendencia de Seguridad Social. Se exponen los recientes avances normativos y el tránsito desde un modelo centrado principalmente en la fiscalización ex post hacia un enfoque de control preventivo y basado en riesgos, que integra herramientas analíticas, desarrollos tecnológicos, coordinación interinstitucional y fiscalización focalizada. Con ello, se reafirma el compromiso del Estado por asegurar que los recursos de la seguridad social se utilicen adecuadamente y lleguen, de manera íntegra, a quienes legítimamente los necesitan.

1. Marco normativo y operativo: la licencia médica como instrumento de seguridad social

1.1. Naturaleza jurídica y propósito del instrumento

En el marco del derecho internacional, la protección frente a contingencias de salud constituye un pilar de los Estados modernos. El Convenio N°102 sobre la Norma Mínima de la Seguridad Social, adoptado por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en 1952, establece nueve ramas de protección¹ que todo sistema debe contemplar. Dentro de este listado, la norma internacional consagra expresamente las prestaciones en caso de enfermedad y maternidad como ramas esenciales del sistema, mandatando a los Estados a garantizar atención médica y a otorgar prestaciones monetarias transitorias orientadas a sustituir la pérdida de ganancias originada por la suspensión de la capacidad de trabajo (OIT, 1952).

Esta visión se actualiza en el reciente Informe Mundial sobre la Protección Social 2024-2026, donde la OIT enfatiza que la seguridad social es un derecho humano fundamental y una herramienta de resiliencia frente a crisis sistémicas, instando a cerrar brechas de cobertura para asegurar transiciones justas (OIT, 2024). En la misma línea, el Plan Estratégico 2024-2030 de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS) refuerza que la suficiencia y la solidaridad son críticas para mitigar el impacto económico de estas contingencias en las familias, abogando por sistemas que protejan la dignidad de la persona trabajadora ante las nuevas realidades laborales (OISS, 2024).

En Chile, el reconocimiento de este derecho ha sido el resultado de una evolución institucional de más de un siglo. Sus inicios se remontan a 1924 con la promulgación de la Ley N° 4.054 de Seguro Obrero Obligatorio, la cual introdujo por primera vez el concepto de subsidio laboral por enfermedad para la población trabajadora. Posteriormente, la Ley N° 6.174 (1938) innovó al crear el "reposo preventivo" (antecedente de las actuales licencias Tipo 2: Prórroga de medicina preventiva), y la Ley N° 10.383 (1952) perfeccionó la estructura al separar la gestión sanitaria (Servicio Nacional de Salud) de la financiera (Servicio de Seguro Social).

Un hito fundamental en esta estructura ocurrió en 1966 con la promulgación de la Ley N°16.395, la cual fijó el texto refundido de la Ley Orgánica de la Superintendencia de Seguridad Social, dotándola de la autoridad técnica para supervigilar los regímenes de previsión. No obstante, la arquitectura operativa vigente terminó de consolidarse en 1978 con la unificación normativa (D.L. N° 2.200, 1978 y D.F.L. N° 44, 1978), que eliminó la fragmentación entre obreros y empleados bajo la supervigilancia integral de este organismo.

Hoy, en el ordenamiento jurídico chileno, este mandato histórico se materializa de manera formal e institucional a través de la licencia médica, cuya definición y reglamentación principal se encuentra consagrada en el Decreto Supremo N° 3 de 1984 del Ministerio de Salud. De acuerdo con su Artículo N° 1, la licencia médica es el derecho que tiene la persona trabajadora de ausentarse o reducir su jornada de trabajo durante un tiempo

¹ Las nueve ramas consideran: asistencia médica, prestaciones monetarias de enfermedad, prestaciones de desempleo, prestaciones de vejez, prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedad profesional, prestaciones familiares, prestaciones de maternidad, prestaciones de invalidez y prestaciones de sobrevivientes

determinado, en cumplimiento de una indicación clínica certificada por un profesional habilitado (médico cirujano, cirujano dentista o matrona), y que debe ser reconocido por el seguro de salud respectivo (MINSAL, 1984).

Por su naturaleza, la licencia médica no es sólo un acto declarativo, sino que constituye un instrumento jurídico complejo que opera simultáneamente bajo una triple dimensión:

- **Dimensión Sanitaria:** Responde a una necesidad clínica fundamentada, cuyo objetivo es prescribir el reposo terapéutico necesario para permitir la recuperación de la salud de las personas trabajadoras.
- **Dimensión Laboral:** Actúa como una justificación de la ausencia, protegiendo la continuidad del vínculo laboral frente a la entidad empleadora.
- **Dimensión Previsional:** Cumplidos determinados requisitos legales, se habilita el pago del Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL). Cabe destacar que este no constituye un beneficio asistencial ni discrecional, sino una prestación estricta de seguridad social destinada a sustituir la remuneración dejada de percibir durante el período de incapacidad.

Dada esta naturaleza híbrida, donde confluyen necesidades clínicas, laborales y económicas, la viabilidad del sistema depende de un equilibrio entre el acceso oportuno y el control eficaz. En consecuencia, la fiscalización del sistema, por tanto, no es una barrera, sino una condición de legitimidad: su función es evitar que el uso abusivo o sin fundamento médico erosione el financiamiento colectivo necesario para proteger a quienes realmente lo requieren, garantizando el ejercicio legítimo del derecho.

1.2. Alcance y delimitación del sistema: licencias de origen común

Este informe focaliza su análisis en el subsistema de licencias médicas de origen común, regulado por el Decreto Supremo N° 3 de 1984, del Ministerio de Salud, y financiado por los seguros de salud del Fondo Nacional de Salud (FONASA) e Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). A diferencia de otras contingencias, las licencias de origen común presentan una alta variabilidad en su emisión, moldeada por factores demográficos, epidemiológicos y territoriales.

Quedan excluidas de este análisis las licencias por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales (Ley N° 16.744) y el Seguro para el acompañamiento de niños y niñas afectados por una condición grave de salud (Ley N° 21.063), por operar bajo lógicas de administración independientes. Asimismo, se excluyen las licencias de origen maternal (Tipo 3: Licencia maternal Pre y Post Natal y Tipo 4: Enfermedad Grave Hijo Menor de 1 año), ya que, si bien se rigen por el mismo cuerpo normativo, cuentan con financiamiento directo de recursos fiscales².

En consecuencia, el informe se focaliza en los siguientes tipos:

- **Enfermedad o accidente común (Tipo 1):** Patologías o accidentes de origen no laboral.

² Con cargo al Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios de Cesantía del D.F.L. N°150, de 1982, del Ministerio de Trabajo y Previsión Social.

- **Prórroga de medicina preventiva (Tipo 2):** Reposo asociado a la Ley N° 6.174 sobre medicina preventiva, concentrado actualmente en cuadros crónicos de insuficiencia renal, diálisis, trasplantes, entre otros.
- **Patología del embarazo (Tipo 7):** Complicaciones clínicas durante la gestación que requieren reposo médico.

Junto a esta delimitación normativa, el presente documento establece una delimitación metodológica respecto a su fuente de información. La información utilizada en relación a licencias se basa en los datos extraídos del Panel de Monitoreo de Licencias Médicas Electrónicas (LME), que representa el 98% del total de licencias emitidas a nivel nacional durante el año 2025. El 2% restante, correspondiente a formularios en papel, se excluye del análisis debido a que la información disponible es parcial, con registros sólo hasta septiembre de 2025, ya que su uso es de carácter excepcional³.

1.3. El ecosistema de la licencia médica electrónica: actores y roles operacionales

El otorgamiento y tramitación de una licencia médica electrónica, así como la supervigilancia del sistema, considera la intervención de los siguientes actores estructurales:

- Personas trabajadoras:** Si bien son el sujeto de protección, el sistema les impone responsabilidades normativas críticas para acceder y mantener el derecho. Tienen la obligación de tramitar la licencia médica dentro de los plazos legales —gestión material que en la actualidad sólo recae sobre la persona si su entidad empleadora no se encuentra adscrita al sistema de LME, ya que de lo contrario el documento se deriva automáticamente al portal del empleador—, y cumplir el reposo de forma efectiva en el domicilio registrado, salvo los casos exceptuados, así como también respetar la prohibición absoluta de realizar trabajos (remunerados o no) durante la vigencia de la licencia.
- Operadores del sistema LME:** De acuerdo al artículo 1° bis de la Ley N° 20.585, son entidades públicas o privadas a cargo del sistema de información que permite el otorgamiento y tramitación de la licencia médica electrónica.
- Profesionales de la salud emisores:** Corresponde a médicos cirujanos, cirujanos dentistas y matronas, quienes certifican la patología que afecta a la persona trabajadora y determinan las condiciones del reposo otorgado. Para emitir licencias médicas, estos profesionales deben estar habilitados en el sistema y contar con su inscripción vigente en el Registro Público Nacional de Prestadores Individuales de Salud (RPNI).
- Entidades empleadoras:** Tienen la obligación de recepcionar la licencia, tramitarla ante la COMPIN, Cajas de Compensación de Asignación Familiar (CCAF) o ISAPRE, según corresponda, acompañando los antecedentes necesarios para la determinación del subsidio por incapacidad laboral. Su incumplimiento genera sanciones.
- Entidades contraloras:** Facultadas para autorizar, rechazar, reducir o ampliar el reposo. Corresponden a las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez

³ De acuerdo a lo instruido en el Ord B10 N° 333, de 15 de enero de 2021, de la Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud https://www.suseso.cl/619/articles-624766_archivo_01.pdf

(COMPIN) (seguro público) y a las Contralorías Médicas de cada ISAPRE (seguro privado).

- f) **Entidades pagadoras del SIL:** Materializan el pago del subsidio por incapacidad laboral. En el seguro privado, pagan directamente las ISAPRES. En el seguro público, las Cajas de Compensación de Asignación Familiar pagan a sus trabajadores y trabajadoras afiliadas adscritas a FONASA, mientras que la Subsecretaría de Salud Pública centraliza el pago de aquellas personas afiliadas a FONASA que no pertenecen a una CCAF.
- g) **Superintendencia de Seguridad Social:** En su calidad de autoridad autónoma y técnica de fiscalización de las instituciones de previsión, ejerce la supervigilancia y fiscalización del sistema de licencias médicas y subsidios por incapacidad laboral. Adicionalmente, actúa como la máxima instancia de reclamación frente a resoluciones de COMPIN o ISAPRE. Asimismo, revestida de las potestades de la Ley N° 20.585 posee la facultad de investigar y sancionar a aquellos profesionales que emitan licencias sin fundamento médico.

1.4. Dinámica operativa: Flujo transaccional, pronunciamiento y acceso al subsidio

El ciclo de vida de una licencia médica, desde su emisión hasta su eventual pago, sigue un proceso estructurado diseñado para revisar la justificación del reposo otorgado, la recuperabilidad de la patología, otras consideraciones jurídico administrativas que podrían determinar la autorización o rechazo de la licencia y el cumplimiento de los requisitos exigidos para acceder al subsidio por incapacidad laboral. Dado que, conforme a lo dispuesto en la Ley N° 20.585 y en el D.S. N° 3 de 1984, del Ministerio de Salud, la licencia médica debe emitirse en formato electrónico, salvo aquellos casos excepcionales en que se autorice su emisión en papel, a continuación se detalla el flujo de tramitación en este formato digital.

Tramitación de la LME

El otorgamiento y tramitación de la licencia médica electrónica se realiza a través de un sistema de información administrado por los operadores del sistema LME, el cual permite la emisión, registro, tramitación y pronunciamiento del documento en formato digital. Para estos efectos, es requisito que al menos el profesional habilitado y la entidad encargada de pronunciarse sobre la licencia, se encuentren adscritos al mismo operador.

El proceso se inicia con el otorgamiento de la licencia médica por parte del profesional habilitado, quien debe acceder al sistema electrónico, completar la información correspondiente, autenticar su identidad mediante mecanismos electrónicos y verificar la identidad de la persona trabajadora. Una vez emitida la licencia, el sistema registra el documento y el profesional entrega al trabajador o trabajadora un comprobante de su otorgamiento.

Cuando la entidad empleadora se encuentra adscrita al sistema, la licencia médica es puesta automáticamente a su disposición, sin requerir gestiones adicionales por parte del trabajador/a. La entidad empleadora o la persona trabajadora independiente debe completar la sección correspondiente del formulario y remitir a través del sistema la licencia a la COMPIN, ISAPRE o CCAF., según corresponda.

En los casos en que la entidad empleadora no se encuentre adscrita al sistema electrónico, el profesional debe entregar al trabajador/a una copia impresa de la licencia médica electrónica, la que debe ser presentada a la empresa, quien debe completar y remitir a la entidad competente. Si el empleador no la recibe o no la tramita, la persona trabajadora puede presentarla directamente ante la COMPIN, ISAPRE o CCAF, conforme a la normativa vigente.

Una vez completada la licencia médica por la entidad empleadora o la persona trabajadora independiente, ésta queda a disposición de la COMPIN o ISAPRE, según corresponda, para su pronunciamiento. La COMPIN cuenta con un plazo de 7 días hábiles para emitir su pronunciamiento, el que puede ser ampliado por otros 7 días y, excepcionalmente, hasta 60 días. Por su parte, la ISAPRE cuenta con 3 días hábiles para pronunciarse respecto de la licencia médica sometida a su tramitación.

Pronunciamiento de la LME

Una vez completada la tramitación de la licencia médica por la entidad empleadora o la persona trabajadora independiente, ésta queda a disposición de la COMPIN o ISAPRE, según corresponda, a través del sistema de información electrónico, para que dichas entidades emitan el pronunciamiento respectivo. Estas instituciones ejercen un control técnico sobre la procedencia y justificación del reposo prescrito, debiendo emitir una resolución fundada que se registra en el sistema y se consigna en el formulario de la licencia médica, en los siguientes términos:

- **Autorizada:** Se aprueba el reposo por la totalidad de los días prescritos.
- **Rechazada:** Se deniega el reposo en su totalidad. De acuerdo a la normativa, esto ocurre por causales de:
 - **Orden jurídico-administrativo:** Presentación de licencia médica fuera del plazo por la persona trabajadora, incumplimiento del reposo médico, realización de trabajos remunerados o no durante el periodo de reposo, licencia médica enmendada, falsificación o adulteración del documento, o la inexistencia/término de la relación laboral.
 - **Orden médico:** Reposo injustificado, esto es, cuando no hay una incapacidad que impida que la persona asista a trabajar o se considera que el reposo otorgado es excesivo, y diagnóstico irrecuperable, es decir, cuando la licencia pierde su temporalidad, desvirtuando su finalidad de recuperación de la salud y su reintegro al trabajo.
- **Ampliada:** Cuando se determina que el cuadro de salud amerita un reposo mayor al indicado.
- **Reducida:** Cuando se determina que el cuadro de salud amerita un reposo menor al ya indicado.
- **Pendiente de resolución:** Estado transitorio en que el expediente está a la espera de mayores antecedentes o de su evaluación final.

La resolución que recaiga sobre la licencia médica debe ser notificada a la persona trabajadora y, cuando corresponda, a la entidad empleadora, resguardando la confidencialidad de la información clínica.

El acceso al financiamiento: Requisitos del Subsidio de Incapacidad Laboral

Es fundamental establecer la distinción operativa entre el reposo y el pago. La autorización médica de la licencia no garantiza automáticamente la entrega de recursos económicos.

Para acceder al Subsidio por Incapacidad Laboral, el marco legal, D.F.L. N° 44 de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, exige el cumplimiento de requisitos previos de densidad de cotizaciones, los cuales varían según la naturaleza del vínculo laboral:

- **Dependientes:** Mínimo 6 meses de afiliación previsional y 3 meses de cotizaciones dentro de los 6 meses previos al inicio de la licencia.
- **Independientes que cotizan voluntariamente:** Mínimo 12 meses de afiliación, 6 meses de cotizaciones dentro de los 12 meses previos, y estar al día en el pago de sus imposiciones.
- **Independientes obligados a cotizar.** Se entienden cumplidos los requisitos anteriores desde el 1 de julio del año en que se pagan las cotizaciones hasta el 30 de junio del año siguiente.

Periodo de carencia

El diseño de este instrumento contempla un deducible legal conocido como "período de carencia", aplicable a las licencias de corta duración otorgadas a personas trabajadoras dependientes e independientes del sector privado. La norma establece que:

- Si una licencia médica se emite por un período igual o inferior a 10 días, los primeros tres días de reposo no son subsidiados (no generan pago para la persona trabajadora).
- Si la licencia es otorgada por 11 días o más, el subsidio se paga de forma íntegra desde el primer día.
- Excepción del sector público: Esta regla no afecta a las y los funcionarios públicos que por ley mantienen el derecho a percibir su remuneración íntegra desde el primer día de reposo, independientemente de la duración de la licencia.

Esta particularidad en el diseño del beneficio resulta clave para la lectura del presente informe, pues constituye un elemento que puede explicar las diferencias en la duración de las licencias médicas emitidas entre las personas trabajadoras del sector público y privado.

En definitiva, el ecosistema de la licencia médica corresponde a un sistema transaccional complejo, en el que confluyen su dimensión sanitaria, laboral y previsional, diversos actores institucionales, flujos digitales y responsabilidades compartidas. Si bien su gestión ha presentado desafíos, actualmente se observa un mayor dominio institucional, reflejado en el fortalecimiento de los mecanismos de monitoreo, fiscalización, desarrollo normativo y en una mayor coordinación entre las instituciones involucradas.

2. Evolución y uso del sistema de licencias médicas

En este capítulo se analiza la evolución y el uso del sistema de licencias médicas electrónicas. Primero se caracteriza a la población protegida por el sistema y la evolución de las licencias, destacando los cambios observados entre 2024 y 2025 según seguro de salud, sexo, edad, región, tipo de resolución y tramo de días autorizados, entre otras.

Luego, se analiza el uso por parte de las personas trabajadoras, tanto a nivel del número de licencias utilizadas por persona como del número de días autorizados, con el fin de evaluar cómo se distribuye la intensidad de uso del sistema a nivel individual.

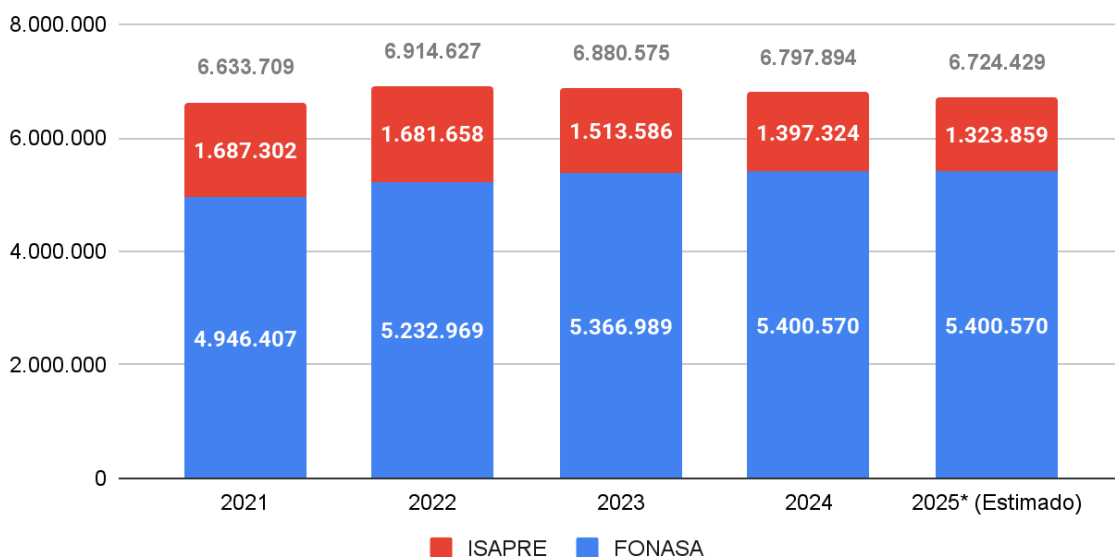
2.1. Población cubierta del sistema

La población cubierta por el sistema de licencias médicas corresponde a las personas cotizantes de FONASA e ISAPRE con derecho a Subsidio por Incapacidad Laboral. Se consideran trabajadores y trabajadoras dependientes e independientes activos⁴, mayores de 15 años, que registran cotizaciones en dichos seguros de salud.

Esta información permite dimensionar la población cubierta y sirve como base para analizar el acceso y uso del sistema en los apartados siguientes.

El siguiente gráfico muestra la evolución del número de cotizantes con derecho a SIL según seguro de salud. Los datos cubren hasta el año 2024; sin embargo, para 2025 se presenta una estimación en el caso de FONASA —basada en el valor observado en 2024 ante la falta de cifras oficiales actualizadas—, mientras que para las ISAPRES se utiliza información efectiva del periodo.

Gráfico 1: Evolución del número de personas cotizantes con derecho a SIL, según seguro de salud. Años 2021-2025.



Fuente: Estadísticas de Licencias Médicas y Subsidios por Incapacidad Laboral, SUSESO Año 2024.

Nota: Las cifras correspondientes al año 2025 se presentan como estimadas, dado que FONASA no ha informado aún el número de cotizantes para dicho año. Para efectos del cálculo, se utilizó como referencia el número de cotizantes FONASA observado en 2024, mientras que los cotizantes ISAPRE corresponden a información efectiva del año 2025.

Para el año 2025, el sistema registra un total estimado de 6.724.429 personas cotizantes con derecho a licencia médica. De ellas, un 80,3% corresponde a FONASA y un 19,7% a ISAPRE.

A continuación, se presenta la desagregación de la población cotizante del año 2025 según sexo y seguro de salud.

⁴ La persona cotizante pensionada debe demostrar una actividad laboral.

Cuadro 1: Número y distribución de la población cotizante con derecho a SIL según seguro de salud y sexo. Año 2025.

Sexo	FONASA		ISAPRE		SISTEMA	
	N°	%	N°	%	N°	%
Hombre	2.898.805	53,7%	794.799	60,0%	3.693.604	54,9%
Mujer	2.415.705	44,7%	529.060	40,0%	2.944.765	43,8%
Sin Información	86.060	1,6%	0	0%	86.060	1,3%
Total	5.400.570	100%	1.323.859	100%	6.724.429	100%

Fuente: Para ISAPRE, información proporcionada por la Superintendencia de Salud. Para FONASA, estimación basada en el número de cotizantes observado en 2024, según estadísticas anuales de Licencias Médicas y Subsidios por Incapacidad Laboral del Año 2024.

En 2025, el 54,9% de las personas cotizantes con derecho a licencia médica corresponde a hombres y el 43,8% a mujeres. El 1,3% no registra información de sexo y se concentra en FONASA.

Al desagregar por tipo de seguro, se observan diferencias. En ISAPRE, los hombres representan el 60,0% de los cotizantes, mientras que en FONASA la distribución es más equilibrada. En este último, las mujeres alcanzan el 44,7%, cinco puntos porcentuales más que en ISAPRE.

A continuación, se presenta la distribución de la población cotizante por tramos de edad, con el fin de identificar los rangos de edad donde se concentra la población con derecho a licencia médica.

Cuadro 2: Número y distribución de cotizantes con derecho a SIL según seguro de salud y tramo etario. Año 2025.

Tramo de edad	FONASA		ISAPRE		SISTEMA	
	N°	%	N°	%	N°	%
19 y menos	69.097	1,3%	749	0,1%	69.846	1,0%
20-24	404.348	7,5%	8.668	0,7%	413.016	6,1%
25-34	1.484.560	27,5%	274.425	20,7%	1.758.985	26,2%
35-44	1.282.233	23,7%	446.716	33,7%	1.728.949	25,7%
45-54	1.042.605	19,3%	325.621	24,6%	1.368.226	20,3%
55-64	807.564	15,0%	199.964	15,1%	1.007.528	15,0%
65 y más	182.100	3,4%	67.716	5,1%	249.816	3,7%
Sin información	128.063	2,4%	0	0,0%	128.063	1,9%
Total	5.400.570	100%	1.323.859	100%	6.724.429	100%

Fuente: Para ISAPRE, información proporcionada por la Superintendencia de Salud. Para FONASA, estimación basada en el número de cotizantes observado en 2024, según estadísticas anuales de Licencias Médicas y Subsidios por Incapacidad Laboral del Año 2024.

Se observa que los tramos entre 25 y 44 años concentran el 51,9% de la población con derecho a licencia médica, lo que equivale a 3.487.934 personas.

En el siguiente cuadro, se analiza la composición de las personas cotizantes por el tipo de trabajador/a. En el caso de ISAPRE, no se dispone de la desagregación entre sector público y privado.

Cuadro 3: Número y distribución de cotizantes con derecho a SIL según seguro de salud y tipo de trabajador/a. Año 2025.

Tipo trabajador/a	FONASA		ISAPRE		SISTEMA	
	N°	%	N°	%	N°	%
Dependiente público	647.341	12,0%	-	-	647.341	9,6%
Dependiente privado	4.195.683	77,7%	-	-	4.195.683	62,4%
Dependientes total	4.843.024	89,7%	1.263.424	95,4%	6.106.448	90,8%
Independiente	557.546	10,3%	60.435	4,6%	617.981	9,2%
Sin información	0	0,0%	0	0%	0	0,0%
Total	5.400.570	100%	1.323.859	100%	6.724.429	100%

Fuente: Para ISAPRE, información proporcionada por la Superintendencia de Salud. Para FONASA, estimación basada en el número de cotizantes observado en 2024, según estadísticas anuales de Licencias Médicas y Subsidios por Incapacidad Laboral del Año 2024.

Nota: ISAPRE no desagrega a las personas trabajadoras dependientes por sector público y privado.

La mayoría de las personas cotizantes con derecho a SIL corresponde a personas trabajadoras dependientes, quienes representan el 90,8% del total.

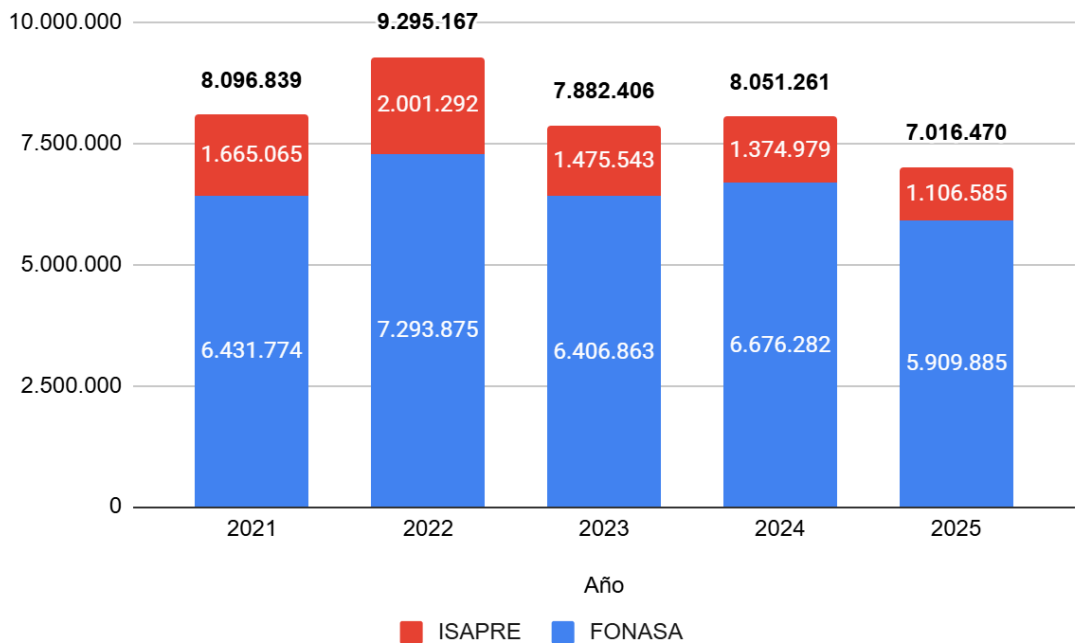
Al comparar por seguro, ISAPRE presenta una concentración de dependientes mayor (95,4%) que FONASA (89,7%). En cambio, FONASA presenta una mayor participación relativa de trabajadoras y trabajadores independientes (10,3%), más del doble que en ISAPRE (4,6%).

Una vez caracterizada la población con derecho a SIL, corresponde analizar la evolución efectiva del uso del sistema.

2.2. Evolución agregada del número de licencias médicas

A continuación, se presenta la evolución del número de licencias médicas emitidas entre 2021 y 2025, desagregadas según seguro de salud. Esta serie permite observar la trayectoria reciente del sistema.

Gráfico 2: Evolución del número de licencias médicas electrónicas según año de emisión y seguro de salud. Años 2021-2025.



Fuente: SUSESO, Panel de Monitoreo de LME al 17 de enero de 2026.

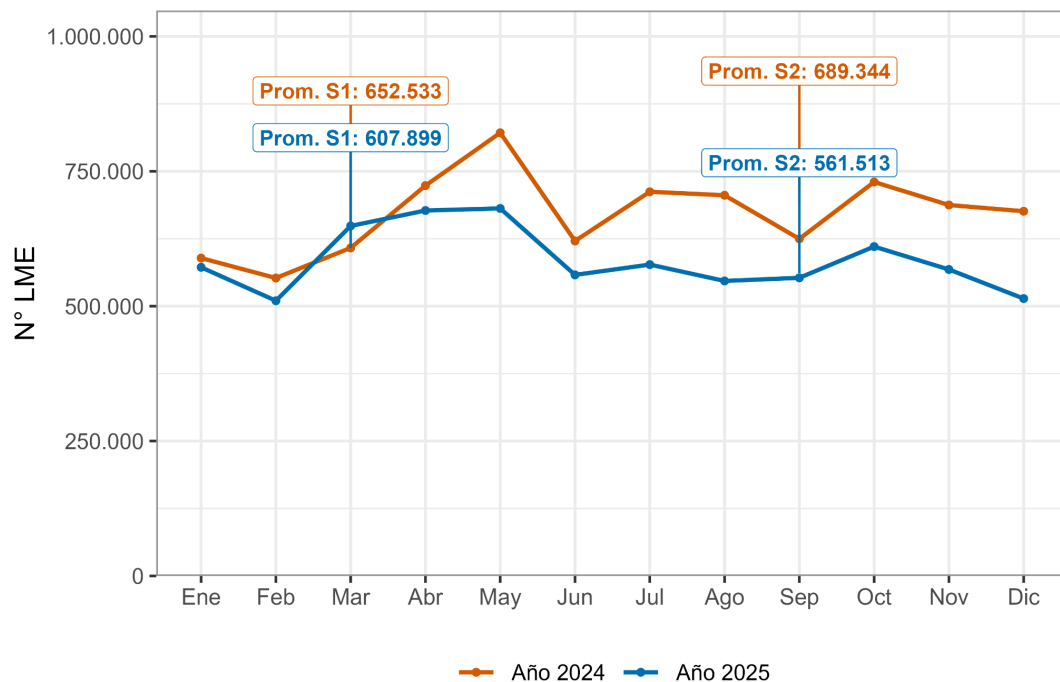
Se observa del gráfico anterior, que en 2025, **el número total de licencias médicas emitidas disminuyó desde 8.051.261 en 2024 a 7.016.470**, lo que representa una reducción interanual de un -12,9%, esta disminución equivale a **1.034.791** licencias menos emitidas con pronunciamiento en el año.

- En términos de gasto, ello se traduce en una reducción estimada de **M\$586.938.194⁵**, cifra equivalente al 18,4% del gasto en SIL registrado en 2024, expresado a precios de 2025. Al desagregar esta cifra por seguro de salud se tiene que el 32% de la reducción estimada corresponde a ISAPRES y el 68% a FONASA.

Por otro lado, el siguiente gráfico presenta la evolución mensual de las licencias médicas emitidas en los años 2024 y 2025.

⁵ Para realizar este cálculo se utilizó un valor diario estimado de \$72.946 para ISAPRES y de \$30.901 para FONASA, correspondientes al valor del subsidio diario promedio de las estadísticas anuales de LM y SIL del año 2024, actualizado a pesos de 2025. M\$ miles de pesos.

Gráfico 3: Evolución del número de licencias médicas electrónicas según mes de emisión. Años 2024-2025.



Fuente: SUSESO, Panel de Monitoreo de LME al 17 de enero de 2026.

Nota: Prom S1: Promedio semestre 1, Prom S2: Promedio semestre 2.

Se observa del gráfico anterior un cambio en la dinámica de emisión entre ambos años. Al analizar el comportamiento semestral, se observa que, en el año 2024, el promedio mensual del segundo semestre supera al del primer semestre, mientras que en 2025 se aprecia un comportamiento inverso, con un menor promedio mensual en el segundo semestre.

Respecto a la estacionalidad, si bien teóricamente se espera un incremento en el uso de licencias médicas durante los meses de invierno; asociado habitualmente a patologías respiratorias, los datos de 2025 no siguen este patrón.

2.3. Análisis comparativo de la emisión de licencias médicas: periodo 2024-2025

El análisis que sigue se centra en la comparación entre los años 2024 y 2025. A continuación se presentan estadísticas sobre la evolución del número de licencias médicas según principales características de las personas trabajadoras (sexo de la persona, tramo de edad, región, tipo de trabajador/a, seguro de salud y actividad económica) y de las propias licencias médicas (tipo de resolución, tramo de días autorizados y principales grupos de diagnósticos).

El siguiente cuadro presenta el número de licencias médicas según sexo de la persona trabajadora para los años 2024 y 2025.

Cuadro 4: Evolución del número de LME de origen común por sexo y año.

Sexo del trabajador	Año 2024		Año 2025		Variación % 2025-2024
	N° LME	Distribución	N° LME	Distribución	
Mujer	4.961.499	61,6%	4.333.935	61,8%	-12,6%
Hombre	3.089.762	38,4%	2.682.535	38,2%	-13,2%
Total	8.051.261	100%	7.016.470	100%	-12,9%

Fuente: SUSESO, Panel de Monitoreo de LME al 17 de enero de 2026.

Se observa del cuadro anterior que el número de LME disminuyó tanto en hombres como en mujeres entre los años 2024 y 2025. En el caso de las mujeres, la disminución alcanzó un -12,6%, mientras que en los hombres la caída fue levemente mayor, con una reducción de -13,2%.

Continuando con las características demográficas de las personas, en el siguiente cuadro se presentan los datos desagregados por tramo de edad.

Cuadro 5: Evolución del número de LME de origen común por tramo de edad de la persona trabajadora y año.

Tramo de edad	Año 2024		Año 2025		Variación % 2025-2024
	N° LME	Distribución	N° LME	Distribución	
19 y menos	37.014	0,5%	31.520	0,4%	-14,8%
20-24	418.439	5,2%	339.875	4,8%	-18,8%
25-34	2.370.021	29,4%	1.968.237	28,1%	-17,0%
35-44	2.237.141	27,8%	1.985.626	28,3%	-11,2%
45-54	1.500.209	18,6%	1.335.089	19,0%	-11,0%
55-64	1.141.045	14,2%	1.024.643	14,6%	-10,2%
65 y más	347.378	4,3%	331.480	4,7%	-4,6%
Sin información	14	0,0%		0,0%	-100%
Total	8.051.261	100%	7.016.470	100%	-12,9%

Fuente: SUSESO, Panel de Monitoreo de LME al 17 de enero de 2026.

El mayor volumen de licencias médicas se concentra en los tramos de edad entre 25 y 44 años. Si bien la distribución por edad se mantiene similar entre 2024 y 2025, la magnitud de la caída varía entre tramos, siendo más acentuada en edades más jóvenes y menor en los tramos de mayor edad.

El siguiente cuadro presenta el número de licencias médicas según la región de reposo de la persona trabajadora.

Cuadro 6: Evolución del número de LME de origen común por región de reposo de la persona trabajadora y año.

Región	Año 2024		Año 2025		Variación % 2025-2024
	N° LME	Distribución	N° LME	Distribución	
Arica y Parinacota	66.433	0,8%	59.854	0,9%	-9,9%
Tarapacá	155.905	1,9%	144.293	2,1%	-7,4%
Antofagasta	302.382	3,8%	263.103	3,7%	-13,0%
Atacama	120.756	1,5%	104.330	1,5%	-13,6%
Coquimbo	321.454	4,0%	276.366	3,9%	-14,0%
Valparaíso	897.385	11,1%	751.595	10,7%	-16,2%
Metropolitana	3.251.462	40,4%	2.845.783	40,6%	-12,5%
O'Higgins	420.029	5,2%	372.948	5,3%	-11,2%
Maule	449.233	5,6%	384.928	5,5%	-14,3%
Ñuble	202.108	2,5%	175.288	2,5%	-13,3%
Biobío	827.484	10,3%	715.282	10,2%	-13,6%
La Araucanía	359.678	4,5%	315.495	4,5%	-12,3%
Los Ríos	153.272	1,9%	137.772	2,0%	-10,1%
Los Lagos	397.442	4,9%	351.793	5,0%	-11,5%
Aysén	47.694	0,6%	44.937	0,6%	-5,8%
Magallanes	78.544	1,0%	72.703	1,0%	-7,4%
Total	8.051.261	100%	7.016.470	100%	-12,9%

Fuente: SUSESO, Panel de Monitoreo de LME al 17 de enero de 2026.

El uso de licencias médicas se concentra en las regiones con mayor población, particularmente en la región Metropolitana, Valparaíso y Biobío. Al comparar 2024 y 2025, no se observan cambios relevantes en la distribución territorial.

El siguiente cuadro presenta el número de licencias médicas según el seguro de salud, identificando el caso de FONASA aquellas personas trabajadoras afiliadas a Cajas de Compensación de Asignación Familiar (CCAF).

Cuadro 7: Evolución del número de LME de origen común por seguro de salud y año.

Seguro de salud	Año 2024		Año 2025		Variación % 2025-2024
	N° LME	Distribución	N° LME	Distribución	
Subtotal ISAPRE	1.374.979	17,1%	1.106.585	15,8%	-19,5%
FONASA CCAF	4.633.749	57,6%	4.017.984	57,3%	-13,3%
FONASA Pago directo	2.042.533	25,4%	1.891.901	27,0%	-7,4%
Subtotal FONASA	6.676.282	82,9%	5.909.885	84,2%	-11,5%
Total	8.051.261	100%	7.016.470	100%	-12,9%

Fuente: SUSESO, Panel de Monitoreo de LME al 17 de enero de 2026.

Del cuadro se observa que entre 2024 y 2025, el número de licencias médicas disminuyó tanto en ISAPRES como en FONASA, con una caída mayor en ISAPRES (-19,5%) que en FONASA (-11,5%).

Al desagregar FONASA según modalidad de pago, se advierte que la reducción es más pronunciada en FONASA CCAF (-13,3%) que en FONASA Pago Directo (-7,4%).

El siguiente cuadro presenta el número de licencias médicas según el tipo de trabajador/a.

Cuadro 8: Evolución del número de LME de origen común por tipo de trabajador/a y año.

Tipo de trabajador/a	Año 2024		Año 2025		Variación % 2025-2024
	N° LME	Distribución	N° LME	Distribución	
Sector privado	5.043.760	62,6%	4.448.850	63,4%	-11,8%
Sector público	2.709.588	33,7%	2.339.104	33,3%	-13,7%
Independiente	48.354	0,6%	48.015	0,7%	-0,7%
Sin información	249.559	3,1%	180.501	2,6%	-27,7%
Total	8.051.261	100%	7.016.470	100%	-12,9%

Fuente: SUSESO, Panel de Monitoreo de LME al 17 de enero de 2026.

Nota: Para la clasificación del tipo de trabajador/a se utiliza el campo RUT de la entidad empleadora que se registra en la licencia médica. Cuando este es nulo, se asigna sin información; si coincide con el RUN del trabajador/a, se clasifica como independiente; cuando la calidad del trabajador/a informada en la LME corresponde a "Trabajador/a del sector público afecto, o no, a la Ley N° 18.834" y la entidad empleadora figura en los registros de instituciones públicas proporcionados por la Contraloría General de la República y el Servicio de Impuestos Internos, se clasifica como público; y en los demás casos, como privado.

La disminución del número de licencias médicas entre 2024 y 2025 se observa tanto en el sector privado como en el sector público, con caídas de -11,8% y -13,7%, respectivamente.

En el siguiente cuadro se presenta la evolución de la licencia médica según actividad económica agrupada.

Cuadro 9: Evolución del número de LME de origen común por actividad económica y años

Actividad económica	Año 2024		Año 2025		Variación % 2025-2024
	N° LME	Distribución	N° LME	Distribución	
Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	225.626	2,8%	197.413	2,8%	-12,5%
Comercio y Hoteles	1.323.853	16,4%	1.168.760	16,7%	-11,7%
Construcción	407.495	5,1%	360.647	5,1%	-11,5%
Explotación de minas y canteras	87.671	1,1%	78.797	1,1%	-10,1%
Industrias manufactureras	499.539	6,2%	431.434	6,1%	-13,6%
Servicios	4.561.752	56,7%	3.980.973	56,7%	-12,7%
Suministro de electricidad, gas y agua	48.487	0,6%	46.427	0,7%	-4,2%
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	492.313	6,1%	430.519	6,1%	-12,6%
Sin información	404.525	5,0%	321.500	4,6%	-20,5%
Total	8.051.261	100%	7.016.470	100%	-12,9%

Fuente: SUSESO, Panel de Monitoreo de LME al 17 de enero de 2026 y GRIS Mutuales al 30 de enero 2026.

Notas:

(1) La categoría "Sin Información" agrupa diversos escenarios, tales como la omisión de la entidad empleadora en la licencia médica o instituciones que no figuran en los registros de empresas de las mutualidades (GRIS). Asimismo, se incluyen en esta categoría los casos correspondientes a personas trabajadoras independientes.

(2) La actividad económica corresponde al giro principal declarado por la entidad empleadora. Cabe precisar que las funciones de las personas trabajadoras no coinciden necesariamente con dicho giro; por ejemplo, en el

sector de minería, las licencias pueden pertenecer tanto a personal operativo en faena como a personal administrativo.

Se observa una concentración de las licencias médicas en las actividades de servicios y comercio y hoteles, que por sí solas explican más del 70% del total de licencias médicas.

Al analizar la evolución anual, se observa que la disminución del número de licencias se registra en la mayoría de las actividades económicas, con variaciones cercanas al promedio del sistema (-12,9%). La única excepción se observa en el sector suministro de electricidad, que presenta una caída de menor magnitud (-4,2%).

A continuación, se presenta la evolución del número de licencias médicas según características propias de la licencia, con el fin de identificar si la disminución observada se distribuye de manera similar entre sus distintos componentes.

Cuadro 10: Evolución del número de LME de origen común por tipo de resolución y año.

Tipo de resolución	Año 2024		Año 2025		Variación % 2025-2024
	N° LME	Distribución	N° LME	Distribución	
Autorizada	7.345.683	91,2%	6.393.570	91,1%	-13,0%
Rechazada	574.414	7,1%	481.985	6,9%	-16,1%
Ampliada	25.366	0,3%	19.395	0,3%	-23,5%
Reducida	105.776	1,3%	94.579	1,3%	-10,6%
Pendiente	22	0,0%	26.941	0,4%	na
Total	8.051.261	100%	7.016.470	100%	-12,9%
Tasa de rechazo	7,1%		6,9%		

Fuente: SUSESO, Panel de Monitoreo de LME al 17 de enero de 2026.

Nota: En 2025 se observa un aumento en las licencias pendientes, situación asociada a la fecha de corte utilizada en este informe. En específico, el corte al 17 de enero de 2026 implica que licencias emitidas a fines de 2025 se encuentren aún en estado pendiente de resolución, condición utilizada por la COMPIN cuando se requieren antecedentes adicionales para pronunciarse.

La disminución observada entre 2024 y 2025 se presenta en todos los tipos de resolución.

La tasa de rechazo experimentó una leve variación, pasando de un 7,1% a un 6,9%. Si bien el volumen total de rechazos cayó en términos absolutos en más de 92 mil licencias, la estructura de resolución del sistema se mantiene estable: 9 de cada 10 licencias presentadas terminan siendo autorizadas, manteniendo la misma proporción que en 2024.

A continuación se presenta la evolución del número de licencias **médicas autorizadas**, esto es aquellas cuya resolución fue autorizada, reducida o ampliada, desagregadas según tramo de días autorizados y año.

Cuadro 11: Evolución del número de LME de origen común por tramo de días autorizados y año.

Tramo de días autorizados	Año 2024		Año 2025		Variación % 2025-2024
	N° LME	Distribución	N° LME	Distribución	
3 o menos	1.816.682	24,3%	1.748.558	26,9%	-3,7%
4 a 10	1.538.055	20,6%	1.280.348	19,7%	-16,8%
11 a 15	1.952.053	26,1%	1.645.985	25,3%	-15,7%
16 a 30	2.048.356	27,4%	1.727.563	26,5%	-15,7%
más de 30	121.679	1,6%	105.090	1,6%	-13,6%
Total LME autorizadas, reducidas y ampliadas	7.476.825	100%	6.507.544	100%	-13,0%

Fuente: SUSESO, Panel de Monitoreo de LME al 17 de enero de 2026.
Nota: Se excluyen las LME rechazadas, dado que no registran días autorizados. Estas corresponden a 575.414 licencias en el año 2024 y a 481.985 en el año 2025.

El cuadro muestra que la disminución del número de licencias médicas entre 2024 y 2025 se observa en todos los tramos de días autorizados, aunque con distinta intensidad. La mayor reducción se concentra en las licencias de duración media, particularmente en los tramos entre 4 y 30 días, cuyas caídas superan el promedio del sistema. En contraste, las licencias de corta duración (3 días o menos) presentan una disminución considerablemente menor y aumentan su participación relativa en el total.

Por último, a continuación, se presenta la evolución del número de licencias médicas según los principales grupos de diagnóstico.

Cuadro 12: Evolución del número de LME de origen común por principales grupos de diagnóstico y año.

Principales grupos de diagnósticos	Año 2024		Año 2025		Variación % 2025-2024
	N° LME	Distribución	N° LME	Distribución	
Trastornos mentales y del comportamiento	2.623.152	32,6%	2.170.209	30,9%	-17,3%
Musculoesqueléticas	1.402.195	17,4%	1.224.814	17,5%	-12,7%
Respiratorias	1.238.395	15,4%	1.001.100	14,3%	-19,2%
Traumatismos	541.023	6,7%	521.841	7,4%	-3,5%
Digestivas	392.193	4,9%	359.809	5,1%	-8,3%
Infecciosas y parasitarias	436.256	5,4%	425.743	6,1%	-2,4%
Sist. Nervioso	248.099	3,1%	228.286	3,3%	-8,0%
Otros	1.169.948	14,5%	1.084.668	15,5%	-7,3%
Total	8.051.261	100%	7.016.470	100%	-12,9%

Fuente: SUSESO, Panel de Monitoreo de LME al 17 de enero de 2026.

Las licencias asociadas a trastornos mentales y del comportamiento y enfermedades musculoesqueléticas concentran una proporción relevante del total, alcanzando en conjunto un 50,0% en el año 2024 y un 48,4% en el año 2025. Ambos grupos explican más del 60% de la disminución en el número de licencias médicas registrada en 2025 respecto a 2024. Entre 2024 y 2025, la disminución del número de licencias se observa en todos los grupos

diagnósticos, aunque con distinta intensidad. Las mayores caídas se registran en enfermedades respiratorias (-19,2%) y trastornos mentales (-17,3%), seguidas por las musculoesqueléticas (-12,7%). En contraste, los traumatismos presentan una reducción más acotada (-3,5%).

Hasta este punto se ha examinado el volumen de licencias médicas. A continuación, el análisis se desplaza de las licencias hacia el uso del sistema desde la perspectiva de las personas trabajadoras.

2.4. Uso desde la perspectiva de las personas

Tras estudiar la evolución del volumen de licencias médicas, esta sección centra el análisis en las personas trabajadoras que hacen uso del beneficio. Este enfoque permite distinguir si la disminución observada entre 2024 y 2025 se explica por una menor cantidad de personas usuarias, por cambios en la frecuencia de uso o por variaciones en la duración de los reposos.

Para medir adecuadamente el uso por persona, se depuran las licencias asociadas a un mismo episodio cuando una trabajadora o trabajador mantiene múltiples relaciones laborales⁶. Este conjunto se denomina en adelante Licencias Médicas Ajustadas, por lo que las cifras de esta sección difieren de los totales presentados previamente.

En el siguiente cuadro se presentan los principales indicadores de acceso y uso de las licencias médicas por año.

Cuadro 13: Principales indicadores de uso de las licencias médicas por año.

Indicador	2024	2025
Número de personas trabajadoras con LME	2.566.421	2.362.394
Número de personas cotizantes*	6.797.894	6.724.429
Tasa de uso por cotizante	37,8%	35,1%
LME por cotizante	1,2	1,0

Fuente: Estadísticas de Licencias Médicas y Subsidios por Incapacidad Laboral, SUSESO Año 2024 y SUSESO, Panel de Monitoreo de LME al 17 de enero de 2026.

Nota: Para el año 2025, corresponde al número de cotizantes estimados, utilizando para FONASA el mismo valor registrado en el año 2024.

Los datos muestran que, aunque el sistema protege a un amplio universo de cotizantes, su uso se concentra en una fracción de ellos. Las personas que utilizaron al menos una licencia médica disminuyeron en -7,9%, y la tasa de uso pasó de 37,8% en 2024 a 35,1% en 2025. Esto indica que la reducción observada se explica, en parte, por una menor proporción de trabajadores y trabajadoras que hicieron uso del beneficio.

A continuación se analiza la intensidad de uso del beneficio mediante indicadores de tendencia y dispersión. Es importante destacar que esta metodología (promedio, mediana y

⁶ Conforme a lo señalado en artículo 7 del DS 3 del Ministerio de Salud de 1984, en los casos en que una persona trabajadora mantiene más de una relación laboral, se emite una licencia médica por cada una de ellas.

percentiles) se aplicará de forma recurrente a lo largo de este informe para garantizar la comparabilidad de los datos en las diversas dimensiones analizadas:

- **Promedio:** Es una cifra de referencia para entender el conjunto. Es importante considerar que, si un grupo pequeño tiene valores muy elevados, el promedio tiende a aumentar, mostrando un resultado que podría ser superior a lo que vive la mayoría.
- **Mediana (percentil 50):** Nos indica qué es lo más normal o frecuente: la mitad de las personas está por debajo de ese valor y la otra mitad por encima
- **Percentiles:** indican el umbral bajo el cual se encuentra un determinado porcentaje de los casos. Por ejemplo, el percentil 90 es fundamental para observar el comportamiento de los valores más altos, permitiendo caracterizar a las personas usuarias de mayor intensidad sin sesgar el promedio general del sistema.

El siguiente cuadro presenta las principales medidas de tendencia central y dispersión del número de licencias médicas ajustadas y de los días autorizados por persona trabajadora

Cuadro 14: Medidas de tendencia central y dispersión del número de licencias médicas ajustadas y días autorizados utilizadas por persona trabajadora por año.

Año	N° trabajadores	Licencias por persona					Días autorizados por persona				
		Prom	p50	p75	p90	p99	Prom	p50	p75	p90	p99
2024	2.566.421	3,1	2	4	7	14	38,1	15	44	99	304
2025	2.362.394	2,9	2	4	6	14	35,3	15	41	90	281

Fuente: SUSESO, Panel de Monitoreo de LME al 17 de enero de 2026.
Nota: Prom: promedio, p50: percentil 50 o mediana, p75:percentil 75, p90:percentil 90 y p99:percentil 99.

Los datos muestran que en ambos años, la mitad de las personas utilizó un máximo de 2 licencias y acumuló hasta 15 días de reposo (p50). Sin embargo, la reducción más relevante ocurrió en los casos de mayor uso. Por ejemplo, el 10% de las personas que más licencias pedía bajó su tope de 7 a 6 anuales, mientras que en días autorizados, ese mismo grupo redujo su máximo de 99 a 90 días. Esto indica que la baja en el sistema no se dio en la persona usuaria promedio, sino en quienes concentraban los reposos más prolongados.

Con el objetivo de profundizar estos resultados, el siguiente cuadro desagrega a la población trabajadora según la cantidad de licencias utilizadas en el año.

Cuadro 15: Distribución de personas trabajadoras según número de licencias médicas ajustadas utilizadas por año.

N° de LME por año	Año 2024		Año 2025		Variación % 2025-2024
	N° trabajadores/as	Distribución	N° trabajadores/as	Distribución	
1 licencia	1.028.391	40,1%	988.931	41,9%	-3,8%
2 licencias	516.645	20,1%	482.556	20,4%	-6,6%
3 licencias	301.343	11,7%	275.759	11,7%	-8,5%
4 licencias	194.524	7,6%	176.172	7,5%	-9,4%
5 licencias	133.496	5,2%	118.971	5,0%	-10,9%
6 licencias	98.185	3,8%	85.122	3,6%	-13,3%
7 licencias	71.814	2,8%	60.280	2,6%	-16,1%
8 licencias	53.120	2,1%	43.627	1,8%	-17,9%
9 o más licencias	168.903	6,6%	130.976	5,5%	-22,5%

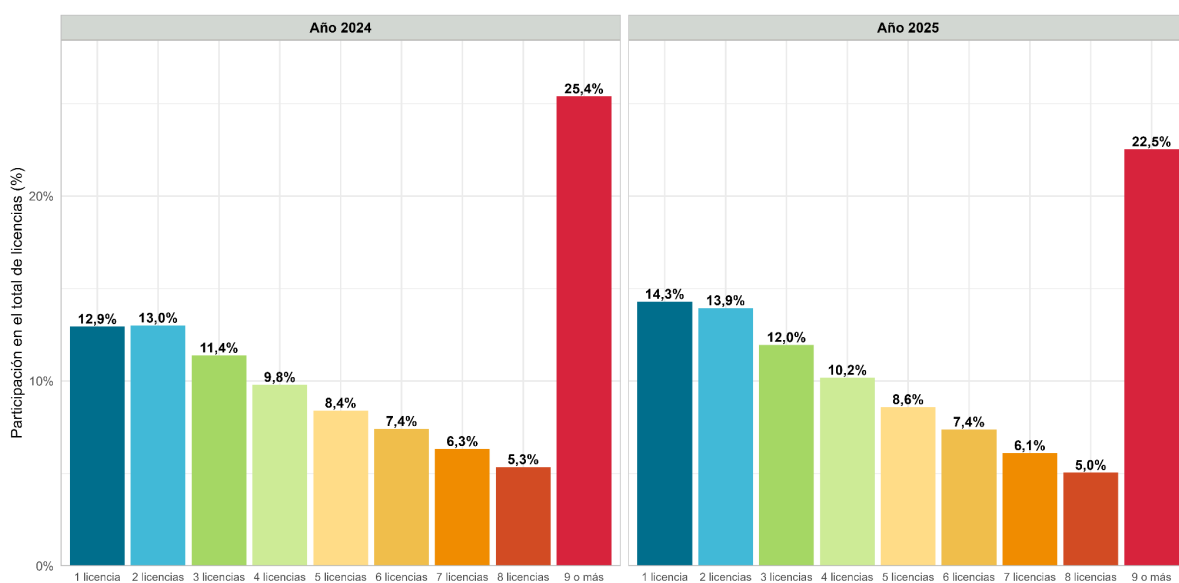
Total	2.566.421	100%	2.362.394	100%	-7,9%
--------------	------------------	-------------	------------------	-------------	--------------

Fuente: SUSESO, Panel de Monitoreo de LME al 17 de enero de 2026.

Al observar los tramos específicos, se aprecia que la disminución es progresiva: a mayor número de licencias en el año, mayor es la caída porcentual en el número de personas. Los descensos más pronunciados se concentran en los grupos de alta frecuencia, destacando una baja del -22,5% en quienes utilizaron nueve o más licencias. Por el contrario, las personas con baja frecuencia de uso (1 o 2 licencias) presentan reducciones más acotadas, aumentando su peso relativo dentro del total.

Esta asimetría en la distribución, donde la gran mayoría utiliza el sistema de forma puntual mientras un grupo reducido concentra una alta cantidad de licencias, se aprecia con claridad en el siguiente gráfico.

Gráfico 4: Participación del total de licencias médicas según tramo de frecuencia anual de la persona trabajadora. Años 2024 y 2025.



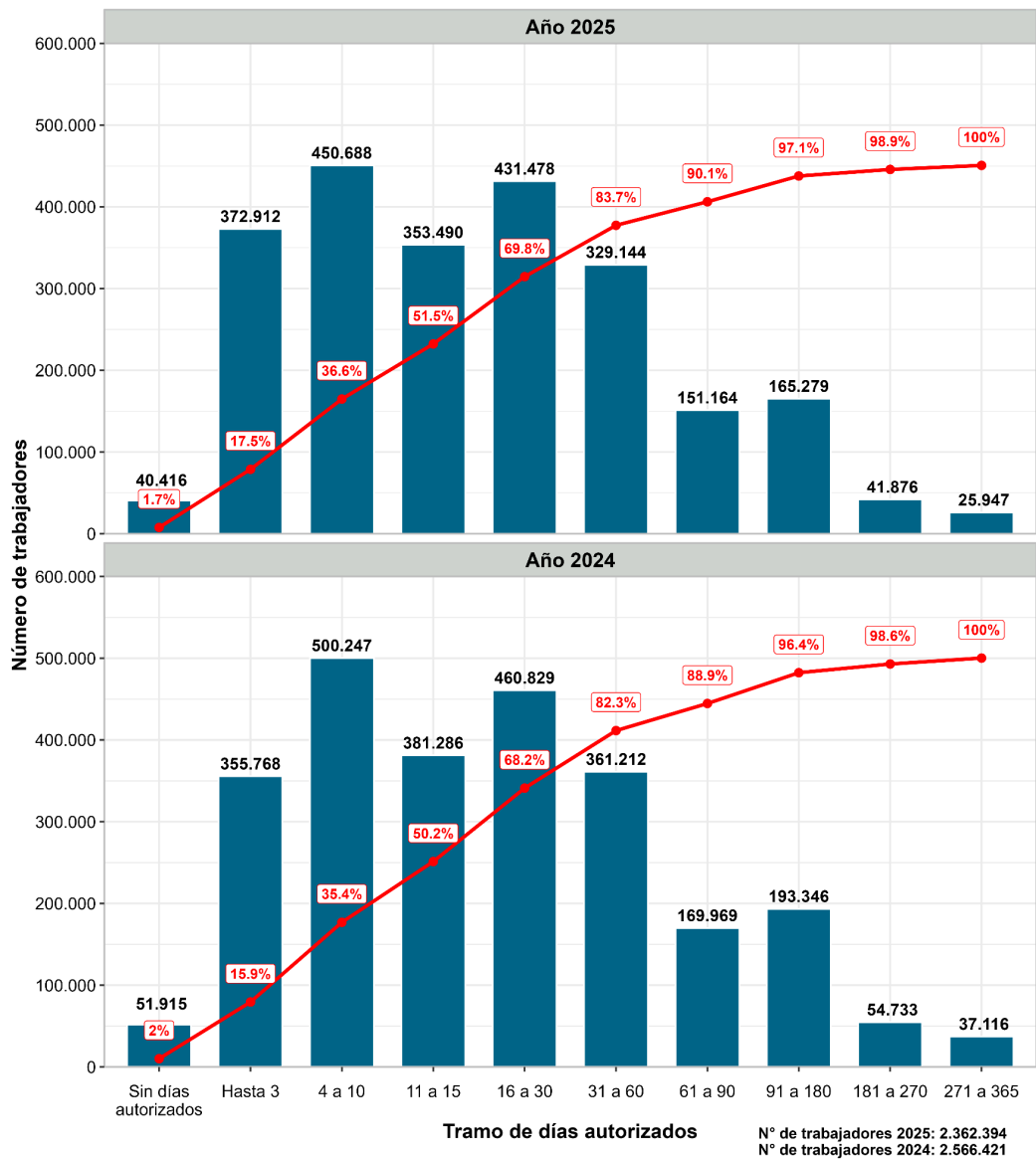
Fuente: SUSESO, Panel de Monitoreo de LME al 17 de enero de 2026.

El gráfico muestra que el uso del sistema es altamente concentrado. En ambos años, el tramo de nueve o más licencias médicas, que agrupó el 6,6% del total de personas trabajadoras en 2024 y 5,5% en 2025, concentró cerca de una cuarta parte del total de licencias emitidas (25,4% en 2024 y 22,5% en 2025), pese a representar una proporción menor del total de personas trabajadoras que utilizaron licencias.

En contraste, los tramos de menor frecuencia agrupan a una mayor cantidad de personas, pero explican una fracción individualmente más reducida del volumen total de licencias.

Con respecto a los días, en el siguiente gráfico se presenta el número de días de licencia médica autorizados acumulados por cada trabajador y trabajadora durante cada año.

Gráfico 5: Distribución de personas trabajadoras según días de licencia médica autorizados y porcentaje acumulado. Años 2024-2025.



Fuente: SUSESO, Panel de Monitoreo de LME al 17 de enero de 2026.

Nota: En este gráfico se consideran todas las personas que registraron al menos una licencia médica emitida en el año, incluyendo aquellas cuyas licencias fueron rechazadas o reducidas a 0 días autorizados. Estas últimas se incorporan en la categoría “Sin días autorizados”. Su inclusión permite mantener constante el número total de trabajadores con licencias médicas y no altera de manera relevante la forma general de la distribución de los días autorizados.

Esta forma de distribución de los gráficos sugiere que, para la mayoría de las y los trabajadores, el uso del sistema se asocia a tiempos de reposo acotados, mientras que los reposos de mayor duración se concentran en un grupo reducido de personas.

En 2025 se observa una reducción en la proporción de personas con usos prolongados del sistema, particularmente en los tramos superiores a 180 días, los que representaron un

2,9% en 2025, frente a un 3,6% en 2024, lo que contribuye a una menor concentración de días en la cola derecha de la distribución.

La comparación entre 2024 y 2025 muestra no sólo una disminución en el número total de personas que registraron días de licencia médica autorizados, sino también un cambio en la distribución de la intensidad de uso, caracterizado por una mayor concentración en tramos de menor duración y una reducción en la proporción de personas con usos prolongados del sistema.

Por otra parte, al analizar la intensidad de uso por según principales grupos de diagnósticos, se observa que los trastornos mentales y del comportamiento constituyen el principal grupo diagnóstico entre las personas trabajadoras que utilizan licencias médicas. Un 34,3% de quienes utilizaron licencia médica lo hizo por esta causa, superando a patologías de alta prevalencia estacional como las enfermedades respiratorias (28,5%) y las enfermedades musculoesqueléticas (24,5%).

Cuadro 16: Distribución de personas trabajadoras que utilizaron licencias médicas, según principales grupos de diagnósticos por año.

Principales grupos de diagnósticos	Año 2024		Año 2025		Variación % 2025-2024
	N° trabajadores/as	Distribución	N° trabajadores/as	Distribución	
Trastornos mentales y del comportamiento	918.999	35,8%	810.629	34,3%	-11,8%
Musculoesqueléticas	649.623	25,3%	579.729	24,5%	-10,8%
Respiratorias	820.659	32,0%	674.383	28,5%	-17,8%
Traumatismos	289.677	11,3%	278.010	11,8%	-4,0%
Digestivas	278.576	10,9%	262.588	11,1%	-5,7%
Infecciosas y parasitarias	319.223	12,4%	312.385	13,2%	-2,1%
Sist. Nervioso	137.957	5,4%	128.624	5,4%	-6,8%
Otros	617.254	24,1%	576.153	24,4%	-6,7%
Total	2.566.421	100%	2.362.394	100%	-7,9%

Fuente: SUSESO, Panel de Monitoreo de LME al 17 de enero de 2026.

La evolución interanual, muestra que la caída del número de personas usuarias estuvo fuertemente impulsada por el retroceso de las enfermedades respiratorias, las cuales registraron una pronunciada disminución del 17,8%. Si bien los trastornos mentales y las afecciones musculoesqueléticas también experimentaron caídas (-11,8% y -10,8%, respectivamente), lo hicieron a un ritmo menor. Esta dinámica explica por qué la salud mental no solo mantuvo su liderazgo, sino que consolidó su peso relativo frente a los cuadros de carácter estacional.

Este resultado es relevante, ya que indica que la alta participación de las licencias médicas por trastornos mentales y del comportamiento en el total del sistema se explica principalmente por el elevado número de personas trabajadoras que utilizan al menos una licencia asociada a este diagnóstico, más que por un uso concentrado en un grupo reducido de casos con frecuencias excepcionalmente altas. En efecto, se trata del grupo diagnóstico que reúne al mayor número de personas usuarias dentro del sistema.

Para profundizar en este resultado, el siguiente cuadro presenta las medidas de tendencia central y dispersión por grupo diagnóstico, tanto por licencias como por días autorizados.

Cuadro 17: Medidas de tendencia central y dispersión del número de licencias médicas ajustadas y días autorizados utilizadas por persona trabajadora según grupos de diagnósticos y año.

Principales grupos de diagnósticos	Licencias por persona						Días autorizados por persona					
	Año 2024			Año 2025			Año 2024			Año 2025		
	Prom	p50	p90	Prom	p50	p90	Prom	p50	p90	Prom	p50	p90
Trastornos mentales y del comportamiento	2,8	2	6	2,6	2	6	46,9	30	111	42,4	29	97
Musculoesqueléticas	2,1	1	4	2,1	1	4	29,0	12	66	27,5	11	64
Respiratorias	1,5	1	3	1,5	1	3	6,2	5	12	5,7	4	11
Traumatismos	1,8	1	4	1,8	1	4	31,3	14	83	31,1	14	85
Digestivas	1,4	1	2	1,3	1	2	11,2	5	28	11,3	5	28
Infecciosas y parasitarias	1,4	1	2	1,3	1	2	4,4	3	8	4,1	3	7
Sist. Nervioso	1,8	1	3	1,8	1	3	24,5	7	60	22,9	7	60
Otros	1,9	1	4	1,8	1	4	27,4	11	60	27,2	11	60
Total	3,1	2	7	2,9	2	6	38,1	15	99	35,3	15	90

Fuente: SUSESO, Panel de Monitoreo de LME al 17 de enero de 2026.

Nota: Prom: promedio, p50: percentil 50 o mediana y p90:percentil 90.

Se observa del cuadro anterior que entre ambos años existe estabilidad en los niveles de intensidad por diagnóstico, manteniéndose comportamientos similares en las distintas medidas de licencias y días autorizados por persona trabajadora.

El analizar de licencias según principales diagnósticos evidencia que en las enfermedades de carácter agudo, como las respiratorias, las digestivas y las infecciosas y parasitarias, la mediana se sitúa en una licencia médica por persona, y el 90% de las personas trabajadoras se concentra en un máximo de dos o tres licencias anuales. Esto da cuenta de un uso del sistema asociado, mayoritariamente, a episodios transitorios de rápida resolución.

El contraste surge en los diagnósticos de mayor duración. Si bien los trastornos mentales y del comportamiento siguen liderando la intensidad de uso con una mediana de 2 licencias anuales, son también el grupo que registra la caída más importante en términos de días autorizados:

- Reducción en casos complejos: Mientras que en 2024 el 10% de las personas trabajadoras con patologías mentales (P90) alcanzaba los 111 días de reposo, en 2025 esa cifra bajó a 97 días. Esta diferencia de 14 días menos representa la mayor contracción observada en cualquier grupo de diagnóstico.
- Ajuste del promedio: El promedio de días por persona en salud mental descendió de 46,9 a 42,4. Esta disminución de 4,5 días promedio es la que empuja a la baja el gasto total en SIL mencionado anteriormente.

Cabe destacar que, para trastornos mentales y del comportamiento este fenómeno es consistente con las orientaciones clínicas vigentes, que contemplan reposos de mayor duración y evaluaciones sucesivas, las que pueden materializarse en más de una licencia médica para un mismo cuadro clínico, conforme a lo establecido en el Decreto Supremo N°7, de 2013, del Ministerio de Salud⁷.

A continuación se presenta el análisis de intensidad de uso según tramo de edad de la persona trabajadora.

Cuadro 18: Número de personas trabajadoras que hicieron uso de licencias por tramo etario y año.

Tramo de edad	Año 2024		Año 2025		Variación % 2025-2024
	N° trabajadores/as	Distribución	N° trabajadores/as	Distribución	
19 y menos	18.607	0,7%	16.617	0,7%	-10,7%
20 a 24	163.239	6,4%	140.049	5,9%	-14,2%
25 a 34	765.781	29,8%	673.626	28,5%	-12,0%
35 a 44	692.445	27,0%	653.529	27,7%	-5,6%
45 a 54	476.578	18,6%	448.018	19,0%	-6,0%
55 a 64	347.187	13,5%	327.585	13,9%	-5,6%
65 y más	102.584	4,0%	102.970	4,4%	0,4%
Total	2.566.421	100%	2.362.394	100,0%	-7,9%

Fuente: SUSESO, Panel de Monitoreo de LME al 17 de enero de 2026

Se observa que la disminución total de personas usuarias (-7,9%) no afectó por igual a todos los grupos. La reducción fue más intensa en los tramos de trabajadoras y trabajadores jóvenes, especialmente en 20 a 24 años (-14,2%) y 25 a 34 años (-12,0%).

En los tramos intermedios (35 a 64 años), la caída fue más moderada, en torno al -5% y -6%, lo que muestra un ajuste menos pronunciado en estas edades.

El grupo de 65 años y más presenta un comportamiento distinto: fue el único tramo que no disminuyó, registrando un leve aumento de 0,4%. Este resultado indica que, mientras el uso del sistema se redujo en casi todos los tramos etarios, en las edades más avanzadas se mantuvo estable. Este resultado podría estar asociado a una mayor prevalencia de condiciones de salud que requieren reposo médico en edades avanzadas.

En el siguiente cuadro se presentan las medidas de tendencia central y de dispersión del número de licencias médicas y días autorizados utilizados por persona trabajadora según tramo de edad en cada año.

⁷ Decreto N°7, de 2013, del Ministerio de Salud, que aprueba el reglamento sobre guías clínicas referenciales relativas a los exámenes, informes y antecedentes que deben respaldar la emisión de licencias médicas.

Cuadro 19: Medidas de tendencia central y dispersión del número de licencias médicas ajustadas y días autorizados por persona según tramo de edad y año.

Tramo de edad	Licencias por persona						Días autorizados por persona					
	Año 2024			Año 2025			Año 2024			Año 2025		
	Prom	p50	p90	Prom	p50	p90	Prom	p50	p90	Prom	p50	p90
19 y menos	1,7	1	3	1,7	1	3	16,1	7	36	15,8	7	37
20 a 24	2,4	2	5	2,3	1	5	26,3	12	68	25,0	11	64
25 a 34	3,0	2	7	2,8	2	6	32,8	15	90	30,5	15	82
35 a 44	3,2	2	7	3,0	2	7	36,8	16	95	33,5	15	89
45 a 54	3,1	2	7	3,0	2	7	40,5	17	105	37,4	15	94
55 a 64	3,3	2	8	3,1	2	7	49,2	20	136	45,6	19	122
65 y más	3,5	2	8	3,3	2	8	59,0	26	176	54,2	23	153
Total	3,1	2	7	2,9	2	6	38,1	15	99	35,3	15	90

Fuente: SUSESO, Panel de Monitoreo de LME al 17 de enero de 2026

Nota: Prom: promedio, p50: percentil 50 o mediana y p90:percentil 90.

Se observa en el cuadro anterior que para las licencias por persona como en los días autorizados, el promedio y los distintos percentiles considerados aumentan a medida que avanza la edad de las y los trabajadores.

En particular, para el año 2025, las licencias promedio pasan de 1,7 licencias en el grupo de 19 años y menos a 3,3 en el tramo de 65 y más. Desde los 25 años en adelante, la mediana se mantiene en 2, lo que indica que al menos la mitad de las personas trabajadoras utilizan hasta 2 licencias al año en esos grupos. La diferencia se aprecia con mayor claridad en los percentiles superiores. En el tramo de 55 a 64 años, el 90% utilizó hasta 7 licencias en el año; en 65 y más, hasta 8. Esto muestra que en las edades mayores se concentran con mayor frecuencia los casos que requieren múltiples licencias en el año, lo que es coherente con una mayor probabilidad de enfrentar problemas de salud y de requerir tratamientos más prolongados o recurrentes.

Respecto a los días autorizados, se observa que en 2025, el promedio de días por persona pasa de 15,8 días en el tramo de 19 años y menos a 54,2 días en el tramo de 65 años y más, mientras que la mediana se incrementa de 7 a 23 días entre estos mismos grupos etarios.

Sin embargo, entre 2024 y 2025 se logró reducir el tiempo total de días de reposo promedio en todos los grupos. Esta baja fue especialmente notoria en los casos de larga duración (p90) del tramo de 65 y más, donde el valor cayó de 176 a 153 días (una disminución de 23 días). En contraste, los tramos menores de 24 años no presentaron variaciones relevantes, manteniendo cifras prácticamente iguales al año anterior.

A continuación se analiza la intensidad de uso del sistema según el tipo de trabajador/a. Para la correcta lectura de estos datos, es necesario considerar la distinción normativa en el mecanismo de pago expuesta en el capítulo anterior: la aplicación del periodo de carencia (no pago de los primeros tres días) para licencias inferiores a 11 días en el sector privado e independiente, versus la continuidad de la remuneración desde el primer día que rige para el sector público. Estas diferencias normativas pueden incidir tanto en incentivar el uso de licencias de corta duración como en la extensión del reposo prescrito, constituyendo un factor relevante para interpretar las variaciones observadas entre sectores.

El siguiente cuadro presenta la evolución del número de personas que utilizaron licencias médicas entre 2024 y 2025 según tipo de trabajador/a.

Cuadro 20: Número de personas trabajadoras que hicieron uso de licencias según tipo de trabajador y año.

Tipo trabajador/a	Año 2024		Año 2025		Variación % 2025-2024
	N° trabajadores/as	Distribución	N° trabajadores/as	Distribución	
Sector privado	1.781.019	69,4%	1.635.249	69,2%	-8,2%
Sector público	662.208	25,8%	621.527	26,3%	-6,1%
Independiente	19.377	0,8%	20.276	0,9%	4,6%
Sin información	103.817	4,0%	85.342	3,6%	-17,8%
Total	2.566.421	100%	2.362.394	100%	-7,9%

Fuente: SUSESO, Panel de Monitoreo de LME al 17 de enero de 2026

Nota: Para la clasificación del tipo de trabajador/a se utiliza el campo RUT de la entidad empleadora que se registra en la licencia médica. Cuando este es nulo, se asigna sin información; si coincide con el RUN del trabajador/a, se clasifica como independiente; cuando la calidad del trabajador/a informada en la LME corresponde a "Trabajador/a del sector público afecto, o no, a la Ley N° 18.834" y la entidad empleadora figura en los registros de instituciones públicas proporcionados por la Contraloría General de la República y el Servicio de Impuestos Internos, se clasifica como público; y en los demás casos, como privado.

Se observa que, el sector privado, que concentra cerca del 70% de las personas usuarias, registró una disminución de -8,2%, equivalente a casi 145 mil personas menos respecto al año anterior. El sector público, también mostró una disminución, aunque más moderada del -6,1%. En contraste, las personas trabajadoras independientes aumentaron en +4,6%. No obstante, su participación sigue siendo baja, representando menos del 1% del total de personas usuarias.

El siguiente cuadro profundiza en la frecuencia de uso del sistema según tipo de trabajador/a.

Cuadro 21: Medidas de tendencia central y dispersión del número de licencias médicas ajustadas y días autorizados por persona según tipo de trabajador/a y año.

Tipo trabajador/a	Licencias por persona						Días autorizados por persona					
	Año 2024			Año 2025			Año 2024			Año 2025		
	Prom	p50	p90	Prom	p50	p90	Prom	p50	p90	Prom	p50	p90
Sector privado	2,8	2	6	2,7	2	6	39,0	15	102	37,1	15	95
Sector público	4,1	3	9	3,7	3	8	36,3	17	95	31,5	15	82
Independiente	2,4	1	5	2,2	1	5	39,8	21	95	38,7	21	90
Sin información	2,4	1	5	2,3	1	5	32,7	11	90	28,6	11	78
Total	3,1	2	7	2,9	2	6	38,1	15	99	35,3	15	90

Fuente: SUSESO, Panel de Monitoreo de LME al 17 de enero de 2026

Notas:

(1) Para la clasificación del tipo de trabajador/a se utiliza el campo RUT de la entidad empleadora que se registra en la licencia médica. Cuando este es nulo, se asigna sin información; si coincide con el RUN del trabajador/a, se clasifica como independiente; cuando la calidad del trabajador/a informada en la LME corresponde a "Trabajador/a del sector público afecto, o no, a la Ley N° 18.834" y la entidad empleadora figura en los registros de instituciones públicas proporcionados por la Contraloría General de la República y el Servicio de Impuestos Internos, se clasifica como público; y en los demás casos, como privado.

(2) Prom: promedio, p50: percentil 50 o mediana y p90:percentil 90.

Al analizar la frecuencia de licencias por personas, el sector público presenta valores más altos: en 2025 la mediana es de 3 licencias por persona, frente a 2 del sector privado, y el percentil 90 alcanza 8 licencias, por sobre las 6 observadas en el sector privado. Esto indica que, en términos de número de eventos, el uso es más reiterado en el sector público.

Sin embargo, al examinar los días autorizados, la diferencia no se encuentra en la duración típica del reposo, ya que la mediana es similar entre ambos sectores (15 días en 2025). La brecha aparece en los tramos superiores de la distribución. En el percentil 90, el sector privado alcanza 95 días autorizados, mientras que el sector público se sitúa en 82 días.

Además, es importante destacar que el sector público registró la mayor baja en la intensidad de uso por días. Entre 2024 y 2025, los casos de larga duración (p90) en este sector redujeron su tiempo de reposo de 95 a 82 días (una caída de 13 días), mientras que en el sector privado la baja fue de 7 días.

Esto muestra que el sector público presenta mayor frecuencia de licencias por persona, mientras que en el sector privado se concentran con mayor intensidad los reposos de mayor duración. La diferencia, por tanto, no está en el uso habitual del sistema, sino en los casos de mayor extensión del reposo.

Finalmente, el siguiente cuadro muestra la evolución del número de personas usuarias según actividad económica.

Cuadro 22: Número de personas trabajadoras que hicieron uso de licencias según actividad económica de la entidad empleadora y año.

Actividad económica	Año 2024		Año 2025		Variación % 2025-2024
	N° trabajadores/as	Distribución	N° trabajadores/as	Distribución	
Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	84.093	3,3%	77.091	3,3%	-8,3%
Comercio y Hoteles	446.130	17,4%	412.781	17,5%	-7,5%
Construcción	160.539	6,3%	147.654	6,3%	-8,0%
Explotación de minas y canteras	34.477	1,3%	31.618	1,3%	-8,3%
Industrias manufactureras	179.234	7,0%	161.117	6,8%	-10,1%
Servicios	1.279.734	49,9%	1.193.658	50,5%	-6,7%
Suministro de electricidad, gas y agua	19.715	0,8%	19.049	0,8%	-3,4%
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	164.750	6,4%	150.175	6,4%	-8,8%
Sin información	197.749	7,7%	169.251	7,2%	-14,4%
Total	2.566.421	100%	2.362.394	100%	-7,9%

Fuente: SUSESO, Panel de Monitoreo de LME al 17 de enero de 2026 y GRIS Mutuales al 30 de enero 2026.
Nota: la actividad económica corresponde al giro principal declarado por la entidad empleadora. Cabe precisar que las funciones de las personas trabajadoras no coinciden necesariamente con dicho giro; por ejemplo, en el sector de minería, las licencias pueden pertenecer tanto a personal operativo en faena como a personal administrativo.

La disminución observada entre 2024 y 2025 es transversal a todos los sectores. No se identifica un rubro específico que explique por sí solo la caída del sistema. El sector servicios continúa concentrando la mayor proporción de personas usuarias (50,5%) y registra una reducción de -6,7%, cercana al promedio general (-7,9%).

El siguiente cuadro profundiza en la intensidad de uso según actividad económica, con un nivel mayor de desagregación de las actividades.

Cuadro 23: Medidas de tendencia central y dispersión del número de licencias médicas ajustadas y días autorizados por persona según actividad económica desagregada y año.

Actividad económica	Licencias por persona						Días autorizados por persona					
	Año 2024			Año 2025			Año 2024			Año 2025		
	Prom	p50	p90	Prom	p50	p90	Prom	p50	p90	Prom	p50	p90
Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	2,6	2	6	2,5	2	5	42,8	18	112	40,3	17	104
Actividades de alojamiento y de servicio de comidas	2,9	2	6	2,8	2	6	39,2	17	101	37,3	17	96
Comercio al por mayor y al por menor	2,9	2	7	2,8	2	6	40,3	17	106	37,9	16	98
Construcción	2,5	2	5	2,4	1	5	39,8	18	99	37,7	17	91
Explotación de minas y canteras	2,5	2	5	2,5	2	5	31,9	13	84	31,2	14	81
Industrias manufactureras	2,8	2	6	2,6	2	6	38,5	15	101	37,0	15	95
Actividades artísticas, de entretenimiento y recreativas	2,6	2	6	2,5	2	5	33,2	14	90	32,1	14	86
Actividades de atención de la salud humana y de asistencia social	3,8	3	8	3,5	2	8	37,4	17	97	33,5	15	89
Actividades de los hogares como empleadores	2,6	2	6	2,5	2	5	48,2	21	123	46,7	21	120
Actividades de organizaciones y órganos extraterritoriales	2,5	2	5	2,2	1	5	31,1	14	65,3	29,5	12	64
Actividades de servicios administrativos y de apoyo	2,8	2	6	2,7	2	6	39,2	16	102	37,6	15	97
Actividades financieras y de seguros	2,8	2	6	2,6	2	6	30,1	11	80	28,6	11	75
Actividades inmobiliarias	2,7	2	6	2,6	2	6	40,4	15	108	40,1	16	105
Actividades profesionales, científicas y técnicas	2,6	2	6	2,4	2	5	35,1	15	90	33,5	15	90
Administración pública y defensa	4,0	3	9	3,6	2	8	35,7	16	93	31,0	15	80
Enseñanza	3,3	2	7	3,2	2	7	34,8	15	94	30,9	14	83
Otras actividades de servicios	3,3	2	7	3,0	2	7	37,5	16	97	35,5	15	91
Suministro de electricidad, gas y agua	2,5	2	5	2,4	2	5	34,1	15	89	33,2	15	89
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	3,0	2	7	2,8	2	6	42,7	19	114	40,7	18	105
Sin información	3,1	2	7	2,9	2	7	37,9	15	100	34,4	15	90
Total	3,1	2	7	2,9	2	6	38,1	15	99	35,3	15	90

Fuente: SUSESO, Panel de Monitoreo de LME al 17 de enero de 2026 y GRIS Mutuales al 30 de enero 2026.

Notas:

(1) La actividad económica corresponde al giro principal declarado por la entidad empleadora. Cabe precisar que las funciones de las personas trabajadoras no coinciden necesariamente con dicho giro; por ejemplo, en el sector de minería, las licencias pueden pertenecer tanto a personal operativo en faena como a personal administrativo.

(2) Prom: promedio, p50: percentil 50 o mediana y p90:percentil 90.

(3) Las actividades en gris corresponden a la apertura de la actividad económica agrupada en Servicios.

Al analizar la frecuencia de licencias por persona, se observa una alta estabilidad en el comportamiento típico, la mediana se sitúa en 2 licencias anuales en prácticamente todos los rubros en el año 2025, lo que indica que el uso habitual del sistema es similar entre actividades económicas. Solo construcción y suministro de electricidad presentan una mediana de 1 licencia, reflejando un uso más acotado.

Las diferencias se observan en los tramos de mayor frecuencia. Mientras actividades como minería, industria manufacturera o comercio mantienen su percentil 90 entre 5 y 6 licencias,

rubros como administración pública y defensa, atención de la salud humana destacan por una mayor recurrencia, con promedios de 3,6 y 3,5 licencias por persona, respectivamente. En estos rubros, el 10% de las personas usuarias más frecuentes (P90) llega a utilizar hasta 8 licencias anuales. Sin embargo, en estos mismos rubros se registró la mayor caída en la duración de los reposos: en administración pública, los días autorizados cayeron de 93 a 80 días (13 días menos), y en salud disminuyó de 97 a 89 días (8 días menos), mostrando que, aunque son más frecuentes, las licencias han sido más breves en 2025.

En síntesis, el uso típico del sistema es bastante similar entre actividades económicas. No obstante, los casos de mayor duración no se distribuyen por igual, sino que se concentran en actividades específicas. Esto sugiere que existen factores asociados al tipo de actividad que podrían estar influyendo en la duración de los reposos.

2.5. Principales hallazgos y consideraciones para la supervisión

En conjunto, los resultados muestran que la reducción observada entre 2024 y 2025 no fue homogénea en todos los segmentos del sistema. Las variaciones se concentran principalmente en los tramos de mayor intensidad de uso, tanto en frecuencia como en duración, y presentan diferencias según tipo de trabajador/a, actividad económica y grupo diagnóstico.

Desde una perspectiva institucional, estos antecedentes no solo permiten caracterizar el comportamiento del sistema, sino que también constituyen insumos relevantes para fortalecer los procesos de supervisión y monitoreo, orientando el análisis hacia aquellos segmentos donde se concentra la mayor intensidad del uso del beneficio.

3. Profesionales emisores: caracterización y comportamiento

Tras analizar el uso del sistema desde la perspectiva de las personas trabajadoras, resulta necesario examinar el comportamiento de los profesionales médicos que emiten las licencias. La dinámica del sistema no depende únicamente de la demanda de reposo, sino también de los criterios de emisión aplicados por quienes prescriben las licencias.

Este capítulo presenta una caracterización estadística de las y los profesionales de la salud que emitieron licencias médicas electrónicas durante los años 2024 y 2025. El análisis considera a todos los profesionales que, al 17 de enero de 2026, registraban al menos una licencia con pronunciamiento, emitida en dichos años.

El universo de emisores asciende a 50.913 profesionales en 2024 y 51.818 en 2025. La composición por título profesional muestra que la emisión se concentra ampliamente en médicos cirujanos, quienes representan más del 90% del total en ambos años, mientras que la participación de cirujanos dentistas y matronas es significativamente menor.

3.1. Comportamiento de los profesionales emisores de Licencias Médicas

El análisis de la distribución de la emisión entre profesionales y la identificación de patrones atípicos adquieren especial relevancia para los procesos de supervisión. Comprender cómo se concentra la emisión y cómo evolucionan los niveles de intensidad por profesional constituye un insumo clave para orientar las acciones de fiscalización del sistema.

El siguiente cuadro muestra los principales indicadores de emisión de los profesionales.

Cuadro 24: Indicadores generales de emisión de licencias médicas por profesional emisor. Años 2024 y 2025.

Año	N° médicos	N° licencias	Promedio LME por médico	Mediana LME por médico	Días autorizados	Promedio días por médico	Mediana días por médico	Días promedio por licencia
2024	50.913	8.051.261	158	55	101.831.734	2.000	611	12,6
2025	51.818	7.016.470	135	49	86.354.424	1.666	525	12,3

Fuente: SUSESO, Panel de Monitoreo de LME al 17 de enero de 2026

La distribución de emisión por profesional es marcadamente asimétrica. En 2025, mientras el promedio anual de licencias por médico alcanza 135, la mediana se sitúa en 49. Una brecha similar se observa en los días autorizados (1.666 días promedio frente a 525 días de mediana). Esta diferencia evidencia que la mayor parte de las y los profesionales presentan niveles moderados de emisión, coexistiendo con un grupo reducido que concentra volúmenes significativamente mayores.

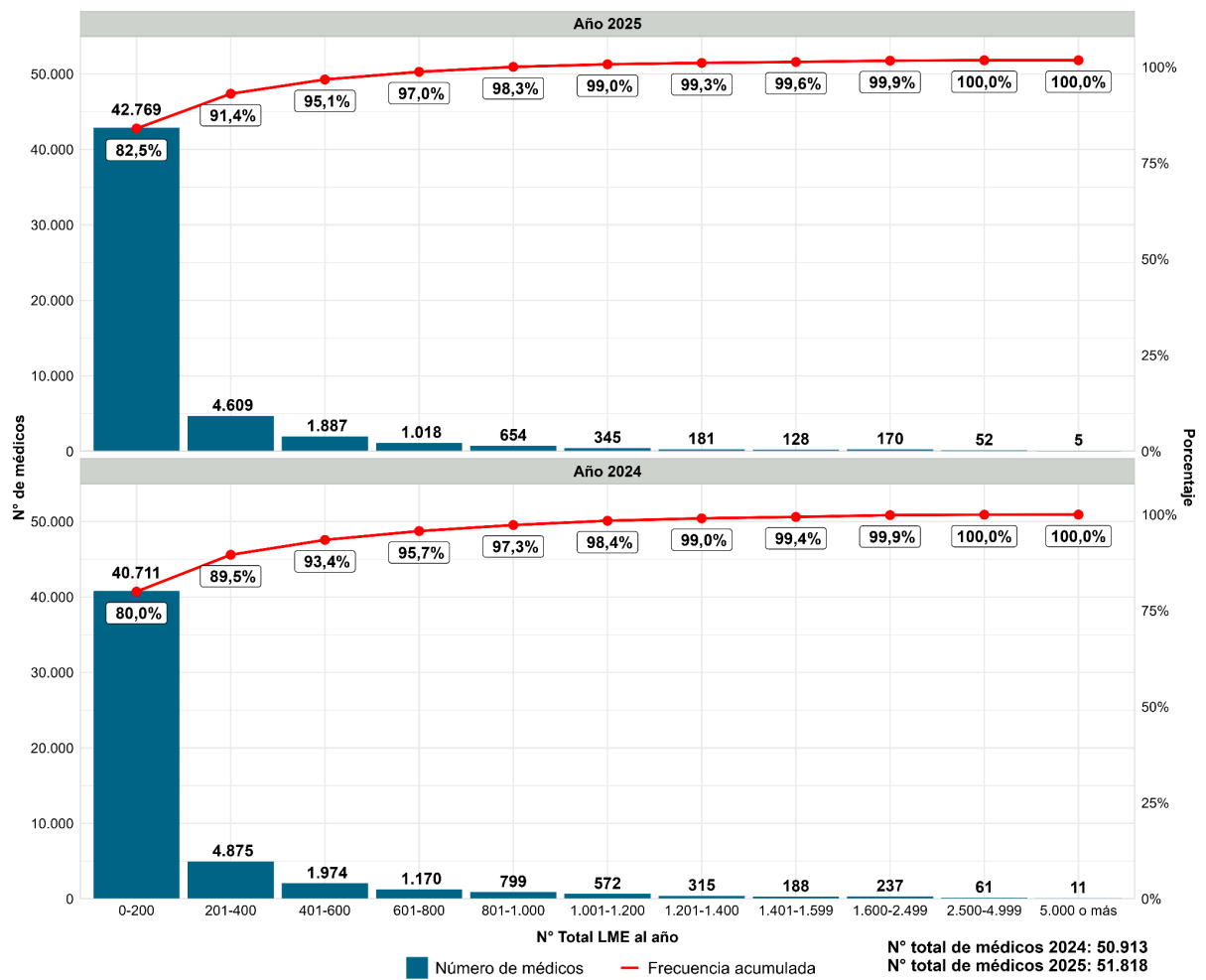
Un dato relevante es que la disminución de licencias entre 2024 y 2025 se dio en todos los niveles: bajó tanto el promedio como la mediana. Esto significa que el desplazamiento hacia menores niveles de emisión no se limita a casos extremos, sino que se observa también en el profesional promedio.

Casos con niveles de emisión atípicos

En el contexto del análisis cuantitativo y fiscalización de licencias médicas, se entiende por outlier un profesional cuyo nivel de emisión se aparta significativamente de la distribución general observada, considerando métricas robustas como la mediana. La identificación de estos casos tiene como finalidad priorizar acciones de revisión y control, sin que ello implique por sí mismo una presunción de irregularidad.

A modo de ejemplo, para el año 2025 se puede considerar como un comportamiento atípico a quien supera cuatro veces la emisión que realiza la mayoría (la mediana). Esto equivale a profesionales con más de 200 licencias o 2.000 días autorizados al año. Este criterio permite separar a quienes tienen una práctica habitual de aquellos que presentan niveles de emisión fuera de lo común.

Gráfico 6: Número de profesionales de la salud según tramo de número de LME emitidas y su frecuencia relativa acumulada. Años 2024-2025.



Fuente: SUSESO, Panel de Monitoreo de LME al 17 de enero de 2026

Se observa que la distribución de las LME por médico del año 2025 es muy similar a la observada en el año 2024. La mayoría de los médicos se concentran en el tramo más bajo (hasta 200 LME), representando alrededor del 80% de los médicos en ambos años (80,0% en 2024 y 82,5% en 2025). A su vez, se aprecia que aproximadamente el 90% de los médicos emite hasta 400 LME en ambos años.

Respecto a los tramos superiores de emisión, se aprecia que el 0,3% de los profesionales emitió entre 1.600 y 2.499 LME al año (170 profesionales) en 2025, cifra que para el año 2024 fue de 0,5% (237 profesionales); el 0,1% emitió entre 2.500 y 4.999 LME al año (52 profesionales) en 2025, cifra que para el año 2024 fue de 0,1% (61 profesionales); y el 0,01% de los profesionales emitió más de 5.000 LME durante el año 2025 (5 profesionales), cifra inferior al 0,02% registrado en 2024 (11 profesionales).

Finalmente, la distribución es marcadamente asimétrica hacia la derecha en ambos años, lo que indica que una fracción relativamente pequeña de profesionales concentra volúmenes elevados de emisión, coexistiendo con una mayoría que presenta niveles moderados.

Cuadro 25: Percentiles de emisión de licencias médicas y días autorizados por profesional, 2024–2025

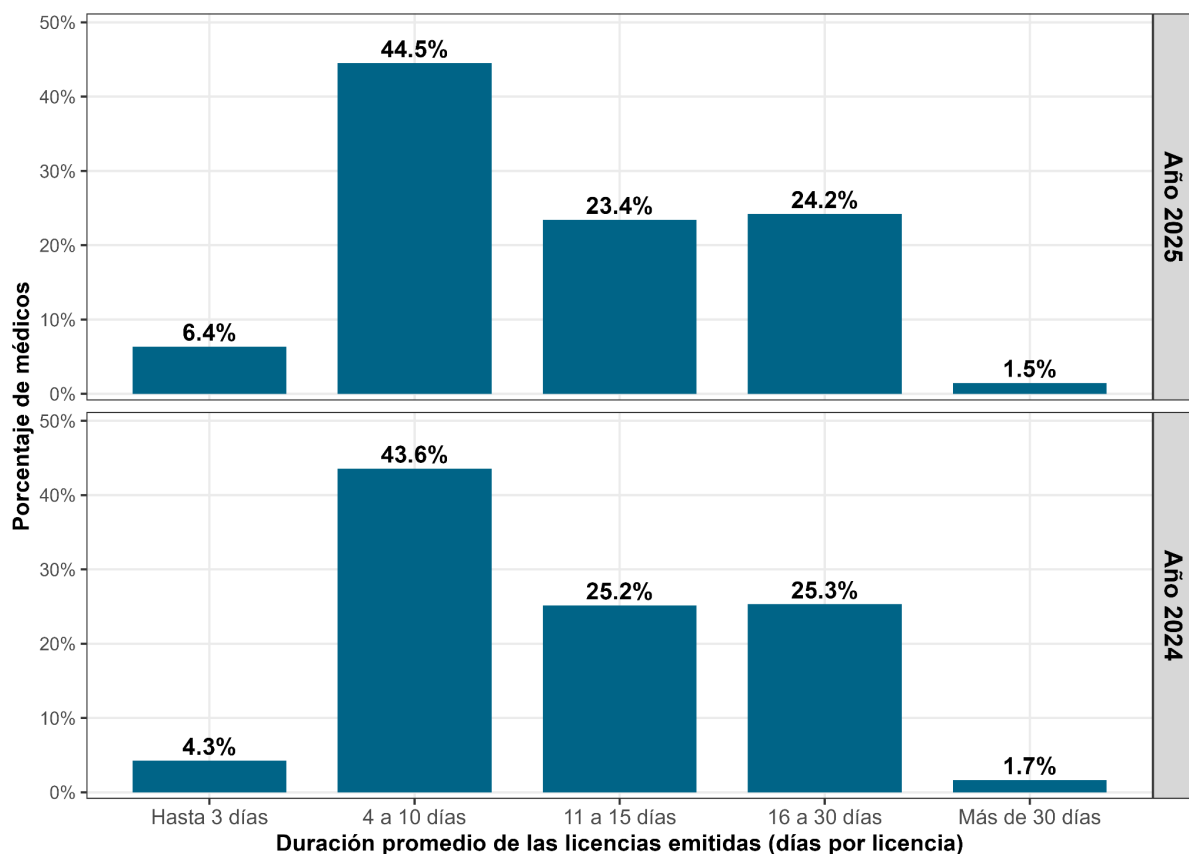
Percentiles	2024		2025	
	Licencias	Días autorizados	Licencias	Días autorizados
p50	55	611	49	525
p75	156	1.896	135	1.565
p90	420	4.881	349	3.869
p95	734	8.556	593	6.884
p99	1.389	21.281	1.215	18.223
Máximo	11.062	219.676	7.300	141.009

Fuente: SUSESO, Panel de Monitoreo de LME al 17 de enero de 2026

Nota: Prom: promedio, p50: percentil 50 o mediana, p75: percentil 75, p90:percentil 90, p95:percentil 95 y p99:percentil 99.

En 2025, el 50% de los profesionales emitió hasta 49 licencias anuales, mientras que el 10% superior superó las 349 licencias y el 1% superior excedió las 1.215 licencias anuales. El máximo observado (7.300 licencias) se ubica muy por encima incluso del percentil 99, evidenciando una cola derecha pronunciada en la distribución. Un comportamiento similar se observa en los días autorizados.

El siguiente gráfico muestra la distribución de profesionales médicos según la duración promedio de las licencias emitidas.

Gráfico 7: Distribución de profesionales médicos según duración promedio de las licencias emitidas. Años 2024-2025.

Fuente: SUSESO, Panel de Monitoreo de LME al 17 de enero de 2026

En 2025 se observa un leve desplazamiento hacia tramos de menor duración promedio. La proporción de médicos cuya duración promedio se ubica hasta 10 días aumenta respecto de 2024, mientras que disminuye la participación relativa de los tramos intermedios (11 a 30 días).

Este comportamiento es consistente con la reducción observada tanto en la mediana como en el promedio de días autorizados por profesional y por licencia. No obstante, la estructura general de la distribución se mantiene relativamente estable entre ambos años.

3.2. Emisión promedio según principales características

El siguiente cuadro presenta la distribución de profesionales emisores y el volumen de licencias emitidas según sexo.

Cuadro 26: Distribución de profesionales médicos emisores y licencias médicas emitidas según sexo. Años 2024 y 2025.

Sexo del profesional médico	Año 2024					Año 2025				
	N° médicos	N° LME	Prom	p50	p90	N° médicos	N° LME	Prom	p50	p90
Mujer	22.001	2.794.508	127	40	320	22.387	2.431.917	109	37	268
Hombre	28.851	5.201.904	180	68	485	29.384	4.564.506	155	61	407
Sin información	61	54.849	899	403	2.240	47	20.047	427	197	994
Total	50.913	8.051.261	158	55	420	51.818	7.016.470	135	49	349

Fuente: SUSESO, Panel de Monitoreo de LME al 17 de enero de 2026

Notas:

- (1) Los registros sin información corresponden a rut provisorios.
(2) Prom: promedio, p50: percentil 50 o mediana y p90:percentil 90.

El análisis de la distribución de emisión por profesional muestra una alta concentración del sistema. En 2025, la mediana de licencias emitidas fue de 49 por médico, mientras que el percentil 90 alcanzó 349, lo que evidencia que una fracción acotada de profesionales concentra un volumen significativamente mayor de emisión.

Asimismo, se observa una reducción transversal en los niveles de intensidad entre 2024 y 2025, tanto en el promedio como en los tramos superiores de la distribución, lo que indica que la disminución del sistema también se manifiesta en los niveles más altos de emisión.

Cuadro 27: Distribución de profesionales médicos emisores y licencias médicas emitidas según nacionalidad. Año 2024 y 2025.

Nacionalidad	Año 2024					Año 2025				
	N° médicos	N° LME	Prom	p50	p90	N° médicos	N° LME	Prom	p50	p90
Chilena	39.140	5.301.459	135	48	346	39.895	4.795.307	120	45	301
Extranjera	11.712	2.694.953	230	83	671	11.602	2.187.754	189	70	506
Sin información	61	54.849	899	403	2.240	321	33.409	104	31	184
Total	50.913	8.051.261	158	55	420	51.818	7.016.470	135	49	349

Fuente: SUSESO, Panel de Monitoreo de LME al 17 de enero de 2026

Notas:

- (1) Los registros sin información corresponden a rut provisorios.
 (2) Prom: promedio, p50: percentil 50 o mediana y p90:percentil 90.

Se observan diferencias en la intensidad de emisión según nacionalidad, con mayores niveles en el caso de profesionales extranjeros a lo largo de la distribución. Sin embargo, la reducción registrada entre 2024 y 2025 es transversal a ambos grupos.

Cuadro 28: Distribución de profesionales médicos emisores y licencias médicas emitidas según grupos de especialidades. Año 2024 y 2025.

Grupo de especialidad	Año 2024					Año 2025				
	N° médicos	N° LME	Prom	p50	p90	N° médicos	N° LME	Prom	p50	p90
Diagnóstico y apoyo clínico	181	11.391	63	12	74	172	9.878	57	11	86
Especialidades médicas	5.739	304.663	53	18	121	5.394	255.809	47	18	111
Especialidades quirúrgicas	9.663	1.336.072	138	65	354	9.546	1.238.523	130	65	322
Medicina general y familiar	1.145	229.934	201	88	546	1.127	175.549	156	77	376
Odontología	1.382	19.059	14	7	31	1.427	19.032	13	7	32
Salud mental	2.956	650.999	220	102	591	2.915	546.769	188	90	491
Urgencia e intensiva	677	62.881	93	47	182	666	59.149	89	45	179
Otras especialidades	1.338	149.576	112	41	248	1.304	129.029	99	40	219
Sin especialidad	27.816	5.284.278	190	67	530	29.266	4.582.728	157	55	420
Sin información	16	2.408	151	39	369	1	4	4	4	4
Total	50.913	8.051.261	158	55	420	51.818	7.016.470	135	49	349

Fuente: SUSESO, Panel de Monitoreo de LME al 17 de enero de 2026

Nota: Prom: promedio, p50: percentil 50 o mediana y p90:percentil 90.

El análisis por especialidad evidencia diferencias significativas en la intensidad de emisión. En 2025, los mayores niveles se observan en salud mental, medicina general y familiar y en el grupo sin especialidad registrada (medicina general), tanto en el promedio como en la mediana y en los tramos superiores de la distribución.

En particular, el percentil 90 alcanza 491 licencias en salud mental y 420 en el grupo sin especialidad, lo que refleja una alta concentración de emisión en un subconjunto de profesionales dentro de estas áreas.

A continuación, se presenta la emisión de licencias médicas por grupo de diagnóstico. Cabe señalar que los profesionales médicos pueden emitir licencias asociadas a distintos diagnósticos a lo largo del año, en el contexto de atenciones de diversa naturaleza. En este sentido, el análisis considera que un mismo profesional puede emitir licencias asociadas a más de un grupo diagnóstico, por lo que los promedios presentados deben interpretarse de manera independiente para cada diagnóstico.

Cuadro 29: Distribución de profesionales médicos emisores y licencias médicas emitidas según grupos de diagnósticos. Año 2024 y 2025.

Principales grupos de diagnósticos	Año 2024					Año 2025				
	N° médicos	N° LME	Prom	p50	p90	N° médicos	N° LME	Prom	p50	p90
Trastornos mentales y del comportamiento	28.896	2.623.152	91	16	209	28.115	2.170.209	77	14	162
Musculoesqueléticas	31.541	1.402.195	44	12	116	30.942	1.224.814	40	11	102
Respiratorias	33.183	1.238.395	37	8	92	31.216	1.001.100	32	8	83
Traumatismos	29.318	541.023	18	6	37	29.567	521.841	18	6	35
Digestivas	30.685	392.193	13	5	33	29.365	359.809	12	4	31
Infecciosas y parasitarias	29.799	436.256	15	4	31	28.847	425.743	15	3	32
Sist. Nervioso	25.471	248.099	10	4	21	25.160	228.286	9	3	19
Otros	40.915	1.169.948	29	13	71	41.324	1.084.668	26	12	66
Total	50.913	8.051.261	158	55	420	51.818	7.016.470	135	49	349

Fuente: SUSESO, Panel de Monitoreo de LME al 17 de enero de 2026

Notas:

- (1) Los profesionales médicos que emiten licencias asociadas a más de un diagnóstico son considerados en cada grupo; por esta razón, el total no corresponde a la suma de los distintos grupos de diagnóstico.
- (2) Prom: promedio, p50: percentil 50 o mediana y p90:percentil 90.

El análisis por grupo diagnóstico muestra diferencias relevantes en la intensidad de emisión. En 2025, las licencias asociadas a trastornos mentales presentan los mayores niveles tanto en el promedio como en la mediana y en los tramos superiores de la distribución. El percentil 90 alcanza 162 licencias por médico, superando ampliamente a los demás grupos diagnósticos. Sin embargo, al comparar con 2024 este grupo registró la caída más relevante. El promedio de licencias por médico bajó de 91 a 77, y el percentil 90 (los emisores de mayor volumen) se redujo de 209 a 162 licencias anuales.

3.3. Concentración de la emisión médica y segmentos de mayor intensidad

En conjunto, los antecedentes muestran que la emisión de licencias médicas presenta una distribución heterogénea, con mayor intensidad concentrada en determinados perfiles de profesionales, especialidades y grupos diagnósticos. Estos patrones no implican por sí mismos irregularidades, pero constituyen información relevante para los procesos de monitoreo y supervisión del sistema, al permitir identificar áreas donde la intensidad de emisión es comparativamente mayor.

4. Supervigilancia para el correcto otorgamiento y uso de Licencias Médicas y pago del Subsidio de Incapacidad Laboral

La supervigilancia del sistema de licencias médicas y del Subsidio de Incapacidad Laboral (SIL) constituye una función esencial del Estado orientada a resguardar el adecuado uso de los recursos de la seguridad social, proteger los derechos de las personas trabajadoras y fortalecer la confianza en el sistema. Este rol debe ejercerse con criterios de proporcionalidad, evidencia, debido proceso y enfoque en las personas.

Las licencias médicas son un instrumento fundamental de protección social que resguarda la salud y los ingresos frente a contingencias de enfermedad o incapacidad. En este contexto, la fiscalización debe basarse en evidencia objetiva, focalizarse en conductas efectivamente irregulares y distinguir claramente estas situaciones del uso legítimo del instrumento.

Desde esta perspectiva, la supervisión del correcto otorgamiento y uso de las licencias médicas, así como del pago del subsidio asociado, no constituye una expresión de desconfianza hacia las personas usuarias, sino una condición necesaria para preservar la legitimidad, sostenibilidad y credibilidad del sistema. Ello implica asegurar procesos oportunos, decisiones fundadas, instancias efectivas de reclamación y el respeto al debido proceso.

En este marco, durante 2025 la Superintendencia de Seguridad Social impulsó acciones normativas, tecnológicas y de fiscalización orientadas tanto a fortalecer el ejercicio legítimo del derecho a licencia médica como a prevenir su uso indebido, contribuyendo a la eficiencia y sostenibilidad del sistema.

4.1. Cambios normativos

El marco regulatorio de las licencias médicas se fortaleció con la publicación de la Ley N° 21.746 en mayo de 2025, la cual otorgó nuevas facultades de supervigilancia a la Superintendencia de Seguridad Social. En respuesta, esta Superintendencia dictó la Circular N° 3.868 en junio de 2025, actualizando el Compendio de Normas sobre Licencias Médicas, Subsidios por Incapacidad Laboral y Seguro SANNA, incorporando, entre otras materias, el procedimiento de investigación de licencias médicas emitidas sin fundamento médico, el procedimiento de fiscalización del uso legítimo de licencias médicas por parte de COMPIN e ISAPRE, la graduación de sanciones aplicables a médicos emisores y contralores médicos, así como la creación del registro de profesionales sancionados y del registro de emisión de licencias médicas, ambos actualmente disponibles en el sitio web institucional.

Posteriormente, y con el objeto de regular aspectos específicos abordados en dicha circular, se dictó la Circular N° 3.905 de junio 2025, la cual estableció, entre otras medidas, la prohibición de auto emisión de licencias médicas por profesionales habilitados y la emisión de licencias durante períodos de reposo médico; normas de acreditación de identidad para profesionales extranjeros que se incorporan al sistema de licencias médicas electrónicas; instrucciones a COMPIN e ISAPRE para rechazar licencias emitidas sin fundamento médico y la obligación para los operadores del sistema de LME de incorporar mensajería informativa sobre emisión de licencias.

Estas disposiciones fueron complementadas mediante las Circulares N° 3.895 y 3.890, ambas de noviembre de 2025. En particular, la Circular N° 3.895 impartió instrucciones orientadas a que COMPIN e ISAPRE implementen modelos de gestión del riesgo frente a la obtención improcedente de licencias médicas y subsidios por incapacidad laboral, promoviendo sistemas integrales que incluyan acciones de prevención, detección y respuesta. Por su parte, la Circular N° 3.890 fortaleció las herramientas para acreditar el incumplimiento del reposo médico o la realización de actividades laborales durante su vigencia, permitiendo el uso de diversas fuentes de información administrativas, institucionales o de acceso público, siempre que acrediten fehacientemente dicha situación. Asimismo, se incorporaron criterios respecto de situaciones que no constituyen incumplimiento del reposo, como salidas justificadas del domicilio en casos de patologías

psiquiátricas dentro del territorio nacional y la participación en procesos electorales obligatorios.

Por su parte, mediante la Circular N° 3.896 de noviembre 2025, se restringió la emisión de licencias médicas en contexto de telemedicina desde el extranjero, limitándose únicamente a aquellos profesionales habilitados, que realicen dicha emisión en el contexto de una atención de telemedicina efectuada a través de un prestador institucional domiciliado en Chile.

4.2. Acciones de fiscalización y control institucional

Durante el año 2025 se desarrolló un conjunto de acciones de fiscalización orientadas a las distintas etapas del proceso de licencias médicas, considerando tanto a los profesionales emisores como a las entidades contraloras y a las personas usuarias del sistema.

4.2.1. Fiscalizaciones y control a profesionales de la salud emisores

a) Fortalecimiento de atribuciones legales

Con la implementación de la Ley N° 21.746, que modifica la Ley N° 20.585, la Superintendencia de Seguridad Social puede suspender la facultad de emitir licencias médicas como medida de apremio, con la finalidad de que el profesional investigado acompañe los antecedentes solicitados.

Adicionalmente, la ley amplió el concepto de emisión de licencia sin fundamento médico, considerando para estos efectos la ausencia de una patología que produzca incapacidad laboral temporal por el período y la extensión del reposo prescrito y también la falta de atención de salud asociada a su emisión.

Asimismo, la ley incrementa los montos de las multas y endurece las sanciones, elevando el costo de incurrir en emisión de licencias médicas sin fundamento. Un cambio relevante es la creación de un registro público de profesionales sancionados⁸ y un registro de emisión de licencias médicas⁹, lo que introduce mecanismos de sanción social y reputacional que complementa la sanción pecuniaria y de suspensión, reduciendo los incentivos para la emisión de licencias sin justificación médica.

b) Del ranking al Modelo de Alerta Temprana.

La heterogeneidad en el número de licencias médicas emitidas por las y los profesionales no puede interpretarse automáticamente como indicio de conducta anómala, ya que responde en gran medida a diferencias propias del ejercicio clínico, como la especialidad médica, el perfil epidemiológico de las y los pacientes, el nivel de complejidad del establecimiento y la modalidad de desempeño profesional. Estas variables explican variaciones dentro de rangos razonables; sin embargo, cuando el volumen de emisión o ciertos patrones se apartan significativamente del promedio esperado, pueden configurarse señales de alerta que ameritan un análisis más detallado.

Considerando esta heterogeneidad, desde 2014 la Superintendencia utilizó un ranking de emisores basado en el número de licencias emitidas como herramienta inicial de

⁸ El registro se encuentra disponible en: <https://www.suseso.cl/609/w3-propertyvalue-799701.html>

⁹ Este registro se encuentra disponible en: <https://www.suseso.cl/608/w3-propertyvalue-805987.html>

supervisión. No obstante, la experiencia mostró que el volumen de emisión, por sí solo, es insuficiente para caracterizar riesgos. Por ello, en 2025 se implementó un Modelo de Alerta Temprana, una herramienta preventiva que permite priorizar la fiscalización bajo un enfoque de gestión de riesgos, evaluando dimensiones temporales, conductuales y contextuales.

Dimensiones del modelo

El Modelo de Alerta Temprana permite categorizar a los profesionales emisores mediante la ponderación de diversos criterios que representan distintas dimensiones del comportamiento de la emisión de licencias médicas:

- **Volumen de emisión:** Cantidad total de licencias emitidas en el período.
- **Patrones temporales atípicos:** Desviaciones respecto a la media de los profesionales emisores, como exceso de número de días de reposo otorgados según patología, horarios de emisión poco frecuentes, concentración de emisiones de licencias médicas vía telemedicina, entre otras variables.
- **Indicadores de rechazo:** Recurrencia de licencias médicas rechazadas o anuladas.
- **Antecedentes de irregularidad:** Sanciones previas de la Superintendencia, sentencias judiciales o suspensiones por parte de los operadores de licencia médica electrónica, COMPIN o Tribunales de Justicia.

Es fundamental precisar que estas alertas e indicadores no constituyen evidencia de irregularidades ni implican una presunción de conductas indebidas. El modelo es una herramienta de apoyo para la toma de decisiones, cuyos resultados deben contrastarse siempre con el contexto clínico, epidemiológico y administrativo. Su objetivo es aportar objetividad para distinguir entre variaciones legítimas y situaciones que justifican una revisión profunda.

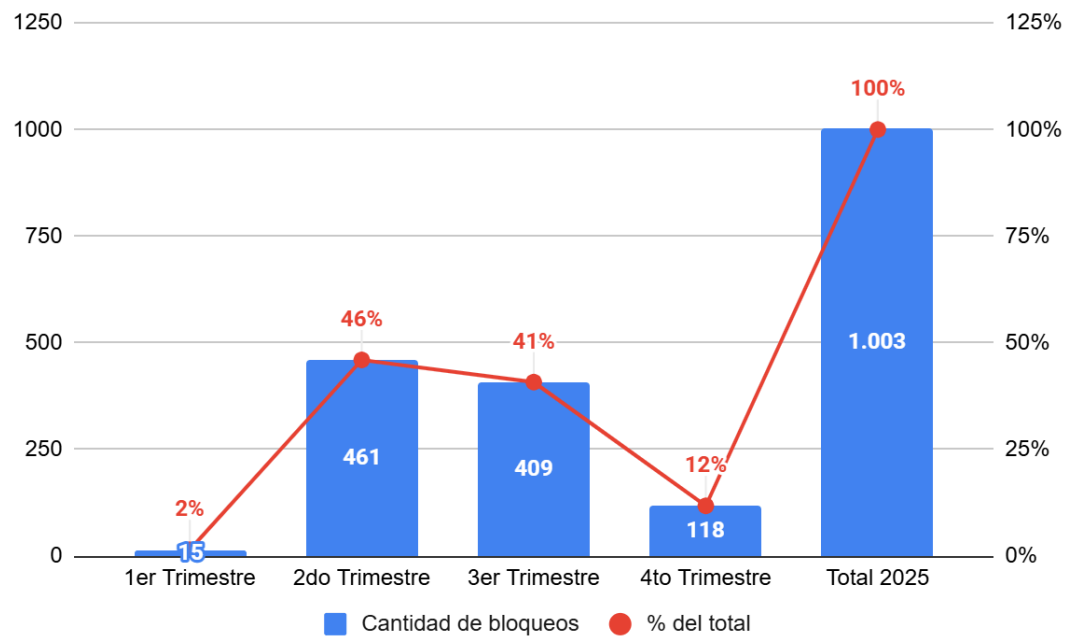
c) Bloqueos en la emisión de licencias médicas

La Superintendencia dispone de la facultad de instruir a los operadores LME que puedan aplicar inhabilitaciones temporales y preventivas en el sistema de emisión de licencias médicas electrónicas. Esta medida se implementa ante vulneraciones a la autenticidad de la información o cuando un profesional presenta comportamientos inhabituales en la emisión de licencias médicas, ya sea por su cantidad, frecuencia de emisión o anulación, o lugar desde el que se otorga. En tales casos, se requiere que el emisor realice un nuevo proceso de enrolamiento presencial para reactivar su registro.

Adicionalmente, la Superintendencia dispone de la facultad de efectuar bloqueos preventivos basados en el Modelo de Alerta Temprana, tras la detección de comportamientos atípicos que evidencian patrones inusuales de emisión. Esta intervención es crucial dado que un grupo reducido de emisores concentra comportamientos extremos, por lo que una actuación temprana permite mitigar impactos financieros y resguardar la confianza pública en el sistema.

Durante el año 2025, la Superintendencia instruyó un total de 1.003 bloqueos preventivos. De esta cifra, 300 casos fueron detectados a través de la aplicación del Modelo de Alerta Temprana.

Gráfico 8: Cantidad y distribución porcentual de bloqueos preventivos instruidos por SUSESO, año 2025.



Fuente: SUSESO, Departamento de Control de Licencias Médicas, enero 2026.

Como se observa en el gráfico, la actividad se intensificó significativamente a partir de abril. Mientras que el primer trimestre representó solo el 2% de las inhabilitaciones (15 casos), el segundo y tercer trimestre concentraron el 87% de la gestión anual (461 y 409 casos respectivamente). Esta tendencia responde a la implementación de las nuevas facultades de supervigilancia y a la puesta en marcha de protocolos de detección automatizada.

Al interrumpir la capacidad de emisión de profesionales que presentan estos patrones anómalos o que fueron bloqueados preventivamente, la Superintendencia no solo aplica una medida correctiva inmediata, sino que genera un efecto disuasorio que se refleja en que el 51% de los profesionales bloqueados no se han vuelto a enrolar para emitir licencias médicas, actuando como un mecanismo efectivo en casos de potenciales fraudes o suplantaciones de identidad.

d) Investigaciones a profesionales de la salud

El marco legal vigente (Ley N° 20.585, modificada por la Ley N° 21.746) faculta a las COMPIN para solicitar antecedentes que respalden la emisión de licencias médicas y sancionar incumplimientos, mientras que habilita a la SUSESO para investigar la emisión de licencias con ausencia de fundamento médico, pudiendo aplicar multas, suspensiones o remitir antecedentes al Ministerio Público en caso de presunta falsedad.

Respecto de las investigaciones realizadas por esta Superintendencia, cabe señalar que su origen puede deberse a distintas causales establecidas en la ley N° 20.585. A continuación, se describen brevemente dichas causales:

- **Denuncia externa:** iniciada por particulares o instituciones (como la SEREMI de Salud, COMPIN, FONASA o ISAPRE) contra un profesional emisor por falta de fundamento médico. Tratándose de denuncias a médicos contralores de una ISAPRE, éstas pueden ser efectuadas por el afiliado o su representante.
- **Investigación de oficio:** se origina cuando la Superintendencia de Seguridad Social, sin necesidad de denuncia previa, investiga a un profesional por la emisión de licencias médicas con evidente ausencia de fundamento médico, en virtud del mismo artículo 5° de la Ley.

Adicionalmente, la Superintendencia tiene la facultad de conocer los reclamos del profesional sancionado por la COMPIN, en virtud de lo dispuesto en el artículo 2° de la Ley N° 20.585.

En el siguiente cuadro se detallan las investigaciones realizadas por SUSESO durante el 2024 y 2025. Se observa que durante el 2025 el número de investigaciones se duplicó con respecto al año anterior, pasando de 1.019 casos en 2024 a 2.324 en 2025, lo que representa un crecimiento del 128%. Este aumento se explica principalmente por el fortalecimiento de las investigaciones de oficio y la investigación de denuncias externas.

Cuadro 30: Número de investigaciones realizadas por la Superintendencia. Años 2024 y 2025

Causal de Investigación	Año 2024	Año 2025	Variación anual
Denuncia externa	400	680	70,0%
Médico contralor de ISAPRE	21	36	71,4%
Investigación de oficio	216	399	84,7%
Reclamo por sanción de COMPIN	316	888	181,0%
Recursos de reposición	66	321	386,4%
Total	1.019	2.324	128,1%

Fuente: SUSESO, Sistema de Procedimiento Administrativo Electrónico (PAE) al 29 de enero de 2026.

Notas:

(1) Médico contralor de ISAPRE: Se origina a partir de una denuncia realizada por un afiliado o su representante, en contra de un médico contralor que ordenó rechazar o modificar una licencia médica sin justificación que respalde su resolución, o sin expresión de causa, de acuerdo a lo establecido en el artículo 8° de la Ley N° 20.585.

(2) Reclamo por sanción de la COMPIN: Se origina cuando un profesional sancionado por la COMPIN, recurre a la SUSESO para solicitar la revisión de dicha sanción, conforme al artículo 2° de la Ley N° 20.585.

(3) Recurso de reposición: Se origina cuando los profesionales (emisores o contralores de una ISAPRE) sancionados, conforme a los artículos 5° y 8°, presentan un recurso de reposición de las sanciones ante la SUSESO, de acuerdo a lo establecido en el artículo 6° de la Ley N° 20.585.

La efectividad de estos procedimientos no solo involucra el volumen de investigaciones, sino también en la tasa de resolución y sanción. En 2025 se aplicaron un total de 557 multas pecuniarias y 68 suspensiones de la facultad de emisión. Es relevante destacar que el 56,1% de las investigaciones resueltas derivaron en sanciones, cifra que da cuenta de una mejoría en la focalización respecto de 2024, cuando las sanciones representaron el 46,8% de las investigaciones cerradas a profesionales emisores, enviando una señal disuasoria relevante al sistema.

Cabe señalar que, antes de la entrada en vigencia de las modificaciones introducidas por la Ley N° 21.746, la primera sanción por emisión de licencias médicas sin fundamento médico contemplaba únicamente la imposición de multas, reservándose la suspensión para casos de reincidencia. Con la modificación legal, se incorporó la posibilidad de aplicar la suspensión desde la primera sanción.

Cuadro 31: Número de investigaciones realizadas por la SUSESO por las causales “Denuncia a externa”, “Investigación de oficio” y “Médico contralor de ISAPRE” según resultado de la investigación. Años 2024 y 2025.

Sanción	Año 2024	Año 2025	Total
Sólo multa	224	557	148,7%
Multa y suspensión	72	68	-5,6%
Sin sanción	341	490	43,7%
Total	637	1.115	75,0%

Fuente:SUSESO, Sistema de Procedimiento Administrativo Electrónico (PAE) al 29 de enero de 2026

4.2.2. Fiscalizaciones y control a personas trabajadoras con reposo médico

La disponibilidad de grandes bases de datos ha permitido fortalecer los procesos de supervisión del sistema de licencias médicas mediante la realización de cruces masivos de información orientados a detectar incumplimientos del reposo médico y eventuales irregularidades en la emisión de licencias médicas. Estas acciones se desarrollan en concordancia con lo establecido en el artículo 55 del Decreto Supremo N° 3 del Ministerio de Salud, que contempla el rechazo o invalidación de licencias médicas cuando se verifica, entre otras causales, el incumplimiento del reposo, la realización de actividades incompatibles durante su vigencia o la entrega de antecedentes falsos, reforzando así los mecanismos de control y resguardo del sistema.

Fiscalizaciones realizadas

En este marco, durante el año 2025 y hasta enero 2026, la Superintendencia de Seguridad Social realizó siete cruces masivos de información orientados a fortalecer la supervisión del sistema y la detección de incumplimientos del reposo médico¹⁰:

- a) Fiscalización de profesionales que emitieron licencias médicas durante su período de reposo: orientada a identificar profesionales habilitados que emitieron licencias médicas mientras se encontraban haciendo uso de reposo médico. Esta revisión consideró el período de reposo comprendido entre enero de 2023 y mayo de 2025.
- b) Fiscalización de profesionales emisores con licencias médicas auto emitidas: orientada a identificar situaciones de autoemisión de licencias médicas por parte de profesionales de la salud. Esta revisión consideró el período de reposo comprendido entre enero de 2023 y abril de 2025.

¹⁰ Este apartado considera sólo las fiscalizaciones realizadas por la Superintendencia de Seguridad Social, y no incluye, por tanto, las fiscalizaciones efectuadas por la Contraloría General de la República, contenidas en los Informes Consolidados de Información Circularizada (CIC). No obstante, a partir de los antecedentes remitidos por la Contraloría a esta Superintendencia, se instruyó a las Compin e Isapres ponderar los casos en que se configuraran las causales establecidas en el artículo 55 del D.S. N° 3 de 1984, del Ministerio de Salud, en particular aquellas vinculadas al incumplimiento del reposo, procediendo a rechazar aquellas licencias en las que se acredite dicho incumplimiento.

- c) Fiscalización de profesionales emisores que realizaron viajes al extranjero durante el período de reposo por licencia médica: se efectuó una solicitud de información a la Policía de Investigaciones respecto de 51.746 profesionales de la salud, con el objetivo de identificar sus movimientos migratorios mientras hacían uso de una licencia médica. Se consideró el período de reposo comprendido entre diciembre de 2024 y abril de 2025.
- d) Fiscalización respecto a personas trabajadoras del sector privado que efectuaron viajes al extranjero durante períodos de reposo por licencia médica: Se efectuó una solicitud de información a la Policía de Investigaciones respecto de 2.443.223 personas trabajadoras con el objetivo de identificar sus movimientos migratorios mientras hacían uso de una licencia médica, considerando el período de reposo comprendido entre enero de 2024 y junio de 2025.
- e) Fiscalización a personas trabajadoras que percibieron doble pago de beneficios al registrar licencias médicas de origen común y, a su vez, reposos de origen laboral emitidos por los Organismos Administradores de la Ley N° 16.744 dentro del mismo período. Se realizó un cruce masivo entre el sistema de licencias médicas y los registros de accidentes y enfermedades laborales (SISESAT), con el fin de identificar eventuales situaciones de doble pago de subsidios. Posteriormente, se solicitó a las entidades pertinentes (COMPIN, ISAPRE y organismos administradores del seguro laboral) la confirmación de los casos inicialmente detectados como duplicados. Se consideró el periodo de superposición correspondiente al año 2024.
- f) Fiscalización a personas trabajadoras que asistieron a centros vacacionales de las CCAF durante períodos de reposo por licencia médica: se realizó un cruce de información orientado a identificar la asistencia de trabajadores y trabajadoras a centros recreativos de las Cajas de Compensación mientras se encontraban haciendo uso de licencia médica. Considerando el período de reposo comprendido entre enero de 2023 y agosto de 2025.
- g) Fiscalización a personas trabajadoras del sector público que efectuaron viajes al extranjero durante períodos de reposo por licencia médica: se realizó un cruce de información orientado a identificar movimientos migratorios de trabajadores y trabajadoras del sector público mientras se encontraban haciendo uso de licencia médica. Considerando el período de reposo comprendido entre enero y junio de 2025.

El siguiente cuadro resume las fiscalizaciones realizadas mediante cruces masivos de datos, indicando el número de licencias médicas involucradas, la cantidad de personas trabajadoras asociados y el gasto estimado por concepto de subsidio por incapacidad laboral incorrectamente percibido.

Cuadro 32: Resultados de fiscalización masiva mediante cruces de datos: licencias, personas trabajadoras y gasto estimado por subsidio de incapacidad laboral incorrectamente percibido, por seguro de salud. Año 2025 y enero 2026.

Fiscalización	N° LM			N° Trabajadores/as			Gasto estimado SIL \$M		
	FONASA	ISAPRE	TOTAL	FONASA	ISAPRE	TOTAL	FONASA	ISAPRE	TOTAL
a) Profesionales: Emisión durante su propio reposo (reposo ene 2023-may 2025)	5.241	7.177	12.418	2.236 (*)	3.668 (*)	5.830	2.104.161	4.527.798	6.631.958
b) Profesionales: Autoemisión (reposo ene 2023- abr 2025)	68	22	90	59	18	77	27.301	13.879	41.180
c) Profesionales: Viaje al extranjero durante reposo (reposo dic 2024-abr 2025)	341	593	934	284	509	793	136.905	374.110	511.014
d) Trab. Privados: Viaje al extranjero durante reposo (reposo ene 2024-jun 2025)	90.765	18.422	109.187	66.900	13.670	80.570	36.440.399	11.621.999	48.062.398
e) Doble pago concurrente: Origen común y laboral (reposo 2024)	3.180	511	3.691	1.614	254	1.868	1.276.709	322.378	1.599.086
f) Asistencia a centros vacacionales CCAF durante reposo (reposo ene 2023-ago 2025)	938	484	1.422	815	410	1.225	376.589	305.344	681.933
g) Trab. Públicos: Viaje al extranjero durante reposo (reposo ene 2025-jun 2025)	4.932	1.564	6.496	4.309	1.340	5.649	1.980.103	986.690	2.966.793
Total	103.151	28.279	131.496	75.407	19.357	94.764	41.413.139	17.840.545	59.253.684

Fuente:SUSESO, Departamento de Control de Licencias Médicas, enero 2026.

Notas:

- (*)En el caso del número de trabajadores y trabajadoras de la primera fiscalización, este corresponde a profesionales de la salud emisores de licencias médicas que, simultáneamente, se encontraban con indicación de reposo por licencia médica.
- (1) El total general no corresponde a la suma simple de las filas, ya que una misma licencia o persona trabajadora puede estar incluida en más de una línea de fiscalización. Por lo tanto, los totales presentados (N° LM, trabajadores/as y gasto estimado) reflejan el consolidado real, eliminando duplicidades.
- (2): El gasto estimado se calculó multiplicando la duración promedio de las licencias otorgadas según tipo de seguro (8,6 días en ISAPRE y 13 días en FONASA), por el valor de subsidio diario de \$30.901 para FONASA y \$72.946 para ISAPRES. Estos últimos montos corresponden al subsidio diario promedio registrado en las estadísticas anuales de 2024, actualizados a moneda de 2025.
- (3) Los datos entre paréntesis corresponden al rango de fechas en que se emitieron o estuvieron vigentes los reposos analizados en cada cruce.

En relación a todas las fiscalizaciones antes mencionadas, la Superintendencia instruyó a las ISAPRES y la COMPIN ponderar los antecedentes disponibles y rechazar las licencias médicas cuando se configuraron las causales establecidas en el artículo 55 del Decreto Supremo N° 3 de 1984, del Ministerio de Salud, en particular el incumplimiento del reposo y la realización de trabajos remunerados o no durante el período de reposo, aplicando, cuando corresponda, las medidas previstas en el artículo 21 del mismo decreto para recabar antecedentes adicionales que permitieran una adecuada resolución de las licencias y resguardar el correcto uso del sistema. Del mismo modo, se consideró improcedente la auto

emisión de licencias médicas por profesionales habilitados, evaluando los casos concretos y las situaciones excepcionales que pudieran presentarse (por ejemplo la situación de médicos en zonas extremas).

Por otra parte, en relación con la fiscalización de personas trabajadoras del sector público que efectuaron viajes al extranjero durante períodos de reposo médico, la SUSESO informó mediante oficio a los distintos organismos públicos acerca de los funcionarios de sus respectivas reparticiones que habrían incumplido el reposo indicado en licencias médicas electrónicas (LME) y en papel. Asimismo, estos antecedentes fueron remitidos a la Contraloría General de la República y a la Dirección de Presupuestos para los fines correspondientes de acuerdo a sus facultades reglamentarias.

De este modo, durante el año 2025 y hasta enero de 2026 se fiscalizaron un total de 131.496 licencias médicas, correspondientes a 94.764 personas trabajadoras. Considerando un escenario en que la totalidad de las licencias fiscalizadas fueran efectivamente rechazadas y se aplicaran las medidas previstas en el artículo 55 del D.S. N° 3 de 1984, MINSAL, relativas a la restitución de montos incorrectamente percibido, se estima un reintegro potencial asociado a estas fiscalizaciones equivalente a **\$M59.253.684**, de los cuales \$M41.413.139 pertenecen a FONASA y \$M17.840.545 a ISAPRE.

4.2.3. Fiscalizaciones a entidades contraloras

Durante el año 2025 se realizó un proceso de fiscalización a las Contralorías Médicas realizando fiscalizaciones en las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez de las regiones Metropolitana, de Arica y Parinacota, de Tarapacá, de Antofagasta, de Coquimbo, de Ñuble, con énfasis en la verificación del reposo y el retraso en la revisión de resoluciones de rechazo de licencias médicas por parte de las ISAPRES y sus causales.

Las revisiones efectuadas permitieron identificar la existencia de licencias pendientes de pronunciamiento, situación asociada, entre otros factores, a una dotación insuficiente de médicos contralores en relación con el volumen de casos. Asimismo, se constató que los mecanismos de verificación del reposo se encuentran formalmente establecidos, aunque su aplicación se activa principalmente en casos específicos o a requerimiento de las propias contralorías médicas.

A partir de estos antecedentes, la estrategia de fiscalización para 2026 se orienta a fortalecer el cumplimiento normativo bajo un enfoque integral de gestión de riesgos, priorizando procesos y actores de mayor criticidad. Ello busca asegurar el pago correcto y oportuno de los subsidios, prevenir pagos improcedentes y reforzar la efectividad de los controles del sistema, incorporando mejoras en coordinación interinstitucional y uso de herramientas tecnológicas.

4.3. Coordinación interinstitucional y derivación de antecedentes al Ministerio Público

Cuando los antecedentes recopilados en el marco de las labores de supervisión dan cuenta de hechos que podrían revestir carácter de delito, conforme a lo señalado en el artículo 5 de la Ley N° 20.585, la Superintendencia debe remitir los antecedentes al Ministerio Público para los fines investigativos correspondientes.

Este proceso se desarrolla en coordinación con distintos actores del sistema, incluyendo COMPIN, ISAPRE, operadores de licencias médicas electrónicas y otras instituciones públicas, con el objetivo de fortalecer la investigación de eventuales irregularidades y contribuir a la adecuada persecución de conductas que puedan afectar el correcto uso del sistema de licencias médicas. Asimismo, la Superintendencia colabora técnicamente cuando es requerido, mediante la elaboración de informes especializados y la participación de profesionales como peritos en procesos judiciales.

Durante el año 2024 y 2025, la SUSESO presentó denuncias ante el Ministerio Público por hechos eventualmente constitutivos de delito asociados a la emisión y uso irregular de licencias médicas, las cuales fueron investigadas por la Fiscalía Metropolitana Oriente. Entre las principales investigaciones se encuentran:

- Causa RUC 2200768225-9 y derivadas de compradores de LM
 - 35 personas formalizadas (médicos, dueños de centros médicos y captadores), además de 78 compradores de licencias médicas. Condenas en procedimientos abreviados a 12 médicos, 5 compradores. 3 imputados fueron expulsados del territorio, más 69 suspensiones condicionales del procedimiento respecto de compradores.
 - Profesionales de SUSESO como peritos en la elaboración de los informes técnicos.
- Causa RUC 2300210877-1: 36 formalizados, líder de la organización y sus colaboradores (brazos operativos), médicos y falsos trabajadores. A la fecha hay condenas en procedimientos abreviados (4 médicos y 13 brazos operativos).
- Caso Usurpación de identidad: 2 médicos colombianos, al enrolarse en los operadores de LME habían usurpado la identidad de al menos 8 médicos para emitir LM.

4.4. Acciones futuras de supervisión y control del sistema de licencias médicas

Para el año 2026, la SUSESO busca consolidar un modelo de supervigilancia proactivo, centrado en la anticipación de riesgos y el uso intensivo de la tecnología para asegurar la legitimidad del reposo médico. Un hito en esta estrategia será la puesta en marcha del Sistema de Gestión de Reportes e Información para la Supervisión de Licencias Médicas (GRIS-LM), diseñado para mejorar la calidad y oportunidad de los datos reportados por operadores y entidades pagadoras de subsidios.

Durante el primer trimestre de 2026 se fiscalizará el cumplimiento de la normativa emitida a fines de 2025 sobre la emisión de licencias médicas desde el extranjero. Esta nueva regulación exigirá que los emisores de licencias médicas que estén en el extranjero, solo puedan emitir este instrumento a través de prestadores institucionales domiciliados en Chile. Con esta medida, se busca garantizar una trazabilidad de las atenciones realizadas fuera del territorio nacional.

Por otra parte, se avanzará en la evaluación de mecanismos de interoperabilidad destinados a mejorar el intercambio de información entre el sistema de licencias médicas comunes y las

entidades administradoras del seguro de la Ley N° 16.744. Esto permitirá fortalecer la detección de eventuales superposiciones de reposo entre ambos regímenes, optimizar los procesos de fiscalización y generar insumos para la regularización de casos de doble pago de subsidios.

4.5. Desafíos en la supervigilancia del sistema de licencias médicas

La Superintendencia de Seguridad Social ha fortalecido su rol de supervigilancia del sistema de licencias médicas y del Subsidio por Incapacidad Laboral, consolidando un enfoque que combina resguardo del derecho de las personas trabajadoras con un control más efectivo del correcto uso del instrumento. Durante 2025, la institución avanzó en la modernización de sus herramientas normativas, tecnológicas y de fiscalización, posicionándose activamente en la conducción del sistema de licencias médicas electrónicas (LME) y en la prevención de su uso indebido.

La implementación de la Ley N° 21.746 reforzó las facultades de supervisión, permitiendo aplicar medidas de apremio, fortalecer el régimen sancionatorio y mejorar la transparencia mediante registros públicos de emisión y sanciones. Paralelamente, la actualización normativa y las instrucciones impartidas a COMPIN, ISAPRE, operadores de LME y entidades pagadoras han contribuido a robustecer los controles preventivos, promover modelos de gestión de riesgo y mejorar la trazabilidad de la información.

En materia de fiscalización, la SUSESO avanzó desde un enfoque centrado en rankings de emisión hacia un modelo de alerta temprana basado en evidencia y análisis de datos, lo que ha permitido identificar oportunamente patrones atípicos, aplicar bloqueos preventivos y focalizar las investigaciones en situaciones de mayor riesgo. Asimismo, los cruces masivos de información y la coordinación con otras instituciones públicas han fortalecido la detección de incumplimientos del reposo médico, pagos improcedentes y eventuales irregularidades en la emisión y uso de licencias médicas.

El fortalecimiento de la coordinación interinstitucional ha permitido, además, apoyar investigaciones del Ministerio Público en casos de fraude organizado y otras conductas ilícitas, contribuyendo a la protección de los recursos de la seguridad social y a la credibilidad del sistema.

Hacia 2026, la Superintendencia continuará consolidando un modelo de supervigilancia proactivo, basado en gestión de riesgos, interoperabilidad de sistemas y uso intensivo de datos, incluyendo la implementación del sistema GRIS-LM, la supervisión de la emisión de licencias médicas desde el extranjero y el fortalecimiento del control sobre el cálculo y pago de subsidios. Estas acciones reflejan una institucionalidad que ha asumido un rol activo en la conducción del sistema, orientado simultáneamente a garantizar el ejercicio legítimo del derecho a licencia médica y a resguardar su sostenibilidad, transparencia y confianza pública.

4.6. Desde el control ex post al control en punta: Desafíos estratégicos en la supervigilancia del sistema de licencias médicas.

En este marco queremos enfatizar que en el fortalecimiento del modelo de supervigilancia del sistema de licencias médicas, durante el año 2025 se impulsó una agenda orientada a

consolidar un enfoque preventivo y de control en punta, complementando los mecanismos tradicionales de fiscalización ex post. Esta línea de acción parte del reconocimiento de que la integridad y legitimidad del sistema no solo dependen de la detección y sanción posterior de irregularidades, sino también de la capacidad institucional para anticiparse a conductas de riesgo, incorporando resguardos sistémicos que actúen en el mismo momento de la emisión, tramitación y pago de la licencia médica y del subsidio de incapacidad laboral.

En este contexto, se instruyó a las distintas entidades que participan en el sistema: operadores de licencias médicas, Cajas de Compensación de Asignación Familiar y Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez, la implementación de desarrollos tecnológicos y medidas operativas orientadas a fortalecer los controles preventivos. En particular, a los operadores se les requirió incorporar bloqueos automáticos que impidan situaciones manifiestamente incompatibles con un adecuado otorgamiento del instrumento, tales como la emisión de una licencia médica por parte de un profesional emisor a su propio nombre, la emisión mientras dicho profesional se encuentra haciendo uso de reposo médico, o la generación de licencias superpuestas para una misma persona trabajadora con días intersectados ya autorizados, y la emisión de Licencias Médicas desde el extranjero como prestador individual, siendo necesaria la emisión a través de un prestador institucional domiciliado en Chile. Estas restricciones sistémicas buscan eliminar espacios evidentes de riesgo, evitando que tales situaciones deban ser detectadas y corregidas con posterioridad.

Asimismo, se dispuso la incorporación de alertas y mensajes en línea al momento de la emisión de la licencia médica, que proporcionen información relevante tanto respecto del comportamiento del profesional emisor como del trabajador/a o paciente. En el caso del profesional, el sistema debe informar el número de licencias emitidas en el mes en curso y el acumulado anual; en el caso de la persona trabajadora, el número de licencias utilizadas en el último mes y en el último año. Junto con ello, se estableció la necesidad de incorporar advertencias explícitas respecto de la responsabilidad administrativa, civil y eventualmente penal asociada a la emisión de licencias sin fundamento médico suficiente. Estas herramientas no sustituyen el juicio clínico, pero introducen elementos de transparencia y autorregulación que contribuyen a desincentivar conductas indebidas.

Paralelamente, se avanzó en desarrollos destinados a mejorar la interoperabilidad entre sistemas, particularmente para evitar la superposición entre licencias médicas comunes y reposos laborales derivados de la Ley N° 16.744 sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Este objetivo requiere una interacción más robusta entre el sistema de licencias médicas comunes y las entidades administradoras del seguro laboral, a fin de impedir que una misma persona trabajadora registre períodos de reposo que se intersecten bajo distintos regímenes. Del mismo modo, se han fortalecido los sistemas de información y los cruces automatizados de datos para verificar el cumplimiento efectivo del reposo prescrito y detectar eventuales situaciones en que el trabajador/a desarrolle actividades laborales (remuneradas o no) durante la vigencia de la licencia médica, lo que resulta incompatible con la finalidad protectora del instrumento.

En complemento de lo anterior, se instruyó a las entidades contraloras y pagadoras, COMPIN y Cajas de Compensación, y a los Operadores de Licencias Médicas, a reforzar sus mecanismos de análisis y detección temprana de potenciales fraudes, incorporando perfiles de riesgo, alertas automatizadas y cruces de información que permitan adoptar decisiones oportunas cuando existan antecedentes consistentes de irregularidad. En tales

casos, las entidades deben actuar en punta, ya sea rechazando fundadamente la licencia médica, suspendiendo preventivamente el pago del subsidio de incapacidad laboral cuando proceda, o derivando los antecedentes a las instancias competentes para su investigación. De esta forma, se busca consolidar un esquema de supervisión más proactivo, basado en datos y orientado a proteger simultáneamente el derecho legítimo al reposo por razones de salud y la sostenibilidad financiera y ética del sistema.

Finalmente, durante el inicio del año 2026 se encuentra en elaboración una circular destinada a precisar los requisitos que deberán cumplir los prestadores institucionales domiciliados en Chile a través de los cuales profesionales emisores puedan otorgar licencias médicas desde el extranjero. Si bien la normativa legal permite esta modalidad siempre que la emisión se realice mediante un prestador institucional con domicilio en el país, la responsabilidad de supervigilancia que recae en la Superintendencia de Seguridad Social hace necesario establecer exigencias claras que aseguren la posibilidad real y efectiva de fiscalización. La futura regulación buscará garantizar que dichos prestadores cuenten con condiciones verificables de funcionamiento, representación y responsabilidad jurídica en Chile, disponibilidad de registros clínicos y trazabilidad de las atenciones, así como mecanismos que permitan exigirles responsabilidad respecto de las licencias médicas emitidas desde el extranjero a través de su estructura.

Asimismo, durante el año 2026 se continuará trabajando coordinadamente con los seguros de salud ISAPRES y FONASA, con las COMPIN y con el Colegio Médico, a fin de identificar e implementar acciones conjuntas que permitan profundizar los controles, fortalecer la autorregulación profesional y mejorar los estándares de emisión y uso de las licencias médicas. Este trabajo colaborativo busca consolidar un sistema más robusto y transparente, que prevenga su utilización indebida y, al mismo tiempo, resguarde adecuadamente este instrumento esencial de la seguridad social y el derecho de las y los trabajadores a recuperar su salud cuando enfrentan una contingencia.

Conclusiones

El análisis del sistema de licencias médicas y subsidios por incapacidad laboral confirma que este instrumento cumple un rol central en la protección social, permitiendo resguardar los ingresos de las personas trabajadoras frente a contingencias temporales de salud. No obstante, su carácter sanitario, laboral y previsional exige un equilibrio permanente entre el acceso oportuno al derecho y la existencia de mecanismos eficaces de control que aseguren su correcto uso, legitimidad y sostenibilidad financiera.

Durante el período 2024–2025 se observa una disminución significativa en la emisión de licencias médicas, pasando de 8.051.261 licencias en 2024 a 7.016.470 en 2025, lo que representa una reducción interanual de 12,9%, equivalente a más de un millón de licencias menos. Esta caída se traduce en una reducción estimada del gasto en Subsidio por Incapacidad Laboral de aproximadamente M\$586.938.194 (18,4% respecto del gasto total en 2024), contribuyendo a la sostenibilidad financiera del sistema.

Desde la perspectiva del uso, la disminución responde tanto a una menor proporción de personas trabajadoras que utilizaron licencias médicas como a una reducción en los tramos de mayor intensidad de uso, particularmente en reposos prolongados. Al mismo tiempo, se mantiene una concentración estructural en determinados grupos diagnósticos, especialmente salud mental y patologías musculoesqueléticas, lo que refleja tendencias epidemiológicas persistentes que requieren monitoreo continuo.

En paralelo a estos cambios en el comportamiento del sistema, la Superintendencia de Seguridad Social ha fortalecido de manera sustantiva su rol de supervigilancia. Durante el período se intensificaron las acciones de fiscalización en las distintas etapas del proceso (emisión, tramitación, cumplimiento del reposo y pago del subsidio), incorporando cruces masivos de información, herramientas analíticas de alerta temprana, actualización normativa y coordinación interinstitucional. Estas acciones han permitido detectar incumplimientos, focalizar investigaciones en áreas de mayor riesgo y reforzar la trazabilidad del sistema.

Como resultado de estos procesos de fiscalización, se estima un reintegro potencial asociado a dichas acciones equivalente a M\$59.253.684, considerando el escenario de que se restituya la totalidad de los subsidios percibidos incorrectamente conforme a la normativa vigente. Este impacto no sólo refleja eventuales recuperaciones directas de recursos, sino también un efecto disuasivo relevante que contribuye al uso adecuado del sistema y a su sostenibilidad en el mediano plazo.

En síntesis, los resultados evidencian un sistema que mantiene su función protectora, pero que avanza hacia mayores niveles de control, transparencia y eficiencia, en un contexto donde la conducción institucional ha asumido un rol más activo en la regulación y supervisión del régimen de licencias médicas.

Para consolidar los avances observados durante el período, resulta necesario profundizar el análisis epidemiológico y estadístico del uso de licencias médicas, particularmente en aquellos diagnósticos de alta prevalencia y en los segmentos que concentran una mayor intensidad de uso, de modo de comprender con mayor precisión la evolución estructural del sistema y sus determinantes.

Asimismo, se requiere consolidar el modelo de supervisión preventiva basado en gestión de riesgos, fortaleciendo la interoperabilidad institucional y el uso de analítica avanzada, con el propósito de anticipar oportunamente patrones atípicos y focalizar las acciones de control de manera proporcional y eficaz.

En paralelo, persiste el desafío de fortalecer la oportunidad y calidad del pronunciamiento de las entidades contraloras, reduciendo brechas operativas y mejorando la eficiencia del proceso completo, desde la emisión hasta el pago del subsidio. Del mismo modo, será necesario continuar perfeccionando el marco normativo y los mecanismos de fiscalización, con el objetivo de prevenir el uso indebido del sistema, resguardando simultáneamente el acceso legítimo al derecho a licencia médica.

Adicionalmente, se hace necesario avanzar en una revisión integral del funcionamiento del sistema de licencias médicas, evaluando su arquitectura normativa, operativa y financiera, así como su coherencia con los proyectos de ley actualmente en tramitación o en estudio. Este proceso de revisión estructural permitirá modernizar el instrumento, adecuarlo a los desafíos epidemiológicos y laborales contemporáneos y asegurar que las reformas en curso fortalezcan la lógica de seguridad social que lo sustenta.

Finalmente, reforzar la transparencia, la trazabilidad de la información y la coordinación interinstitucional seguirá siendo fundamental para proteger la sostenibilidad financiera del sistema y consolidar la confianza pública en su funcionamiento. En perspectiva, la combinación de análisis técnico, fortalecimiento normativo, revisión estructural y fiscalización basada en evidencia permitirá consolidar un sistema de licencias médicas más eficiente, confiable y alineado con los principios de la seguridad social.

Referencias

Ministerio del Trabajo y Previsión Social (1924). *Ley N° 4.054: Seguro Obligatorio de Enfermedades e Invalidez*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.

Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social (1938). *Ley N° 6.174: Establece Servicios de Medicina Preventiva*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.

Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social (1952). *Ley N° 10.383: Modifica la Ley 4.054 y crea el Servicio Nacional de Salud*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.

Ministerio del Trabajo y Previsión Social (1966). *Ley N° 16.395: Fija el texto refundido de la ley de organización y atribuciones de la Superintendencia de Seguridad Social*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.

Ministerio del Trabajo y Previsión Social (1978). *D.F.L. N° 44: Fija normas comunes para los subsidios por incapacidad laboral de los trabajadores dependientes del sector privado*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.

Ministerio de Salud (1984). *Decreto Supremo N°3: Reglamento de autorización de licencias médicas por las COMPIN e Instituciones de Salud Previsional*. Ministerio de Salud de Chile

Ministerio de Salud (2012). *Ley N° 20.585: Sobre otorgamiento y uso de licencias médicas*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile..

Ministerio de Salud (2013). *Decreto Supremo N° 7: Reglamento sobre el procedimiento y control del otorgamiento de licencias médicas, conforme a la Ley N° 20.585*. Ministerio de Salud de Chile.

Ministerio de Salud (2025). *Ley N° 21.746: Modifica la Ley N° 20.585, fortaleciendo las facultades de control y fiscalización del sistema de licencias médicas*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.

OISS (2024). *Plan Estratégico 2024-2030*. Organización Iberoamericana de Seguridad Social.

OIT (2024). *Informe Mundial sobre la Protección Social 2024-2026: Protección social universal para la acción climática y una transición justa*. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo.

OIT (1952). *Convenio N°102 sobre la Seguridad Social (norma mínima)*. Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo.

Superintendencia de Seguridad Social (2025). *Circular N° 3.868: Actualiza el Compendio de Normas sobre Licencias Médicas y Subsidios por Incapacidad Laboral*. Santiago, Chile.

Superintendencia de Seguridad Social (2025). *Circular N° 3.890: Imparte instrucciones sobre el cumplimiento del reposo médico*. Santiago, Chile.

Superintendencia de Seguridad Social (2025). *Circular N° 3.895: Instruye a COMPIN e ISAPRE la implementación de modelos de gestión del riesgo*. Santiago, Chile.

Superintendencia de Seguridad Social (2025). *Circular N° 3.905: Regula materias específicas sobre emisión de licencias médicas, autoemisión y acreditación de identidad*. Santiago, Chile.

Superintendencia de Seguridad Social (2025). *Circular N° 3.896: Imparte instrucciones respecto a la tramitación de la licencia médica por parte del trabajador*. Santiago, Chile.

