



Superintendencia
de Seguridad
Social

Gobierno de Chile

GUÍA DE ENFERMEDAD GRAVE DE NIÑO/A MENOR DE UN AÑO



Superintendencia de Seguridad Social

Este material corresponde a una propuesta de apoyo en la difusión de los principios técnicos y sociales de seguridad social, mediante la divulgación de los textos legales correspondientes y del resultado de su aplicación, orientado a los usuarios de la Seguridad Social

Autoridades SUSESO

Patricia Soto Altamirano
Superintendente (s) de Seguridad Social

Gabriel Ortiz Pacheco
Fiscal (s)

César Rodríguez Rojas
Intendente de Beneficios Sociales

Pamela Gana Cornejo
Intendente de Seguridad y Salud en el Trabajo

Contenidos
Lily Alcaíno Gutiérrez
Encargada de Gestión de Normativa y Jurisprudencia, Fiscalía

Diseño y diagramación
Paola Savelli Sassack
Unidad de Comunicaciones, Superintendencia de Seguridad Social

Índice

Presentación	4
Introducción	5
La Enfermedad grave de niño/a menor de un año en cifras	9
Normativa	11
Procedimiento	12
Rol de la Superintendencia de Seguridad Social	14
Reflujo gastroesofágico	15
Alergia a la proteína de la leche	19
Síndrome bronquial obstructivo	24
Niños Prematuros	29
Jurisprudencia -SUSESO	32
A modo de palabras finales	34

Presentación

El derecho a cuidar, ya sea en la casa o en el hogar a un/a menor de un año, con una condición de salud grave, es un derecho absolutamente internalizado por los trabajadores/as, en el ejercicio de la cada vez más apreciada corresponsabilidad parental, tiene más de medio siglo de vigencia en nuestro país.



En estas páginas, queremos contarles su nacimiento, evolución y en qué está hoy.

Introducción

El 31 de julio de 1968, se presentó una Moción Parlamentaria, en la Sesión 20. Legislatura 306, cuyo objetivo era dar una solución al problema de la mujer trabajadora y a la madre de familia que necesita un lugar donde dejar a sus niños/as mientras desarrollan sus actividades, plantando la necesidad de contar con locales apropiados como los parvularios y jardines infantiles. Durante su discusión, se consideró otras mociones parlamentarias que decían relación con este tema y se incorporó una modificación al Código del Trabajo, agregándole un artículo 312 bis, por el cual se concedió a la mujer que trabaja el derecho a obtener permiso y subsidio, cuando la salud de su hijo/a menor de un año requiera de su cuidado y atención en el hogar, lo cual deberá acreditarse mediante un certificado médico que otorgarán o ratificarán los Servicios que prestan atención a los/as menores. Se estimó necesario especificar que la condición de salud debía ser una enfermedad grave, con el propósito de evitar abusos en la aplicación de esta norma, y evitar que se impetrase el beneficio que se otorga en cualquier circunstancia y no, como es la intención del precepto, solamente en casos verdaderamente necesarios y justificados.

Esto se plasmó en la Ley Nº 17.301¹, que Crea la Corporación denominada Junta Nacional de Jardines Infantiles, publicada el 22 de abril de 1970, la que en su Artículo 35º, señaló *“Intercálase a continuación del artículo 312 del Código del Trabajo, el siguiente artículo 312 bis:”*



“Artículo 312 bis. Toda mujer trabajadora tendrá derecho a permiso y al subsidio que establece el artículo anterior cuando la salud de su hijo/a menor de un año requiera de su atención en el hogar con motivo de enfermedad grave, circunstancia que deberá ser acreditada mediante certificado médico otorgado o ratificado por los Servicios que tengan a su cargo la atención médica de los menores”.

¹ Fuente: <https://www.bcn.cl/historiadelailey/nc/historia-de-la-ley/37/>, 29 de enero de 2020

Avanzando en el tiempo, más de 20 años después, el 21 de mayo de 1991, se presentó un Mensaje presidencial², en la Sesión 1ª. Legislatura 322, que en lo que a este tema se refiere, reconociendo cambios culturales, aporta una serie de elementos para que el esfuerzo de protección a los/las hijos sea compartido entre la madre trabajadora y el padre trabajador. Esta tramitación legislativa, se tradujo en la Ley N°19.250, de 1993, que en su artículo 2 N°5, consagró el texto en actual vigor. Esto es, cuando ambos padres trabajan dependientemente, cualquiera de ambos, a elección de la madre, pueda gozar de la licencia necesaria para asumir el cuidado de los/as hijos/as menores de un año, en el evento de que estos requieran atención en el hogar con motivo de una enfermedad grave. Los beneficios de la legislación vigente en relación con permisos y subsidios por nacimiento de hijo se hacen efectivos también al caso de adopción plena, derecho que se hace efectivo preferentemente a la mujer trabajadora o su cónyuge trabajador que tenga a su cuidado un/a menor de edad de menos de un año y que haya iniciado el juicio de adopción plena.

Con ocasión de la Dictación del DFL N° 1, de 1994, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social³, esta modificación cambió su numeración, de 185 a 199, pero mantuvo su contenido.

Cabe hacer presente que esta norma se ha mantenido inalterable, como parte de los derechos por maternidad, en las sucesivas modificaciones que ha sufrido el Código del Trabajo, hasta la actualidad, en que se contempla en el Artículo 199, del Título II protección a la maternidad, al actual Título II, denominado “De la protección de la maternidad, la paternidad y la vida familiar”, del Libro II, del Código del Trabajo en actual vigor.⁴

Este cambio, que introdujo la Ley N° 20.764, por el cual suma a la protección de la maternidad, la paternidad y vida familiar tiene un interesante trasfondo, en el tema de nuestro interés. El 10 de junio, 2008, una Moción Parlamentaria, presentada en la Sesión 36. Legislatura 356, reconoció la necesidad de hacerse cargo de la vida familiar de los/as trabajadores/as, a través de la Corresponsabilidad. Es así que de la protección a la maternidad del Título II del Libro II del Código del Trabajo, se avanza a la inclusión de la protección de la paternidad y de la vida familiar. Con esto, se releva el derecho de los trabajadores a gozar de permisos con motivo de situaciones de carácter familiar, tanto de connotación negativa, como de connotación positiva, que justificarían, la suspensión temporal de la obligación de prestar servicios, haciendo más amable la relación entre la vida familiar y el ámbito laboral.

² <https://www.bcn.cl/historiadelaley/nc/historia-de-la-ley/7130/>

³ Fuente: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=3471&tipoVersion=0>, 29 de enero de 2020

⁴ <https://www.bcn.cl/historiadelaley/nc/historia-de-la-ley/4273/>, 29 de enero de 2020

Atendido que este permiso, permite a la madre, padre o cuidador/a de la/el menor, hacer uso de él, si la/el menor afectado por un enfermedad grave, requiere cuidados en el hogar, por [Ordinario N° 6785, de 2003 de la SUSESO](#) y [Ordinario 965/26](#) de la Dirección del Trabajo, atendiendo a la realidad, se interpretó que, considerando que desde el punto de vista médico, la presencia de la madre y padre o al menos de uno de ellos, es un factor que puede contribuir a la recuperación de la salud de un/a menor y también a su normal desarrollo durante el tiempo en que permanezca internado/a, el concepto de hogar comprende a los centros hospitalarios o de salud, lo que es compatible con la opinión médica ya señalada, cuando por la gravedad del cuadro que padece la/el menor no bastan los cuidados que se le pueden otorgar en el hogar normal de su madre, y/o padre, teniendo que ser internado/a, en cuyo caso se debe entender que transitoriamente y en tanto la gravedad del caso amerite esa internación, el centro hospitalario o de salud, más la presencia del padre o madre, constituye el hogar de la/el menor.



Como ya hemos visto, desde sus inicios, el cuidado de los hijos enfermos, estaba centrado casi exclusivamente en la madre. Y sólo en los años '90, se incluyó al padre, haciendo un reconocimiento al cambio en la sociedad y constituyéndose la primera política pública que reconoce el carácter parental de las labores relacionadas con el cuidado de los hijos, aun que se mantuvo el tema centrado en la madre, toda vez que se necesita su autorización para ejercer este beneficio.

En el año 2017, esta Superintendencia realizó un estudio denominado "[Evolución y desafíos del padre trabajador en la corresponsabilidad parental](#)", cuyas conclusiones, si bien en general se mantienen vigentes, son pertinentes para el periodo de análisis realizado. En lo que ha corresponsabilidad parental alude, si bien los padres continúan teniendo una baja participación en las licencias médicas de Enfermedad Grave de Niño Menor de un año (alrededor del 0,03% de ellas), en el Chile de hoy, con su contingencia política, social, y la misma pandemia de Covid-19, en curso actual, es necesario una nueva revisión, para poder establecer qué factores externos podrían afectar su decisión y si estos factores cambiaron, por ejemplo, en relación a la pandemia o en qué porcentaje influye el relevado tema sobre diferente nivel de rentas entre hombres y mujeres.

No obstante lo anterior, hay un dato de ese estudio, que si bien la evolución al Chile de hoy, hacen necesario revisar sus conclusiones, creemos interesante recordar. Al efecto, a esa época, se podía observar que pese a que proporcionalmente los días de subsidios utilizados por el padre trabajador son pocos, se evidencia que existe al menos una tendencia a ser utilizados de manera creciente con el aumento de la edad del niño, así también se atisbó que, a esa época, existía una relación positiva entre mayor rango de ingreso y mayor proporción de uso del beneficio, lo que permitía que los padres ejerzan de manera activa el rol de corresponsabilidad con sus hijos.



La Enfermedad grave de niño/a menor de un año en cifras

CUADRO N° 111

NÚMERO DE LICENCIAS POR ENFERMEDAD GRAVE DEL NIÑO/A MENOR DE UN AÑO, SEGÚN TIPO DE DIAGNÓSTICOS 2018 - 2019

Capítulo	Diagnósticos	2018				2019			
		CCAF	ISAPRE	SUBSECRETARIA	TOTAL	CCAF	ISAPRE	SUBSECRETARIA	TOTAL
I	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	5.431	3.902	1.652	10.985	5.788	4.423	1.229	11.440
II	Tumores (Neoplasias)	159	197	40	396	225	135	54	414
III	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	358	1.081	134	1.573	400	1.190	110	1.700
IV	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	1.019	3.830	367	5.216	1.050	5.027	311	6.388
V	Trastornos mentales y del comportamiento	445	254	111	810	428	310	172	910
VI	Enfermedades del sistema nervioso	416	334	167	917	961	1.006	274	2.241
VII	Enfermedades del ojo y sus anexos	1.214	1.170	381	2.765	214	135	36	385
VIII	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoideas	181	112	56	349	624	593	151	1.368
IX	Enfermedades del sistema circulatorio	719	561	194	1.474	436	310	89	835
X	Enfermedades del sistema respiratorio	45.059	23.261	13.264	81.584	42.930	10.827	24.502	78.259
XI	Enfermedades del sistema digestivo	7.507	7.700	1.997	17.204	9.201	11.225	2.452	22.878
XII	Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	450	217	105	772	507	293	136	936
XIII	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	195	226	45	466	222	328	41	591
XIV	Enfermedades del sistema genitourinario	886	682	292	1.860	754	672	194	1.620
XV	Embarazo, parto y puerperio	6.172	6.008	1.903	14.083	231	58	52	341
XVI	Ciertas afecciones originadas en el periodo neonatal	142	49	50	241	5.547	6.897	1.659	14.103
XVII	Malformaciones congénitas	5.386	7.083	2.027	14.496	7.642	6.348	1.864	15.854
XVIII	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte	7.774	6.135	2.478	16.387	2.062	3.642	512	6.216
XIX	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	2.235	2.981	650	5.866	6.260	8.625	2.134	17.019
XX	Causas extremas de morbilidad y de mortalidad	70	6	26	102	64	24	12	100
XXI	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	290	115	94	499	394	139	155	688
XXII	Códigos para situaciones especiales	1			1	2	0	0	2
TOTAL		86.109	65.904	26.033	178.046	85.942	62.207	36.139	184.288

Fuente: "Estadísticas anuales 2019" SUSESO

Como se observa en este cuadro N° 111 “NÚMERO DE LICENCIAS POR ENFERMEDAD GRAVE DEL NIÑO/A MENOR DE UN AÑO, SEGÚN TIPO DE DIAGNÓSTICOS” 2018 - 2019, el principal tipo de diagnóstico por el cual se otorgaron licencias médicas, corresponde con 78.259, en segundo lugar corresponde a las “enfermedades del aparato digestivo”, con 22.878, en tercer lugar “traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa” con 17.019, las “malformaciones congénitas” con 15.854.

CUADRO N° 112
NÚMERO DE DÍAS DE LICENCIAS POR ENFERMEDAD GRAVE DEL NIÑO/A MENOR DE UN AÑO, SEGÚN TIPO DE DIAGNÓSTICOS, 2018 - 2019

Capítulo	Diagnósticos	AÑO 2018				AÑO 2019			
		CCAF	ISAPRE	JBSECRETAR	TOTAL	CCAF	ISAPRE	JBSECRETAR	TOTAL
I	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	29.181	23.348	9.020	61.549	35.577	27.662	7.543	70.782
II	Tumores (Neoplasias)	2.286	3.143	585	6.014	3.227	2.209	769	6.205
III	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	5.332	20.185	2.277	27.794	5.310	18.191	1.432	24.933
IV	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	13.039	56.044	5.288	74.371	14.076	66.390	3.654	84.120
V	Trastornos mentales y del comportamiento	5.940	5.204	2.626	13.770	5.620	4.990	2.707	13.317
VI	Enfermedades del sistema nervioso	19.708	19.125	6.081	44.914	14.908	15.448	4.226	34.582
VII	Enfermedades del ojo y sus anexos	1.312	977	370	2.659	1.801	1.105	255	3.161
VIII	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	4.361	3.082	1.078	8.521	4.087	3.603	908	8.598
IX	Enfermedades del sistema circulatorio	6.806	4.221	1.483	12.510	6.802	4.848	1.287	12.937
X	Enfermedades del sistema respiratorio	334.343	159.601	96.118	590.062	335.327	177.781	80.533	593.641
XI	Enfermedades del sistema digestivo	91.551	105.078	24.675	221.304	110.109	141.695	24.935	276.739
XII	Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	4.202	2.073	844	7.119	5.843	2.860	1.221	9.924
XIII	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	2.539	3.354	552	6.445	2.746	4.875	587	8.208
XIV	Enfermedades del sistema genitourinario	8.371	7.008	2.908	18.287	7.865	7.562	2.016	17.443
XV	Embarazo, parto y puerperio	2.248	595	889	3.732	2.953	959	699	4.611
XVI	Ciertas afecciones originadas en el periodo neonatal	85.029	105.446	30.615	221.090	86.505	104.153	25.916	216.574
XVII	Malformaciones congénitas	115.221	89.742	36.798	241.761	115.818	93.030	26.846	235.694
XVIII	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte	24.107	38.076	6.602	68.785	22.766	44.388	4.725	71.879
XIX	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	91.733	89.361	27.667	208.761	88.093	116.975	28.155	233.223
XX	Causas extremas de morbilidad y de mortalidad	1.080	55	323	1.458	1.004	332	113	1.449
XXI	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	4.391	1.647	1.045	7.083	5.594	2.166	2.047	9.807
XXII	Códigos para situaciones especiales	4			4	5	0	0	5
	TOTAL	852.784	737.365	257.844	1.847.993	876.036	841.222	220.574	1.937.832

Fuente: “Estadísticas anuales 2019” SUSESO

A su vez, CUADRO N° 112 “NÚMERO DE DÍAS DE LICENCIAS POR ENFERMEDAD GRAVE DEL NIÑO/A MENOR DE UN AÑO, SEGÚN TIPO DE DIAGNÓSTICOS”, 2018 - 2019

Nos muestra que las licencias médicas por “enfermedades respiratorias” también se encuentra en el primer lugar con 593.641 días de reposo, también el segundo lugar de uso es el que tiene el segundo puesto en cantidad de días de reposo, con 276.739 días. El tercer y cuarto lugar se invierten en relación a lo que mostraba el cuadro anterior, esto es, las “malformaciones congénitas” pasa el tercer lugar con 235.694 días, y “traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa” pasa al cuarto lugar con 233.694 días

Normativa

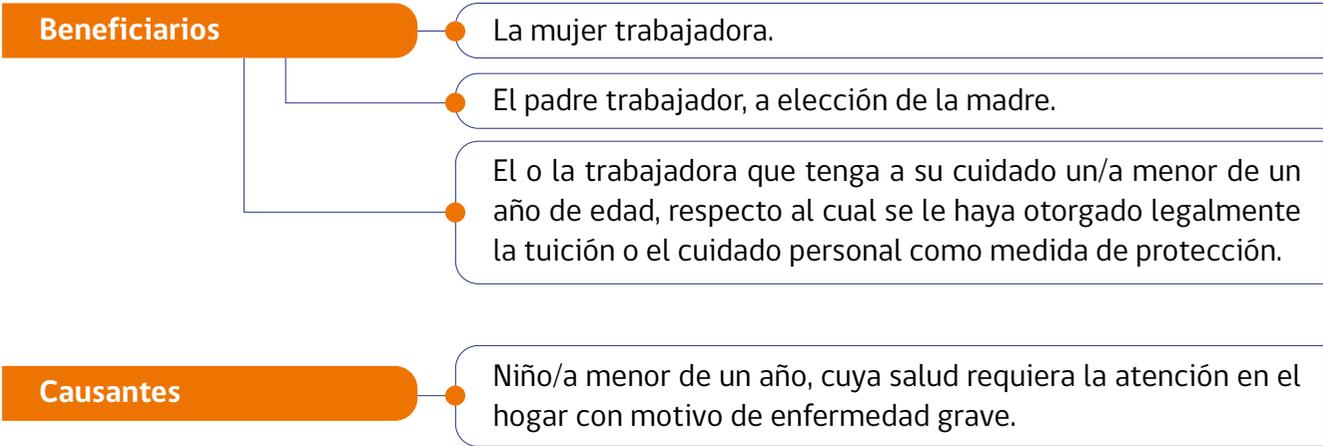
El artículo 199 del Código del Trabajo señala que cuando la salud de un/a niño/a menor de un año requiera de atención en el hogar con motivo de enfermedad grave, circunstancia que deberá ser acreditada mediante certificado médico otorgado o ratificado por los servicios que tengan a su cargo la atención médica de los/as menores, la madre trabajadora tendrá derecho al permiso y subsidio por el período que el respectivo servicio determine. En el caso que padre y madre sean trabajadores, cualquiera de ellos y a elección de la madre, podrá gozar del permiso y subsidio referidos. Con todo, gozará de ellos el padre, cuando la madre hubiere fallecido o él tuviere la tuición de la o el menor por sentencia judicial. Tendrá también derecho a este permiso y subsidio, la trabajadora o el trabajador que tenga a su cuidado un/a menor de edad inferior a un año, respecto de quien se le haya otorgado judicialmente la tuición o el cuidado personal como medida de protección. Este derecho se extenderá a el/la cónyuge o conviviente civil. Si los beneficios precedentes fueron obtenidos en forma indebida, los/as trabajadores/as involucrados/as serán solidariamente responsables de la restitución de las prestaciones pecuniarias percibidas, sin perjuicio de las sanciones penales que por este hecho les pudiere corresponder.

Complementando a lo anterior, el D.S. N° 3, de 1984, del Ministerio de Salud, se modificó por la Resolución N° 306, de 1989, del Ministerio de Salud, la que en su artículo 1, N° 15, reemplazó el artículo 18, agregando la exigencia que “Las licencias por enfermedad de niño/a menor de un año se autorizarán por períodos de hasta siete días corridos, prorrogables por iguales lapsos. Cuando las licencias así prorrogadas sobrepasan de un total de treinta días corridos, el reposo posterior que se conceda podrá extenderse por todo el período que se estime necesario.” Lo anterior, sugiere un control médico semanal de la/el menor cuya salud se encuentra gravemente resentida.

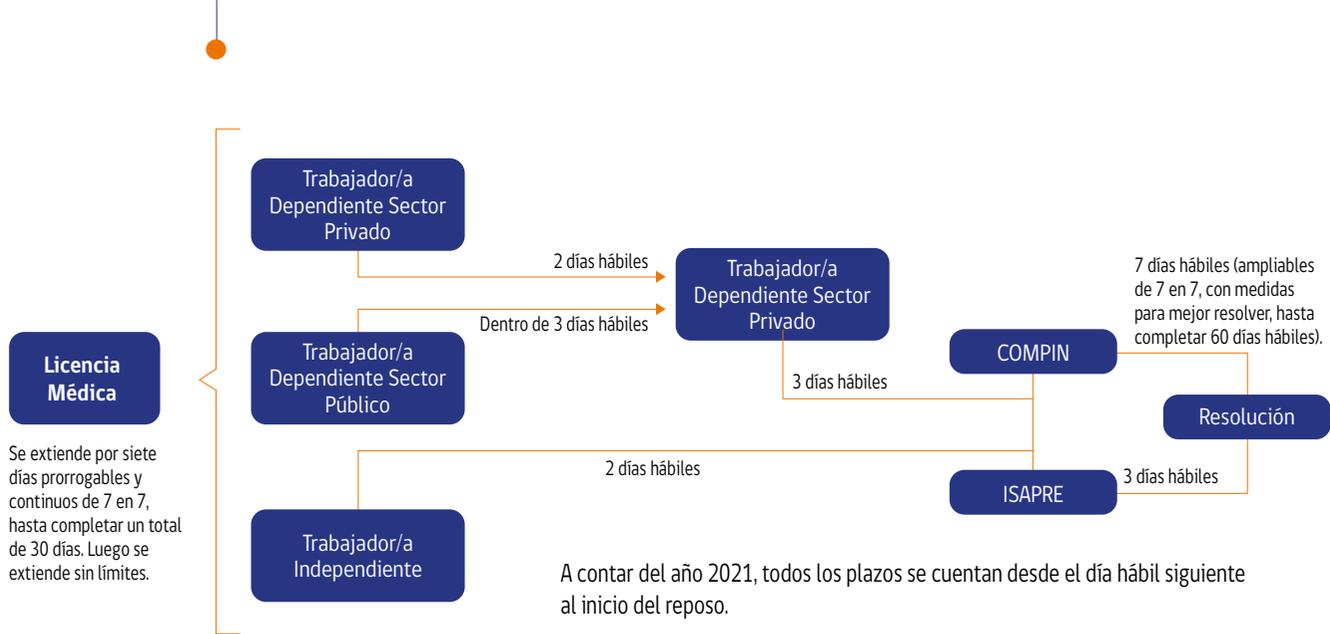
Por su parte, corroborando lo indicado en el párrafo anterior, el artículo 29° del citado D.S. N°3, señala que las COMPIN conociendo de las licencias por enfermedad de niño/a menor de un año, se autorizarán por períodos de hasta siete días corridos, prorrogables por iguales lapsos. Cuando las licencias así prorrogadas sobrepasan de un total de 30 días corridos, el reposo posterior que se conceda podrá extenderse por todo el período que se estime necesario.

Procedimiento

El permiso por enfermedad grave de la o el niño menor de un año es un derecho de las mujeres trabajadoras cuando la salud de su niño/a menor de un año requiera atención en el hogar con motivo de una enfermedad grave, circunstancia que debe ser acreditada mediante certificación médica.



Tramitación



Fuente: Elaboración propia

Tramitación

Duración:

Se debe emitir licencia médica por un período de hasta 7 días corridos, prolongables por igual período. Cuando las licencias prorrogadas sobrepasen un total de 30 días seguidos, el reposo posterior que se conceda podrá extenderse por todo el período que la/el médico tratante estime necesario, salvo que la patología que motive la licencia médica sea una distinta, en cuyo caso, se inicia nuevamente este ciclo.

Tipo de Reposo:

El artículo 6, en su inciso tercero señala que esta licencia por enfermedad grave del niño menor de un año (licencia médicas tipo 4) los reposos en ellas prescritos, deben ser otorgados en modalidad total, excepto que se haya solicitado su permiso postnatal parental por jornada parcial. En ese caso, podrá hacer uso de licencia médica por enfermedad grave del niño menor de un año, en modalidad de reposo parcial. De este modo, la madre o padre que tenga a su cuidado a un menor por media jornada, en virtud del permiso parental por jornada parcial, puede, por la otra media jornada, hacer uso de licencia por enfermedad grave del niño menor de un año. Esta excepción ha sido aplicable a contar del 1º de enero de 2021, producto de modificaciones que el Decreto Supremo 46, de 2020 introdujo en el D.S. N° 3 de 1984, ambos del Ministerio de Salud. ([Circular 3575](#))

Incompatibilidades:

La consecuencia económica de la Licencia Médica, esto es el subsidio por enfermedad grave de la o el niño menor de un año sólo podrá otorgarse una vez terminado el permiso postnatal parental total. Si se trata del una persona que ha estado usando el permiso postnatal parental a jornada parcial, tiene derecho al subsidio por la jornada que no está con este permiso.

Se considera la suma de los montos del subsidio por reposo postnatal parental parcial y del subsidio por enfermedad grave de la o el niño menor de un año durante el periodo de permiso postnatal parental, cuidando que no excediese del monto del subsidio que le hubiere correspondido por este último de no haberse reincorporado a trabajar, es decir, el equivalente al valor diario del subsidio postnatal parental completo multiplicado por 84. Al completarse dicha suma, se extingüa el permiso postnatal parental ([Circular 2777-SUSES0](#)).

Rol de la Superintendencia de Seguridad Social

Financiamiento

El Subsidio Maternal y por Enfermedad Grave del Hijo/a Menor de un Año es un beneficio que forma parte del Régimen de Subsidios por Incapacidad Laboral. Dichos subsidios son cargo del Fondo Único de Prestaciones Familiares (F.U.P.F.) y Subsidios de Cesantía (S.C.), constituidos por aportes fiscales que se fijan en la Ley de Presupuestos del Sector Público. La administración financiera, la formulación, ejecución de su presupuesto y la tuición y fiscalización del F.U.P.F. y S.C. corresponden a la Superintendencia de Seguridad Social.

Contencioso administrativo

Los trabajadores y/o las trabajadoras, sus empleadores o los organismos administradores de seguridad social que corresponda, y que hayan sido afectadas por resoluciones sobre estas licencias médicas, podrán reclamar a la Superintendencia de Seguridad Social, entidad que resolverá las presentaciones, apelaciones y reclamos de usuarios/as, entidades empleadoras, organismos administradores de la seguridad social y otras personas, ya sean naturales o jurídicas, en materias que no sean de carácter litigioso, dentro del ámbito de su competencia.

Regulación SUSESO

En el ejercicio de su función de dictar las circulares, instrucciones y resoluciones a las entidades sometidas a su supervigilancia, en tanto sean necesarias para el ejercicio de las funciones y atribuciones que le confiere esta ley, se han emitido instrucciones, cuyo objeto es regular y hacer operativo este importante beneficio previsional.

Reflujo gastroesofágico

Criterios Médicos



Está regulado principalmente en la [Circular 2727](#), perfeccionada por [Circular 2768](#), que se reproducen, con algunas modificaciones a su texto original y que dicen relación a concordancia de textos y uso de lenguaje inclusivo:

De acuerdo a las facultades que le confieren a esta Superintendencia las Leyes N°s. 16.395 y 18.418 y el D.F.L. N° 150, de 1981, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, se ha estimado pertinente impartir instrucciones respecto de los criterios, antecedentes y fundamentos que deben considerarse para pronunciarse respecto de licencias médicas por enfermedad grave de la o el niño menor de un año, que sean otorgadas con el diagnóstico de reflujo gastroesofágico.

El artículo 199 del Código del Trabajo establece un permiso por enfermedad grave de un/a niño/a menor de un año, en favor de la madre o padre, o de alguna de las demás personas que la misma norma señala, que dará derecho a subsidio por incapacidad laboral si se cumplen los requisitos pertinentes, o remuneración en su caso, para lo que se deberá emitir una licencia médica, respecto de cuya procedencia deberá pronunciarse la COMPIN o la ISAPRE, de acuerdo al sistema de salud que corresponda.

La circunstancia de padecer el menor de una enfermedad grave, se debe acreditar mediante informes médicos y exámenes complementarios.

1. Diferencias entre Reflujo Gastroesofágico Fisiológico (RGE) y Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE).

El RGE se presenta frecuentemente en los lactantes menores de un año y constituye un trastorno funcional madurativo. Por tanto, el RGE en un/a lactante sano/a es de carácter fisiológico, madurativo y no constituye patología, por lo que no amerita licencia médica.

“La ERGE puede producir repercusiones en el desarrollo pondoestatural (curva de peso estacionaria o descendente) y/o manifestaciones clínicas que indican deterioro de la calidad de vida del niño, pudiendo acompañarse de otros síntomas que derivan de la existencia de lesiones de estructuras digestivas vecinas, como la mucosa esofágica, y otras extradigestivas (sistema respiratorio, otorrinolaringológico). Estas situaciones justifican la autorización de licencias médicas”.

1.1. Antecedentes para acreditar la existencia de ERGE:

Para establecer si el o la menor tiene Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico, se deberá analizar el cuadro clínico y su evolución.

1. De acuerdo a las facultades que les confiere el D.S. N° 3, de 1984, del Ministerio de Salud, las COMPIN y las ISAPRE deberán exigir siempre que al presentar la licencia médica tipo 4 para su autorización, se acompañe fotocopia del cuaderno de control de la o el niño sano, que incluya la curva pondoestatural, o el carnet de control de niño/a sano/a, sin perjuicio de que se solicite a la madre o quien haga uso del derecho, que acompañe el original de tales documentos a la COMPIN o ISAPRE, según corresponda, *“e informe del médico tratante, que contenga los siguientes elementos: la sintomatología clínica que fundamenta el diagnóstico, los tratamientos realizados para controlar el RGE, y la evolución en relación a los tratamientos efectuados. Si dicho informe contiene la curva pondoestatural o los datos para su confección, no será necesario exigirla por separado”.*
 - ▶ Estos antecedentes clínicos permiten acreditar la existencia de repercusiones en el desarrollo pondoestatural de la o el lactante, y en tal caso, justificar la autorización de licencias médicas.
 - ▶ Si a juicio del médico contralor la situación clínica de la o el menor lo amerita, se podrá autorizar licencias médicas con los antecedentes ya señalados, sin exigencia de exámenes de especialidad. En caso contrario, el contralor deberá exigir informe de gastroenterólogo infantil“ o en su ausencia del pediatra general”, que indique los fundamentos del diagnóstico de ERGE, como también la existencia de patologías asociadas, certificadas mediante los exámenes “o informes médicos” correspondientes.
 - ▶ La radiografía de esófago, estómago y duodeno es útil para descartar alteraciones anatómicas del tracto digestivo alto, pero no está indicada para el seguimiento ni la determinación de la magnitud del reflujo, siendo innecesaria su repetición para estos fines.

2. Reflujo Gastroesofágico asociado a otras patologías graves de la o el niño menor de un año

“Existe un grupo de niños que son portadores de patologías potencialmente graves, que concomitantemente presentan RGE. Estos lactantes constituyen un grupo vulnerable que requiere cuidados especiales, que justifica la autorización de licencias médicas, en los cuales el RGE no es la afección principal”

- a Las licencias médicas por RGE en niños/as prematuros/as extremos, niños/as con patologías genéticas y/o congénitas asociadas (síndrome de Down, malformaciones congénitas, enfermedades metabólicas), o con afecciones musculares y/o neurológicas (miopatías, parálisis cerebral, etc.), deberán autorizarse por todo el primer año de vida, ya que requieren del cuidado directo de la madre, padre o guardador, según corresponda.
- b En estas situaciones se deberá exigir al menos inicialmente, que se acompañen los antecedentes de respaldo de la patología asociada, tales como informes de especialistas y de exámenes complementarios, epicrisis de hospitalizaciones para estudio, cuidados neonatales, por complicaciones o intervenciones quirúrgicas, en caso de corresponder.
- c Las licencias médicas por RGE asociado a síndrome apneico, se deben autorizar por el período que el neurólogo pediatra tratante estime necesario, durante el primer año de vida. En estos casos se requiere de estudio e informe de neurólogo pediatra y acompañar las hojas de atención en los Servicios de Urgencia y/o epicrisis correspondientes.

Las licencias médicas por RGE asociado a enfermedades respiratorias, se justifican médicamente por el período agudo.

Si la enfermedad respiratoria es recurrente o crónica (SBOR, asma, bronconeumonías a repetición), se deberán adjuntar informes de “médico pediatra o especialista broncopulmonar.”

Y/o epicrisis. Es aconsejable que dentro de las medidas para mejor resolver, se realice un peritaje programado del lactante, para acreditar la existencia de la patología respiratoria crónica.

3. Acceso a especialistas

En los casos en que estas instrucciones exigen el informe de un pediatra especialista, y en la región no exista acceso oportuno a la atención de éste, se deberá tener la debida flexibilidad para aceptar dicho informe de parte de un médico no especialista.

4. Cumplimiento de reposo

Teniendo presente que el permiso por enfermedad grave de la o el niño menor de un año, tiene por objeto que la madre o quien hace uso del beneficio lo cuide personalmente, la ausencia de dicha persona del lado del lactante justifica el rechazo de la licencia médica, salvo que se acredite una situación de fuerza mayor que lo justifique.

Alergia a la proteína de la leche

Atendida la importancia que ha adquirido esta condición de salud, se dictó la [Circular 3190](#) que se transcribe a continuación con algunas modificaciones a su texto original y que dicen relación a concordancia de textos y uso de lenguaje inclusivo:

- De acuerdo a las facultades que le confieren a esta Superintendencia las Leyes N°s. 16.395 y 18.418 y el D.F.L. N° 150, de 1981, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, se ha estimado pertinente impartir instrucciones respecto de los criterios, antecedentes y fundamentos que deben considerarse para pronunciarse respecto de licencias médicas por enfermedad grave del niño menor de un año, que sean otorgadas por alergia a la proteína de la leche de vaca.
- El artículo 199 del Código del Trabajo establece un permiso por enfermedad grave de un/a niño/a menor de un año, en favor de la madre o padre, o de alguna de las demás personas que la misma norma señala, que dará derecho a subsidio por incapacidad laboral si se cumplen los requisitos pertinentes, o remuneración en su caso, para lo que se deberá emitir una licencia médica, respecto de cuya procedencia deberá pronunciarse la COMPIN o la ISAPRE, de acuerdo al sistema de salud que corresponda.
- La circunstancia de padecer el menor de una enfermedad grave, se debe acreditar mediante informes médicos y exámenes complementarios.

1. Consideraciones generales sobre diagnóstico de Alergia a Proteína de Leche de Vaca (APLV)

La Alergia a la Proteína de leche de vaca (APLV) es una reacción de Hipersensibilidad iniciada por un mecanismo inmunológico específico, que puede ser medida por IGE, por Linfocitos T o ser mixta.

Es más frecuente en primer año de vida y su incidencia es de 2 a 7,5% de niños menores de un año. En Niños alimentados por leche de la madre la incidencia es de 0,5%.

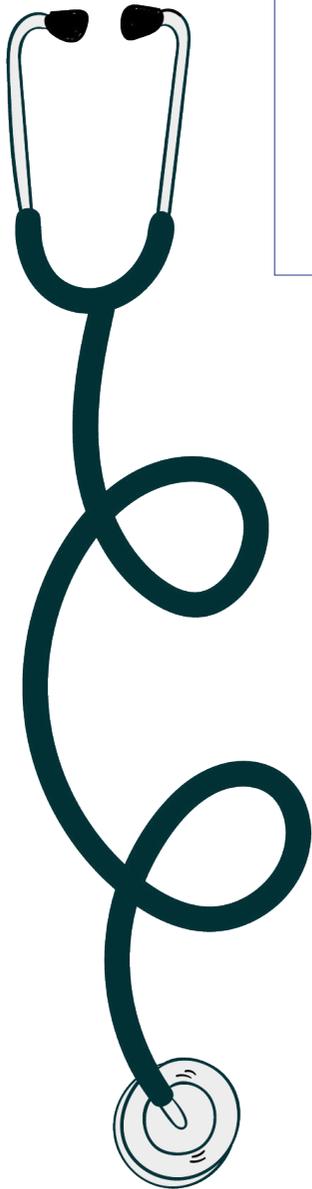
Esta patología es clasificada en Código CIE 10: T 78.1 (Otra reacción adversa a alimentos, no clasificada en otra parte.



Los Gastroenterólogos infantiles, manejan la siguiente codificación:

- K 52 Otras Colitis y Gastroenteritis no infecciosas
- K 52.2 Colitis y Gastroenteritis alérgicas y dietéticas (Colitis o Gastroenteritis por hipersensibilidad a los alimentos)

Metodología diagnóstica



Sospecha clínica:

El diagnóstico de alergia a la proteína de leche de vaca es fundamentalmente clínico y supone tres fases:

- Supresión de ingestión de proteína de leche de vaca.
- Respuesta clínica a la supresión de la ingestión de leche de vaca.
- Contraprueba o test de provocación a la introducción de pequeñas cantidades de leche de vaca o alimentos que la contengan.

Formas clínicas de presentación, según el mecanismo inmunológico en juego:

- Reacción inmediata, medida por IgE = Síndrome de alergia oral= prurito, edema de labios, lengua o paladar o exantema o urticaria.
- Reacción intermedia medida por Linfocitos T: Síndrome de enterocolitis: Diarrea, deshidratación, acidosis, hipotonía, letargia que aparece 1 a 3 horas después de la ingesta de Leche de Vaca.
- Reacción retardada medida por Linfocitos T: Enteropatía crónica = diarrea crónica, mal absorción intestinal, esteatorrea, anemia, retraso de crecimiento, hipoalbuminemia.
- Reacción intermedia o retardada no medida por IgE:
 - **Proctitis o proctocolitis:** Es la forma más frecuente en primer trimestre y en alimentados a pecho exclusivo. Niños/as se ven saludables, pero aparece mucosidad y sangre en deposiciones.
 - **Esofagitis eosinofílica:** se presenta como un RGE que no responde a medidas anti reflujo.
 - **Gastroenterocolitis eosinofílica:** Diarrea, sangre en deposiciones malabsorción.

Estos 2 últimos síndromes se comprueban por endoscopia y biopsia.

Otras formas de presentación:

Vómitos RGE símil, Constipación, Irritabilidad, cólicos, urticarias extensas, rinitis, hiperreactividad bronquial, asma.

Respuesta clínica del paciente a la supresión de la ingesta de Leche de Vaca

El paso siguiente en el proceso del diagnóstico de probable alergia a la proteína de Leche de Vaca, es observar la respuesta clínica a la supresión de la ingestión de leche de vaca en el o los síntomas que despertaron la sospecha de Alergia a la Proteína de leche de vaca. Si los síntomas no desaparecen en el curso de 2 semanas, debe descartarse este diagnóstico. Por el contrario, si el o los síntomas sospechosos desaparecen la presunción de alergia a la proteína de leche de vaca se afirma.

En los casos en que la o el niño es alimentado exclusivamente con leche materna, debe suprimirse en la dieta materna la ingestión de leche de vaca o alimentos preparados que contengan esta leche y observar el efecto de esta medida en la supresión o no de los síntomas sospechosos. Si en las siguientes 2 semanas no se observa mejoría, el diagnóstico de alergia a proteína de leche de Vaca debe descartarse.

Reaparición de síntomas o signos sospechosos con reintroducción de pequeña cantidad de Leche de vaca y observar si reaparecen síntomas o signos

En cuadros moderados o graves o de sospecha de anafilaxia (síndrome de alergia oral) el test de provocación debe hacerse con paciente hospitalizado.

En cuadros leves puede hacerse en forma ambulatoria y no antes de 4 a 6 semanas después de haber suprimido la leche de vaca de la dieta.

La medición de la IgE específica puede ser útil, pero no reemplaza a la prueba de supresión y provocación. Esta última debe hacerse 4 a 6 semanas después de haberse suprimido la leche de vaca.

2. Licencias médicas otorgadas en niño o niña menor de un año, otorgadas por alergia a la proteína de la leche de vaca

El informe adicional del médico o del especialista que ha otorgado la licencia médica deberá incluir:

- a Antecedentes de alergia en progenitores
- b Cuadro clínico de sospecha: presencia de síntomas de sospecha
- c Tipo de alimentación que recibía la o el lactante cuando se sospechó el diagnóstico
- d Efecto de la supresión de Leche de Vaca en la alimentación del lactante con síntomas que motivaron sospecha. En estos casos se debe dejar al niño en alimentación exclusiva con leche materna o fórmulas a base de leche de vaca extensamente hidrolizadas (FHe) y el efecto de lo anterior medido en las siguientes dos semanas.
- e En la o el niño alimentado a pecho: efecto de la supresión de leche de vaca y alimentos que la contengan en la dieta de la madre en las siguientes 2 semanas.
- f Efecto de la reintroducción de pequeña cantidad de Leche de Vaca en la dieta del lactante o en la dieta materna.
- g Resultado de medición de IgE específico (endoscopía y biopsia según el caso).
- h Curva de crecimiento pondoestatural o fotocopia de carnet de control de la o el lactante que incluya peso y talla.
- i Si es posible, resultado de la medición de IgE específica.
- j El Test de hemorragias ocultas puede ser útil en el seguimiento de esta patología, pero no en el diagnóstico.

3. Acceso a especialistas

En los casos en que estas instrucciones exigen el informe de un pediatra especialista, y en la región no exista acceso oportuno a la atención de éste, se deberá tener la debida flexibilidad para aceptar dicho informe de parte de un médico no especialista. La dificultad de acceso deberá acreditarse con los documentos pertinentes, tales como órdenes de interconsultas, listas de espera, etc.

⁵ https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000400012, 31 de enero de 2020

4. Cumplimiento del cuidado del niño o niña.

Teniendo presente que el permiso por enfermedad grave del niño/a menor de un año, tiene por objeto que la madre o quien hace uso del beneficio lo cuide personalmente, la ausencia de dicha persona del lado de la o el lactante justifica el rechazo de la licencia médica, salvo que se acredite una situación de fuerza mayor que lo justifique.



Síndrome bronquial obstructivo

Esta patología de importante prevalencia en los/as menores de un año, también ha sido regulada. Para estos efectos se instruyó en la [Circular 3188](#) con algunas modificaciones a su texto original y que dicen relación a concordancia de textos y uso de lenguaje inclusivo:

De acuerdo a las facultades que le confieren a esta Superintendencia las Leyes N°s. 16.395 y 18.418 y el D.F.L. N° 150, de 1981, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, se ha estimado pertinente impartir instrucciones respecto de los criterios, antecedentes y fundamentos que deben considerarse para pronunciarse respecto de licencias médicas por enfermedad grave de la o el niño menor de un año, que sean otorgadas por síndrome bronquial obstructivo.

El artículo 199 del Código del Trabajo establece un permiso por enfermedad grave de un/a niño/a menor de un año, en favor de la madre o padre, o de alguna de las demás personas que la misma norma señala, que dará derecho a subsidio por incapacidad laboral si se cumplen los requisitos pertinentes, o remuneración en su caso, para lo que se deberá emitir una licencia médica, respecto de cuya procedencia deberá pronunciarse la COMPIN o la ISAPRE, de acuerdo al sistema de salud que corresponda.

La circunstancia de padecer el menor de una enfermedad grave, se debe acreditar mediante informes médicos y exámenes complementarios.



Consideraciones generales sobre síndrome bronquial obstructivo recidivante de la o el lactante

1. **Factores anatómicos de la mayor frecuencia de obstrucción bronquial en el lactante:**
 - a) Menor calibre árbol bronquial y menor lumen de vía aérea.
 - b) Vía aérea más corta.
 - c) Mas glándulas mucosas por unidad de superficie > mayor tendencia a hipersecreción mucosa.
 - d) Mayor hiperreactividad bronquial a los agentes contaminantes inhalados.

2. Factores fisiopatológicas

Se ha demostrado que el nivel de función pulmonar de algunos lactantes que presentan obstrucción pulmonar está disminuido en forma congénita. Es decir algunos lactantes nacen con una vía bronquial más pequeña que los predispone presentar obstrucción bronquial. Esta alteración de la función pulmonar se corrige con la edad, por el crecimiento de la vía respiratoria, mejorando en el segundo semestre de la vida.

3. Factores epidemiológicos

- **Contaminación ambiental o intradomiciliaria:** tabaquismo, uso de calefactores que producen mala combustión o situaciones derivadas de contaminación ambiental.
- **Meses fríos:** Alza en la circulación de virus que atacan la vía respiratoria.

4. Factores personales o familiares:

- a **Factores protectores:** lactancia materna, buen estado nutricional
- b **Factores de riesgo:** antecedentes familiares de alergia o asma, mal estado nutricional, malformaciones congénitas cardíacas o pulmonares, deficiencia inmunológica, concurrencia a lugares o recintos cerrados con aglomeración de personas, asistencia a sala cuna.

5. Clasificación de los Cuadros obstructivos Bronquiales en la o la lactante de acuerdo su etiología. Se reconocen tres grupos:

- a **Los asociados a infección viral (bronquiolitis):** VRS, Parainfluenza, Influenza, Adenovirus). Posterior a este episodio aparecen cuadros recurrentes de obstrucción bronquial. Son los más frecuentes.
- b **Asma bronquial del lactante En que se reconocen:** antecedentes de alergia personal o familiar y en algunos casos SBOR desencadenado por infecciones virales.
- c **Obstrucción bronquial secundaria a causas precisas. Mas raras: (<10%):** Fibrosis quística, cardiopatías congénitas con shunt I-D, malformaciones pulmonares.

6. Cuadro Clínico:

Tos, sibilancias, espiración prolongada, aumento del diámetro AP del tórax, retracción costal, hipersonoridad a la percusión.

7. Radiografía de tórax:

Todo lactante con SBOR debe tener en algún momento de su evolución una radiografía de tórax, la que puede demostrar hiperinsuflación, (Hipertransparencia, aplanamiento diafragmático, aumento espacio retroesternal), aumento trama intersticial y peribroncovascular, atelectasias segmentarias y subsegmentarias. También podría mostrar algunas malformaciones como relajación diafragmática, hernias diafragmáticas, desviaciones traqueales, entre otras.

8. Clasificación según gravedad:

- a **SBOR leves:** Episodios obstructivos: < de 1 por mes. No alteran calidad de vida del lactante. Manejo y respuesta fácil a broncodilatadores beta agonistas: Salbutamol, y KTR. Pueden ser manejados por médicos de atención primaria.

En este caso se puede otorgar licencia médica por episodios agudos, no mayores a 7 días.

- b **SBOR moderados:** > de 1 por mes o Sibilancias persistentes durante 1 mes o más. (10% de casos). Tos nocturna, con despertar ocasional, tos con el llanto, la risa, la alimentación o el ejercicio, sin presentar dificultad en la alimentación.

Puede haber tenido consultas en Servicios de Urgencia u Hospitalizaciones en U.T. Intermedio.

En estos casos el menor debe ser referido a especialista. Los períodos de licencias dependerán de la respuesta a los medicamentos, uso de corticoides y/o kinesioterapia respiratoria frecuente.

- c **SBOR Graves o avanzados (1% de los casos)**

Síntomas permanentes o que se presentan más de una vez por semana, exacerbaciones agudas graves que requieren Hospitalización en U.C.I. Tos nocturna. Dificultad en la alimentación tos con llanto, risa, ejercicio y alimentación, compromiso del crecimiento ponderal.

Estos lactantes deben ser tratados por especialistas y deben ser derivados a Salas de IRA o a Programas de IRA GES. En estos casos es fundamental la búsqueda de causas secundarias al SBOR. Las licencias médicas post las hospitalizaciones dependerán de las indicaciones dadas al alta.

Síndrome Bronquial Obstructivo y permiso por enfermedad grave de la o el niño menor de un año

El otorgamiento de permiso para el cuidado del menor dependerá de la gravedad de la enfermedad respiratoria obstructiva y de elementos clínicos que se señalan más adelante, con algunas modificaciones a su texto original y que dicen relación a concordancia de textos y uso de lenguaje inclusivo:

En el caso de licencias otorgadas por Síndrome Bronquial Obstructivo de niño o niña menor de un año, deberán acompañarse un informe médico que contenga los siguientes elementos clínicos que permitan calificar la gravedad y características de enfermedad y en consecuencia la duración de éstas:

1. Frecuencia de episodios obstructivos bronquiales en el mes.
2. Existencia de factores de riesgo: como Haber nacido prematuramente y haber sido requerido hospitalización por Displasia broncopulmonar en período neonatal, Bronquiolitis por VRS en primeros 3 meses de vida.
3. Existencia de Factores epidemiológicos: contaminación intradomiciliaria. Tabaquismo, calefacción contaminante, exposición a infecciones respiratorias, época del año.
4. Estado nutricional (curva pondoestatural o fotocopia del carnet de control del niño en que conste peso y talla).
5. Antecedentes familiares de asma.
6. Necesidad de kinesioterapia respiratoria frecuente.
7. Respuesta a beta-2 agonistas.
8. Radiografía de tórax anormal.
9. Derivación a Programa IRA o tratamiento en Salas IRA.



Las licencias por Síndrome Bronquial moderadas y graves deben ser siempre otorgadas por especialistas neumonólogos pediatras (salvo cuando no haya especialista en la localidad), adjuntando informe de características de la enfermedad, tratamientos efectuados y su evolución clínica, exámenes realizados, epicrisis de hospitalizaciones y fotocopias de atenciones en Servicios de Urgencia.

Acceso a especialistas

En los casos en que estas instrucciones exigen el informe de un pediatra especialista, y en la región no exista acceso oportuno a la atención de éste, se deberá tener la debida flexibilidad para aceptar dicho informe de parte de un médico no especialista. La dificultad de acceso deberá acreditarse con los documentos pertinentes, tales como órdenes de interconsultas, listas de espera, etc.

Cumplimiento del permiso

Teniendo presente que el permiso por enfermedad grave de la o el niño menor de un año, tiene por objeto que la madre o quien hace uso del beneficio lo/la cuide personalmente, la ausencia de dicha persona del lado de la o el lactante justifica el rechazo de la licencia médica, salvo que se acredite una situación de fuerza mayor que lo justifique.

Niños Prematuros

En Chile, cada año nacen un número importante de niños/as prematuros, los que pueden traer aparejado un alto nivel de mortalidad, si no se realizan los cuidados adecuados, es por ello, que esta temática fue abordada por la [Circular 2822](#), en los términos que siguen, los que sólo se han modificado, en lo que dice relación con el lenguaje inclusivo:

De acuerdo a las facultades que le confieren a esta Superintendencia las Leyes N°s. 16.395 y 18.418 y el D.F.L. N° 150, de 1981, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, se ha estimado pertinente impartir instrucciones para la autorización respecto de las licencias médicas por enfermedad grave de niños/as menores de un año, nacidos/as prematuramente.

Concepto de niños prematuros

Para los efectos de esta Circular, se califican como niños/as prematuros/as los que hayan nacido antes de las 33 semanas de gestación o que al nacer tengan un peso igual o menor a 1500 gramos.



Autorización de licencias médicas tipo 4 en niños/as nacidos prematuramente

Las licencias médicas por enfermedad grave de niños/as menores de un año, sean de término o prematuros, solamente pueden presentarse después del término del descanso postnatal parental de 12 semanas; o bien durante el transcurso o al término del descanso postnatal parental a tiempo parcial de 18 semanas.

Si durante el transcurso del descanso postnatal parental a tiempo parcial procede emitir una licencia médica tipo 4 a la madre trabajadora, debe otorgarse el reposo en forma total, de modo que le otorgue el derecho a ausentarse de su trabajo durante todo el tiempo que le corresponde prestar servicios.

La prematurez es una de las variables más importantes que determina la morbilidad y mortalidad de los/as recién nacidos y lactantes. Es una condición que por sí misma, o por estar asociada a determinadas enfermedades pone en riesgo la vida de la o el menor, lo que justifica el cuidado personal de la madre o cuidador/a, y en consecuencia su asimilación al concepto de enfermedad grave de la o el niño menor de un año.

De acuerdo a lo anterior, para la procedencia y autorización de licencias médicas tipo 4 de niños/as prematuros, se imparten las siguientes instrucciones:

1. Situaciones en las cuales corresponde autorizar sin condiciones las licencias médicas tipo 4.

- a** Haber nacido con menos de 28 semanas de gestación o un peso de nacimiento igual o menor a 1000 gramos.
- b** Haber nacido producto de un embarazo múltiple, antes de las 33 semanas de gestación, y que haya sobrevivido al menos un/a hijo/a.
- c** Estar asociado a una Cardiopatía Congénita u otra Malformación mayor (de acuerdo a CIE-10), en espera de cirugía reparadora.

Lo señalado anteriormente, no implica que este tipo de licencias médicas no quede sujeto a la normativa del D.S. N° 3, de 1984, del Ministerio de Salud, en materia de plazos y demás condiciones.

2. Situaciones patológicas asociadas a la prematurez, en las cuales la autorización de licencias médicas requiere reevaluaciones mensuales.

- Cardiopatías Congénitas que sólo requieren controles cardiológicos periódicos.
- Displasia broncopulmonar oxígeno dependiente.
- Síndrome Bronquial Obstructivo Recidivante, con necesidad de terapia de inhaladores y kinesioterapia respiratoria al presentar exacerbaciones.
- Prematuro/a nacido/a con mas de 28 semanas y/o peso mayor a los 1000 gramos, que antes de cumplir el primer año de vida enfrente el período epidémico invernal de infecciones respiratorias agudas. Quedan fuera de este beneficio aquellos nacidos con una edad gestacional igual o mayor a las 35 semanas.
- Patologías asociadas a la prematurez, que tengan indicación de las siguientes terapias:
 - Soporte respiratorio vital (Ventilación Mecánica o BIPAP).
 - Trastorno motor neurológico que requiere terapia física.
 - Hipoacusia neurosensorial que requiera audífono y terapia auditiva.
 - Derivaciones quirúrgicas del tubo digestivo (para alimentación o de descarga), o de la vía aérea.

3. Antecedentes que deberán adjuntarse a la licencia médica.

La licencia médica deberá incluir el diagnóstico de Prematurez, especificando la edad gestacional y el peso al nacer. Además, en las situaciones que corresponda, deberá acompañarse un informe médico con los diagnósticos de las patologías asociadas, la evolución clínica y los tratamientos efectuados y/o la o las Epicrisis de la hospitalización(es), en su caso.

4. Duración de las licencias médicas.

El inciso segundo del artículo 18 del D.S. N° 3, de 1984, del Ministerio de Salud, dispone que las licencias por enfermedad grave de niño/a menor de un año se autorizarán por períodos de hasta siete días corridos, prorrogables por iguales lapsos. Cuando las licencias así prorrogadas sobrepasan de un total de treinta días corridos, el reposo posterior que se conceda podrá extenderse por todo el período que se estime necesario.

Por tanto, al inicio del reposo por enfermedad grave de la o el niño menor de un año, en caso de ser procedente, deberán emitirse cinco licencias consecutivas, cada una por siete días corridos; posteriormente podrán extenderse por el período que cumpla con las instrucciones señaladas en los números 1 y 2 del punto II de la presente Circular, es decir, por el tiempo que se estime necesario en las situaciones del numeral 1, y por no más de 30 días cada una, en las situaciones del número 2, sin que en caso alguno puedan sobrepasar del día anterior al cumplimiento del primer año de vida.

Jurisprudencia –SUSESO

Criterios Jurídicos



Beneficiario

Para que el padre pueda hacer uso de una licencia médica por enfermedad grave de la o el niño menor de un año es necesario que tanto él como la madre tengan la calidad de trabajadores/as, ya sea que coticen como dependientes o independientes y que la madre manifieste su voluntad en orden a que sea el padre quien haga uso de dicha licencia médica. ([Dictamen 3087-2020](#))

Que, en la especie, esta Superintendencia advierte que el/a interesado/a tiene derecho a que se le emitan licencias médicas por enfermedad grave de su hijo/a, debido a que dicho beneficio opera en virtud de una delegación que la madre trabajadora efectúa al momento en que la o el médico tratante, va a emitir la licencia médica. Es decir, que, en dicho momento, a elección de la madre, el padre podrá utilizarla y no ella, siendo clave que la madre en ese momento tenga la calidad de trabajadora. ([Dictamen 28438-2018](#))

Los beneficios de protección a la maternidad que el legislador ha contemplado son el descanso prenatal, el descanso postnatal, el permiso postnatal parental y el permiso por enfermedad grave de la o el niño menor de un año. Estos beneficios son otorgados a la madre trabajadora en su calidad de tal, como también en algunos casos al padre trabajador, sin que se atienda al hecho que exista matrimonio o un acuerdo de unión civil, toda vez que son beneficios dirigidos a proteger la maternidad, la paternidad y la vida familiar. ([Dictamen 54727-2015](#))

Reposo

Las licencias médicas por enfermedad grave de niño/a menor de un año, a diferencia de aquellas emitidas por una patología psiquiátrica, que permiten deambular para propender al más pronto restablecimiento de la salud de la persona, son otorgadas a la madre o al padre con autorización de la madre, para que el reposo sea cumplido en el o los domicilios que indique el médico emisor y sólo en casos excepcionales, esta Superintendencia ha estimado que por razones de fuerza mayor o caso fortuito, la

madre o padre que está al cuidado de su hijo/a afectado por una patología que amerite este tipo de reposo, puede ausentarse del domicilio, siempre en compañía del niño o niña que motiva la licencia médica (como por ejemplo, la compra de alimentos si carece de una red de apoyo familiar). ([Dictamen 5660-2019](#))

Causante

En la especie, en la Sección A. A.2 de la licencia médica en cuestión, consta que su hijo/a nació el 10 de mayo de 2010 y cumplió un año de edad el 10 de mayo de 2011. Desde esta data, su hijo/a es mayor de un año y en conformidad a las normas ya citadas, no procede la autorización de la licencia médica señalada por enfermedad grave de su hijo/a, ya que no se da cumplimiento al requisito establecido por las citadas normas legales y reglamentarias. ([Dictamen 54155.2013](#))

Concepto de Patología Grave

Sobre el particular, cumpla con manifestar a usted que, sometido nuevamente su caso al análisis del Departamento Médico de esta Superintendencia, informó que mediante el Oficio citado en Concordancias, se indicó que, en base a los antecedentes aportados, las alteraciones que sufrió su hijo/a eran de carácter leve a moderado y no grave, de acuerdo a lo que exige el D.S. N°3, citado en Fuentes. Señala que, en un nuevo informe, el neurólogo tratante refiere que tal diagnóstico debe ser considerado como enfermedad grave en hijo/a menor de un año. Sin embargo, el diagnóstico de “síndrome piramidal” implica un trastorno motor que puede ser leve, moderado o grave. En este caso, el solo informe de un “aumento” del tono muscular, sin otras alteraciones asociadas, no permite catalogarlo como grave. Por otra parte, no es entendible que si es considerado grave se le indique a la madre reposo a jornada parcial independientemente de las consideraciones invocadas por la misma, ajenas a la salud del lactante, que en este caso es lo que debe prevalecer. ([Dictamen 71974-2013](#))

A modo de palabras finales

Mucho se ha dicho sobre la importancia de impulsar el empleo femenino, de los retrocesos que sufre cada vez que hay deberes de cuidado hacia familiares enfermos o hijos, como lo ha desnudado, por ejemplo la Pandemia del Covid-19.

Frente a ello, es necesario establecer herramientas desde la seguridad social, que abran puertas.

El beneficio de enfermedad grave que nació siendo un derecho para proteger el empleo de las madres, en el evento de una enfermedad del hijo, ha ido mutando y abriéndose con el tiempo a la corresponsabilidad. De hecho, esa es la postura de este Servicio, quien entiende que los beneficios de protección a la maternidad que el legislador ha contemplado dentro de los que se enmarca el permiso por enfermedad grave de la o el niño menor de un año, si bien son beneficios otorgados a la madre trabajadora en su calidad de tal, nada impide que sea traspasado al padre trabajador, sin que se atienda al hecho que exista matrimonio o un acuerdo de unión civil, o bien se haya entregado judicialmente el cuidado del menor a un tercero, toda vez que son beneficios dirigidos a proteger la maternidad, la paternidad y la vida familiar, con las múltiples posibilidades que estas expresiones ofrecen. ([Dictamen 54727-2015](#))

Si bien existe claridad que la corresponsabilidad parental aún no es una realidad nacional, de hecho, las labores cotidianas del hogar, que incluye el cuidado de los menores que en un porcentaje mayoritario, está a cargo de mujeres; si ha ido ganando espacio, y desde la seguridad social, pretendemos ser un aporte para que adquiera mayor relevancia con herramientas de soporte. Ello, pues no son necesarios solamente cambios en la dinámica del hogar, sino que también en la visión del cuidado de los hijos que se tenga en el mundo laboral, en el educacional, (por ejemplo, no sólo la mujer es apoderado del colegio) y como las buenas intenciones no bastan, también con herramientas que permitan aterrizar esa necesidad.

La Guía que se está lanzando, nuestro aporte formal a este tema, consta de varias secciones, la primera que cuenta cómo nació este beneficio, la segunda que nos muestra estadísticas, la tercera nos reseña instrucciones particulares que hemos dictado, en atención a la enfermedad de que se trata, y que de alguna manera, fijan estándares de atención de salud, y una última sección en la que se da cuenta lo que vía jurisprudencial hemos señalado, entregando herramientas que colaboren y destaquen, la importancia de la corresponsabilidad.

