Licencias médicas por enfermedad común

Diseño y mecanismos de control en la legislación comparada

Autoras

Pamela Cifuentes
pcifuentes@bcn.cl

Daniela Santana
dsantana@bcn.cl

Comisión

Elaborado para la Comisión de Salud del Senado en el marco de la discusión del proyecto de ley que Modifica el periodo de carencia del subsidio de incapacidad laboral por accidente o enfermedad común, introduce modificaciones en su aplicación al sector público, fortalece las facultades de las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez, y modifica las normas que indica de Salud" (Boletín N° 17678-11)

Nº SUP: 153349

Resumen

El presente documento analiza, en perspectiva comparada, la regulación de las licencias médicas por enfermedad común. El informe comprende trece países: Argentina, Australia, Colombia, España, Finlandia, Francia, México, Noruega, Nueva Zelanda, Países Bajos, Perú, Portugal y Uruguay.

Los hallazgos revelan que todos los países examinados contemplan algún mecanismo de subsidio por incapacidad laboral, aunque con diferencias relevantes en su diseño. En cuanto a la distribución de responsabilidades, algunos sistemas radican la carga íntegramente en el empleador durante períodos prolongados (Argentina, Países Bajos), mientras que otros la distribuyen entre empleador y seguridad social (Colombia, España, Finlandia, Francia, Noruega, Perú) o la asignan exclusivamente a la seguridad social desde una etapa temprana (Portugal, Uruguay). Tres países no contemplan seguro estatal de enfermedad para la enfermedad común: Australia, Nueva Zelanda y México.

Los requisitos de acceso a la prestación también varían significativamente: mientras algunos sistemas otorgan cobertura desde el inicio de la relación laboral sin exigir cotización mínima (Argentina, Australia, Países Bajos, Nueva Zelanda), otros requieren 4 semanas de actividad o cotización (Noruega y Colombia), o hasta 6 meses (España, Portugal y Uruguay). En cuanto a la tasa de reemplazo, los sistemas varían entre el pago íntegro del salario (Argentina, Noruega) y tasas parciales fijas o progresivas según la duración de la licencia (Colombia, España, Portugal). Respecto a los períodos de carencia, se observa su presencia en España, Francia, México, Portugal y Uruguay, mientras que otros sistemas contemplan cobertura desde el primer día (Argentina, Australia, Colombia, Finlandia, Noruega, Nueva Zelanda, Perú).

Adicionalmente, los hallazgos evidencian la existencia de diversos instrumentos orientados a contener el uso excesivo o injustificado de las licencias médicas. Estos mecanismos operan tanto sobre el trabajador, mediante períodos de carencia, tasas de reemplazo, verificaciones médicas y sanciones por incumplimiento, como sobre el empleador, a través de obligaciones activas de gestión del retorno al trabajo, cuyo incumplimiento puede dar lugar a sanciones económicas, como ocurre en Países Bajos y Noruega.

Introducción

El presente informe ha sido elaborado para la Comisión de Salud del Senado, en el marco de la discusión del proyecto de ley contenido en el Boletín N° 17678-11, que modifica el período de carencia del subsidio por incapacidad laboral por accidente o enfermedad común, introduce ajustes en su aplicación al sector público y fortalece las facultades de fiscalización de las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez, entre otras materias. En este contexto, el informe tiene por objeto entregar antecedentes de legislación comparada sobre las licencias médicas por enfermedad común, con especial énfasis en el subsidio por incapacidad laboral que recibe la persona trabajadora y en la duración máxima de dichas licencias.

Dado que el análisis abarca trece países con sistemas de diseño heterogéneo, se optó por sistematizar la información en una tabla comparativa, lo que permite tanto comparar transversalmente un mismo parámetro, por ejemplo, los períodos de carencia, como examinar, por país, el diseño completo de cada sistema.

La tabla incluye los siguientes países: Argentina, Australia, Colombia, España, Finlandia, Francia, México, Noruega, Nueva Zelanda, Países Bajos, Perú, Portugal y Uruguay, y organiza la información en torno a cinco parámetros de análisis[1]:

1. Requisitos de acceso a la prestación, incluyendo los períodos mínimos de afiliación y cotización exigidos.
2. Días de licencia médica pagados por el empleador, como cobertura inicial durante los primeros días de la licencia.
3. Período de carencia, entendido como los días iniciales en que no se devenga subsidio o este se encuentra sujeto a condiciones específicas.
4. Cobertura por la seguridad social (duración y tope), correspondiente al período máximo durante el cual el sistema de seguridad social financia el subsidio por incapacidad laboral.
5. Tasa de reemplazo, esto es el porcentaje del ingreso que la persona trabajadora mantiene durante la licencia médica.

En segundo lugar, se incorpora también un análisis transversal de los mecanismos que los distintos sistemas contemplan para contener el uso excesivo o injustificado de las licencias médicas, incluyendo medidas económicas de desincentivo, mecanismos de verificación médica, sanciones al trabajador y obligaciones de reintegración impuestas al empleador.

Finalmente, el informe incluye un apartado de conclusiones que sintetiza los principales hallazgos del análisis comparado en relación con la distribución de responsabilidades entre empleador y seguridad social, la tasa de reemplazo, los períodos de carencia y la duración máxima de las prestaciones.

[1] Para su elaboración se revisaron las principales normas laborales y de seguridad social aplicables a trabajadores dependientes del sector privado. Cabe tener presente que, en algunos países, los convenios colectivos pueden establecer condiciones más favorables, tales como una mayor cobertura de remuneraciones o períodos más extensos de licencia médica. Las notas al pie complementan la información con antecedentes normativos adicionales.

I. Comparación de los sistemas de licencia médica

A continuación, se presenta una tabla comparativa que detalla las principales características de diseño de las licencias médicas por enfermedad común en los trece países seleccionados, distinguiendo cinco parámetros:

Tabla N° 1. Comparación de los sistemas de licencias médicas

País	Requisitos de acceso a la prestación[2]	Días pagados por el empleador	Período de carencia[3]	Cobertura por Seguridad Social (Duración y tope)	% Remuneraciones pagadas (Tasa de reemplazo)
Argentina[4]	Sin requisito de cotización mínima. El derecho a la prestación surge de la relación laboral vigente (arts. 208-213).	Según antigüedad (menor o mayor a 5 años) y cargas familiares: - 3 meses (sin cargas, menor a 5 años); - 6 meses (sin cargas, 5 años o más); - 6 meses (con cargas, menor a 5 años); - 12 meses (con cargas, 5 años o más).	No aplica (pago desde el primer día)	No aplica (pago a cargo del empleador; luego reserva del empleo por 1 año sin remuneración)	100% (remuneración íntegra)
Australia[5]	Sin requisito de cotización mínima. El derecho surge de la relación laboral vigente.	10 días por año (acumulables para el año siguiente si no se usan)	No aplica (pago desde el primer día)	No aplica. Sin subsidio; lo que sí existe es protección frente al despido por enfermedad	100% (salario base)

[2] Cuando corresponda, se distinguen los requisitos para el tramo del empleador y para el subsidio de seguridad social.
[3] Días sin cobertura de remuneración o subsidio.
[4] El régimen de licencias por enfermedad común en Argentina se encuentra regulado en los artículos 208 a 213 de la Ley de Contrato de Trabajo N° 20.744.
[5] El régimen de licencias por enfermedad común en Australia se encuentra regulado en la Fair Work Act 2009, especialmente en su Parte 2-2, División 7 (secciones 96 y siguientes), y en la Fair Work Regulations 2009.

<table>
<tr><th>País</th><th>Requisitos de acceso a la prestación[2]</th><th>Días pagados por el empleador</th><th>Período de carencia[3]</th><th>Cobertura por Seguridad Social (Duración y tope)</th><th>% Remuneraciones pagadas (Tasa de reemplazo)</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>temporal, generalmente hasta 3 meses (3.01 Fair Work Regulations 2009)</td><td></td></tr>
<tr><td>Colombia[6]</td><td>Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y un mínimo de 4 semanas de aportes antes del inicio de la incapacidad (art. 2.1.13.4, Decreto 780 de 2016).</td><td>2 primeros días (Art. 1°, Decreto 2943/2013)</td><td>No aplica. La Entidad Promotora de Salud (EPS) comienza a pagar desde el 3° día.</td><td>Desde el día 3 hasta 180 días.
EPS: días 3–180
AFP: días 181–540
EPS: día 541 en adelante</td><td><table><tr><th>Días</th><th>%</th></tr><tr><td>1–2:</td><td>100%</td></tr><tr><td>3–90</td><td>66,67%</td></tr><tr><td>91–180</td><td>50%</td></tr><tr><td>181–540</td><td>según AFP[7]</td></tr></table>Piso mínimo: nunca inferior al salario mínimo legal (Corte Constitucional, sentencia C-543/07).</td></tr>
<tr><td>España[8]</td><td>180 días cotizados en los 5 años anteriores a la licencia. (arts. 169, 172 y 173 LGSS).</td><td>Días 4–15 a cargo del empleador (sin reembolso)[9].</td><td>Los 3 primeros días (Art. 173.1)</td><td>INSS: desde el 16 hasta 365 días, prorrogables hasta 180 días [10].</td><td><table><tr><th>Días</th><th>%[11]</th></tr><tr><td>1–3</td><td>0%</td></tr><tr><td>4–20</td><td>60%</td></tr><tr><td>21 en adelante</td><td>75%</td></tr></table></td></tr>
</table>

[6] El régimen de incapacidades por enfermedad común en Colombia se regula en el artículo 227 del Código Sustantivo del Trabajo, el artículo 206 de la Ley 100 de 1993 y su normativa reglamentaria, especialmente el Decreto 2943 de 2013, que asigna al empleador el pago de los dos primeros días, y el Decreto 780 de 2016. La Corte Constitucional ha condicionado la aplicación del artículo 227 a que el auxilio no sea inferior al salario mínimo legal vigente.

[7] Desde el día 181, el subsidio pasa de la EPS a la AFP, que paga el 50% del ingreso base, sujeto al concepto de rehabilitación: si es favorable, se extiende hasta aprox. el día 540; si es desfavorable, se inicia la calificación de invalidez.

[8] El régimen de incapacidades por enfermedad común en España se regula en los artículos 169 a 176 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (Real Decreto Legislativo 8/2015), que establecen las condiciones de acceso, la duración máxima (365 días, prorrogables hasta 545) y las tasas de reemplazo.

[9] El subsidio puede denegarse, suspenderse o extinguirse por fraude, trabajo durante la licencia o rechazo injustificado de tratamiento.

[10] El INSS puede emitir alta médica de oficio, incluso contra el criterio del médico tratante, obligando a la reincorporación del trabajador (art. 170)

[11] Base reguladora se calcula sobre la base de cotización del mes anterior. También se debe considerar que muchos convenios colectivos cubren hasta el 100% desde el primer día.

País	Requisitos de acceso a la prestación[2]	Días pagados por el empleador	Período de carencia[3]	Cobertura por Seguridad Social (Duración y tope)	% Remuneraciones pagadas (Tasa de reemplazo)
Finlandia[12]	Cobertura por el seguro de salud finlandés. Para el tramo del empleador (días 1-10): la tasa varía según antigüedad (100% si supera 1 mes; 50% si es inferior). Para el subsidio de Kela: no se exige período mínimo de cotización; se requiere tener entre 16 y 67 años y estar cubierto por el seguro de salud (Capítulo 8, Ley 1224/2004).	Los 10 primeros días hábiles (laborables[13]), esto es desde el inicio de la enfermedad hasta los 9 días siguientes hábiles (art. 11 Ley 55/2001)	No aplica	Kela[14] paga desde el día 11 hábil hasta un máximo de 300 días hábiles[15].	<table><tr><th>Días</th><th>%</th></tr><tr><td>1–10</td><td>100% (≥1 mes) 50% (<1 mes) *</td></tr><tr><td>11–300</td><td>25-70%**</td></tr></table> *según antigüedad del trabajador **entre 25% y 70% del ingreso anual[16]. **Mínimo garantizado**: 31 €/día hábil[17]

[12] El régimen de incapacidades por enfermedad común en Finlandia se regula en la Employment Contracts Act (Työsopimuslaki), Ley 55/2001; en la Health Insurance Act (Sairausvakuutuslaki), Ley 1224/2004, y en la Employees Pensions Act (Työntekijän eläkelaki — TyEL), Ley 395/2006. Los convenios colectivos sectoriales (työehtosopimus), de aplicación general conforme a la Ley 56/2001, amplían habitualmente la obligación del empleador a entre uno y tres meses según la antigüedad del trabajador.

[13] En Finlandia los días hábiles son de lunes a sábado, por lo que el domingo y los festivos no cuentan.

[14] Kela es la institución pública que administra la seguridad social en Finlandia. Su nombre completo es Kansaneläkelaitos.

[15] La continuidad del subsidio de Kela está sujeta al cumplimiento del denominado modelo 30-60-90, introducido mediante modificaciones a la Ley de Seguro de Salud (1224/2004) y a la Ley de Atención de Salud Ocupacional. Conforme a este modelo, el empleador debe notificar al servicio de salud ocupacional cuando la ausencia del trabajador supera los 30 días hábiles; al alcanzar los 60 días, el empleador debe solicitar el subsidio a Kela; y a más tardar al cumplirse 90 días hábiles de subsidio, el médico de salud ocupacional debe presentar a Kela una declaración sobre la capacidad laboral residual del trabajador y sus posibilidades de continuar en el empleo (lausunto työkyvystä). Esta declaración no es un certificado médico ordinario, sino una evaluación funcional que requiere la participación activa del trabajador, del empleador y del servicio de salud ocupacional. Kela puede suspender el pago del subsidio si dicha declaración no se presenta (Capítulo 8, § 5a, Ley 1224/2004).

[16] Esto se calcula por tramos progresivos (a mayor ingreso, menor porcentaje). Ingresos bajos se acercan al 70%; ingresos altos al 25% (Capítulo 11, §§ 1–2 Ley 1224/2004).

[17] Esta medida es para quienes no tienen ingresos previos o cuyo cálculo ordinario resulte inferior, activable tras 55 días continuos de incapacidad (Capítulo 11, § 7, Ley 1224/2004).

<table>
<tr><th>País</th><th>Requisitos de acceso a la prestación[2]</th><th>Días pagados por el empleador</th><th>Período de carencia[3]</th><th>Cobertura por Seguridad Social (Duración y tope)</th><th>% Remuneraciones pagadas (Tasa de reemplazo)</th></tr>
<tr><td>Francia[18]</td><td>Para el subsidio de la seguridad social (CPAM): 150 horas trabajadas en los 3 meses anteriores (licencias hasta 6 meses) o 600 horas en los 12 meses anteriores y 12 meses de afiliación (licencias de más de 6 meses) (art. R. 313-3 CSS).
Para el complemento del empleador: 1 año de antigüedad, certificado médico dentro de 48 horas y afiliación a la seguridad social (art. L1226-1 C. del T.).</td><td>Desde día 8 (Art. D1226-3 C. del T.)[19]</td><td>3 días sin pago de la seguridad social; el complemento del empleador corre desde el día 8[20].</td><td>CPAM[21] paga distinguiendo el tipo de enfermedad.

Enfermedad simple: desde día 4 hasta 360 días en un periodo de 3 años.
Enfermedad de larga duración (ALD): prestación diaria hasta 3 años por afección[22].</td><td><table><tr><th>Días</th><th>%</th></tr><tr><td>1-3</td><td>0%</td></tr><tr><td>4–7</td><td>50%</td></tr><tr><td>8 en adelante</td><td>90% → luego 66,67%[23]</td></tr></table></td></tr>
</table>

[18] El régimen de incapacidades por enfermedad común en Francia está regulado en el Code de la sécurité sociale y Code du travail
[19] El empleador tiene la facultad de verificar la veracidad de la licencia mediante una inspección médica (contre-visite), (Decreto N° 2024-692 de 2024)
[20] Dos carencias independientes. La Seguridad Social no paga días 1–3 (Art. R. 323-1, CSS); el empleador no complementa hasta el día 8 (Art. D. 1226-3, CT). Los días 4–7 el trabajador recibe solo las indemnizaciones diarias de la seguridad social (50% del salario). Los convenios colectivos suelen reducir o eliminar la carencia del empleador.
[21] Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), forma parte de la Seguridad Social, y es el organismo nacional de seguro de salud francés, a menudo denominado también Assurance Maladie.
[22] La *Affection de Longue Durée* es una categoría especial para enfermedades graves o crónicas que requieren tratamiento prolongado: cáncer, diabetes, esclerosis múltiple, insuficiencia renal, entre otras.
[23] Reciben solo los trabajadores con más 1 año de antigüedad. Sin ese requisito el trabajador recibe únicamente 50% (prestación SS). La duración del tramo al 90% y al 66,67% varía entre 30 y 90 días por tramo según antigüedad del trabajador (Arts. D. 1226-1 y D. 1226-2 C. del T.)

<table>
<tr><th>País</th><th>Requisitos de acceso a la prestación[2]</th><th>Días pagados por el empleador</th><th>Período de carencia[3]</th><th>Cobertura por Seguridad Social (Duración y tope)</th><th>% Remuneraciones pagadas (Tasa de reemplazo)</th></tr>
<tr><td>México[24]</td><td>4 semanas cotizadas inmediatamente anteriores al inicio de la enfermedad (trabajadores permanentes) o 6 semanas en los últimos 4 meses (trabajadores eventuales) (art. 97 Ley del Seguro Social).</td><td>El empleador no tiene obligación legal de pagar ningún día.</td><td>3 primeros días (art. 96)</td><td>Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS):
Desde el día 4 hasta 52 semanas. Prorrogable hasta por 26 semanas más, previo dictamen médico.</td><td><table><tr><th>Días</th><th>%</th></tr><tr><td>1-3</td><td>0%</td></tr><tr><td>4 en adelante</td><td>60% del salario base</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>Noruega[25]</td><td>Antigüedad mínima de 4 semanas con el empleador.
Para el subsidio de NAV: haber trabajado al menos 4 semanas previas a la incapacidad.
Certificado médico entregado en 14 días</td><td>16 días, pero el empleador paga únicamente los días laborables (fuera domingos, festivos, días libres según contrato) (folketrygdloven, §§ 8-18 y ss.).</td><td>Sin carencia para trabajadores asalariados (desde el día 1, empleador cubre los primeros 16 días).
16 días de carencia para trabajadores independiente</td><td>NAV (Seguridad Social):
Desde el día 17 hasta un máximo de 52 semanas (1 año), pagadas 5 días por semana (260 días hábiles)[27].</td><td><table><tr><th>Días</th><th>%</th></tr><tr><td>1-16</td><td>100% (empleador)</td></tr><tr><td>17 hasta las 52 semanas</td><td>100% (seguridad social, hasta el tope de 6 G (grunnbeløp[28])</td></tr></table></td></tr>
</table>

[24] El régimen de incapacidad por enfermedad común en México está regulado en los artículos 96 a 98 Ley del Seguro Social.
[25] El régimen de incapacidad laboral en Noruega está regulado en la Ley sobre seguro nacional *(folketrygdloven*), capítulo 8, artículos 8-1 a 8-19.
[27]La duración de la prestación depende de la edad: Menores de 67 años, hasta un máximo de 52 semanas; entre 67 y 70 años, máximo de 60 días; mayores de 70 años no se pagan prestaciones de enfermedad. La limitación a partir de los 67 años no implica un vacío de protección. En Noruega la pensión de vejez (*alderspensjon*) puede comenzar desde los 62 años y es universal desde los 67. A partir de esa edad el trabajador ya dispone de ingresos por pensión, razón por la cual el sistema reduce la prestación por enfermedad a 60 días entre los 67 y 70 años, y la suprime a partir de los 70. La pérdida de ingresos laborales por enfermedad queda cubierta por la pensión ya reconocida. Esta lógica es coherente con el principio de no acumulación de prestaciones del *Folketrygdloven*.
[28] El tope se calcula en función del *grunnbeløp* (G), unidad base del sistema de seguridad social noruego, reajustada periódicamente. A partir del 1 de mayo de 2025 equivale a 130.160 coronas noruegas (NOK), equivalentes a 11.500 dólares aproximadamente.

País	Requisitos de acceso a la prestación[2]	Días pagados por el empleador	Período de carencia[3]	Cobertura por Seguridad Social (Duración y tope)	% Remuneraciones pagadas (Tasa de reemplazo)
	sino se pierde el derecho (§§ 8-18) [26].		s (§ 8-34); pueden eliminarla mediante seguro voluntario (§ 8-36).		
Nueva Zelanda[29]	Sin requisito de cotización mínima. El derecho a los 10 días de licencia remunerada surge de la relación laboral vigente	10 días por año. Son acumulables y se pueden traspasar al año siguiente hasta un máximo de 20 días. Mediante contrato colectivo se puede aumentar.	No aplica	No existe subsidio de seguridad social para enfermedad común de corta duración	Días: 1 – 10 / %: 100% del salario
Países Bajos[30]	Sin requisito de cotización mínima. La obligación del empleador surge	El empleador paga hasta 104 semanas. La continuidad del pago está sujeta al cumplimiento de	En principio no aplica. Puede pactarse una carencia de	Desde la semana 105, mediante la prestación WIA, sujeta a evaluación de capacidad laboral	Días: 0 – 104 semanas / %: 70% del salario*

[26] El sistema noruego establece mecanismos de control y obligaciones activas para empleadores y trabajadores durante la licencia médica. El empleador puede impugnar el certificado si estima injustificada la incapacidad, debiendo dialogar previamente con el trabajador, notificar por escrito su decisión y remitir los antecedentes a NAV y al médico tratante. El trabajador puede solicitar a NAV el pago anticipado del subsidio, lo que activa una investigación y eventual reembolso por parte del empleador si se confirma el derecho. Ambas partes pueden recurrir ante la Comisión de Apelación.
A su vez, el trabajador tiene un deber de cooperación activa: informar sobre su capacidad funcional, participar en seguimientos, colaborar en planes de reintegro y aceptar medidas de tratamiento o adaptación laboral, bajo sanción de perder el subsidio si se niega sin causa justificada. El sistema contempla además un seguimiento obligatorio y escalonado, con hitos a las 4, 7, 8 y 26 semanas, que incluyen la elaboración de un plan, reuniones de diálogo y evaluaciones por parte de NAV.
[29] El régimen de incapacidad laboral para Nueva Zelanda está regulado en el Holidays Act, secciones 65 a 68.
[30] El régimen de incapacidad laboral para Países Bajos está regulado en el artículo 629 del Libro 7 del Código Civil neerlandés (*Burgerlijk Wetboek Boek 7*).

País	Requisitos de acceso a la prestación[2]	Días pagados por el empleador	Período de carencia[3]	Cobertura por Seguridad Social (Duración y tope)	% Remuneraciones pagadas (Tasa de reemplazo)
	desde el inicio de la relación laboral[31].	deberes de cooperación y reintegración del trabajador[32]. Si el trabajador alcanza la edad de pensión AOW (67 años) durante la licencia, la obligación del empleador se reduce a 6 semanas desde esa fecha[33].	hasta 2 días mediante contrato individual o convenio colectivo[34]	residual por el UWV [35]	* Con garantía de ingreso mínimo legal durante el primer año[36].
Perú[37]	3 meses de aportación consecutivos o 4 no	20 primeros días. Los días se acumulan	No aplica, cobertura	EsSalud: Desde el día 21 hasta un máximo de 11	Días: 1- 20 días — %: 100% (empleador)

[31] Para la prestación WIA (desde la semana 105): evaluación del UWV al empleador.
[32] En los Países Bajos, el trabajador puede perder el derecho al pago de la remuneración durante la licencia si la incapacidad fue causada intencionalmente, si obstaculiza su recuperación, si rechaza sin causa justificada un trabajo adecuado, si no coopera con el médico laboral, no participa en el plan de reintegración o presenta tardíamente su solicitud de prestación WIA (art. 629.3).
Asimismo, la Wet verbetering poortwachter establece un procedimiento obligatorio y escalonado de reintegración, con obligaciones para empleador y trabajador (evaluaciones médicas, plan de acción y seguimiento periódico). El UWV fiscaliza su cumplimiento y puede sancionar al empleador con hasta 52 semanas adicionales de pago. A su vez, la falta de cooperación del trabajador puede dar lugar a la suspensión o cese del salario.
[33] La Algemene Ouderdomswet (AOW) establece la pensión de vejez universal en los Países Bajos, actualmente desde los 67 años. Cuando un trabajador alcanza esa edad durante una baja por enfermedad, la obligación del empleador se reduce a 6 semanas, dado que a partir de ese momento el trabajador tiene derecho a percibir su pensión AOW. La lógica es la misma que en el sistema noruego: la pensión de vejez cubre la pérdida de ingresos, por lo que no se justifica mantener la obligación completa del empleador (art. 629.7).
[34] Artículo 629.9 del Código Civil.
[35] En Países Bajos puede haber extensión del subsidio por incumplimiento del empleador. Si el UWV (Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen) determina que el empleador no cumplió sus obligaciones de reintegración durante la licencia, puede obligarlo a seguir pagando las remuneraciones hasta 52 semanas adicionales (semanas 105–156). Esta sanción opera como incentivo directo para que el empleador apoye activamente el retorno al trabajo (Art. 629.7).
[36] Durante las primeras 52 semanas, el pago del empleador no puede ser inferior al salario mínimo legal aplicable, lo que opera como una garantía de ingresos mínimos, aunque no constituye un piso autónomo del subsidio.
[37] El régimen de incapacidad laboral en Perú está regulado en el artículo 12 Ley 26.790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.

<table>
<tr><th>País</th><th>Requisitos de acceso a la prestación[2]</th><th>Días pagados por el empleador</th><th>Período de carencia[3]</th><th>Cobertura por Seguridad Social (Duración y tope)</th><th>% Remuneraciones pagadas (Tasa de reemplazo)</th></tr>
<tr><td></td><td>consecutivos dentro de los 6 meses anteriores al inicio de la incapacidad. Vínculo laboral vigente (art. 12, Ley 26.790).</td><td>durante cada año calendario.</td><td>desde el primer día.</td><td>meses y 10 días consecutivos (340 días).
Requisitos: afiliación y cumplimiento de condiciones de cotización</td><td><table><tr><td>21 días – 11 meses y 10 días</td><td>100% (promedio de remuneraciones de los últimos 4 meses)</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>Portugal[38]</td><td>6 meses cotizados (continuos o no) y 12 días trabajados en los 4 meses previos; este último no aplica a independientes.</td><td>El empleador no tiene obligación legal de pagar ningún día.</td><td>3 días</td><td>ISS cubre desde el día 4 hasta 1.095 días (dependientes) y 365 días (independientes).</td><td><table><tr><th>Días</th><th>%</th></tr><tr><td>1- 3 días</td><td>0%</td></tr><tr><td>4 – 30 días</td><td>55%</td></tr><tr><td>31 – 90 días</td><td>60%</td></tr><tr><td>91 – 365 días</td><td>70%</td></tr><tr><td>366 días en adelante</td><td>75%</td></tr></table>Base de cálculo (RR)[39].
Mínimo garantizado: 30% del valor diario del IAS[40] o 100% de la RR líquida si es inferior[41].</td></tr>
</table>

[38] El régimen de incapacidad laboral en Portugal está regulado en el Decreto-Ley N° 28/2004, que establece el nuevo régimen jurídico de protección social en caso de enfermedad en el ámbito del subsistema de pensiones de la seguridad social.

[39] La Remuneração de Referência (RR) no equivale al último salario. Se calcula sumando los salarios brutos de los 6 meses más antiguos de los últimos 8 anteriores al mes de la baja, y dividiendo entre 180 días. Los 2 meses más recientes se excluyen deliberadamente para evitar que el trabajador pueda inflar artificialmente su base de cálculo conociendo de antemano lo que le pagarán en su licencia. El porcentaje (55%, 60%, 70% o 75%) se aplica sobre ese promedio diario. No se computan subsidios de vacaciones ni de Navidad.

[40] El IAS (Indexante dos Apoios Sociais) es un valor de referencia del sistema de seguridad social portugués, equivalente a 522,50 € mensuales en 2025. El 30% de su valor diario (522,50 ÷ 30 = 17,42 €/día × 30% ≈ 5,23 €/día) es lo mínimo que la Seguridad Social paga, en cualquier caso, aunque el salario del trabajador sea muy bajo.

[41] La RR es una salvaguarda adicional para los trabajadores con salarios muy bajos. Si aplicar el 55% o 60% da un resultado mayor que el salario neto real del trabajador, el subsidio se limita al salario neto para evitar que alguien cobre más de licencia que trabajando.

<table>
<tr><th>País</th><th>Requisitos de acceso a la prestación[2]</th><th>Días pagados por el empleador</th><th>Período de carencia[3]</th><th>Cobertura por Seguridad Social (Duración y tope)</th><th>% Remuneraciones pagadas (Tasa de reemplazo)</th></tr>
<tr><td>Uruguay[42]</td><td>3 meses de actividad efectiva en el año anterior en una o más empresas, consecutivos o no (art. 14, Decreto Ley 14.407).</td><td>No existe obligación del empleador.</td><td>3 días, salvo hospitalización [43]</td><td>BPS cubre desde el día 4 hasta 1 año, prorrogable por 1 año adicional (art. 14, D.L. N° 14.407). Si el trabajador registra varias licencias por la misma enfermedad dentro de un período de 4 años, todos esos períodos se acumulan para el cómputo del tope máximo[44].</td><td><table><tr><th>Días</th><th>%</th></tr><tr><td>1- 3 días</td><td>0%</td></tr><tr><td>4 días en adelante</td><td>70%</td></tr></table>Para trabajadores con remuneración variable se calcula sobre el promedio de los últimos 180 días.</td></tr>
</table>

Fuente: Elaboración propia

[42] El régimen de incapacidad laboral en Uruguay está regulado en Decreto Ley N° 14.407, Ley de creación de la administración de los seguros sociales por enfermedad.

[43] El art. 14 del Decreto-Ley N° 14.407 establece una excepción a la carencia de tres días: en caso de hospitalización, ya sea en mutualista o en el domicilio por indicación médica, el subsidio del 70% se abona desde el primer día, sin período de espera. La lógica es que la internación constituye una situación de incapacidad objetivamente verificable e inmediata, que no requiere el período de carencia previsto para la enfermedad ambulatoria común.

[44] El art. 14 del Decreto-Ley N° 14.407 contiene dos reglas de duración. La primera establece el plazo general: el subsidio se paga desde el día 4 hasta un máximo de 1 año, prorrogable por 1 año más mediante votación unánime y fundada del Directorio del BPS, prórroga que no es automática, sino que requiere decisión institucional fundada en cada caso. La segunda regla opera cuando el trabajador registra varias licencias por la misma enfermedad dentro de un período de 4 años: en ese caso, todos esos períodos se acumulan para verificar que no se supere el tope de 2 años en total.

II Mecanismos de control y reducción del uso de licencias médicas

A partir de la revisión comparada precedente, es posible identificar un conjunto de mecanismos transversales orientados a contener el uso excesivo o injustificado de las licencias médicas. Estos mecanismos actúan tanto sobre el trabajador como sobre el empleador, mediante incentivos, controles y obligaciones.

a. Medidas económicas automáticas: períodos de carencia y tasas de reemplazo.

Los períodos de carencia, días sin subsidio, existen en España, Francia, México, Portugal y Uruguay (generalmente 3 días), durante los cuales no hay cobertura salvo mejoras por convenio colectivo. En cambio, en Argentina, Australia, Colombia, Finlandia, Noruega, Nueva Zelanda y Perú la cobertura comienza desde el primer día.

Las tasas de reemplazo pueden funcionar también como desincentivo, ya que en algunos países disminuyen con la duración de la licencia, como en Colombia, España y Portugal. Finlandia presenta un esquema particular, con tasas entre 25% y 70% según nivel de ingresos, afectando especialmente a los de mayores rentas.

Estos mecanismos también pueden desalentar licencias legítimas, y en ese caso, algunos sistemas establecen pisos mínimos (Colombia exige que el subsidio nunca sea inferior al salario mínimo legal; Finlandia garantiza un mínimo de 31 €/día hábil) o permiten que convenios colectivos reduzcan o eliminen la carencia.

Un elemento adicional se observa en Portugal, a través del mecanismo de cálculo de la remuneración de referencia (RR). Este se determina sobre la base de los seis meses más antiguos dentro de un período de ocho meses previos a la licencia, excluyendo deliberadamente los ingresos más recientes. Este diseño reduce la posibilidad de que el trabajador anticipe o influya en el monto del subsidio mediante ajustes en sus ingresos inmediatamente antes de la incapacidad, limitando así eventuales conductas oportunistas.

b. Medidas de verificación y control médico

Estas medidas se orientan a verificar que la incapacidad declarada por el trabajador sea efectiva y se mantenga durante el período de licencia. Estos mecanismos adquieren especial relevancia en Francia, España y Noruega.

En Francia, el empleador puede solicitar una inspección médica de seguimiento (contre-visite patronale) para verificar la legitimidad de la licencia. Mediante el Decreto N° 2024-692, de julio de 2024, se formalizaron los procedimientos para estas inspecciones, otorgándoles un marco jurídico transparente. Si el médico designado por el empleador determina que la incapacidad no está justificada o que el trabajador no cumple con las condiciones de su reposo, el empleador puede suspender el complemento salarial que paga a su cargo.

En España, el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) puede realizar inspecciones médicas de control y, si se determina que el trabajador puede reincorporarse, emitir una alta médica forzosa, lo que implica la pérdida inmediata del subsidio por incapacidad temporal, independientemente de la opinión

del médico tratante. El trabajador puede impugnar esta decisión, pero entre tanto debe reincorporarse al trabajo.

En Noruega, el sistema contempla que el empleador puede impugnar un certificado médico ante la oficina local de NAV (Arbeids- og velferdsetaten), que investiga el caso específico. Asimismo, el sistema impone un seguimiento médico escalonado y obligatorio a las 4, 7, 8 y 26 semanas de licencia, con participación conjunta del empleador, el médico y NAV.

c. Sanciones al trabajador por incumplimiento

Algunos de las normativas analizadas también contemplan sanciones directas al trabajador que no cumple con sus obligaciones durante la licencia médica. Estas sanciones van desde la suspensión del subsidio hasta el despido, y operan como un desincentivo concreto frente a conductas de abuso o falta de cooperación en el proceso de recuperación.

Países Bajos presenta el sistema más desarrollado de sanciones al trabajador entre los países estudiados. El artículo 629.3 del Código Civil neerlandés establece múltiples causales de pérdida del derecho al pago del salario durante la licencia: si la enfermedad fue causada intencionalmente por el trabajador; si el trabajador obstaculiza su propia recuperación; si rechaza sin causa justificada realizar trabajo adecuado que el empleador le ofrece; si se niega a cooperar con las indicaciones del médico de empresa (bedrijfsarts); si no participa en el plan de reintegración; o si presenta tardíamente su solicitud de prestación WIA ante el UWV.

El sistema neerlandés distingue, además, dos niveles de sanción salarial. La suspensión del salario (opschorting) opera cuando el trabajador no asiste a las citas con el médico de empresa o no proporciona la información requerida; en este caso, el salario se retiene temporalmente y puede ser pagado retroactivamente si el trabajador regulariza su situación. El cese del salario (loonstop) es más severo y opera cuando el trabajador rechaza el trabajo asignado o entorpece activamente su reintegración, sin una razón válida, en este caso el salario correspondiente a ese período se pierde de manera permanente. En casos de incumplimiento persistente, el empleador puede solicitar la disolución del contrato de trabajo ante el tribunal, pero solo tras haber seguido un procedimiento escalonado de advertencias escritas, sanciones salariales y, preferiblemente, la obtención de una opinión experta del UWV que respalde su posición.

En Finlandia, las prestaciones por enfermedad pueden suspenderse si el trabajador no entrega la evaluación de 90 días que debe ser elaborada por el servicio de salud ocupacional en colaboración con el trabajador y el empleador. Este mecanismo vincula la continuidad del subsidio al cumplimiento de obligaciones activas por parte del trabajador.

En España, el sistema contempla sanciones al trabajador en tres planos. En materia de prestaciones, la Ley General de Seguridad Social permite denegar, suspender o extinguir el subsidio por fraude, trabajo durante la licencia, rechazo de tratamiento o inasistencia a controles médicos. En el ámbito administrativo, la Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social (LISOS, Real Decreto Legislativo 5/2000, de 4 de agosto) tipifica como infracción muy grave la obtención o prolongación fraudulenta del subsidio (art. 26.1), con sanciones que incluyen pérdida temporal o extinción de la prestación, reintegro de montos y exclusión de beneficios (arts. 47.1 c) y 47.3). En el plano penal, el uso

de certificados falsos y el fraude a la seguridad social pueden implicar multas o penas de prisión. Además, estas conductas pueden justificar el despido disciplinario sin indemnización .

d. Sanciones al empleador y obligaciones de reintegración

Este tipo de medidas recae en el empleador y busca reducir licencias prolongadas mediante una gestión activa del retorno al trabajo. Su desarrollo es especialmente relevante en Países Bajos y en Noruega.

En Países Bajos, la Wet verbetering poortwachter establece un protocolo obligatorio y escalonado con plazos estrictos (notificación temprana, análisis médico, plan de acción, evaluaciones periódicas y solicitud de prestaciones), cuyo incumplimiento puede generar sanciones. Destaca la obligación de doble carril: si no es posible la reincorporación interna, el empleador debe gestionar la reintegración en otra organización. La principal sanción es la loonsanctie (sanción salarial), que puede obligar a pagar hasta 52 semanas adicionales de salario, elevando significativamente el costo total. En Noruega, existe también un seguimiento obligatorio con hitos definidos y posibles sanciones por incumplimiento. Sin embargo, el modelo difiere en que la carga financiera del empleador es menor y la responsabilidad de largo plazo recae principalmente en el sistema público.

III. Conclusiones

El análisis comparado evidencia que todos los países examinados cuentan con sistemas de subsidio por incapacidad laboral asociados a licencias médicas por enfermedad común, orientados a compensar la pérdida de ingresos de las personas trabajadoras. No obstante, dichos sistemas presentan diferencias relevantes en su diseño, particularmente en relación con la distribución de responsabilidades entre empleadores y sistemas de seguridad social, la tasa de reemplazo, los períodos de carencia y la duración máxima de las prestaciones.

1. Requisitos de acceso a la prestación

Los sistemas analizados difieren de manera relevante en las condiciones exigidas para acceder al subsidio o a la cobertura remuneratoria durante la licencia. Un primer grupo no exige cotización mínima y reconoce cobertura desde el inicio de la relación laboral, como ocurre en Argentina, Australia, Nueva Zelanda y Países Bajos. Un segundo grupo exige períodos breves de aportes o antigüedad, como Colombia y Noruega. Finalmente, un tercer grupo establece requisitos más exigentes, medidos en meses de cotización, actividad o afiliación, como España, Francia, México, Perú, Portugal y Uruguay.

2. Distribución de responsabilidades entre empleadores y la seguridad social

Se identifican tres modelos principales. En el primero, el empleador asume íntegramente el pago de la licencia: ocurre en Argentina (por 3 a 12 meses, según condiciones) y en Países Bajos (hasta 104 semanas), siendo este último el sistema más exigente para el empleador.

En el segundo, la responsabilidad es mixta: el empleador cubre un período inicial y luego interviene la seguridad social. Este esquema se observa en Colombia, España, Finlandia, Francia, Noruega y Perú, con diferencias en duración y montos.

En el tercero, la seguridad social asume el pago desde etapas tempranas, sin obligación del empleador: es el caso de Portugal y Uruguay (desde el día 4).

Finalmente, Australia, Nueva Zelanda y México no contemplan un seguro estatal general de enfermedad común equivalente al de otros sistemas examinados, de modo que la protección económica depende principalmente del empleador o de mecanismos distintos al subsidio público clásico.

3. Tasa de reemplazo

La tasa de reemplazo presenta una alta heterogeneidad. Algunos sistemas aseguran el pago íntegro de la remuneración durante todo o parte del período protegido, como Argentina y Noruega, y de forma más acotada Australia y Nueva Zelanda. Otros establecen tasas fijas parciales, como México, Uruguay y Países Bajos. Un tercer grupo aplica tasas variables según la duración de la licencia, como España, Colombia y Portugal. Francia combina una prestación de seguridad social con un complemento del empleador sujeto a requisitos de antigüedad.

Asimismo, algunos sistemas incorporan pisos mínimos de protección, especialmente en Finlandia, Portugal y Colombia. En el caso de Países Bajos, si bien no existe un piso autónomo del subsidio, la legislación exige que durante el primer año de licencia el pago del empleador no sea inferior al salario mínimo legal.

4. Períodos de carencia

En España, México, Portugal y Uruguay existe un tramo inicial sin subsidio (3 días). En Francia, la seguridad social comienza a pagar desde el día 4, aunque el complemento del empleador rige desde el día 8. En todos estos casos el trabajador no recibe cobertura de ninguna fuente durante ese período inicial, salvo que un convenio colectivo establezca condiciones más favorables.

En contraste, Argentina, Australia, Colombia, Finlandia, Noruega, Nueva Zelanda y Perú contemplan cobertura desde el primer día de la licencia, aunque los responsables y porcentajes varíen. Noruega es el caso más destacado: es el único de los trece países donde no existe carencia alguna ni para el empleador ni para el Estado, y donde el trabajador recibe el 100% de su salario desde el día 1.

5. Duración de la cobertura

La duración máxima de la protección también varía ampliamente. Las coberturas más extensas se observan en Portugal, Países Bajos y España. En el extremo opuesto, Australia y Nueva Zelanda limitan la protección remunerada a 10 días anuales a cargo del empleador. En países como Uruguay, Perú y México se aprecian soluciones intermedias. En Noruega y Países Bajos, además, la edad del trabajador

puede influir en la extensión de la cobertura, en atención a la interacción entre subsidio por enfermedad y pensión de vejez.

6. Control y reducción del uso de licencias médicas

Diversos sistemas contemplan mecanismos orientados a contener el uso excesivo o injustificado de las licencias médicas. Entre ellos se cuentan los períodos de carencia, las tasas de reemplazo decrecientes, la verificación médica, las sanciones por fraude o falta de cooperación del trabajador y las obligaciones activas de reintegración impuestas al empleador. En este plano destacan, por su desarrollo, los modelos de Países Bajos y Noruega, mientras que Francia y España muestran mecanismos particularmente relevantes de control médico y sanción frente a usos indebidos.

Referencias

Argentina
Ley 20.744 de Contrato de Trabajo. Disponible en: https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/25000-29999/25552/texact.htm

Australia
Fair Work Act 2009. Disponible en: https://www.legislation.gov.au/C2009A00028/latest/versions
Fair Work Regulations 2009. Disponible en: https://www.legislation.gov.au/F2009L02356/latest/text

Colombia
Código Sustantivo del Trabajo. Disponible en: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/codigo_sustantivo_trabajo_pr007.html#227
Ley 100 de 1993. Disponible en: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248
Decreto 780 de 2016. Disponible en: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=77813
Decreto 2943 de 2013. Disponible en: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=55977
Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-543 de 2007. Disponible en: https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2007/c-543-07.htm

España
Real Decreto Legislativo 8/2015. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-11724

Finlandia
Employment Contracts Act (Työsopimuslaki), Ley 55/2001. Disponible en: https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/2001/55
Health Insurance Act (Sairausvakuutuslaki), Ley 1224/2004, capítulos 7 y 8. Disponible en: https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/2004/1224

Francia
Code du travail. Disponible en: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006072050/
Code de la sécurité sociale. Disponible en: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006073189/
Décret n° 2024-692 du 5 juillet 2024 relatif à la contre-visite mentionnée à l'article L. 1226-1 du code du travail. Disponible en: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000049888878

México
Ley del Seguro Social. Disponible en: https://c.bcn.cl/Zu04UD
Ley Federal del Trabajo. Disponible en: https://c.bcn.cl/lwn0wr

Noruega
Ley sobre seguro nacional *(folketrygdloven*). Disponible en: https://c.bcn.cl/AEXmON

Nueva Zelanda
Holidays Act (2003). Disponible en: https://c.bcn.cl/sDSXCn

Países Bajos
Código Civil, libro 7 (*Burgerlijk Wetboek Boek 7*). Disponible en: https://c.bcn.cl/9dA9Vd
Wet verbetering poortwachter. Disponible en: https://wetten.overheid.nl/BWBR0013063/2008-11-01

Perú
Ley N° 26.790 Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud. Disponible en: https://c.bcn.cl/xM9Mad

Portugal
Decreto-Ley N° 28/2004, de 4 de febrero Establece el nuevo régimen jurídico de protección social en caso de enfermedad, en el ámbito del subsistema de pensiones de la seguridad social. Disponible en: https://c.bcn.cl/KNFsiR

Uruguay
Decreto Ley N° 14.407, Ley de creación de la administración de los seguros sociales por enfermedad. Disponible en: https://c.bcn.cl/8BBaez

Nota aclaratoria

Asesoría Técnica Parlamentaria está enfocada en apoyar preferentemente el trabajo de las Comisiones Legislativas de ambas Cámaras, con especial atención al seguimiento de los proyectos de ley. Con lo cual se pretende contribuir a la certeza legislativa y a disminuir la brecha de disponibilidad de información y análisis entre Legislativo y Ejecutivo.

Creative Commons Atribución 3.0
(CC BY 3.0 CL)