

CHILE
MINISTERIO DE HACIENDA
DIRECCION DE PRESUPUESTOS

EVALUACIONES 1999

9.- MINISTERIO DE JUSTICIA	PROGRAMA DE APOYO A MENORES EN SITUACION IRREGULAR
9-1.-MINISTERIO DE JUSTICIA	PROGRAMA DE APOYO A MENORES EN SITUACION IRREGULAR - ATENCION AL MALTRATO INFANTIL
10.- MINISTERIO DE DEFENSA	DEPORTE COMPETICION COMUNAL, REGIONAL, Y NACIONAL
11.-MINISTERIO AGRICULTURA	PROYECTO DE DESARROLLO RURAL PRODECOP IV REGION
12.-MINISTERIO AGRICULTURA	PROGRAMA MANEJO Y DIVERSIFICACION FORESTAL
13.-MINISTERIO:TRABAJO-SALUD	SUBSIDIOS DE ENFERMEDAD Y MEDICINA CURATIVA
14.- MINISTERIO SALUD	PROGRAMA DE CONTROL DE EMISION DE FUENTES FIJAS
15.- MINISTERIO DE SALUD	PROGRAMA AMPLIADO INMUNIZACIONES



13

REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE HACIENDA
DIRECCION DE PRESUPUESTOS

INFORME FINAL DE EVALUACIÓN

**SUBSIDIOS DE ENFERMEDAD Y MEDICINA
CURATIVA
(SIL)**

**SUPERINTENDENCIA DE
SEGURIDAD SOCIAL
MINISTERIO DEL TRABAJO
Y PREVISIÓN SOCIAL
MINISTERIO DE SALUD**

**PANEL DE EVALUACION:
CECILIA TORCHE (COORDINADORA)
ROBERTO BARNA
VITO SCIARAFFIA**

AGOSTO 1999

INFORME FINAL

NOMBRE DEL PROGRAMA:	SUBSIDIOS DE ENFERMEDAD Y MEDICINA CURATIVA
AÑO DE INICIO:	1924
MINISTERIO RESPONSABLE:	MINISTERIO DE SALUD/ MINISTERIO DEL TRABAJO Y PREVISION SOCIAL
SERVICIO RESPONSABLE:	MINISTERIO DE SALUD/ SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL

INTEGRANTES :

ROBERTO BARNA	PANELISTA
VITO SCHIARAFFIA	PANELISTA
M.CECILIA TORCHE	COORDINADOR

INFORME FINAL

NOMBRE DEL PROGRAMA:	SUBSIDIOS DE ENFERMEDAD Y MEDICINA CURATIVA
AÑO DE INICIO:	1924
MINISTERIO RESPONSABLE:	MINISTERIO DE SALUD/ MINISTERIO DEL TRABAJO Y PREVISION SOCIAL
SERVICIO RESPONSABLE:	MINISTERIO DE SALUD/ SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL

I. Resumen Ejecutivo

1. Descripción del Programa

El Subsidio de Enfermedad y Medicina Curativa protege al trabajador dependiente o independiente frente a una enfermedad común cuyo origen no sea profesional o un accidente que no sea del trabajo, que lo incapacite total o parcialmente para trabajar, con el objeto de reemplazar los ingresos que el trabajador deja de percibir durante los días no trabajados. Para tener derecho a este subsidio se requiere contar con una licencia médica debidamente autorizada por el respectivo profesional médico(médicos cirujanos, cirujanos dentista o matronas), que dispone el derecho a reposo del trabajador y justifica la ausencia laboral.

Todos los trabajadores afiliados

a un régimen previsional, distinto de los de las Fuerzas Armadas y Carabineros, destinan un 7% o mensual de su remuneración o renta imponible, según se trate de trabajadores dependientes o independientes, para cubrir sus necesidades relacionadas con la salud (permite financiar el Subsidio de Incapacidad Laboral y las prestaciones de Salud preventivas y curativas). Dicha cotización pueden efectuarla en el Fondo Nacional de Salud (FONASA) o en las ISAPRES

El pago del subsidio para trabajadores afiliados a FONASA, se realiza vía el Servicio de Salud correspondiente al lugar de trabajo. Tratándose de trabajadores afiliados a las C.C.A.F., que no están adscritos a una ISAPRE, estos deben solicitar y obtener sus subsidios en la respectiva C.C.A.F.. Las cotizaciones de los trabajadores afiliados a FONASA son recaudadas por el Instituto de Normalización Previsional (INP), entidad que se encarga de enterar dicha suma al FONASA.

El Ministerio de Salud con su red nacional de servicios, principalmente a través de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN) y Unidades de licencias médicas, cumple la tarea de verificar y autorizar el pago de licencias médicas tanto a trabajadores independientes o dependientes no afiliados a C.C.A.F. como a trabajadores que cotizan en C.C.A.F. Asimismo, debe calcular el valor del subsidio a pagar por licencias médicas y realizar el pago correspondiente a trabajadores independientes o dependientes no afiliados a C.C.A.F.

Las licencias médicas pueden ser aprobadas, objetadas (requiriéndose exámenes médicos, citaciones e interconsultas que permitan mayor certeza en la decisión) o rechazadas. En este último caso, si existe desacuerdo con el pronunciamiento de la COMPIN, el trabajador puede acudir a la Superintendencia de Seguridad Social presentando un reclamo, apelación o consulta, ya que a este servicio le corresponde pronunciarse y resolver en definitiva sobre los derechos que amparan a los trabajadores asegurados.

Cabe señalar, que el Programa ha experimentado un crecimiento no explicado en sus costos, pasando desde \$ 34.286.809 en 1995 a \$ 55.917.579 en 1998(cifras en miles de pesos reales), lo que ha significado un incremento de costos de 63,09% durante el periodo evaluado. Es importante indicar, que este mayor incremento se debe fundamentalmente al costo C.C.A.F. cuyo déficit, se ha incrementado en 118% en igual periodo.

El grupo de beneficiarios potenciales del régimen de subsidios por incapacidad laboral son todos aquellos trabajadores, adscritos o no a un régimen previsional, que conforman la fuerza de trabajo del país, excluidos los imponentes de los regimenes de las Fuerzas Armadas y de Orden, (Los Beneficiarios potenciales en 1998 ascendieron a 5.311.870 personas, Fuerza de Trabajo ocupada), aunque es indeterminado calcular qué parte de los beneficiarios potenciales son atribuibles al sistema ISAPRE y cuáles al sistema FONASA.

2. Resultados de la Evaluación

2.1. A Nivel de Diseño

El diseño del programa debe establecer un equilibrio entre todos sus componentes tales como Proceso de licencia médica, Otorgamiento de Subsidio, Reembolso de Subsidio y Gestión Operativa estableciendo una instancia responsable de la administración del Subsidio de Incapacidad Laboral

Además se debe rediseñar el seguro en términos de desincentivar el mal uso estableciendo mayores controles tanto en la oferta como en la demanda poniendo énfasis en que las estrategias de comunicación afecten a los usuarios y a los médicos, para lo cual se deben crear puntos de encuentros, todo esto considerando la separación del Subsidio de Incapacidad Laboral(SIL) de las otras prestaciones de Salud, debido a que cualquier aumento del gasto en el primero afecta la disponibilidad de recursos para prestaciones preventivas y curativas.

También debemos pensar en incorporar al Programa algún sistema de deducible que signifique el crear incentivos para que el trabajador se recupere, con el objeto de incentivarlo a la recuperación. Se debe considerar el manejo de indicadores que permitan verificar el uso adecuado de la licencia médica, desde el punto de vista técnico y administrativo y es necesario estudiar el funcionamiento de las COMPIN para poder realizar propuestas de rediseño, tanto organizacionales, funcionales, infraestructura y servicios.

Este Programa está diseñado de forma tal que en un caso extremo se pueden enfermar todos los cotizantes al mismo tiempo, existiendo la obligatoriedad de dar cumplimiento al pago del subsidio, a quienes cumplan los requisitos establecidos, con lo cual la cotización de 7% sería insuficiente y no permitiría además, financiar las otras prestaciones de salud. Es destacable la no existencia de un límite establecido para catástrofes.

2.2. A Nivel de Organización y Gestión

En cuanto a la gestión y organización del Programa se deben aplicar medidas de control en el Programa, poseer instancias de coordinación entre los organismos prestadores y fiscalizadores de servicios y delegar claramente las labores a realizar.

2.3. Conclusiones sobre Eficacia

El Programa es eficaz en el pago de subsidios, pero tiene insuficiencia en sistemas que permitan un adecuado control del uso de este beneficio a nivel de oferta y de demanda.

El Programa es eficaz en el componente Otorgamiento de subsidios y Reembolso de Subsidios, con una amplia cobertura, no existiendo estadísticas de reclamos al respecto y con ello está contribuyendo a la seguridad social de los trabajadores. Asimismo, es eficaz porque contribuye a la recuperación de la salud, dado que permite el adecuado reposo para las personas incapacitadas temporalmente.

El diseño del Subsidio de Incapacidad Laboral tiene un efecto redistributivo que perjudica a las personas que requieren prestaciones médicas o asistenciales a favor de las personas que se benefician del reposo por licencia médica, debido a que ambos se financian con la cotización proveniente del 7% de salud

2.4. Conclusiones sobre Eficiencia

Para medir la eficiencia adecuadamente existe insuficiencia en los sistemas de información, no existiendo el adecuado control del uso de este beneficio a nivel de oferta y de demanda, requiriéndose el establecimiento de indicadores y su seguimiento.

Se ha observado la evolución creciente de los costos del programa, de los subsidios, los días pagados, montos, monto licencias, valor de la licencia mas allá del incremento de los cotizantes, la única variable que ha disminuido levemente es la duración de la licencia médica, pero no se cuenta con estudios de información relevante que permitan analizar mas detalladamente a que se debe este crecimiento, si realmente nos encontramos frente a un problema de eficiencia o este incremento está justificado por razones de tipo epidemiológico entre otras.

Asimismo, observamos que los costos han aumentado mayormente en las CCAF y con tasas de crecimiento menor en Servicios de Salud, no existiendo razones que justifiquen esta diferencia, o estudios al respecto.

Encontramos deficiente el control y evaluación permanente del costo operacional del Programa que permite una mejor gestión operativa, es necesario evaluar aspectos tales como, gastos de administración, rentas de cotizantes, aumento de subsidios, días de licencia por beneficiario y cotizante, costo promedio de licencias, nº de licencias pagadas por

beneficiario y cotizante, duración promedio de licencias entre otros.

Para una adecuada administración es necesario conocer los recursos disponibles, valor de costos administrativos, recursos humanos, presupuestos y control de ellos. El proceso de otorgamiento de subsidios o reembolsos requiere una mayor tecnología, que permita un adecuado control del gasto, generando un conocimiento de las variables que lo están produciendo, para la adecuada toma de decisiones. Asimismo, el crear sistemas de información permitirá el análisis de múltiples variables.

2.5. Análisis sobre el logro del Fin

Consideramos que el fin principal del subsidio es el reemplazo de las remuneraciones del trabajador durante los días no trabajados cuando se encuentra bajo licencia médica, esto se cumple. Sin embargo, el panel estima una estrecha relación entre el objeto del subsidio en cuanto sustitución de remuneraciones del trabajador y la oportunidad que esto brinda para la recuperación de la salud por enfermedad común que produce la incapacidad temporal. Por lo tanto pasa a ser parte del fin la real contribución de este instrumento a la recuperación de la salud. De allí que su evaluación debiera considerar el uso técnico y ético adecuado que los prestadores hacen de este instrumento y la evidencia científica o empírica que lo avala. Es por esto que el cumplimiento del fin del programa requiere considerar todos sus componentes. De allí que la distorsión de cualquiera de sus componentes puede significar una pérdida en el logro del fin. Por lo tanto se considera necesario realizar un seguimiento y evaluación de cada uno de ellos, definiendo los indicadores y medios de verificación a ser utilizados.

2.6. Continuidad de la Justificación.

Es importante la continuidad de este Programa, debido a su efecto implícito y fundamental en la recuperación de la salud de los trabajadores, debido a que permite el reposo indicado, con la tranquilidad económica necesaria, al saber que existirá una remuneración equivalente por los días no trabajados. Por ello, en la medida que exista la probabilidad de enfermedad por parte de los trabajadores afiliados a un sistema de previsión y que por tal motivo se incapaciten de trabajar temporalmente debido a la necesidad de reposo para mejorarse y por otra parte que persista en el Estado, la importancia de mantener esta protección al trabajador, el programa continuará justificándose.

2.7. Principales Aprendizajes

Para el Ministerio de Salud y la Superintendencia de Seguridad Social, la ejecución del Programa ha producido un aprendizaje en términos de visualizar la necesidad de una mayor coordinación entre ambas entidades con la finalidad de mejorar la gestión y fiscalización del Programa, aunque ambas instituciones comparten la existencia de falencias

2.8. Principales Recomendaciones.

RECOMENDACIONES	INSTITUCION	REQUERIMIENTOS
1. Rediseñar el seguro de salud separando una parte de la cotización para financiar las acciones de salud (preventivas, curativas y rehabilitadoras) y otra para financiar el subsidio por incapacidad laboral (SIL).	Ministerio de Salud. Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Superintendencias de Seguridad Social y de Isapre	Estudios previos Cambios Legales
2. Reorientar los controles de oferta y demanda considerando características del comportamiento de estos seguros tales como deducibles, copagos, topes y tiempo de recuperabilidad de las enfermedades.	Ministerio de Salud y Servicios de Salud. Ministerio del Trabajo y Previsión Social	Equipos técnicos para realizar estudios que consideren carencias, coberturas, topes, etc.
3. Con el fin de facilitar toma de decisiones en estrategias de prevención, control y evaluación, creación de un sistema de vigilancia epidemiológica basado en sistemas de información y recursos humanos y físicos suficientes, e integrado a otros sistemas de vigilancia. Considerarlo como un componente de la Matriz del Programa.	Ministerio de Salud.	Estudios previos para su diseño y preparación.

4. Diseño, preparación e implantación de sistema de información computacional para la gestión: (toma de decisiones a distintos niveles).	Ministerio de Salud y Servicios de Salud. Ministerio de Trabajo y Previsión Social; Superintendencia de Seguridad Social.	Estudios previos para su diseño y preparación.
5. Protocolizar las enfermedades o diagnósticos de mayor incidencia y prevalencia, que incorpore criterios de recuperabilidad de las enfermedades y duración de licencia según gravedad.	Ministerio de Salud. Colegios Profesionales. Sociedades Científicas. Universidades.	Grupos de estudios y de expertos.
6. Procedimientos de auditoría y control de la oferta de licencias médicas, sistemático, aleatorio y representativo del universo, en base a indicadores técnicos, de frecuencia y duración de licencias.	Ministerio de Salud. Colegios Profesionales.	Sistemas de Información adecuados, Recursos Humanos e Infraestructura
7. Redefinir y actualizar el listado de enfermedades profesionales y comunes (D.S. N° 109) de la Ley 16.7444 en base a criterios y condiciones organizacionales, tecnológicas, productivas y ambientales actuales.	Superintendencia de Seguridad Social Ministerio de Salud. Comisión Ergonómica Nacional. INP. Mutuales.	Grupos de estudios y de expertos.
8. Fortalecer la infraestructura y administración de las COMPIN	Ministerio de Salud y Servicios de Salud. Ministerio de Trabajo y Previsión Social; Superintendencia de Seguridad Social.	Estudio previo que permita dimensionar en forma más precisa las necesidades y la brecha existente
9. Estudiar la factibilidad de licitar el pago de subsidios a distintas entidades pagadoras.	Ministerio de Salud . Superintendencia de Seguridad Social. Ministerio de Hacienda.	Estudio Previo
10. Dada la importancia del componente licencias médicas en el Programa de Subsidios de Enfermedad y Medicina Curativa, se recomienda que el Ministerio de Salud genere a nivel central estructuras administrativas y técnicas que puedan cumplir las funciones de normalización, gestión y supervisión definidos en la matriz del programa.	Ministerio de Salud .	Estudio Previo

II. Identificación General del Programa

• Justificación del Programa

El Subsidio de Enfermedad y Medicina Curativa nace con el objeto de proteger al trabajador dependiente o independiente frente a una enfermedad común cuyo origen no sea profesional o un accidente que no sea del trabajo, que lo incapacite en forma temporal total o parcialmente para trabajar. Por lo tanto, en la medida que exista la probabilidad de enfermedad por parte de los trabajadores afiliados a un sistema de previsión y que por tal motivo se incapaciten de trabajar temporalmente debido a la necesidad de reposo para mejorarse y por otra parte que persista en el Estado, la importancia de mantener esta protección al trabajador, el programa continuará justificándose.

Mas aún, dado que este programa conforma una situación especial dentro de los programas gubernamentales ya que su financiamiento proviene principalmente de la cotización de salud de los propios beneficiarios, financiando el Estado la administración del programa y algunos déficit .

• Política Global y/o Sectorial a que pertenece el Programa

El Programa responde a la política de previsión social que consiste en dar protección a los trabajadores ante los distintos estados de necesidad, en este caso, la falta de ingreso como consecuencia de la incapacidad temporal.

Respecto de los obreros del sector privado el instrumento legal que le dio vida a este Programa es la Ley N° 4.054, de 1924, cuyas normas fueron recogidas posteriormente en la Ley N° 10.383. Para los empleados del mismo sector, el beneficio se estableció en la Ley N° 16.781 del año 1968. Los empleados públicos mantenían sus remuneraciones durante los periodos de incapacidad laboral.

Por otra parte, en el año 1938 se dictó la Ley N° 6.174 que estableció el subsidio por reposo preventivo en favor tanto de obreros como de empleados del sector privado y del sector público.

En el año 1978, el D.F.L. N° 44, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, estableció normas comunes para los subsidios de los trabajadores dependientes del sector privado. Posteriormente, la Ley N° 18.469 estableció un Régimen de Prestaciones de Salud en el que, en materia de subsidios por incapacidad laboral, se remite al citado D.F.L. N° 44. Cabe agregar, que estas normas son comunes para todos los subsidios que otorguen tanto los Servicios de Salud y C.C.A.F. como las ISAPRE.

• Programas complementarios o sustitutos que pertenecen a la misma u otra política global o sectorial

Las ISAPRE, podrian considerarse instituciones sustitutas del Programa, en cuanto al propósito, los componentes y la población a la que están orientadas, ya que de conformidad con las disposiciones contenidas en el artículo 21 de la Ley N° 18.933, los trabajadores tienen la opción de afiliarse a dichas entidades y obtener de éstas, además de las prestaciones médicas, el subsidio por incapacidad laboral del D.F.L. N° 44, ya citado.

Se podría agregar al respecto, que las mutuales administradoras del seguro social por enfermedades profesionales y accidentes del trabajo (Ley N° 16.744) puedan ser potencialmente sustitutas de las ISAPRE y FONASA en la administración del subsidio por enfermedad común.

Como ejemplo de lo anterior se puede mencionar el caso de España , donde desde hace unos años se introdujo esta modificación, de tal modo de concentrar en una sola institución las funciones de supervisión y control técnico del subsidio por incapacidad laboral temporal .

La justificación de esta medida está dada porque de esta forma, se puede ejercer un mayor dominio sobre la influencia de las condiciones de trabajo, sobre la salud integral del trabajador y terminar con los conflictos de competencia frente a la cobertura de problemas de salud, donde a veces se hace difícil diferenciar la influencia del medio ambiente comunitario y familiar con el medio ambiente laboral.

Sin embargo, a juicio de la Superintendencia de Seguridad Social, las Mutualidades han logrado un alto grado de especialización en la administración de la ley N° 16.744, el que se encontraría desvirtuado por el hecho de entregarles también la administración del subsidio por incapacidad laboral por enfermedades y accidentes comunes. También la Superintendencia de Seguridad Social señala posibles conflictos de competencia que se producirían frente a la cobertura de los problemas de salud; en nuestro país esa situación ha sido abordada por el artículo 77 bis de la Ley N° 16.744, conforme al cual el trabajador afectado por el rechazo de una licencia médica por parte de los Servicios de Salud, una ISAPRE o una Mutualidad de Empleadores de la Ley N° 16.744, fundamentado en que la afección tiene un origen diverso del universo cubierto por ella, deberá concurrir ante la entidad que no rechazó la licencia, la que estará obligada a cursarla y otorgar las prestaciones correspondientes, sin perjuicio de su derecho a reclamo contra la que estime pertinente, y de solicitar los reembolsos que correspondan, resguardándose también los niveles de especialización e infraestructura obtenida por parte de las instituciones encargadas de este tipo de materias.

A juicio del MINSAL la argumentación esgrimida por el Panel de Evaluadores son atendibles pero su implementación requeriría de un significativo cambio de estructura legal del Programa, ya que los riesgos patológicos (Ley N° 18.469 con 7% de cotización), fisiológicos (artículo 194 del Código del Trabajo, con financiamiento de Aporte Fiscal), del trabajo y enfermedades profesionales (Ley N° 16.744, con cotización básica del 0,95% más cotización adicional diferenciada) que generan incapacidad laboral temporal deberían concentrarse en un solo sistema de administración y de financiamiento, cualquiera que fuere la entidad que los maneje.

• Instituciones relacionadas con la ejecución del Programa

Como Unidades Ejecutoras de este Programa se pueden identificar por una parte el Ministerio de Salud con sus servicios de salud a lo largo de todo el país, Comisiones de Prevención e Invalidez (COMPIN) y Unidades de licencias médicas, las Cajas de Compensación de Asignación Familiar y la Superintendencia de Seguridad Social, también se puede considerar como una unidad a los emisores de licencias médicas, que en este caso son los médicos cirujanos, cirujanos dentistas y matronas.

Es importante considerar que los servicios de salud a lo largo de todo el país, son las instituciones que otorgan las prestaciones médicas y pecuniarias a los trabajadores afiliados a FONASA y que son entidades pagadoras de los subsidios para aquellos trabajadores que cotizan a FONASA y cuyos empleadores no se encuentran afiliados a C.C.A.F. Asimismo, las C.C.A.F realizan funciones de recepción de licencias, envíos a COMPIN para aprobación, cálculos de determinación de subsidio y pago del mismo a los afiliados.

La Superintendencia de Seguridad Social, supervisa a C.C.A.F. y es la última instancia de decisión en caso de apelación o reclamo por rechazos u objeciones a licencias médicas.

• Período de Ejecución del Programa

El Programa seguirá en ejecución mientras se encuentren vigentes el régimen de subsidios por incapacidad laboral y las disposiciones de la Ley N° 18.469 y del D.F.L. N° 44.

• Ambito de acción territorial del Programa

El Programa se aplica para todos los trabajadores afiliados a FONASA que coticen en Chile, aunque se encuentren en cualquier lugar del mundo.

Identificación de bienes y/o servicios (componentes) que entrega el programa.

1. PROCESO DE LICENCIAS MEDICAS

Este componente se refiere al proceso técnico administrativo de emisión, aprobación y control de las licencias médicas de trabajadores afiliados a FONASA

De acuerdo al artículo 1° del D.S. N° 3, 1984, del Ministerio de Salud, se entiende por licencia médica el derecho que tiene el trabajador para ausentarse o reducir su jornada de trabajo, durante un determinado lapso de tiempo, en cumplimiento de una indicación profesional certificada por un médico cirujano, cirujano dentista o matrona, reconocida por su empleador en su caso, y autorizada por un Servicio de Salud o Institución de Salud Previsional según corresponda, durante cuya vigencia podrá gozar de subsidio por incapacidad laboral, con cargo a la entidad de previsión cumpliendo los requisitos para ello.

2. OTORGAMIENTO DE SUBSIDIO

Proceso de pago de un monto en dinero (subsidio) en reemplazo de remuneración o renta, según corresponda, por los días no trabajados en el caso de los trabajadores del sector privado

En el caso de los trabajadores del sector público, el subsidio al trabajador es la mantención de la renta, dada la debida aprobación a la licencia médica, en forma independiente al reembolso.

3.- REEMBOLSO DE SUBSIDIO

Proceso de reembolso al empleador del sector público según D.F.L.44, de un monto de dinero equivalente al subsidio que le habría correspondido percibir a sus trabajadores de tener derecho al subsidio (art. 22 de la Ley N° 18.469).

4.- GESTION OPERATIVA

Procesos de supervisión, vigilancia, control, normalización y estudios del programa realizados por Superintendencia de Seguridad Social y Ministerio de Salud.

-Beneficios que se esperan de la ejecución del programa:

Continuar satisfaciendo el estado de necesidad del trabajador generado por una enfermedad común, de manera de permitirle ausentarse de su trabajo y a la vez percibir un subsidio que reemplace sus ingresos durante el período de reposo, todo ello en el marco de las garantías individuales que otorga el artículo 19, números 9 y 18, de la Constitución Política de la República de Chile.

Caracterización y número de beneficiarios potenciales

El grupo de beneficiarios potenciales del régimen de subsidios por incapacidad laboral son todos aquellos trabajadores, adscritos o no a un régimen previsional, que conforman la fuerza de trabajo del país, excluidos los imponentes de los regímenes de las Fuerzas Armadas y de Orden. (CUADRO N° 1)

Es posible identificar los beneficiarios del Programa en evaluación aunque no es posible cuantificarlos, ya que el régimen de subsidios por incapacidad laboral es uno solo, no estando determinada qué parte de los beneficiarios potenciales serán atribuibles al sistema ISAPRE y cuáles al sistema FONASA.

CUADRO N° 1

POBLACIÓN ECONOMICAMENTE ACTIVA O FUERZA DE TRABAJO (F.T.) TOTAL NACIONAL

Mayo-Julio 1995-1998

TRIMESTRE	POBLACIÓN TOTAL	F. T. TOTAL	F.T. OCUPADA
MAY-JUL 1995	13.865.640	5.181.650	4.875.050
MAY-JUL 1996	14.410.330	5.479.310	5.092.990
MAY-JUL 1997	14.614.020	5.591.370	5.216.970
MAY-JUL 1998	14.813.600	5.676.140	5.311.870

FUENTE: Superintendencia de Seguridad Social

Fuerza de Trabajo: Calculada con población de 15 años y más

• Programación de los beneficiarios objetivo

El grupo de beneficiarios objetivo del Programa son todos los trabajadores que cotizan en FONASA (Cuadro N°2). Para efectos de posibilitar la comparación de los beneficiarios objetivo con los potenciales, los beneficiarios objetivo del régimen de subsidios por incapacidad laboral son todos los trabajadores que cotizan a un régimen previsional diferente de los de las Fuerzas Armadas y de Orden.

La información sobre el número promedio mensual de cotizantes afiliados a FONASA pertenecientes a las C.C.A.F., la S.S.S. la obtiene de éstas entidades mensualmente en respuesta a las instrucciones impartidas por ella sobre esta materia.

La información sobre el número de cotizantes a FONASA no pertenecientes a C.C.A.F. no está disponible. La S.S.S. la estima teniendo en consideración el número mensual de trabajadores cotizantes a A.F.P. más los del I.N.P., descontando el número promedio mensual de cotizantes del sistema ISAPRE y del sistema C.C.A.F..

CUADRO N° 2

NUMERO PROMEDIO MENSUAL DE COTIZANTES AFILIADOS A FONASA SEGUN ENTIDADES PAGADORAS DEL SUBSIDIO

AÑO	SERVICIOS DE SALUD (*)	%	C.C.A.F.	%	TOTAL
1995	646.565	39,4	995.541	60,6	1.642.106
1996	610.773	36,7	1.054.592	63,3	1.665.365
1997	649.078	36,5	1.128.249	63,5	1.777.327
1998	657.451	35,2	1.211.606	64,8	1.869.057

FUENTE: Superintendencia de Seguridad Social

(*) La información del I.N.P. de los años 1997 y 1998 corresponde a los cotizantes para el período mayo-julio 1997. La información para el año 1998 correspondiente al sistema A.F.P. y al sistema ISAPRE corresponde al promedio enero-septiembre.

• Caracterización y número de beneficiarios efectivos.

Los beneficiarios efectivos o reales del Programa son los trabajadores que cotizan a FONASA, a los cuales se les pagó subsidio por incapacidad laboral, durante el año (CUADRO N° 3). Para permitir la comparación con los beneficiarios potenciales, se informa que los beneficiarios efectivos del régimen de subsidios por incapacidad laboral son los trabajadores que cotizan a un régimen previsional distinto de los de las Fuerzas Armadas y de Orden y que reciben subsidio, durante el año.

Para determinar el número de los referidos beneficiarios se considera el número de subsidios iniciados en el año. Se les denominan subsidios iniciados a los subsidios que comenzaron a pagarse por primera vez en el mes informado sin contabilizar las prórroga de una licencia (aquella que se extiende inmediatamente a continuación de la anterior y por el mismo diagnóstico), las cuales pueden da origen a un nuevo pago de subsidio en el mismo mes informado.

CUADRO N° 3

NUMERO DE SUBSIDIOS INICIADOS POR ENFERMEDAD COMÚN, SEGÚN ENTIDADES PAGADORAS DEL SUBSIDIO (1)

AÑO	SERVICIOS DE SALUD (2)	%	C.C.A.F.	%	TOTAL
1995	175.544	40,0	263.364	60,0	438.908
1996	188.064	38,3	302.542	61,7	490.606
1997	211.696	37,0	361.208	63,0	572.904
1998	217.865 (3)	35,4	396.805	64,6	614.670

FUENTE: Superintendencia de Seguridad Social

(1) Incluye subsidios por reposo maternal suplementario

(2) Corresponde al número de licencia primarias que dieron origen al subsidio

(3) Incluye estimación para el S.S. Oriente marzo-diciembre 1998

III. Análisis, Conclusiones y Recomendaciones

1. Continuidad de la Justificación

• Validez de la justificación original y pertinencia de los objetivos del Programa

El Programa continúa siendo compatible con las prioridades de desarrollo del país, manteniéndose la necesidad de velar por la salud de los trabajadores.

Con la incorporación al Programa de mayores controles a la demanda y oferta y un Programa de seguimiento sistemático de la gestión será cada vez mas justificada su existencia como una poderosa herramienta que permite colaborar al restablecimiento de la salud, y asimismo contribuye a detectar, prevenir y controlar las causas que originan los subsidios, generando instancias de mayor seguridad social para los trabajadores.

Se coincide con la opinión de ambas instituciones que reiteran que el programa no puede desaparecer basados en el hecho de que cubre un estado de necesidad que seguirá requiriendo de cobertura

• Evolución del perfil de los beneficiarios

Los beneficiarios del Programa en evaluación, no son fácilmente identificables ya que el régimen de subsidios por incapacidad laboral es uno solo, y no se determina qué parte de los beneficiarios potenciales son atribuibles al sistema ISAPRE y cuáles al sistema FONASA.

No se dispone de la información que permita cuantificar, por separado, el número de trabajadores afiliados a FONASA que percibieron subsidio, del número de subsidios reembolsables a las entidades empleadoras, ya que en las estadísticas, estos últimos aparecen incluidos en los subsidios pagados.

No existen mayores antecedentes respecto al grupo de beneficiarios efectivo, no está suficientemente identificado, no se ha analizado su composición etaria, geográfica, epidemiológica ni económica.

Al no existir actualmente información detallada sobre las características de los beneficiarios efectivos cotizantes del sistema público de salud (características demográficas, epidemiológicas, socioeconómicas, laborales, etc.) no es posible identificar cambios como resultado del programa.

• Influencia y evolución del entorno del Programa

• No se han producido cambios en los últimos cuatro años. Las últimas modificaciones legales datan del año 1994, año en que se publicaron las Leyes Ns. 19.299 y 19.350, que introdujeron, entre otras, las siguientes modificaciones tanto a la Ley N18.469 como al D.F.L. N44, de 1978:

a) En materia del diseño del beneficio:

- En el caso de los trabajadores independientes afiliados al Nuevo Sistema de Pensiones, D.L. N3.500, de 1980, se reguló lo relativo a las rentas mensuales que se deben considerar para el cálculo del subsidio (Artículo 3, número 2 de la Ley N19.299).

- Se estableció que el monto de los subsidios que se están devengando se reajustar en cada oportunidad en que éstos cumplan doce meses de duración ininterrumpida, cualquiera sea el diagnóstico de las licencias que los originaron (Artículo 1, número 3, de la Ley N19.350).

b) En cuanto al perfil del beneficiario, en el caso de los trabajadores dependientes contratados diariamente por turnos o jornadas, para tener derecho a los subsidios, se disminuyó de tres meses a un mes el periodo de

cotizaciones que deberán tener dichos trabajadores en los seis meses anteriores a la fecha inicial de la licencia médica (Artículo 1, número 1, de la Ley N19.350).

• Reformulaciones realizadas del Programa

No han existido cambios sustantivos en el Programa

Podría sin embargo, señalarse que el cambio mas evidente presentado en estos últimos años es la evolución de los gastos en SIL, que se han incrementado en forma considerable desde 1994, en desmedro del monto destinado a cubrir las prestaciones de salud según se destaca en estudio realizado en Octubre de 1998 por el Instituto de Economía de la Pontificia Universidad Católica de Chile

Con fecha 28 de Mayo de 1999, el Ministerio de Salud, ha aprobado el Plan de Fortalecimiento de las COMPIN. Asimismo, se ha creado un Comité Técnico de Incapacidad Laboral que supervisará y gestionará a nivel central las medidas necesarias para su cumplimiento.

2. Diseño del Programa

• Lógica Horizontal y Vertical de la Matriz de Marco Lógico

El panel concuerda con la lógica de la matriz tanto vertical como horizontal, sin embargo estima necesario admitir que en el caso de los trabajadores del sector público el subsidio corresponde a la mantención del pago de la remuneración en forma automática, sin embargo, debe destacarse que este pago solo debe realizarse cuando existe aprobación de la licencia por parte de la COMPIN.

Por otra parte, dado que el componente 3 Reembolso de subsidio, es un componente con muy baja relevancia estructural y con poca importancia relativa, comparado con los otros componentes de la matriz, que no hacen acreedor a una gran asignación de recursos, se considera conveniente asimilarlo a una actividad dentro del componente 2 Otorgamiento de Subsidio.

El panel estima que el componente de Proceso de licencias médicas debe ser asumido con mayor propiedad por el Ministerio de Salud, definiendo y asignando la responsabilidad claramente, ya que es a ese nivel nivel, donde se pueden producir las mayores distorsiones entre los componentes y el logro de los propósitos y fines.

Se propone introducir la Vigilancia Epidemiológica como nuevo componente de la matriz de marco lógico, dado que permite, facilitar la adecuada toma de decisiones, la evaluación de las medidas tomadas, medir el efecto de los impactos de las medidas, la evolución del gasto y una mejor comprensión de los factores a los cuales pueden atribuirse las variaciones .

Si todos los componentes se cumplen adecuadamente se estará permitiendo que los trabajadores que se encuentren incapacitados temporalmente para trabajar , perciban el beneficio del programa contribuyendo así al fin último, cual es la seguridad de los trabajadores y la recuperación de la salud

• Identificación de otros indicadores para medir el logro de los objetivos del programa.

Se sugiere incorporar el indicador del tiempo de recuperación de las patologías que determinan licencia médica. Se señala que este es uno de los principales indicadores de gestión clínica en uso en algunos países (ej. España). Se puede comenzar con la definición de parámetros de referencia para las enfermedades más prevalentes.

Sin embargo, debe señalarse que el establecimiento de este indicador que relaciona la indicación de reposo médico y tiempo de recuperación (duración de la licencia) debe ser establecido por entidades validadas por la comunidad médica y la sociedad. Por ejemplo: Sociedades Científicas, Universidades, Colegios Profesionales, Grupos de Expertos.

Asimismo es conveniente incorporar el seguimiento sistemático de indicadores como:

- Frecuencia de licencias médicas por grupo de diagnóstico, N° y % del Total.

- Duración Promedio de licencias por diagnóstico y por institución previsional (Isapres Abiertas, Isapres Cerradas, FONASA Servicio de Salud, FONASA C.C.A.F.)
- Valor día de licencia médica por institución
- Número de cotizantes por institución
- Sueldo promedio diario por institución
- Ingreso promedio diario por institución
- Costo promedio de licencias por institución
- Variación de licencias médicas según diagnóstico por institución en los últimos tres años

Estos indicadores, entre otros permiten la retroalimentación necesaria del sistema, de modo de facilitar la adecuada toma de decisiones, tanto desde el punto de vista médico, como administrativo, financiero y jurídico.

• Cambios en el entorno del programa y examen de los supuestos

El supuesto de uso adecuado de la licencia tanto por parte de los trabajadores como de los profesionales debiera estar sometido al control institucional, desarrollando los indicadores de uso adecuado y sus correspondientes medios de verificación.

Se comparten los criterios respecto a los riesgos que enfrenta el programa, especialmente en lo que señala el MINSAL en cuanto a que "la licencia médica es el instrumento que genera el derecho de este beneficio previsional y es la herramienta sobre la cual deben recaer, fundamentalmente, todas las medidas de control y supervisión".

• Dimensionamiento del Programa

Si bien no se dispone de información de la distribución de la utilización del subsidio por regiones, es esperable que existan diferencias explicables por las distintas características demográficas, geográficas, ambientales y actividades productivas de cada región que determinen distintos perfiles epidemiológicos.

• Razones que justifican cambios en el Diseño del programa

Si bien no se cuenta con información detallada de este programa, es probable que en él estén influyendo factores derivados de los cambios epidemiológicos, económicos y laborales que afectan a la población general. En este sentido, el contar con un buen sistema de vigilancia, seguimiento y evaluación de este programa, puede constituirse también en un indicador sensible que de cuenta de cambios en otras áreas que determinan la salud de las personas.

El Panel, dado el aumento progresivo del gasto por concepto de este seguro ocurrido en los últimos años, que afecta tanto al sector público como al privado, estima necesario plantear alternativas de diseño que permitan su sustentabilidad en el tiempo.

Con respecto al Componente "Proceso de Licencias Médicas": Este ha estado en la discusión de los Ministerios de Salud y del Trabajo y Previsión Social, por tratarse a juicio del MINSAL de "un trámite que tiene un procesamiento engorroso y no exento de problemas". En efecto, el proceso de la licencia tiene a lo menos seis pasos intermedios, entre la emisión por el médico y el pago del subsidio al trabajador; entre estos pasos destacan las siguientes actividades:

1. Consulta con profesional médico-cirujano o cirujano-dentista: Extiende la licencia médica al paciente en formulario licencias, de acuerdo a reglamentación.
2. Enfermo presenta licencia médica a empleador en plazo establecido por reglamentación (48 hrs. Para empleados privados y 72 hrs. Para empleados públicos).
3. Empleador: Completa información del formulario de licencias, donde debe dar cuenta de las últimas seis rentas percibidas por el beneficiario.

4. Empleador envía formulario licencia a COMPIN correspondiente a la dirección donde se ubica el trabajo o a CCAF según corresponda en el plazo reglamentario.
5. Oficina de Licencias Médicas de la COMPIN verifica información contenida en el formulario de licencia médica.
6. Médico contralor de la COMPIN autoriza licencia médica. Médico puede citar al paciente, solicitar visita domiciliaria o realización exámenes complementarios.
7. COMPIN procede al cálculo del Subsidio y al pago respectivo de las licencias aprobadas.

Sin embargo el proceso puede modificarse y prolongarse sustancialmente si el médico que debe visar la Licencia decide, por ejemplo, citar al paciente para ser examinado y sometido a evaluaciones para confirmar o verificar el diagnóstico médico y la procedencia del reposo indicado.

De allí que existan varias iniciativas de parte del MINSAL tendientes por una parte a agilizar y simplificar el proceso de tramitación de licencias, aumentando el grado de satisfacción de los usuarios, y por otra a reforzar los mecanismos de control que ejercen las contralorías médicas de las COMPIN.

En esta línea se han propuesto varias medidas entre las cuales se destacan las siguientes:

Invertir en la informatización y en el mejoramiento de la planta física de algunas COMPIN.

Normalización del procesamiento del Subsidio, incluyendo protocolos de los tiempos de reposos médico.

Reorganización del trabajo de las COMPIN, desde la recepción de la Licencia Médica hasta el pago de la misma.

Definición de cada una de las funciones, incorporando el papel del Inspector Verificador del reposo y de una oficina de informaciones.

Diseño y ejecución de un sistema de control del talonario de Licencias Médicas

Formación de una Unidad Técnico Profesional en la Región Metropolitana para la atención de pacientes por especialistas que apoyen la labor del médico contralor.

Formación de Comisión de Ética para regular el uso de la Licencia Médica entre los profesionales médicos.

Las propuestas anteriores incluidas en la minuta del "Plan de Mejoramiento de la COMPIN y de la Gestión del Subsidio por Incapacidad Laboral" del Ministerio de Salud, apuntan a disminuir problemas asociados a este seguro, implantando controles por el lado de la oferta. No se observan propuestas para implantar controles por el lado de la demanda, excepto tal vez la propuesta de modificación del Art. 14 del D.F. 44, sobre el pago de los tres primeros días de licencia.

En este punto cabe reflexionar sobre dos aspectos.: primero, sobre cuáles son los mecanismos de control que pueden proponerse para solucionar los problemas existentes; y segundo, cuáles son las consecuencias de la implementación de mecanismos de control sobre la oferta y sobre la demanda.

Respecto a los controles por el lado de la demanda, su objetivo es evitar que el trabajador solicite licencia innecesaria desde el punto de vista médico. Estas propuestas en general se orientan a restituir solo parte del ingreso del trabajador, a través de deducibles, copagos o topes. Así, al reembolsar sólo parte del ingreso, aumentan los costos para el trabajador de solicitar licencias médicas excesivas, y disminuyen los beneficios de formar acuerdos entre empleados y empleadores para utilizar el SIL como seguro de desempleo.

El control por el lado de la oferta implica verificar la existencia "real" del diagnóstico y que el número de días de reposo corresponda al diagnóstico. Las medidas propuestas en este sentido se estima implican grandes costos en personal (Inspectores Visitadores, Médicos Especialistas, Exámenes de Laboratorio y Procedimientos Diagnósticos, etc.).

Por lo tanto, cualquiera de las medidas propuestas por el Ministerio de Salud para aumentar el control sobre la oferta involucrarán un importante costo para el sistema de salud (Servicios de Salud en el caso de trabajadores cotizantes en FONASA); por otro lado, a medida que se aumenta el control para evitar que se otorguen licencias innecesarias, se aumenta la probabilidad de que se rechacen licencias necesarias, situación que aumentaría la insatisfacción de los usuarios del sistema. Así por ejemplo, puede ser ilustrativo lo sucedido en las ISAPRE, en las cuales el aumento en el gasto de licencias médicas en los últimos años, llevó a aumentar las medidas de

control el año 1998 (Dr. René Merino, presidente Asociación de Isapres, El Mercurio, 26 de mayo de 1999). Como consecuencia de lo anterior, la Superintendencia de Isapres, a través de su Boletín Estadístico 1998, informó que el número de licencias rechazadas en 1997 totalizaron 62.273 y en 1998 éstas aumentaron a 93.801, lo que significó un aumento de licencias rechazadas de 50,6%. En tanto, el número de días rechazados en 1997 fue de 767.145 y en 1998 llegaron a 1.106.664, es decir, se incrementaron en 44,3%.

Es por ello que el desafío parece ser compatibilizar la necesidad de aumentar el control impidiendo el abuso, sin perjudicar a quienes efectivamente tienen la necesidad de reposo, y a un costo compatible con el sistema de salud.

Dado el volumen de licencias médicas que se inician en el sistema público de salud, que en el año 1998 sobrepasaron las seiscientas mil, cualquier sistema de control que pretenda cubrir y controlar en forma regular el cumplimiento de la licencia médica, por ejemplo el reposo efectivo en el lugar indicado, parece ser de un costo que presionaría aun más sobre el gasto creciente que deben enfrentar los sistemas de seguro de salud, sin mencionar las dificultades prácticas que pueden existir y que no aseguran la eficiencia de esas medidas.

Una alternativa a considerar y que a juicio del Panel parece aconsejable, es implantar un sistema de control aleatorio y otro selectivo sobre la oferta, acompañado de una simplificación de la tramitación del subsidio. De esta manera, los recursos para aumentar el control de la oferta pueden concentrarse en dos tipos de casos:

El primero, serían una cantidad de auditorías, en profundidad, aleatoria y representativas del total de licencias recibidas para su aprobación en la COMPIN;

El segundo, serían auditorías dirigidas a casos seleccionados, previamente establecidos, en base a criterios e indicadores definidos en la Matriz del programa. Ej. Profesionales con tasa aumentada de retiros de talonarios.

Es recomendable la creación de un sistema de vigilancia epidemiológica del subsidio por incapacidad temporal, que considere a lo menos los siguientes elementos:

Dado que un trabajador puede faltar un número indeterminado de veces al trabajo por episodios de enfermedad común y su duración puede ser totalmente variable, desde un día a semanas o meses, el sistema de vigilancia de ausentismo por licencia médica debe considerar, al menos, los índices de frecuencia, gravedad y causa.

Un adecuado sistema de vigilancia debe estar diseñado para recoger los episodios de ausencia y su duración (datos del numerador) como datos de las empresas o masas laborales (lugares de trabajo, número de trabajadores, horas trabajadas, etc.) que constituyen el denominador.

Establecer criterios homogéneos para el manejo de la información entre los diferentes COMPIN, que hagan comparables y fiables los datos.

Con fines de facilitar toma de decisiones en cuanto a distintas estrategias de prevención, se debe conocer como se distribuye el ausentismo según la edad, el género, la ocupación de los trabajadores y el diagnóstico.

La evidencia publicada en la literatura muestra que existe una correlación entre los factores anteriores y el ausentismo médico: respecto a la edad, existe una relación entre edad y ausentismo, siendo inversa entre la edad y el número de episodios de ausencia. A edades tempranas es esperable episodios frecuentes y de corta duración, mientras que a edades más avanzadas la frecuencia es menor, pero la duración aumenta de manera proporcional. Se recomienda la estratificación por edades en periodos de cinco años.

En relación al género, los mayores índices de ausentismos por enfermedad común en mujeres que pueden encontrarse, son diferencias que no estarían intrínsecamente relacionadas con el género, sino que pueden estar determinadas por condiciones de trabajo desfavorables y con una mayor exigencia externa para la mujer.

La ocupación o tarea es otra variable que debe ser considerada en el análisis del ausentismo por licencia médica debido al hecho de que existe una relación inversa entre nivel profesional y duración de los episodios de ausentismo (a menor categoría profesional, mayor frecuencia y duración de los episodios).

Respecto al control de la demanda, se ha señalado por diferentes actores institucionales la generosidad del SIL chileno que reembolsa el 100% de la remuneración con tope de 60 UF a partir del primer día si la duración de la licencia es superior a diez días, o a partir del cuarto día si es menor o igual a diez días. (Los trabajadores del sector público reciben sus remuneraciones completas de cargo de la institución o servicio empleador).

Las propuestas de control sobre la demanda escapan a los mecanismos de control que pueden ejercer las contralorías médicas, ya que ellas en general tienen que ver con un rediseño del seguro propiamente tal, especialmente cuando se trata de desincentivar la solicitud no justificada de la licencia. Entre estos mecanismos que utilizan otros países, generalmente se contempla el pago de un 50% a 75% del ingreso promedio de los meses anteriores, deducibles que no se recuperan, o limitación de semanas de licencia en un año o por una misma enfermedad o transferencia del pago de los primeros días de licencia a los empleadores.

Así por ejemplo, en Italia el seguro reembolsa un 50% del salario desde el día 4 al 20, y luego 66,6% hasta los 360 días; en Suecia el seguro paga el 75% del ingreso a partir del día 29, y el empleador paga desde el día 2 al 28; en Perú, el seguro reembolsa el 100% del salario por un año y los primeros 20 días son pagados por el empleador.

Con respecto al Componente otorgación de Subsidio, de acuerdo a lo estipulado en el Artículo 14 del Reglamento de Subsidios (D.F. 44), los trabajadores del sector privado, tratándose de licencias iguales o inferiores a diez días, se establece una carencia de tres días y, por lo tanto, en estos casos el subsidio se paga desde el cuarto día. Dentro de las modificaciones del seguro que diversos organismos técnicos y gremiales han propuesto, se considera el citado artículo. Ha juicio del Panel existe información contradictoria respecto al impacto en el gasto que tendría esta medida. Los argumentos esgrimidos en favor de la eliminación de la carencia indican que se disminuiría la presión del demandante por prolongar más de diez días una licencia, sin justificación médica, con el fin de no perder remuneración por carencia.

Sin embargo, estudios preliminares de la Superintendencia de Isapres sobre el impacto de esta medida en el sector privado, indica que en diferentes escenarios, la medida tendría un impacto negativo en el gasto; por su parte, estimaciones del Ministerio de Salud señalan la eliminación de la carencia de los primeros tres días para las licencias médicas iguales o inferiores a 10 días, representa un mayor gasto anual en el sistema cercano a los \$ 28.706 millones (moneda diciembre de 1997) que se desglosa conforme al siguiente detalle:

Sistema Isapre	\$ 22.086 Mill.
Sistema FNS-CCAF	\$ 4.247 Mill.
Sistema FNS no CCAF	\$ 2.373 Mill.
TOTAL	\$ 28.706 Mill.

3. Organización y Gestión del Programa

• Descripción y cuantificación de los componentes (bienes y servicios) que produce el Programa.

Para el propósito que el trabajador que se encuentre incapacitado temporalmente para trabajar como consecuencia de una enfermedad o accidente común, perciba durante dicho periodo un ingreso que sustituya su remuneración o renta, se espera que la fuerza de trabajo (beneficiarios Potenciales) coticen en FONASA o en una ISAPRE. Todos los indicadores posibles propuestos están orientados a caracterizar e identificar de la mejor forma posible a la masa trabajadora según características sociales, demográficas y productivas, todo ello con el objeto de conocer en que medida este beneficio se está otorgando a los diferentes sectores.

Para verificar que esto así suceda se requiere contar con información de diferentes instituciones públicas, entre las que destaca FONASA, Superintendencia de Seguridad Social, Superintendencia de Isapres y el INE

Como ya ha sido señalado los componentes que produce el Programa son:

1. PROCESO DE LICENCIAS MEDICAS(Proceso de emisión, aprobación y control)

En **el Proceso de otorgamiento de licencias medicas** se requiere conocer a los trabajadores a quienes efectivamente se les otorga licencias medicas(beneficiarios efectivos), en función de los trabajadores cotizantes. Además, interesa conocer a quienes se aprueba licencias, los rechazos, las apelaciones y los montos otorgados por concepto e este subsidio.

Las fuentes de información las constituyen las estadísticas de FONASA y de la Superintendencia de seguridad Social

Se estima que en este componente los supuestos juegan un rol fundamental para no desvirtuar el objetivo del otorgamiento de este subsidio: Que los trabajadores y profesionales hacen uso adecuado de la licencia médica que da derecho al subsidio; que existe uniformidad de criterios en la extensión de la licencia médica que da derecho al subsidio; el reposo por enfermedad curativa esta regulado técnicamente; existe conocimiento por parte de los trabajadores y empleadores del procedimiento de tramitación de la licencia médica que da derecho al subsidio y que se mantiene la normativa legal vigente

El panel estima que el componente de Proceso de licencias médicas debería ser asumido con mayor propiedad por el Ministerio de Salud, ya que es a ese nivel nivel, donde se pueden producir las mayores distorsiones entre los componentes y el logro de los propósitos y fines

2. OTORGAMIENTO DE SUBSIDIO

Proceso de pago de un monto en dinero en reemplazo de remuneración o renta, según corresponda, por los días no trabajados en el caso de los trabajadores del sector privado

Se medirá en función del número de subsidios pagados y el monto pagado y el número total de cotizantes

El supuesto considerado en este componente que existan y estén disponibles los fondos para el pago en el momento oportuno

Las fuentes de información las constituyen las estadísticas de FONASA y de la Superintendencia de seguridad Social

3.- REEMBOLSO DE SUBSIDIO (Proceso de reembolso al empleador del sector público, de un monto de dinero equivalente al subsidio que le habría correspondido percibir a sus trabajadores de tener derecho al subsidio (art. 22 de la Ley N° 18.469).

Se medirá en función del número de reembolsos, el monto pagado y el número total de cotizantes

Las fuentes de información las constituyen las estadísticas de FONASA y de la Superintendencia de seguridad Social

El supuesto considerado en este componente que existan y estén disponibles los fondos para el pago en el momento oportuno

4.- GESTION OPERATIVA (Procesos de supervisión, vigilancia, control,y estudios del programa)

El componente de Gestión operativa del programa, requiere medición de resultados que incluya indicadores de incapacidad laboral, de comportamiento a lo largo del tiempo ,indicadores de efectividad, indicadores de costos(duración de licencia, valor día, etc.), de caracterización de los oferentes (médicos e instituciones y los demandantes (usuarios y empresas), epidemiológicos (clasificación de enfermedades según frecuencia, variaciones en el tiempo)

Este componente supone la asignación clara de las funciones que le corresponde a cada una de las instituciones participantes con una estrecha colaboración y coordinación entre ellas. Del mismo modo, se requieren sistemas de información eficientes , oportunos y adecuados a los niveles exigidos.

Asimismo, se requiere que las unidades ejecutoras, cuenten con los recursos humanos, técnicos y de infraestructura adecuados a sus funciones.

El Programa entrega como resultado tipos de bienes:

Un monto en dinero (subsidio) en reemplazo de la remuneración o renta, según corresponda, por los días no trabajados, en el caso de los trabajadores del sector privado. Este beneficio se otorga a los trabajadores del sector privado afiliados a FONASA que cumplan los requisitos legales (letras a) y b) del artículo 5 y artículo 18 de la Ley N18.469 y D.F.L. N44).

- Reembolso al empleador del sector publico de un monto de dinero equivalente al subsidio que le habría correspondido percibir a sus trabajadores de tener derecho al subsidio (artículo 22 de la Ley N18.469).
- En la identificación de bienes y servicios debiera señalarse que el programa entrega como resultado:
- Permitir ausentarse total o parcialmente del trabajo ante una situación de quebranto de la salud y un monto de dinero (subsidio) en reemplazo de la remuneración o renta, según corresponda, por los días no trabajados

La cobertura del programa corresponde a todos los trabajadores dependientes o independientes que coticen para los regímenes de salud y pensión y que cumplan con las disposiciones de las normas citadas precedentemente.

Las disposiciones contenidas en el D.F.L. N44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, describen a este beneficio previsional que es el subsidio. Dentro de los aspectos descriptivos más relevantes que podrán señalarse se encuentran los siguientes:

Los trabajadores dependientes del sector público y privado, para tener derecho a los subsidios requieren de un mínimo de seis meses de afiliación y de tres meses de cotización dentro de los seis meses anteriores a la fecha de inicial de la licencia médica. Cabe especificar que los trabajadores dependientes del sector privado contratados diariamente por turnos o jornadas deben contar, además del período mínimo de afiliación con, a lo menos, un mes de cotizaciones dentro de los seis meses anteriores a la fecha inicial de la licencia.

En el caso de los trabajadores independientes deben tener doce meses de afiliación previsional anteriores al mes en el que se inicia la licencia y haber enterado al menos seis meses de cotizaciones continuas o discontinuas dentro del periodo de doce meses de afiliación anterior al mes en que se inició la licencia, de conformidad con lo señalado en el artículo 18 de la Ley N18.469.

En términos generales, para la determinación de las bases de cálculo, se utiliza la remuneración neta del trabajador, esto es, la remuneración imponible con deducción de la cotización personal y de los impuestos correspondientes a dicha remuneración. Además, la base de cálculo para la determinación del monto de los subsidios considera los datos existentes a la fecha de iniciación de la licencia médica y ser una cantidad equivalente al promedio de la remuneración mensual neta, del subsidio, o de ambos, que se hayan devengado en los tres meses calendario más próximos al mes en que se inicia la licencia.

Los subsidios se devengaran desde el primer día de la correspondiente licencia médica, si ésta es superior a 10 días o desde al cuarto día, si ella es igual o inferior a dicho plazo para los trabajadores dependientes o independientes del sector privado. Cabe señalar que en el caso del sector público, cuando un trabajador recibe una licencia médica, tiene derecho durante el goce de la licencia, a la mantención del total de sus remuneraciones y su pago corresponde al Servicio o Institución empleadora (art. 22, Ley N18.469).

Ahora bien, para los efectos de cuantificar los componentes que genera el Programa no se ha distinguido entre subsidios y reembolsos ya que estos últimos también son subsidios (ver cuadro N°3, página 12).

Cabe hacer notar que no hay igualdad de derecho al subsidio entre los trabajadores del sector privado y los trabajadores del sector público, respecto a la cobertura del subsidio devengado en licencias iguales o inferiores a 10 días

● Organización que sustenta la función de producción de los componentes					
MINISTERIO RESPONSABLE	SERVICIO RESPONSABLE	RESPONSABILIDAD OPERATIVA	UNIDADES EJECUTORAS DE ESTE PROGRAMA		FUNCIONES
MINISTERIO DE SALUD	MINISTERIO DE SALUD	1. PROCESO DE LICENCIAS MEDICAS	SERVICIOS DE SALUD (Capítulo VI del D.S. N42, de 1986, del Ministerio de Salud)	COMISIÓN DE MEDICINA PREVENTIVA E INVALIDEZ (COMPIN)	<p>Tiene las funciones y atribuciones que las leyes y el D.S. N42, de 1986, del Ministerio de Salud, le otorgan</p> <p>Sin perjuicio de las que le confiere el D.S. N3, de 1984, del mismo Ministerio antes señalado, y la Ley N18.933 (artículos 35, 36 y 37). La COMPIN está dotada de autonomía para emitir resoluciones, dictámenes e informes en los asuntos de su competencia, sin perjuicio de las atribuciones que en estas materias confiere la Ley a otros organismos.</p> <p>Dentro de las 18 funciones que realiza la COMPIN, señaladas en el artículo 221 del D.S. N42, de 1986, y que tienen relación con el Programa de Subsidios de Enfermedad y Medicina Curativa, se encuentran las siguientes:</p> <p>a) Pronunciarse sobre las solicitudes de licencias por enfermedad en los casos determinados por el artículo 94 del D.F.L. N338, de 1960;</p> <p>b) Pronunciarse sobre la irrecuperabilidad de los funcionarios con licencia por enfermedad regidos por el D.F.L. N338, de 1960;</p> <p>c) Pronunciarse sobre las solicitudes de licencias por enfermedad y los correspondientes subsidios en su caso, de los trabajadores afectos a la Ley N18.469, de acuerdo a la normativa vigente al respecto;</p> <p>d) Pronunciarse sobre las solicitudes de descanso maternal y las de descanso prenatal suplementario y postnatal prorrogado y el correspondiente subsidio en su caso, a las trabajadoras, de acuerdo con el Código del Trabajo y la Ley N18.469;</p> <p>e) Resolver sobre los reclamos presentados por los afiliados a una ISAPRE, en conformidad a lo dispuesto en los artículos 15 y 17 del D.S. N3, de 1981, del Ministerio de Salud.</p> <p>Es una dependencia del Servicio de apoyo a la COMPIN</p> <p>Estas unidades están ubicadas en establecimientos asistenciales del Servicio de Salud y en los lugares alejados o con dificultades de acceso a la COMPIN respectiva y/o que tienen una cantidad de población laboral que justifica la desconcentración y agilización de la tramitación de las licencias médicas.</p>
		2. OTORGAMIENTO DE SUBSIDIO		UNIDAD DE LICENCIAS MÉDICAS	
MINISTERIO DE L TRABAJO Y PREVISION SOCIAL	SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL	3.- REEMBOLSO SUBSIDIO	C.C.A.F		De conformidad con lo dispuesto en el número dos del artículo 19 de la Ley N18.833, las C.C.A.F. pueden administrar, respecto de sus trabajadores afiliados, el régimen de subsidios por incapacidad laboral, previa autorización del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Para financiar dicho régimen, las C.C.A.F. perciben una cotización del 0,6% de las remuneraciones imponibles de los trabajadores no afiliados a una ISAPRE.
		4.- GESTION OPERATIVA			Para los efectos de los superávit o déficit que se producen en la administración de este régimen, es decir, cuando la cotización del 0,6%, antes citada, alcanza a cubrir los gastos en subsidios y viceversa, se aplica lo dispuesto en el artículo 24 del D.F.L. N44, de 1978, esto es, las C.C.A.F. traspasan al FONASA los superávit producidos y, en caso de existir déficit, éste debe ser cubierto por el FONASA.
BENEFICIARIOS		TRABAJADORES QUE COTIZAN EN FONASA			

SERVICIOS DE SALUD (Capítulo VI del D.S. N° 42, de 1986, del Ministerio de Salud)

En cada Servicio de Salud existe una **Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN)**, que depende del Director y tiene las funciones y atribuciones que las leyes y el D.S. N° 42, de 1986, del Ministerio de Salud, le otorgan, sin perjuicio de las que le confiere el D.S. N° 3, de 1984, del mismo Ministerio antes señalado, y la Ley N° 18.933 (artículos 35, 36 y 37).

La Unidad de Licencias Médicas es una dependencia del Servicio, de apoyo a la COMPIN que tiene por objeto la tramitación y resolución de todas las licencias médicas que aisladamente o en conjunto no excedan de 30 días; de las licencias pre y post natales y del pago de los subsidios de incapacidad laboral que de ellas se deriven.

Si el reposo concedido excede el plazo señalado, o la patología que le da origen requiere mayores análisis clínicos para su adecuado diagnóstico, deben enviarse a la COMPIN para su resolución.

Estas unidades están ubicadas en establecimientos asistenciales del Servicio de Salud y en los lugares alejados o con dificultades de acceso a la COMPIN respectiva y/o que tienen una cantidad de población laboral que justifica la desconcentración y agilización de la tramitación de las licencias médicas.

La COMPIN esta dotada de autónoma para emitir resoluciones, dictámenes e informes en los asuntos de su competencia, sin perjuicio de las atribuciones que en estas materias confiere la Ley a otros organismos.

La COMPIN esta formada por la Comisión Médica, la Secretaria y la Contraloría Médica.

El Presidente de la COMPIN es el jefe técnico y administrativo de la unidad, representa a la Comisión y debe cumplir los acuerdos que ella adopta, preside sus sesiones y suscribe junto con el secretario, las resoluciones que emanan de la Comisión.

La **Comisión Médica** constituye una unidad técnica que sesiona presidida por el presidente de la Comisión y cuyos profesionales tienen las siguientes funciones:

- a) Estudiar la documentación clínica y los antecedentes sociales y laborales de los casos que deben ser considerados en ésta;
- b) Relatar en sus sesiones, los fundamentos del diagnóstico y pronóstico del caso clínico en análisis y proponer las medidas terapéuticas y/o administrativas correspondientes, y
- c) Practicar el control clínico cuando así se requiera.

La Secretaria de la Comisión es la unidad que le presta apoyo administrativo y esta formada por las secciones que se estimen necesarias para dar cumplimiento a sus funciones, de acuerdo al volumen y complejidad de las mismas.

Esta a cargo del funcionario que se designe en calidad de Secretario, a proposición del Presidente de la Comisión. Tiene la calidad de ministro de fe, debe autorizar las actuaciones de la Comisión y desempeñar las siguientes funciones:

- a) Programar, organizar, coordinar, controlar y evaluar el trabajo de la Secretaría;
- b) Revisar previamente todos los documentos, solicitudes o certificaciones, antes de someterlos a la Comisión, preocupándose que ellos están ajustados a las leyes y reglamentos vigentes y vayan acompañados de los antecedentes personales, administrativos y/o previsionales exigidos;

c) Llevar el libro de actas de la Comisión;

d) Es responsable de que los trámites internos se realicen dentro de los plazos reglamentarios, y

e) Coordinar administrativamente la Comisión con las instituciones, organismos, empresas, trabajadores y/o beneficiarios.

La **Contraloría Médica** es una unidad de apoyo técnico, encargada de controlar el correcto uso de la licencia médica por enfermedad y el correcto otorgamiento del subsidio de enfermedad o accidente, por parte de los beneficiarios de las leyes y decretos correspondientes, y de la veracidad o corrección de las declaraciones contenidas en las certificaciones médicas.

Debe prestar apoyo profesional y técnico a la Comisión y esta integrada por los profesionales médicos cirujanos y demás profesionales necesarios para cumplir las siguientes funciones:

- a) Controlar la correcta extensión de las certificaciones profesionales emitidas por médicos cirujanos, cirujanos dentistas o matronas en la solicitud de licencias médicas, elevando el informe correspondiente, en su caso;
- b) Fiscalizar el ejercicio legítimo o correcto uso por parte del trabajador, del goce de licencias por causa de enfermedad, accidente de trabajo y enfermedad profesional o por reposo preventivo, en su caso, maternal o especial de la madre por enfermedad grave del hijo menor de un año y evacuar el respectivo informe cuando corresponda, y
- c) Practicar visitas inspectivas a los lugares de trabajo preocupándose de las condiciones laborales.

CAJAS DE COMPENSACION DE ASIGNACION FAMILIAR

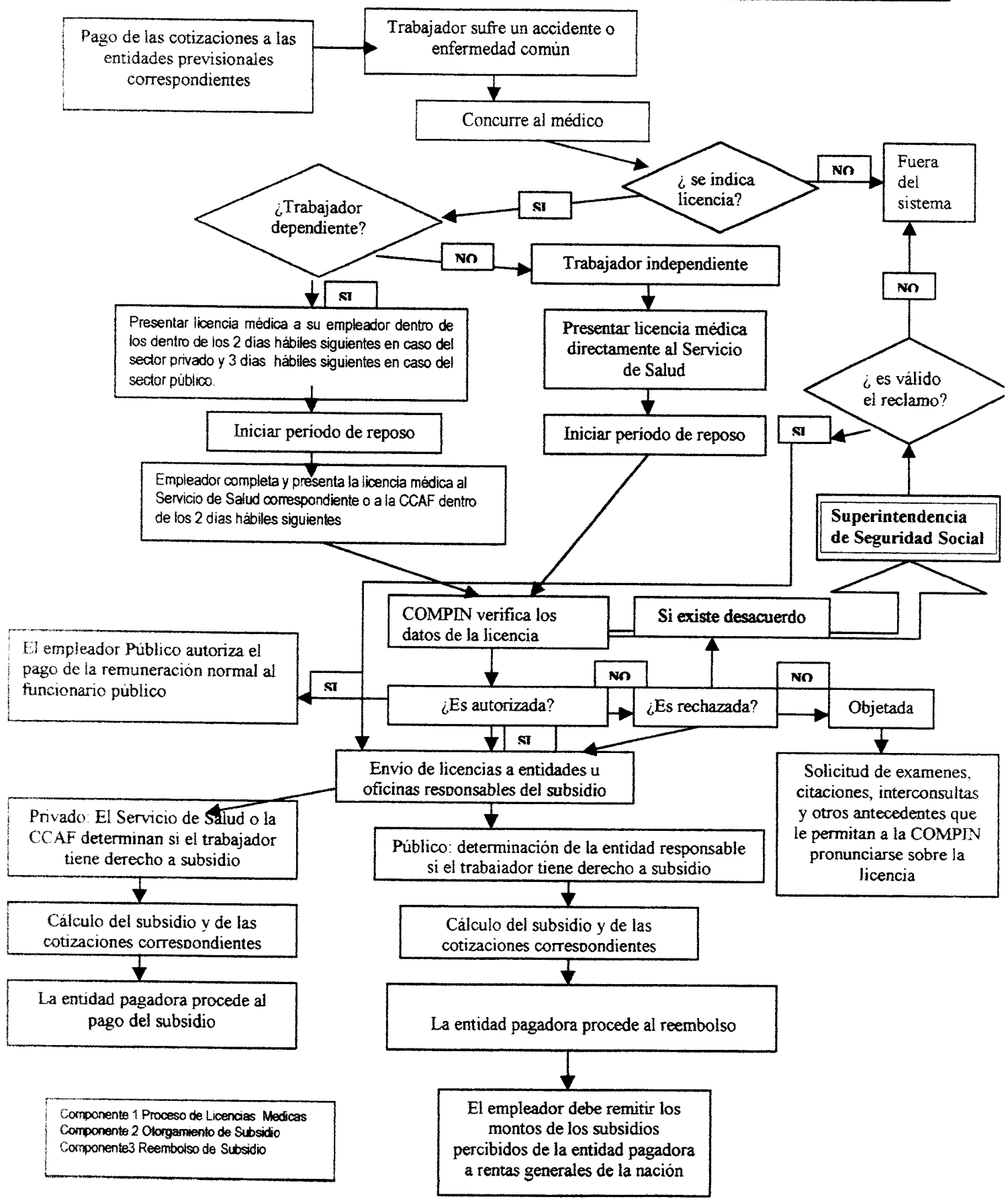
De conformidad con lo dispuesto en el número dos del artículo 19 de la Ley N18.833, las C.C.A.F. pueden administrar, respecto de sus trabajadores afiliados, el régimen de subsidios por incapacidad laboral, previa autorización del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Para financiar dicho régimen, las C.C.A.F. perciben una cotización del 0,6% de las remuneraciones imponibles de los trabajadores no afiliados a una ISAPRE.

Para los efectos de los superávit o déficit que se producen en la administración de este régimen, es decir, cuando la cotización del 0,6%, antes citada, alcanza a cubrir los gastos en subsidios y viceversa, se aplica lo dispuesto en el artículo 24 del D.F.L. N°44, de 1978, esto es, las C.C.A.F. traspasan al FONASA los superávit producidos y, en caso de existir déficit, éste debe ser cubierto por el FONASA.

Cabe agregar que las C.C.A.F. perciben una comisión pagada por el Fisco por administrar el régimen en comento la que se calcula en base a los parámetros establecidos en el inciso segundo del artículo 28 de la Ley N18.833. En la actualidad las seis C.C.A.F. existentes, De Los Andes, La Araucana, Javiera Carrera, Los Héroes, 18 de Septiembre y Gabriela Mistral, administran el régimen de subsidios por incapacidad laboral.

Las COMPIN de los respectivos Servicios de Salud son las encargadas de pronunciarse sobre las licencias medicas de los trabajadores afiliados a las C.C.A.F., limitándose a este respecto estas últimas entidades a remitir las licencias medicas a la COMPIN correspondiente y recepcionar luego las licencias autorizadas, objetadas y rechazadas por dichas Comisiones, esto es, las C.C.A.F. no tienen participación en la autorización o no de la licencia. Una vez autorizadas las licencias por las respectivas COMPIN, a las C.C.A.F. les corresponde verificar el cumplimiento por parte del trabajador de los requisitos legales para tener derecho a subsidio, efectuar el cálculo del subsidio y las cotizaciones pertinentes, pagar el subsidio al trabajador y enterar las cotizaciones previsionales en las entidades correspondientes.

• Función de producción de los componentes



Componente 1 Proceso de Licencias Medicas
 Componente 2 Otorgamiento de Subsidio
 Componente 3 Reembolso de Subsidio

NOTA: El empleador público debería pagar la remuneración solo si la licencia está autorizada por el COMPIN para dar cumplimiento al reglamento. En algunas instituciones el pago es automático, si finalmente la licencia fuese rechazada el empleado público debe restituir los fondos

• Funciones y actividades de monitoreo y evaluación que realiza la Unidad Ejecutora

Las entidades responsables de efectuar monitoreo del Programa, son el Ministerio de Salud y la Superintendencia de Seguridad Social.

Al respecto, puede expresarse que la Superintendencia de Seguridad Social, organismo que tiene la tuición y fiscalización del régimen de subsidios por incapacidad laboral, desarrolla labores periódicas de monitoreo sobre este gasto, que incluyen el registro de la información financiera y estadística sobre el número de personas que reciben el beneficio y el número de días de subsidios pagados. Además, la Superintendencia efectúa labores de fiscalización en terreno respecto de la administración del Régimen de Subsidios por Incapacidad Laboral por parte de las C.C.A.F.

Por último, la Superintendencia de Seguridad Social a fin de lograr un mayor control y evaluar tendencias, ha elaborado nuevos formularios estadísticos, que permitan contar con la información necesaria para tales efectos, los cuales se pondrán en práctica el presente año.

El Ministerio de Salud realiza monitoreo de las actividades realizadas por COMPIN, fundamentalmente a través de la Oficina de Coordinación de COMPIN y la nuevo Comité Técnico de Incapacidad Laboral creado recientemente (Exento N° 1158 del 28/5/99).

El panel estima necesario que el monitoreo y evaluación del proceso de licencias médicas debe ser asumido por el Ministerio de Salud, estableciendo las estructuras organizacionales correspondientes que le permitan su adecuado desarrollo, ya que es a ese nivel nivel, donde se pueden producir las mayores distorsiones entre los componentes y el logro de los propósitos y fines.

4. EFICACIA DEL PROGRAMA

- Desempeño del programa en cuanto a la producción de los componentes esperados.

Si se analizan los componentes existentes, el Programa ha estado orientado fundamentalmente a los componentes 2 y 3 : Otorgamiento de Subsidios de Servicios de Salud y C.C.A.F. a empleados del sector privado y Reembolsos de Subsidios a instituciones públicas, de los trabajadores afiliados a FONASA.

Respecto a la oportunidad de la entrega del subsidio, la Superintendencia de Seguridad Social lo estima como oportuno, señalando que según lo dispuesto por el artículo 20 del D.F.L. N° 44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, los subsidios se deben pagar por lo menos con la misma periodicidad que la remuneración, sin que pueda ser en caso alguno, superior a un mes. En este sentido, la Superintendencia de Seguridad Social señala que recibe mensualmente la nómina de los subsidios por enfermedad o accidente de origen común que pagan cada una de las C.C.A.F., en las que se indica, entre otros datos, el período de duración de la licencia médica, pudiendo la institución constatar que, en general, los subsidios se pagan en el mes al cual corresponden los días subsidiados. De los análisis que realiza la Superintendencia ha comprobado que los pagos atrasados de los subsidios incluidos en dichas nóminas, por lo general, corresponden a reembolsos a entidades empleadoras del sector público, que en todo caso no afecta a los trabajadores, debido a que estos continúan recibiendo su renta normal. Agrega la Superintendencia que prácticamente no se reciben reclamos por el no pago oportuno de los subsidios, en caso de licencias médicas aprobadas.

Sin embargo, el Ministerio de Salud aporta antecedentes que permiten señalar que a su juicio la forma de tramitar el Subsidio por Incapacidad laboral (SIL) se ve acompañada de una gestión que es sistemáticamente criticada por los usuarios, por la demora e irregularidad en el pago del subsidio, que a veces alcanza hasta dos meses de atraso y por la insuficiente información que tiene el beneficiario, respecto a la tramitación del mismo. Todo esto se ve reflejado en la información de los reclamos de las oficinas de la COMPIN, tal como fue diagnosticado en el caso de la COMPIN de Valparaíso-San Antonio, que realizó una encuesta de satisfacción de los beneficiarios y detectó los problemas ya señalados (COMPIN. Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio. Rediseño Proceso de Licencias y Pago de Subsidios, Enero 1996).

El panel estima que es conveniente realizar estudios de diagnóstico que permitan tener una visión más global respecto al tema, debido a que las realidades a nivel nacional pueden ser diferentes.

Por ley corresponde el pago a todo aquel trabajador cotizante que cumpla el requisito de estar incapacitado temporalmente por enfermedad común o accidente. Sin embargo, en base a antecedentes recogidos en las entrevistas realizadas a informantes calificados, es del caso señalar que es posible que el SIL se otorgue a trabajadores protegiéndolos de otras realidades laborales, como desempleo por trabajos temporales, cesantía y ambientes laborales deteriorados.

Se puede observar en el siguiente cuadro el monto de los subsidios por enfermedad común, actualizados a cifras de 1999, que los mayores subsidios por enfermedad los obtienen los cotizantes de C.C.A.F. superando a Isapres:

Monto subsidio por enfermedad anual por total de licencias iniciadas por enfermedad común				
<i>cifras en miles de pesos</i>	95	96	97	98
Monto de subsidios CCAF/ Licencias iniciadas por enfermedad CCAF	79,89	82,63	83,99	95,18
Monto de subsidios S. de Salud/ Licencias iniciadas por enf. S.Salud	70,32	74,76	71,46	80,89
Monto de subsidios ISAPRES/ Licencias por enfermedad ISAPRES	n.a	n.a	64,01	73,09

Estas cifras consideran los subsidios iniciados por enfermedad otorgados por los sistemas de salud y el monto de subsidio por licencias causadas por enfermedad

Los componentes 1 y 4 (Proceso de Licencias Medicas y Gestión Operativa) están menos desarrollados que los anteriores, especialmente las labores de control, que requieren una mayor tecnología de apoyo, desarrollo de sistemas de información, indicadores, coordinación de los entes involucrados y personal especializado entre otros.

Existen insuficiencias en los sistemas de información que permiten conocer la utilización de las licencias por parte de médicos, trabajadores, empresas y unidades de control (COMPIN), aparte de requerirse un control hacia la asignación de talonarios de licencias a los médicos. Existe bastante interés en controlar estas variables, especialmente en el sector público, donde queda demostrado la mayor duración de las licencias medicas, especialmente C.C.A.F. contrastado con la duración de éstas en el sistema privado (ISAPRES), como lo podemos observar en el siguiente cuadro:

Promedio del número de días de las licencias iniciadas por enfermedad común

(N° total de días de licencia iniciadas por enfermedad / n° de licencias iniciadas por enfermedad)

	1995	1996	1997	1998
C.C.A.F	13.79	• 13.51	13.15	14,09
ISAPRES	n.a	n.a	8.60	8.88
SERVICIOS DE SALUD	17,49	17,24	15,25	n.a
MUTUALIDADES	n.a	n.a	n.a	n.a
I.N.P.	n.a	n.a	n.a	n.a

Este indicador muestra el promedio de la duración (días) de las licencias por enfermedad común realizadas por los cotizantes del sistema salud

Para medir el desempeño y la eficacia del Programa, se requieren indicadores globales desarrollados que permitan realizar una evaluación sobre oportunidad de pago, tasas de reclamos, tasas de rechazos, patologías, costos por duración de licencias médicas según n° de días, causas de licencias de 3 días, entre 4 y 10 y mayores de 10 días, sistema de información de licencia por tipología, orientado a instituciones y empresas y demostrar como estas licencias afectan la productividad en los distintos sectores económicos.

Asimismo, se requieren mayores estudios que permitan determinar si existe o no un incentivo perverso al uso de mayor cantidad de días de licencia debido a la carencia de pagos en los primeros 3 días; determinar si esta medida aumenta o disminuye el gasto. Una de las hipótesis que se plantea sobre este tema es que eliminando la carencia de los 3 primeros días se desincentivaría el uso de licencias que sobrepasen los 10 días, pero esto debe ser materia de estudio.

• Relación entre la generación de componentes y el logro del propósito.

En general se estima que existe relación entre la generación de componentes y el logro del propósito :

Componente 1(Proceso de Licencias Médicas): Existe una relación directa. Esta relación puede mejorarse a través de establecer criterios de la necesidad y duración de reposo para las enfermedades comunes de mayor prevalencia, lo cual a su vez permitiría ejercer un mejor control sobre la oferta de licencia médica.

Componente 2 (Otorgamiento de subsidios): El oportuno pago del subsidio es fundamental para el logro del propósito, ya que éste sustituye la remuneración del trabajador y permite la realización del reposo. En opinión del Panel este componente se cumple siempre en cuanto al pago, no existiendo suficiente información respecto a la oportunidad del mismo.

Componente 3(Reembolso de subsidios): Dado que el trabajador público continúa percibiendo su remuneración completa cuando se encuentra acogido a licencia médica, este componente no tiene una relación tan directa con

Componente 3(Reembolso de subsidios): Dado que el trabajador público continúa percibiendo su remuneración completa cuando se encuentra acogido a licencia médica, este componente no tiene una relación tan directa con el logro del propósito. Por ello, las instituciones públicas debieran ejercer un control que desincentive la sobreutilización del beneficio cuando no se encuentre justificado.

Componente 4 (Gestión Operativa): Existe una relación directa entre la gestión operativa del programa y el logro del propósito, la que debe mejorarse especialmente en lo referente a mecanismos de control, fiscalización y regulación de las instituciones y los oferentes de los servicios. También se deben destinar recursos a estudios, evaluación y capacitación a todos los niveles de usuarios.

Esta relación es mejorable para el logro del propósito a través de la generación de controles tanto por el lado de la demanda, como de la oferta, que permitan evitar el mal uso de licencias médicas

• **Nivel de logro planificado y real del propósito del Programa.**

Se estima que el propósito se cumple satisfactoriamente, si se considera que todos los trabajadores acogidos a licencia médica aprobada perciben un equivalente de su remuneración si son trabajadores del sector privado y su remuneración completa si son trabajadores del sector público.

No es factible realizar una comparación entre lo real y planificado, porque no existe esto último.

El diseño del beneficio es bastante generoso, en relación a la estructura que poseen otros países, donde se reciben beneficios de las mismas características que el nuestro, con un promedio de reembolso que no supera el 60% de la remuneración. En nuestro caso, este beneficio está concebido para ser percibido por el 100% de los trabajadores que cumplan con los requisitos establecidos, con un reembolso de un 100% con tope de 60 UF, si la licencia supera los 10 días

El aumento sostenido del gasto por este concepto en los últimos años puede llegar a poner en peligro el cumplimiento de la meta por falta de recursos del sistema o alterar el otorgamiento de otras prestaciones de salud

En efecto, el diseño del sistema de seguro de salud chileno, público y privado, considera que tanto el Subsidio por Incapacidad Laboral como las prestaciones asistenciales de salud (de promoción, prevención, curación y rehabilitación), se financian con el mismo 7% de cotización; consecuentemente la única forma en que las instituciones de salud pueden ajustar sus gastos con sus ingresos, si el gasto por SIL es excesivo, es disminuyendo la cobertura por prestaciones asistenciales de salud. En este sentido, el diseño del SIL tiene un efecto redistributivo que perjudica a las personas que requieren prestaciones médicas o asistenciales a favor de las personas que se benefician del reposo por licencia médica.

Se observa en el siguiente cuadro la evolución que ha tenido el monto del subsidio, donde se visualiza el mayor crecimiento del C.C.A.F. en relación al Servicio de Salud.

MONTO DEL SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL

en miles de pesos, actualizado a cifras de 1999.

ENTIDADES PAGADORAS	ENFERMEDAD COMÚN			
	1995	1996	1997	1998
C.C.A.F.	\$21.039.741	\$ 24.998.028	\$ 30.336.370	\$37.767.376
ISAPRES	n.a	n.a	\$66.972.927	\$ 70.651.055
SERVICIO DE SALUD	\$12.344.831	\$ 14.060.572	\$15.128.494	\$17.624.134

Fuente: Ministerio de Salud, Superintendencia de Seguridad Social.

• **Efectos directos en los beneficiarios efectivos del Programa.**

Existen insuficientes antecedentes respecto al grupo de beneficiarios efectivo, el cual no está suficientemente identificado, y por lo tanto, no se ha analizado su composición etaria, geográfica, epidemiológica ni económica.

Al no existir actualmente información detallada sobre las características de los beneficiarios efectivos cotizantes del sistema público de salud (características demográficas, epidemiológicas, socioeconómicas, laborales, etc.) no es posible identificar cambios como resultado del programa.

Lo que podemos identificar es la evolución, en los últimos 4 años de existencia del Programa, del uso que se le da a la licencia por parte de los cotizantes. Para esto se muestra el siguiente cuadro:

Número de licencias iniciadas anuales por cotizante

	1995	1996	1997	1998
N° de licencias CCAF / N° de cotizantes CCAF	0,26	0,29	0,32	0,33
N° de licencias S.SALUD / N° de cotizantes S.SALUD	0,27	0,31	0,33	0,60
N° de licencias ISAPRES / N° de cotizantes ISAPRES	n.a.	n.a.	0,74	0,72
N° de licencias TOTAL / N° de cotizantes TOTALES	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.

Este indicador nos muestra el promedio de licencias realizadas por los cotizantes del sistema de salud

Se puede decir que, en las CCAF, en promedio para el año 1998 de cada 100 cotizantes 33 pidieron alguna vez en el periodo 1 licencia. En cambio en el sistema privado, específicamente en las Isapres de cada 100 cotizantes, 72 pidieron 1 licencia en el periodo. Asimismo, en el Servicio de Salud de cada 100 cotizantes 60 requirieron 1 licencia..

• **Grado de Focalización del Programa**

El beneficio otorgado por este subsidio es muy amplio no visualizándose focalización, extendiéndose a todos aquellos trabajadores que cumplan los requisitos establecidos por la ley, que son los cotizantes del sistema que podemos ver en el siguiente cuadro:

Se demuestra que 54% de los cotizantes pertenecen a C.C.A.F. y Servicio de Salud (35% y 19 %

NÚMERO DE COTIZANTES

	COTIZANTES			
	1995	1996	1997	1998
C.C.A.F.	995541	1054592	1128249	1211606
ISAPRES	1587089	1622906	1664119	1628755
SERVICIO DE SALUD	646565	610773	649078	657451
TOTAL ANUAL	3229195	3288271	3441446	3497812

Fuente: Superintendencia de Seguridad Social, Superintendencia de Isapres

respectivamente en 1998)

Se puede mostrar un cuadro que permite describir el número de personas que se beneficiarían del subsidio, que incluirían las cargas familiares:

• **Grado de satisfacción de los beneficiarios efectivos.**

Beneficiarios que incluyen cargas familiares	1995	1996	1997	1998
Beneficiarios CCAF	2239967	2357013	2513739	2710363
Beneficiarios S.SALUD	3578797	3627447	3708876	3644014
Beneficiarios ISAPRES	1454771	1365078	1446146	1470718
Beneficiarios totales	7273536	7349538	7668761	7825095

Cálculo de beneficiarios según aproximación de beneficiarios realizados por las Isapres.

No existe información que permita medir el grado de satisfacción de los usuarios, estudios de impacto, indicadores que permitan analizar percepción de plazos de pago, aceptación de niveles de rechazo, niveles de atención de reclamos, rapidez en respuestas de apelación, periodos de espera en colas de atención de público, entre otros.

El único antecedente disponible de medición de satisfacción de los usuarios es un estudio realizado por el Servicio de Salud Valparaíso / San Antonio el año 1996 que detectó insatisfacción y críticas al sistema por parte de los usuarios especialmente por demoras, exceso de tramitación e insuficiente información.

Conclusiones y Recomendaciones sobre Eficacia

Conclusiones

El Programa es eficaz en el componente Otorgamiento de subsidios y Reembolso de Subsidios, con una amplia cobertura, no existiendo estadísticas de reclamos al respecto y con ello está contribuyendo a la seguridad social de los trabajadores

Asimismo, es eficaz porque contribuye a la recuperación de la salud, dado que permite el adecuado reposo para las personas incapacitadas temporalmente.

El proceso de otorgamiento de subsidios o reembolsos requiere una mayor tecnología, que permita un adecuado control, generando un conocimiento de las variables que lo están produciendo, para la adecuada toma de decisiones. Asimismo, crear sistemas de información que permitan el análisis de múltiples variables.

El diseño del Subsidio de Incapacidad Laboral tiene un efecto redistributivo que perjudica a las personas que requieren prestaciones médicas o asistenciales a favor de las personas que se benefician del reposo por licencia médica, debido a que ambos se financian con la cotización proveniente del 7% de salud

Recomendaciones

Es necesario establecer criterios de la necesidad y duración de reposo para las enfermedades, para que al otorgar este beneficio, se tenga un mayor grado de certeza de su adecuado aporte a la salud del trabajador.

Estudiar indicadores que permitan medir la eficacia de la gestión con objetivos claros y comunes, para realizar un adecuado control.

Reorientar los incentivos de los usuarios a través de campañas de sensibilización social, hacia un uso más eficaz de este beneficio

Realizar estudios sobre tasas de uso de subsidio o reembolso, por empresas e instituciones que permitan determinar en mejor medida el buen uso del instrumento.

Desarrollar adecuados sistemas de información y control a la oferta, (control de entrega de talonarios, número de licencias extendidas por médico al mes y por tipo de diagnóstico) y demanda del programa (trabajadores del sector público y privado, por empresa, por sector, por sexo, por tipología.) permiten conocer la eficacia en la entrega de los beneficios y también la eficiencia con que se está operando.

5. EFICIENCIA DEL PROGRAMA

• Consecución de los componentes del programa planificado y real.

El programa tiene una organización normativa y reglamentaria de oportunidad de realización de las actividades contempladas, que no ha sido medible debido a la escasa información al respecto.

En los últimos años se observa un crecimiento en los costos por mayor utilización de licencias médicas (mayor número de subsidios iniciados y aumento en el nº de días pagados) como ha sido señalado en cuadros anteriores, lo que no es posible atribuir, por falta de información, a cambios en el perfil epidemiológico de la población o a otras variables ajenas a la salud de los trabajadores, como serían por ejemplo cambios en los niveles de renta o sobreutilización del beneficio. Es materia de estudio el aumento que ha tenido en los últimos años el subsidio, especialmente en C.C.A.F.

Tampoco es atribuible al crecimiento vegetativo, de la Fuerza de Trabajo en relación a Población Total o de la Fuerza de Trabajo en relación Nº de Cotizantes, dado que la relación entre estas variables se han mantenido con escasas variaciones, como se puede observar en cuadro siguiente:

	Población Total	Fuerza de Trabajo Total	Fuerza / Población	NºTrabajadores Cotizantes Total	Cotizantes F. de Trabajo
1995	13.865.640	5.181.650	0,37	1.642.106	31,7
1996	14.410.330	5.479.310	0,38	1.665.365	30,4
1997	14.614.020	5.591.370	0,38	1.777.327	31,8
1998	14.813.600	5.676.140	0,38	1.869.057	32,9
1999					
%	6,84%	9,54%		13,82%	3,79%

Fuente: Ficha de Antecedentes del Programa Anexo N°1, Anexo N°2

El sistema de monitoreo esta fundamentalmente orientado al otorgamiento del subsidio o reembolso

Se requieren mayores mediciones sobre la oportunidad de la producción de los componentes, costos y calidad de estos.

Con respecto a la eficiencia en las actividades de cada componente se puede señalar lo siguiente:

Componente 1 (Proceso de Licencias Médicas)

El panel concuerda con el Ministerio de Salud en la necesidad de Fortalecimiento de las COMPIN, donde persisten problemas de organización funcional, coordinación central intersectorial, problemas de recursos humanos, físicos y de equipamiento, que dificultan la realización del eficiente control requerido tanto para la oferta como demanda de licencias medicas.

Existen innumerables actividades que pueden ser mejoradas, estableciendo adecuados sistemas de entrega de talonarios, emisión de licencias con criterios de diagnóstico validados, controles de cumplimiento de reposo, transparencia de la información, sanciones aplicables .

Componente 2 (Otorgamiento de subsidios):

Se puede mejorar la eficiencia de este componente estableciendo adecuados sistemas de información que permitan el análisis de multivariantes, de modo de detectar mas eficientemente los intentos de fraude.

Componente 3 (Reembolso de Subsidios):

Es necesario revisar los incentivos a la demanda existentes a causa de la mantención de las remuneraciones en 100% para el sector publico.

Componente 4 (Gestión Operativa):

La gran importancia de este componente se refleja en su impacto en la eficiencia de todos los demás componentes, debido a que permite la retroalimentación del sistema, generando las instancias necesarias para las

correcciones requeridas. Se detecta la poca significación que se ha entregado a este componente, con lo cual el programa ha estado carente de sistemas que le permiten su autoregulación.

- **Costos unitarios y por componentes y calidad de los componentes, comparación con costos referenciales de otros programas del sector público o privado.**

Se carece de información respecto a gastos administrativos del programa, registros desagregados de Personal, Bienes y Servicios de Consumo, Inversión y otros. Así como también, acerca de información de beneficiarios por componentes a nivel regional, para obtener los costos unitarios por región y componente.

- **Organización e identificación de actividades que no se llevan a cabo en la actualidad y que podrían mejorar la eficiencia del programa**

Control y evaluación permanente del costo operacional del Programa que permitan una mejor gestión operativa, evaluando aspectos tales como, gastos de administración, rentas de cotizantes, aumento de subsidios, días de licencia por beneficiario y cotizante, costo promedio de licencias, n° de licencias pagadas por beneficiario y cotizante, duración promedio de licencias entre otros y correlacionarlas con tipologías de enfermedades, empresas, instituciones y profesionales.

- **Duplicación de funciones con programas que tienen el mismo grupo de beneficiarios objetivo y nivel de coordinación en los casos de intervenciones complementarias.**

No superpone o duplica trabajo con otros programas

- **Análisis de eficiencia en temas como costos administrativos, ejecución presupuestaria, costo por beneficiario, y comparación con otros programas del sector público o privado, entre otros.**

El Costo Directo del Programa respecto del total del gasto realizado por el Ministerio de Salud, entrega un indicador que permite visualizar su importancia relativa:

<i>cifras en millones de pesos de 1999</i>	1995	1996	1997	1998	INCREMENTO 1995-1998
COSTO DIRECTO PROGRAMA	33.384	39.058	45.464	55.391	66%
GASTO EFECTIVO Servicio de Salud	624.442	676.198	709.084	744.568	19%
PORCENTAJE	5,35%	5,78%	6,41%	7,44%	39,15%

Fuente: Antecedentes presupuestarios y de costos

Se observa un aumento en la importancia relativa del programa con respecto a los gastos realizados por el Ministerio de Salud de un 5,35% a 7,44% y un crecimiento significativo del costo directo de 66% que no está sustentado por estudios que lo expliquen

ANÁLISIS EFICIENCIA OPERACIONAL

	Población Total	Fuerza de Trabajo Total	Fuerza / Población	N°Trabajadores Cotizantes Total	Cotizantes % S. SALUD	Cotizantes % CCAF	Cotizantes / F. de Trabajo
1995	13.865.640	5.181.650	0,37	1.642.106	39,4	60,6	31,7
1996	14.410.330	5.479.310	0,38	1.665.365	36,7	63,3	30,4
1997	14.614.020	5.591.370	0,38	1.777.327	36,5	63,5	31,8
1998	14.813.600	5.676.140	0,38	1.869.057	35,2	64,8	32,9
1999							
%	6,84%	9,54%		13,82%	-10,66%	6,93%	3,79%

Fuente: Ficha de Antecedentes del Programa Anexo N°1, Anexo N°2

ANALISIS DE COSTOS Y EVALUACION (1995- 1998)

Se han incrementado los cotizantes CCAF en 6,93 % y han disminuido los cotizantes de los Servicios de Salud en 10,66 %.

El N° subsidios iniciados C.C.A.F. aumentaron en 51 %, cifra muy superior al N° de subsidios iniciados del Servicio de Salud que crecieron en 24 %.

El aumento de los subsidios iniciados C.C.A.F. de 51 % unido al incremento del N° de días pagados de un 53,99 % se tradujo en un crecimiento del monto pagado en C.C.A.F. de un 79,50 %

Esto se refleja en el monto pagado por licencia iniciada C.C.A.F. que aumentó en 19,14%, explicado fundamentalmente por un incremento del valor día licencia de un 23,11%

El aumento de los subsidios pagados por el Servicio de Salud fue de solo 10,26 % que unido al incremento del n° de días pagados en 5,16 %, se tradujo en aumento del monto pagado de un 42,77 %

Esto se refleja en el monto por licencia pagada por el Servicio de Salud, que aumentó en 11,15 % producto fundamentalmente del aumento del valor día licencia pagado de un 16,54 %

En C.C.A.F como en Servicios de Salud, se disminuyó la duración de la licencia pagada en 4,63 % y 3,23 % respectivamente.

En resumen, la tendencia de incremento del costo se explica fundamentalmente por un aumento del monto pagado por C.C.A.F.producto de un incremento del monto pagado de subsidios iniciados y n° de días pagados originados por un mayor valor día de licencia.

Falta información respecto a gastos administrativos del programa, no se tienen registros desagregados de Personal, Bienes y Servicios de Consumo, Inversión y otros

Costos directos del Programa

Datos en miles de pesos 1999.

AÑO 1995	RM	Total	AÑO 1997	RM	Total
C.C.A.F	8.203.682	21.039.741	C.C.A.F	13.117.628	30.336.370
S.Salud	4.178.331	12.344.831	S.Salud	5.618.307	15.128.494
Total	12.382.013	33.384.572	Total	18.735.935	45.464.864
%	37,09%	100,00%	%	41,21%	100,00%

AÑO 1996	RM	Total	AÑO 1998	RM	Total
C.C.A.F	10.002.512	24.998.028	C.C.A.F	16.956.525	37.767.376
S.Salud	4.825.991	14.060.572	S.Salud	6.724.623	17.624.134
Total	14.828.503	39.058.600	Total	23.681.148	55.391.510
%	37,96%	100,00%	%	42,75%	100,00%

Fuente: Antecedentes presupuestarios y de costo Ministerio de Salud y Superintendencia de Seguridad Social

Según se refleja en cuadro referente a costos directos del Programa por regiones, es posible observar un aumento en la participación de la RM de 37% a 43% en el periodo 1995- 1998, lo cual denota cierto direccionamiento hacia regiones, comparándolo con el sector ISAPRES que posee un 61% en RM.(Fuente Boletín estadístico, Superintendencia de ISAPRES, Enero- Julio 1998)

Se requiere información de beneficiarios por componentes a nivel regional, para obtener los costos unitarios por región y componente

INCREMENTO DEL NUMERO DE SUBSIDIOS

	Nº Subsidios IniciadosTotal	NºSubsidios PagadosTotal	Nº Sub.Inic / Nº de cotiz	Nºsub inic CCAF	Nº sub inic. S. SALUD
1995	438.908	Na	26,73%	263.364	175.544
1996	490.606	Na	29,46%	302.542	188.064
1997	572.904	Na	32,23%	361.208	211.696
1998	614.670	Na	32,89%	396.805	217.865
1999					
Incremento	40%	Na	23%	51%	24%

Fuente: Ficha de Antecedentes del Programa Anexo N°3, no se cuenta con información sobre Nº de Subsidios Pagados Total

S I L PAGADOS POR LAS C.C.A.F (miles de pesos valor 1999)

	Nº Subsidios Pagados	Nº Subsidios Iniciados	Nº de días Pagados	Monto Pagado	Monto/ Sub.Ini	Valor día Lic..	Durac. Lic
1995	na	263.364	3.630.949	21.039.740	79.888	5.795	13,8
1996	na	302.542	4.088.850	24.998.029	82.627	6.114	13,5
1997	na	361.208	4.748.133	30.336.370	83.986	6.389	13,1
1998	na	396.805	5.591.368	37.767.375	95.179	7.134	13,3
Variación 95- 98		50,67%	53,99%	79,50%	19,14%	23,11%	-3,23%

Fuente: Ficha de Antecedentes del Programa Anexo N°3; Informes Superintendencia de Seguridad Social, 1995, 1996, 1997, 1998.

El número de días año 1998 lo dio a conocer la Superintendencia de Seguridad Social.

Para un mejor análisis falta información sobre, días pagados correspondientes a subsidio iniciado, monto pagado correspondiente a subsidio iniciado, y Nº de subsidios pagados por CCAF

S I L PAGADOS POR LOS SERVICIOS DE SALUD

	Nº Licencias Pagadas	Nº licencias Iniciadas	Ini/Pag	Nº de días Pagados	MONTO	Monto/ LicPag \$	Monto/ Lic Inic \$	Valor día Lic.Pag \$	Durac. Lic. Pag
1995	272.507	175.544	64%	3.069.664	12.344.831	45.301	70.323	4.022	11,3
1996	285.026	188.064	66%	3.242.712	14.060.572	49.331	74.765	4.336	11,4
1997	300.464	211.696	70%	3.227.985	15.128.494	50.350	71.463	4.687	10,7
1998	na	217.865	Na	na	17.624.134		80.895		
1999									
%	10,26%	24,11%		5,16%	42,77%	11,15%	15,03%	16,54%	-4,63%

Fuente: Ficha de Antecedentes del Programa Anexo N°3;

Para un mejor análisis falta información sobre, días pagados correspondientes a subsidio iniciado y monto pagado correspondiente a subsidio iniciado por Servicio de Salud.

S I L PAGADOS POR LOS SERVICIOS DE SALUD Y CCAF

	Nº Subsidios Pagados	NºSubsidios Iniciados	Nºde días Pagados	MONTO PAGADO	Monto / Lic. Iniciada	Valor día/ Lic..Ini	Duración Lic ini
1995	na	438.908	6.700.613	33.384.571	76.063	4.982	15,3
1996	na	490.606	7.331.562	39.058.601	79.613	5.327	14,9
1997	na	572.904	7.976.118	45.464.864	79.359	5.700	13,9
1998	na	614.670	na	55.391.509	90.116		
1999							
%		30,53%	19,04%	65,92%	18,48%	14,41%	-8,81%

Fuente: Ficha de Antecedentes del Programa Anexo N°3; Informes S. Seguridad Social, 1995, 1996, 1997, 1998. Informes Ministerio de Salud, Anexo de costos y presupuestos.

Para un mejor análisis falta información sobre, días pagados correspondientes a subsidio iniciado y monto pagado correspondiente a subsidio iniciado por Servicio de Salud y CCAF. Por falta de Información se calcularon las relaciones con nº de días de subsidios iniciados

No obstante la falta de antecedentes, es posible medir las tendencias existentes.

Las fuentes de financiamiento totales del programa aumentaron en 63,09 % entre 1995-1998 y el aporte FONASA a CCAF lo hizo en un 118,61 % según se puede observar en cuadro anexo:

Fuentes de Financiamiento

	1995		1996		1997		1998		INCREMENTO 1995- 1998
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	
1. Aporte Fiscal Directo									
2. Transferencias de otras instituciones públicas									
2.1 APOORTE FONASA CCAF (1)	10.714.646	31,25%	13.407.294	33,79%	17.358.728	37,42%	23.423.254	41,89%	118,61%
2.2									
2.3									
3. Otras fuentes de financiamiento									
3.1 COTIZACION CCAF (1)	10.372.345	30,25%	11.599.050	29,24%	12.978.293	27,98%	14.298.074	25,57%	37,85%
TOTAL FINANCIAMIENTO CCAF	21.086.991	61,50%	25.006.344	63,03%	30.337.021	65,40%	37.721.328	67,46%	78,88%
3.2 FRACCION COTIZACION 7% FONASA(2)	13.199.818	38,50%	14.666.463	36,97%	16.052.638	34,60%	18.196.251	32,54%	37,85%
3.3									
Total	34.286.809	100,00%	39.672.807	100,00%	46.389.659	100,00%	55.917.579	100,00%	63,09%

Fuente: Antecedentes presupuestarios y de Costos, punto III. Superintendencia de Seguridad Social

Se observa un aumento de peso relativo del aporte FONASA a CCAF desde 31,25 % a 41,89 % en el periodo analizado

ALGUNOS INDICADORES DEL SECTOR PRIVADO (ISAPRES)

Fuente: Boletín estadístico de Superintendencia de Isapres Enero- Junio 1998

Los beneficiarios del sistema ISAPRES disminuyeron por primera vez en 0,6 % y los cotizantes en 0,5 % .

Del total de cotizaciones, los SIL ocupan un 15,8 % de \$ 290,293MM (un 5,7 % más que el mismo periodo del año anterior) , es decir \$ 45. 966 MM

El N° de licencias médicas aumentó un 6,3 %, fueron autorizadas 92 % con un promedio de duración de 8,7 días

Cotizantes 1997	1.708.081
Beneficiarios	3.854.464
Relación beneficiario/ cotizante	2,24
Distribución geográfica	61,1 % en Santiago
Cotizantes Sexo masculino	68%
Carga promedio	1,3
Suscripciones	474.947
Desahucios	427.311

Estos indicadores entre otros, permiten realizar interesantes comparaciones entre sector público y Privado, permitiendo observar tendencias, si se efectúan las comparaciones en forma periódica. No existiendo en esta oportunidad la información respecto a las variables que permitieran realizar el análisis comparativo.

Condiciones para una eventual recuperación de costos.

En la medida que existan mayores controles de oferta y demanda, se podrán liberar fondos

Conclusiones y Recomendaciones sobre Eficiencia.

Conclusiones

Para medir la eficiencia adecuadamente existe insuficiencia en los sistemas de información, no existiendo el adecuado control del uso de este beneficio a nivel de oferta y de demanda, requiriéndose el establecimiento de indicadores y su seguimiento.

Asimismo, para una adecuada administración del SIL es necesario conocer los recursos disponibles, el valor de los costos administrativos, los recursos humanos, presupuestos y el control de ellos y así poder determinar la eficiencia de la acción.

Se ha observado el incremento de los costos del programa, de los subsidios, los días pagados, montos, monto licencias, valor de la licencia mas allá del incremento de los cotizantes, la única variable que ha disminuido levemente es la duración de la licencia médica, pero no se cuenta con estudios de información relevante que permitan analizar mas detalladamente a que se debe este crecimiento, si realmente nos encontramos frente a un problema de eficiencia o este incremento está justificado por razones de tipo epidemiológico.

Asimismo, los costos han aumentado mayormente en CCAF y con tasas de crecimiento menor en Servicios de Salud, pero nuevamente al no existir cifras que permitan analizar estudios de tipología de enfermedades, por sectores, sexo, renta, actividad no permiten determinar las causas de este crecimiento.

Recomendaciones

Se recomienda como necesidad fundamental para el programa, el diseño, la preparación e implantación de un sistema de información computacional para la gestión e interacción de distintos niveles de toma de decisiones, que permitan controlar los costos del programa, los subsidios, los días pagados, montos, monto de licencias, valor de la licencia, incremento de los cotizantes entre otros y definir el rango de operación de las variables, generando un control de los indicadores.

Con el fin de facilitar la toma de decisiones en estrategias de prevención, control y evaluación se recomienda la creación de un sistema de vigilancia epidemiológica diseñado para recoger información de los episodios de ausencia y su duración

Asimismo, crear mecanismos que permitan controlar la oferta y la demanda, evitando solicitudes de licencias que no correspondan a los objetivos del programa y poder verificar la existencia real del diagnóstico y su relación con la duración del reposo indicado.

Existen otras recomendaciones que pueden ser evaluadas:

1.- Cubrir solo un porcentaje de la remuneración que este bajo el tope, desincentivando la sobreutilización del programa. Sin embargo, esto podría significar que personas que requieran un reposo lo rechacen.

2.- Estudiar modificaciones al sistema de carencias y su impacto, que los primeros tres días en que no se reemplaza la remuneración sean válidos para todas las licencias, independientemente de su duración.

Lo anterior desincentivaría la prolongación artificial de licencias de más de diez días que no estuvieran estrictamente justificadas por la enfermedad.

3.- Existen otras alternativas que se pueden evaluar, como separar el SIL, de la cotización para prestaciones dado que financia tanto las actividades de prevención, curación y rehabilitación de salud como el subsidio por incapacidad laboral (SIL), lo que permitiría determinar con más claridad los recursos utilizados por este Programa y considerar las consecuencias que el aumento del gasto de una puede tener sobre la otra

4.- Estudiar incentivos especiales a los estudios o capacitación que permitan prevenir las causas organizacionales de las enfermedades comunes. Una mayor capacitación y conocimiento sobre estas enfermedades y estudios precisos que permitan focalizar los problemas existentes, podrían contribuir a la prevención de enfermedades.

6. Análisis y Recomendaciones sobre el nivel de logro del fin del Programa

• **Contribución del programa al logro del fin**

La Matriz de evaluación del Programa establece para éste dos fines: "contribuir a la seguridad social de los trabajadores y contribuir a la recuperación de la salud de los trabajadores".

Existiendo una estrecha relación entre ambos fines, es necesario tener presente que en la actualidad el programa depende en función de sus componentes de la Superintendencia de Seguridad Social (S.S.S.) y del Ministerio de Salud (MINSAL).

A juicio del Panel, a la S.S.S. le corresponde una acción preponderante especialmente en los componentes que tienen que ver directamente con el fin 1 (otorgamiento de subsidio y reembolso de subsidio); y el MINSAL tiene una responsabilidad fundamental en el componente que tiene relación con el fin 2 (licencia médica); respecto al componente gestión operativa, la responsabilidad sobre él es compartida, requiriéndose por tanto, una estrecha coordinación técnica y administrativa entre ambas instituciones.

En relación, a la contribución del programa al fin, la S.S.S. conceptualiza el estado de necesidad como un estado de insuficiencia del individuo, dentro de su medio social, o de carencia de bienes y servicios suficientes para su digna subsistencia. Tal estado de insuficiencia o carencia configura las contingencias sociales, que es el hecho causante del derecho a las prestaciones, las que entran a suplir aquella insuficiencia o carencia, derivada de la suspensión, disminución o terminación de los niveles de ingresos de actividad, de la falta de salud o de las responsabilidades familiares.

Cabe destacar, que este programa no está focalizado hacia la pobreza, siendo de amplia cobertura y que la enfermedad de las personas (trabajadores) que generan una incapacidad laboral es una situación de ocurrencia normal en la vida de todas las personas.

Por otra parte, el artículo 1º, del D.S. Nº3, de 1984, del Ministerio de Salud, señala que se entiende por licencia médica el derecho que tiene el trabajador para ausentarse o reducir su jornada de trabajo, durante un determinado lapso de tiempo, en cumplimiento de una indicación profesional certificada por un médico cirujano, cirujano dentista o matrona, reconocida por su empleado en su caso, y autorizada por un Servicio de Salud o institución de Salud Previsional según corresponda, durante cuya vigencia podrá gozar de subsidio por incapacidad laboral, con cargo a la entidad de previsión con los requisitos para ello.

De lo anterior se desprende que la licencia tiene dos grandes objetivos, que se encuentran comprendidos en los fines mencionados en la Matriz del Programa: el otorgamiento de un subsidio que reemplace la remuneración durante el periodo de incapacidad laboral y la ausencia justificada al trabajo que permite el debido reposo cuando es necesario a la recuperación de la salud.

En consecuencia, toda vez que un trabajador, en cumplimiento de una indicación de reposo temporal certificada debidamente en la licencia médica, recibe un subsidio en reemplazo de sus remuneraciones y cumple cabalmente el reposo médico indicado, se puede asegurar que el programa está contribuyendo directamente al logro del fin.

El panel considera que se cumple el Fin, debido a que el Programa está contribuyendo a lograr lo establecido.

Sin embargo, lo que no es fácilmente medible es el grado de cumplimiento alcanzado en el logro del Fin, debido a que no existen suficientes sistemas que permitan obtener la información adecuada.

La reciente puesta en marcha del Plan de Mejoramiento de las COMPIN y de la Gestión del Subsidio por Incapacidad Laboral, que operará a nivel de Ministerio de Salud se espera que contribuirá al mejor logro del fin.

En la superintendencia de Seguridad Social, es importante el fortalecimiento del estudio sistemático de la gestión del sistema (Servicios de Salud y CCAF), permitiendo su retroalimentación, y de este modo ir corrigiendo sus deficiencias.

Por lo tanto pasa a ser parte del fin la real contribución de este instrumento a la recuperación de la salud. De allí que su evaluación necesariamente debe considerar el uso técnico y ético adecuado que los prestadores hacen de este instrumento y la evidencia científica o empírica que lo avala. En este sentido, el cumplimiento del fin del programa requiere considerar todos sus componentes, incluida la emisión de la licencia médica y su gestión. De allí que la distorsión de cualquiera de sus componentes podría significar una pérdida en el logro de fin. Por lo tanto se considera necesario realizar un seguimiento y evaluación de cada uno de ellos..

• Tipo de Evaluación para medir el logro del Fin

ENUNCIADO DEL OBJETIVO	INDICADORES/METAS		COMENTARIOS SOBRE EVALUACION DEL LOGRO DEL FIN
FIN: 1.-Contribuir a la seguridad social de los trabajadores 2.-Contribuir a la recuperación de la Salud de los trabajadores	PROGRAMADO Poblacion Total/ Fuerza De Trabajo Beneficiario Potencial (Familia) /Población Trabajadores Usuarios / Fuerza De Trabajo Monto De Subsidios/ Total De Cotizaciones N° De Subsidios / N° De Cotizantes Beneficiarios CCAF/ Beneficiarios S. Salud/ Beneficiario Isapre Análisis de Comportamiento en el tiempo, Variación del Gasto Trabajadores cotizantes por región/ Fuerza de trabajo por región Trabajadores cotizantes por actividad económica/ Fuerza de trabajo según actividad económica Trabajadores cotizantes según grupos de Edad / Fuerza de trabajadores según grupos de edad Trabajadores cotizantes por sexo/ Fuerza de trabajo por sexo	EJECUTADO	Para medir el nivel alcanzado de logro del fin es necesario definir indicadores , tanto epidemiológicos, como de niveles de uso y otros. Asimismo, estipular que se espera del programa en términos cuantitativos, los recursos que van a gastar o las metas que deben alcanzar o rango de indicadores que otorguen un nivel normalidad y definiciones de puntos críticos.

• Cambios producidos en grupos no identificados inicialmente

No se identifican otros grupos de población que pudieran estar siendo impactados por el programa.

- Impacto no planeado del Programa en áreas como institucional, ambiental, tecnológico, entre otros

Dada la información actual no es posible determinar el impacto no planeado del programa en otras áreas

7. Sustentabilidad del Programa

- Condiciones para la sustentabilidad del Programa.

Ambas instituciones reiteran que el programa no puede desaparecer basados en el hecho de que cubre un estado de necesidad que seguirá requiriendo de cobertura.

El Panel aunque coincide con la afirmación anterior en el sentido de mantener cobertura frente a ese estado de necesidad, dado el aumento progresivo del gasto por concepto de este seguro ocurrido en los últimos años, que afecta tanto al sector público como al privado, hace necesario plantear alternativas de diseño que permitan su sustentabilidad en el tiempo.

El programa es sustentable en la medida que exista un monitoreo y control sobre el cumplimiento del fin que se le atribuye. De lo contrario se corre el riesgo de que la falta de información desvirtúe en parte su objetivo con un aumento importante del gasto en salud, que resta recursos a otras acciones en el campo de la prevención, la recuperación y la rehabilitación

Por ejemplo, se puede plantear en forma teórica que el régimen de subsidio desaparezca como está concebido en la actualidad y sea reemplazado, a lo menos en ciertos niveles de ingresos, por un sistema de capitalización individual que dé cobertura frente a las incapacidades temporales

En este sentido, la capitalización individual, está planteada como un ejercicio teórico como ejemplo de alternativas a considerar en el rediseño

Para mantener la sustentabilidad del programa, tanto el Ministerio de Salud como la Superintendencia de Seguridad Social visualizan necesidades de cambios, para mejorar la gestión del Programa, los cuales ya han sido propuestos o se encuentran en período de análisis y que dicen relación con las siguientes materias:

a) Elaborar un nuevo Reglamento de Licencias Médicas y actualizar el respectivo formulario, aprobado por Resolución Exenta N1.115, de 14 de julio de 1989, del Ministerio de Salud (Ministerio de Salud y Superintendencia de Seguridad Social).

El panel considera importante la actualización y elaboración del reglamento de licencias médicas, para mantener un sistema vigente.

b) La tarea de fortalecer la infraestructura y administración de las COMPIN debe ser una tarea tanto del Ministerio de Salud, atendido que dichas comisiones son una dependencia de los Servicios de Salud, como de la Superintendencia en su calidad de organismo regulador y fiscalizador de éstas.

En atención a que el gasto de este beneficio previsional de los afiliados a FONASA durante el ejercicio presupuestario 1998 fue alrededor de MM\$53.000 (Servicios de Salud y C.C.A.F.), debiera tenerse presente la creación, a nivel de la Subsecretaría de Salud, de una Unidad Técnica de Licencias Médicas y Subsidios por Incapacidad Laboral (Ministerio de Salud).

Con fecha 28 de Mayo se constituyó por resolución exenta N° 1158, del Ministro de Salud, el "Comité Técnico de Incapacidad Laboral" encargado del estudio, propuesta, análisis y evaluación de todas aquellas materias relacionadas con el proceso de visación de licencias médicas y tramitación de los recursos que se interponen por tal motivo ante las COMPIN, conjuntamente con la implementación del plan de fortalecimiento de las mismas.",

El panel considera fundamental para el adecuado desarrollo del programa el fortalecimiento de las COMPIN y asimismo, es de suma importancia la definición dentro el Ministerio de Salud, de la estructura organizativa responsable de la administración global del proceso de licencias médicas .

c) Estudiar la conveniencia de eliminar la carencia de tres días para las licencias iguales o inferiores a diez días (artículo 14 del D.F.L. N44, de 1978) (Ministerio de Salud y Ministerio del Trabajo y Previsión Social, Subsecretaría de Previsión Social).

En sus comentarios, la S.S.S. justifica el periodo de carencia existente basado en el concepto de "pequeño riesgo de enfermar", frente al cual existiría una responsabilidad individual y no social. Esta afirmación habría que confrontarla entre otros con el criterio epidemiológico, basado en el hecho de que gran parte de las incapacidades de corto periodo obedecen a factores epidémicos y ambientales que en general están fuera del control del individuo (enfermedades respiratorias agudas en otoño-invierno y enfermedades gastrointestinales en primavera-verano). Puede incluso señalarse la hipótesis que son los problemas de salud crónicos los que están principalmente relacionados con factores como las conductas, hábitos y estilos de vida individuales.

El Panel señala que no comparte totalmente la justificación de los comentarios de la Superintendencia de Seguridad Social que homologa el comportamiento del seguro de salud de incapacidad a otros riesgos asegurables; por ejemplo el concepto de deducible que existe en otros seguros

A pesar de lo anterior, el panel opina que conviene estudiar alternativas de modificación al sistema de carencias y su impacto pensando que una alternativa no considerada es que los primeros tres días en que no se reemplaza la remuneración sean válidos para todas las licencias, independientemente de su duración, con lo cual se crea un desincentivo a la demanda de licencias y se desincentiva la prolongación artificial de licencias de más de diez días que no están estrictamente justificadas por la enfermedad y junto con ello promover el auto-control y el auto-cuidado sobre el "pequeño riesgo" cuando corresponda.

d) Proponer un proyecto de ley que permita a los Servicios de Salud retener las cantidades que perciben con motivo de las recuperaciones originadas en las licencias médicas de sus funcionarios, pasando dichos valores a constituir ingresos propios del respectivo Servicio. Este mecanismo permitiría proporcionar a las COMPIN los recursos financieros para desempeñar a cabalidad y con eficiencia la amplia gama de funciones de carácter médico -administrativo que les establece el capítulo VI del Reglamento de los Servicios de Salud contenido en el D.S. N42, de 3 de febrero de 1986, del Ministerio de Salud (Ministerio de Salud).

El panel opina que este mecanismo de financiamiento no es transparente y que la forma de obtener recursos financieros para los servicios de Salud, es demostrando una eficiente gestión y seguimiento de sus programas, con adecuados niveles de control de las variables, que permitan visualizar que las inversiones realizadas en el sector están orientadas a la consecución del fin propuesto.

e) Estudiar y establecer un mecanismo eficiente que permita detectar el mal uso en la extensión y/o uso inadecuado de la licencia médica y adoptar medidas complementarias para evitar dichas situaciones (Ministerio de Salud y Superintendencia de Seguridad Social).

El panel con el fin de facilitar la toma de decisiones en estrategias de prevención, control y evaluación recomienda la creación de un sistema de vigilancia epidemiológica diseñado para recoger información de los episodios de ausencia y su duración, como de los trabajadores y sus lugares de trabajo. El sistema de vigilancia debe apoyarse en sistemas de información y recursos humanos y físicos, diseñado para su integración a otros sistemas de vigilancia de niveles central, regional y local.

f) Estudiar la modificación a la legislación vigente en relación con el 0,6% que perciben las C.C.A.F. proveniente de la cotización del 7% para salud que efectúan sus trabajadores afiliados a FONASA, cuya finalidad es la de financiar el régimen de subsidios por incapacidad laboral, el cual resulta ser insuficiente. En efecto, durante 1998 la recaudación de dicho porcentaje para el sistema C.C.A.F. fue de MM\$13.682, mientras que el déficit registrado fue de MM\$22.415 (en pesos nominales). (Ministerio de Salud y Superintendencia de Seguridad Social). Y g) Estudiar la posibilidad de modificar la determinación de las comisiones pagadas a las C.C.A.F., por la administración del régimen de subsidios por incapacidad laboral, en atención a que los parámetros empleados en el cálculo no han sido reajustados desde el año 1981 (Superintendencia de Seguridad Social).

El panel no tiene claro, el aporte que representa para el sistema la existencia de las C.C.A.F., no existiendo evidencia de mayor control, tema que se recomienda evaluar. Asimismo, considerando la conveniencia de que las instituciones de salud concentren sus recursos en el cumplimiento de sus tareas sustantivas se recomienda estudiar la factibilidad de licitar el pago de subsidios a distintas entidades pagadoras.

Ambos organismos plantean además las siguientes situaciones que podrían considerarse riesgos para el funcionamiento del Programa:

a) La existencia de diferentes criterios por parte de los emisores de las licencias médicas al momento de extenderlas, ya que podría traer como consecuencia un aumento del gasto en subsidios que podría no ser justificado, lo que significara destinar mayores recursos de la cotización de los trabajadores afiliados a FONASA a pagar este beneficio, en desmedro del financiamiento de las prestaciones médicas.

El panel concuerda con ambos organismos en que esto representa un riesgo para el Programa, por ello recomienda protocolizar las enfermedades o diagnósticos de mayor incidencia y prevalencia, incorporando criterios de tiempo y condiciones de recuperabilidad según gravedad y sugiere la separación de ambos seguros.

b) El uso indebido que algunos trabajadores afiliados a FONASA pudieran hacer de la licencia médica que da derecho al subsidio con el solo objeto de percibir un monto en dinero durante un período determinado.

El panel considera la existencia de este riesgo y recomienda procedimientos de auditoría y control de la oferta de licencias médicas, sistemático, aleatorio y representativo del universo Muestral con el objeto de desincentivar el posible mal uso. Asimismo, considera conveniente el desarrollo de campañas de sensibilización social, que faciliten el autocontrol.

Asimismo, el panel considera la existencia del riesgo como factor externo o del entorno del programa, del uso posible de la licencia médica como justificación del ausentismo por causas no médicas, tales como son los conflictos organizacionales, carga excesiva de trabajo, etc.. También en este punto se podría mencionar el uso inadecuado de los emisores de licencia, utilizando este instrumento para otros fines distintos al subsidio de enfermedad.

c) La falta de conocimiento por parte de los trabajadores y empleadores de las normas y plazos para tramitar las licencias médicas que dan origen al subsidio, ya que podría traer como consecuencia que los trabajadores finalmente no recibieran este beneficio previsional.

El panel considera que puede ser un riesgo menor en la medida que exista suficiente información al usuario.

<ul style="list-style-type: none"> • Replicabilidad del Programa.
--

El programa no se considera replicable

8. Experiencia Adquirida en la Ejecución del Programa

<ul style="list-style-type: none"> • Lecciones que deja el Programa para la Unidad Ejecutora y otras Instituciones involucradas.

Para el Ministerio de Salud y la Superintendencia de Seguridad Social, la ejecución del Programa ha producido un aprendizaje en términos de visualizar la necesidad de una mayor coordinación entre ambas entidades con la finalidad de mejorar la gestión y fiscalización del Programa.

Aunque ambas instituciones comentan las falencias existentes respecto a aprendizajes obtenidos, es destacable la intención manifestada en el Informe de Antecedentes respecto a la necesidad de una mayor coordinación entre ambas entidades.

Es necesario destacar que las Unidades Ejecutoras del Programa son los Servicios de Salud y las CCAF, no existiendo antecedentes respecto a los aprendizajes generados en esos niveles que estén apoyados en análisis sistemáticos y evaluación de los componentes del programa, tal como queda señalado en los informes institucionales recibidos.

El panel estima que un programa de estas características debe necesariamente incorporar sistemas de vigilancia o monitorización que permitan recoger, sistematizar, analizar, difundir la información obtenida, evaluar y controlar el adecuado uso que los grupos de interés hacen del programa e intervenir para tomar las medidas correctivas que se estimen necesarias del proceso anterior.

<ul style="list-style-type: none"> • Aspectos innovadores en el diseño o ejecución del Programa.

Se estima que el programa ha permanecido sin innovaciones en los últimos años, especialmente en lo que se refiere a su gestión y control.

IV PRIORIZACION DE LAS RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES	INSTITUCIÓN RESPONSABLE	REQUERIMIENTOS
<p>1. Dado que la cotización de salud financia tanto las actividades de prevención, curación y rehabilitación de salud como el subsidio por incapacidad laboral (SIL), sin considerar las consecuencias que el aumento del gasto de una puede tener sobre la otra, se recomienda estudiar la factibilidad y viabilidad de rediseñar el seguro de salud separando una parte de la cotización que financie el SIL y otra para financiar las otras prestaciones asistenciales de Salud.</p>	<p>Ministerio de Salud. Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Superintendencias de Seguridad Social y de Isapre (esta última considerando que cualquier modificación al diseño del SIL repercutirá en el sector público y el privado..</p>	<p>Una vez realizados los estudios previos, cualquier modificación requiere un proyecto de ley que incluya los cambios necesarios a la legislación actual del SIL.</p>
<p>2. Realizar estudios de impacto para reorientar los incentivos y controles de oferta y demanda. Los controles a la demanda se orientan a evitar solicitudes de licencias que no correspondan a los objetivos del programa. Los controles a la oferta se orientan a verificar la existencia real del diagnóstico y su relación con la duración del reposo indicado.</p> <p>Entre ellos considerar los siguientes:</p> <p>a) deducibles: promover el auto-control y auto-cuidado sobre el "pequeño riesgo" cuando corresponda;</p> <p>b) copagos: ej.: en el caso de carencias o deducibles gravar en parte al trabajador y en parte al empleador;</p> <p>c) topes: en general restituir solo parte del ingreso del trabajador, sea limitando los días a pago según período de tiempo o el porcentaje de la remuneración;</p> <p>d) tiempo de recuperación según patología.</p>	<p>Ministerio de Salud y Servicios de Salud. Ministerio del Trabajo y Previsión Social</p>	<p>Se sugieren estudios, proyectos pilotos y simulaciones de escenarios posibles previos a propuestas de modificaciones legales.</p>
<p>3. Con el fin de facilitar toma de decisiones en estrategias de prevención, control y evaluación se recomienda la creación de un sistema de vigilancia epidemiológica diseñado para recoger información de los episodios de ausencia y su duración (numerador), como de los trabajadores y sus lugares de trabajo (denominador). El sistema de vigilancia debe apoyarse en sistemas de información y recursos humanos y físicos, diseñado para su integración a otros sistemas de vigilancia de niveles central, regional y local. Dada la importancia que se le asigna al sistema de vigilancia epidemiológica, se propone así mismo considerarlo como un componente más de la Matriz del Programa.</p>	<p>Ministerio de Salud.</p>	<p>Definición de términos de referencia para realización de estudios. Dimensionamiento de las necesidades de recursos informáticos, físicos y humanos, especialmente del nivel central.</p>

RECOMENDACIONES	INSTITUCIÓN RESPONSABLE	REQUERIMIENTOS
4. Diseño, preparación e implantación de sistema de información computacional para la gestión e interacción de distintos niveles de toma de decisiones.	Ministerio de Salud y Servicios de Salud. Ministerio de Trabajo y Previsión Social, Superintendencia de Seguridad Social.	Dimensionar las necesidades de sistemas de información. Para ello se pueden definir por parte de la autoridad sus términos de referencia y licitar.
5. Considerando la conveniencia de realizar un control más objetivo a la oferta, estableciendo por ej. indicadores de tiempo de recuperación, focalización de recursos para la prevención y curación en acciones más costo-efectivas, etc. se recomienda protocolizar las enfermedades o diagnósticos de mayor incidencia y prevalencia, que incorpore criterios de tiempo y condiciones de recuperabilidad según gravedad.	Ministerio de Salud en cuanto ente normalizador y técnico. Instituciones que sean representativas de los intereses de los profesionales (Colegios Profesionales) y otros organismos técnicos (Sociedad Científicas y Universidades).	Formación de grupos de trabajo integrados por representantes institucionales y de Expertos.
6. Dado el volumen de licencias médicas que se inician anualmente, se recomiendan procedimientos de auditoría y control de la oferta de licencias médicas, sistemático, aleatorio y representativo del universo Muestral), basado en indicadores técnicos, de frecuencia y duración de licencias. Los mecanismos de control deben compatibilizar este objetivo sin perjudicar a quienes tienen necesidad efectiva del reposo, y a un costo compatible con el sistema de salud.	Ministerio de Salud y Superintendencia de Seguridad Social en cumplimiento de sus funciones de supervisión, control y fiscalización. Comités de Ética en los cuales exista representación de las instituciones públicas, de los profesionales y de los trabajadores.	Sistemas de Información adecuados para el control. Recursos Humanos e Infraestructura
7. Teniendo presente la necesidad permanente de revisar los límites entre las llamadas enfermedades comunes y las relacionadas con el trabajo, se recomienda actualizar el listado de enfermedades profesionales (D.S. N° 109) de la Ley 16.7444 en base a criterios y condiciones organizacionales, tecnológicas, productivas y ambientales actuales.	Superintendencia de Seguridad Social como organismo responsable de acuerdo al D.S. 109; El Ministerio de Salud en cuanto a su rol normalizador. El Ministerio del Trabajo y Previsión Social a través de la Comisión Ergonómica Nacional, encargado de definir y actualizar la carga de trabajo humano pesado en sus diferentes dimensiones. Las Mutualidades y el INP en cuanto administradores del seguro social de la Ley 16.744.	Las modificaciones a la situación actual requiere cambios legales. Constitución de Grupos de Expertos

RECOMENDACIONES	INSTITUCIÓN RESPONSABLE	REQUERIMIENTOS
8. Considerando las distintas funciones de gestión y control que las COMPIN les corresponde realizar en el componente licencias médicas, y las aparentes insuficiencias actuales para cumplirlas adecuadamente, se recomienda evaluar las condiciones de infraestructura, recursos técnicos y humanos actuales, identificando brechas existentes y fortaleciendo aquellas que les permitan cumplir adecuadamente las tareas que se les encomiendan.	Ministerio de Salud, atendiendo que dichas comisiones son una dependencia de los Servicios de Salud, como de la Superintendencia en su calidad de organismo regulador y fiscalizador de éstas.	Estudio previo que permita dimensionar en forma más precisa las necesidades y la brecha existente
9. Considerando la conveniencia de que las instituciones de salud concentren sus recursos en el cumplimiento de sus tareas sustantivas se recomienda estudiar la factibilidad de licitar el pago de subsidios a distintas entidades pagadoras.	Ministerio de Salud. Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Ministerio de Hacienda.	Estudio de factibilidad previo
10. Dada la importancia del componente licencias médicas en el Programa de Subsidios de Enfermedad y Medicina Curativa, se recomienda que el Ministerio de Salud genere a nivel central estructuras administrativas y técnicas que puedan cumplir las funciones de normalización, gestión y supervisión definidos en la matriz del programa.	Ministerio de Salud	Estudio Previo

V. Referencias

• Documentos en base a los cuales se llevó a cabo el análisis

- Boletín Octubre 1998 Programa de Economía de la salud de la Pontificia Universidad Católica
- Boletín Marzo 1999 Programa de Economía de la Salud de la Pontificia Universidad Católica, Subsidio Incapacidad Laboral v/s Seguro de Salud
- Exenta 1158 Ministerio de Salud, Creación de Comité Técnico de Incapacidad Laboral
- Plan de Mejoramiento de las COMPIN y de la Gestión del Subsidio por Incapacidad Laboral
- Antecedentes Presupuestarios y de Costos Ministerio de Salud
- Antecedentes Presupuestarios y de Costos Superintendencia de Seguridad Social
- Ministerio Del Trabajo y Previsión Social, Establecimiento de Comisiones C.C.A.F. , 30 de Enero 1990
- Biblioteca del Congreso Nacional, Banco de Datos jurídico, Art. 54 al 66
- D.S. 306 del 26/08/96
- D.S. 42 9/2/86 Ministerio de Salud, Prestaciones Médico Administrativas y de las Comisiones de Medicina Preventiva
- Ley 19.350 7/11/94 Ministerio del Trabajo y Previsión Social Modifica Normas materia Seguridad Social
- D.L. 19.299 8/3/94 Ministerio de Hacienda, Modifica D.F.L. Ley N° 44 del Min . de Trabajo y Previsión Social
- D.S. 306 Ministerio de Salud 31/07/89 Aprueba Reglamento de Autorización de Licencias Médicas
- D.F.L. N° 44 de 1/6/78 M. del T y P. S. Establece Normas comunes sobre Subsidios de Incapacidad Laboral
- Ley 18.833 Min del Trabajo y P.S. 26/09/89 Establece nuevo estatuto para C.C.A.F.
- Texto Actualizado de Ley 18.469 de 25/11/85 Ministerio de Salud. Regula el ejercicio del Derecho Constitucional a la Protección de la Salud y crea Régimen de prestaciones
- Capítulo VI de las Prestaciones Médico Administrativas y de las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez, Ministerio de Salud.
- Serie Estudios Técnicos de Licencias Médicas Depto. de Estudios Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, Junio 1995.
- Boletín Estadístico, Enero, Junio 1998, Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional
- Boletín Superintendencia de Seguridad Social, 95, 96, 97, 98
- Artículo El mercurio 30/05/99 Vicepresidente ISAPRE CRUZ BLANCA
- Artículo Diario El Metropolitano, 20/5/99, Chile entra en temporada de Licencias
- Artículo La Tercera " Crecen Pensiones de Invalidez Siquiátrica"
- Estadísticas de Licencias Médicas y Reclamos COMPIN Occidente
- Evaluación de Programa Subsidio de Reposo maternal y Permiso por enfermedad grave de hijo menor de un año, evaluación 1998.
- Subsidio de incapacidad laboral versus seguros de salud?". Instituto de Economía. P. Universidad Católica de Chile.. Boletín, Marzo de 1999.
- ocial Security Programs throught the World-1997. United States Social Security Administration; Office of Research, Evaluation and Statistics.
- ocial and Health Policies in OECD Countries: a survey of current programmes and recent developments, 1998.

• **Nombre de las personas entrevistadas, instituciones, y fecha de las entrevistas realizadas durante el proceso de evaluación.**

Participantes: Sr. Ramón Figueroa, Subdirector Racionalización y Función Pública Sra. Clelia Beltrán, Jefe Sector Salud S. Marcelo Tokman, Unidad de Estudios, Sector Salud	Institución: Dirección de Presupuesto. Ministerio de Hacienda	Fecha: 13 de mayo de 1999
Participantes: Dr. Patricio Arroyo, Director Sr. Heriberto Medina, Coordinador Administrativo Gabinete Ministro Salud	Institución: Comisión Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN), Servicio Salud Metropolitano Oriente.	Fecha: 19 de mayo de 1999
Participantes: Dr. Jorge Buneder F. , Jefe Unidad Coordinadora Sra. Ximena Federici, Dipres, Ministerio de Hacienda	Institución: Unidad de Coordinación Nacional de Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez. Subsecretaría de Salud. Ministerio de Salud.	Fecha: 15 de junio de 1999
Participantes: Sr. Alejandro Ferreiro, Superintendente	Institución: Superintendencia de Isapres	Fecha: 21 de junio de 1999

ANEXO 1

MATRIZ DE EVALUACION

NOMBRE DEL PROGRAMA:	SUBSIDIOS DE ENFERMEDAD Y MEDICINA CURATIVA
AÑO DE INICIO:	1924
MINISTERIO RESPONSABLE:	MINISTERIO DE SALUD/ MINISTERIO DEL TRABAJO Y PREVISION SOCIAL
SERVICIO RESPONSABLE:	MINISTERIO DE SALUD/ SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL

Objetivo	Indicadores		Medios de Verificación	Supuestos
	Actuales	Posibles		
FIN: 1.- Contribuir a la seguridad social de los trabajadores 2.- Contribuir a la recuperación de la Salud de los trabajadores				
PROPÓSITO: Que el trabajador que se encuentra incapacitado temporalmente para trabajar como consecuencia de una enfermedad o accidente común, perciba durante dicho periodo un ingreso que sustituya su remuneración o renta.	Trabajadores Cotizantes/Fuerza de Trabajo	Poblacion Total/ Fuerza De Trabajo Beneficiario Potencial (Familia) /Población Trabajadores Usuarios / Fuerza De Trabajo Monto De Subsidios/ Total De Cotizaciones N° De Subsidios / N° De Cotizantes Beneficiarios CCAF/ Beneficiarios S. Salud/ Beneficiario Isapre Análisis de Comportamiento en el tiempo, Variación del Gasto Trabajadores cotizantes por región/ Fuerza de trabajo por región Trabajadores cotizantes por actividad económica/ Fuerza de trabajo según actividad económica Trabajadores cotizantes según grupos de Edad / Fuerza de trabajadores según grupos de edad Trabajadores cotizantes por sexo/ Fuerza de trabajo por sexo	Estadísticas de FONASA Estadísticas de la Superintendencia de Seguridad Social Información Estadística del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) Estadísticas de la Superintendencia de Isapres	Todos los trabajadores conocen y ejercen sus derechos
COMPONENTES: 1. PROCESO DE LICENCIAS MEDICAS Proceso Técnico administrativo de emisión , aprobación y control de las licencias médicas de trabajadores afiliados a FONASA 2. OTORGAMIENTO DE SUBSIDIO Proceso de Pago del Monto en dinero en reemplazo de remuneración o renta, según corresponda por los días no trabajados en el caso de los trabajadores del sector privado	COMPONENTE 1: Trabajadores a los que se les otorgó licencias médicas: n° de licencias autorizadas/ n° de trabajadores cotizantes	COMPONENTE 1 N° De Licencias Aprobadas N° Apelaciones N° De Apelaciones Aprobadas Monto De Subsidios/Total De Cotizaciones COMPONENTE 2 N° De Subsidios / N° De Cotizantes Monto De Subsidios / N° De Cotizantes	COMPONENTE 1 Estadísticas de FONASA Estadísticas de la Superintendencia de Seguridad Social Estadísticas de la Superintendencia de Isapres	COMPONENTE 1 Los trabajadores y profesionales hacen uso adecuado de la licencia médica que da derecho al subsidio . Existe uniformidad de criterios en la extensión de la licencia médica que da derecho al subsidio. El reposo por enfermedad curativa esta regulado técnicamente Conocimiento por parte de los trabajadores y empleadores del procedimiento de tramitación de la licencia médica que da derecho al subsidio Mantención de la normativa legal vigente COMPONENTE 2 Existen fondos disponibles para el pago en el momento oportuno. Mantención de la normativa legal vigente

Objetivo	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos	
	Actuales	Posibles		
<p>COMPONENTES:</p> <p>3.- REEMBOLSO DE SUBSIDIO D.F.L. N° 44 Proceso de reembolso al empleador del sector público de un monto de dinero equivalente al subsidio que le habría correspondido percibir a sus trabajadores de tener derecho al subsidio (art. 22 de la Ley N° 18.469).</p> <p>4.- GESTION OPERATIVA Procesos de normalización, vigilancia, control, normalización y estudios del programa.</p>	<p>COMPONENTE 4: Tasa de Incapacidad Laboral: N° de días de subsidios pagados / n° de trabajadores cotizantes N° de días de subsidios pagados por región/ N° trabajadores cotizantes por región Valor diario del subsidio Monto pagado en subsidios/ N° de días de subsidios pagados Monto pagado en subsidios por región/ n° de días de subsidios pagados por región Trabajadores a los que se les pagó subsidios por incapacidad laboral: n° de subsidios iniciados / n° de trabajadores cotizantes Nota: Los indicadores anteriores son tanto para los Servicios de Salud como para las CCAF.</p>	<p>COMPONENTE 3 N° De Reembolsos / N° De Cotizantes Monto Reembolsos / N° De Cotizantes</p> <p>COMPONENTE 4 Análisis Comportamiento en el tiempo Beneficiarios/ Empresas Análisis Comparativo CCAF / Servicios De Salud / Isapres Sobre: N° Subsidios/ Días/ Monto/ Valor Promedio Licencia/ Valor Día Licencia/ Duración Promedio Licencia/ Tipología Estudio e Informe De Gestión de Tasas De Uso de Licencias por Instituciones CCAF Y Servicios de Salud Costo Unitario Promedio N° Días Autorizados N° Licencias Monto De Subsidio Razones Administrativas Razones Técnicas Tipología Médica / Beneficiario (N°,Monto, Duración, Zona, Edad, Actividad Económica, Empresa) Indicadores Comparativos De Gastos De Operación, COMPIN, Superintendencia de Seguridad Social, C.C.A.F. Isapres) Beneficiarios CCAF/ Beneficiarios S. Salud/ Beneficiario Isapre Variación Gasto, Frecuencias De Uso/ Médico/ Beneficiarios/ Empresas Tasa de Rechazos, Tasa de rechazos reconsiderados y autorizados</p>	<p>COMPONENTE 3 Existen fondos disponibles para el pago en el momento oportuno. Mantenimiento de la normativa legal vigente</p> <p>COMPONENTE 4 Existe coordinación entre las diferentes instituciones participantes. Existencia en las instituciones de personal competente y suficiente. Existencia en las instituciones de información fidedigna. Unidades ejecutoras cuentan con infraestructura y recursos adecuados Mantenimiento de la normativa legal vigente</p>	
<p>ACTIVIDADES: Componente 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Se otorga formulario licencias a profesionales autorizados. 1.2. Profesionales completan formulario y emiten licencia. 1.3. Empleador completa formulario licencia según corresponda. 1.4. Servicio de Salud o C.C.A.F. verifica y revisa autenticidad y correcto llenado formulario. 1.5. COMPIN autoriza, modifica o rechaza licencia. 1.6. COMPIN realiza o solicita evaluación médica, exámenes o verificación de diagnóstico y necesidad de reposo. 1.7. COMPIN verifica y fiscaliza cumplimiento reposo. 1.8. S.S.S. acoge y resuelve apelaciones recibidas a decisiones de la COMPIN. 				

Objetivo	Indicadores		Medios de Verificación	Supuestos
	Actuales	Posibles		
<p>Componente 2: 2.1. Servicio de Salud o C.C.A.F. determina si el trabajador tiene derecho al subsidio, conforme a la normativa legal. 2.2. Servicio de Salud o C.C.A.F. calcula el pago de subsidios de los trabajadores del sector privado. 2.3. Servicio de Salud o C.C.A.F. otorga el subsidio a los trabajadores del sector privado. 2.4. Servicio de Salud o C.C.A.F. solicita fondos o diferencias según corresponda a FONASA para proceder a pagos</p> <p>Componente 3: 3.1. Servicio de Salud o C.C.A.F. determina si el trabajador tiene derecho al subsidio, conforme a la normativa legal 3.2. Servicio de Salud o C.C.A.F. según corresponda, calcula monto reembolsos. 3.3. Servicio de Salud o C.C.A.F. emite reembolso a institución que corresponda 3.4. Servicio de Salud o C.C.A.F. solicitan fondos o diferencias si correspondieran a FONASA por pago de reembolsos.</p> <p>Componente 4: 4.1. Ministerio de Salud emite y distribuye licencias a Servicios de Salud 4.2. Servicios de Salud distribuyen y venden formularios de licencias a profesionales autorizados. 4.3. Servicios de Salud y S.S.S. realizan fiscalización, control y regulación a los organismos correspondientes conforme a normativa.. 4.4. Servicios de Salud y S.S.S. recopilan, analizan y distribuyen información del programa. 4.5. Ministerio de Salud, Servicios de Salud y/o S.S.S. realizan estudios y desarrollo de indicadores de Gestión, mejora en procesos, estudios sobre tipología médica ,impacto, indicadores de ausentismo por rubro, satisfacción usuarios y otros que permitan controlar y confirmar hipótesis sobre uso de licencias médicas y mejorar la gestión 4.6. Servicios de Salud y/o S.S.S. realizan capacitación a profesionales, trabajadores, instituciones y empresas sobre el programa. 4.7. Servicios de Salud y/o S.S.S. realizan campañas de sensibilización social</p>	<p>Componente 2 Monto en subsidios y cotizaciones CCAF y S. de salud</p> <p>Componente 4 Monto en subsidios y cotizaciones CCAF y S de Salud</p>			

En reunión realizada con fecha 13 de Mayo de 1999, con participación del Ministerio de Salud , DIPRES, Superintendencia de Seguridad Social y Panel evaluador, se obtuvo un marco lógico consensuado por las diferentes instituciones.

ANEXO 2

MINISTERIO DE HACIENDA
DIRECCION DE PRESUPUESTOS
PROGRAMA DE EVALUACION DE PROYECTOS GUBERNAMENTALES

ANTECEDENTES PRESUPUESTARIOS Y DE COSTOS

I. Información del Ministerio o Servicio Responsable del Programa Período 1995-99
(en miles de pesos reales)

SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL

AÑO 1995	Presupuesto Asignado	Gasto Efectivo	
		Monto	%
Personal	1.250.535	1.243.517	99,44
Bienes y Servicios de Consumo	149.531	148.427	99,26
Inversión	36.060	35.724	99,07
Transferencias	424	421	99,29
Otros	0	0	0,00
TOTAL	1.436.550	1.428.089	

AÑO 1996	Presupuesto Asignado	Gasto Efectivo	
		Monto	%
Personal	1320117	1.322.322	100,17
Bienes y Servicios de Consumo	173184	164.220	94,82
Inversión	37947	36.832	97,06
Transferencias	1386	539	38,89
Otros	0	0	0,00
TOTAL	1.532.634	1.523.913	

AÑO 1997	Presupuesto Asignado	Gasto Efectivo	
		Monto	%
Personal	1.405.243	1.393.799	99,19
Bienes y Servicios de Consumo	174.171	174.165	100,00
Inversión	33.093	33.089	99,99
Transferencias	2.454	2.338	95,27
Otros	0	0	0,00
TOTAL	1.614.961	1.603.391	

AÑO 1998	Presupuesto Asignado	Gasto Efectivo	
		Monto	%
Personal	1.757.087	1.713.130	97,50
Bienes y Servicios de Consumo	190.820	191.438	100,32
Inversión	282.559	126.078	44,62
Transferencias	2.969	2.525	85,05
Otros	0	0	0,00
TOTAL	2.233.435	2.033.171	

AÑO 1999	Presupuesto Asignado
Personal	1.923.210
Bienes y Servicios de Consumo	176.514
Inversión	150.939
Transferencias	1.038
Otros	0
TOTAL	2.251.701

MINISTERIO DE HACIENDA
DIRECCION DE PRESUPUESTOS
PROGRAMA DE EVALUACION DE PROYECTOS GUBERNAMENTALES

ANTECEDENTES PRESUPUESTARIOS Y DE COSTOS

I. Información del Ministerio o Servicio Responsable del Programa Período 1995-99
(en miles de pesos reales)

SERVICIO DE SALUD

AÑO 1995	Presupuesto Asignado	Gasto Efectivo	
		Monto	%
Personal	304257377	309893007	101,9
Bienes y Servicios de Consumo	192741848	195798861	101,6
Inversión	60273633	53602635	88,9
Transferencias	34023320	34300287	100,8
Otros	39829335	30847749	77,4
TOTAL	631125513	624442538	98,9

AÑO 1996	Presupuesto Asignado	Gasto Efectivo	
		Monto	%
Personal	326767257	336920854	103,1
Bienes y Servicios de Consumo	196814449	215008084	109,2
Inversión	57433988	53856415	93,8
Transferencias	32311935	37164874	115
Otros	43595379	33247922	76,3
TOTAL	656923005	676198149	102,9

AÑO 1997	Presupuesto Asignado	Gasto Efectivo	
		Monto	%
Personal	356611418	368731194	103,4
Bienes y Servicios de Consumo	218086309	218725398	100,3
Inversión	59153439	51879687	87,7
Transferencias	34175116	32380009	94,7
Otros	39931603	37361623	93,6
TOTAL	707957885	709084001	100,2

AÑO 1998	Presupuesto Asignado	Gasto Efectivo	
		Monto	%
Personal	373266200	388792523	104,2
Bienes y Servicios de Consumo	235253798	239798701	101,9
Inversión	50377353	43726153	86,8
Transferencias	27703379	29069569	104,9
Otros	48717329	43181895	88,6
TOTAL	735318060	744568841	101,3

AÑO 1999	Presupuesto Asignado
Personal	363926937
Bienes y Servicios de Consumo	143830976
Inversión	4884616
Transferencias	136413824
Otros	52857644
TOTAL	701913997

II. Información Específica del Programa Período 1995-99
(en miles de pesos reales)

2.1 Presupuesto y Gastos Generales del Programa

AÑO 1995	Presupuesto Asignado	Gasto Efectivo
Personal		
Bienes y Servicios de Consumo		
Inversión		
Otros		
Total		33.384.571

AÑO 1996	Presupuesto Asignado	Gasto Efectivo
Personal		
Bienes y Servicios de Consumo		
Inversión		
Otros		
Total		39.058.601

AÑO 1997	Presupuesto Asignado	Gasto Efectivo
Personal		
Bienes y Servicios de Consumo		
Inversión		
Otros		
Total		45.464.864

AÑO 1998	Presupuesto Asignado	Gasto Efectivo
Personal		
Bienes y Servicios de Consumo		
Inversión		
Otros		
Total		55.391.509

AÑO 1999	Presupuesto Asignado
Personal	
Bienes y Servicios de Consumo	
Inversión	
Otros	
Total	

Cuadro Resumen de Gastos Generales del Programa:

AÑO	A Presupuesto Asignado	B Gasto efectivo		A-B Saldo presupuestario
		Monto	%	
1995		33.384.571		
1996		39.058.601		
1997		45.464.864		
1998		55.391.509		
1999		///////	///////	///////

NO HAY INFORMACION, SOBRE PRESUPUESTOS ASIGNADOS Y GASTOS EFECTIVOS DEL PROGRAMA

No se han proporcionado hasta la fecha antecedentes respecto a costos administrativos del Programa, sólo las comisiones CCAF, por lo tanto, para efectos de análisis se omitirá el uso del gasto efectivo, utilizándose solamente los costos directos.

2.2. Costo a Nivel Nacional por Componente del Programa

AÑO 1995	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	RM	Total
Componente 1	540.052	676.109	611.201	489.052	2.598.037	1.149.360	773.141	4.542.495	541.124	655.052	94.555	165.881	8.203.682	21.039.741
Componente 2	436.249	244.040	267.176	333.086	1.986.277	739.911	449.976	2.392.648	541.544	305.570	282.039	187.784	4.178.331	12.344.831
Componente 3														
Total	976.301	920.149	878.377	822.138	4.584.314	1.889.271	1.223.117	8.935.343	1.082.668	960.622	376.594	353.665	12.382.013	33.384.572
%	2,92%	2,76%	2,53%	2,46%	13,73%	5,66%	3,66%	20,77%	3,24%	2,88%	1,13%	1,06%	37,09%	100,00%

AÑO 1996	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	RM	Total
Componente 1	584.008	693.799	680.764	563.344	2.837.656	1.311.844	1.047.748	5.372.128	720.009	834.991	108.899	240.327	10.002.512	24.998.028
Componente 2	481.089	241.031	259.222	457.970	2.160.425	821.209	533.460	2.772.199	535.260	341.871	413.622	217.223	4.825.991	14.060.572
Componente 3														
Total	1.065.097	934.830	939.986	1.021.314	4.998.080	2.133.053	1.581.208	8.144.327	1.255.269	1.176.862	522.521	457.550	14.828.503	39.058.600
%	2,73%	2,39%	2,41%	2,61%	12,80%	5,46%	4,05%	20,85%	3,21%	3,01%	1,34%	1,17%	37,96%	100,00%

AÑO 1997	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	RM	Total
Componente 1	835.476	798.260	694.849	733.237	3.351.387	1.600.212	1.275.107	5.589.683	901.976	1.054.969	145.801	237.785	13.117.628	30.336.370
Componente 2	571.656	353.054	279.582	480.573	1.942.463	937.780	582.174	2.767.294	626.359	366.182	370.074	232.996	5.618.307	15.128.494
Componente 3														
Total	1.407.132	1.151.314	974.431	1.213.810	5.293.850	2.537.992	1.857.281	8.356.977	1.528.335	1.421.151	515.875	470.781	18.735.935	45.464.864
%	3,09%	2,53%	2,14%	2,67%	11,64%	5,58%	4,09%	18,38%	3,38%	3,13%	1,13%	1,04%	41,21%	100,00%

AÑO 1998	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	RM	Total
Componente 1	1.058.041	1.197.621	740.520	908.445	4.043.771	1.847.484	1.518.753	6.776.192	1.033.216	1.214.546	169.849	302.413	16.956.525	37.767.376
Componente 2	655.303	393.965	289.443	558.840	2.058.080	1.073.914	667.062	3.254.669	864.236	364.675	501.205	218.119	6.724.623	17.624.134
Componente 3														
Total	1.713.344	1.591.586	1.029.963	1.467.285	6.101.851	2.921.398	2.185.815	10.030.861	1.897.452	1.579.221	671.054	520.532	23.681.148	55.391.510
%	3,09%	2,87%	1,86%	2,65%	11,02%	5,27%	3,95%	18,11%	3,43%	2,85%	1,21%	0,94%	42,75%	100,00%

2.3. Costos Administrativos y Directos del Programa

AÑO	Costos Administrativos	Costos Directos	Total Gasto Efectivo
	?	COMISIONES CCAF	
1995		299.357	33.384.572
1996		301.573	39.058.600
1997		313.135	45.464.864
1998		321.641	55.391.510

No se han proporcionado hasta la fecha antecedentes respecto a costos administrativos del Programa, sólo las comisiones CCAF que corresponden a un 0,6% del gasto, por lo tanto, para efectos de análisis se omitirá el uso del gasto efectivo, utilizándose solamente los costos directos.

III. **Fuentes de Financiamiento del Programa Período 1995-1999**
(en miles de pesos reales)

Fuentes de Financiamiento	1995		1996		1997		1998		1999	
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%
1. Aporte Fiscal Directo										
2. Transferencias de otras instituciones públicas										
2.1 APOORTE FONASA CCAF (1)	10.714.646	31,25%	13.407.294	33,79%	17.358.728	37,42%	23.423.254	41,89%		
2.2										
2.3										
3. Otras fuentes de financiamiento										
3.1 COTIZACION CCAF (1)	10.372.345	30,25%	11.599.050	29,24%	12.978.293	27,98%	14.298.074	25,57%		
3.2 FRACCION COTIZACION 7% FONASA(2)	13.199.818	38,50%	14.666.463	36,97%	16.052.638	34,60%	18.196.251	32,54%		
3.3										
Total	34.286.809	100,00%	39.672.807	100,00%	46.389.659	100,00%	55.917.579	100,00%		

ANEXO 3

PROPUESTA DE MATRIZ DE MARCO LOGICO

NOMBRE DEL PROGRAMA:	SUBSIDIOS DE ENFERMEDAD Y MEDICINA CURATIVA
AÑO DE INICIO:	1924
MINISTERIO RESPONSABLE:	MINISTERIO DE SALUD/ MINISTERIO DEL TRABAJO Y PREVISION SOCIAL
SERVICIO RESPONSABLE:	MINISTERIO DE SALUD/ SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL

Objetivo	Indicadores		Medios de Verificación	Supuestos
	Actuales	Posibles		
FIN: 1.- Contribuir a la seguridad social de los trabajadores 2.- Contribuir a la recuperación de la Salud de los trabajadores				
PROPÓSITO: Que el trabajador que se encuentra incapacitado temporalmente para trabajar como consecuencia de una enfermedad o accidente común, perciba durante dicho periodo un ingreso que sustituya su remuneración o renta.	Trabajadores Cotizantes/Fuerza de Trabajo	Poblacion Total/ Fuerza De Trabajo Beneficiario Potencial (Familia)/Población Trabajadores Usuarios / Fuerza De Trabajo Monto De Subsidios/ Total De Cotizaciones Nº De Subsidios / Nº De Cotizantes Beneficiarios CCAF/ Beneficiarios S. Salud/ Beneficiario Isapre Análisis de Comportamiento en el tiempo, Variación del Gasto Trabajadores cotizantes por región/ Fuerza de trabajo por región Trabajadores cotizantes por actividad económica/ Fuerza de trabajo según actividad económica Trabajadores cotizantes según grupos de Edad / Fuerza de trabajadores según grupos de edad Trabajadores cotizantes por sexo/ Fuerza de trabajo por sexo	Estadísticas de FONASA Estadísticas de la Superintendencia de Seguridad Social Información Estadística del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) Estadísticas de la Superintendencia de Isapres	Todos los trabajadores conocen y ejercen sus derechos
COMPONENTES: 1. PROCESO DE LICENCIAS MEDICAS Proceso Técnico administrativo de emisión , aprobación y control de las licencias médicas de trabajadores afiliados a FONASA	COMPONENTE 1: Trabajadores a los que se les otorgó licencias médicas: nº de licencias autorizadas/ nº de trabajadores cotizantes	COMPONENTE 1 Nº De Licencias Aprobadas Nº Apelaciones Nº De Apelaciones Aprobadas Monto De Subsidios/Total De Cotizaciones	COMPONENTE 1 Estadísticas de FONASA Estadísticas de la Superintendencia de Seguridad Social Estadísticas de la Superintendencia de Isapres	COMPONENTE 1 Los trabajadores y profesionales hacen uso adecuado de la licencia médica que da derecho al subsidio . Existe uniformidad de criterios en la extensión de la licencia médica que da derecho al subsidio. El reposo por enfermedad curativa esta regulado técnicamente Conocimiento por parte de los trabajadores y empleadores del procedimiento de tramitación de la licencia médica que da derecho al subsidio Mantenición de la normativa legal vigente
2. OTORGAMIENTO DE SUBSIDIO Proceso de Pago del Monto en dinero en reemplazo de remuneración o renta, según corresponda por los días no trabajados en el caso de los trabajadores del sector privado		COMPONENTE 2 Nº De Subsidios / Nº De Cotizantes Monto De Subsidios / Nº De Cotizantes		COMPONENTE 2 Existen fondos disponibles para el pago en el momento oportuno. Mantenición de la normativa legal vigente

Objetivo	Indicadores		Medios de Verificación	Supuestos
	Actuales	Posibles		
COMPONENTES: 3.- GESTION OPERATIVA Procesos de normalización, vigilancia, control, normalización y estudios del programa.	COMPONENTE 3: Tasa de Incapacidad Laboral: N° de días de subsidios pagados / n° de trabajadores cotizantes N° de días de subsidios pagados por región/ N° trabajadores cotizantes por región Valor diario del subsidio Monto pagado en subsidios/ N° de días de subsidios pagados Monto pagado en subsidios por región / n° de días de subsidios pagados por región Trabajadores a los que se les pagó subsidios por incapacidad laboral: n° de subsidios iniciados / n° de trabajadores cotizantes Nota: Los indicadores anteriores son tanto para los Servicios de Salud como para las CCAF.	COMPONENTE 3 Análisis Comportamiento en el tiempo Beneficiarios/ Empresas Análisis Comparativo CCAF / Servicios De Salud / Isapres Sobre: N° Subsidios/ Días/ Monto/ Valor Promedio Licencia/ Valor Día Licencia/ Duración Promedio Licencia/ Tipología Estudio e Informe De Gestión de Tasas De Uso de Licencias por Instituciones CCAF Y Servicios de Salud Costo Unitario Promedio N° Días Autorizados N° Licencias Monto De Subsidio Razones Administrativas Razones Técnicas Tipología Médica / Beneficiario (N°, Monto, Duración, Zona, Edad, Actividad Económica, Empresa) Indicadores Comparativos De Gastos De Operación, COMPIN, Superintendencia de Seguridad Social, C.C.A.F. Isapres) Beneficiarios CCAF/ Beneficiarios S. Salud/ Beneficiario Isapre Variación Gasto, Frecuencias De Uso/ Médico/ Beneficiarios/ Empresas Tasa de Rechazos, Tasa de rechazos reconsiderados y autorizados	COMPONENTE 3 Estadísticas de FONASA Estadísticas de la Superintendencia de Seguridad Social Estadísticas de la Superintendencia de Isapres Información Estadística del Instituto Nacional de Estadísticas (INE)	COMPONENTE 3 Existe coordinación entre las diferentes instituciones participantes. Existencia en las instituciones de personal competente y suficiente. Existencia en las instituciones de información fidedigna. Unidades ejecutoras cuentan con infraestructura y recursos adecuados Mantenimiento de la normativa legal vigente
4.- VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Proceso que permite la adecuada toma de decisiones, evaluación de las medidas tomadas, evaluación de los impactos y mejor comprensión de los factores a los cuales pueden atribuirse las variaciones		COMPONENTE 4: Frecuencia: N° de licencias/ Trabajador, Horas trabajadas, genero, edad, act. Productiva, empresa Causa: Diagnóstico/Trabajador, Horas trabajadas, genero, edad, act. Productiva, empresa Gravedad: Duración/ Trabajador, Hoiras trabajadas, genero, edad, act. Productiva, empresa		COMPONENTE 4 Existe un sistema adecuado de información disponible Se registran adecuadamente los datos correspondientes a cada licencia.
ACTIVIDADES: Componente 1 1.1. Se otorga formulario licencias a profesionales autorizados. 1.2. Profesionales completan formulario y emiten licencia. 1.3. Empleador completa formulario licencia según corresponda. 1.4. Servicio de Salud o C.C.A.F. verifica y revisa autenticidad y correcto llenado formulario. 1.5. COMPIN autoriza, modifica o rechaza licencia. 1.6. COMPIN realiza o solicita evaluación médica, exámenes o verificación de diagnóstico y necesidad de reposo. 1.7. COMPIN verifica y fiscaliza cumplimiento reposo. 1.8. S.S.S. acoge y resuelve apelaciones recibidas a decisiones de la COMPIN.				

Objetivo	Indicadores		Medios de Verificación	Supuestos
	Actuales	Posibles		
<p>Componente 2: 2.1. Servicio de Salud o C.C.A.F. determina si el trabajador tiene derecho al subsidio, conforme a la normativa legal. 2.2. Servicio de Salud o C.C.A.F. calcula el pago de subsidios de los trabajadores del sector privado y reembolso al sector público. 2.3 El empleador del sector público procede al pago normal de la remuneración del empleado público. 2.4. Servicio de Salud o C.C.A.F. otorga el subsidio a los trabajadores del sector privado. 2.4. Servicio de Salud o C.C.A.F. solicita fondos o diferencias según corresponda a FONASA para proceder a pagos. 2.5 Reembolso de Subsidio (Proceso de reembolso al empleador del sector público de un monto de dinero equivalente al subsidio que le habría correspondido percibir a sus trabajadores de tener derecho al subsidio (art. 22 de la Ley N° 18.469).) El Servicio de salud reembolsa el subsidio D.F.L. n° 44 a fondos de la nación cuando corresponda. En el caso de las municipalidades y algunas universidades se reembolsa directo al empleador público.</p> <p>Componente 3: 4.1. Ministerio de Salud emite y distribuye licencias a Servicios de Salud 4.2. Servicios de Salud distribuyen y venden formularios de licencias a profesionales autorizados. 4.3. Servicios de Salud y S.S.S. realizan fiscalización, control y regulación a los organismos correspondientes conforme a normativa. 4.4. Servicios de Salud y S.S.S. recopilan, analizan y distribuyen información del programa. 4.5. Ministerio de Salud, Servicios de Salud y/o S.S.S. realizan estudios y desarrollo de indicadores de Gestión. mejora en procesos, estudios sobre tipología médica, impacto, indicadores de ausentismo por rubro, satisfacción usuarios y otros que permitan controlar y confirmar hipótesis sobre uso de licencias médicas y mejorar la gestión 4.6 Servicios de Salud y/o S.S.S. realizan capacitación a profesionales, trabajadores, instituciones y empresas sobre el programa. 4.7 Servicios de Salud y/o S.S.S. realizan campañas de sensibilización social</p>	<p>Componente 2 Monto en subsidios y cotizaciones CCAF y S de salud</p> <p>Componente 3 Monto en subsidios y cotizaciones CCAF y S de Salud</p>			
<p>Componente 4: MINSAL establece criterios de registro de información requerida COMPIN recoge y registra información de licencias al sistema de información MINSAL analiza la información MINSAL elabora políticas y estrategias en base a la información obtenida MINSAL difunde información a los niveles que corresponda MINSAL controla y supervisa el cumplimiento de políticas y estrategias.</p>				

ANEXO 4

REUNIONES Y ENTREVISTAS

Institución: Dirección de Presupuesto. Ministerio de Hacienda

Fecha: 13 de mayo de 1999

Participantes:

Sr. Ramón Figueroa, Subdirector Racionalización y Función Pública

Sra. Cielia Beltrán, Jefe Sector Salud

S. Marcelo Tokman, Unidad de Estudios, Sector Salud

Sra. Cecilia Torche, Coordinadora Panel Evaluador

Dr. Roberto Barna, Panelista

Dr. Vitto Scharaffia, Panelista

Esta reunión se realizó a solicitud del Panel de Evaluadores con el objeto de discutir, clarificar y precisar el objetivo del estudio desde el punto de vista de la Dipres, lo que permitiría a los panelistas enfocar de mejor forma ciertos aspectos del estudio. En este sentido la realización de esta reunión es considerada de gran utilidad, resaltando la opinión de la institución entregada en una minuta.

1. Hipótesis institucional: Con el objeto de centrar el foco de análisis del programa se discute primeramente el concepto del subsidio por incapacidad laboral (SIL). Para la Seguridad Social el SIL es una prestación de carácter pecuniario que se otorga al trabajador con el objeto de sustituir su remuneración mientras está acogido a licencia médica debido a enfermedad que lo incapacite temporalmente para trabajar.

En este sentido, algunos podrían considerar que el objeto básico del subsidio para el cual fue creado se cumple en la medida que sustituye la remuneración del trabajador acogido a licencia médica.

Sin embargo en este punto surge la interrogante respecto a si este instrumento se usa adecuadamente. Para ello se hace mención al principio de suficiencia, según el cual los beneficios de la Seguridad Social deberán adecuarse cuantitativamente y cualitativamente a los requerimientos del estado de necesidad.

Al abordar este aspecto, hay que considerar que en el proceso de generación de la licencia médica intervienen a lo menos tres actores (el enfermo o demandante; el médico u oferente*, y el empleador); cualquiera de ellos puede tener intereses o características que impliquen una utilización inadecuada de este instrumento. Este enfoque permite mirar el SIL no solamente como un mero proceso administrativo, en el cual la función de control se reduce a verificar si se cumplen los requerimientos administrativos del proceso, y resolver los reclamos u apelaciones de los beneficiarios.

La DIPRES plantea dos situaciones a este respecto:

- a) si la licencia está relacionada con una enfermedad real (veracidad o efectividad del diagnóstico)
- b) si hay una adecuada correlación ente el diagnóstico médico y el período de reposo prescrito (entre patología e incapacidad para el trabajo).

A juicio del Panel, ambos aspectos deben abordarse desde distintas perspectivas, aunque el resultado final sea el mismo, verbigracia controlar el uso adecuado de la licencia médica.

El primero de ellos tiene con ver con un eventual mal uso, que en algunos casos puede llegar a calificarse como uso fraudulento del SIL.; este puede ser generado por cualquier de los tres actores involucrados. La manera en que tradicionalmente se ha abordado este problema es a través del perfeccionamiento de los mecanismo de fiscalización y control sobre ellos.

El segundo aspecto, si hay correlación entre diagnóstico y reposo prescrito, es un tema que tiene un mayor grado de componente técnico médico, lo cual hace mucho más difícil la aplicación de mecanismos de control y fiscalización. Las situaciones a calificar no están suficientemente definidas, existiendo

* Aunque otros profesionales pueden extender licencia por enfermedad común (cirujanos-dentistas) nos referimos al médico por ser el responsable del mayor número de licencias emitidas.

esfuerzos puntuales por establecer un cierto ordenamiento, criterios, estandarización o protocolos orientadores a este respecto.

2. Evolución del Gasto: Es motivo de preocupación la tendencia creciente en el gasto en SIL, en términos reales en los últimos años. Respecto a las causas que explicarían este fenómeno, se pueden identificar las siguientes:
 - a) Efecto Precio: el crecimiento de la economía provocaría un incremento del valor diario del subsidio pagado, en función de la evolución de las rentas reales. Este fenómeno probablemente este jugando un rol en el aumento del gasto, aunque no existe información objetiva respecto a cuanto este incidiendo objetivamente en el aumento del gasto por SIL. Se estima que el aumento de medidas de control administrativo y técnico no tendría efecto en controlar el gasto por esta causa.
 - b) Efecto cantidad por aumento en número de cotizantes: Al igual que el efecto precio, el crecimiento económico provocaría un aumento de la fuerza laboral y por lo tanto un mayor número de personas que eventualmente demanden SIL. Aquí valen los mismos comentarios que en punto anterior, agregando que en ambos el aumento absoluto del gasto por SIL se vería parcialmente compensado por aumento en la recaudación por cotizaciones de salud.
 - c) Un tercer aspecto a considerar en la tendencia creciente del gasto por efecto cantidad estaría relacionado con un incremento real del número de días de subsidio pagado por cotizante, es decir, aumento de la tasa de incapacidad laboral (TIL).

No existiendo información sobre las causas que pudieran estar determinando un aumento en la TIL, se levantan las siguientes hipótesis:

- Mayor demanda de licencias (¿problema cultural?), unido a una mayor permisividad de los médicos por otorgarlas.
- Cambios en los perfiles epidemiológicos y en las estructuras de morbilidad de la población. Entre ellos podría existir una mayor prevalencia de enfermedades mentales.

3. De acuerdo al planteamiento de la DIPRES más allá de discutir aspectos como la mantención del periodo de carencia de tres días, la supresión del derecho a mantener la remuneración en el caso de los empleados públicos o castigar las bases de cálculo durante los primeros días de licencia, sería necesario primero discutir otras medidas, ente las que se señalan las siguientes:

- Establecer instancias consolidadas de información y mecanismos de control que registren el pago del beneficio por la entidad que corresponda y que permita disponer, adicionalmente, de antecedentes sobre morbilidad y diagnóstico que dan origen a las licencias, así como las "tasas de otorgamiento de licencias" de los prestadores, comparaciones de tasas de incapacidad laboral por Servicio, CCAF, Regiones, o sectores de actividad.
 - Los antecedentes e información recogida deberían procesarse a nivel de los COMPIN y consolidarse por ejemplo a través de alguna "unidad central" radicada en el Ministerio de Salud.
 - Establecer rangos de duración de las licencias de acuerdo con el diagnóstico médico, y exigencias de provee instrumentos adicionales en los casos en que se sobrepasen dichos rangos.
4. Establecer procedimientos de fiscalización para aquellos que superan los límites señalados y también para los prestadores que incurran en elevadas tasas de otorgamiento de licencias.

Institución: Comisión Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN), Servicio Salud Metropolitano Oriente.

Fecha: 19 de mayo de 1999

Participantes: Dr. Patricio Arroyo, Director

Sr. Heriberto Medina, Coordinador Administrativo Gabinete Ministro Salud

Sra. Cecilia Torche, Coordinadora Panel Evaluador

Dr. Roberto Barna, Panelista

Temas tratados:

Normalización del reposo: COMPIN manifiesta reparos a la Circular 1C 168 de 1984, que establece criterios entre diagnósticos y periodo de reposo: considera que esta hecho en base a criterios administrativos y estadísticos (p. ej. promedios históricos días de reposo por diagnósticos) y no criterios técnicos. Se sugirió una actualización, basado en criterios de expertos que deben estar aceptados y validados entre los profesionales y sus pares. Por ej. Sociedades Científicas.

Situación de la COMPIN: Se considera que sus funciones son poco valoradas por los directores de los Servicios de Salud. Esto se traduce en infraestructura precaria, personal desmotivado, insuficiencia de incentivos. Además, la COMPIN tiene limitaciones para conseguir apoyo de las unidades y servicios clínicos cuando se requieren evaluaciones o peritajes de pacientes.

Gestión: Gran parte de las licencias recibidas, son revisadas y aprobadas el mismo día que llegan. El pago en general es oportuno. El trato del personal lo consideran adecuado.

Prácticamente no existe información estadística para la gestión; existe un cuadro estadístico sobre el número de licencias médicas por mes tramitadas en los últimos años.

Control: El control de la licencia es escaso por falta de recursos. Se visitan aproximadamente el 0,1% de las licencias recibidas (aprox. 2 visitas semanales). Se realizan aproximadamente 300 evaluaciones médicas mensuales. Hay poco o nulo control respecto a la información entregada por el empleador de las remuneraciones del trabajador registradas en la licencia, en base a la cual se realiza el cálculo del monto a pagar.

Se consideran que existen insuficientes herramientas legales para controlar a los médicos. El mecanismo actual de control es fundamentalmente sobre el enfermo.

Observación de los panelistas: A pesar de constatar el hecho que se dispone de escasa información estadística sistematizada, llama la atención de que se ingresa en la COMPIN gran parte de los datos contenidos en la licencia médica, en los aspectos de identificación del enfermo (nombre, RUT, edad) médico-estadísticos (diagnóstico clínico, duración y tipo de la licencia, recuperabilidad) y laborales (tipo de actividad del trabajador, empresa, remuneraciones de los últimos meses), etc.. Esta información se utiliza en la COMPIN solamente con fines de pago, ignorándose si existen otras salidas en otros servicios e instituciones.

Institución: Unidad de Coordinación Nacional de Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez.
Subsecretaría de Salud. Ministerio de Salud.

Fecha: 15 de junio de 1999

Participantes: Dr. Jorge Buneder F. , Jefe Unidad Coordinadora

Sra. Ximena Federici, Dipres, Ministerio de Hacienda

Sra. Cecilia Torche, Coordinadora Panel Evaluador

Dr. Roberto Barna, Panelista

Temas tratados:

1. El Dr. Buneder hace una exposición de su experiencia de alrededor de 15 años en esta función, lo cual le ha permitido reunir experiencia personal, información y formarse juicios respecto a diferentes aspectos y problemas relacionados con el SIL. Entre la información aportada por el Dr. Buneder en la entrevista destacan los siguientes antecedentes:
 - La clasificación de diagnósticos que utiliza la Unidad para los diagnósticos de las licencias médicas está hecha en base a una codificación ad-hoc de 34 grupos o "paquetes". Esta clasificación se realizó con el fin de simplificar la interpretación de las causas de licencia médica; a juicio del Dr. Buneder, la utilización de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) provocaría una excesiva dispersión.
 - Utilizando esta clasificación, el aumento ocurrido en licencias ha sido en base a los llamados diagnósticos subjetivos*; con este término se refiere a aquellos diagnósticos clínicos que son difíciles de objetivar por algún observador externo, por ejemplo, neurosis y lumbalgias.
 - El porcentaje de licencias subjetivas sería mayor a medida que aumenta el nivel socio-económico del cotizante.
 - Plantea su adhesión a la eliminación de los 3 días de carencia en licencias de diez días de duración o menos. Paralelamente recomendaría mejorar el control se ejerce sobre el uso que se hace de este derecho, tanto en forma dirigida como al aza.

* Nota: La información recibida fue de tipo verbal. Los panelistas, a indicación del Dr. Buneder, solicitaron las fuentes y datos estadísticos a través de la Dipres, la que a la fecha de emitir el informe no había sido recibida por los Panelistas.

Institución: Superintendencia de Isapres
Fecha: 21 de junio de 1999
Participantes: Sr. Alejandro Ferreiro, Superintendente
Sra. Cecilia Torche, Coordinadora Panel Evaluador
Dr. Roberto Bama, Panelista
Dr. Vitto Sharafi, Panelista

Temas tratados:

El Sr. Ferreiro expone lo que a su juicio son los principales aspectos a considerar en el análisis del Subsidio por Incapacidad Laboral: Diseño del Seguro; Control; Tendencias e Incentivos del Gasto. Respecto al diseño, destaca el hecho de que para este seguro "no hay asignación presupuestaria". El SIL es considerado generoso en cobertura del 100% de la remuneración en licencias sobre 10 días. También han observado una correlación inversa entre subsidio y actividad económica general.

Respecto a la carencia de tres días del SIL, no se ha demostrado acumulación de licencias sobre 10 días, atribuibles a esta situación. Estudios propios sobre posibles escenarios derivados de la eliminación de la carencia, mostrarían un impacto de aumento del gasto. Una alternativa a considerar sería que los tres primeros días fueran de costo compartido entre el empleador y el trabajador, tratando de incentivar una mayor preocupación del empleador en la prevención de la enfermedad.

Respecto al control en el sector público, este se considera débil. Por otro lado, no existirían incentivos al control, especialmente en las CCAF, ya que Fonasa cubre todas las diferencias que se producen por déficit del presupuesto asignado.

Se discuten otros escenarios, como separar el SIL del seguro de salud. Esto tendría a favor el evitar que la misma institución sea "juez y parte". En contra sería que se pierde la relación entre SIL y enfermedad.

Como un aporte para mejorar el control se menciona la protocolización de los diagnósticos, que permita ordenar la relación entre enfermedad y reposo, basado en evidencia. Sin embargo esto no resolvería el problema de la simulación.

Se considera finalmente que los problemas fundamentales planteados en el SIL para los cotizantes en el sector público, motivo de esta evaluación, son compartidos por los cotizantes del sector privado (diseño del seguro, control del sistema y crecimiento del gasto).

COMENTARIOS Y
OBSERVACIONES AL INFORME FINAL DE
EVALUACION POR PARTE DE LA INSTITUCION
RESPONSABLE

AGOSTO 1999

ORD. N°: 4122

ANT. :

MAT. : Adjuntan informes.

Santiago, 16 AGO 1999

DE : DR. ALEX FIGUEROA MUÑOZ
MINISTRO DE SALUD

A : SR. RAMON FIGUEROA GONZALEZ
SUBDIRECTOR DE RACIONALIZACIÓN Y
FUNCIÓN PÚBLICA.
MINISTERIO DE HACIENDA

Adjunto a usted comentarios y observaciones a los informes finales al Programa del Adulto Mayor y de Subsidio por incapacidad laboral, evaluados durante el presente año por paneles de expertos.

Cabe señalar nuestra conformidad con dicho proceso general de evaluación, el que reafirma la eficacia y eficiencia de estos Programas desarrollados y ejecutados por este Ministerio.

Así también agradecer vuestra colaboración en dicho proceso que desde el año 1997 ha significado evaluar 10 importantes Programas de Salud por un monto global cercano a los 200.000 mil millones de pesos, es decir cerca de un 25% del presupuesto global anual del sector público.

Por último y en cuanto a las recomendaciones formuladas por los Paneles de Expertos y tal como se consigna en los informes técnicos que se adjuntan, compartimos en lo sustantivo estas, muchas de los cuales han sido implementadas o están en ejecución en tanto otras requieren modificaciones legales, estudios de factibilidad y en no pocos casos mayores recursos para su implementación.

Sin otro particular, saluda atentamente a usted,



ALEX FIGUEROA MUÑOZ
MINISTRO DE SALUD

DIRECCION DE PRESUPUESTOS OFICINA DE PARAS
16 AGO 1999
SREP

REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

SANTIAGO, Agosto 9 de 1999.

**Consideraciones que plantea el Ministerio de Salud al Informe Final
preparado por el Panel de Evaluación encargado de examinar el "Programa
de Subsidios de Enfermedad y Medicina Curativa"**

1. En primer lugar, el Ministerio de Salud debe dejar expresa constancia de la excelente oportunidad que ha brindado el Ministerio de Hacienda para analizar y evaluar el financiamiento del seguro de incapacidad laboral por enfermedad que no sea profesional o accidente que no sea del trabajo, materia que en el transcurso del tiempo ha sido tratada en forma muy precaria por parte del Sector Público Salud, no obstante la enorme incidencia que tiene esta "prestación pecuniaria", en los costos del Sistema de Salud, dado que, tanto, el subsidio por incapacidad laboral (SIL) derivado de enfermedades comunes y de maternales suplementarios (artículo 196 del Código del Trabajo), como el otorgamiento de las prestaciones asistenciales se financian con el 7% de cotización legal de salud que aportan los trabajadores.
2. En este mismo sentido, ésta Secretaría de Estado considera un avance de la máxima importancia, el hecho que el Panel de Evaluadores haya legitimado como componentes relevantes del proceso de incapacidad laboral: la licencia médica, el subsidio por incapacidad laboral (SIL), las recuperaciones por parte de los empleadores del Sector Público de las sumas correspondientes a los SIL de sus funcionarios y, finalmente, los gastos de operación que demanda el funcionamiento del Programa en evaluación. A nuestro juicio, este último componente es un elemento central y crítico para garantizar el éxito de las recomendaciones que plantea el Panel de Evaluación. En esta lógica, se postula que el Ministerio de Hacienda aporte el "capital inicial" que permita financiar las mejoras estructurales y de organización que necesariamente deben tener las 28 Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN), previas a la implementación de las recomendaciones sugeridas por el Panel de Evaluación, sobre la base de una lógica de costo-eficiencia (necesidad de establecer un indicador del gasto esperado para esta prestación pecuniaria).
3. Al respecto y como una forma de visualizar la importancia relativa del gasto de subsidios de curativa en los Servicios de Salud, es ilustrativo el análisis que efectúa el Panel de Evaluación, al comparar el total del Presupuesto de los Servicios de Salud para los años 1995 a 1998 con el gasto de subsidios por

licencias curativas para los mismos años, ambos expresados en moneda de enero de 1999.

La tabla siguiente resume la información que se obtuvo y que será analizada seguidamente:

AÑO	TOTAL PPTO. GASTO EFECTIVO SERV. SALUD MILL\$	GASTO SIL CURATIVA S. DE SALUD + CCAF MILL \$	% GASTO SIL SOBRE TOTAL PPTO	COTIZANTES SISTEMA FONASA
1	2	3	4	5
1995	624.442	33.384	5.35%	1.642.106
1996	676.198	39.058	5.78%	1.665.365
1997	709.084	45.464	6.41%	1.777.327
1988	744.568	55.391	7.44%	1.869.057

Variación % con 19%
respecto al año 1995

66%

14%

Fuente de información: Informe Final Panel de Evaluación = Págs. N°s 30 y 26

Una primera conclusión que se extrae del análisis de las cifras precedentemente expuestas, es que el gasto efectivo total de los Servicios de Salud creció entre 1995 y 1998, en un 19%, mientras que el gasto de subsidios de curativa experimentó un crecimiento real del 66%, no obstante, que los cotizantes sólo aumentaron en un 14 %, situación que indudablemente preocupa, ya que de continuar la tendencia al aumento del gasto del SIL, esto llevará necesariamente a un deterioro de los recursos que se destinan a las "Prestaciones Asistenciales" que debe recibir el trabajador a cambio del 7% de cotización legal de salud que aporta.

En este sentido, es evidente la necesidad de implementar las recomendaciones propuestas por el Panel de Evaluación, necesidad que queda condicionada a la posibilidad de obtener un financiamiento adicional por parte del M. de Hacienda, que permita corregir previamente el serio deterioro estructural y de personal que presentan las Compin, para posteriormente aplicar indicadores de gestión y de contención de gastos.

- Otra variable interesante de analizar, para construir un indicador de resultados, es comparar la importancia relativa del gasto de subsidios de curativa con el monto total de la cotización legal de salud (7% sobre las remuneraciones o rentas imponibles), en los años 1995 a 1998, tanto para los trabajadores afiliados al Sistema Fonasa como al Sistema Isapre. Los resultados de este análisis son los siguientes:

SISTEMA FONASA

Estimación trabajadores afiliados al 31/12/98.....1.869.057.

AÑO	COTIZACIÓN LEGAL DE SALUD MILL \$1999			GASTO SIL CURATIVA S. DE S. + CCAF MILL \$1999	PORCENTAJES EN RELACION AL:	
	FONASA 7%+6.4%	CCAF 0,6%	TOTAL COTIZAC. SALUD RECAUD COLUM 2+3		TOTAL RECAUD. POR COTIZACIONES	7% COTIZAC
1	2	3	4	5	6	7
1995	260.775	10.372	271.147	33.384	12.31%	0.86%
1996	280.286	11.599	291.885	39.058	13.38%	0.94%
1997	302.154	12.978	315.132	45.464	14.42%	1.01%
1998	317.394	14.298	331.692	55.391	16.70%	1.17%

Variación % en relación a 1995

22%	38%	22%	66%
-----	-----	-----	-----

- Fuente de Información: Ficha de Antecedentes del Programa (antecedentes Ppto y de costos M. de Salud y Sup. Seg. Social),
- Factores utilizados para actualizar valores nominales a valores reales 1999:

1995	1.252
1996	1.166
1997	1.098
1998	1.045
1999	1
- La cotización legal percibida corresponde a los pensionados y trabajadores afiliados a FNS (columna 2)
- El gasto del SIL por licencias curativas (columna 5) creció en un 66%, aplicando escasas medidas de control debido a la falta de recursos de todo orden que existen a nivel de las Compín.

71

SISTEMA ISAPRE

Trabajadores afiliados al 31/12/98.....1.621.018

AÑO	COTIZ LEGAL 7% SALUD MILL \$ DIC/98	GASTO SIL CURATIVA MILL \$ DIC/98	PORCENTAJES EN RELACION AL:	
			TOTAL RECAUD COTIZ LEGAL	7% COTIZ. LEGAL
1	2	3	4	5
1995	429.698	77.596	18.06%	1.26%
1996	463.822	88.216	19.02%	1.33%
1997	470.286	97.203	20.67%	1.45%
1998	509.253	105.801	20.78%	1.45%

Variación % 18,5% 36,34%
en relación a
1995

- Fuente de Información: Series Estadísticas 1981 a 1998 de la Superintendencia de Isapre Págs. N°s 31 y 32.
 - El monto de la cotización legal (columna 2) incluye la cotización que aportan los trabajadores, los pensionados (\pm 60.000) y las personas que sólo cotizan para salud (art. 34 Ley 18.933, no tienen derecho a SIL)
 - El incremento del gasto de 36,34% (columna 3) incluye todas las medidas de control que permite la reglamentación vigente.
5. En este contexto, el crecimiento del gasto del SIL por enfermedad común, en el periodo 1995 a 1998, para los tres organismos que administran ésta prestación pecuniaria, se encuentra conformado de la siguiente manera:

AÑO	SISTEMA FONASA GASTO SIL CURATIVA EN MILL \$ DIC/98			SISTEMA ISAPRE GASTO SIL CURATIVA	TOTAL GASTO SIL CURATIVA
	SERV. DE SALUD	CCAF	TOTAL GASTO	MILL \$ DIC/98	COL 2+3+5
1	2	3	4	5	6
1995	12.344	21.040	33.384	77.596	Mill \$110.980
1996	14.060	24.998	39.058	88.216	127.074
1997	15.128	30.336	45.464	97.203	142.667
1998	17.624	37.767	55.391	105.801	161.172

Variación % 42.7% 79.5% 66% 36.3 45.2%
respecto a
1995

12

- Las conclusiones que se obtienen de esta tabla son fundamentales, por cuanto su trayectoria a nivel de crecimiento del gasto para las tres instituciones que administran el SIL de curativa, deben ser revisadas con la información que proporcionó el M. de Hacienda en el Oficio Ord. N°485, del 25/06/99, dirigido al señor Ministro de Salud, por cuanto ellas no son concordantes. (ver punto N° 2.1. del referido Oficio).
6. En cuanto a las variaciones que ha experimentado el numero de afiliados para las tres entes que administran el SIL de las licencias médicas curativas, cabe tener presente los siguientes resultados:

AÑO	SISTEMA FONASA			SISTEMA ISAPRE	TOTAL AFILIADOS
	SERV. DE SALUD	CCAF	TOTAL AFILIADOS	TOTAL AFILIADOS	
1	2	3	4	5	6
1995	646.565	995.541	1.642.541	1.649.225	3.291.331
1996	610.773	1.054.592	1.665.365	1.686.530	3.351.895
1997	649.078	1.128.249	1.777.327	1.725.646	3.502.973
1998	657.451	1.211.606	1.869.057	1.621.018	3.490.075

Variación % respecto a 1995

1,68%	21,70%	13,82%	-1,71%	6,04%
-------	--------	--------	--------	-------

- Fuente de Información: Informe Final Panel de Evaluación. Pág. 26
 - El Informe Final de Panel de Evaluación debe corregir la información relativa al total de cotizantes, en los términos que se señalan en la columna N°5 de la presente Tabla (Ver Pág 45 de las Series Estadísticas Sistema Isapre 1981-1998)
 - Llama poderosamente la atención que la disminución de 1,71% que registran los afiliados del Sistema Isapre es muy similar al crecimiento de 1,68% que registra el FONASA, situación que hace suponer que este traspaso corresponde a trabajadores de alto riesgo médico
7. En lo que respecta, a las 10 recomendaciones que propone el Panel de Evaluación contratado por el Ministerio de Hacienda, el Ministerio de Salud concuerda con todas ellas (tener presente que la mayoría de ellas exigen "estudios previos"), pero considera que dichas proposiciones deben ser implementadas conforme al siguiente orden de prelación:

73

Prioridad Ministerio de Salud	Detalle de la recomendación	Prioridad asignada por el Panel	Observaciones
1°	Generar a nivel central estructuras administrativas y técnicas encargadas de cumplir las funciones de normalización, gestión y supervisión	10	Resol. Exenta N°1158, del 28/05/99, que crea el <u>Comité Técnico de Incapacidad Laboral</u>
2°	Perfeccionar el sistema de información de licencias médicas y SIL, con apoyo computacional	4°	Actualmente explota el Sistema la Empresa SONDAS y a/c Enero del 2000 la empresa ADEXUS
3°	Fortalecimiento de las Compin	8°	Actualmente se encuentra elaborado el Plan de Mejoramiento de las Compin y de la Gestión del SIL
4°	Implantar procedimientos de auditoria y control	6°	
5°	Sistema de Vigilancia Epidemiológica vía licencia	3°	
6°	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo <u>referencial</u> de enfermedades y días de reposo. • Actualización del listado de enfermedades profesionales de la Ley N°16.744 	5° 7°	Por razones de orden técnico es necesario que este Protocolo sólo sea <u>referencial</u> , por cuanto las patologías presentan diversas evoluciones
7°	Estudiar la factibilidad de licitar el proceso de cálculo y pago de S/L	9°	
8°	Realizar estudios de impacto para reorientar incentivos y controles de oferta (existencia del diagnóstico y su relación con el reposo) y de demanda (evitar solicitudes de licencia que no corresponden a los objetivos del Programa	2°	

Prioridad Ministerio de Salud	Detalle de la recomendación	Prioridad asignada por el Panel	Observaciones
9°	Rediseñar el Seguro de Salud separando la parte de la cotización que financia el SIL de las otras prestaciones asistenciales de salud	1°	

8. A las recomendaciones ya enunciadas, el Ministerio de Salud otorga máxima importancia a los siguientes procesos que deberían se implementados en el orden de prelación que se indica.

- Actualización del Reglamento de Licencias Médicas y del formulario, vigentes desde 1984 Actividad actualmente en proceso
- Mejorar el control de distribución de los talonarios de licencia y establecer en forma exhaustiva los requisitos que debe exigir la Compín para su entrega (situación médicos extranjeros)
- Establecer a nivel de Regiones, Comisiones Médicas Centrales de Especialistas para resolver la situación de las licencias médicas de curso prolongado y Comités de Ética para analizar y resolver la situación de licencias médicas muy generosas, de complacencia, de duración excesiva, de favor, o simplemente sin una justificación real.
- Con el objeto de lograr una mayor ordenamiento presupuestario y financiero se sugiere que el monto correspondiente al 0,6% de las remuneraciones imponibles de los trabajadores adscritos a las CCAF (Ley N°18.418, del 11/07/1985), se registre en el Presupuesto de Ingresos del FONASA, dentro del Subtítulo 06 Item 63, quedando de esta forma el monto total de la cotización de salud que percibe el Sistema Fonasa, reflejado en el Subtítulo 06, conforme al siguiente detalle:

INGRESOS:

- 06-62-001 Instituto de Normalización Previsional
 - 002 Servicios de Salud
 - 006 Cajas de Prev. de la Defensa Nacional
- 06-63-016 Administradoras de Fondos de Pensiones
 - 017 Ley de Accidentes de Trabajo

75

018 Cotización 7% SIL

019 0,6% cotización afiliados a CCAF artículo 4° Ley
N°18.418 (publicada en el D° Oficial del
11/07/1985)

Por su parte, el gasto SIL de los trabajadores afiliados a CCAF se contabilizaría en el Subtítulo 24-30-018, partida que hoy se denomina "Déficit CCAF" y que registra la diferencia que se produce entre el 0,6% recaudado por las CCAF y el gasto real de SIL de enfermedades comunes ejecutado por dichas Cajas.

9. Por otra parte, y en directa relación con la necesidad de adecuar las plantas y estructuras de las Compín, sobre todo en términos de mejorar y reforzar la calidad profesional y técnica de quienes tienen la responsabilidad de cumplir la función reguladora del Estado en materia de incapacidad laboral (tribunales médico-administrativos que deben pronunciarse sobre los recursos de reclamación y reposición que interponen los afiliados a Isapre cuando estos ven conculcados sus derechos en materia de incapacidad laboral), solo basta señalar las siguientes cifras que demuestran el recargo de trabajo que actualmente enfrentan las 28 Compín del país, sin haber modificado su actual dotación de personal:

Reclamos de cotizantes de Isapre tramitados en las Compín

Tipo de Reclamo	1994	1995	1996	1997	1998	Totales	
						N°	%
Licencias Médicas							
Confirma resol. Isapre	1.859	2.270	2.767	4.670	7.393	18.959	8,8
Revoca Resol. Isapre	23.425	23.245	29.061	45.134	74.161	195.026	91,2
Subsidios Inpec.laboral							100%
Confirma monto Isapre	39	19	29	42	103	232	33,7
Modifica monto Isapre	22	41	235	76	81	455	66,3
Total	25.345	25.575	32.092	49.922	81.738	214.672	100%

Variación % con respecto a 1994

0,9 26,6 96,9 222,5

10. Finalmente, el Ministerio de Salud incorpora como elemento clave para el éxito de la puesta en marcha del diseño propuesto, la definición de los recursos que se destinarán a financiar el mejoramiento de este Programa sobre la base de la lógica costo-eficiencia y metas a cumplir:

- Un enfoque podría ser asignar para gastos de operación del Programa, el equivalente al 2,5% de la gasto actual de SIL de curativas (Mill \$55.391 x 2,5% Mill\$1.384.775, incluido el monto de las comisiones pagadas a las CCAF-año 1998 Mill\$322)

- Otro enfoque podría ser que ingresarán a recursos propios de los Servicios de Salud, la recuperación de las sumas correspondientes a SIL de sus funcionarios, lo que permitiría con estos recursos efectuar reemplazos y suplencias del personal de los Servicios de Salud durante los períodos de ausencia e iniciar el Plan de Fortalecimiento de las Compín. En definitiva esta medida implica no aplicar el artículo 11 de la Ley N°18.768 en el SNSS, como actualmente ocurre con:
 - El Estatuto Administrativo de los funcionarios municipales Ley 18.883
 - El Estatuto de los profesionales de la educación Ley 19.070
 - El Estatuto de la Atención Primaria de salud Municipal Ley 19.378.
- Al respecto, cabe tener en consideración que para 1998, los Servicios de Salud con una dotación de 65.018 funcionarios registraron 1.000.067 días de incapacidad por curativa, es decir, un X de 15,38 días de incapacidad por funcionario al año, lo que equivale aproximadamente a mill\$12.123 anuales.
- Ideal: Fijar un \bar{X} de días de incapacidad curativa por Servicio de Salud (nivel de ausentismo)
- En relación a este tema, se adjunta la minuta N°2C/25 del 12/11/98, que trata in extenso las recuperaciones o reembolsos del artículo 11 de la Ley N°18.768 y se propone un proyecto de Ley que permita retener e ingresar a recursos propios de los Servicios de Salud las cantidades que se perciben con motivo de las recuperaciones originadas en las licencias médicas de funcionarios por enfermedad o maternidad (ya que las derivadas de la Ley N°16.744 les pertenecen en virtud de lo dispuesto en la Ley N°19.345).

Con esta iniciativa legal, se eliminaría la actual ASIMETRIA QUE PRESENTA EL SECTOR SALUD CON RESPECTO A LA APLICACIÓN DE LAS LEYES N°18.883, 19.070, 19.345 y 19.378, conjuntamente con entregar a las Compín los recursos financieros que le permitan desempeñar a cabalidad las 19 tareas que la legislación vigente les encomienda.

11. En resumen, la brecha entre la necesidad de implementar un Plan de Fortalecimiento de las Compín y la posibilidad de llevarlo adelante depende exclusivamente de los recursos adicionales que el Ministerio de Hacienda pueda destinar o focalizar para financiar un plan de desarrollo institucional de dichas Comisiones en un plazo de tres años, sobre la base de una lógica costo, eficiencia y metas de cumplir, variables que deberían ser definidas por el Ministerio de Hacienda y quedar contempladas en el Presupuesto del año 2.000, si se desea asegurar un funcionamiento eficaz y eficiente del Programa considerando los mecanismo remediales señalados en el Oficio Ord. N°485 del 25 de Junio de 1999 del señor Ministro de Hacienda y las deficiencias e insuficiencias planteadas en el Informe Final preparado por el Panel de Evaluación.

77

12. Por último, en lo que respecta a medidas de largo plazo, entre las cuales puede destacarse la eliminación de la carencia de los 3 días, separar el financiamiento del SIL de las prestaciones asistenciales, entregar al Sistema Fonasa la administración completa de la incapacidad laboral de sus cotizantes al igual como ocurre hoy con el Sistema Isapre respecto a sus afiliados, esta Secretaría de Estado concuerda plenamente con lo señalado por el señor Ministro de Hacienda, en su Oficio Ord. N°485, del 25/06/98 (párrafo 2,3), en orden a que dichas medidas requieren modificaciones legales que comprometen plazos considerables para su aprobación y posterior aplicación, por lo que a juicio de esta Secretaría de Estado, es prácticamente imposible avanzar en dichas materias, mientras no se corrijan las deficiencias e insuficiencias estructurales que hoy existen en las 28 Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez del país.

Hsmo.

SANTIAGO, 12 NOV 1998

**MAT. : Recuperaciones o reembolsos del artículo 11 de la ley N°
18.768.**

- El artículo 12 de la ley N° 18.196, de 1982, creó un procedimiento que se conoce como "recuperaciones" o "reembolsos" al disponer en su inciso primero que, a contar del 1° de enero de 1983, respecto a los trabajadores regidos por el D.F.L. N° 338 de 1960, Estatuto Administrativo, (a la fecha ley N° 18.834) afiliados a una Isapre y acogidos a licencia médica por causa de enfermedad, conforme al artículo 94 de dicho D.F.L. (que trata exclusivamente la licencia por enfermedad) la Isapre deberá pagar a la entidad empleadora una suma equivalente al subsidio por incapacidad laboral que le habría correspondido al trabajador si se le aplicase el D.F.L. 44 de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, que fija normas para los subsidios de incapacidad laboral de los trabajadores. (Esto por cuanto el personal regido por el Estatuto Administrativo mantiene sus remuneraciones durante sus períodos de incapacidad laboral).

En su inciso segundo hace aplicable lo anterior, a contar del 1° de enero de 1984, al Fondo Nacional de Salud. (Debería ser a los Servicios de Salud que son los que pagan los subsidios y en el hecho así se ha aplicado esa norma).

79

La ley N° 18.899, de 1989, agregó dos incisos al referido artículo 12, implementando el procedimiento para dichos pagos y estableciendo reajustes en el caso de atraso en efectuarlos.

- El artículo 11 de la ley N° 18.768, de 1988, dispuso que las recuperaciones que perciban las entidades del sector público regidas por el D.L. N° 2763, de 1975, (entre las que, por cierto, aparecen los Servicios de Salud) de las ISAPRE o Servicios de Salud por concepto de pagos de licencias por enfermedad o subsidios por reposos maternales y permisos por enfermedad del hijo menor de un año, deberán registrarse en cuentas complementarias e integrarse a rentas generales de la Nación.

Es decir que, a contar del 29 de diciembre de 1988, fecha de publicación en el Diario Oficial de la ley N° 18.768, las entidades del sector público que mantenían la remuneración de sus trabajadores en el caso de enfermedad o maternidad; deberían integrar a rentas generales de la Nación las sumas que percibían de las ISAPRE o Servicios de Salud por concepto de recuperaciones.

- Las leyes N° 18.883, de 1989, Estatuto Administrativo de los Funcionarios Municipales y N° 19.070, de 1991, Estatuto de los Profesionales de la Educación, en sus artículos 110 y 36 respectivamente disponen que esos funcionarios continuarán gozando del total de sus remuneraciones durante sus licencias médicas.

En estas leyes el legislador omitió establecer el referido procedimiento de recuperaciones, lo que se subsanó con la dictación de la ley N° 19.117, de 1992, que en su artículo único estableció el citado procedimiento de recuperación con una

diferencia importante ya que dispuso que a las cantidades que perciban las Municipalidades por ese concepto **no** se les aplicará el artículo 11 de la ley N° 18.768.

- La ley N° 19.378, de 1995, Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, en su artículo 19 dispone que este personal continuará gozando del total de sus remuneraciones durante sus licencias médicas, establece un procedimiento de recuperaciones similar al descrito precedentemente y agrega que a las cantidades que perciban las Municipalidades por este concepto **no** le será aplicable lo dispuesto en el artículo 11 de la ley N° 18.768.

- La ley N° 19.345, de 1994, que hizo aplicable la ley N° 16.744 (sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales) a los trabajadores del sector público, en su artículo 4°, dispone que estos trabajadores continuarán gozando del total de sus remuneraciones durante sus períodos de incapacidad temporal derivada de accidentes del trabajo o enfermedad profesional, estableciendo un procedimiento de recuperaciones similar al descrito anteriormente, que obliga a los organismos administradores de la ley N° 16.744 a efectuar los correspondientes reembolsos a las entidades empleadoras.

Esta ley no señala si se aplica o no en este caso el artículo 11 de la ley N° 18.768, lo que produjo controversias que fueron zanjadas por la Contraloría General en su dictamen N° 37.607, de 1996, en el que, luego de analizar las disposiciones legales con atingencia al caso, concluye que los reembolsos que efectúan los organismos administradores de la ley N° 16.744 a las entidades empleadoras del sector público, por concepto de los subsidios de salud a que alude el artículo 4° de la ley N° 19.345,

"constituyen ingresos propios del órgano receptor que deben incorporarse a su presupuesto".

- Ahora bien, a las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez de los Servicios de Salud les corresponde autorizar las licencias médicas de los trabajadores afiliados a los Servicios de Salud así como pronunciarse sobre los reclamos interpuestos por los afiliados a ISAPRE, conforme a lo establecido en los artículos 35 y 37 de la ley N° 18.933, que dicta normas para el otorgamiento de prestaciones por ISAPRE.

Las reclamaciones interpuestas por los afiliados a ISAPRE han experimentado un incremento notable en los últimos años lo que implica que las COMPIN se ven obligadas a emplear una cantidad considerable de sus recursos humanos en tramitar y resolver dichos reclamos. Tarea que han debido afrontar con la escasa dotación de personal con que cuentan y sin disponer de recursos financieros que les permita efectuar contrataciones de personal.

- Por lo anterior y como un medio para proporcionar a las COMPIN los recursos financieros que les permitan desempeñar a cabalidad las tareas que la legislación vigente les encomienda, se ha considerado autorizar que los Servicios de Salud retengan las cantidades que perciben con motivo de las recuperaciones originadas en las licencias médicas de sus funcionarios por enfermedad o maternidad (ya que las derivaba de la obligación de la ley N° 16.744 como se señaló precedentemente ya les pertenecen), para lo cual se propone el siguiente proyecto de ley con dos redacciones alternativas:

PROYECTO DE LEY

"ARTICULO UNICO: A contar del día primero del mes siguiente a la publicación en el Diario Oficial de la presente ley, las recuperaciones que perciban los Servicios de Salud -excepto el Servicio de Salud del Ambiente- conforme a lo estipulado en el inciso primero del artículo 11 de la ley N° 18.768, constituirán ingresos propios del respectivo Servicio de Salud".

PROYECTO DE LEY

ARTICULO UNICO.- Modificase el artículo 11 de la ley N° 18.768, intercalándole un inciso segundo nuevo, con el siguiente texto:

"Sin embargo, las recuperaciones que perciban los Servicios de Salud, excepto el Servicio de Salud del Ambiente, conforme a lo señalado precedentemente constituirán ingresos propios del respectivo Servicio, a contar del día primero del mes siguiente a la publicación de esta ley en el Diario Oficial".

**SUPERINTENDENCIA
DE SEGURIDAD SOCIAL
DEPARTAMENTO ACTUARIAL**

24.AGO.99-024547

83

ORD.:

ANT.: Copia de Carta C536/99, de 2 de agosto de 1999, de la Unidad de Evaluación de Programas Gubernamentales de la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda.

MAT.: Remite comentarios respecto de Informe Final preparado por el Panel de Evaluación del Programa Subsidios de Enfermedad y Medicina Curativa.

CONC.: Oficios Ord. N°s. 6.079, 14.127 y 16.235, de 23 de marzo, 26 de mayo y 15 de junio de 1999, respectivamente, de esta Superintendencia.

DE : SUPERINTENDENTE DE SEGURIDAD SOCIAL

A : SR. MINISTRO DEL TRABAJO Y PREVISION SOCIAL

- 1.- La Sra. María Teresa Hamuy, Jefe de la Unidad de Evaluación de Programas Gubernamentales de la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda, remitió a esta Superintendencia copia de la carta de antecedentes dirigida a ese Ministerio, adjuntando copia del Informe Final preparado por el Panel de Evaluación del Programa Subsidios de Enfermedad y Medicina Curativa, con el objeto que esta Superintendencia hiciera llegar sus comentarios sobre los resultados de la evaluación, indicando además, las recomendaciones que se han considerado pertinente incorporar a nivel de diseño y operación del Programa, precisando la forma y oportunidad en que éstas serían implementadas.
- 2.- Sobre el particular, esta Superintendencia antes de señalar las observaciones específicas que le merece el Informe Final sometido a su consideración, estima necesario hacer presente una vez más, que el sistema de evaluación, orientado a la evaluación de programas sociales específicos, no resulta muy adecuado y es de difícil aplicación para el caso de los beneficios previsionales, como es el sometido a evaluación en esta oportunidad.

En efecto, el denominado "Programa Subsidios de Enfermedad y Medicina Curativa", comprende el gasto de los Servicios de

Salud y de las Cajas de Compensación de Asignación Familiar en el pago de subsidios por incapacidad laboral originados en enfermedades o accidentes de origen común, los cuales son parte de un régimen previsional, el de subsidios por incapacidad laboral, el que incluye además de este tipo de subsidios, los por reposo maternal y por enfermedad grave del hijo menor de un año. De esta forma, no se está frente a un programa cualquiera que puede ser aumentado o disminuido de un año a otro de acuerdo con los recursos fiscales disponibles, sino frente a un régimen previsional que tiene toda una institucionalidad establecida por ley, encontrándose definidos en ella los beneficiarios, los beneficios, los requisitos para acceder a ellos y su financiamiento.

Además, este régimen es de amplia cobertura, ya que incluye a todos los trabajadores del sector privado, la mayor parte de los cuales se encuentra afiliado a ISAPRE, siendo dichas entidades las que les pagan los subsidios por incapacidad laboral, de modo que no se considera adecuado evaluar sólo una parte del gasto de un régimen previsional, que además es la menor (35,6%), ya que las recomendaciones que puedan hacerse, por lo general, tendrán necesariamente incidencia en todo el régimen.

3.- Sobre el documento sometido a consideración, esta Superintendencia puede comentar lo siguiente, de acuerdo con el orden del Informe Final:

- a) En el número 1. "Descripción del Programa" del punto I. "Resumen Ejecutivo", cabe precisar que en el caso de los trabajadores afiliados a FONASA que pertenecen a una C.C.A.F., esta última recauda directamente el 0,6% de las remuneraciones imponibles de dichos trabajadores para financiar el régimen de subsidios por incapacidad laboral, siendo el 6,4% restante recaudado por el INP directamente del empleador para luego enterarlo al FONASA. En cambio, la cotización para salud del 7% de los trabajadores afiliados a FONASA no adscritos a una C.C.A.F. es recaudada íntegramente por el INP, entidad que se encarga de enterar posteriormente dicha suma al FONASA.
- b) Dentro de la "Justificación del Programa" en el punto II. "Identificación General del Programa", en el último párrafo, en primer lugar, debe reemplazarse la palabra "principalmente" por "en su totalidad" y, en segundo lugar, eliminarse la frase "financiando el Estado la administración del programa y algunos déficit", ya que el régimen de subsidios por incapacidad laboral se financia exclusivamente con cargo a la cotización del 7% para salud, siendo incluso de cargo de este régimen las comisiones que las C.C.A.F. perciben por la administración de éste, cuyo monto se fija por resolución conjunta de los Ministerios del

Trabajo y Previsión Social y de Hacienda, conforme lo señala el artículo 28 de la Ley N°18.833.

- c) Respecto a las "Instituciones relacionadas con la ejecución del Programa" que se mencionan en el punto II. "Identificación General del Programa", cabe precisar para el primer párrafo, en primer término, que los Servicios de Salud son organismos estatales funcionalmente descentralizados, dependientes del Ministerio de Salud para los efectos de someterse a la supervigilancia de éste en su funcionamiento, por lo cual debe eliminarse la frase "con sus servicios de salud a lo largo del país"; en segundo lugar, la sigla COMPIN significa Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez; y, en tercer lugar, las Unidades de Licencias Médicas no son entidades independientes sino una dependencia de los Servicios de Salud y a su vez de apoyo a la COMPIN.

En el segundo párrafo debe indicarse que las C.C.A.F. reciben y envían las licencias a la COMPIN para su aprobación, verifican el cumplimiento de los requisitos para acceder al subsidio, otorgan los subsidios, determinan el monto de los subsidios y los pagan, además de calcular las cotizaciones para pensiones (AFP o INP, según corresponda) y salud de los trabajadores afiliados a FONASA y pertenecientes a ellas y enterarlas en la entidad que proceda.

Asimismo, en el párrafo tercero, debe precisarse que la Superintendencia de Seguridad Social además de ser el Organismo supervisor de las C.C.A.F. y la instancia de decisión en caso de apelación o reclamo por rechazos u objeciones a licencias médicas, como lo señala el Panel, es también el Organismo fiscalizador y regulador de las funciones de naturaleza previsional desarrolladas por las COMPIN y los Servicios de Salud, como son las relativas a licencias médicas y al otorgamiento de los pertinentes subsidios, de conformidad con las facultades que le confiere la ley, relativas al control de las instituciones de previsión social, y de acuerdo con lo ratificado por la Contraloría General de la República mediante Dictamen N°1.308, de 13 de enero de 1995.

- d) En la "Identificación de bienes y/o servicios (componentes) que entrega el Programa" del punto II. "Identificación General del Programa", debe precisarse, que el componente 2.- "Otorgamiento de subsidio" se refiere a un proceso administrativo que involucra la recaudación de la cotización para salud que financia las prestaciones médicas y el régimen de subsidio por incapacidad laboral, la verificación de antecedentes (remuneraciones, datos del empleador, etc.), el cumplimiento de requisitos (licencia médica, afiliación, tiempo con cotizaciones, etc.), el cálculo y pago del subsidio (días de carencia y otros), además, del entero de las cotizaciones para pensiones (AFP o INP, según

**SUPERINTENDENCIA
DE SEGURIDAD SOCIAL**

4

86

corresponda) y para salud de aquellos trabajadores afiliados a FONASA a quienes se les pagó subsidio por los días no trabajados.

- e) En los comentarios efectuados por el Panel referidos a la "Lógica Horizontal y Vertical de la Matriz de Marco Lógico" del número 2. "Diseño del Programa" del punto III. "Análisis, Conclusiones y Recomendaciones", se señala que dado que el componente 3 Reembolso de subsidio es un componente con muy baja relevancia estructural y con poca importancia relativa, comparado con los otros componentes de la matriz, que no le hacen acreedor de una gran asignación de recursos, se considera conveniente asimilarlo a una actividad dentro del componente 2 Otorgamiento de subsidio. Al respecto, esta Superintendencia está de acuerdo con el Panel en que el componente 3 forme parte del componente 2. Sin embargo, considera que la razón para ello se fundamenta en el hecho que no se dispone de información que permita distinguir entre el número de trabajadores afiliados a FONASA que percibieron subsidio y el número de subsidios reembolsados a las entidades empleadoras y, por lo tanto, no se dispone de la información suficiente para aseverar lo planteado por el Panel, ya que en las estadísticas los subsidios reembolsados aparecen incluidos en los subsidios pagados.
- f) En los comentarios efectuados por el Panel referidos a las "Razones que justifican cambios en el Diseño del programa" del número 2. "Diseño del Programa" del punto III. "Análisis, Conclusiones y Recomendaciones", se señala que el proceso de la licencia médica tiene a lo menos seis pasos entre la emisión de la misma por el médico y el pago del subsidio al trabajador. En el último señalado, se plantea que la "COMPIN procede al cálculo del Subsidio y al pago respectivo de las licencias aprobadas". Al respecto debe aclararse que es el Servicio de salud o la C.C.A.F, según corresponda, quien procede a la verificación de los antecedentes y el cumplimiento de los requisitos que dan derecho al subsidio y realiza el cálculo y pago de dicho beneficio.
- g) En el número 4, "Eficacia del Programa" del punto III. "Análisis, Conclusiones y Recomendaciones", se señala que los mayores subsidios por enfermedad los obtienen los cotizantes de Cajas de Compensación de Asignación Familiar, superando a las ISAPRE, lo que no es efectivo. Al respecto, en el cuadro incluido en la página 23 titulado "Monto subsidios por enfermedad anual por total de licencias cursadas por enfermedad común", el Panel comete el error de ocupar distintas variables para determinar el indicador, mientras en las Cajas de Compensación de Asignación Familiar y Servicios de Salud relacionan el gasto anual en subsidios con el mínimo de subsidios iniciados o primeras licencias(no se incluyen las prórrogas), en las ISAPRE relaciona el gasto anual en subsidio con el total de licencias, sean éstas primeras licencias o prórrogas. Si

se determina el indicador de la misma forma que en las Cajas de Compensación de Asignación Familiar y Servicios de Salud, se tiene que en las Isapre el monto anual de subsidio por licencia iniciada ha sido siempre muy superior al del sistema de Cajas de Compensación, siendo en el año 1998 un 47% superior.

Del mismo modo, en el cuadro titulado "Promedio del número de días de licencias por enfermedad común" que se muestra en el mismo punto 4. "Eficacia del Programa", el Panel comete el error de considerar en el caso de las Cajas de Compensación de Asignación Familiar, sólo las primeras licencias y en el caso de los Servicios de Salud e Isapre, el total de licencias, obteniéndose indicadores que no son comparables, ya que subestiman los valores de estos últimos.

Por la misma razón anterior, las cifras relativas al sistema ISAPRE que se muestran en el cuadro denominado "Número de licencias anuales por cotizantes" no son comparables con las de las Cajas de Compensación y de los Servicios de Salud. De calentarse el citado indicador sobre la base de las primeras licencias, en el caso de las ISAPRE los valores de los años 1997 y 1998 disminuirían a 0,51 y 0,48, respectivamente.

- h) En el número 5. "Eficiencia del Programa" del punto III. "Análisis, Conclusiones y Recomendaciones", en la información cuantitativa presentada por el Panel, se comparan tasas de crecimiento o decrecimiento calculadas sobre períodos diferentes, tales como los períodos 1995-1997 y 1995-1998, debido a la falta de información existente en ciertas variables para el año 1998. Al respecto, esta Superintendencia estima que para que sea válido el análisis comparativo entre dichos indicadores, es necesario realizarlo considerando los mismos períodos.
- i) Dentro de las "Condiciones para la sustentabilidad del Programa", en el número 7. "Sustentabilidad del Programa" del punto III. "Análisis, Conclusiones y Recomendaciones", el Panel plantea como una alternativa a considerar en el rediseño del Programa que permita su sustentabilidad en el tiempo, el reemplazar el actual sistema de subsidios, a lo menos en ciertos niveles de ingresos, por un sistema de capitalización individual que dé cobertura frente a las incapacidades temporales. Al respecto, esta Superintendencia reitera lo señalado en el informe de réplica correspondiente al Informe de Avance N°1, en cuanto a que, técnicamente, resulta más conveniente ocupar los sistemas de reparto en las obligaciones de corto plazo, donde prima el principio de la solidaridad, como es el caso de los subsidios por incapacidad laboral, mientras que el de capitalización, más cercano a los seguros privados, responde a las expectativas en las obligaciones de largo

plazo, como las pensiones. Cabe agregar, que un régimen financiero de capitalización individual se justifica en el caso de los regímenes previsionales que otorgan beneficios ciertos como es el caso de las pensiones, en que tiene sentido que la persona ahorre durante toda su vida en su cuenta individual porque siempre se va a producir alguno de los eventos para los cuales está concebido el régimen, esto es, la vejez, invalidez o muerte. En el caso del régimen de prestaciones de salud en cambio, y específicamente en el de subsidios por incapacidad laboral, se está frente a un evento incierto, no se justifica que la persona ahorre en una cuenta individual para un evento que a lo mejor nunca se va a producir, como es la incapacidad temporal para trabajar.

- j) En Anexo el N°3 relativo a la propuesta de Matriz de Marco Lógico que efectúa el Panel, debe indicarse que en general, esta Superintendencia no tendría inconvenientes para implementar los indicadores posibles propuestos en dicha matriz en lo que dice relación con el sistema Cajas de Compensación de Asignación Familiar, ya que en la actualidad cuenta con la información de dicho sector relacionada con subsidios por incapacidad laboral (N° de subsidios iniciados, montos pagados, N° días pagados, N° trabajadores cotizantes, etc.). Sin embargo, los indicadores relacionados con el Sistema de Servicios de Salud y con la información sobre licencias médicas, podrían ser generados recién a partir del año 2001, es decir, cuando dicha información se encuentre disponible para el análisis, de acuerdo con el programa de trabajo establecido.

- 4.- Respecto de las principales recomendaciones efectuadas por el Panel Evaluador al Programa Subsidios de Enfermedad y Medicina Curativa en su Informe Final, esta Superintendencia, en general, comparte dichas recomendaciones, ya que en el régimen de subsidios por incapacidad laboral existen muchas materias y aspectos que requieren de una atención preferente.

A nivel de cada una de las recomendaciones propuestas, esta Superintendencia puede señalar lo siguiente:

Recomendación N°1:

Esta Superintendencia comparte con el Panel la necesidad de realizar un estudio previo que permita conocer la factibilidad y viabilidad de separar la cotización para salud en una parte que financie el subsidio por incapacidad laboral y otra que financie las prestaciones médicas. Dado que la elaboración de estudios técnicos se enmarca dentro las funciones propias de este Organismo, éste se encontraría en condiciones de incorporar esta recomendación dentro de sus programas de

trabajo, ya sea para lo que resta de este año como para el próximo.

Recomendación N°2:

Debido a que el tema de elaborar estudios de impacto para reorientar los incentivos y controles de oferta y demanda de licencias médicas, se relaciona directamente con la recomendación anterior, a esta Superintendencia también debiera considerársele como una de las instituciones responsables en la puesta en marcha de esta recomendación, junto a los Ministerios de Salud y del Trabajo y Previsión Social, ya que la realización de estudios técnicos en el ámbito previsional y específicamente en materia de licencias médicas y subsidios por incapacidad laboral, es de su competencia.

Recomendación N°3:

Respecto a la creación de un sistema de vigilancia epidemiológica diseñado para recoger información de los episodios de ausencia y su duración como también de los trabajadores y sus lugares de trabajo, esta Superintendencia considera que si bien la materia es de competencia del Ministerio de Salud, la información que proporcione dicho sistema sería de gran utilidad para este Servicio en la realización de estudios sobre la materia.

Recomendación N°4:

En cuanto al requerimiento de dimensionar las necesidades de información a incluir en un sistema computacional, cuya finalidad sea la de contribuir a la gestión e interacción de los distintos niveles que intervienen en la toma de decisiones, esta Superintendencia tiene contemplado en sus programas de trabajo para el año en curso, un estudio de los requerimientos de información de este Organismo Fiscalizador, que podría ser parte de un estudio más global.

Recomendación N°5:

En relación con la necesidad planteada por el Panel de protocolizar las enfermedades o diagnósticos de mayor incidencia y prevalencia, estableciendo la duración de las licencias y tratamiento en cada caso, esta Superintendencia considera que es un tema complejo, ya que las personas son todas diferentes y cada cual tiene sus propias características, lo que dificulta la estandarización, razón por la cual de realizarse la citada protocolización, ella debería tener sólo un carácter referencial. En todo caso, siendo la Superintendencia a

90
898

quien le corresponde pronunciarse respecto de la procedencia y duración de las licencias médicas de acuerdo con la ley, debiera formar parte de los grupos de trabajo encargados de la realización de dichos estudios.

Recomendación N°6:

Este Servicio, consciente de la necesidad de mejorar los procedimientos de auditoría y control no sólo a nivel interno sino también a nivel de las unidades ejecutoras del Programa (Servicios de Salud y Cajas de Compensación de Asignación Familiar), ya se encuentra estudiando y adoptando medidas para mejorar el control del otorgamiento tanto de licencias médicas como de subsidios por incapacidad laboral. Cabe agregar que en los programas de trabajo para el presente año de esta Superintendencia, se estableció como una de las materias a fiscalizar con mayor prioridad, la de los subsidios por incapacidad laboral y de las licencias médicas.

Recomendación N°7:

Esta Superintendencia comparte la recomendación del Panel de actualizar el listado de enfermedades profesionales establecido en el D.S. N°109, de 1979, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, ya que es una necesidad detectada desde hace tiempo. Cabe hacer presente que esta Superintendencia se encuentra a la espera de una proposición sobre el particular, que, a requerimiento del Ministerio del Trabajo y Previsión Social propondrá al Ministerio de Salud, la que luego será estudiada por una comisión con participación del Ministerio de Salud, de la Subsecretaría de Previsión Social y de esta Superintendencia y demás entidades que se estime conveniente invitar.

Recomendación N°8:

En relación con esta recomendación, esta Superintendencia ya ha contemplado en sus programas de trabajo, la realización de un estudio cuya finalidad es la de efectuar un diagnóstico acabado del conjunto de las COMPIN y de cada una en particular, tanto en cuanto al cumplimiento de sus funciones como de los medios de apoyo con que cuentan. Por ello, se comparte la recomendación del Panel relacionada con la evaluación de las condiciones actuales de infraestructura y recursos técnicos y humanos en que se encuentran las COMPIN.

Recomendación N°9:

Esta Superintendencia no comparte la recomendación relacionada con la necesidad de estudiar la factibilidad de licitar

**SUPERINTENDENCIA
DE SEGURIDAD SOCIAL**

9

91

el pago de los subsidios a distintas entidades pagadoras, ya que no se trata de un pago cualquiera que pueda realizarlo cualquier entidad. Aquí lo que está en juego es la administración de un régimen previsional, que incluye la recaudación de cotizaciones y el otorgamiento de los beneficios, para lo cual, en cada caso, debe verificarse el cumplimiento de los requisitos que establece la ley y determinarse el monto de los beneficios. No obstante, esta Superintendencia, como organismo técnico asesor del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, se estará a la decisión que sobre el particular adopte esa Subsecretaría y el Ministerio citado.

Saluda atentamente a Ud.,



[Handwritten signature]
LUIS A. ORLANDINI MOLINA
SUPERINTENDENTE

[Handwritten initials]

EQA/PCL.

DISTRIBUCION:

- Sr. Ministro del Trabajo y Previsión Social
- Sra. Mónica Bustos (Ministerio del Trabajo y Previsión Social, Subsecretaría del Trabajo)
- Sr. Subsecretario de Previsión Social
- Depto. Actuarial (2)
- Oficina de Partes
- Archivo Central