

**Pontificia Universidad Católica de Valparaíso**  
**Centro de Estudios y Asistencia Legislativa**  
**Chile**



**EVALUACIÓN COMPREHENSIVA DEL GASTO**  
**A LA COMISIÓN DE MEDICINA PREVENTIVA**  
**E INVALIDEZ (COMPIN)**

**Informe Final**

**Noviembre 2009**

## **Integrantes del equipo consultor**

### **Jefe de Proyecto**

- Lorena Herrera P. Ingeniero Civil Industrial, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso; Master of Science (Msc) en Ingeniería y Planificación en Transporte. Universidad de Leeds, Inglaterra; Doctora (PhD1) en Economía (School of Business and Economic Studies). Universidad de Leeds, Inglaterra.

### **Consultores Área Gestión: Ingeniería, Contabilidad y Estadística**

- Héctor Rosas I. Contador Auditor, Licenciado en Comercio y Ciencias Económicas con mención en Finanzas, Universidad Católica de Valparaíso. Master of Business Administration (M.B.A.), Universidad de Maryland – Loyola College.
- Mario Valencia M. Ingeniero Civil Industrial, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. Ingeniero en Gestión, Politécnico de Turín, Italia.
- Ángela Romero C. Ingeniero Civil Industrial, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. Ingeniero en Gestión, Politécnico de Turín, Italia.
- María Beatriz Soto S.  
Ingeniero Civil Industrial y Licenciado en Ciencias de la Ingeniería, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso.
- Verónica Galindo R.  
Geógrafo y Licenciada en Geografía, Universidad Católica de Valparaíso, Magíster en Dirección Pública. Pontificia Universidad Católica de Valparaíso.
- Jeanette Navarro L.  
Estadístico Pontificia Universidad Católica de Valparaíso.
- Romina Valencia L.  
Estadístico Pontificia Universidad Católica de Valparaíso.

### **Consultores Área Jurídica**

- Pablo Andueza G.  
Abogado, Universidad Católica de Valparaíso, Magíster en Antropología Social y Cultural Universidad Católica de Lovaina (Bélgica).
- Luis Carlos Prieto P.  
Abogado, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso.

### **Consultor Área Salud**

- Mario Parada L.  
Médico Cirujano, Especialista en Salud Pública. Doctor en Sociología, Universidad Autónoma de Madrid. Diplomado en Epidemiología Moderna para la Planificación, Universidad Autónoma de Guerrero, México. Magíster (E) en Salud Pública con mención en Administración en Salud, Universidad de Chile

**Pontificia Universidad Católica de Valparaíso  
Centro de Estudios y Asistencia Legislativa  
Chile**



**EVALUACIÓN COMPREHENSIVA DEL GASTO  
A LA COMISIÓN DE MEDICINA PREVENTIVA  
E INVALIDEZ (COMPIN)**

**Resumen Ejecutivo  
Informe Final**

**Noviembre 2009**

## Capítulo I

### 1. Definiciones estratégicas.

#### 1.1. Misión de la COMPIN.

La Misión de la COMPIN es: “Velar, de acuerdo a la ley, por el cumplimiento de normas médico legales, actuando como garante de la fe pública en la certificación de estados de salud y en la gestión de procesos técnicos y administrativos, garantizando en forma eficaz el acceso de los ciudadanos a los beneficios de la protección social en el ámbito de la enfermedad y la incapacidad, avanzando en la construcción y gestión de garantías de derecho”.

#### 1.2. Objetivos Estratégicos (OE) de la COMPIN.

Los OE de la COMPIN son:

1. Dar cumplimiento a la normativa de Seguridad Social, en el ámbito de competencia de las COMPIN, garantizando el respeto de los derechos de las personas.
2. Asegurar el acceso equitativo, oportuno y de calidad a la totalidad de los ciudadanos a las prestaciones médico legales vinculadas a la certificación de los estados de salud, la capacidad de trabajo o la recuperabilidad de los estados patológicos, asegurando el acceso y el ejercicio de los derechos de protección social por parte de la ciudadanía, en el ámbito de competencias de las COMPIN.
3. Determinar los estados de salud y pérdida de capacidad de ganancia de los beneficiarios de acuerdo a una toma de decisiones ajustada a derecho, administrativamente eficiente y éticamente sustentable.
4. Satisfacer los requerimientos de los usuarios externos, a partir de enfoques renovados y modernos, a través de cambios de actitud y disposición institucional, asegurando que las garantías de derecho sean efectivamente ejercidas por los ciudadanos.
5. Mejorar, homologar y estandarizar la calidad técnica del servicio entregado, a través de la implementación, funcionamiento y monitoreo del modelo nacional de gestión de los procesos técnicos y administrativos de las COMPIN.

#### 1.3. Productos Estratégicos (PE) de la COMPIN.

Los PE de la COMPIN son los siguientes:

- Evaluación y pronunciamiento por incapacidades transitorias.
- Evaluación y pronunciamiento por incapacidades permanentes.
- Certificación de la discapacidad.
- Otras funciones médico administrativas.
- Implementación y monitoreo del modelo de gestión.

Cada uno de estos PE incluye varios subproductos que corresponden a funciones encomendadas por ley a la COMPIN. Sin duda el subproducto de mayor relevancia en cuanto al volumen de recursos que implica, la demanda de los usuarios, clientes y

beneficiarios y el aumento explosivo en el gasto que ha generado para el Estado es la **resolución de licencias médicas (LM) de trabajadores afiliados a FONASA.**

Se entiende por LM el derecho que tiene el trabajador de ausentarse o reducir su jornada de trabajo, en cumplimiento de una indicación profesional<sup>1</sup> certificada por un médico cirujano, dentista o matrona, reconocida por su empleador y autorizada por la COMPIN; durante cuya vigencia podrá gozar del subsidio de incapacidad laboral (SIL) con cargo a la entidad de previsión.<sup>2</sup>

#### **1.4. Proceso de producción de la resolución de LM de trabajadores afiliados a FONASA.**

El proceso inicia cuando el médico indica el reposo y extiende la LM. Esta deberá presentarse ante el empleador para que complete el formulario y lo remita a la ULM o directamente ante la COMPIN correspondiente a la jurisdicción del lugar donde trabaja el beneficiario<sup>3</sup>.

La COMPIN o la ULM, recepciona el formulario y los antecedentes anexados a él. En el caso de trabajador independiente los antecedentes corresponden a: fotocopia de Iniciación de Actividades ante el SII, certificado de afiliación en AFP o en INP, certificado de cotizaciones de la AFP o INP, en su caso; fotocopias de boletas de honorarios de los 6 últimos meses, copia de declaración de IVA, patente municipal vigente u otros medios que acrediten ejercicio de una actividad en el periodo previo al reposo, tratándose de LM post natal, Certificado de Nacimiento del hijo(a).

Tratándose de trabajadores dependientes del sector privado los antecedentes anexados a la LM corresponden a: el Contrato de Trabajo actualizado y vigente, el certificado de afiliación en AFP o INP, según corresponda, certificado de cotizaciones, en AFP o INP, las 3 últimas liquidaciones de sueldo, tratándose de LM post natal, Certificado de Nacimiento del hijo(a) o eventualmente el Comprobante de Parto, con RUN; en el caso de Accidente del Trabajo o Enfermedad Profesional, además debe presentar la DIAT con 3 copias y certificado que acredite si está adscrito o no a una Mutual de Seguridad.

Por último en el caso de trabajadores del sector público las remuneraciones deben estar consignadas en el formulario de la LM por el funcionario responsable del Dpto. de RRHH del Servicio en cuestión, y tratándose de LM maternal, (prenatal), debe

---

<sup>1</sup> Las licencias se clasifican según la indicación profesional en tipo 1 (enfermedad o accidente común) tipo 2 (prórroga medicina preventiva), tipo 3 (descanso pre y post natal), tipo 4 (Enfermedad grave del niño menor de una año), tipo 5 (accidente del trabajo), tipo 6 (enfermedad profesional), tipo 7 (patología del embarazo).

<sup>2</sup> Se excluye de esta definición a los trabajadores afiliados a ISAPRE, ya que cuentan con un régimen previsional distinto. Incluso las LM tipo 3 y 4, que si bien son con cargo fiscal al FUP, son tramitadas en las propias ISAPRES.

<sup>3</sup> Existen diversas alternativas dependiendo de la calidad del trabajador (público o privado), de su eventual adscripción a una Caja de Compensación y Asignación Familiar (CCAF), si la jurisdicción cuenta con COMPIN, Subcomisión (SC) o Unidad de Licencias Médicas (ULM), de si ésta última se encuentra en dependencias de la COMPIN o del Servicio de Salud y de si el empleador acepta o rechaza la licencia para cursar su tramitación. El detalle se describe en el Informe Final de Evaluación Comprehensiva del Gasto en el punto 3.3 Procesos de Producción. entregado a la contraparte de este estudio.

consignarse además las remuneraciones de los 3 meses anteriores a la fecha de la concepción consignada en la misma LM.

Una vez recepcionada la LM junto a los antecedentes requeridos, se verifica el cumplimiento de los requisitos establecidos por ley para cursar la licencia<sup>4</sup>; y en caso de estar conforme, entrega un comprobante de recibo e inicia el trámite de resolución. En este punto procede a preparar la LM para la Contraloría<sup>5</sup>, clasificando según la especialidad del médico contralor que la revisará.

Luego, la LM es recibida por el contralor quien procede a su análisis y resuelve si acepta, amplía, rechaza, reduce o deja pendiente de resolución la licencia (por estimar que es necesario un peritaje, sospechar que se trata de un ATEP<sup>6</sup> o derivar el caso a Comisión Médica).

Como resultado de lo anterior, la LM es remitida a la Sección de Licencias Médicas (SLM) para su reingreso al sistema informático FONASA. Posteriormente es derivada a la sección que corresponda para el cálculo y pago del beneficio, pudiendo ser ésta la Unidad de Subsidio (US) propia de la COMPIN o dependiente del Servicio de Salud, CCAF, INP o al Servicio Público donde trabaja el beneficiario.<sup>7</sup> Para el caso de la COMPIN, es la US quien recibe la licencia, revisa los antecedentes previsionales y confirma la pertinencia del pago según los requerimientos señalados en el Manual del Proceso de Licencias Médicas FONASA<sup>8</sup>. Se destaca que para este cálculo el manual señala el uso de los últimos tres meses de cotizaciones para los trabajadores dependientes y seis meses para los trabajadores independientes. Luego ingresa las rentas del trabajador en el sistema informático FONASA y confirma el monto del subsidio. Finalmente se emite un cheque por el monto del SIL desde el sistema FONASA y se verifica que el saldo de la remesa transferida desde el Servicio de

---

<sup>4</sup> En este sentido se verifica que el formulario de LM contenga en el anverso: los datos de individualización del trabajador(a), los datos del profesional emisor(a), los datos referidos al reposo indicado; y en el reverso los datos de individualización del empleador(a) y rubro de la actividad, la fecha de recepción de la LM por el empleador(a), la identificación del régimen previsional del trabajador(a) y entidad pagadora del subsidio, la calidad del trabajador(a), procede o no seguro de desempleo, (AFC), la fecha de la primera afiliación previsional y la fecha del contrato de trabajo, información sobre las remuneraciones, rentas o subsidios percibidas por el trabajador(a), el número de días y periodos de licencias médicas que hubiera cursado el trabajador(a) dentro de los 6 meses anteriores al inicio del reposo actual. Por otra parte se verifica también en el Sistema Informático la condición vigente del trabajador(a) como beneficiario de FONASA, descartando que tenga afiliación vigente en Isapre o que sea funcionario de una institución ajena a la competencia de COMPIN, o esté bloqueado por alguna otra causal.

<sup>5</sup> Las LM menores a 30 días son resueltas por el médico contralor del servicio de Salud y las mayores a 30 días son resultadas por la Contraloría Médica de la COMPIN. En el caso de que esté implementado el sistema de Contraloría Médica Centralizada, todas las LM son resueltas por la misma.

<sup>6</sup> Accidente del trabajo o enfermedad profesional.

<sup>7</sup> Dependiendo del tipo de LM y la afiliación del trabajador a uno u otro sistema previsional.

<sup>8</sup> Documento elaborado por la Coordinación Nacional de las COMPIN, en el que se establece que la confirmación de la pertinencia o no del SIL al trabajador(a) en uso de Licencia Médica, previamente autorizada o reducida, depende del cumplimiento de los siguientes requisitos: en el caso de **trabajador(a) dependiente del sector privado**: 6 meses de afiliación al sistema previsional, 3 meses de cotizaciones, 1 mes de cotizaciones (contrato por día, turnos o jornadas), en caso de una licencia por accidente común o del trabajo no existen requisitos de cotizaciones. Mientras que para **trabajador(a) independiente**: 12 meses de afiliación, 6 meses de cotizaciones, al día en el pago de cotizaciones

Salud para pago del SIL cubra el monto del cheque. Si el saldo de la remesa es insuficiente, se posterga el pago al trabajador y se solicitan nuevos fondos al Servicio de Salud. Si el saldo de la remesa cubre el cheque, la US lo remite a la caja pagadora para que sea retirado por el beneficiario.

Respecto a los otros productos y subproductos provistos por la COMPIN, cabe señalar que, en términos generales, sus procesos de producción consisten en la recepción de antecedentes, verificación de estos antecedentes, revisión del caso y elaboración de propuesta de pronunciamiento por médico contralor, pronunciamiento de la Comisión Médica correspondiente, y notificación de dicho pronunciamiento.

En el caso de SPE “Resolución de reclamo contra ISAPRE” el proceso de producción se ajusta parcialmente a los pasos anteriormente mencionado, dado que los reclamos son revisados y resueltos por un médico contralor, con la aprobación del presidente de COMPIN y excepcionalmente son revisados en Comisión Médica.

## **2. Estructura organizacional y distribución de funciones.**

### **2.1. Estructura organizacional.**

La COMPIN es una comisión descentralizada funcionalmente y desconcentrada territorialmente, que se organiza bajo la dependencia de la SEREMI de Salud, y está sometida a la supervigilancia del Presidente de la República a través de la Subsecretaría de Salud Pública. Además, cuenta con una unidad denominada Unidad de Coordinación Nacional de las COMPIN<sup>9</sup> encargada de asesorar, controlar y apoyar la gestión, colaborando también a la autoridad con información para la toma de decisiones en las materias de su competencia.

A nivel país, la COMPIN tiene presencia en las quince regiones a través de igual número de comisiones. Para el ejercicio de sus atribuciones se puede distribuir en las dependencias que sean necesarias conforme a la desconcentración territorial que se considere más adecuada en cada región<sup>10</sup>.

El principal aspecto diferenciador en las regiones corresponde a la existencia de Subcomisiones, las que se encargan de realizar las funciones propias de la COMPIN en un territorio específico. Los principales estamentos de las COMPIN, en general, son la Secretaría Médica, la Comisión Médica y la Contraloría Médica.

Adicionalmente, las COMPIN poseen la tuición y supervisión técnica de las siguientes unidades externas (existiendo casos en donde estas unidades operan en las propias COMPIN, lo cual es señal de las diferencias y heterogeneidad que existe).

- **Unidades de Licencias Médicas (ULM) de los Servicios de Salud**, encargadas de la recepción y tramitación de estos instrumentos. Las ULM están ubicadas dentro de establecimientos asistenciales de los Servicios de Salud (134 en total a nivel nacional)
- **Unidades de Subsidios (US) de los Servicios de Salud**, encargadas del cálculo, pago, registro y contabilidad de los subsidios.

---

<sup>9</sup> Inserta en la División de Prevención y Control de Enfermedades de la Subsecretaría de Salud Pública

<sup>10</sup> Artículo 45° del Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud, decreto N° 136-04, publicado en el diario Oficial el 21 de Abril del 2005.

## **2.2. Distribución de funciones.**

A pesar del hecho que no es posible identificar un modelo uniforme de distribución de funciones al interior de las COMPIN a lo largo del país, en general se observa que la Comisión Médica, la Contraloría Médica y el Secretario ministro de fe de la Comisión cumplen los roles principales en la provisión de los Subproductos Estratégicos (SPE) de la forma que se describe a continuación:

La Contraloría Médica es la unidad de apoyo encargada, entre otras materias, de participar en la evaluación técnica de los casos, controlando de esta forma el uso de la LM y verificando las declaraciones contenidas en las certificaciones médicas mediante el análisis pericial de la licencia. Además presta apoyo a la Comisión Médica de morbilidad común y discapacidad y a la Comisión Médica de la Ley 16.744 de la COMPIN o SC, según corresponda.

**La Comisión Médica**, cumple funciones relacionadas con el estudio de la documentación clínica y de los antecedentes sociales y/o laborales, la evaluación médica, realización de peritajes cuando se requiera y la determinación del diagnóstico. Para los efectos de las LM, la Comisión debe pronunciarse sobre los estados de recuperabilidad de los trabajadores, evaluar los casos con reposo laboral prolongados, resolver los recursos de reposición por las resoluciones de la Contraloría Médica y evaluar la invalidez de los casos de patología irrecuperable de trabajadores adscritos al INP como sector pasivo.

Por último, el **Secretario ministro de fe de la Comisión** es un funcionario administrativo o profesional encargado de preparar las sesiones de la Comisión.

## **3. Recursos humanos, tecnológicos, infraestructura e instrumentos de monitoreo y gestión de la información.**

### **3.1. Recursos Humanos.**

Los recursos humanos que laboran en COMPIN alcanzaban a julio de 2008 un total de 669 personas<sup>11</sup>, presentes en las 15 regiones del país, distribuidos entre las COMPIN y las Subcomisiones. Cabe destacar que dentro del total de las personas que trabajan en COMPIN aún persisten funcionarios dependientes de los Servicios de Salud, cuyo traspaso a la Subsecretaría de Salud Pública aun no se ha materializado (15.8%).

### **3.2. Recursos tecnológicos, instrumentos de monitoreo y gestión de la información.**

La COMPIN posee equipamiento computacional propio, sin embargo, para el desarrollo de la labor de resolución de LM depende de los recursos de FONASA. Si bien sobre el 87% de los funcionarios de COMPIN cuenta en su oficina con un equipo computacional asignado, de éste porcentaje, aquellos que corresponden a puntos de

---

<sup>11</sup> En las cifras aportadas por DIPRES, correspondiente a la dotación de personal a Julio 2008, que pertenecen a la SEREMI y a los Servicios de Salud, incluye funcionarios de vacaciones, prenatal, en práctica y suplencias.



red deben ser solicitados al FONASA a través de un procedimiento que implica justificar la petición y esperar la autorización de parte de ellos.

A través del sistema de LM FONASA se realizan todas las operaciones diarias relacionadas con los beneficiarios. Esta herramienta de software fue confeccionada a medida el año 1996 por la empresa INSICO. El año 2000 se desarrolló un nuevo sistema por la empresa ORDEN, con la cual actualmente se mantiene la relación contractual vigente para la mantención de la aplicación. Según han ido surgiendo nuevos requerimientos se han incorporado nuevos módulos, entre ellos el Work Flow (PCM).

El Sistema de LM de FONASA se encuentra restringido a través de la solicitud de un nombre de usuario y contraseña, los cuales son administrados por un departamento especial de FONASA, y se encuentra regulado y controlado por FONASA, y los usuarios de la COMPIN sólo pueden acceder a un módulo de la aplicación que tiene relación el proceso referido a LM, el cual está relacionado con la gestión general de las LM.

#### **4. Infraestructura de las COMPIN.**

De conformidad a los instrumentos aplicados por la Consultora<sup>12</sup>, la infraestructura presenta las siguientes características:

- El 91.3% de las oficinas COMPIN se encuentran en el centro de la ciudad o comuna respectiva.
- 8 oficinas COMPIN (34,8%) no cuentan con acceso para Minusválidos.
- Sólo una oficina de COMPIN opera en dependencias “propias” (4.6% del total)
- Respecto de las características físicas de los inmuebles, tienen en promedio 273,5 mt<sup>2</sup> construidos. En relación con la percepción del estado del mobiliario, el 63,4 % de los funcionarios señala que está en el rango bueno – excelente.
- 14 de 23 (60,9%) Comisiones o Subcomisiones encuestadas tiene baños de hombres para funcionarios y 13 de 23 (56,5%) comisiones o subcomisiones tiene baños de mujeres para funcionarios. Por tanto, al no haber en la totalidad de los casos servicios higiénicos independientes y separados no se cumple con lo exigido por la norma.
- Respecto de los baños públicos se tiene que sólo 6 de 23 (26,09%) comisiones o subcomisiones encuestadas tiene baños de hombres para usuarios y sólo 5 de 23 (21,74%) comisiones o subcomisiones tiene baños de mujeres para usuarios.

#### **5. Mecanismos de asignación y transferencia de recursos.**

##### **5.1. Asignación y transferencias de recursos a la COMPIN.**

La asignación y transferencia de recursos dentro del Ministerio de Salud se efectúa de acuerdo a lo establecido en el Modelo de Gestión año 2007 “Centros de Responsabilidad”. Dentro de este modelo las COMPIN se insertan como programa financiero-presupuestario s de las SEREMI. Por tanto, los recursos asignados a cada COMPIN son transferidos al centro de responsabilidad de cada SEREMI. Luego, no

---

<sup>12</sup> Los instrumentos aplicados por la Consultora se refieren a encuestas – catastro. En particular para el levantamiento de información sobre la infraestructura se aplicó una encuesta a los Presidentes de las comisiones y subcomisiones, obteniendo una tasa de respuesta del 71%.

existe una transferencia de recursos desde la SEREMI al COMPIN. En consecuencia, las COMPIN carecen de autonomía para la toma de decisiones en materia de gastos y dependen en este ámbito de las Secretarías Regionales Ministeriales.

## **5.2. Transferencias del SIL curativo común desde FONASA.**

El SIL curativo común, que incluye los tipos de LM: Enfermedad o accidente común, prórroga medicina preventiva y patologías del embarazo, es financiado por FONASA, quien se encarga de distribuirlo entre los diferentes Servicios de Salud, los que a su vez realizan la transferencia a los hospitales de la red asistencial, donde se ubican las Unidades de Subsidios. En el caso que la Unidad de Subsidios se encuentre bajo la dependencia de la SEREMI, FONASA hace la transferencia directamente a este servicio.

Para proveerse de recursos FONASA solicita la transferencia de éstos a DIPRES según estimaciones realizadas por el área de Programación Financiera. Para el cálculo de las estimaciones se ocupa un sistema propio que determina el flujo mensual que considera la liquidación del gasto devengado del mes anterior que deben rendir los Servicios de Salud.

Por Ley, parte del proceso de pago se encuentra radicado también en las Cajas de Compensación, quienes pagan las licencias médicas de sus afiliados con cargo al 0,6% que por ley recaudan de las remuneraciones de los imponentes. Cuando la Caja de Compensación ha agotado dicho fondo, recurre a la SUSESO, quien ordena transferir desde FONASA a la CCAF el diferencial solicitado, sin la posibilidad de ejercer un mayor control de los flujos solicitados por parte de esta última.

## **6. Mecanismos de auditoría, análisis de gasto y rendición de cuentas.**

### **6.1. Mecanismos de auditoría y análisis de gasto.**

La función de auditoría y control está asignada al Departamento de Auditoría – Unidad de Auditoría Interna dependiente del Gabinete de la Ministra de Salud. Su trabajo está enmarcado en el desarrollo requerido por el CAIGG (Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno). Ello implica que dentro del Plan Anual de Auditoría deben realizarse 4 auditorías sobre la base de la aplicación de la Matriz de Riesgos. Así dentro del plan ejecutado durante el año 2008, consistente en 29 auditorías, una de ellas fue realizada en materia de licencias médicas y subsidios de la Subcomisión V Región.

Sin perjuicio de lo anterior, la COMPIN está sujeta a la realización de auditorías externas públicas realizadas por la Contraloría General de la República, quien realiza dichas auditorías centradas en dos aspectos fundamentales: cumplimiento y legalidad.

### **6.2. Rendición de cuentas.**

El control presupuestario está centralizado en la División de Finanzas y Administración Interna (DIFAI), sin desconocer los controles a nivel de cada Centro de Responsabilidad (Para estos efectos la COMPIN está asociada al centro de responsabilidad SEREMI).

Existen tres niveles de control presupuestarios: a nivel Ministerial; Iniciativas de Inversión y Programas Institucionales, siendo éste último el nivel al cual ésta asociado el Proyecto de Modernización de las COMPIN. Para llevar a cabo este control las herramientas utilizadas son: Contabilidad, informes a nivel institucional y programas específicos y, el Sistema de Información de Gestión Financiera del Estado (SIGFE).

### 6.3. Actividades de seguimiento y gestión.

El Manual de Licencias Médicas FONASA y el Manual para Pesquisa de ATEP constituyen el referente más relevante en esta materia. Ambos instruyen en detalle los procesos mencionados.

Respecto de los restantes subproductos provistos por la COMPIN, no existe documento formal que instruya el procedimiento estándar sobre el proceso de provisión de los Productos Estratégicos y seguimiento, ni tampoco se cuenta con sistema informático para apoyar su gestión. En este ámbito la definición y programación de las actividades de gestión y monitoreo depende de las instrucciones emanadas por cada Presidente en razón de los lineamientos definidos por la Coordinación Nacional.

Del análisis del instrumento aplicado por la Consultora<sup>13</sup> se tiene que el 90% de las COMPIN, cuenta con algún tipo de registro que permite el seguimiento del proceso de resolución de LM. En cuanto al seguimiento de las LM derivadas para pago, el 83,3% de las COMPIN, de aquellas que respondieron el cuestionario, declararon no tener conocimiento respecto de la efectiva cancelación del SIL por parte de las Unidades de Subsidios. Cifra que aumenta al 100% en el caso de los pagos realizados a través de las CCAF. En cuanto a las actividades de fiscalización realizadas por la COMPIN destinadas a asegurar el adecuado uso y acceso a los productos, éstas son variadas. Entre ellas destacan las evaluaciones de casos en comisión, la verificación de antecedentes de acreditación y la solicitud de informes médicos complementarios, según la información recopilada a través de los cuestionarios aplicados por la Consultora. Respecto de las principales materias o áreas de fiscalización, éstas corresponden a: Resolución de LM, Cobertura de la Ley 16.744, y Fiscalización de la efectiva y oportuna recepción de antecedentes, por parte de todos los involucrados.

Si bien la fiscalización está presente en la provisión de todos los SPE de la COMPIN, en los últimos años, se ha enfatizado en los SPE asociados a LM y ATEP. Lo anterior se refleja en la evolución del número y porcentaje de licencias médicas fiscalizadas, como se observa en la siguiente tabla.

**Tabla. Evolución de LM fiscalizadas.**

<b>Año</b>	<b>L.M. Tramitadas</b>	<b>L.M. Fiscalizadas</b>	<b>Variación % LM Fiscalizadas</b>	<b>Porcentaje de Fiscalización</b>
2000	825.053	33.002	-	4,00%
2001	929.510	51.123	54,91%	5,50%

<sup>13</sup>Encuestas – catastro aplicadas a los Presidentes de las comisiones y subcomisiones respecto de la relación de la COMPIN con otras instituciones (tasa de respuesta de 48,4%) y, respecto de la asignación de recursos y mecanismos de auditoría (tasa de respuesta de 45,1%).

Año	L.M. Tramitadas	L.M. Fiscalizadas	Variación % LM Fiscalizadas	Porcentaje de Fiscalización
2002	1.531.883	165.761	224,24%	10,82%
2003	1.685.071	202.208	21,99%	12,00%
2004	1.412.227	204.230	1,00%	14,46%
2005	2.219.301	263.159	28,85%	11,86%
2006	2.657.767	366.356	39,21%	13,78%
2007	3.326.291	581.611	58,76%	17,49%

Fuente: Elaboración CEAL – PUCV.

Por otra parte se debe considerar que la fiscalización de LM incluye las siguientes actividades: contacto telefónico, visita domiciliaria, evaluación del médico contralor, solicitud de examen médico complementario al Servicio de Salud, interconsulta, verificación del vínculo laboral, entre otros.

## 7. Antecedentes presupuestarios.

La Ley N° 19.937 de Autoridad Sanitaria<sup>14</sup>, permite realizar el traspaso de los recursos del funcionamiento de la COMPIN, entre otros conceptos, desde los Servicios de Salud hacia la Subsecretaría de Salud Pública, con el correspondiente presupuesto para gasto en recursos humanos, bienes y servicios, dotaciones de vehículos y gasto operacional involucrados. No obstante lo anterior, y considerando que las COMPIN necesitaban un reforzamiento, desde 2006 se comenzó a implementar el Proyecto de Modernización de las COMPIN<sup>15</sup>, entregando importantes recursos para el mejoramiento de su gestión en las Leyes de Presupuestos de los años siguientes, así como mediante decretos modificatorios que incorporaron recursos adicionales para temas específicos de la COMPIN. Este presupuesto del Proyecto de Modernización no incluye recursos destinados a los gastos de operación del funcionamiento habitual de las COMPIN, que es financiada a través del presupuesto de las SEREMI o de los Servicios de Salud, en los casos en que existan unidades de COMPIN ubicadas aún bajo esta última dependencia.

Presupuesto Anual Proyecto de Modernización COMPIN (Miles \$ 2009)					
	2006	2007	2008	2009	Total 2006 - 2009
Gasto en Personal	45.966	854.940	1.091.844	470.487	2.463.236
Bienes y Servicios de Consumo	98.855	203.422	387.756	452.258	1.142.290
Activos No financieros	41.029	224.546	313.379	339.511	918.465
Total	185.850	1.282.908	1.792.978	1.262.256	4.523.991

Nota: Incluye los incrementos otorgados en las Leyes de Presupuestos de cada año y los decretos modificatorios que se hacen durante el año respectivo. Fuente: Dirección de Presupuestos.

La falta de conocimiento y definición del presupuesto significó, en el marco de desarrollo de esta evaluación, que el equipo contraparte de la Subsecretaría de Salud Pública

<sup>14</sup> Publicada en el D.O. del 24/02/2004.

<sup>15</sup> Recursos específicos otorgados desde 2006 administrados por la Coordinación Nacional de COMPIN y entregados a cada región según sus necesidades detectadas. Incluyen recursos para la ejecución en el nivel central (talleres nacionales, insumos, pasajes, planes de contingencias, proyectos y estudios de modernización, entre otros), los cuales van en directo beneficio del quehacer regional.

debiese levantar información y construir estadísticas del gasto para el periodo 2007 – 2009, incluyendo estimaciones del gasto de operación corriente de las SEREMI y de los Servicios de Salud destinados al funcionamiento de COMPIN (tabla siguiente). No fue posible (por parte de la Subsecretaría de Salud Pública) estimar los gastos asociados a cada uno de los productos estratégicos de COMPIN.

<b>Gasto en COMPIN, años 2007-2009 (Miles \$ 2009)</b>			
<b>Año 2007</b>	<b>Subsecretaría de Salud Pública</b>	<b>Servicios de Salud</b>	<b>Total Gasto COMPIN</b>
	Programático COMPIN + Operación Corriente SEREMI (estimado)	Operación Corriente Unidades Servicios de Salud (estimado)	
Gastos en Personal	\$ 3.802.465	\$ 2.582.525	\$ 6.384.990
Bienes y Servicios de Consumo	\$ 1.843.073	\$ 140.348	\$ 1.983.421
Activos No Financieros	\$ 104.114	\$ 12.000	\$ 116.114
<b>Total Año 2007</b>	<b>\$ 5.749.652</b>	<b>\$ 2.734.873</b>	<b>\$ 8.484.525</b>
<b>Año 2008</b>			
Gastos en Personal	\$ 5.380.227	\$ 2.582.525	\$ 7.962.752
Bienes y Servicios de Consumo	\$ 2.313.216	\$ 140.348	\$ 2.453.564
Activos No Financieros	\$ 231.505	\$ 12.000	\$ 243.505
<b>Total Año 2008</b>	<b>\$ 7.924.948</b>	<b>\$ 2.734.873</b>	<b>\$ 10.659.821</b>
<b>Proyectado Año 2009</b>			
Gastos en Personal	\$ 5.965.052	\$ 2.582.525	\$ 8.547.577
Bienes y Servicios de Consumo	\$ 2.931.076	\$ 140.348	\$ 3.071.424
Activos No Financieros	\$ 89.297	\$ 12.000	\$ 101.297
<b>Total Año 2009 (Proyectado)</b>	<b>\$ 8.985.425</b>	<b>\$ 2.734.873</b>	<b>\$ 11.720.298</b>

Fuente: Subsecretaría de Salud Pública.

## Capítulo II

### 1. Análisis del Diseño Institucional.

#### a. Consistencia en las Definiciones Estratégicas.

La misión de la COMPIN es parcialmente consistente con la misión de la Subsecretaría de Salud Pública. Ambas forman parte del sistema general de protección social. Dentro de este sistema, la misión de la Subsecretaría se centra específicamente en el ámbito de la protección de la salud. En cambio, la misión de COMPIN se orienta primordialmente al ámbito de la previsión social. Para que exista total consistencia, es necesario que la Subsecretaría de Salud Pública incluya dentro de su misión un concepto que también abarque la previsión social.<sup>16</sup>

#### b. Objetivos Estratégicos de la COMPIN.

Del análisis realizado se desprende:

- **Los objetivos estratégicos 1 y 2** son redundantes entre sí, porque constituyen redacciones alternativas de un mismo objetivo (expresado de mejor forma en el segundo objetivo).
- **El objetivo estratégico 3** es consistente con la misión y las funciones que tiene la COMPIN.
- **Los objetivos estratégicos 4 y 5** corresponden a propósitos de buena gestión que deben satisfacer todos los organismos públicos, en el desarrollo de sus actividades y que por lo tanto, constituyen el cumplimiento del deber legal y moral y no un objetivo estratégico.
- Falta el siguiente objetivo: **Objetivo estratégico que dé cuenta de la condición de árbitro que tiene la COMPIN respecto de las ISAPRES y sus afiliados.**

#### 1.1. Evaluación de la lógica horizontal de la Matriz de ECG y sus indicadores.

La matriz no cuenta con los indicadores necesarios para evaluar el desempeño en las distintas dimensiones y ámbitos de control para cada uno de los productos estratégicos. La institución responsable propuso 7 indicadores, relacionados con el PE 1 y de proceso. Por su parte la Consultora recomendó la incorporación de: 7 indicadores de eficacia (de los cuales 4 son de resultado y 3 de proceso), 4 de calidad (en el ámbito de calidad se de los cuales 2 son de resultado y 2 de proceso) y 2 de eficiencia (los 2 de proceso).

#### 1.2. Productos prescindibles, ausentes o externalizables.

Los subproductos prescindibles son:

- Dictaminar sobre imputabilidad por sumario administrativo de funcionarios públicos porque la resolución no da lugar a un beneficio de seguridad social. Esta labor

---

<sup>16</sup> Según definición de la Subsecretaria de Previsión Social la previsión es “el conjunto de prestaciones en beneficio de los trabajadores y de sus familiares o beneficiarios, que tienen por objeto elevar su nivel de vida económico, social, cultural e integral.”

podría recaer en peritos designados por el sistema judicial vigente, pudiendo incluir a quienes realizan hoy en día funciones de igual o similar naturaleza en el Instituto Médico Legal.

- Certificación de Ingreso a la Administración Pública porque la resolución no da lugar a un beneficio de seguridad social. Esta labor es ejecutada por los Servicios de Salud, quienes entregan los insumos a la COMPIN para emitir el certificado correspondiente, no realizando esta última una labor de contraloría médica. Dado esto, los Servicios de Salud podrían completar todo el proceso de certificación, sin ser necesaria la intervención de la COMPIN.
- Certificación de asignación familiar 5º mes de embarazo porque esta prestación es más bien una constatación de un estado de salud que es realizada por los Servicios de Salud o Corporaciones Municipales. Por tanto esta certificación podría ser realizada por los mismos Servicios de Salud y Corporaciones Municipales.

## **2. Estructura institucional y distribución de funciones.**

La COMPIN se caracteriza por ordenarse territorialmente de acuerdo al esquema que parece el más apropiado a la realidad regional según la visión del superior jerárquico de esa Comisión o Subcomisión. Ello trae como consecuencia que a nivel nacional, la COMPIN no cuenta con una estructura organizacional.

La Consultora estima que la flexibilidad con que cuenta cada Comisión para organizarse internamente tiene una doble consecuencia, por una parte, si bien permite una mejor adaptación a la realidad y necesidades locales del lugar en que la COMPIN se encuentra ubicada; por la otra dificulta las actividades de fiscalización, control, monitoreo y seguimiento ejercidas por el nivel central ya que se vuelve más complejo controlar las tareas y los funcionarios responsables de su realización, toda vez que no existe un modelo funcional organizativo único que permita su identificación.

Actualmente, la COMPIN tiene conocimiento pleno de la situación descrita. En razón de ello, el nuevo modelo de gestión a cargo de la Unidad de Coordinación Nacional ha definido una estructura básica funcional para su futura implementación en todas las COMPIN y Subcomisiones. En el documento “COMPIN: Nuevo Modelo de Gestión” se definen actividades y/o funciones para cada unidad, sección, departamento y oficina. Este modelo es descrito en la sección 2.3 “Productos Estratégicos Y Subproductos ordenados por Objetivo Estratégico”.

Respecto de las unidades presentes en la estructura organizacional actual, la constitución de comisiones médicas para la resolución de casos complejos, se evalúa como positiva ya que éstas facilitan el proceso de decisión y de juicio en grupo, y hacen posible la coordinación de personas, lo que agiliza la transmisión de la información.<sup>17</sup>

La existencia de unidades o instituciones externas, como son: las ULM, las US dependientes de los SS, y las CCAF, produce una fragmentación del proceso de tramitación de LM en distintos organismos. Esto tiene como consecuencia que la responsabilidad sobre la resolución de las LM se diluya, no siendo asignable a una única organización.

---

<sup>17</sup> Según Chiavenato I., “Introducción a la Teoría General de la Administración”, 7ª edición, 2005.

Adicionalmente, en términos de la gestión, la fragmentación del proceso en unidades ubicadas en oficinas distanciadas implica un flujo constante de documentos, actividad que no genera valor, retrasa el proceso y favorece la aparición de problemas de coordinación.<sup>18</sup>

Por estas razones, se evalúa como positivo el esfuerzo realizado por la Coordinación Nacional orientado a situar las Unidades de Subsidios, en aquellas ciudades donde funciona una COMPIN, bajo la dependencia técnica y administrativa de la SEREMI, ubicándolas estructuralmente en la COMPIN. Sin embargo, a juicio de la Consultora dicho esfuerzo debiera contemplar también el traspaso de la dependencia administrativa de las ULM a la COMPIN (SEREMI), para de esta manera lograr que el proceso de resolución de LM sea radicado y asumido como responsabilidad de un único organismo.

Por otra parte se evalúa como positivo tener una cobertura amplia que permita al usuario (que para algunos casos es el empleado y en otros casos es el empleador) un rápido acceso.

## **2.1. Reformulaciones.**

No hay duda que el cambio más importante que ha sufrido la COMPIN se da al interior de la estructura del Ministerio de Salud, por cuanto se modificó su dependencia jerárquica. El cambio buscó que los Servicios de Salud dejaran de cumplir funciones de Autoridad Sanitaria (rectoras y de regulación) para concentrarse exclusivamente en la entrega de atención médica, convirtiéndose de esa forma en los responsables de articular las redes de atención.<sup>19</sup>

## **3. Análisis de la Capacidad Institucional y Mecanismos de Gestión.**

### **3.1. Estructura Organizacional y Mecanismos de Coordinación.**

En este apartado se evalúa la vinculación de los productos/subproductos estratégicos con las funciones y unidades estructurales de la institución según la propuesta del modelo de gestión de la Coordinación Nacional de las COMPIN. Esto se debe a que la organización actual de las COMPIN es evaluada en el punto 5.4 “Estructura institucional y distribución de funciones”, así también como, por el hecho de encontrarse actualmente en proceso de implementación la propuesta de modelo de gestión de la Coordinación Nacional.

Destaca en la propuesta del modelo de gestión de la Coordinación Nacional de las COMPIN una estructura funcional caracterizada por la creación de secciones administrativas especializadas según tipo de producto que se proveerá. Este hecho resulta más apropiado para una especialización en funciones, así como para la identificación de responsabilidades, superando el problema de fiscalización que genera para el nivel central la desagregación por núcleos de actividad. Por lo tanto, la

---

<sup>18</sup> Según Paul Harmon, “Business Process Change”, 1ª edición, 2002.

<sup>19</sup> Mensaje de S.E. el Presidente de la República, con el que se inicia un Proyecto de Ley que modifica el DL 2763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la Autoridad Sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana (Boletín nº 2.980-11)



Consultora valida este modelo como una forma de avanzar en el mejoramiento de la gestión de los productos que provee la COMPIN.

Especial atención merece el SPE “resolución de LM por enfermedad común de trabajadores afiliados a FONASA”, subproducto que podrá ser mejor gestionado a partir de la creación de la sección de apoyo administrativo de contraloría médica de licencias, la que hasta ahora no existe en las COMPIN. En efecto, esta sección, junto al desarrollo e implementación de herramientas informáticas tal como lo contempla el nuevo modelo de gestión de la COMPIN, será la base para una más eficiente producción del SPE.

### **3.2. Recursos Humanos, Tecnológicos, Infraestructura, Instrumentos de Monitoreo y gestión de la información.**

La dependencia de los funcionarios de COMPIN aun no está en su totalidad a cargo de las SEREMI. En el caso del estamento administrativo prácticamente el tema está resuelto, sin embargo, de los profesionales médicos, un 41% dependen administrativamente del Servicio de Salud. Dado que estos médicos sólo trabajan jornadas parciales en COMPIN este 41% sólo representa el 13,8% del total de horas médico. Es decir, el 13,8% de las horas médicas COMPIN, corresponden a horas trabajadas por médicos que aun dependen administrativamente de los Servicios de Salud y no han sido traspasados a las SEREMI. Esta contribución de horas médicas, carece de respaldo administrativo (el contrato de estos profesionales no contiene ninguna cláusula que establezca esta obligación), existiendo incertidumbre respecto a qué ocurrirá en el futuro con esta oferta de horas hombre provista por los SS. Junto con esto se destaca el hecho que las condiciones contractuales del cargo de médico contralor no son atractivas respecto a las ofrecidas por similar cargo en los Servicios de Salud, puesto que en éstos últimos los médicos son contratados con las garantías establecidas por la ley médica, la que permite fraccionar la jornada laboral, así como acceder a becas de especialidad.

Por otra parte, a partir del análisis del presupuesto del plan de modernización se concluye que tanto la COMPIN como la DIPRES reconocen la existencia de un déficit de personal debido al hecho que más del 50% de los recursos destinados a este plan se asignan al subtítulo 21, lo que equivale a \$ 711.106.000 en el 2007 y \$ 1.041.352.000 en el 2008.

Con respecto a la cantidad de computadores disponibles en las COMPIN, un 84% de los funcionarios posee un equipo computacional para el desempeño de sus labores, por lo tanto, el problema no está en la falta de equipos, sino en la necesidad de contar con la autorización del FONASA para obtener nuevos puntos de red, considerando que el límite máximo de usuarios del sistema es igual a 400.

En el caso de la infraestructura, si bien a través del plan de modernización se han mejorado las dependencias de las COMPIN Concepción, Talcahuano y la ULM del Hospital Guillermo Grant Benavente de la ciudad de Concepción, aún restan oficinas que deben ser mejoradas. Si bien no se tiene una cuantificación exacta de la cantidad de comisiones y subcomisiones que deben ser mejoradas, a través de los resultados de los cuestionarios aplicados y visitas a terreno efectuadas por la Consultora, se constata que aun restan oficinas por mejorar. A pesar de ello, se destaca el hecho que un 63,3% de los presidentes de las comisiones o subcomisiones evalúa la

infraestructura como “buena” o “excelente”. Se debe señalar que en este estudio no se abordó la opinión de los usuarios.

### **3.3. Mecanismos de Asignación y Transferencias de Recursos.**

No existen criterios de asignación de recursos para cada producto y subproducto estratégico, por lo que se evalúan los criterios para ello como inexistentes. Esto implica la falta de una asignación de recursos consistente con las eventuales necesidades o carencias de cada producto o subproducto. En lo que concierne al proyecto de modernización, éste sí responde al análisis de las necesidades de un subproducto estratégico particular, cual es “Resolución de LM de trabajadores afiliados a FONASA”.

En relación a la transferencia de recursos, los fondos asignados a la COMPIN se realizan como parte de las remesas recibidas por las SEREMI. Por tanto, la COMPIN no cuenta con autonomía para la toma de decisiones en materia de gestión de gastos. Tampoco conoce la cantidad de recursos de que dispone. La evaluación de esta situación es que la gestión y planificación presupuestaria por parte de la COMPIN se dificulta y entorpece, dado que todo requerimiento que implique recursos debe ser solicitado a la SEREMI, no conociéndose la disponibilidad presupuestaria para ello.

Finalmente, respecto de las transferencias realizadas por FONASA para el pago del SIL curativo común, cabe señalar que la triangulación entre FONASA, los Servicios de Salud, y Hospitales se evalúa como una dificultad para la efectiva y eficiente cancelación del subsidio a los beneficiarios, ya que burocratiza el pago efectivo del beneficio.

### **3.4. Mecanismos de Auditoría, Análisis de Gasto, Rendición de Cuentas y Transparencia en el Uso de los Recursos.**

Las auditorías relacionadas con el uso de recursos se evalúan como escasas, lo que se valida con el hecho que el 84,6% de los encuestados por la Consultora<sup>20</sup> respondió no conocer o no haber sido informado sobre auditorías de esta naturaleza. La existencia de auditorías financieras permitiría tener un mejor y mayor control del uso de los recursos.

### **3.5. Actividades y mecanismos de Fiscalización, Seguimiento, Monitoreo y Evaluación.**

A nivel nacional se dispone de tres instrumentos o herramientas de gestión y seguimiento estandarizadas, que corresponden a:

- 1) Manual de proceso resolución LM,
- 2) Manual de pesquisas ATEP y
- 3) Sistema informático FONASA.

Según la información recopilada a través de los cuestionarios aplicados por la Consultora, las actividades de fiscalización realizadas por la COMPIN destinadas a asegurar el adecuado uso y acceso a los productos son variadas. A saber:

---

<sup>20</sup> Encuesta catastro Asignación de Recursos y Mecanismos de Auditoría aplicada a Presidentes de comisiones y subcomisiones con una tasa de respuesta de 45,1%.

- Verificación de requisitos y antecedentes para tramitar el SIL en distintas etapas del proceso, desde el inicio y hasta el momento previo al pago del subsidio.
- Informes médicos complementarios (Verificación de la indicación médica por un contralor médico especializado.)
- Realización de peritajes y procedimientos de pesquisa de subsidios cruzados.
- Verificación de casos complejos por una Comisión Médica.

Las actividades de fiscalización realizadas por la COMPIN incluyen controles médicos y controles administrativos, lo que se evalúa como adecuado debido a la necesidad de combinar ambos tipos de controles (técnicos y administrativos) para realizar una fiscalización efectiva. No obstante lo anterior, la Consultora entiende que todos estos mecanismos son perfectibles y respecto de los cuales falta desarrollo de su gestión. Se hace presente la necesidad de contar con un sistema de retroalimentación en base a indicadores que permitan tener una visión de negocio del sistema global, con enfoque a los resultados de cada producto, especialmente en la resolución de LM de trabajadores afiliados al FONASA.

En cuanto a la focalización de la fiscalización en el subproducto resolución de LM, se evalúa como adecuado dado el gran volumen de LM tramitadas, que absorben gran parte de la capacidad de trabajo de las comisiones. Por otra parte, se debe tener presente que la COMPIN ha enfocado la fiscalización de LM en grupos de “riesgo”. En este sentido, se ha mantenido una especial preocupación por el incremento del gasto en los subsidios de trabajadores afiliados a CCAF de tal manera que, se ha establecido como meta que el 60% de la fiscalización debe dirigirse a licencias de afiliados a CCA.F.<sup>21</sup>. Por otra parte, el desarrollo de la segunda opinión especializada vía externalización para el control del uso de la LM en patologías de Salud Mental y Osteomusculares, corresponden a iniciativas en la línea de focalización del peritaje en patologías que requieren de mayor análisis y complementación técnica para mejor resolver.

En relación con la decisión de focalizar la fiscalización en grupos de “riesgo” o realizar una fiscalización aleatoria, se debe tener presente que el control basado en muestras aleatorias es recomendable cuando no se conoce el comportamiento de la población, o bien, cuando se quiere hacer un análisis descriptivo de ésta. En cambio, el control por grupo de “riesgo” requiere conocer el comportamiento de la población y tener identificados dichos grupos de riesgo; la ventaja de este tipo de control es que centra los esfuerzos tanto económicos como humanos, en atacar los problemas ya reconocidos.

Respecto a la fiscalización de LM en COMPIN, la Consultora evalúa como positiva la utilización del control basado en grupos de “riesgo”, sin embargo estima que los grupos de riesgo deben ser definidos primero a través de un control aleatorio que permita: tener una visión global, identificar patologías que tienen mayor “riesgo” y definir patrones de comportamiento, que consideren las características propias o particularidades de cada región.

#### **4. Análisis de Ejecución Presupuestaria.**

---

<sup>21</sup> Extraído de documento de la Coordinación Nacional de COMPIN: “COMPIN: Continuidad de la Modernización”.

En las COMPIN el 100% de los recursos provenientes del presupuesto base son devengados. Ello no ocurre en el caso de los recursos provenientes del presupuesto de expansión, los que no son devengados en su totalidad, situación que genera que, la ejecución presupuestaria para los años 2007 y 2008 sea de 94,3% y 86,1% respectivamente.

Los recursos asignados que no fueron gastados son justamente aquellos entregados para permitir reforzar el trabajo de COMPIN, provenientes del presupuesto de expansión, que responde a requerimientos explícitos de la Coordinación Nacional basados en un diagnóstico previo. Por esta razón, llama la atención que entregados los recursos no hayan sido ejecutados en su totalidad según lo previsto y planificado previamente por la propia Coordinación Nacional.

#### 4.1. Análisis y explicación del comportamiento del gasto en licencias médicas y sus variables

En Chile las enfermedades que pueden dar origen a una Licencia Médica, cubiertas por el denominado Subsidio de Incapacidad Laboral<sup>22</sup>, son clasificadas según la tipología mostrada en la tabla II.1.

**Tabla II.1. Categorización empleada para enfermedades que dan origen a LM**

Tipo LM	Categoría
1	Enfermedad o accidente común
2	Prórroga medicina preventiva
3	Licencia maternal pre y posnatal
4	Enfermedad grave del niño menor de un año
5	Accidente del trabajo o del trayecto
6	Enfermedad profesional
7	Patología del embarazo

**Fuente: Resolución exenta número 790 del MINSAL, Sept. 2002, “Nuevo formulario de LM”**

El gasto generado por estos siete tipos de LM se agrupa en tres tipos de SIL, de acuerdo a la clasificación que emplea la base de datos de FONASA, cuyo criterio es el origen de los fondos para el pago del respectivo subsidio.

- **SIL por Enfermedad y Medicina Curativa** que incluye los tipos de LM: Enfermedad o accidente común, prórroga medicina preventiva y patologías del embarazo financiado por FONASA e ISAPRES.
- **SIL por Reposo Maternal y Enfermedad Grave Hijo Menor de un Año** incluye los tipos de LM: Licencia maternal pre y posnatal y enfermedad grave del niño menor a un año financiado por el Fondo Unico de Prestaciones Familiares.
- **SIL de Origen Profesional** incluye los tipos de LM: Accidentes del trabajo o trayecto y enfermedad profesional financiado por el ISL (Instituto de Seguridad Laboral) y por las Mutuales.

A continuación se describe la evolución del gasto en subsidios por incapacidad laboral en el periodo comprendido entre los años 2002 - 2007, el que no incluye el SIL de origen laboral. La composición del gasto en subsidios por incapacidad laboral se

<sup>22</sup> SIL cubre a trabajadores afiliados de FONASA e ISAPRE, dependientes e independientes para el caso de licencias de Origen Común y Maternal; para el caso de licencias de Origen Profesional cubre a trabajadores dependientes, estudiantes en práctica remunerada, funcionarios públicos del estado, y los trabajadores independientes que coticen individualmente.

presenta en el punto 7.3 “Estimación de la Composición del Gasto en Subsidios de Incapacidad Laboral”.

La descripción y análisis presentados a continuación corresponden a la actualización del estudio “Análisis del Gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral y sus Determinantes” realizado por el Departamento de Estudios de Finanzas Públicas de la Dirección de Presupuesto del Ministerio de Hacienda en diciembre del año 2001, autores Jorge Rodríguez C. y Marcelo Tokman R. Se realiza además una comparación entre las proyecciones de gasto hechas por este estudio y el gasto efectivo en el periodo 2002 – 2007.

En el período 2002 – 2007 existió un aumento de un 47,9% en el gasto total por concepto de Subsidios por Incapacidad Laboral, considerando tanto el Subsidio Maternal y Enfermedad Grave de Niño Menor a Un Año, lo que corresponde a cargo fiscal, como el Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa con cargo al régimen de prestaciones de salud, que incluye al sistema público y privado.

Se aprecia que el gasto total en cuestión creció en el periodo de análisis a una tasa promedio de 8,5% anual. Si bien el gasto en Subsidio Maternal y Enfermedad Grave de Niño Menor a Un Año representa en promedio el 9,9% y 19% respectivamente del gasto agregado, el peso relativo ha ido en disminución, pasando de ser el 11,1% y 19,9% del gasto total en 2002 a un 9,9% y 17,1% respectivamente en 2007. Esto se debe a un crecimiento menor del gasto en Subsidio por Reposo Maternal y Enfermedad Grave de Niño Menor a Un Año (31,9% y 27,3% respectivamente en el periodo analizado), en comparación al gasto en Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa (56,4%).

**Tabla II.2. Gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral según Tipo de Subsidio (M\$ 2009)**

Año	Subsidio por enfermedad y medicina curativa	Subsidio Enfermedad Grave Niño Menor a 1 año	Subsidio por Reposo Maternal	Total anual
2002	\$ 271.483.105	\$ 43.868.510	\$ 78.316.889	\$ 393.668.503
2003	\$ 269.060.568	\$ 42.644.150	\$ 77.864.508	\$ 389.569.227
2004	\$ 268.724.249	\$ 34.445.647	\$ 79.331.998	\$ 382.501.895
2005	\$ 315.573.462	\$ 39.720.862	\$ 83.527.472	\$ 438.821.796
2006	\$ 379.366.573	\$ 47.506.222	\$ 90.322.898	\$ 517.195.692
2007	\$ 424.569.787	\$ 57.853.390	\$ 99.732.386	\$ 582.155.562
Cambio 2002-2007 (%)	56,4%	31,9%	27,3%	47,9%

Fuente: Superintendencia de Seguridad Social.

#### 4.1.1. Evolución del Gasto en Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa.

De acuerdo a cifras de la Superintendencia de Seguridad Social, en 2007 el país destinó \$424.569 millones (\$ 2009) al pago de Subsidios de Enfermedad y Medicina Curativa. Esta cifra representa un crecimiento agregado de 56,4% con respecto al año 2002, sin embargo se observan tasas de crecimiento diferenciadas al analizar el gasto en que incurren las distintas entidades administradoras (Servicios de Salud, CCAF e Isapres).

Se destaca el mayor crecimiento del gasto incurrido por los cotizantes de Fonasa, en contraste con los cotizantes de Isapres (108,4% y 15,5%, respectivamente). Este crecimiento fue especialmente acelerado en los años 2006 y 2007. Por su parte el

gasto de Isapres evidenció una disminución entre 2002, 2003 y 2004 (disminución de 3,01% y 5,45%), lo que llevó a disminuir el gasto agregado en dichos años. Del mismo modo el gasto de las Isapres pasa de tener un peso relativo de 55,9% en el año 2002, a 49,1% en el 2007, debido al acelerado crecimiento del gasto de Fonasa, que ha pasado de representar el 44,1% del gasto total (año 2002) a un 50,9% (año 2007).

El gasto en Subsidios por Enfermedad y Medicina Curativa se puede descomponer como el producto del número total de días de subsidio pagados y el monto promedio diario pagado.

En el año 2007 se pagaron más de 31.644.604 de días de subsidio, lo que corresponde a un crecimiento de un 72% respecto al año 2002. El incremento del número de días de subsidio pagados de Fonasa fue de un 96,8% (concentrado especialmente entre los años 2006 y 2007), mientras que en el caso de las Isapres los días de subsidio aumentaron en un 22,7%.

Otra conclusión que desprende del análisis es que en el año 2007, el 76,2% del total de días de subsidio pagados corresponde a Fonasa. Sin embargo el monto promedio diario pagado por Fonasa es significativamente menor al pagado por las Isapres (\$10.342 versus \$23.235 en 2007). Esto se asocia a que los cotizantes de Isapres tienen en promedio mayores remuneraciones que los cotizantes de Fonasa, aun cuando el monto promedio diario pagado a estos últimos disminuyó en un 10,9% en el año 2007 respecto al 2006.

A continuación se realiza el análisis que resulta de descomponer el número total de días de subsidio pagados como el producto del número de subsidios iniciados y la duración de dichos subsidios (Número de total de días de subsidio pagados = número de subsidios iniciados x duración promedio subsidios).

Para el número de subsidios pagados (total de licencias autorizadas, ampliadas y reducidas), se verifica un crecimiento de 56,6% entre 2002 y 2007. Esta cifra implica que en promedio cada año existe un aumento de un 9,5% de licencias pagadas respecto al año precedente.

En cuanto a la participación de Fonasa y las Isapres se desprende que el mayor crecimiento del período corresponde al primero, con un aumento de 92,3%, liderado por las CCAF con un 131,3% de incremento. Mientras que las Isapres experimentaron un aumento de 17,5% en el número de subsidios iniciados.

En cuanto a la duración promedio de los subsidios (total de días de subsidio pagados/ número de subsidios iniciados), entre los años 2002 y 2007 se observa que éste se mantiene prácticamente invariable para las CCAF (-0,5%), mientras que para los Servicios de Salud aumenta en 12,4%.

En términos agregados la duración promedio se incrementa de 12,1 días (en 2002) a 13,3(en 2007). Ahora bien por entidad pagadora se aprecian diferencias, en efecto en el año 2007 la duración promedio de los subsidios pagados a los cotizantes de Servicios de Salud es de 17, 8 días, para los cotizantes de CCAF es de 15,8 días, mientras que en las Isapres este valor es igual a 8,9 días.

Cabe destacar que en el caso de las CCAF, ha aumentado el número de los subsidios pagados (131%) y no así la duración asociada a éstos en el periodo de análisis.

Finalmente, de acuerdo a lo planteado en el estudio "Análisis del Gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral y sus Determinantes", la Tasa de Incapacidad Laboral (TIL),

definida como el número de días de subsidio pagados anualmente por cotizante<sup>23</sup>, se considerará como una medida de la intensidad de uso que se hace de los Subsidios por Enfermedad y Medicina Curativa<sup>24</sup>.

En cuanto al número total de cotizantes, se observa que éste aumenta en un 23,2% en el período 2002-2007, creciendo en todos los años analizados con excepción de 2004. En forma desagregada, el número de cotizantes de Isapre aumentó en un 4% en el periodo, mientras que los cotizantes Fonasa aumentaron en un 33,2% (explicado por el aumento del 56,9% de los cotizantes afiliados a CCAF y la caída del 2,2% de aquellos no adscritos a CCAF).

Respecto a la TIL, existe un crecimiento de 39,6% en el período, pasando de 4,9 días al año por cotizante (en 2002), a 6,9 (en 2007). Al analizar este indicador para las distintas entidades pagadoras se aprecian diferencias en su comportamiento. En efecto, para el caso de las Isapres el TIL aumenta en un 18%, mientras que en las CCAF y en Servicios de Salud crece un 46,7% y un 46,1% respectivamente.

Dada la variación del 18% en el TIL de los cotizantes de Isapres, se puede afirmar que el crecimiento de este indicador (39,6%) ha dependido principalmente del aumento del mismo asociado a los cotizantes de Fonasa (47,7%).

Por último, los ingresos imponibles promedio han aumentado en un 7,6% en el período. Al analizar este valor por entidad pagadora se tiene un comportamiento dispar. En efecto para las Isapres el ingreso aumenta en un 16%, mientras que para las CCAF el aumento es de un 10,2% y en el caso de los Servicios de Salud sólo llega a un 4,5%.

#### **4.1.2. Evolución del Gasto en Subsidio por Reposo Maternal.**

En 2007 el país destinó un total de \$ 99.732 millones (\$ 2009) al pago de Subsidios por Reposo Maternal, gasto que creció en un 27,3% entre 2002 y 2007.

El gasto de este subsidio asociado a los cotizantes de Fonasa aumentó en un 61,9%, mientras para las Isapres el incremento del periodo fue sólo de 7,2%. Es importante destacar que ha existido un cambio en la participación relativa de las entidades pagadoras en este tipo de gasto. En el año 2002, el 36,8% del gasto por reposo maternal fue pagado a cotizantes Fonasa, mientras que en el año 2007 representó el 46,7.

Haciendo un análisis similar al del gasto por Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa, se tiene que en el año 2007 se pagaron más de 8,3 millones de días de subsidio por Reposo Maternal, creciendo el total de días pagados en el periodo 2002-2007 un 18,8%.

Es importante destacar que por una parte en Fonasa ha aumentado en un 41,9% el número de días de subsidio por reposo maternal pagados, mientras que por otra parte las Isapres lo han disminuido en un 19,4%.

En cuanto al monto promedio pagado por día, en términos agregados se aprecia un

---

<sup>23</sup> Cabe notar que la TIL, que representa el número de días de subsidio pagados por cotizante, difiere del número total de días de licencia por cotizante debido a la carencia de 3 días que rige sobre las licencias de 10 o menos días.

<sup>24</sup> La TIL representa el efecto intensidad de uso del subsidio, el que depende de factores epidemiológicos y del abuso del beneficio más allá de las razones médicas.

crecimiento de 7,2% en el período de estudio.

El comportamiento de este indicador es diferente entre las entidades pagadoras, mientras el de Isapres aumenta en un 33%, el de las CCAF lo hace en un 12,4% y los Servicios de Salud en un 10,4%.

En cuanto al número de subsidios pagados, éste experimentó un crecimiento del 26,7% en el período 2002-2007. Cabe destacar que el comportamiento del número de subsidios pagados fue disímil entre las entidades pagadoras. En el caso de las Isapres éste disminuyó (6,2%), mientras que en el caso de los Servicios de Salud y las CCAF éste aumentó, destacando el caso de las CCAF con un crecimiento del 72,1%.

En cuanto a la duración promedio de los subsidios por el Reposo Maternal, éste no tiene grandes variaciones, ya que su duración está fijada por ley.

De acuerdo a lo planteado por el estudio “Análisis del Gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral y sus Determinantes”, la Tasa de Incapacidad Laboral (TIL) para los subsidios por Reposo Maternal, se define como el número de días de subsidio pagados anualmente por cotizante mujer entre 15 y 44 años de edad<sup>25</sup>.

El número total de cotizantes mujeres entre 15 y 44 años de edad, ha aumentado en un 31% en el período de análisis, siendo este crecimiento mayor que el del número total de cotizantes (23,2%). Se observa además que el número de cotizantes mujeres en edad fértil de Isapres creció en un 2,7%, lo que contrasta con Fonasa, que aumentó en un 43,4%, explicado principalmente por el incremento de las cotizantes Fonasa afiliadas a CCAF (67,2%).

En cuanto a la TIL, se observa una disminución del 9,3% en el período de estudio, concertándose tal disminución en las Isapres (21,5%). Cabe destacar, que el importante aumento de las tasas de participación laboral femenina (número de cotizantes) influye directamente en la disminución de la TIL.

Finalmente, en términos agregados los ingresos imponible promedio diario crecieron un 4,7% en el período 2002-2007. Destaca el crecimiento del ingreso imponible de las cotizantes de Isapres con un 20%.

#### **4.1.3. Evolución del Gasto en Subsidio por Enfermedad Grave de Niño Menor a un Año.**

En el año 2007 el país destinó un total de \$57.853 millones al pago de Subsidios por enfermedad grave del niño menor a un año, lo que significó un aumento del 31,9% respecto al año 2002.

Se observa que el comportamiento este gasto en el período de estudio fue disímil entre las entidades pagadoras. En el caso de las Isapres éste aumentó un 8,6%, mientras que en el caso de las CCAF éste aumentó un 102,6%, a una tasa promedio anual de 15,8%.

---

<sup>25</sup> Se utiliza una TIL definida de esta forma debido a que la gran mayoría de quienes hacen uso de los subsidios por reposo maternal y de enfermedad grave de niño menor a un año son cotizantes de sexo femenino en edad fértil, a pesar que, como se describe en la sección 1.2 de este documento, la legislación contempla algunos casos marginales en que puede haber otro tipo de beneficiarios.



**Tabla II.3. Gasto en Subsidio Enfermedad Grave Niño Menor a 1 año (M\$ 2009)**

Año	FONASA			Isapre (a)	Total
	Servicio de Salud	CCAF (a)	Subtotal		
2002	\$ 4.733.500	\$ 9.930.856	\$ 14.664.356	\$ 29.204.154	\$ 43.868.510
2003	\$ 4.480.162	\$ 10.912.286	\$ 15.392.448	\$ 27.251.702	\$ 42.644.150
2004	\$ 3.861.252	\$ 10.591.086	\$ 14.452.338	\$ 19.993.309	\$ 34.445.647
2005	\$ 4.687.363	\$ 13.407.210	\$ 18.094.573	\$ 21.626.289	\$ 39.720.862
2006	\$ 5.500.267	\$ 17.402.060	\$ 22.902.327	\$ 24.603.895	\$ 47.506.222
2007	\$ 6.022.723	\$ 20.119.373	\$ 26.142.096	\$ 31.711.293	\$ 57.853.390
Cambio 2002-2007 (%)	27,2%	102,6%	78,3%	8,6%	31,9%

**Fuente: Superintendencia de Seguridad Social, salvo a), cuya fuente es la Página Web de la Superintendencia de Salud.**

En el año 2007 se pagaron más de 4,5 millones de días de subsidio, lo que significó un incremento del 26% respecto al año 2002. Destaca la evolución de los días pagados a cotizantes CCAF, que aumentaron en un 88,5% en el periodo. En contraste en el mismo periodo, el número de días de subsidio pagados a cotizantes de Servicios de Salud se incrementó en 9,2% y en Isapres éste disminuyó en un 14,9%.

En cuanto al monto promedio pagado por día, se observa un crecimiento del 4,6% en el período de estudio. Destaca el crecimiento en el monto promedio pagado por las Isapres con un 27,6%.

El número de subsidios pagados en términos agregados tuvo un crecimiento de 49,4% en el periodo 2002-2007.

En cuanto a la duración promedio de los subsidios por Enfermedad Grave de Niño Menor a un Año, se observa que experimentó una baja del 15,7%. Se destaca la significativa disminución de un 41% en la duración promedio de los subsidios de los cotizantes de Isapres, igual tendencia muestran los cotizantes de Servicios de Salud, cuya disminución alcanza el 24,9%. Contrariamente para el caso de cotizantes de CCAF este valor presenta un aumento en el periodo del 16,4%.

Al igual que en el caso de los Subsidios por Reposo Maternal, la Tasa de Incapacidad Laboral (TIL) para los subsidios por Enfermedad Grave de Niño Menor a un Año, comprende el universo de cotizantes mujeres entre 15 y 44 años de edad<sup>26</sup>

En términos agregados, se observa una disminución de la TIL de un 3,8% en el período. Cabe destacar, sin embargo, la opuesta tendencia entre la evolución de la TIL de las Isapres respecto a la de Fonasa particularmente de las CCAF. En efecto, las Isapres disminuyen en un 17,2% esta etapa, sin embargo para los afiliados a Fonasa aumenta en un 12,5%, lo que se explica por la variación de las CCAF 12,8%, puesto que los pagados por el Servicio de Salud (cotizantes Fonasa no adscritos a CCAF) disminuyen en un 7,8%.

Finalmente en lo que respecta a los ingresos imponibles, éstos sufren un aumento en el periodo de un 4,7%. No obstante la evolución para cada una de las entidades

<sup>26</sup> Se utiliza una TIL definida de esta forma debido a que la gran mayoría de quienes hacen uso de los subsidios por reposo maternal y de enfermedad grave de niño menor a un año son cotizantes de sexo femenino en edad fértil, a pesar que, como se describe en la sección 1.2 de este documento, la legislación contempla algunos casos marginales en que puede haber otro tipo de beneficiarios.

pagadoras es distinta. Es así como las Isapres lideran el crecimiento con un 20%, los afiliados a las CCAF aumentan su ingreso imponible en un 6,5% y para los Servicios de Salud éste aumenta en un 4,2%.

#### 4.2. Estimación de la Composición del Gasto en Subsidios de Incapacidad Laboral.

A continuación se estudia la evolución del gasto en Subsidio por Incapacidad Laboral, desagregado por tipo de subsidio por entidad aseguradora en el período 2002-2007.

Para este análisis se emplea el modelo desarrollado en el estudio “Análisis del Gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral y sus Determinantes” realizado por el Departamento de Estudios de Finanzas Públicas de la Dirección de Presupuesto del Ministerio de Hacienda en diciembre del año 2001, autores Jorge Rodríguez C. y Marcelo Tokman R.

De acuerdo a este modelo, la tasa de crecimiento del gasto en subsidio por incapacidad laboral puede ser definida como:

$$G' = N' + Y' + y' + TTL + \Delta''$$

Donde

$N'$  : Variación en el Número de cotizantes.

$Y'$  : Variación en el Ingreso imponible de los cotizantes.

$y'$  : Variación de la relación entre monto promedio de subsidio pagado y el ingreso imponible diario de los cotizantes ( $y/Y$ ). Este indicador refleja la variación en la intensidad de uso relativa del subsidio por parte de los cotizantes de mayores ingresos.

$TTL$  : Variación en la Intensidad de uso del subsidio por cotizante, dado por la Tasa de Incapacidad Laboral (días de subsidio pagados por cotizante al año).

$\Delta''$  : Representa la variación en los efectos cruzados de las variables  $N'$ ,  $Y'$ ,  $y'$ ,  $TTL$ .

Empleando el modelo antes definido y realizando el cálculo de las variables definidas se obtienen los resultados que se describen a continuación.

##### 4.2.1. Composición del Gasto en Subsidios por Enfermedad y Medicina Curativa.

Tabla II.4. Nivel y Composición Tasa de Crecimiento del Gasto en Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa Período 2002 – 2007

Componente	Fonasa			Isapre	Total
	Servicio Salud	CCAF	Subtotal		
Gasto en subsidio	58,0%	134,1%	108,4%	15,5%	56,4%
Número de cotizantes	-2,2%	56,9%	33,2%	4,0%	23,2%
Ingreso imponible promedio diario	4,5%	10,2%	12,6%	15,5%	7,6%
Intensidad de uso relativa del subsidio	5,8%	-7,8%	-6,0%	-18,6%	-15,5%
Tasa de Incapacidad laboral	46,1%	46,7%	47,7%	18,0%	39,6%
Efecto cruzado	3,8%	28,0%	20,8%	-3,5%	1,5%

Fuente: Elaboración Propia.

De la tabla II.4 se concluye que el factor de mayor peso en el aumento del gasto en

Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa en el período 2002-2007 corresponde a la Tasa de incapacidad Laboral (TIL), que genera un aumento directo del gasto igual a 39,6%. En segundo lugar se ubica el crecimiento en el número de cotizantes, seguido por el incremento en el ingreso imponible promedio diario del cotizante, que generan un aumento directo del gasto igual a 23,2% y 7,6% respectivamente.

Al analizar la situación por entidad pagadora, se observa que si bien en el caso de las CCAF el número de cotizantes es el factor de mayor peso en el aumento del gasto, la Tasa de Incapacidad Laboral tiene presencia como uno de los factores más importantes en el incremento del gasto independiente de la entidad pagadora.

Dentro de las variaciones en el gasto por enfermedad y medicina curativa que han tenido las distintas entidades pagadoras destaca el incremento experimentado en las CCAF, equivalente al 134,1%.

#### 4.2.2. Composición del Gasto en Subsidio por Reposo Maternal.

La composición de la evolución del gasto en Subsidio por Reposo Maternal para el período 2002-2007 por entidad se muestra en la tabla presentada a continuación.

**Tabla II.5. Nivel y Composición Tasa de Crecimiento del Gasto en Subsidio por Reposo Maternal Período 2002 – 2007**

Componente	Fonasa			Isapre	Total
	Servicio Salud	CCAF	Subtotal		
Gasto en subsidio	22,9%	84,9%	61,9%	7,2%	27,3%
Número de cotizantes	18,4%	67,2%	43,4%	2,7%	31,0%
Ingreso imponible promedio diario	4,2%	6,5%	8,2%	20,0%	4,7%
Intensidad de uso relativa del subsidio	7,8%	3,7%	5,4%	10,8%	2,3%
Tasa de Incapacidad laboral	-7,7%	0,1%	-1,0%	-21,5%	-9,3%
Efecto cruzado	0,1%	7,4%	5,9%	-4,8%	-1,4%

Fuente: Elaboración Propia.

De la tabla II.5 se desprende que el factor de mayor incidencia en el aumento del gasto en Subsidio por Reposo Maternal en el período 2002-2007 corresponde al Número de Cotizantes Mujeres entre 15 y 44 años, que genera un aumento directo del gasto igual a 31%. Los restantes factores tienen una incidencia menor en el gasto.

Cabe destacar que a diferencia de lo que ocurre para la tasa de aumento del gasto de subsidios por enfermedad y medicina curativa, la TIL del subsidio por reposo maternal es negativa, lo que disminuye el gasto. Es decir, en el año 2007 se ocuparon menos días promedio por cotizante de licencia de este tipo que en el año 2002.

Al analizar la situación por entidad aseguradora, en el caso de las Isapres el componente que ha tenido la mayor incidencia en el incremento del gasto en Subsidio por Reposo Maternal ha sido el aumento en el ingreso imponible promedio diario de las cotizantes entre 15 y 44 años (20%). En contraste, la evolución de la TIL de las cotizantes de Isapres ha tenido un efecto directo en el gasto de 21,5% a la baja.

Para Fonasa, independiente de la entidad pagadora, la situación es diferente, el principal factor que explica el aumento del gasto en subsidios por reposo maternal es el crecimiento del número de cotizantes del universo analizado (mujeres entre 15 y 44 años), que genera un aumento directo del gasto igual a 43,4%, en particular en los servicios de Salud este factor aumento el gasto en un 18,4%, mientras que en las CCAF lo hace en un 67,2%. Respecto a la TIL, ésta se ha mantenido constante en las

CCAF durante el periodo 2002-2007, mientras que en los servicios de salud ésta ha generado una variación en el gasto de 7,7% a la baja.

Dentro de las variaciones en el gasto por reposo maternal que han tenido las distintas entidades pagadoras destaca el incremento experimentado en las CCAF, equivalente al 84,9%.

#### 4.2.3. Composición del Gasto en Subsidio por Enfermedad Grave de Niño Menor a un Año

La composición de la tasa de aumento del gasto en Subsidio por Enfermedad Grave de Niño Menor a un Año para el período 2002-2007 por entidad aseguradora se muestra en la tabla presentada a continuación.

**Tabla II.6. Nivel y Composición Tasa de Crecimiento del Gasto en Subsidio por Enfermedad Grave de Niño Menor a un Año Período 2002 - 2007**

Componente	Fonasa			Isapre	Total
	Servicio Salud	CCAF	Subtotal		
Gasto en subsidio	27,2%	102,6%	78,3%	8,6%	31,9%
Número de cotizantes	18,4%	67,2%	43,4%	2,7%	31,0%
Ingreso imponible promedio diario	4,2%	6,5%	8,2%	20,0%	4,7%
Intensidad de uso relativa del subsidio	11,9%	0,9%	2,1%	6,4%	-0,1%
Tasa de Incapacidad laboral	-7,8%	12,8%	12,5%	-17,2%	-3,8%
Efecto cruzado	0,6%	15,2%	12,1%	-3,3%	0,04%

Fuente: Elaboración Propia.

El factor de mayor peso en el aumento del gasto en Subsidio por Enfermedad Grave de Niño Menor a un Año en el período 2002-2007 corresponde al Número de Cotizantes Mujeres entre 15 y 44 años, que genera un aumento directo del gasto igual a 31%.

Al analizar la situación por entidad aseguradora se verifica que para las Isapres, el componente que ha tenido la mayor incidencia en el incremento del gasto ha sido el aumento en el ingreso imponible promedio diario de la cotizante entre 15 y 44 años. Se destaca la evolución de la TIL de las cotizantes de Isapres que ha tenido un efecto directo en el gasto de 17,2% a la baja.

En Fonasa independiente de la entidad pagadora, la situación es diferente, el principal factor que explica el aumento del gasto en subsidios por enfermedad grave del niño menor a un año es el crecimiento del número de cotizantes del universo analizado (mujeres entre 15 y 44 años), que genera un aumento directo del gasto igual a 43,4%, en particular en los servicios de Salud este factor aumento el gasto en un 18,4%, mientras que en las CCAF lo hace en un 67,2%. Respecto a la TIL, ésta ha aumentado en un 12,8% en las CCAF durante el periodo 2002-2007, mientras que en los servicios de salud ésta ha generado una variación en el gasto de 7,8% a la baja.

Dentro de las variaciones en el gasto por reposo maternal que han tenido las distintas entidades pagadoras destaca el incremento experimentado en las CCAF, equivalente al 102,6%.

#### 4.2.4. Conclusiones del Análisis de la Composición del Gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral.

A continuación se enumeran los principales resultados obtenidos, por la Consultora, del análisis de la composición del gasto en el periodo 2002-2007 y se comparan estos resultados con los del periodo 1991-1999, extraídos del estudio “Análisis del Gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral y sus Determinantes” realizado por el Departamento de Estudios de Finanzas Públicas de la Dirección de Presupuesto del Ministerio de Hacienda en diciembre del año 2001, autores Jorge Rodríguez C. y Marcelo Tokman R .

- En el período 2002-2007 el factor de mayor peso en el aumento del gasto en Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa corresponde a la Tasa de Incapacidad Laboral (TIL), que genera un aumento directo del gasto igual a 39,6%. Mientras que en periodo 1991-1999 el factor de mayor peso relativo fue el ingreso imponible de los cotizantes, que generó un aumento directo del gasto igual al 40%. Por otra parte la TIL en este último periodo generó un incremento menor en el gasto (16%). Al analizar la composición de este gasto por entidad pagadora se tiene que, para el caso de Fonasa el factor de mayor peso en el aumento del gasto es la Tasa de Incapacidad Laboral tanto en el periodo 1991-1999 como 2002-2007. En el caso de las Isapres se produjo una modificación en el componente más relevante, puesto que en el periodo 1991-1999 lo fue el número de cotizantes (61%), mientras que para el periodo 2002-2007 lo es la tasa de incapacidad laboral (18%).
- El factor de mayor incidencia en el aumento del gasto en Subsidio por Reposo Maternal en el período 2002-2007 corresponde al Número de Cotizantes Mujeres entre 15 y 44 años, que genera un aumento directo del gasto igual a 31%. Mientras que en periodo 1991-1999 fue el ingreso imponible de los cotizantes, que generó un aumento directo del gasto igual al 59%. Al analizar la composición de este gasto por entidad pagadora se tiene que, para el caso de Fonasa el factor de mayor peso en el aumento del gasto en el periodo 2002-2007 es el número de cotizantes (43,4%), en tanto en el periodo 1991-1999 lo fue el ingreso imponible de los cotizantes (91%). En el caso de las Isapres el factor de mayor incidencia en la composición del gasto en el periodo 2002-2007 es el ingreso imponible promedio diario (20%) y el TIL (-21,15), en tanto en el periodo 1991-1999 lo fue el número de cotizantes (54%) y la tasa de uso relativa de los cotizantes de mayor ingreso (43%)
- El factor de mayor peso en el aumento del gasto en Subsidio por Enfermedad Grave de Niño Menor a un Año en el período 2002-2007 corresponde al Número de Cotizantes Mujeres entre 15 y 44 años, que genera un aumento directo del gasto igual a 31%. Mientras que en periodo 1991-1999 el factor de mayor peso relativo fue el efecto de cruzado (421%) y la Tasa de Incapacidad Laboral (372%). Cabe destacar que esta última presenta en el periodo 2002-2007 un comportamiento absolutamente disímil respecto al del periodo 1991-1999, anteriormente mencionado, con un efecto del 3,8% a la baja. Al analizar la composición de este gasto en por entidad pagadora se tiene que, para el caso de Fonasa el factor de mayor peso en el aumento del gasto en el periodo 2002-2007 es el número de cotizantes (43,4%), en tanto en el periodo 1991-1999 lo fue la tasa de incapacidad laboral (419%). En el caso de las Isapres el factor de mayor incidencia en la composición del gasto en el periodo 2002-2007 es el ingreso imponible promedio diario (20%) y mientras que en el periodo 1991-1999 lo fue el

efecto cruzado (482%).

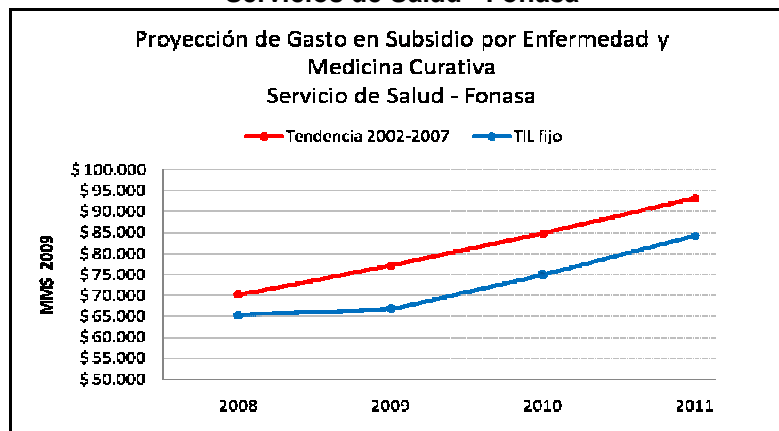
#### 4.3. Proyecciones del Gasto Subsidio por Incapacidad Laboral 2008 – 2011.

A continuación se estima el gasto en subsidios por incapacidad laboral entre los años 2008-2011. Esto se realiza bajo dos escenarios:

- Tendencia 2002-2007.<sup>27</sup>
- TIL constante, restantes variables conservan tendencia 2002-2007.

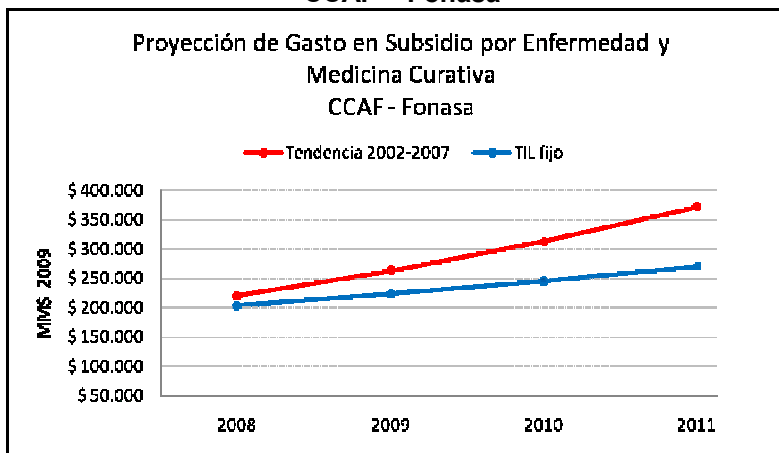
##### 4.3.1. Proyección del Gasto en Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa

Figura II.1. Proyección del Gasto por Enfermedad y Medicina Curativa 2008-2011  
Servicios de Salud - Fonasa



Fuente : Elaboración propia

Figura II.2. Proyección del Gasto por Enfermedad y Medicina Curativa 2008-2011  
CCAF – Fonasa



Fuente : Elaboración propia

Al proyectar los gastos en subsidio por enfermedad y medicina curativa por entidad pública pagadora, de continuar la tendencia observada en el período de 2002-2007, el gasto público en los servicios de salud en el año 2011 ascendería a MM\$ 93.243,

<sup>27</sup> El procedimiento empleado para estimar la tendencia corresponde al método de los mínimos cuadrados.

acumulando un total de gasto igual a MM\$ 325.507 en el período 2008-2011. Mientras que si durante dicho período la TIL se mantuviese constante al nivel del año 2007, ello implicaría un ahorro acumulado respecto a la tendencia equivalente a MM\$ 34.286.

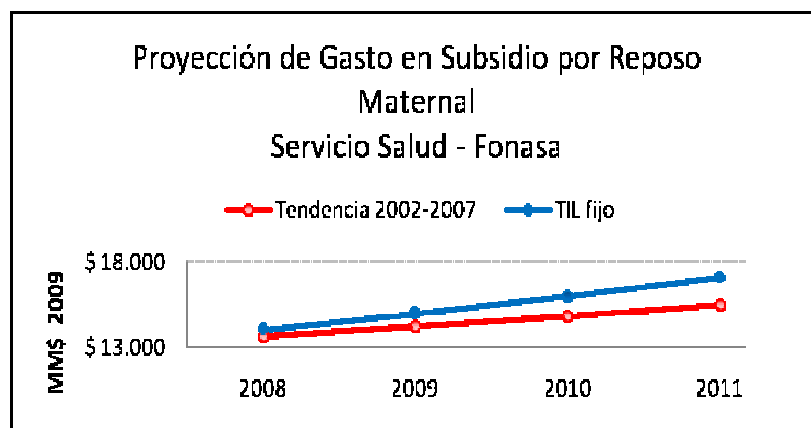
Por otra parte, al proyectar el gasto en subsidio por enfermedad y medicina curativa en las CCAF, considerando la tendencia observada en el período de 2002-2007, éste ascendería en el año 2011 a MM\$ 372.815, acumulando un total igual a MM\$ 1.169.381 en el período 2008-2011. Mientras que si durante dicho período la TIL se mantuviese constante al nivel del año 2007, ello implicaría un ahorro acumulado respecto a la tendencia equivalente a MM\$ 224.234.

Es importante destacar que en la proyección efectuada en el año 2001 se predijo para el escenario tendencial que el gasto en subsidios por enfermedad y medicina curativa ascendería en el año 2010 a MM\$280.000 (MM\$ 2009) aproximadamente, mientras que la nueva proyección según la tendencia 2002-2007, supera esta estimación en más de MM\$110.000.

Por otra parte se debe aclarar que si los factores institucionales se mantienen constantes y los factores epidemiológicos disminuyen debido a aspectos culturales o a mejores condiciones de salud en general, el gasto tendencial basado en el período anterior es un proxy que sobreestimaré el gasto en períodos futuros.

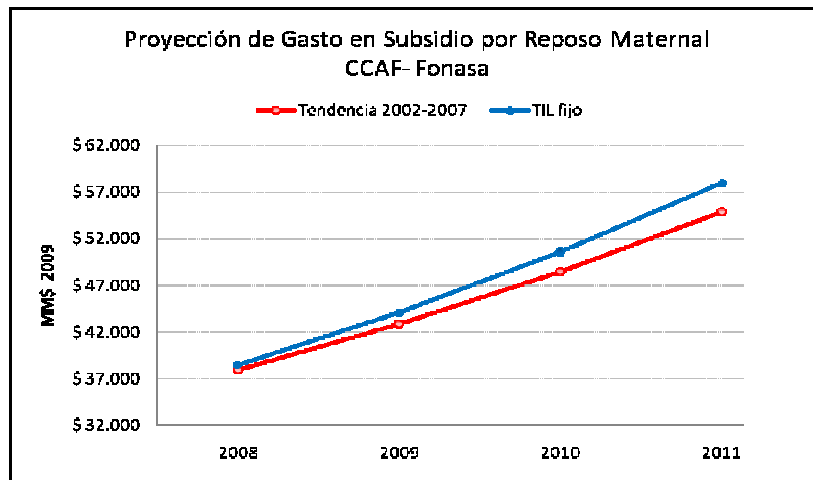
#### 4.3.2. Proyección del Gasto en Subsidio por Reposo Maternal 2008-2011

Figura II.3. Proyección del Gasto en Subsidio por Reposo Maternal Servicio Salud - Fonasa 2008-2011



Fuente : Elaboración propia

Figura II.4. Proyección del Gasto en Subsidio por Reposo Maternal CCAF - Fonasa 2008-2011



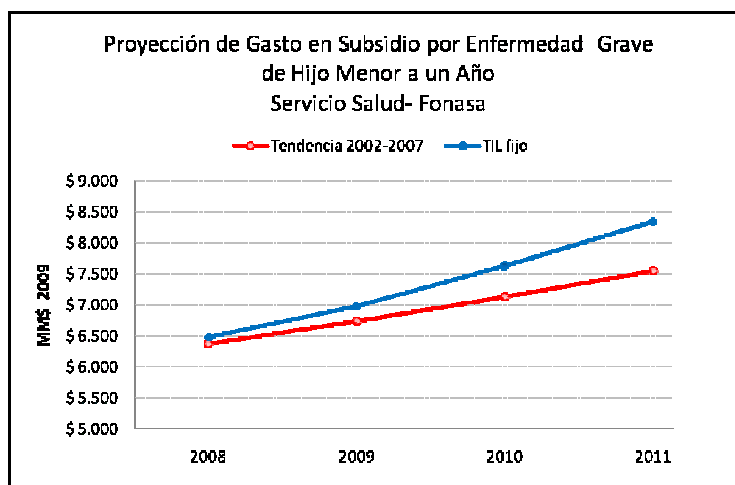
Fuente : Elaboración propia

Al proyectar los gastos en subsidio según la entidad pública pagadora, de continuar la tendencia observada en el período de 2002-2007, el gasto público en los servicios de salud en el año 2011 ascendería a MM\$ 15.464, acumulando un total de gasto igual a MM\$ 58.196 en el período 2008-2011. Mientras que si durante dicho período la TIL se mantuviese constante al nivel del año 2007, ello implicaría un gasto acumulado equivalente a MM\$ 62.161.

Por otra parte, al proyectar el gasto en subsidio por reposo maternal en las CCAF, considerando la tendencia observada en el período de 2002-2007, éste ascendería en el año 2011 a MM\$ 17.142, acumulando un total de gasto igual a MM\$ 184.135 en el período 2008-2011. Mientras que si durante dicho período la TIL se mantuviese constante al nivel del año 2007, ello implicaría un gasto acumulado equivalente a MM\$ 191.077.

#### 4.3.3. Proyección del Gasto en Subsidio por Enfermedad Grave de Niño Menor a un Año 2008-2011.

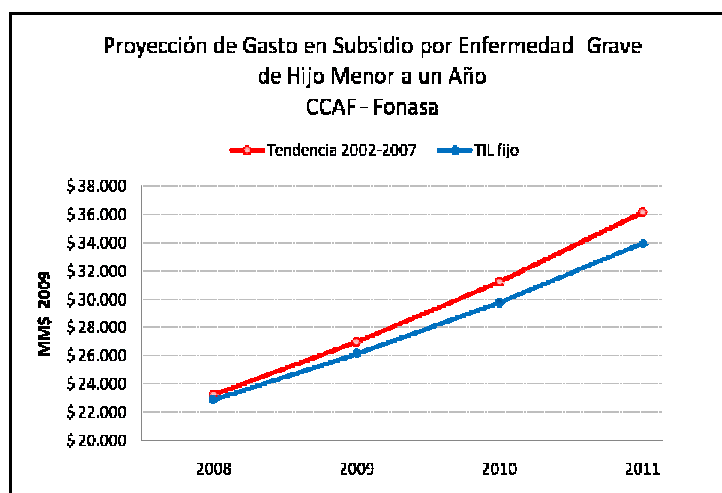
Figura II.5. Proyección del Gasto en Subsidio por Enfermedad Grave de Niño Menor a un año Servicio Salud- Fonasa 2008-2011



Fuente : Elaboración propia



**Figura II.6. Proyección del Gasto en Subsidio por Enfermedad Grave de Niño Menor a un año CCAF- Fonasa 2008-2011**



Fuente : Elaboración propia

Al proyectar el gasto en subsidio por enfermedad grave del niño menor a un año por entidad pública pagadora, de continuar la tendencia observada en el período de 2002-2007, el gasto público en los servicios de salud en el año 2011 ascendería a MM\$ 7.550, acumulando un total de gasto igual a MM\$ 27.802 en el período 2008-2011. Mientras que si durante dicho período la TIL se mantuviese constante al nivel del año 2007, ello implicaría un gasto acumulado equivalente a MM\$ 29.442.

Por otra parte, al proyectar el gasto en subsidio por enfermedad grave del niño menor a un año en las CCAF, éste ascendería en el año 2011 a MM\$ 36.163, acumulando un total de gasto igual a MM\$ 117.665 en el período 2008-2011. Mientras que si durante dicho período la TIL se mantuviese constante al nivel del año 2007, ello implicaría un ahorro acumulado equivalente a MM\$ 4.819.

Es importante destacar que en la proyección efectuada en el año 2001 se predijo para el escenario tendencial que el gasto en subsidios por enfermedad grave del niño menor a un año ascendería en el año 2010 a MM\$655.000 aproximadamente, mientras que la nueva proyección, según la tendencia 2002-2007, es menor a esta estimación en aproximadamente MM\$610.000.

## Capítulo III

### 1. Conclusiones.

#### 1.1. Conclusiones sobre el Diseño:

- Existe una alta **variabilidad en la estructura y distribución de funciones** entre las distintas comisiones a lo largo del país, lo que refleja la falta de implementación de un modelo organizacional estandarizado a nivel nacional. Sin embargo, la organización funcional básica (nuevo modelo de gestión) establecida por la Coordinación Nacional de las COMPIN permite concluir que se avanza en el sentido correcto.

- La existencia de ULM (134 en total a nivel nacional) y US fuera de las oficinas de las COMPIN constituye una dificultad para el expedito procesamiento de las LM, ya que, como se menciona en análisis de la estructura organizacional, produce una fragmentación del proceso de tramitación de LM en distintos organismos, lo cual tiene como consecuencia que la responsabilidad sobre la resolución de las LM se diluya, no siendo asignable a una única organización. Adicionalmente, en términos de la gestión, la fragmentación del proceso en unidades ubicadas en oficinas distanciadas implica un flujo constante de documentos, actividad que no genera valor, retrasa el proceso y favorece la aparición de problemas de coordinación.
- Existe una **diversidad de mecanismos y de instituciones involucradas en hacer efectivo el derecho a subsidio por incapacidad laboral temporal**. De hecho, en el caso de los beneficiarios de FONASA intervienen en la gestión del SIL tres instituciones diferentes: COMPIN, CCAF y Servicio de Salud. La Consultora concluye que existe un entorno socio-político aceptante de **la realización de un rediseño institucional global de la gestión del producto estratégico referido a la evaluación y pronunciamiento por incapacidades transitorias**. Esto se fundamenta principalmente en:
  - Los Proyectos de Ley presentados en el Congreso Nacional que dan cuenta de la necesidad de una nueva institucionalidad<sup>28</sup>;
  - El taller de expertos y los instrumentos aplicados por la Consultora que dieron cuenta de esta realidad.

En esta materia la Consultora concluye que una vez que todas las optimizaciones y modernizaciones de la gestión de la COMPIN, actualmente en fase de implementación, se encuentren en régimen, se debe analizar la pertinencia de estudiar y debatir la posibilidad de crear una nueva institución, pública y autónoma, que aglutine toda la gestión del producto evaluación y pronunciamiento por incapacidades transitorias, o alternativamente que FONASA, como seguro público de salud, se haga cargo de la gestión global de este producto para sus beneficiarios.

## 1.2. Sobre la Organización y Mecanismos de Gestión.

- La principal desventaja del tipo de organización funcional presente en las COMPIN, es la falta concepción global o “visión de negocios”, que resulta en una falta de orientación al logro de resultados. Sin embargo, hay que señalar que en un esfuerzo de homologar funciones y criterios, la Coordinación Nacional ha desarrollado un modelo de gestión único que está en proceso de implementación. Su implementación entregará una organización general común y la definición de al menos las principales funciones de las nuevas unidades definidas por dicho modelo.
- Existe la **necesidad de una definición formal de los mecanismos de coordinación y comunicación** empleados por la COMPIN para cada uno de los procesos productivos. Los mecanismos empleados hoy en día son variados y

<sup>28</sup> Estos proyectos de Ley tienen por objeto otorgar al FONASA las facultades que tiene la COMPIN respecto de la resolución de LM, dejando una única instancia de apelación ante la SUSESO; excluir a la CCAF de la función de pago y administración y crear una Comisión Nacional de Medicina e Invalidez que reemplace a las COMPIN e ISAPRE en las funciones de las LM.

principalmente informales. En este mismo contexto, este aspecto tampoco es abordado el nuevo modelo de gestión. En tal sentido, resulta necesario que se establezcan los mecanismos de coordinación en el modelo, tanto intra como inter COMPIN, así como de estas últimas con organismos externos.

- El **traspaso de funcionarios** de los SS a las SEREMI no ha finalizado, existiendo aún un 14% de horas médicas y un 2,5% de horas administrativas que corresponden a horas trabajadas por funcionarios que aun dependen administrativamente de los Servicios de Salud y no han sido traspasados a las SEREMI. La inexistente relación u obligación contractual de los médicos dependientes de los SS con las COMPIN podría significar en el futuro una disminución de las horas médicas disponibles lo que afectaría negativamente la capacidad productiva de COMPIN. Esto debido al recambio generacional natural de los médicos de los Servicios de Salud y la falta de claridad respecto a si los nuevos médicos jóvenes tendrán la voluntad para seguir realizando la labor de contraloría médica.
- En materia de recursos humanos se concluye también que, tanto la COMPIN como la DIPRES reconocen la existencia de un déficit de personal debido al hecho que más del 50% de los recursos destinados a este plan se asignan al subtítulo 21, lo que equivale a \$ 711.106.000 en el 2007 y \$ 1.041.352.000 en el 2008.
- En relación a los **recursos tecnológicos, el más importante para la COMPIN es el sistema informático de FONASA**, que se emplea para la resolución de LM. Dicho sistema presenta deficiencias en términos de rapidez, como lo confirma el 70,6% de los encuestados por la Consultora,<sup>29</sup> que declara que el sistema es lento independiente de la carga de trabajo que tenga.
- Se debería **implementar el sistema de LM electrónica** en las COMPIN, como una manera de evitar la duplicación de información (entre los sistemas de las CCAF, ISAPRE, FONASA y otros propios desarrollados en algunas COMPIN para el registro de información) y el flujo de documentos que se genera entre los distintos entes involucrados en la resolución de las LM. La implementación de este sistema genera también otras ventajas como: ahorro horas hombre en digitación y transcripción de la LM, evita las LM mal extendidas, elimina los rechazos por presentación fuera de plazo de LM por parte del trabajador, mejora las condiciones para el trabajador enfermo.
- En relación a la infraestructura, **se requiere una normalización de todas las plantas físicas existentes**, ya que se constató una variada gama de situaciones en relación con el estado del mobiliario, servicios higiénicos para usuarios, áreas de descanso, acceso a discapacitados, entre otros.
- En relación a los mecanismos de asignación y transferencia de recursos, las asignaciones tanto del presupuesto base como del plan de modernización se realizan de acuerdo a criterios definidos centralmente con desconocimiento de sus montos por parte de la mayoría de los presidentes de las COMPIN. Estos criterios al no ser cuantitativos son de arbitrio de quien los aplica, lo que no es recomendable. Además, la COMPIN no realiza sistemáticamente auditorías internas, sino que la realización de éstas depende de la evaluación de la Matriz de Riesgo que realice el Departamento de Auditoría del MINSAL, como se indicó en

---

<sup>29</sup> Encuesta catastro Recursos Tecnológicos aplicada a Presidentes de comisiones y subcomisiones con una tasa de respuesta de 48,4%.

la descripción de los mecanismos de auditoría. Por tanto los procesos de producción no son auditados de forma sistemática, como una manera de garantizar su correcta ejecución.

- **La COMPIN realiza fiscalizaciones** para asegurar el cumplimiento de la ley en el otorgamiento de los beneficios. Dicha fiscalización ha aumentando progresivamente tanto porcentualmente respecto del total de LM tramitadas como en términos absolutos desde el año 2000 al 2007. En efecto, el porcentaje LM fiscalizadas pasó de un 4%, equivalente a 33.002, en el año 2000 a un 17,5%, equivalente a 581.611 LM fiscalizadas en el año 2007, se concluye por tanto que ha habido un esfuerzo importante sobre la materia. Al comparar el porcentaje de fiscalización de las COMPIN con el de las ISAPRES se tiene que, en éstas últimas del total de LM presentadas aproximadamente el 17% es fiscalizado. Esta Consultoría no tiene las herramientas para definir cuál es el óptimo porcentaje de LM a fiscalizar, sin embargo a la luz de los datos reportados por las ISAPRES y considerando la similitud de actividades de fiscalización realizadas, pareciera ser que el 17%, es un valor aceptable. En cuanto a la concentración de la fiscalización en grupos de “riesgo” se concluye que este tipo de control es adecuado, en la medida que los grupos de “riesgo” han sido identificados mediante un análisis objetivo y acabado, y por medio de instrumentos de seguimiento y evaluación apropiados y confiables.

### 1.3. Sobre los Resultados.

- Debido a la falta de información necesaria, no fue posible realizar el cálculo de indicadores existentes ni propuestos por la consultora. **Existe una urgente necesidad de levantar una base de datos que contenga la información estadística de los procesos y productos de la COMPIN.** La información estadística mínima que debe contener esta base de datos corresponde a la necesaria para el cálculo de los indicadores presentados. Entre los datos básicos que deben ser recopilados para el cálculo de los indicadores asociados al SPE “Resolución de LM de trabajadores afiliados a FONASA” se encuentran el día de ingreso de LM y el día de resolución de la LM para cálculo del tiempo de tramitación, atributo respecto a peritaje de la LM que indica si la LM fue estudiada o no y el tipo de peritaje que se le realizó, el día en que la LM debiese haber sido resuelta para así determinar las LM que fueron resueltas dentro de los plazos establecidos por ley y el número de días de atraso en la resolución, el día efectivo de pago de la LM, para determinar el atraso en el pago, entre otros.

Actualmente existen indicadores sólo para medir el porcentaje de LM fiscalizadas sobre el total tramitado, por lo tanto, se requiere generar indicadores para los restantes subproductos estratégicos, con énfasis en los tiempos de respuesta de la COMPIN.

### 1.4. Conclusiones sobre la Evolución del Gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral.

Se concluye que el gasto en subsidio por enfermedad común y medicina curativa ha tenido el mayor aumento en el periodo de análisis 2002-2007, comparado con la variación en el gasto del subsidio por reposo maternal y enfermedad grave del niño menor a un año. Destaca la entidad pagadora FONASA, con un aumento del gasto en

subsidios por enfermedad y medicina curativa equivalente al 108% y en particular las CCAF con un incremento del 134,1%. Este aumento es similar al observado en periodo 1991-1999, durante el cual el gasto en subsidio por enfermedad común y medicina curativa de FONASA sufrió un incremento del 123%, y el de las CCAF un 128%.

Al hacer la descomposición de los determinantes del gasto, se concluye que el componente de mayor incidencia en la evolución del gasto en subsidio por enfermedad y medicina curativa pagado por los Servicios de Salud es la tasa de Incapacidad Laboral (TIL), que explica el 46,1% del gasto, siendo también esta componente una de las más importantes (46,7% de incidencia) para la entidad pagadora CCAF,

Se concluye que el componente de mayor incidencia en la evolución del gasto en subsidio por reposo maternal y del gasto en subsidio por enfermedad grave del niño menor a un año pagado tanto por los Servicios de Salud como por las CCAF, es el aumento en el número de cotizantes, destacando el alto valor que alcanza en estas últimas (67,2%).

En términos generales, se observa que el comportamiento del gasto de los Servicios de Salud y CCAF en el periodo 2002-2007 es dispar, como dispar también lo es la variación del número de cotizantes en ambas entidades pagadoras.

Se concluye que ha existido un cambio en la participación de los componentes explicativos del gasto entre los periodos 1991-1999 y 2002-2007. En particular se destaca la importancia que adquiere la TIL en el gasto en subsidio por enfermedad y medicina curativa en el periodo 2002-2007, así como la disminución en su participación en el gasto por enfermedad del niño menor a un año.

## Capítulo IV

Atendida la evaluación comprehensiva del gasto realizada a la COMPIN para el periodo 2001-2007, y a la luz de las conclusiones relatadas, se ha estimado pertinente realizar las siguientes recomendaciones a la institución responsable.

### **1. Recomendaciones sobre el Diseño.**

- Una vez que todas las optimizaciones y modernizaciones de la gestión de la COMPIN se encuentren implementadas y en régimen, y respecto del rediseño institucional global de la gestión del producto estratégico referido a la evaluación y pronunciamiento por incapacidades transitorias, se recomienda **realizar estudios de factibilidad e impacto económico - social para la eventual creación de una nueva institucionalidad** que gestione esta área de la protección social y **estimular un debate amplio y profundo respecto de este ámbito de desarrollo**, liderado por el poder ejecutivo.
- Se recomienda **estudiar la factibilidad técnica y legal de traspasar los siguientes subproductos estratégicos a otras instituciones públicas:** la visación del certificado del 5º mes de embarazo a los Servicios de Salud; el dictamen de imputabilidad por sumario administrativo de funcionario público al Instituto Médico Legal; la certificación de ingreso a la administración pública a los Servicios de Salud.

## 2. Recomendaciones sobre la Organización y Gestión.

- Se recomienda implementar el nuevo modelo de gestión en dos regiones, a modo piloto, y luego de seis meses evaluarlo en función del logro de los objetivos definidos por la Coordinación Nacional, para luego realizar las modificaciones pertinentes.

### Gestión de la información

- Se recomienda **diseñar e implementar sistemas informáticos para la tramitación de todos los productos y subproductos.** Estos sistemas, cuyo principal atributo debe ser la rapidez, accesibilidad y disponibilidad on line, no sólo deben estar orientados a apoyar el procesamiento de las LM sino de todos y cada uno de los subproductos provistos por la COMPIN. Los sistemas que se implementen deberán permitir, a lo menos, un traspaso de documentos expedito y confiable entre las COMPIN, las ULM y Unidades de Subsidios, lo que minimizará el traslado de documentos entre distintas oficinas. Los sistemas deberán contar también con un **registro de los tiempos empleados** en la realización de actividades y procesos de producción. Cabe señalar que en el marco del Proyecto de Presupuesto 2010 se incluyen recursos para la incorporación de 50 nuevos puntos de red del sistema informático de FONASA.
- Se recomienda la **implementación de la licencia médica electrónica**<sup>30</sup> en las COMPIN debido a que posee las siguientes ventajas: ahorro horas hombre en digitación y transcripción de la LM, evita las LM mal extendidas, elimina los rechazos por presentación fuera de plazo de LM por parte del trabajador, mejora las condiciones para el trabajador enfermo y evita la duplicación de bases de datos e información con otras instituciones relacionadas como son las CCAF e ISAPRES.

### Gestión de Procesos

Para el subsidio por enfermedad y medicina curativa la variable que más afectó el crecimiento del gasto entre 2002 y 2007 fue la intensidad de uso de la licencia médica, y debido a que una parte de ésta es explicada por el mal uso de este instrumento, se realizan las siguientes recomendaciones orientadas a mejorar los procesos de fiscalización de LM:

- Incrementar las horas de especialistas para peritajes de LM prolongadas.
- **Establecer una guía referencial de carácter médico legal que defina rangos de días de reposo por patología.** Dicha guía deberá constituir un insumo básico para el establecimiento del programa de fiscalización de LM, de manera tal de fiscalizar todas aquellas licencias que excedan dicho rango.
- Identificar médicos con “tendencia” a emitir licencias (más de 1000 anuales), realizando una fiscalización a un % mayoritario de sus pacientes.
- Incrementar las fiscalizaciones de verificación del cumplimiento del reposo con visitas domiciliarias dejando constancia de la visita realizada, con la firma del paciente fiscalizado o familiar que lo recibió en el hogar. Se debe señalar que en el Proyecto de

---

<sup>30</sup> El Marco Jurídico y Normas Técnicas de la LME se encuentra regulado en el DS N° 3 Reglamento de Autorización de LM por las COMPIN e Instituciones de Salud Previsional, publicado el 16 de marzo de 2006; en la Resolución N° 608 del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial el 06 de octubre de 2006, y en la circular conjunta de la Superintendencia de Seguridad Social y la Superintendencia de Salud N° 2338 y 32, respectivamente de 1ero de diciembre 2006.

Ley de Presupuestos 2010 se incluyen recursos para financiar la compra de vehículos para fiscalizar el vínculo laboral y reposo médico a modo de fortalecer esta gestión.

- Incrementar el número de meses para el cálculo de la renta con la que se paga la licencia médica, de manera de suavizar cualquier sesgo que se presente propio de una muestra pequeña.
- Incorporar al sistema informático protocolos que determinen un “indicador de riesgo” de las licencias ingresadas, de manera que la contraloría médica las reciba previamente clasificadas. Este indicador debiera considerar si el médico esta dentro de los clasificados como con tendencia a emitir licencias (más de 1000 licencias al año), si el número de días otorgados para el tipo de enfermedad, está o no dentro de los plazos estipulados en la “guía referencial”, entre otros. En base a ello se establece un indicador de la licencia de “riesgosa” o no.
- **Otorgar a las CCAF la facultad de no recepcionar las licencias médicas con documentación incompleta**, con el fin de evitar el envío de LM a la COMPIN que posteriormente deben ser devueltas por antecedentes faltantes. Esto permite disminuir la cantidad de documentación innecesariamente tramitada.
- **Realizar un estudio de los tiempos implicados en el procesamiento de LM.** Este estudio, que puede realizarse por personal de la propia COMPIN, permitirá detectar en que parte del proceso de resolución de LM se producen retrasos<sup>31</sup>. Sobre esta recomendación, es necesario agregar que en el Proyecto de Ley de Presupuestos 2010 se incorporan recursos para la implementación de una nueva modalidad de pago para las licencias médicas de pago directo, mediante un convenio con bancos. Por otra parte, los recursos incluidos en el proyecto corresponden a la instalación de un fono consulta que ocupa la plataforma de Salud Responde, que permitirá a los usuarios saber en qué estado de tramitación se encuentra el pago del subsidio por su licencia médica. Todas estas iniciativas requieren una evaluación de resultado en mejora de procesos y satisfacción de usuarios.

En el resto de los subproductos estratégicos:

- Se recomienda **confeccionar un manual de procesos que incluya todos los subproductos provistos por la COMPIN**, explicitando a lo menos plazos de realización de tareas, mecanismos de coordinación interna y externa y medios de comunicación.
- Se recomienda **establecer un programa de auditoría de los procesos de provisión de los subproductos estratégicos de la COMPIN**, el que debiera contener a lo menos el volumen y tipo de auditorías a realizar, con el fin de controlar la correcta ejecución de los procesos de producción, los tiempos de realización de las diversas actividades, el cumplimiento de plazos establecidos por ley para esto, además de detectar errores u omisiones. Las metas de este programa podrían ser incorporados en los PMG.

### **Gestión de los Recursos Humanos.**

- Se recomienda implementar la política de recursos humanos explicitada en el plan de modernización de las COMPIN.
- Se recomienda finalizar el proceso de traspaso de personal desde los Servicios de Salud a las SEREMI respectivas. En caso que los profesionales médicos dependientes de los SS no estén dispuestos a ser traspasados a las SEREMI

---

<sup>31</sup> No fue posible contar con información debido a que no existen sistemas informáticos o base de datos que registre en forma sistemática estos datos.

respectivas, se requerirá el llamado a concurso público para ocupar tales vacantes. Sobre esta recomendación, vale la pena señalar que en el Proyecto de Ley de Presupuestos 2010 se incorporaron 80 cargos adicionales, de los cuales 10 son médicos para reforzar la contraloría médica, 4 choferes y 66 administrativos.

- Se recomienda **realizar un estudio de dotación de recursos humanos en la COMPIN** con el objeto de evidenciar las brechas existentes tanto en competencias como en horas médicas, en base a productividades promedio que deberá determinar el estudio respectivo. Hoy sólo se tienen evidencias de la falta de personal producto de las solicitudes realizadas por la Coordinación Nacional, no existiendo como base para ello un análisis como el mencionado.

#### **Gestión Financiera.**

- Se recomienda que el **traspaso de fondos para el pago del SIL desde FONASA a los SS, se realice bajo un esquema administrativo tal que garantice su uso en forma exclusiva y oportuna.** Sobre esta recomendación se han producido avances, ya que de acuerdo a lo presentado en el Proyecto de Ley de Presupuestos 2010, el traspaso de recursos desde FONASA para el pago de los subsidios se efectuará a la Subsecretaría de Salud Pública.
- Se recomienda que la **Coordinación Nacional realice la distribución por región del presupuesto disponible, informándole a cada Presidente de las COMPIN los recursos con que dispondrá el año presupuestario correspondiente, desagregado al menos en los subtítulos 21 y 22 con sus respectivos ítemes.** Esto permitirá además que queden reflejados en el SIGFE todos los gastos e inversiones de las COMPIN, facilitando de esta manera el control presupuestario y de gestión. Complementariamente, para efectos presupuestarios la **COMPIN se puede transformar en un Programa dentro del presupuesto de la Subsecretaría de Salud Pública**, esto permitirá la gestión y conocimiento de todos los recursos disponibles (no sólo los asociados al Proyecto de Modernización) por parte de la Coordinación Nacional.

#### **Gestión Recursos Físicos.**

- Se recomienda **normalizar las instalaciones físicas de COMPIN existentes** a lo largo del país, dando cumplimiento al reglamento “Condiciones Sanitarias Básicas en los lugares de trabajo” del Ministerio de Salud, en específico lo relacionado a las condiciones de higiene y seguridad de baños públicos y el acceso a discapacitados de acuerdo al artículo 4.1.7 de la Ordenanza General de Urbanismo y Construcciones, según decretos 594 del año 1999, y 35 del año 2005, ambos del Ministerio de Salud.



## TABLA DE CONTENIDOS

### Capítulo I.- Descripción

a.	Consistencia en las Definiciones Estratégicas.....	12
b.	Objetivos Estratégicos de la COMPIN. ....	12
1.1.	Evaluación de la lógica horizontal de la Matriz de ECG y sus indicadores. ....	12
1.2.	Productos prescindibles, ausentes o externalizables. ....	12
2.1.	Reformulaciones. ....	14
3.1.	Estructura Organizacional y Mecanismos de Coordinación. ....	14
3.2.	Recursos Humanos, Tecnológicos, Infraestructura, Instrumentos de Monitoreo y gestión de la información.....	15
3.3.	Mecanismos de Asignación y Transferencias de Recursos.....	16
3.4.	Mecanismos de Auditoría, Análisis de Gasto, Rendición de Cuentas y Transparencia en el Uso de los Recursos. ....	16
3.5.	Actividades y mecanismos de Fiscalización, Seguimiento, Monitoreo y Evaluación..	16
4.1.	Análisis y explicación del comportamiento del gasto en licencias médicas y sus variables.....	18
4.1.1.	Evolución del Gasto en Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa. ....	19
4.1.2.	Evolución del Gasto en Subsidio por Reposo Maternal.....	21
4.1.3.	Evolución del Gasto en Subsidio por Enfermedad Grave de Niño Menor a un Año. ...	22
4.2.	Estimación de la Composición del Gasto en Subsidios de Incapacidad Laboral. ....	24
4.2.1.	Composición del Gasto en Subsidios por Enfermedad y Medicina Curativa. ....	24
4.2.2.	Composición del Gasto en Subsidio por Reposo Maternal.....	25
4.2.3.	Composición del Gasto en Subsidio por Enfermedad Grave de Niño Menor a un Año	26
4.2.4.	Conclusiones del Análisis de la Composición del Gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral. ....	26
4.3.	Proyecciones del Gasto Subsidio por Incapacidad Laboral 2008 – 2011. ....	28
4.3.1.	Proyección del Gasto en Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa.....	28
4.3.2.	Proyección del Gasto en Subsidio por Reposo Maternal 2008-2011 .....	29
4.3.3.	Proyección del Gasto en Subsidio por Enfermedad Grave de Niño Menor a un Año 2008-2011. ....	30
2.	Recomendaciones sobre el Diseño . ....	35
3.	Recomendaciones sobre la Organización y Gestión. ....	36
1.	Definiciones Estratégicas de la Subsecretaría de Salud Pública. ....	9
1.1.	Misión Subsecretaría de Salud Pública.....	9
1.2.	Objetivos Estratégicos Subsecretaría de Salud Pública. ....	9
1.3.	Sistema de Programación Gubernamental.....	10
2.	Definiciones Estratégicas de la COMPIN.....	11
2.1.	Misión de la COMPIN.....	11
2.2.	Objetivos Estratégicos de la COMPIN. ....	11
2.3.	Productos Estratégicos (PE) y Subproductos (SPE) ordenados por Objetivo Estratégico.....	12
2.3.1.	Evaluación y pronunciamiento por incapacidades transitorias.....	13
2.3.2.	Evaluación y pronunciamiento por incapacidades permanentes.....	18
2.3.3.	Certificación de la discapacidad. ....	25
2.3.4.	Otras funciones médico – administrativas.....	26
2.3.5.	Implementación y Monitoreo del Modelo de Gestión. ....	28
2.4.	Clientes / Usuarios / Beneficiarios.....	34
3.	Estructura Organizacional y Mecanismos de Gestión.....	42
3.1.	Estructura Organizacional, Distribución de Funciones y Mecanismos de Coordinación:	42
3.1.1.	Estructura Organizacional. ....	42
3.1.2.	Distribución de Funciones. ....	49
3.1.3.	Mecanismos de Coordinación .....	51

3.1.4.	Incentivos que genera el Diseño Institucional. ....	55
<b>3.2.</b>	<b>Recursos Humanos, Tecnológicos, Infraestructura e Instrumentos de Monitoreo y gestión de la información.....</b>	<b>56</b>
3.2.1.	Recursos Humanos. ....	56
3.2.2.	Recursos Tecnológicos. ....	73
3.2.3.	Infraestructura. ....	78
<b>3.3.</b>	<b>Procesos de Producción.....</b>	<b>86</b>
3.3.1.	Resolución de licencia médica de trabajador afiliado a FONASA. ....	88
3.3.2.	Proceso: Resolver Reclamo contra ISAPRE.....	107
3.3.3.	Proceso: Pronunciamento de la Comisión de Morbilidad Común y Discapacidad. ...	114
3.3.4.	Proceso: Pronunciamento de la Comisión de la Ley 16.744. ....	122
3.3.5.	Proceso: Visación certificado 5º mes de embarazo para asignación familiar. ....	131
<b>3.4.</b>	<b>Mecanismos de asignación y transferencia de recursos, modalidades de pago, incentivos y relación ejecutor – institución responsable de la provisión de cada producto estratégico. ....</b>	<b>133</b>
3.4.1.	Asignación y transferencias de recursos al COMPIN. ....	133
3.4.2.	Asignación y transferencia de recursos a ejecutores externos. ....	134
3.4.3.	Transferencia del SIL curativo común desde FONASA. ....	135
<b>3.5.</b>	<b>Mecanismos de Auditoría, Análisis de Gasto, Control y Rendición de Cuentas:.....</b>	<b>136</b>
3.5.1.	Mecanismos de Auditoría. ....	136
3.5.2.	Funciones. ....	137
3.5.3.	Informe de actividades 2008.....	141
3.5.4.	Ejecución del plan anual de auditoría año 2008.....	141
3.5.5.	Auditorías Contraloría General de la República. ....	143
3.5.6.	Rendición de cuentas.....	143
3.5.7.	Descripción de la Gestión del Gasto. ....	145
<b>3.6.</b>	<b>Actividades e instrumentos de Fiscalización, Seguimiento, Monitoreo y Evaluación</b>	<b>146</b>
3.6.1.	Actividades de seguimiento y gestión. ....	146
3.6.2.	Actividades y mecanismos de fiscalización y monitoreo.....	149
<b>3.7.</b>	<b>Mecanismos de Selección de Beneficiarios.....</b>	<b>156</b>
<b>4.</b>	<b>Antecedentes Presupuestarios.....</b>	<b>156</b>
<b>4.1.</b>	<b>Antecedentes generales presupuestarios.....</b>	<b>167</b>
<b>4.2.</b>	<b>Presupuesto Ministerial. Subsecretaría de Salud Pública.....</b>	<b>167</b>
<b>4.3.</b>	<b>Bases de elaboración del Presupuesto.....</b>	<b>168</b>
4.3.1.	Formulación y aprobación presupuestaria. ....	168
4.3.2.	Distribución del marco presupuestario: 2007-2009. ....	168
4.3.3.	Distribución interna del Presupuesto aprobado.....	169
4.3.4.	Ejecución presupuestaria. ....	169
<b>5.</b>	<b>Análisis del Diseño Institucional.....</b>	<b>171</b>
<b>5.1.</b>	<b>Consistencia en las Definiciones Estratégicas.....</b>	<b>171</b>
5.1.1.	Objetivos Estratégicos Subsecretaría y Sistema de Programación Gubernamental. ....	171
5.1.2.	Objetivos Estratégicos de la COMPIN. ....	175
5.1.3.	Objetivos Estratégicos de la Institución, sus Productos Estratégicos, y sus Clientes / Usuarios / Beneficiarios. ....	179
5.1.4.	Evaluación de la lógica horizontal de la Matriz de ECG y sus indicadores.....	180
<b>5.2.</b>	<b>Duplicaciones y Complementariedades.....</b>	<b>183</b>
<b>El PE “Otras Funciones Administrativas” y para todos sus SPE no presenta duplicidades, superposiciones, ni complementariedades, así como ninguno de ellos es provisto por otra institución.....</b>		<b>190</b>
<b>5.3.</b>	<b>Productos prescindibles, ausentes o externalizables. ....</b>	<b>190</b>
<b>5.4.</b>	<b>Estructura institucional y distribución de funciones.....</b>	<b>191</b>
5.4.1.	Evaluación de la estructura y diseño de las unidades organizacionales y/o regionales. ....	192
5.4.2.	Evaluación para determinar si el diseño institucional genera o no los incentivos correctos necesarios para el logro de los objetivos estratégicos de la institución. ....	196
<b>5.5.</b>	<b>Reformulaciones. ....</b>	<b>197</b>

5.5.1. Cambio de dependencia jerárquica.....	197
5.5.2. Cambio a nivel de gestión y Proyecto de Modernización de las COMPIN.....	198
<b>6. Análisis de la Capacidad Institucional y Mecanismos de Gestión.....</b>	<b>205</b>
<b>6.1. Estructura Organizacional y Mecanismos de Coordinación.....</b>	<b>205</b>
<b>6.2. Recursos Humanos, Tecnológicos, Infraestructura, Instrumentos de Monitoreo y gestión de la información.....</b>	<b>207</b>
6.2.1. Evaluación Recursos Humanos.....	207
6.2.2. Evaluación Recursos Tecnológicos.....	209
6.2.3. Infraestructura.....	211
<b>6.3. Mecanismos de Asignación y Transferencias de Recursos.....</b>	<b>211</b>
<b>6.4. Mecanismos de Auditoría, Análisis de Gasto, Rendición de Cuentas y Transparencia en el Uso de los Recursos.....</b>	<b>213</b>
<b>6.5. Actividades y mecanismos de Fiscalización, Seguimiento, Monitoreo y Evaluación.....</b>	<b>213</b>
6.5.1. Análisis de las actividades de seguimiento y gestión.....	214
6.5.2. Análisis de las actividades y mecanismos de fiscalización.....	215
<b>6.6. Mecanismos de selección de beneficiarios.....</b>	<b>218</b>
<b>7. Análisis del Presupuesto y Disciplina Financiera.....</b>	<b>218</b>
7.1.1. Análisis estructura global del presupuesto.....	218
7.1.2. Gasto de COMPIN.....	219
<b>7.2. Análisis y explicación del comportamiento del gasto en licencias médicas y sus variables.....</b>	<b>223</b>
7.2.1. Evolución del Gasto en Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa.....	224
7.2.2. Evolución del Gasto en Subsidio por Reposo Maternal.....	230
7.2.3. Evolución del Gasto en Subsidio por Enfermedad Grave de Niño Menor a un Año.....	233
<b>7.3. Estimación de la Composición del Gasto en Subsidios de Incapacidad Laboral.....</b>	<b>236</b>
7.3.1. Composición del Gasto en Subsidios por Enfermedad y Medicina Curativa.....	237
7.3.2. Composición del Gasto en Subsidio por Reposo Maternal.....	238
7.3.3. Composición del Gasto en Subsidio por Enfermedad Grave de Niño Menor a un Año.....	240
7.3.4. Conclusiones del Análisis de la Composición del Gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral.....	242
<b>7.4. Análisis de las Proyecciones 2002-2007 del Gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral.....</b>	<b>243</b>
7.4.1. Proyección del Gasto en Subsidio por Incapacidad Laboral Fonasa vs. Gasto Efectivo en el periodo 2002-2007.....	244
7.4.2. Proyección del Gasto en Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa vs. Gasto Efectivo en el periodo 2002-2007.....	245
7.4.3. Proyección del Gasto en Subsidio por Enfermedad Grave Niño Menor a un Año Fonasa vs. Gasto Efectivo.....	246
<b>7.5. Proyecciones del Gasto Subsidio por Incapacidad Laboral 2008 – 2011.....</b>	<b>247</b>
7.5.1. Proyección del Gasto en Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa.....	248
7.5.2. Proyección del Gasto en Subsidio por Reposo Maternal 2008-2011.....	249
7.5.3. Proyección del Gasto en Subsidio por Enfermedad Grave de Niño Menor a un Año 2008-2011.....	251
<b>8. Conclusiones sobre el Diseño.....</b>	<b>253</b>
<b>9. Sobre la Organización y Mecanismos de Gestión.....</b>	<b>255</b>
<b>10. Conclusiones sobre los Resultados.....</b>	<b>257</b>
<b>10.1. Conclusiones sobre la Evolución del Gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral.....</b>	<b>257</b>
<b>11. Recomendaciones sobre el Diseño.....</b>	<b>258</b>
<b>12. Recomendaciones sobre la Organización y Gestión.....</b>	<b>259</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>263</b>
<b>ANEXO 1. Matriz de Evaluación Comprehensiva COMPIN.....</b>	<b>264</b>
<b>ANEXO 2. Ejemplos de pensiones invalidez que otorga el INP.....</b>	<b>269</b>
<b>ANEXO 3. Antecedentes de la Seguridad Social en Chile.....</b>	<b>271</b>
<b>ANEXO 4. Antecedentes generales de la Medicina Social en Chile.....</b>	<b>281</b>
<b>ANEXO 5. Instituciones del sistema de protección de la salud.....</b>	<b>295</b>

<b>ANEXO 6.</b>	<b>Unidades de licencias médicas en Chile.....</b>	<b>307</b>
<b>ANEXO 7.</b>	<b>Taller de expertos.....</b>	<b>311</b>
<b>ANEXO 8.</b>	<b>Minuta utilizada para el taller de expertos.....</b>	<b>318</b>
<b>ANEXO 9.</b>	<b>Metodología utilizada para el mapeo de procesos y descripción de la estrategia de modelamiento.....</b>	<b>325</b>
<b>ANEXO 10.</b>	<b>Reclamaciones de usuarios de ISAPRES por licencias médicas.....</b>	<b>327</b>
<b>ANEXO 11.</b>	<b>Cuestionarios aplicados por la Consultora y resultados obtenidos.....</b>	<b>331</b>
<b>ANEXO 12.</b>	<b>Resolución de LM y Pago de SIL en ISAPRE, COMPIN y CCAF.....</b>	<b>402</b>
<b>ANEXO 13.</b>	<b>Entrevistas realizadas.....</b>	<b>406</b>

## INDICE DE TABLAS

Tabla. Evolución de LM fiscalizadas.....	9
Tabla I.1. Relación entre productos estratégicos y objetivos estratégicos.....	12
Tabla I.2. Descripción Usuario/Cliente/Beneficiario según producto ó subproducto.....	36
Tabla I.3. Identificación de Regiones y Comisiones con Unidad de Licencias Médicas.....	46
Tabla I.4. Ubicación de Unidades de Subsídios respecto de las COMPIN.....	47
Tabla I.5. Modificación estructura COMPIN bajo la dirección de actual Presidente.....	49
Tabla I.6. Instancias de Coordinación al interior de COMPIN.....	52
Tabla I.8. Instancias de Coordinación entre COMPIN Regional y Subcomisiones.....	53
Tabla I.10. Instancias de Coordinación entre Subcomisiones.....	54
Tabla I.11. Instancias de Comunicación entre Subcomisiones.....	54
Tabla I.12. Recursos Humanos MINSAL, por género. Años 2000-2007.....	58
Tabla I.13. Recursos Humanos COMPIN, por género.....	58
Tabla I.14. Recursos Humanos COMPIN, por región y por género.....	59
Tabla I.15. Dotación Personal COMPIN, por regiones, edad y sexo.....	60
Tabla I.16. Recursos Humanos COMPIN, por dependencia y cargos.....	61
Tabla I.17. Recursos Humanos COMPIN, por cargos y dependencia.....	62
Tabla I.18. Recursos Humanos COMPIN, por región y remuneraciones.....	63
Tabla I.19. Horas totales por estamento y dependencia de funcionarios COMPIN.....	65
Tabla I.20. Recursos Humanos de COMPIN, por profesión y género.....	65
Tabla I.21. Dotación Personal COMPIN, según regiones y años de servicio en %.....	67
Tabla I.22. Requisitos y competencias para Cargos en COMPIN.....	70
Tabla I.23. Promedio de Capacitación de Funcionarios COMPIN, por Comisión y Subcomisión....	71
Tabla I.24. Capacitación de Funcionarios COMPIN, por Años.....	72
Tabla I.25. Capacitación de Funcionarios COMPIN, por Años.....	72
Tabla I.26. Capacitación Resumen de encuestas sobre conectividad.....	74
Tabla I.27. Correos comerciales empleados por los funcionarios.....	74
Tabla I.28. Cuadro resumen de cumplimiento de requerimientos del sistema.....	77
Tabla I.29. Resultados de encuestas sobre acceso a base de datos.....	78
Tabla I.30. Descripción Oficinas COMPIN.....	79
Tabla I.31. Ubicación oficinas COMPIN.....	80
Tabla I.32. Accesos oficinas COMPIN:.....	80
Tabla I.33. Accesos minusválidos.....	80
Tabla I.34. Segundo piso y sótano.....	81
Tabla I.35. Acceso discapacitados segundo piso.....	81
Tabla I.36. Propiedad oficinas COMPIN.....	81
Tabla I.37. mts2 construidos COMPIN.....	82
Tabla I.38. Tipo construcción.....	82
Tabla I.39. Estado mobiliario COMPIN.....	83
Tabla I.40. Sala reuniones.....	83
Tabla I.41. Número mínimo de artefactos sanitarios.....	84
Tabla I.42. Servicios higiénicos.....	84
Tabla I.44. Baños.....	84
Tabla I.45. Áreas de descanso o patio.....	85

Tabla I.46. Áreas para almuerzo. ....	85
Tabla I.47. Áreas de descanso que no sean áreas de tránsito público. ....	85
Tabla I.48. Financiamiento SIL. ....	135
Tabla I.49. Cronograma General planificación operativa del Departamento de Auditoría Interna. ....	139
Tabla I.50. Compromisos 2008 relativos a la Fiscalización de Licencias Médicas. ....	140
Tabla I.51. Plan de trabajo 2008 informado al Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno. ....	141
Tabla I.52. Plan año 2008 de auditoría. ....	141
Tabla I.53. Programación Financiera del Programa en Miles de \$. ....	145
Tabla I.54. Resultados cuestionarios en materia actividades de gestión y seguimiento. ....	147
Tabla I.55. Resultados cuestionarios proceso de resolución de LM por ATEP. ....	148
Tabla I.56. Resultados cuestionarios proceso de resolución de LM, tramitación de LM. ....	148
Tabla I.57. Seguimiento de LM derivadas a pago. ....	148
Tabla I.58. Seguimiento de apelaciones. ....	149
Tabla I.59. Actividades Producto: Evaluación y Pronunciamento por Incapacidades Transitorias. ....	150
Tabla I.60. Áreas o materias de fiscalización. ....	151
Tabla I.61. Actividades Producto: Evaluación y Pronunciamento por Incapacidades Permanentes. ....	151
Tabla I.62. Actividades Producto: Certificación de la Discapacidad. ....	153
Tabla I.63. Actividades Producto: Pronunciamentos Técnico Administrativos. ....	153
Tabla I.64. Actividades Producto: Implementación y Monitoreo de Gestión. ....	154
Tabla I.65. Evolución de LM fiscalizadas. ....	155
Tabla I.66. Presupuesto Ministerio de Salud 2001 (en miles de Pesos) ....	157
Tabla I.67. Presupuesto Ministerio de Salud 2002 (en miles de Pesos) ....	158
Tabla I.68. Presupuesto Ministerio de Salud 2003 (en miles de Pesos) ....	159
Tabla I.69. Presupuesto Ministerio de Salud 2004 (en miles de Pesos) ....	160
Tabla I.70. Presupuesto Ministerio de Salud 2005 (en miles de Pesos) ....	161
Tabla I.72. Presupuesto Ministerio de Salud 2007 (en miles de Pesos) ....	163
Tabla I.73. Presupuesto SEREMI año 2005 (en miles de Pesos) ....	164
Tabla I.74. Presupuesto SEREMI año 2006 (en miles de Pesos) ....	164
Tabla I.75. Presupuesto SEREMI año 2007 (en miles de Pesos) ....	165
Tabla I.76. Presupuesto SEREMI año 2008 (en miles de Pesos) ....	166
Tabla I.77. Presupuesto COMPIN años 2007-2008 (en miles de Pesos) ....	167
Tabla I.79 Respuesta sobre recursos implementados en el presupuesto. ....	170
Tabla II.1. Consistencia entre la Misión de la COMPIN versus la Misión de la Subsecretaría de Salud Pública. ....	171
Tabla II.2. Consistencia en los Objetivos Estratégicos (OE) de la COMPIN, en relación con los OE de la Subsecretaría de Salud Pública. ....	172
Tabla II.3. Contribución al logro de los Objetivos Estratégicos del Ministerio. ....	174
Tabla II.4. Consistencia y diseño de los Objetivos Estratégicos de la COMPIN. ....	176
Tabla II.5. Reformulación de Objetivos Estratégicos de COMPIN. ....	178
Tabla II.7. Duplicaciones y complementariedades PE Evaluación y Pronunciamento por Incapacidades Transitorias. ....	184
Tabla II.8. Duplicaciones y complementariedades PE Evaluación y Pronunciamento por Incapacidades Permanentes. ....	186
Tabla II.9. Duplicaciones y complementariedades PE Certificación de la Discapacidad. ....	189
Tabla II.10. Unidades y Departamentos presentes en la COMPIN. ....	192
Tabla II.11. Distribución de Horas Recursos Humanos Profesionales Médicos. ....	199
Tabla II.12. Distribución de Horas Recursos Humanos Funcionarios Administrativos. ....	199
Tabla II.13. Distribución de Horas de Recursos Humanos Profesionales Médicos. ....	200
Tabla II.14. Distribución de Recursos Humanos Funcionarios Administrativos. ....	200
Tabla II.15. Distribución del aumento de Recursos Humanos Funcionarios Profesionales Año 2008. ....	201
Tabla II.16. Evaluación del aumento de Recursos Humanos. ....	202

Tabla II.17. Falencias sistema FONASA.....	210
Tabla II.18. Aumento de LM fiscalizadas por región.....	216
Tabla II.21. Presupuesto COMPIN años 2007-2009 .....	219
Tabla II.22. Gasto COMPIN año 2009 .....	221
Tabla II.23. Gasto COMPIN año 2008 .....	221
Tabla II.24. Gasto COMPIN año 2007 .....	222

## **Listado de siglas y abreviaturas**

ATEP	: Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.
CAIGG	: Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno.
CCAF	: Caja de Compensación y Asignación Familiar
CEAL	: Centro de Estudios y Asistencia Legislativa.
COMERE	: Comisión Médica de Reclamos de accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.
COMPIN	: Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez.
DDHH	: Derechos Humanos.
DIAT	: Denuncia Individual de Accidente del Trabajo.
DIEP	: Denuncia Individual de Enfermedad Profesional.
DIPRES	: Dirección de Presupuestos.
DFL	: Decreto con Fuerza de Ley.
DL	: Decreto de Ley.
DS	: Decreto Supremo.
EFE	: Empresa de Los Ferrocarriles del Estado.
EP	: Enfermedad Profesional.
FONASA	: Fondo Nacional de Salud.
INP	: Instituto de Normalización Previsional.
ISAPRE	: Instituciones de Salud Previsional.
LM	: Licencia Médica.
MAELIC	: Maestro de Licencias Médicas.
PASIS	: Pensiones Asistenciales.
PBS	: Pensiones Básicas Solidarias.
SEREMI	: Secretaría Regional Ministerial.
SERVIU	: Servicio de Vivienda y Urbanización.
SIL	: Subsidio por Incapacidad Laboral.
SLM	: Sección de Licencias Médicas.
SUF	: Subsidio Familiar.
SUSESO	: Superintendencia de Seguridad Social.
TIC	: Tecnologías de Información y Comunicación.
ULM	: Unidad de Licencias Médicas
URLM	: Unidad de Recepción de Licencias Médicas
US	: Unidad de Subsidios

## **INTRODUCCIÓN.**

La Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, a través del Centro de Estudios y Asistencia Legislativa CEAL, se adjudicó la “Evaluación Comprehensiva del Gasto de las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez”, COMPIN, estudio llamado a licitación por la Dirección de Presupuesto del Ministerio de Hacienda.

El presente trabajo constituye el Informe Final elaborado por la Consultora a partir de los distintos mecanismos metodológicos que se han acordado con su mandante y la contraparte en la institución evaluada.

Este Informe abordará todos los aspectos relativos a la descripción y evaluación del Diseño Institucional de la COMPIN, sus mecanismos de coordinación, la estructura organizacional, mecanismos de gestión, procesos relevantes en la provisión de los productos estratégicos, recursos humanos, recursos físicos y tecnológicos; disciplina financiera, entre otros; todo lo anterior con apego a lo establecido en el Formato de Informe que la Dirección de Presupuesto del Ministerio de Hacienda ha proporcionado a la Consultora, en orden a dar un cabal cumplimiento a los tópicos requeridos en las bases de licitación.

Se realiza este estudio mediante la separación de los temas en cuatro grandes capítulos.

El primer capítulo describe a la Institución tal y como ha sido señalada por la contraparte en la institución evaluada, teniendo como principal punto de referencia, la matriz de evaluación comprehensiva del gasto de la COMPIN.

El segundo capítulo está dirigido a evaluar aquellos puntos que fueron descritos y/o identificados en el capítulo descriptivo de este Informe.

El tercer capítulo contiene las conclusiones a las que ha llegado la Consultora luego de evaluar los antecedentes tenidos a la vista.

El cuarto capítulo contiene aquellas recomendaciones que la Consultora estima pertinentes en atención a la descripción, evaluación y conclusiones que se hayan hecho valer.

Sin perjuicio de lo anterior, se incorpora en los Anexos del presente Informe, la descripción general del sistema de seguridad social, con el objeto de complementar, en conjunto con los demás anexos, los temas abordados en el estudio realizado



# EVALUACIÓN COMPREHENSIVA DEL GASTO

## Capítulo I.- Descripción

### 1. Definiciones Estratégicas de la Subsecretaría de Salud Pública.

En el presente apartado se describe la misión ministerial y los objetivos estratégicos de la Subsecretaría de Salud Pública definidos por la misma Institución para el año 2008, mediante el formulario A1 entregado a la Dirección de Presupuestos.

#### 1.1. Misión Subsecretaría de Salud Pública.

La Subsecretaría de Salud Pública describe su Misión de la siguiente forma:

“Asegurar a todas las personas el derecho a la protección en salud ejerciendo las funciones reguladoras, normativas y fiscalizadoras que al Estado de Chile le competen, para contribuir a la calidad de los bienes públicos y acceso a políticas sanitario – ambientales de manera participativa, que permitan el mejoramiento sostenido de la población, especialmente de los sectores más vulnerables, con el fin de avanzar en el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década”

#### 1.2. Objetivos Estratégicos Subsecretaría de Salud Pública.

Los objetivos estratégicos ministeriales de la Subsecretaría de Salud Pública, han sido definidos de la siguiente forma:

1. Abordar los nuevos desafíos de calidad de la salud de la población y acceso oportuno a las prestaciones e intervenciones de salud pública, a través del fortalecimiento de las Autoridades Sanitarias Regionales, velando por ambientes saludables y mejorando la calidad de vida de la población.
  - Número de Prioridad Gubernamental al cual se vincula<sup>32</sup>: 1, 2, 3 y 4
2. Ejecución monitoreo y evaluación de los Planes Regionales de Salud, incorporando el enfoque de los determinantes sociales, de equidad para la población y seguimiento de los objetivos sanitarios de la década, aumentando las intervenciones en los ámbitos de fiscalización, vigilancia, regulación, promoción y focalización en población vulnerable (niños, niñas y adultos mayores), incentivando la participación ciudadana.
  - Número de Prioridad Gubernamental al cual se vincula: 1, 2, 3 y 4

---

<sup>32</sup> Las Prioridades gubernamentales señaladas, están descritas en el punto 1.3 del presente Informe

3. Contribuir al proceso de diseño e implementación del Régimen de Garantías de Salud (GES) y al proceso de mejoramiento de la calidad de los servicios públicos de atención de salud, a través de la definición de garantías, elaboración técnica de guías clínicas, protocolos y canastas de prestaciones asociadas al GES.
  - Número de Prioridad Gubernamental al cual se vincula: 5
4. Proveer en calidad y cobertura los bienes de salud pública esenciales a la población, garantizando entre ellos vacunas, alimentación y vigilancia epidemiológica sanitaria – ambiental con el fin de mantener y mejorar la salud de las personas.
  - Número de Prioridad Gubernamental al cual se vincula: 1, 3 y 4
5. Coordinar con otros servicios públicos el enfrentamiento adecuado de las emergencias sanitarias ambientales y las materias y acciones que generan impacto sobre la población.
  - Número de Prioridad Gubernamental al cual se vincula: 1

### **1.3. Sistema de Programación Gubernamental.**

Las prioridades gubernamentales de la Subsecretaría de Salud Pública<sup>33</sup> han sido definidas de la siguiente forma:

1. Generar políticas públicas orientadas a desarrollar condiciones de vida para la salud y a fomentar competencias en la población para el auto cuidado y la protección de estilos de vida y entornos saludables.
  - Objetivo Estratégico de la Subsecretaría de Salud Pública al cual se vincula: 1, 2, 4, 5.
2. Incorporar buenas prácticas de atención, centradas en el usuario, la familia y comunidad, orientadas al trato digno, acogedor y amable, estimulando la participación social y el control ciudadano en salud, ampliando su injerencia en la definición de prioridades sanitarias. Con equipos de salud orgullosos de su quehacer, en ambientes laborales saludables y participativos.
  - Objetivo Estratégico de la Subsecretaría de Salud Pública al cual se vincula: 1, 2.

---

<sup>33</sup> Extraído de bases técnicas del estudio, anexo “Prioridades Gubernamentales: Subsecretaría de Salud”, página 32.

3. Garantizar el acceso universal al sistema integral de protección social; promoviendo el desarrollo de las potencialidades de niñas y niños desde la gestación, priorizando acciones en aquellos de mayor riesgo sanitario y social.
  - Objetivo Estratégico de la Subsecretaría de Salud Pública al cual se vincula: 1, 2, 4.
4. Mantener en óptimas condiciones la calidad de vida de los adultos mayores, fortaleciendo su autonomía, fomentando el auto cuidado y la red de protección social de su entorno inmediato, impulsando modelos integrales y participativos de prevención, protección y cuidado acorde a su condición.
  - Objetivo Estratégico de la Subsecretaría de Salud Pública al cual se vincula: 1, 2, 4.
5. Fortalecer la red asistencial pública, para responder en forma oportuna y de calidad, otorgando una atención integral de salud a la población en un proceso de garantías crecientes.
  - Objetivo Estratégico de la Subsecretaría de Salud Pública al cual se vincula: 3.

## **2. Definiciones Estratégicas de la COMPIN.**

A diferencia de lo que ocurre con las definiciones estratégicas de la SSP, la COMPIN no las poseía previo a la licitación del presente estudio. Por lo anterior, la COMPIN debió realizar un ejercicio para definir su Matriz de Evaluación Comprehensiva, la que incluyó las siguientes definiciones.

### **2.1. Misión de la COMPIN.**

La Misión Institucional de la COMPIN se define de la siguiente forma:

“Velar, de acuerdo a la ley, por el cumplimiento de normas médico legales, actuando como garante de la fe pública en la certificación de estados de salud y en la gestión de procesos técnicos y administrativos, garantizando en forma eficaz el acceso de los ciudadanos a los beneficios de la protección social en el ámbito de la enfermedad y la incapacidad, avanzando en la construcción y gestión de garantías de derecho”.

### **2.2. Objetivos Estratégicos de la COMPIN.**

Los objetivos estratégicos de la COMPIN son los siguientes:

6. Dar cumplimiento a la normativa de Seguridad Social, en el ámbito de competencia de las COMPIN, garantizando el respeto de los derechos de las personas.

7. Asegurar el acceso equitativo, oportuno y de calidad a la totalidad de los ciudadanos a las prestaciones médico legales vinculadas a la certificación de los estados de salud, la capacidad de trabajo o la recuperabilidad de los estados patológicos, asegurando el acceso y el ejercicio de los derechos de protección social por parte de la ciudadanía, en el ámbito de competencias de las COMPIN.
8. Determinar los estados de salud y pérdida de capacidad de ganancia de los beneficiarios de acuerdo a una toma de decisiones ajustada a derecho, administrativamente eficiente y éticamente sustentable.
9. Satisfacer los requerimientos de los usuarios externos, a partir enfoques renovados y modernos, a través de cambios de actitud y disposición institucional, asegurando que las garantías de derecho sean efectivamente ejercidas por los ciudadanos.
10. Mejorar, homologar y estandarizar la calidad técnica del servicio entregado, a través de la implementación, funcionamiento y monitoreo del modelo nacional de gestión de los procesos técnicos y administrativos de las COMPIN.

### **2.3. Productos Estratégicos (PE) y Subproductos (SPE) ordenados por Objetivo Estratégico.**

De conformidad a la matriz provista por la Institución, los productos estratégicos de las COMPIN son los siguientes:

- Evaluación y pronunciamiento por incapacidades transitorias.
- Evaluación y pronunciamiento por incapacidades permanentes.
- Certificación de la discapacidad.
- Otras funciones médico administrativas.
- Implementación y monitoreo del modelo de gestión.

Los PE de la Institución se relacionan con los OE de la siguiente forma (ver tabla I.1):

**Tabla I.1. Relación entre productos estratégicos y objetivos estratégicos.**

<b>Producto Estratégico</b>	<b>OE con el cual se relaciona</b>
Evaluación y Pronunciamiento por incapacidades transitorias.	1,2,3 y 4
Evaluación y pronunciamiento por incapacidades permanentes.	1,2,3 y 4
Certificación de la discapacidad.	1,2,3 y 4
Otras funciones médico administrativas.	1,2,3 y 4
Implementación y monitoreo del modelo de gestión.	5

**Fuente: DIPRES. Matriz Evaluación Comprehensiva del Gasto COMPIN. Base 2008. Tabla de elaboración propia.**

### **2.3.1. Evaluación y pronunciamiento por incapacidades transitorias.**

Este producto estratégico incluye siete (7) subproductos, donde destacan principalmente aquellos referidos a la resolución de licencias médicas y a la pesquisa de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales (ATEP). Sobre el particular se encuentran los siguientes subproductos:

#### **2.3.1.1. Resolución de licencias médicas de trabajadores afiliados a FONASA.**

El concepto de LM se encuentra en el “Reglamento para autorización de LM por las COMPIN e Instituciones de Salud Previsional”<sup>34</sup>, que en su artículo 1º prescribe lo siguiente:

“Se entiende por licencia médica el derecho que tiene el trabajador de 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, en adelante “él o los profesionales”, según corresponda, reconocida por su empleador en su caso, y autorizada por la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez, en adelante “COMPIN”, de la Secretaría Regional Ministerial de Salud, en adelante “SEREMI”, que corresponda o Institución de Salud Previsional según corresponda, durante cuya vigencia podrá gozar de subsidio de incapacidad laboral con cargo a la entidad de previsión, institución o fondo especial respectivo, o de la remuneración regular de su trabajo o de ambas en la proporción que corresponda”

Ahora bien, este subproducto excluye a aquellos trabajadores que están adscritos a una Institución de Salud Previsional por cuanto, en ese caso, se rigen por la Ley 18.933 que rige a las ISAPRE.

En este orden de cosas, se encuentran distintas alternativas en las cuales la COMPIN tiene que resolver las LM emitiendo un pronunciamiento:

- A) Autorizar,
- B) Rechazar,
- C) Ampliar,
- D) Reducir
- E) Dejar pendiente de resolución

La descripción detallada del proceso de tramitación, autorización y demás resoluciones que puedan recaer sobre la LM se realiza en el punto 3.3 de este Informe.

---

<sup>34</sup> Decreto Supremo nº 3 de 1984, publicado en el Diario Oficial de 28 de mayo de 1984

### **2.3.1.2. Pesquisa de ATEP (incluye accidentes del trayecto).**

El presente subproducto surge a partir de los objetivos sanitarios formulados por el Ministerio de Salud para la década 2000 – 2010. En razón de lo anterior se implementó un manual de procedimientos para la pesquisa de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales a partir de licencias médicas tipo 1 curativas de trabajadores afiliados a FONASA.

En él se establece que las coordinaciones entre la COMPIN y el departamento de Salud Ocupacional de las respectivas SEREMI deben ser definidas e implementadas regionalmente. No obstante lo anterior, el Manual señala algunas bases necesarias de cumplir para estos casos.

Sobre el particular, el manual se refiere a tres etapas que deben ser cumplidas en caso de pesquisar un ATEP, cuales son: sospecha, investigación y resolución.

El detalle del proceso se realiza en el punto 3.3 del presente Informe.

### **2.3.1.3. Resolución de LM por ATEP (Ley N° 16.744).**

Corresponde también a la COMPIN resolver las LM en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, tal y como se describió en los puntos anteriores.

En cuanto a los trabajadores a que está orientado este subproducto son los siguientes:

- Trabajador afiliado a FONASA y al INP como organismo administrador de la Ley N° 16.744
- Trabajador afiliado a ISAPRE y al INP como Organismo Administrador de la Ley N° 16.744.

Cabe hacer presente en este punto que el artículo 77° bis de la Ley N° 16.744 establece que el trabajador afectado por el rechazo de una LM o de un reposo médico por parte de los organismos del Servicio de Salud, ISAPRE o Mutualidades; basado en que la afección invocada no tiene origen profesional, deberá concurrir ante el organismo de régimen previsional a que este afiliado, que no sea el que rechazó la LM o el reposo médico, el cual estará obligado a cursarla de inmediato y a otorgar las prestaciones médicas o pecuniarias que correspondan, sin perjuicio de los reclamos posteriores y reembolsos, si procedieren, que establece dicho artículo.

Cualquier persona o entidad que se encuentra en esta situación, podrá reclamar directamente en la SUSESO por el rechazo de la LM o del reposo médico, debiendo ésta resolver, con competencia exclusiva y sin ulterior recurso, sobre el

carácter de la afección que dio origen a ella, en el plazo de 30 días contados desde la recepción de los antecedentes que se requieran o desde la fecha en que el trabajador afectado se hubiera sometido a los exámenes que disponga dicho Organismo, si éstos fueren posteriores.

Si la SUSESO resuelve que las prestaciones debieron otorgarse con cargo a un régimen previsional diferente de aquel conforme al cual se proporcionaron, el Servicio de Salud, el INP, la Mutualidad, la CCAF o la ISAPRE, según corresponda, deberán reembolsar el valor de aquellas al organismo administrador de la entidad que las solventó, debiendo este último efectuar el requerimiento respectivo. En dicho reembolso se deberá incluir la parte que debió financiar el trabajador en conformidad al régimen de salud previsional a que esté afiliado.

En el evento de que las prestaciones se hubieren otorgado conforme a los regímenes de salud dispuestos para las enfermedades comunes, y la SUSESO resolviera que la afección es de origen profesional, el FONASA o la ISAPRE que las proporcionó, deberá devolver al trabajador la parte del reembolso correspondiente al valor de las prestaciones que este hubiere solventado, conforme al régimen de salud previsional a que esté afiliado, con los reajustes e intereses respectivos. El plazo para su pago será de 10 días contados desde que se efectuó el reembolso. Si por el contrario la afección es calificada como común, y las prestaciones hubieren sido otorgadas como si su origen fuere profesional, el SNS o la ISAPRE que efectuó el reembolso deberá cobrar a su afiliado la parte del valor de las prestaciones que a este le corresponde solventar, según el régimen de salud de que se trate, para los cual, sólo se considerara el valor de aquellas.

#### **2.3.1.4. Resolución de reclamos en contra de ISAPRE por modificación o rechazo de licencias médicas o pago insuficiente de subsidio.**

Este subproducto implica dar cumplimiento al mandato legal contenido en la Ley N° 18.933 que crea la Superintendencia de ISAPRE, dicta normas para el otorgamiento de prestaciones por ISAPRE y deroga lo señalado en el D.F.L. N° 3, de 1981, del Ministerio de Salud.

Sobre el particular, los artículos 35° y siguientes establecen que las ISAPRE estarán obligadas respecto de sus beneficiarios a dar cumplimiento a lo establecido en la Ley N° 18.469, en lo relativo al otorgamiento de exámenes de medicina preventiva, protección de la mujer durante el embarazo y hasta el sexto mes del nacimiento del hijo y del niño hasta los seis años, así como para el pago de los subsidios cuando proceda. Añade la ley, que son las partes quienes deben establecer el mecanismo tendiente a proporcionar las prestaciones, sea por la Institución o por otras entidades o personas especializadas con quienes ésta convenga, o con otras, las que se otorgarán en las condiciones generales de la Ley N° 18.469, o superiores, si las partes acordaren. Los procedimientos y mecanismos para el otorgamiento de estos beneficios obligatorios serán sometidos por las Instituciones al conocimiento de la Superintendencia para su aprobación.

Con todo, el cotizante puede recurrir a la COMPIN correspondiente al domicilio que fije en el contrato, cuando estime que lo obtenido por concepto de las prestaciones pecuniarias a que se refiere el caso descrito en el párrafo anterior, es inferior a lo establecido en la Ley N° 18.469. El reclamo deberá ser presentado por escrito directamente ante dicha Comisión, señalando en forma precisa sus fundamentos.

La COMPIN conocerá del reclamo en única instancia, previo informe de la ISAPRE reclamada, que deberá emitirlo, a más tardar, dentro de los tres primeros días hábiles siguientes al requerimiento.

Transcurrido el plazo de 10 días hábiles, contado desde la fecha de presentación del reclamo, con o sin el informe a que se refiere el apartado anterior, la COMPIN emitirá su resolución y en ella fijará el plazo, condiciones y modalidades para su cumplimiento.

Si la ISAPRE no cumple con lo resuelto, el cotizante podrá solicitar el pago a la Superintendencia, la que hará efectiva la garantía a que se refiere el artículo 26°, hasta el monto del subsidio adeudado, pagándolo de inmediato. En tal caso, la ISAPRE deberá completar la garantía, sin perjuicio de la multa que correspondiere.

De conformidad al artículo 37°; las LM que sirvan de antecedente para el ejercicio de derechos o beneficios legales que deban ser financiadas por la ISAPRE con la que el cotizante haya suscrito el contrato, deberán otorgarse en los formularios cuyo formato determine el Ministerio de Salud y ser autorizadas por la ISAPRE respectiva.

La ISAPRE deberá autorizar la LM en el plazo de 3 días hábiles, contado desde la fecha de presentación de la respectiva solicitud, vencido el cual, se entenderá aprobada si no se pronunciare sobre ella.

Si la ISAPRE rechaza o modifica la LM, el cotizante podrá recurrir ante la COMPIN del domicilio que haya fijado en el contrato respectivo, mismo derecho que tiene el empleador respecto de las licencias que haya autorizado la ISAPRE.

#### **2.3.1.5. Resolución de incapacidad temporal de bomberos por lesiones en acto de servicio.**

En virtud del D.L. N° 1757 de 1977, legislación que fija los beneficios por accidentes y enfermedades que afecten a los voluntarios de cuerpos de bomberos de Chile producto de actos de servicio; los accidentes que sufran y las enfermedades que contraigan en actos de servicio, con ocasión de concurrir en ellos o en el desarrollo de labores que tengan relación directa con la institución de Bomberos, darán derecho a las indemnizaciones y beneficios que contempla el citado DL.



Con todo, las circunstancias de hecho señaladas en el párrafo precedente, serán certificadas por Carabineros de Chile. La naturaleza de la incapacidad producida y de la enfermedad contraída, según corresponda, serán comprobadas y certificadas por la COMPIN del lugar del siniestro. La certificación debe contener y determinar la naturaleza de la incapacidad producida o de la enfermedad contraída, calificando la incapacidad como temporal o permanente y determinando, en cada caso, el grado o porcentaje de incapacidad física o intelectual que afecte al accidentado o enfermo. Sin perjuicio de lo anterior, y en tanto se produzca la certificación señalada precedentemente, para obtener los beneficios que otorga este DL por incapacidad temporal bastará un certificado otorgado por el médico tratante.

La Superintendencia de Valores y Seguros por un plazo de 3 años, contado desde la fecha en que se dictaminó la invalidez, pagará transitoriamente la pensión correspondiente. Transcurrido dicho plazo, el voluntario deberá someterse a un nuevo dictamen de incapacidad ante la COMPIN, a fin de acreditar el grado y condición de invalidez de su afección. Este dictamen será considerado definitivo para los efectos del pago de la renta vitalicia.

En caso de muerte, el cónyuge sobreviviente y los hijos menores de 18 años, tendrán derecho a una renta vitalicia conjunta, equivalente a 25 UF, con derecho a acrecer. Con todo, los mayores de 18 años que estuvieren impedidos de ejercer una profesión u oficio, por encontrarse absoluta o definitivamente incapacitados física o mentalmente, podrán seguir gozando de esta renta. Esta circunstancia de hecho también debe ser comprobada y certificada por la COMPIN

Los afectados por resoluciones adoptadas por la SVS o por la COMPIN, podrán solicitar su reconsideración, sin perjuicio de apelar de ellas ante el superior jerárquico correspondiente.

#### **2.3.1.6. Resolución de cambio de faena por enfermedad común de trabajadores con licencia médica afiliados a FONASA. (D.S. N° 3 / 84 Reglamento de LM).**

El artículo 51° del D.S. N° 3 del año 1984 señala que el empleador debe adoptar todas las medidas necesarias, destinadas a controlar el debido cumplimiento de la licencia de que hagan uso sus trabajadores. Del mismo modo, debe respetar rigurosamente el reposo médico de que hagan uso sus dependientes, prohibiéndoles que realicen cualquier labor durante su vigencia.

Igualmente deberá procurar el cambio de las condiciones laborales del trabajador en la forma que determine la COMPIN para atender al restablecimiento de su salud, siendo entonces dicha Institución la que debe resolver sobre el cambio de faena.

### **2.3.1.7. Calificación de ATEP y eventual cambio de faena de trabajador con o sin licencia médica (D.S. N° 109 del Ministerio del Trabajo y Seguridad Social).**

En este sentido, el artículo 17° del DS señalado, establece que la COMPIN o la Mutuality, según corresponda, deberá instruir a la entidad empleadora en donde preste servicios el trabajador, al momento de la calificación de una enfermedad profesional, el traslado de éste a otras faenas donde no esté expuesto al agente causante de la respectiva enfermedad, conforme lo dispone el artículo 71 de la ley N° 16.744. Dicha instrucción será obligatoria para la entidad empleadora y su adecuado cumplimiento deberá ser controlado por el respectivo organismo administrador.

### **2.3.2. Evaluación y pronunciamiento por incapacidades permanentes.**

Este producto estratégico se refiere, principalmente, a la certificación que debe realizar la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez respecto de algunos tipos de incapacidades, para determinar si el beneficiario en cuestión puede acceder o no a ciertos beneficios o prestaciones del sistema de protección social.

Dentro de él se encuentran varios subproductos respecto de los cuales destacan la resolución para acceder a beneficios previsionales para el caso de pensiones contributivas y la resolución para acceder a beneficios no previsionales (beneficios no contributivos).

Sobre el particular se encuentran los siguientes subproductos:

#### **2.3.2.1. Resolución para acceder a beneficios previsionales (respecto de pensiones contributivas).**

- **Pensiones de Invalidez del INP.**

A la COMPIN le corresponde la declaración de Invalidez para acceder a los beneficios que podían obtener aquellas personas que eran imponentes del antiguo sistema previsional; donde destacaban las siguientes Cajas: SERVICIO DE SEGURO SOCIAL (S.S.S), CANAEMPU Y PERIODISTAS, EMPART, TRIOMAR, EE.MM. (Empleados Municipales), entre otras; tal como se ilustra, a modo descriptivo en el cuadro que se incluye en el Anexo 1 del presente Informe.

- **Pensiones de Orfandad y Viudez del INP.**

Al igual que en el caso anterior, al INP le corresponde la administración de estas pensiones, respecto de las cuales se exige como requisito la certificación previa de la COMPIN sobre alguno de los beneficiarios, o bien, de quien sea dependiente del beneficiario.

Por ejemplo: en el caso de la pensión de viudez, ésta corresponde a la viuda sobreviviente o al viudo declarado inválido por la COMPIN. En el caso de la pensión de orfandad, corresponde a los hijos menores de 18 años, salvo que se declare la invalidez del hijo por la COMPIN, en cuyo caso, no opera el límite de edad.

- **Asignación Familiar DUPLO. (Artículo 14° DFL N° 150° del Ministerio del Trabajo y Previsión Social).**

Es un tipo de asignación familiar (beneficio económico): aquella que se concede a quienes sufren algún grado de invalidez, certificado por la COMPIN, en cuyo caso, la asignación familiar normal se eleva al doble (y de ahí su nombre). Se otorga sin fecha de vencimiento, no obstante se exige una evaluación médica cada 3 años para mantener la vigencia del beneficio.

- **Seguro de vida Ex CANAEMPU (D.F.L. N° 1.340).**

Beneficio en dinero que se paga por una sola vez a los beneficiarios de los imponentes que hayan fallecido siendo afiliados activos o jubilados.

Entre las personas que por ley no tienen derecho al seguro de vida, se encuentra el hijo varón mayor de 21 años, salvo que este haya sido declarado inválido por la COMPIN, en cuyo caso, podrá optar al beneficio.

### **2.3.2.2. Resolución o pronunciamiento para acceder a beneficios no previsionales (no contributivos).**

Este subproducto se refiere principalmente a las Pensiones Asistenciales (PASIS), la certificación de deficiencia mental y los beneficios derivados de la ley de Exonerados Políticos, Ley número N° 19.234.

Por lo tanto, a modo de resumen, este subproducto admite distinguir 3 subgrupos:

- Pensiones Asistenciales (PASIS)
  - Asignación Familiar.
  - Pensión asistencial para personas de escasos recursos.
  - Subsidio familiar (SUF) para personas de escasos recursos.
- Certificación de deficiencia mental.
- Beneficios relativos a la Ley de Exonerados Políticos.

#### **• Pensiones Asistenciales (PASIS)**

Dentro del ámbito de las pensiones asistenciales, es posible encontrar la asignación familiar, la pensión asistencial para personas de escasos recursos y el subsidio familiar para personas de escasos recursos.

La **asignación familiar** (D.F.L. N° 150 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social) es una prestación de carácter económico que se asigna a un trabajador o pensionado, por las personas que causen la asignación y que vivan a sus expensas, cumpliendo los demás requisitos del DFL mencionado.

Una vez más, la misión de la COMPIN en este caso es certificar la invalidez de alguno de los intervinientes. Por ejemplo: los hijos hasta los 18 años y los mayores de esta edad, hasta los 24 años, solteros, que sigan cursos regulares en la enseñanza media, normal, técnica, especializada o superior, en instituciones del Estado o reconocidas por éste, pero, los hijos inválidos no tienen limitación de edad.

El requisito común para acceder al beneficio es vivir a expensas del beneficiario que lo invoque y no disfrutar de una renta igual o superior al 50% del Ingreso Mínimo Mensual. No se considera renta para estos efectos la pensión de orfandad.

Como se dijo anteriormente, los causantes declarados inválidos dan derecho al pago de una asignación aumentada al duplo.

En cuanto a la **pensión asistencial para personas de escasos recursos** (DL N° 869 de 1985), ella es pensión mensual que se otorga a determinados beneficiarios, carentes de recursos<sup>35</sup>, que no han podido obtener beneficio alguno por algún régimen previsional. Se financia con aportes enteramente fiscales.

En cuanto a los beneficiarios de ella, se trata de personas mayores de 65 años de edad que carezcan de recursos, inválidos mayores de 18 años de edad que carezcan de recursos (invalidez que debe ser evaluada y declarada por el Servicio de Salud correspondiente, es decir, la COMPIN); deficientes mentales, de cualquier edad, carentes de recursos, que no sean causantes de asignación familiar (su condición debe ser evaluada y declarada por la COMPIN), pudiendo estos últimos postular por intermedio de la persona que los tenga a su cargo.

Las pensiones asistenciales son otorgadas por las Intendencias Regionales de acuerdo con los informes socio-económicos elaborados por los Departamentos de Desarrollo Social de las Municipalidades.

---

<sup>35</sup> Existe un mecanismo legal para determinar cuando una persona carece de recursos, establecido en el artículo 1° del DL citado, que establece que: "Se entenderá que carece de recursos la persona que no tenga ingresos propios o, de tenerlos, ellos sean inferiores al 50% de la pensión mínima establecida en el inciso segundo del artículo 26° de la ley N° 15.386 y siempre que, además, en ambos casos el promedio de los ingresos de su núcleo familiar, si los hubiere, sea también inferior a ese porcentaje. Dicho promedio se determinará dividiendo el ingreso total del núcleo familiar por el número de personas que lo componen. Para este mismo efecto se considerará que componen el núcleo familiar todas aquellas personas que, unidas o no por vínculos de parentesco, conviven en forma permanente bajo un mismo techo.(Luis)

El pago de las pensiones asistenciales es efectuado por el INP, de acuerdo con las resoluciones que le remiten las Intendencias Regionales. Las pensiones asistenciales se devengan a contar del día 1º del mes siguiente al de la fecha de las resoluciones que las conceden.

Estas pensiones asistenciales son incompatibles con el goce de cualquier pensión; y quienes deseen solicitarla deben renunciar a la otra. Por el contrario, quienes están gozando de una pensión asistencial y cumplan con los requisitos para impetrar alguna del Sistema de Seguridad Social, pueden renunciar a la pensión asistencial en la solicitud de nueva pensión.

En cuanto al **subsidio familiar para personas carentes de recursos (SUF)**, (Ley N° 18.020), se trata de un subsidio para personas que no pueden acceder al beneficio de Asignación Familiar del DFL N° 150, por no ser trabajadores dependientes afiliados a un sistema previsional.

Las solicitudes de SUF deben ser presentadas ante la Municipalidad correspondiente, la que comprueba la calidad de beneficiario y la existencia de los requisitos, mediante declaraciones, informes escritos u otras diligencias que lleven a la convicción de la procedencia del beneficio. Luego de comprobada la calidad de beneficiario y el cumplimiento de los requisitos, el Alcalde respectivo dicta una Resolución fundada de reconocimiento, la que inscribe en un registro especial y enseguida la remite al INP, para el pago del beneficio.

Al igual que en los casos anteriores, la misión de la COMPIN será evaluar y certificar la invalidez para optar al beneficio, así por ejemplo, tienen derecho a gozar de dicho beneficio los menores hasta los 18 años de edad y los inválidos de cualquier edad, que vivan a expensas del beneficiario, que participen de los programas de salud establecidos por el Ministerio de Salud para la atención infantil (hasta los 8 años) y que no perciban renta igual o superior al valor del Subsidio Familiar.

Finalmente, cabe destacar que existe incompatibilidad entre este beneficio (SUF) y el D.F.L. N° 150 (Asignación Familiar) y D.L. N° 869 (Pensión Asistencial).

El día lunes 1 de julio del año 2008, se dio comienzo a la Reforma Previsional (Ley N° 20.255). Una de las etapas del sistema comenzó con las PASIS por vejez e invalidez, que se transformaron en **PENSIONES BÁSICAS SOLIDARIAS (PBS)** de vejez e invalidez, respectivamente. Hasta antes de la fecha señalada, se recibía entre 45 mil y 52 mil pesos por concepto de PASIS, según la edad del beneficiario. Actualmente pasan a 60 mil pesos por el año 2008 (más un bono único de invierno de 20 mil) y aumentan a 75 mil pesos desde junio del 2009.

A las PBS tienen derecho todas las personas que reciban PASIS y además, los mayores de 65 años pertenecientes al 40% más pobre de la población. Se transforman en pensiones indefinidas hasta el momento de fallecimiento del

usuario, siempre y cuando no cambien las condiciones básicas en las que fueron concedidas.

Con todo, ya no corresponde a la COMPIN la certificación de invalidez para acceder a la PBS, sino a una Comisión Médica Regional, integrada por 3 médicos contratados por la Superintendencia de Pensiones.

- **Certificación de deficiencia mental (Ley N° 18.600 – 19284 – DS 2505)**

El artículo 4° del D.S. N° 2505 del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial del 07 de marzo de 1995, señala: “A solicitud del interesado, de las personas que lo representen, o del Ministerio de Planificación y Cooperación, las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez, de los Servicios de Salud, en adelante COMPIN, y las instituciones públicas y privadas reconocidas para estos efectos por el Ministerio de Salud, deberán evaluar, constatar, calificar y declarar la condición de persona con discapacidad. Asimismo, deberán realizar su reevaluación, cuando se funde en la aparición de nuevas deficiencias o discapacidades o en la agravación de las ya reconocidas. En la solicitud respectiva deberá indicarse el impedimento o deficiencia en que se funda la discapacidad”

- **Beneficios relativos a la Ley de Exonerados Políticos (Ley N° 19.234)**

Este cuerpo normativo establece que los exonerados políticos a que se refiere, que a la fecha de su exoneración o despido tenían los períodos de afiliación computable que en él se señalan en la respectiva institución previsional del sistema antiguo de pensiones, y que al momento de su cesación en funciones no hubieran causado pensión, podrán solicitar al Presidente de la República, por intermedio del Ministerio del Interior, que se declare su derecho a obtener pensión, no contributiva, de invalidez o de vejez, según corresponda, si con posterioridad a su cesación en funciones, sea antes o después de la vigencia de la ley citada, fueron declarados inválidos por el hecho de encontrarse incapacitados física o mentalmente para el desempeño de un empleo, a juicio de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez del Servicio de Salud correspondiente al domicilio del interesado, o que alcanzaren la edad de 60 o 65 años, según si se tratare de mujeres u hombres, respectivamente (artículo 6° Ley N° 19.234).

### **2.3.2.3. Resolución para acceder a beneficios pecuniarios de la Ley N° 16.744 (ATEP).**

La ley sobre ATEP permite distinguir distintos grados de Invalidez. El criterio general, es el porcentaje en la disminución o pérdida en la capacidad de ganancia de una persona.)

**A. Invalidez Parcial:** es la disminución en la capacidad de ganancia, presumiblemente permanente, que sea igual o superior a 15% e inferior al 70%.

Legalmente admite dos “tramos”:

- Igual o superior a 15% e inferior a 40%. En este caso el beneficio previsional (pecuniario) es una indemnización que se paga por una sola vez.
- Igual o superior a 40% e inferior a 70%, en cuyo caso nace el derecho a una pensión mensual equivalente al 35% del sueldo base, cuyo pago corresponde efectuar al organismo Administrador de la Ley 16.744 correspondiente, hasta que el beneficiario cumpla la edad para jubilar.

**B. Invalidez Total:** Es la pérdida en la capacidad de ganancia, igual o superior a 70%. En este caso, nace el derecho a percibir una pensión mensual (70% sueldo base) hasta el cumplimiento de la edad para jubilar.

**C. Gran Invalidez:** Implica que una persona requiere el auxilio de otras para realizar los actos elementales de su vida. Nace el derecho a un suplemento de pensión equivalente al 30% del sueldo base, que en conjunto con el anterior 70%, completan la remuneración íntegra del beneficiario.

En este sentido, el artículo 76° del DS 101 establece el procedimiento para la declaración, evaluación y/o reevaluación de las incapacidades permanentes, proceso del cual la COMPIN es uno de los protagonistas.

#### **2.3.2.4. Resolución de salud irrecuperable de funcionario público (para acceder a los Beneficios del Estatuto Administrativo, Ley N° 18.834).**

Respecto de este subproducto, el artículo 146° del Estatuto Administrativo señala que si se hubiere declarado irrecuperable la salud de un funcionario, éste deberá retirarse de la administración dentro del plazo de seis meses, contado desde la fecha en que se le notifique la resolución por la cual se declare su irrecuperabilidad. Si transcurrido este plazo el empleado no se retirare, procederá la declaración de vacancia del cargo.

A contar de la fecha de la notificación y durante el referido plazo de seis meses el funcionario no estará obligado a trabajar y gozará de todas las remuneraciones correspondientes a su empleo, las que serán de cargo del empleador.

Por su parte, el artículo 17° transitorio establece que corresponderá a la respectiva Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez pronunciarse acerca de si el estado de salud de los funcionarios afectos a los regímenes de previsión a que se refiere el D.L. N° 3.501, de 1980, es o no recuperable. **Si no lo fuere, el funcionario deberá retirarse de la Administración Pública dentro del plazo de seis meses contados desde que el jefe superior de la institución le notifique mediante la transcripción de la resolución de irrecuperabilidad que le afecta, emitida por dicha Comisión, la que deberá ser comunicada a la respectiva entidad.**

#### **2.3.2.5. Resolución de salud irrecuperable solicitadas por ISAPRE respecto de sus cotizantes (Decreto N° 3 de 1984).**

Quien describe legalmente el presente subproducto es el artículo 22° del Decreto señalado. Dicha norma establece que las ISAPRES, en la situación de afecciones que estimen irrecuperables, podrán solicitar la declaración de invalidez del cotizante afecto al Sistema Previsional establecido en el D.L. N° 3.500, de 1980, a las COMERE, creadas por el artículo 11°, del mismo texto legal; pero, en el caso de los cotizantes que no estén afectos al sistema previsional establecido en el D.L. N° 3.500 de 1980, la ISAPRE solicitará dicha declaración de invalidez a la COMPIN correspondiente.

#### **2.3.2.6. Resolución de acceso a beneficios de Bomberos por lesiones en acto de servicio.**

Le corresponde a la COMPIN certificar las lesiones en actos de servicio del cuerpo de voluntarios de bomberos, para acceder a los beneficios que establece el DL N° 1.757 del año 1977.

#### **2.3.2.7. Resolución para acceder a beneficios de trabajadores de EFE por lesiones en acto de servicio.**

Similar al caso de bomberos, este subproducto implica la certificación de la COMPIN para acceder a los beneficios a los que pueden optar los trabajadores de EFE.

#### **2.3.2.8. Resolución para acceder a beneficios del seguro de desgravamen por invalidez del SERVIU .**

El presente subproducto implica la participación de la COMPIN para certificar la invalidez del beneficiario de una vivienda SERVIU en orden a indemnizar o extinguir el saldo de la deuda del deudor hipotecario declarado inválido.

#### **2.3.2.9. Resolución para acceder a condonación del crédito fiscal universitarios por invalidez o muerte.**

En este sentido, la Ley N° 19.287 en su artículo 17° establece que los administradores generales de los respectivos fondos estarán facultados para condonar las deudas de crédito de quienes se encuentren física o intelectualmente incapacitados en forma permanente para trabajar, circunstancia que deberá ser acreditada por la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez correspondiente a su domicilio. En todo caso, la muerte del deudor causará la extinción de la deuda.



### **2.3.3. Certificación de la discapacidad.**

Tal y como su nombre lo señala, el presente producto estratégico se refiere a la Certificación que debe realizar la Comisión de Medicina Preventiva en relación a la discapacidad de personas que quieren optar a algún beneficio determinado. En este sentido, la COMPIN tiene competencia exclusiva para calificar y diagnosticar las discapacidades, tal como se señala en el artículo 7° inciso 2 de la ley 19.284.

Sobre el particular, se pueden encontrar dentro de este producto, los siguientes subproductos:

#### **2.3.3.1. Certificación para inscripción en el Registro Nacional de Discapacidad. (Ley N° 19.284 que establece normas para la plena integración social de personas con discapacidad).**

En este sentido, la ley mencionada creó en su artículo 46° el Registro Nacional de la Discapacidad, a cargo del Servicio de Registro Civil e Identificación, cuyo objetivo es reunir y mantener los antecedentes de las personas con discapacidad y de los organismos que se señalan en el artículo 47° del mismo cuerpo legal, en la forma que establezca el reglamento.

Dicho registro debe inscribir a las personas con discapacidad que lo solicitaron y que acompañen el correspondiente certificado emitido por la COMPIN y cancelar la inscripción de las personas señaladas en los números 1 y 2 del artículo 47° cuando así lo requiera el Ministerio de Planificación y Cooperación o la misma COMPIN.

En virtud de lo anterior, el reglamento para evaluación y calificación de la discapacidad (D.S. N° 2505 de 1985 del Ministerio de Salud), en su artículo 4° dispone que: a solicitud del interesado, de las personas que lo representen, o del Ministerio de Planificación y Cooperación, las COMPIN, y las instituciones públicas y privadas reconocidas para estos efectos por el Ministerio de Salud, deberán evaluar, constatar, calificar y declarar la condición de persona con discapacidad. Asimismo, deberán realizar su reevaluación, cuando se funde en la aparición de nuevas deficiencias o discapacidades o en la agravación de las ya reconocidas. En la solicitud respectiva debe indicarse el impedimento o deficiencia en que se funda la discapacidad.

Las personas sometidas al proceso de diagnóstico y calificación deben concurrir a los exámenes y entrevistas a que sean citadas por la COMPIN, bajo apercibimiento de suspensión de la tramitación de la solicitud respectiva, a menos que acrediten que estuvo impedida para concurrir. Cuando se aplique la medida de suspensión, no podrá continuarse la tramitación antes de 6 meses.

### **2.3.3.2. Certificación para el acceso a beneficios arancelarios para importación de vehículos para discapacitados lisiados. (Ley N° 17.238).**

Este subproducto implica una certificación de la COMPIN para acceder a los beneficios arancelarios que se establecen en la Ley N° 17.238 (artículo 6°) y N° 19.284 (artículos 39 y siguientes).

Por su parte, el D.S. N° 1950, del Ministerio de Hacienda, que reglamenta la importación de vehículos para personas lisiadas, establece que podrán importarse con cargo a la ley citada, los vehículos que normalmente se fabrican sin motor, como triciclos, sillas de ruedas, etc., siempre que vengan con características especiales que signifiquen modificaciones a su estructura acostumbrada o hayan sido hechas especialmente para personas lisiadas. Además, pueden importarse vehículos motorizados de hasta 2000 kilogramos de capacidad de carga que contengan equipos especiales para personas lisiadas. Con todo, en casos calificados, puede importarse además del vehículo, una silla de ruedas, si en total no exceden US \$2500 FOB.

### **2.3.3.3. Certificación de discapacidad de víctimas de violación de DD.HH. (Ley N° 19.992).**

Este subproducto se refiere a los beneficios médicos que establece la Ley N° 19.992 en el título II, artículos 9° y siguientes.

En este sentido, se señala que las víctimas directamente afectadas por violaciones a los derechos humanos (de las individualizadas en el anexo “Listado de prisioneros políticos y torturados”, de la Nómina de Personas Reconocidas como Víctimas, que forma parte del Informe de la Comisión Nacional sobre Prisión Política y Tortura, creada por el D.S. N° 1.040, de 2003, del Ministerio del Interior.) tienen derecho a recibir por parte del Estado, los apoyos técnicos y la rehabilitación física necesaria para la superación de las lesiones físicas surgidas a consecuencia de la prisión política o la tortura, cuando dichas lesiones tengan el carácter de permanentes y obstaculicen la capacidad educativa, laboral o de integración social del beneficiario.

En cuanto al procedimiento para acreditar la discapacidad será el señalado en la Ley N° 19.284 que, como se señaló anteriormente, establece normas para la plena integración social de personas con discapacidad.

### **2.3.4. Otras funciones médico – administrativas.**

Este producto estratégico agrupa a las demás funciones que debe realizar la COMPIN y que no son incorporables en los productos anteriormente señalados.

Sobre el particular, comprende los siguientes subproductos:

**2.3.4.1. Dictaminar sobre imputabilidad por sumario administrativo de funcionarios públicos (Leyes N° 19.070; 19.378; 18.834; 18.883).**

Corresponde a las COMPIN realizar el examen médico de imputabilidad del funcionario público cuestionado, en orden a determinar si es posible que se haga efectiva la responsabilidad sobre él, respecto del delito o acto que se le imputa.

**2.3.4.2. Certificación de ingreso a la Administración Pública.**

Corresponde, asimismo, a la COMPIN; la certificación de salud compatible que se requiera para que un funcionario público pueda ser investido en un cargo determinado.

**2.3.4.3. Certificar el estado de salud para acceder a beneficios del seguro de accidentes escolares (Ley N° 16.744).**

Dicho cuerpo normativo establece que el estudiante que, como consecuencia de un accidente escolar, perdiere su capacidad para trabajar, actual o futura, según evaluación que deberá hacer el Servicio de Salud (COMPIN), podrá tener derecho a una pensión de invalidez, según el grado o porcentaje de invalidez que presente, certificado por la Comisión señalada.

**2.3.4.4. Resolución para acceder a beneficios del seguro obligatorio de la Ley de Tránsito. Seguro Obligatorio de Accidentes Personales (SOAP) para propietarios de vehículos motorizados (Ley N° 18.490).**

Por ley, todas las indemnizaciones que correspondan por aplicación del Seguro Obligatorio de Accidentes Personales, se pagarán previa denuncia del accidente y presentación en la Compañía de Seguros del certificado emitido por Carabineros de Chile y de los documentos que acrediten la muerte, la incapacidad total o parcial (emitido por la COMPIN), las lesiones sufridas o los gastos incurridos a consecuencia del accidente.

Con todo, también es necesario acompañar los certificados, boletas, facturas o comprobantes de gastos en que se haya incurrido y los documentos que acrediten legalmente la calidad de beneficiario del seguro, a objeto de obtener la indemnización correspondiente.

**2.3.4.5. Resolución en caso de enfermedad catastrófica solicitada por el SERVIU. (D.S. N° 105 de 2004 del Ministerio de Vivienda y Urbanismo).**

Este SPE está regulado en el Decreto Supremo N° 105; año 2004, del MINVU, que “Dispone beneficios que indica para deudores de los SERVIU afectados por enfermedades catastróficas”. En su artículo 6° establece que la certificación del diagnóstico de la enfermedad invocada por el interesado, la realizará la COMPIN.

Lo anterior tiene como fin el otorgamiento de una subvención, regulada en los artículos 9° y 10° para deudores SERVIU que sufran alguna “enfermedad catastrófica”; la que se define en el artículo 4° como “aquella de tipo terminal, crónica o mental, que por su gravedad pone en riesgo la vida del paciente o lo imposibilita para trabajar. Asimismo, aquella que sin ser de los tipos señalados precedentemente, ponga en riesgo la vida del paciente o lo imposibilite para trabajar y cuyo costo de tratamiento represente para el grupo familiar un desembolso superior al 30% de su ingreso, descontando de éste el valor del dividendo, tomando como base de cálculo un período de 6 meses.

#### **2.3.4.6. Certificación de asignación familiar 5° mes de embarazo (DL N° 150).**

Este subproducto está referido a determinadas trabajadoras comprendidas en las letras a), b) y c)<sup>36</sup> del artículo 2° del DL 150, quienes tienen derecho a una asignación maternal que será de monto igual al de la asignación familiar, la que se paga por todo el período del embarazo.

Su pago se hace exigible a partir del quinto mes de embarazo, previa certificación competente de tal hecho y de su control, extendiéndose con efecto retroactivo por el período completo de la gestación.

Igual derecho tienen los beneficiarios mencionados en las letras indicadas en el inciso primero del artículo 2°, respecto de sus cónyuges embarazadas que sean causantes de asignación familiar.

#### **2.3.5. Implementación y Monitoreo del Modelo de Gestión.**

Este Modelo de Gestión es un producto que provee la Unidad de Coordinación Nacional de las COMPIN, cuya función, entre otras, dice relación con el hecho de velar por el mejoramiento de la Institución a nivel nacional.

Esta Unidad es quien diseñó y se encuentra implementando el Modelo Nacional de Gestión, orientado a la satisfacción de los requerimientos de los usuarios, tanto internos como externos, a partir de enfoques de gestión médico administrativa renovados y modernos, que procuren cambios de actitud y disposición institucional, en coherencia con definiciones básicas de modernización de las COMPIN.

Ahora bien, la Consultora entiende que este Modelo de Gestión, no es un Producto Estratégico de COMPIN. Primero que todo, porque la provisión del mismo es de cargo de la Unidad ya señalada y segundo, porque no dice relación con una actividad propia de la Institución, sino con la intención estratégica de

---

<sup>36</sup> La normativa señalada establece los siguientes beneficiarios: a) Todos los trabajadores dependientes de los sectores público y privado; b) Los trabajadores independientes afiliados a un régimen de previsión que al 1° de Enero de 1974 contemplara en su favor y entre sus beneficios el de la asignación familiar; c) Los señalados en las letras anteriores que se hallen en goce de subsidios de cualquier naturaleza

jerarquías superiores, en orden a buscar mejoras en las funciones y actividades propias de la COMPIN.

Sin perjuicio de lo anterior, se describe en este apartado dicho Modelo, en función de los principios que lo sustentan, los objetivos que pretende alcanzar, los fundamentos para el logro de estos objetivos, los actores que participan en él y las relaciones entre éstos y la estructura organizacional y funciones diseñadas para su implementación.

### **Principios fundamentales:**

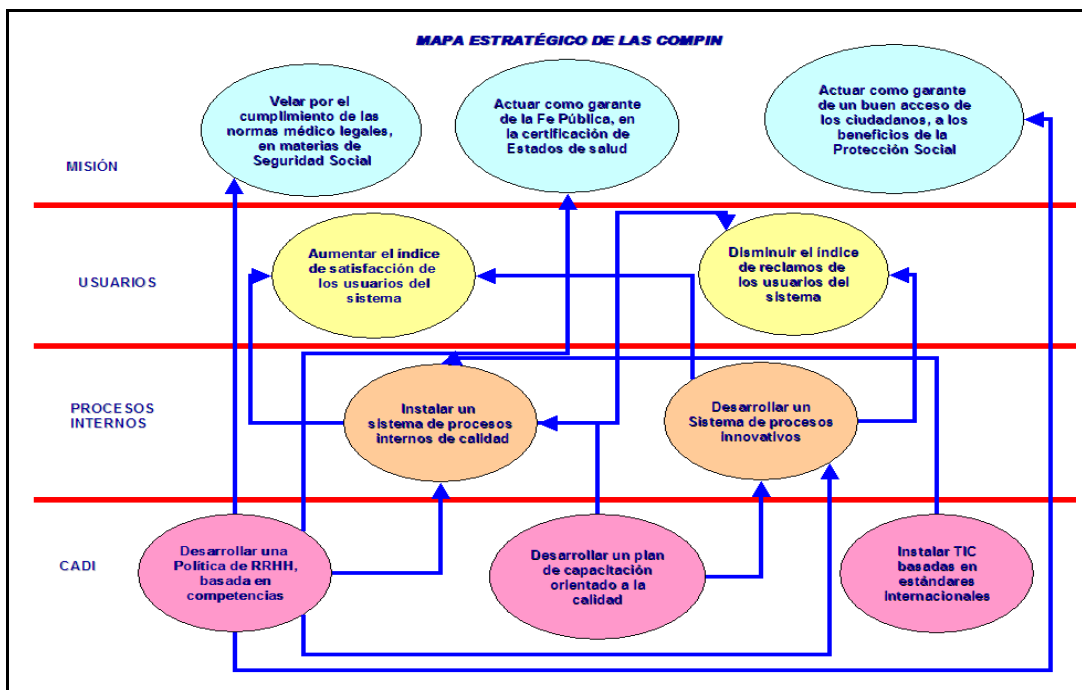
El modelo de gestión se sustenta en los siguientes principios:

- a. Las COMPIN forman parte del Sistema de Protección Social del Estado de Chile, como instancia técnica médico-legal.
- b. Son un referente social garante de la fe pública, cercano y accesible a la ciudadanía.
- c. Su rol es determinante para el acceso a los beneficios de la protección social, particularmente para los más desposeídos, especialmente en la certificación de la Discapacidad.
- d. En las SEREMI de salud se suman al fortalecimiento de la autoridad sanitaria por medio de acciones fiscalizadoras específicas.
- e. Tienen un papel relevante en el acceso de los trabajadores y trabajadoras a los beneficios y cobertura del seguro social de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales

### **Objetivos:**

Los objetivos que se pretende alcanzar mediante el Modelo de Gestión se presentan en la siguiente figura.

Figura I.1. Objetivos nuevo modelo de gestión COMPIN.



Fuente: Coordinación Nacional de COMPIN. COMPIN: Nuevo modelo de Gestión.

### Fundamentos:

Para el logro de estos objetivos se han definido siete fundamentos en los que se debe enfocar la gestión:

- 1.- Orientación hacia los usuarios, su entorno inmediato y la comunidad
- 2.- Liderazgo Directivo
- 3.- Gestión de las Competencias Profesionales
- 4.- Planificación y Control de gestión
- 5.- Gestión de Procesos
- 6.- Gestión de Resultados
- 7.- Auditoría interna

### Actores:

El modelo considera 3 actores principales, que se relacionan entre sí de acuerdo al marco normativo vigente:

- **COMPIN y Subcomisión (SC):** como prestador de una modalidad técnico-administrativa de evaluación médico legal que da lugar a un pronunciamiento para que las personas puedan acceder a los beneficios de la Seguridad social

que les corresponda y los empleadores en su caso y las autoridades administrativas, tomen las medidas necesarias.

- **Usuarios y/o beneficiarios:** Son las personas, trabajadores o no trabajadores, objeto de algún beneficio, o entidades que solicitan a la COMPIN y SC, previa evaluación médico legal, un pronunciamiento de constatación, declaración o certificación del estado de salud propio o de un tercero.
- **Instituciones Relacionadas:** corresponde a aquellos organismos públicos o privados que interactúan con la COMPIN y SC, en el ámbito de sus facultades y en concordancia con la normativa vigente, para proveer antecedentes para mejor resolver como son las ISAPRES, FONASA, Empleadores, Servicios de Salud, INP, mutuales de seguridad, etc. De igual modo tales organismos demandan de la COMPIN y SC pronunciamientos sobre materias que afectan a sus funcionarios, afiliados y usuarios propios, como ocurre con las AFP, las ISAPRES, Empleadores, INP, mutuales de seguridad, etc.. En el ámbito técnico destaca el rol de las Superintendencias de Seguridad Social y de Pensiones, como instancias superiores reguladoras y mandantes. Finalmente se distinguen otras entidades con un rol más pasivo, por cuanto sólo acogen o transitan los pronunciamientos, siendo el caso de las CCAF, el Servicio de Registro civil, etc.

La COMPIN y SC se relaciona con los dos últimos del siguiente modo:

COMPIN – USUARIOS: se procura satisfacer las necesidades, en el ámbito de competencia de las COMPIN, con productos de calidad en términos de fundamento técnico, oportunidad en el cumplimiento de los plazos, en un ambiente acogedor con énfasis en una atención personalizada, con infraestructura adecuada, y con apoyo tecnológico, orientando y facilitando el acceso a los beneficios que le correspondan.

COMPIN - INSTITUCIONES RELACIONADAS: énfasis en agilizar la disponibilidad de los antecedentes a las partes involucradas, en la emisión de resoluciones o pronunciamientos dentro de los plazos legales estipulados y en la incorporación de nuevas TIC, según disponibilidad.

### **Estructura organizacional y funciones:**

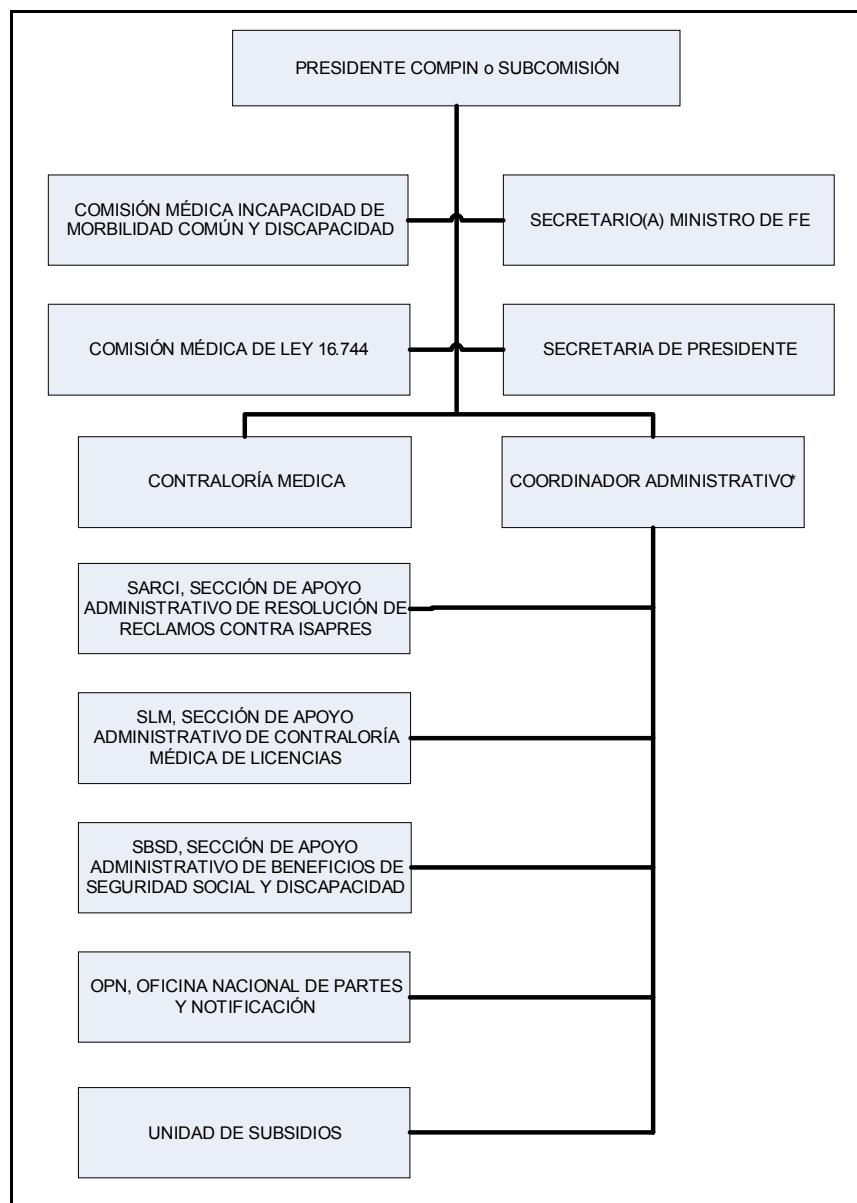
En esencia el modelo es un modelo organizativo funcional, que distribuye el quehacer interno de las comisiones de acuerdo a funciones identificadas y agrupadas por la Coordinación Nacional en una COMPIN o SC tipo.

Dicho modelo organizativo funcional contempla los siguientes estamentos y secciones, que dan lugar al organigrama presentado en la figura I.2:

1. Presidencia
2. Coordinación Administrativa
3. Secretaria de la Presidencia

4. Secretario(a) ministro de fe de la Comisión.
5. Contraloría médica: integrada por uno o más médicos.
6. Comisión médica de incapacidad por morbilidad común y discapacidad.
7. Comisión Médica de la Ley 16.744
8. SLM: Sección de Licencias Médicas
9. SARCI: Sección de apoyo administrativo de Reclamos contra ISAPRES
10. SBSD: Sección de beneficios de Seguridad social y discapacidad.
11. OPN: Oficina de partes y notificaciones
12. Unidad de subsidios

**Figura I.2. Organigrama funcional propuesta por el nuevo modelo de gestión COMPIN.**



**Fuente: Coordinación Nacional de COMPIN. COMPIN: Nuevo modelo de Gestión.**



Las funciones de las secciones y unidades contempladas en el organigrama anterior son las siguientes:

Coordinación Administrativa: función implementada en COMPIN o SC de mayor envergadura, en la medida de lo posible, desarrollada preferentemente por un profesional de la administración, encargado de supervisar el correcto flujo de los procesos administrativos internos y externos con el objetivo de procurar una atención de calidad a los usuarios y dar cumplimiento a los plazos reglamentarios. En particular facilitar la labor técnica de los médicos contralores y de la Comisión Médica. Es designado por el Presidente regional. Donde no se ha implementado formalmente este rol, la función habitualmente es desarrollada por el secretario(a) ministro(a) de fe.

Comisión Médica de morbilidad común y discapacidad: Conducida por el Presidente(a) de la COMPIN o de la SC y constituida además por el o los médicos contralores y otros profesionales no médicos, según se disponga, además del secretario(a) o ministro de fe, que para los efectos de las LM, deberá pronunciarse sobre los estados de recuperabilidad de los(las) trabajadores(as), los casos con reposo laboral prolongado, los recursos de reposición por las resoluciones de la Contraloría Médica que lo requieran, la condición de invalidez de beneficiarios del INP, (IPS) y otras condiciones de invalidez contributivas o no contributivas que corresponda, además de la Certificación de la Discapacidad. Sesiona habitualmente una vez por semana.

Comisión Médica de la Ley N° 16.744: Conducida por el (la) Presidente(a) de la COMPIN o de la SC y constituida además por el o los médicos contralores, el(la) Secretario(a) o ministro de fe, los especialistas del Servicio de Salud que se disponga y los representantes de los Organismos Administradores de la Ley correspondientes, debiendo pronunciarse por la calificación de Enfermedad profesional cuando el caso lo amerite, las evaluaciones médico legales de la misma Ley, los beneficios por secuelas de accidente escolar, etc. Sesiona habitualmente dos veces por mes.

Contraloría Médica: unidad de apoyo encargada entre otras materias, de participar en la evaluación técnica de los casos, controlar el correcto uso de la LM y el otorgamiento del SIL, de los beneficiarios de las leyes y decretos correspondientes, y de la verificación de las declaraciones contenidas en las certificaciones médicas. Estará integrada por el o los profesionales médicos cirujanos, (médicos contralores) y demás profesionales necesarios. Deberá prestar apoyo a la Comisión Médica de morbilidad común y discapacidad y a la Comisión Médica de la Ley 16.744 de la COMPIN o SC, según corresponda.

SARCI: Sección Administrativa de Reclamos contra ISAPRE, constituida por uno o más funcionarios(as) de la COMPIN o SC, encargada del desarrollo de las labores de apoyo administrativo conducentes a la resolución pertinente dentro de los plazos legales, desde su recepción hasta la preparación de la notificación.

SBSD: Sección de Beneficios de la Seguridad Social y de la Discapacidad, constituida por uno o más funcionarios administrativos encargados de las labores de apoyo administrativo conducentes a la resolución pertinente dentro de los plazos legales, desde la recepción de solicitudes de las personas o instituciones por beneficios de la Seguridad social y discapacidad, hasta la preparación de la notificación.

Sección de Licencias Médicas, (SLM): Unidad de Apoyo Administrativo de la Contraloría Médica encargada de la correcta recepción de las LM tramitadas, verificando su contenido y documentación adjunta adecuada y del procesamiento interno de las LM, la complementación de los antecedentes que le acompañen, el manejo de archivo involucrado y la tramitación y seguimiento de los peritajes solicitados por la Contraloría Médica, necesarios para mejor resolver. Es un equipo facilitador de la contraloría médica, constituida por uno o más funcionarios. Su rol incluye el ingreso de las LM y de las Resoluciones al Sistema Informático de FONASA, y el manejo de la agenda médica en lo pertinente.

Secretario(a) ministro de fe de la Comisión: corresponde a un funcionario(a) administrativo o profesional encargado de preparar las sesiones de la Comisión, citar a quienes corresponda, llevar las actas de los acuerdos, resoluciones, certificaciones o dictámenes. También se desempeña como ministro de fe de las decisiones de la COMPIN o SC, pudiendo actuar como coordinador administrativo de las mismas, según se requiera. Es designado por el SEREMI a proposición del Presidente regional.

Secretaria de la Presidencia: funcionaria administrativa encargada de llevar la agenda del Presidente y efectuar todo el apoyo administrativo que éste le demande.

Unidad de Subsidios de la COMPIN: constituida por funcionarios de de la SEREMI o que trabajan para ésta en comisión de servicio, cuya función dice relación con el cálculo y pago de los subsidios por las LM autorizadas, cálculo de los montos de reembolsos por SIL a las entidades públicas, pago proporcional de las cotizaciones previsionales de los trabajadores con LM y subsidios, verificación de vínculo laboral cuando corresponda, etc. Para el manejo financiero tienen dependencia del Dpto. de Finanzas de la SEREMI y se relacionan por su intermedio con el Dpto. de Finanzas del Servicio de Salud. (Circulares N° 15 y 56 de la Subsecretaría de Salud Pública).

## **2.4. Clientes / Usuarios / Beneficiarios.**

El presente apartado tiene por objetivo presentar una descripción de la población potencial<sup>37</sup> de clientes / usuarios / beneficiarios de cada producto y subproducto estratégico de los descritos en el punto 2.3 de este Informe e incluir una caracterización según: región donde se ubican los beneficiarios u otros atributos

---

<sup>37</sup> Entendemos como Población Potencial aquellas destinatarios del producto a nivel estratégico

relevantes según corresponda. Se indicará si se incorpora el enfoque de género en la definición de la población potencial y se describirán los criterios de focalización<sup>38</sup> y selección de beneficiarios existentes para cada producto estratégico.

En cuanto a la **caracterización según región donde se ubican los beneficiarios**, cabe señalar que la COMPIN cumple sus funciones para todas las personas en el territorio nacional, respecto de las cuales la Ley entrega la posibilidad de acceder a algún beneficio previamente definido en la normativa vigente. Por lo tanto, no aplica en este punto realizar una caracterización según región donde se ubican los beneficiarios, en razón del hecho que los servicios que presta la COMPIN en la provisión de productos es unánime para todo el territorio nacional, sin distinguir si los beneficiarios se encuentran en una región determinada o no.

En razón del mismo argumento anterior, tampoco aplica realizar una **caracterización según otros atributos relevantes**, puesto que la COMPIN no tiene facultades discriminatorias en su actuar. Es decir, no puede optar por prestar un servicio o no dependiendo de alguna característica particular del usuario / cliente / beneficiario. Por el contrario, sólo puede velar por el cumplimiento de los requisitos que la Ley establece para determinar si es eventual destinatario de algún beneficio, cuya certificación por la COMPIN es legalmente exigida como requisito previo.

En cuanto al **enfoque de género**: la COMPIN no tiene facultades para discriminar entre sus usuarios / clientes / beneficiarios en razón de su sexo, ya que solamente puede verificar el cumplimiento de requisitos exigidos por Ley y en caso de ser procedente, **certificar, acreditar o resolver según corresponda**

---

<sup>38</sup> Entendemos como criterio de focalización la posibilidad de la Institución de dirigir o aplicar, a nivel estratégico, alguno de sus productos en forma segmentada. Es decir, referido a un grupo predeterminado de usuarios / clientes / beneficiarios que hayan sido seleccionados por la Institución bajo alguna condición o circunstancia.

Tabla I.2. Descripción Usuario/Ciente/Beneficiario según producto ó subproducto.

PE	CLIENTE/ USUARIO/ BENEFICIARIO	DESCRIPCIÓN	SPE CON LOS CUALES SE RELACIONA
Evaluación y pronunciamiento por incapacidades transitorias	Trabajadores dependientes e independientes afiliados a FONASA.	<p>De conformidad al Código del Trabajo, es trabajador dependiente la persona natural que presta servicios personales, materiales o intelectuales, bajo vínculo de subordinación o dependencia, y en virtud de un contrato de trabajo. Por su parte, es trabajador independiente aquel que en ejercicio de su actividad, no depende de empleador alguno ni tiene trabajadores bajo su dependencia.</p> <p>Ambos tipos de trabajadores deben afiliarse, de conformidad al sistema de seguridad social, a algún sistema de salud previsional, ya sea ISAPRE O FONASA.</p> <p>Para el caso de esta descripción, los trabajadores señalados, se encuentran adscritos a FONASA, institución que, de conformidad a lo señalado en su página web institucional, puede definirse como: “un organismo público encargado de otorgar cobertura de atención, tanto a las personas que cotizan el 7% de sus ingresos mensuales para la salud en FONASA, como a aquellas que, por carecer de recursos propios, financia el Estado a través de un aporte fiscal directo. Asimismo FONASA da cobertura de salud a más de 11 millones de beneficiarios, sin exclusión alguna de edad, sexo, nivel de ingreso, número de cargas familiares legales y enfermedades preexistentes, bonificando total o parcialmente las prestaciones de salud que les son otorgadas por profesionales e instituciones del sector público y privado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resolución de LM de trabajadores afiliados a FONASA.</li> <li>Cambio de faena por enfermedad común</li> <li>Pesquisa de ATEP.</li> </ul>
Trabajadores dependientes e independientes afiliados a ISAPRE.	Trabajadores dependientes e independientes afiliados a ISAPRE.	<p>En cuanto al tipo de trabajadores (dependientes e independientes), es plenamente aplicable lo señalado en la descripción anterior, con la salvedad de que en este caso, se encuentran afiliados a una ISAPRE en vez de FONASA.</p> <p>Se entiende por ISAPRE, aquellas instituciones privadas que captan la cotización obligatoria de los trabajadores que libre e individualmente han optado por ello. Su marco normativo esta dado, principalmente, por las siguientes leyes:</p> <p>DFL N° 3, de Salud del 27 de septiembre de 1981; Ley N° 18.933 del 9 de marzo de 1990; Ley N° 19.381 del 3 de mayo de 1995; Ley N° 19.650 del 24 de diciembre de 1999 y la Ley N° 19.895 del 28 de agosto de 2003.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resolución de reclamos en contra de resoluciones de ISAPRE por modificación o rechazo de LM o pago insuficiente de subsidio.</li> </ul>

PE	CLIENTE/ USUARIO/ BENEFICIARIO	DESCRIPCIÓN	SPE CON LOS CUALES SE RELACIONA
Evaluación y pronunciamiento por incapacidades transitorias	Trabajadores afiliados a FONASA y al INP como Organismo Administrador Ley 16.744.	La ley 16.744 dispone que la administración del seguro social que reglamenta, puede recaer en distintos actores. Uno de ellos es el Instituto de Normalización Previsional, institución que de conformidad a lo señalado por el DL 3502 de 1980, puede definirse como: un organismo autónomo con personalidad jurídica y patrimonio propio, que se relaciona con el gobierno a través del Ministerio del Trabajo y Previsión Social y cuyo objeto será, entre otros: estudiar y proponer al Gobierno las políticas y medidas que garanticen el oportuno cumplimiento de los compromisos previsionales que el Estado o los institutos de previsión hayan contraído con anterioridad a la vigencia del DL 3502 o contraigan en el futuro; administrar los regímenes de prestaciones encomendadas actualmente a cada una de las instituciones que se indican en el numeral 2 del artículo 1° del citado DL y administrar los regímenes de prestaciones de las instituciones previsionales que se fusionen en él, de conformidad a la legislación vigente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resolución de LM por ATEP.</li> <li>• Calificación de ATEP y eventual cambio de faena.</li> </ul>
	Trabajadores afiliados a ISAPRE y al INP como Organismo Administrador Ley 16.744.	Al igual que en el caso anterior, quien administra el seguro es el INP, pero en este caso, el trabajador se encuentra afiliado a una Institución de Salud Previsional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resolución de LM por ATEP, por aplicación del Art. 77bis</li> </ul>
	Trabajadores afiliados a Mutual como Organismo Administrador de la Ley 16.744.	Trabajadores de empresas afiliadas a Mutuales, las que administran el seguro de la Ley 16.744.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resolución de LM por ATEP, por aplicación del Art. 77bis</li> </ul>
	Voluntarios del cuerpo de bomberos.	Personas que ejercen actividades para el cuerpo de bomberos, en rescate, incendio y primeros auxilios.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resolución por incapacidad transitoria de bomberos por lesiones en acto de servicio.</li> </ul>

PE	CLIENTE/ USUARIO/ BENEFICIARIO	DESCRIPCIÓN	SPE CON LOS CUALES SE RELACIONA
Evaluación y pronunciamiento por incapacidades permanentes.	Trabajadores dependientes e independientes del sector público o privado y sus respectivos familiares, que soliciten beneficios previsionales.	Trabajadores o sus familiares que quieran optar a alguno de los beneficios de previsión social, respecto de los cuales, se necesite la certificación de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez. Los casos ya fueron descritos en lo relativo a los SPE en el punto 2.3 de este Informe.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resolución sobre acceso a beneficios previsionales.</li> <li>Resolución sobre acceso a beneficios no previsionales.</li> <li>Resolución para acceder a beneficios pecuniarios Ley 16.744 para trabajadores.</li> <li>Resolución sobre salud irrecuperable.</li> </ul>
	Personas exoneradas por motivos políticos o acto de autoridad, en el período comprendido entre el 11 de septiembre de 1973 y el 10 de marzo de 1990, que soliciten beneficios previsionales por gracia.	Personas exoneradas por motivos políticos a los que se refiere la Ley 19.234 que establece beneficios previsionales por gracia para los exonerados políticos que indica y autoriza al INP a transigir extrajudicialmente en los casos señalados en dicha normal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resolución para acceder a beneficios no previsionales.</li> </ul>
	Familias de escasos recursos, que no acceden a asignación familiar por no contar con un trabajador afiliado a un sistema previsional y que poseen como integrante de la familia a un inválido o deficiente mental.	Familias, cuyos integrantes cumplen los requisitos señalados en la descripción del punto 2.3 en lo correspondiente a los productos con los subproductos con los cuales se relaciona.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resolución para acceder a beneficios previsionales.</li> <li>Resolución para acceder a beneficios no previsionales.</li> </ul>
	Personas inválidas de 18 años o más, con ingreso per cápita familiar, inferior al mínimo legal y que soliciten Pensión Asistencial.	Inválidos declarados como tal por la certificación que realiza la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resolución sobre acceso a beneficios previsionales.</li> <li>Resolución sobre acceso a beneficios no previsionales.</li> </ul>
	Personas con deficiencia mental con ingreso per cápita familiar, inferior al mínimo legal y que soliciten Pensión Asistencial.	Discapacitados declarados como tal por la certificación que realiza la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resolución para acceso a beneficios no previsionales.</li> </ul>

PE	CLIENTE/ USUARIO/ BENEFICIARIO	DESCRIPCIÓN	SPE CON LOS CUALES SE RELACIONA
Evaluación y pronunciamiento por incapacidades permanentes.	Trabajadores dependientes e independientes, del sector público o privado, que soliciten beneficios del seguro social contra ATEP.	Trabajadores que sufran accidentes del trabajo o enfermedad profesional y que quieran optar a algunos de los beneficios pecuniarios descritos como subproducto en el punto 2.3	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resolución sobre beneficios pecuniarios Ley 16.744 para trabajadores</li> </ul>
	Personas inválidas de 18 años o más, con ingreso per cápita familiar, inferior al mínimo legal y que soliciten Pensión Asistencial.	Inválidos y/o deficientes mentales declarados como tal por la certificación que realiza la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resolución sobre acceso a beneficios previsionales.</li> <li>Resolución sobre acceso a beneficios no previsionales.</li> <li>Resolución para acceso a beneficios no previsionales.</li> </ul>
	Trabajadores dependientes e independientes, del sector público o privado, que soliciten beneficios del seguro social contra ATEP.	Trabajadores que sufran accidentes del trabajo o enfermedad profesional y que quieran optar a algunos de los beneficios pecuniarios descritos como subproducto en el punto 2.3	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resolución sobre beneficios pecuniarios Ley 16.744 para trabajadores</li> </ul>
	Escolares que soliciten pensión de invalidez por accidente escolar.	Escolares que sufran accidentes del trabajo o enfermedad profesional y que quieran optar a algunos de los beneficios pecuniarios descritos como subproducto en el punto 2.3	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resolución sobre beneficios pecuniarios Ley 16.744 para escolares</li> </ul>
	Funcionarios públicos con salud irrecuperable.	Personas que desempeñan labores para el aparato estatal y que se rigen para tales efectos por el Estatuto Administrativo, Ley 18.834	<ul style="list-style-type: none"> <li>Declaración sobre salud irrecuperable de funcionario público.</li> </ul>
	Trabajadores afiliados a ISAPRE con salud irrecuperable, pero con afiliación previsional al INP.	Trabajadores con afiliación previsional de salud a ISAPRE; pero cotizantes del INP para efectos de previsión de vejez.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resolución de salud irrecuperable solicitada por ISAPRE.</li> </ul>

PE	CLIENTE/ USUARIO/ BENEFICIARIO	DESCRIPCIÓN	SPE CON LOS CUALES SE RELACIONA
Evaluación y pronunciamiento por incapacidades permanentes.	Trabajadores de EFE.	Personas que prestan servicios para Empresas de Ferrocarriles del Estado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resolución para acceder a beneficios de trabajadores EFE por lesiones en acto de servicio.</li> </ul>
	Bomberos.	Personas que ejercen actividad en Bomberos de Chile.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resolución para acceder a beneficios de Bomberos por lesiones en acto de servicio.</li> </ul>
	Deudores de crédito universitario con salud recuperable.	Deudores de crédito universitario, con cuotas pendientes, que caen en algún estado de invalidez declarado y certificado por la COMPIN.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Deudores de crédito universitario con salud irrecuperable.</li> </ul>
	Beneficiarios seguro desgravamen del SERVIU.	Deudores habitacionales del SERVIU, con cuotas pendientes, que caen en algún estado de invalidez declarado y certificado por la COMPIN.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resolución para acceder a beneficios del seguro de Desgravamen del SERVIU.</li> </ul>
Certificación de la Discapacidad.	Personas que sufran una discapacidad y soliciten que se declare tal condición	Discapacitados que quieran optar a alguno de los beneficios descritos en el punto 2.3 como subproducto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Certificación para inscripción en el Registro Nacional.</li> <li>Certificación para acceso a beneficios arancelarios.</li> <li>Certificación de enfermedad catastrófica solicitada por el SERVIU.</li> </ul>
	Personas reconocidas como víctimas de violación de DD.HH.	Personas que hayan sido víctimas de violaciones a los DD.HH. de conformidad a lo señalado por la Ley 19.992	<ul style="list-style-type: none"> <li>Certificación discapacidad de víctimas de violación a los derechos humanos.</li> </ul>



PE	CLIENTE/ USUARIO/ BENEFICIARIO	DESCRIPCIÓN	SPE CON LOS CUALES SE RELACIONA
Otras funciones médico administrativas.	Funcionarios Públicos	Aquellos que se rigen por el Estatuto Administrativo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambio de faena.</li> <li>• Imputabilidad por sumario.</li> <li>• Examen de Ingreso a la Administración.</li> </ul>
	Postulantes a la Administración Pública.	Aquellos personas que actualmente se encuentran en un proceso de selección para la provisión de cargo público.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de ingreso a la Administración.</li> </ul>
	Escolares.	Escolares.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Certificar estado de salud para acceder al seguro escolar.</li> </ul>
	Deudores SERVIU.	Personas con cuotas pendientes en créditos solicitados ante el SERVIU	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resolución por enfermedad catastrófica.</li> </ul>
	Mujer embarazada.	Mujeres en estado de gravidez	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asignación familiar 5° mes de embarazo.</li> </ul>

**Fuente: Elaboración Consultora CEAL – PUCV.**

### **3. Estructura Organizacional y Mecanismos de Gestión.**

#### **3.1. Estructura Organizacional, Distribución de Funciones y Mecanismos de Coordinación:**

El presente capítulo tiene por objetivo describir la estructura organizacional de las COMPIN, presentando un organigrama detallado de la Institución, señalando como se insertan las unidades responsables de la provisión de productos estratégicos, incluyendo los distintos niveles jerárquicos tanto del nivel central como regional (si corresponde), y describiendo como opera la asignación de responsabilidades (distribución de funciones) dentro de la mencionada estructura, que permite la provisión de los distintos productos y subproductos estratégicos relevantes en el contexto de esta evaluación, señalando las instancias de coordinación existentes al interior de la Institución. Identificar y describir los incentivos que genera el diseño de la estructura institucional. Especialmente en el producto estratégico asociado a la resolución de licencias médicas de trabajadores afiliados a FONASA, y su implicancia en la asignación del SIL.

##### **3.1.1. Estructura Organizacional.**

La estructura general, se ha definido según la Institución de la siguiente forma:

La COMPIN es una comisión descentralizada funcionalmente y desconcentrada territorialmente, que se organiza bajo la dependencia de la SEREMI de Salud, y está sometido a la supervigilancia del Presidente de la República a través de la Subsecretaría de Salud.

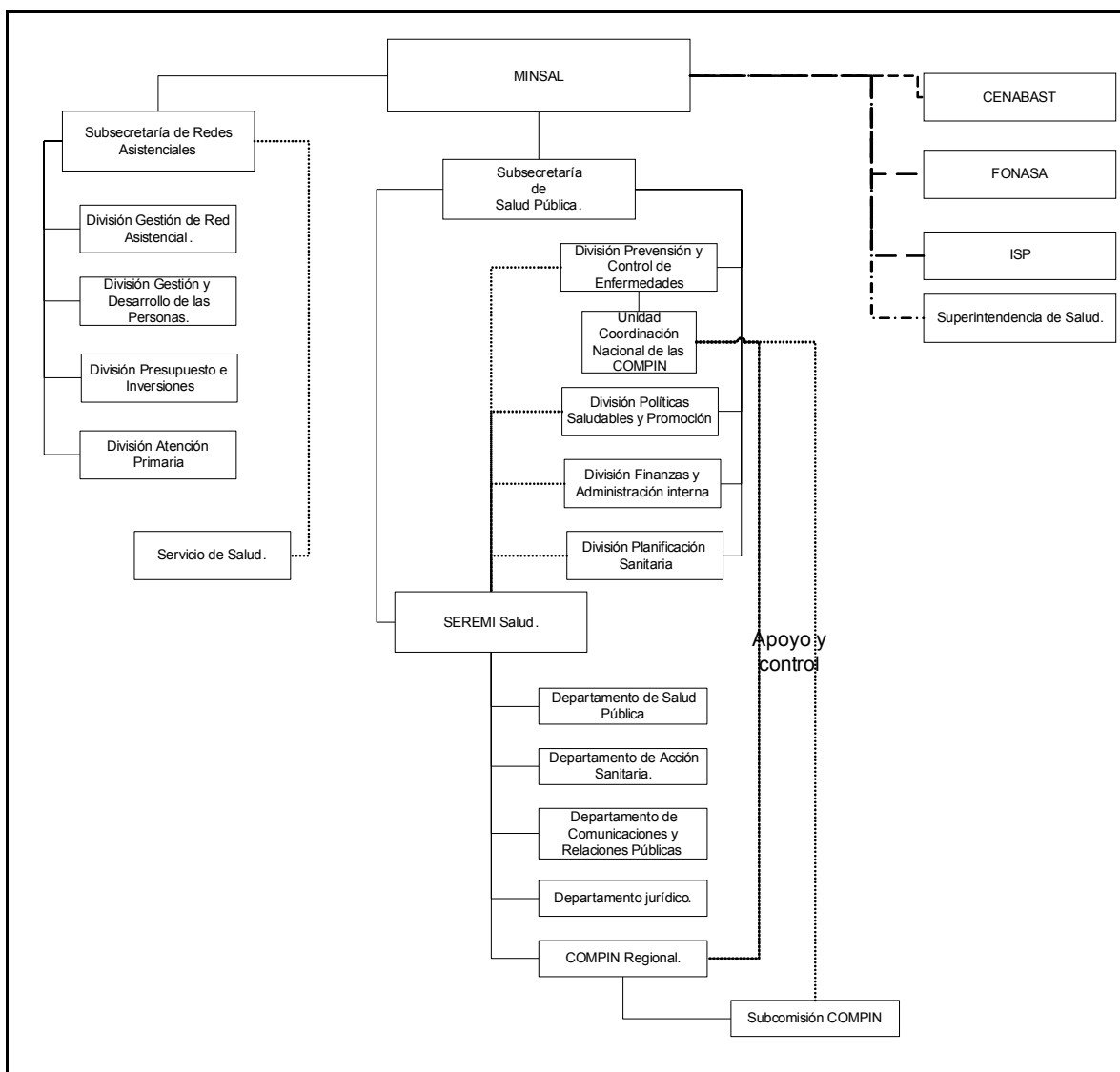
Al interior de la estructura del Ministerio de Salud, la dependencia jerárquica de las COMPIN se modificó con la entrada en vigencia de la Ley N° 19.937 sobre Autoridad Sanitaria, conforme a lo dispuesto en el artículo 14° B n° 9 del DL 2763 y especialmente de acuerdo al 14° C del mismo cuerpo normativo. Con la nueva organización, las SEREMI se constituyeron en las sucesoras por ley de los Servicios de Salud en las materias que no digan relación con la ejecución de acciones de carácter asistencial en salud.

El artículo 34° del Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud señala que la SEREMI será la continuadora legal de las funciones médico administrativas que la ley encomendara al ex Servicio Nacional de Salud y al ex SERMENA y que con posterioridad fueron desarrolladas por las COMPIN en los Servicios de Salud. Por esta razón, bajo la nueva normativa le corresponde a cada SEREMI “organizar, bajo su dependencia directa y dentro del territorio regional correspondiente, el trabajo de dichas entidades”. Sin perjuicio de ello, la Institución sigue realizando,

dentro de la estructura de las SEREMI, las mismas funciones que efectuaba anteriormente como dependientes de los Servicios de Salud<sup>39</sup>.

En este contexto, la COMPIN se inserta en la organización del Ministerio de Salud y particularmente en las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud según se presenta en la siguiente figura I.3:

**Figura I.3. COMPIN dentro del organigrama del Ministerio de Salud.**



**Fuente: Elaboración Consultora CEAL – PUCV.**

Tal como se aprecia en la figura anterior, en la División de Prevención y Control de Enfermedades de la Subsecretaría de Salud Pública existe la Unidad de Coordinación Nacional de las COMPIN, la cual desde su creación en el año 2006

<sup>39</sup> Extraído de: “Bases administrativas de licitación pública para realizar la evaluación comprehensiva del gasto a la Comisión de medicina preventiva e invalidez (COMPIN)”.

ha estado encargada de asesorar, controlar, apoyar la gestión de las Comisiones y Subcomisiones del país, colaborando también a la autoridad con información para la toma de decisiones en las materias de su competencia.

A nivel país, la COMPIN tiene presencia en las quince regiones a través de igual número de Comisiones. El hecho que para el ejercicio de sus atribuciones, este organismo se pueda distribuir en las dependencias que sean necesarias conforme a la desconcentración territorial que se considere adecuada en cada región.<sup>40</sup> repercute en el hecho que la organización presenta determinadas dependencias dentro de cada región, con una organización diversa, particular y la mayor cantidad de las veces, única respecto de la generalidad de la Institución.<sup>41</sup>

Con todo, el principal aspecto diferenciador en la organización de las distintas regiones corresponde a la existencia de Subcomisiones, las cuales se encargan de realizar las funciones propias de la COMPIN en un territorio específico. A lo largo del país existen actualmente 16<sup>42</sup> Subcomisiones, las cuales están dispuestas de acuerdo a la distribución geográfica de los Servicios de Salud existentes al 31 de diciembre de 2004.

La figura I.4 muestra a las Subcomisiones a lo largo del país, y las regiones en las cuales están insertas.

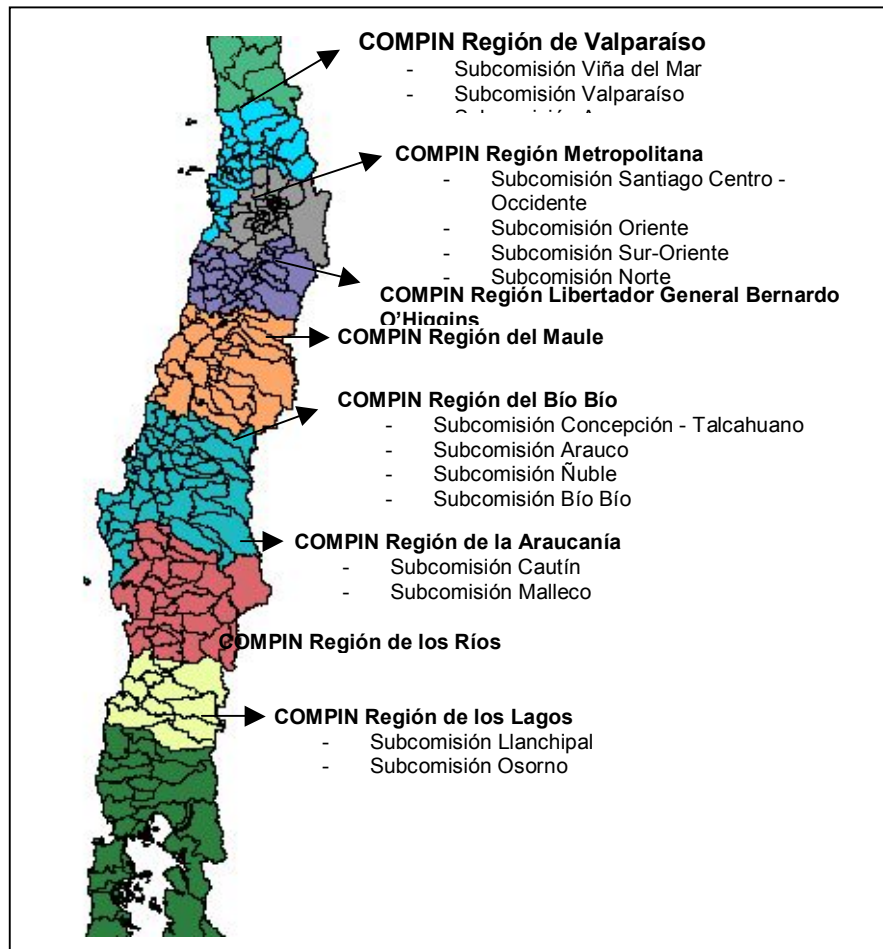
---

<sup>40</sup> Artículo 45° del Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud.

<sup>41</sup> El detalle de la cuantificación de las estructuras encontradas se realizará en el punto 5.4 referente a la evaluación de la Estructura Institucional y distribución de funciones.

<sup>42</sup> Recientemente se fusionaron las Subcomisiones Santiago Centro y Occidente en la Región Metropolitana, pasando a ser una sola Subcomisión.

**Figura I.4. Subcomisiones COMPIN.**



**Fuente: Elaboración Consultora CEAL – PUCV.**

En lo que respecta a la estructura institucional de cada COMPIN, ésta se constituye por resolución dictada por el SEREMI de Salud, quien nombra a su Presidente y Secretario y designa a quienes subrogarán ambos cargos cuando corresponda. En las regiones donde existen Subcomisiones, la resolución de la SEREMI procede a distribuir el trabajo sobre la base de constituir la Subcomisión nombrando al Presidente y Secretario respectivos. La dependencia técnica y administrativa de cada Subcomisión depende del Presidente de la COMPIN en cada región, el cual puede además presidir una Subcomisión y a quien le corresponde la supervisión, control, evaluación y planificación del trabajo de las Subcomisiones a su cargo.

En lo que respecta a la organización institucional, los principales estamentos de la COMPIN son:

- Secretaría Médica,
- Comisión Médica y
- Contraloría Médica.

Adicionalmente, las COMPIN poseen la tuición y supervisión técnica de las siguientes unidades externas:

- **Unidades de Licencias Médicas (ULM)**, encargadas de la recepción y tramitación de estos instrumentos.

Las ULM están ubicadas dentro de establecimientos asistenciales de los Servicios de Salud. En este contexto, la normativa establece que las ULM pertenecientes a los Servicios de Salud, están sujetas a la tuición y supervisión técnica de las COMPIN a efectos de dar cumplimiento a las funciones de autorización de licencias médicas que les encomienda el Decreto Supremo N° 3 de 1984 del Ministerio de Salud.

La tabla I.3 presenta el número de Unidades de Licencias Médicas existentes en las distintas regiones del país, que dependen administrativamente de los Servicios de Salud de la región respectiva. El detalle de la descripción de cada ULM se encuentra en el Anexo 6 de este Informe.

**Tabla I.3. Identificación de Regiones y Comisiones con Unidad de Licencias Médicas.**

Región	COMPIN	Comisión/ Subcomisión	Nº de ULM
Arica y Parinacota	Arica y Parinacota	Regional	No tiene
Tarapacá	Tarapacá	Regional	No tiene
Antofagasta	Antofagasta	Regional	3
Atacama	Atacama	Regional	5
Coquimbo	Coquimbo	Regional	8
Valparaíso	Valparaíso	Subcomisión Valparaíso	3
		Subcomisión Viña del Mar	9
		Subcomisión Aconcagua	3
Libertador General Bernardo O' Higgins	Libertador General Bernardo O' Higgins	Regional	14
Maule	Maule	Regional	12
Bío- Bío	Bío- Bío	Subcomisión Concepción - Talcahuano	6
		Subcomisión Arauco	4
		Subcomisión Ñuble	7
		Subcomisión Bío Bío	6
La Araucanía	La Araucanía	Subcomisión Cautín	13
		Subcomisión Malleco	6
Los Ríos	Los Ríos	Regional	10
Los Lagos	Los Lagos	Subcomisión Llanchipal	12
		Subcomisión Osorno	3
Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo	Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo	Regional	5
Magallanes y Antártica Chilena	Magallanes y Antártica Chilena	Regional	2

Región	COMPIN	Comisión/ Subcomisión	Nº de ULM
Metropolitana	Metropolitana	Santiago Centro-Occidente	3
		Norte	
		Oriente	
		Sur Oriente	
		Sur	
<b>Total</b>			<b>134</b>

Fuente: Elaboración Consultora CEAL – PUCV.

- **Unidades de Subsidios de los Servicios de Salud**, encargadas del cálculo, pago, registro y contabilidad de los subsidios.

En el caso de las Unidades de Subsidios, y según la organización actual de las COMPIN en regiones, éstas también pueden estar ubicadas físicamente en los Servicios de Salud. De acuerdo al proceso de modernización de las COMPIN, iniciado en el año 2007, en las ciudades donde hay una Comisión o Subcomisión de la misma, la Unidad de Subsidios del Servicio de Salud se está incorporando a las COMPIN.

El proceso anterior aún no ha concluido ya que, tal como se presenta en la siguiente tabla, existen todavía Unidades de Subsidios dependientes de los Servicios de Salud que podrían traspasarse a las COMPIN.

En la tabla I.4 se identifican las Comisiones y Subcomisiones que poseen Unidades de Subsidios Internas y Centralizadas dependientes de la COMPIN, y aquellas comisiones que presentan Unidades de Subsidio Externas dependientes de los SS. Esta categorización responde y especifica la dependencia administrativa de dicha unidad (esto no necesariamente implica que estas unidades se encuentren físicamente en dependencias de las Comisiones o Subcomisiones de COMPIN).

**Tabla I.4. Ubicación de Unidades de Subsidios respecto de las COMPIN.**

REGION	COMPIN Regional	SUBCOMISION	US Interna	US Externa	US Centralizada
XV	Arica y Parinacota	No tiene	<input type="checkbox"/>		
I	Tarapacá	No tiene	<input type="checkbox"/>		
II	Antofagasta	No tiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
III	Atacama	No tiene		<input type="checkbox"/>	
IV	Coquimbo	No tiene	<input type="checkbox"/>		
V	Valparaíso	Valparaíso	<input type="checkbox"/>		
V		Viña-Quillota	Sin Información		
V		Aconcagua	<input type="checkbox"/>		
VI	O'Higgins	No tiene		<input type="checkbox"/>	
VII	Maule	No tiene	<input type="checkbox"/>		

REGION	COMPIN Regional	SUBCOMISION	US Interna	US Externa	US Centralizada
VIII	Bío - Bío	Concepción - Talcahuano	<input type="checkbox"/>		
VIII		Bío-Bío	Sin Información		
VIII		Arauco		<input type="checkbox"/>	
VIII		Ñuble	<input type="checkbox"/>		
IX	De la Araucanía	Malleco *	<input type="checkbox"/>		
IX		Cautín	<input type="checkbox"/>		
XIV	De Los Ríos	No tiene	<input type="checkbox"/>		
X	Los Lagos	Osorno **	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
X		Llanchipal	<input type="checkbox"/>		
XI	Aysén ***	No tiene		<input type="checkbox"/>	
XII	Magallanes	No tiene		<input type="checkbox"/>	
XIII	Metropolitana	Norte		<input type="checkbox"/>	
XIII		Stgo.-Centro	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
XIII		Oriente			<input type="checkbox"/>
XIII		Sur-Oriente			<input type="checkbox"/>
XIII		Sur	Sin Información		

\* Dependencia administrativa del Departamento de Desarrollo Institucional de la SEREMI y con funcionarias en comisión de servicio del Servicio de Salud Araucanía Norte

\*\* La Unidad de Subsidios dependiente de Comisión se encarga del cálculo. El Servicio de Salud de Osorno se encarga del pago, registro y contabilidad de los subsidios.

\*\*\* La Unidad de Subsidios se encuentra físicamente en dependencias de Servicio de Salud, pero el funcionario es parte de la nómina de la COMPIN.

**Fuente: Elaboración Consultora CEAL – PUCV.**

Cabe señalar, que entre las medidas adoptadas por plan de modernización de la COMPIN<sup>43</sup> iniciado el año 2007 por la Coordinación Nacional se destaca, desde el punto de vista organizacional, la centralización de las actividades de peritaje y fiscalización de las COMPIN en algunas regiones del país donde se encontraban dispersas estas funciones. Esto implica la creación y funcionamiento de Contralorías Médicas Centralizadas en algunas Comisiones, las que aúnan las funciones antes descritas (peritaje y fiscalización).

Las comisiones en que, según lo indican los resultados del cuestionario 1 (ver anexo 11) aplicado por la Consultora a los Presidentes de COMPIN y Subcomisión, existen actualmente Contralorías Médicas Centralizadas son:

- COMPIN Arica y Parinacota

<sup>43</sup> El detalle del plan de modernización se presenta y analiza en el punto 5.5 de este Informe, relativo a las Reformulaciones efectuadas por la COMPIN.



- COMPIN Coquimbo
- Subcomisión Aconcagua de la región de Valparaíso
- COMPIN Los Ríos
- Las Subcomisiones de la región de los Lagos
- COMPIN Región Metropolitana<sup>44</sup>
- COMPIN Aysén

Otro punto interesante según lo planteado por los Presidentes de las Comisiones y Subcomisiones en el cuestionario aplicado<sup>45</sup>, se refiere al hecho que las estructuras organizacionales han sido modificadas y/o creadas en el último período de presidencia, lo cual se entiende como una forma de especificación y formalización de la manera en que se ha estado trabajando en las Comisiones y Subcomisiones respectivas. Además, se desprende del instrumento aplicado que gran parte de la forma de organizarse depende de la gestión actual, y no de gestiones anteriores.

Sobre el particular, preguntando a los Presidentes de Comisión y Subcomisión si la estructura organizacional había sido objeto de modificaciones desde que asumió la jefatura de su COMPIN o Subcomisión, la tabla I.5 muestra el resultado obtenido:

**Tabla I.5. Modificación estructura COMPIN bajo la dirección de actual Presidente.**

<b>Modificación estructura</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Sí	12	50,0%
No	10	41,7%
No responde	2	8,3%
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100,0%</b>

**Fuente: Elaboración Consultora CEAL – PUCV.**

De conformidad al instrumento metodológico<sup>46</sup> entregado por la DIPRES a la Consultora, la evaluación de este punto se realiza en el apartado 5.4 del presente Informe.

### **3.1.2. Distribución de Funciones.**

Un elemento importante dentro de la descripción y análisis de la estructura organizacional lo constituye la distribución de funciones. En la presente sección se aborda este aspecto, desde la perspectiva de la relación existente entre las funciones o actividades necesarias para la provisión de los productos o

<sup>44</sup> En virtud del hecho que no todas las Subcomisiones de Santiago respondieron el cuestionario, no se pudo cuantificar el dato de aquellas que cuentan con Contraloría Médica Centralizada.

<sup>45</sup> El detalle de esa afirmación se encuentra en el punto 5.5.3 referente a las Reformulaciones.

<sup>46</sup> “Evaluación comprehensiva del gasto, Formato de Informes, Tabla de contenidos”

subproductos estratégicos y las unidades componentes de la institución a cargo de su realización.

La descripción de funciones que se realiza a continuación tiene como principal fuente de información el cuestionario 1 (ver anexo 11) aplicado por la Consultora a las COMPIN y Subcomisiones, y el Manual actualizado de procesos de la COMPIN. En el cuestionario mencionado, se hace referencia a los productos por categoría o tipo, según la clasificación definida por la misma COMPIN.

A pesar del hecho que no es posible identificar un modelo uniforme de distribución de funciones al interior de las COMPIN a lo largo del país, en general se observa que la Comisión Médica, la Contraloría Médica y el Secretario ministro de fe de la Comisión cumplen los roles principales en la provisión de los Subproductos Estratégicos (SPE) de las diferentes categorías.

- **La Contraloría Médica** es la unidad de apoyo encargada, entre otras materias, de participar en la evaluación técnica de los casos, controlar el correcto uso de la LM y de la verificación de las declaraciones contenidas en las certificaciones médicas. Está integrada por él o los profesionales médicos cirujanos, (médicos contralores) y demás profesionales necesarios. Presta apoyo a la Comisión Médica de morbilidad común y discapacidad y a la Comisión Médica de la Ley N° 16.744 de la COMPIN o SC, según corresponda.<sup>47</sup>
- **La Comisión Médica**, por su parte, cumple funciones relacionadas con el estudio de la documentación clínica y de los antecedentes sociales y/o laborales, la evaluación médica, realización de peritajes cuando se requiera y la determinación del diagnóstico. Para los efectos de las licencias médicas, la Comisión debe pronunciarse sobre los estados de recuperabilidad de los trabajadores, evaluar los casos con reposo laboral prolongados, resolver los recursos de reposición por las resoluciones de la Contraloría y evaluar la invalidez de los casos de patología irrecuperable de trabajadores adscritos al INP. Además los mismos integrantes de la Comisión, junto a especialistas del Servicio de Salud, deben constituir la Comisión de la Ley N° 16.744 para la certificación de accidente laboral o enfermedad profesional cuando el caso lo amerite y la ejecución de las evaluaciones médico legales contempladas en la misma ley.
- Por último, el **Secretario ministro de fe de la Comisión** es un funcionario(a) administrativo o profesional encargado de preparar las sesiones de la Comisión, citar a quienes corresponda, llevar las actas de los acuerdos, resoluciones, certificaciones o dictámenes. También se desempeña como ministro de fe de las decisiones de la COMPIN o SC, pudiendo actuar como coordinador administrativo de las mismas, según se requiera.

---

<sup>47</sup> Manual de Proceso de LM de trabajadores afiliados a FONASA.

Por otra parte, cabe distinguir entre las funciones que realiza el Secretario ministro de fe de la Comisión y la labor de “**Coordinación Administrativa**”. Esta última es una función implementada en COMPIN o SC de mayor envergadura, en la medida, que es desarrollada preferentemente por un profesional de la administración, encargado de supervisar el correcto flujo de los procesos administrativos internos y externos con el objetivo de procurar una atención de calidad a los usuarios y dar cumplimiento a los plazos reglamentarios. Es designado por el Presidente regional. En aquellos lugares en que no se ha implementado formalmente este rol, la función habitualmente es desarrollada por el Secretario ministro de fe de la Comisión.

Cabe señalar que para los subproductos resolución de LM de trabajadores afiliados a FONASA y resolución de reclamos contra ISAPRE la Contraloría Médica y la Sección Apoyo Administrativo de LM (SLM) o Resolución de Reclamos contra ISAPRE (SARCI) según corresponda, participan de forma regular como parte del proceso de entrega del producto, no así la Comisión Médica, cuya participación tiene un carácter excepcional.

Teniendo presente esta consideración, es posible establecer a modo de patrón o esquema general para estos dos subproductos, que las funciones se distribuyen de manera tal, que la Contraloría Médica resuelve con el apoyo de la Sección de Apoyo Administrativo SLM o SARCI, según corresponda y la Comisión interviene en los casos que se requiera.

Se debe tener presente que la Coordinación Nacional de las COMPIN ha desarrollado, en el marco del nuevo modelo de gestión, una nueva estructura organizacional y funcional, que está en proceso de implementación en las diferentes comisiones del país. Dicha estructura fue presentada en el punto 2.3 “Productos Estratégicos y Subproductos ordenados por Objetivo Estratégico”.

De conformidad al instrumento metodológico<sup>48</sup> entregado por la DIPRES a la Consultora, la evaluación de este punto se realiza en el apartado 5.4 del presente Informe.

### **3.1.3. Mecanismos de Coordinación**

Para el análisis descriptivo de los distintos mecanismos de coordinación que son actualmente usados por la COMPIN se usó como metodología, principalmente, el análisis de los cuestionarios aplicados a los Presidentes Regionales de COMPIN y Subcomisiones.

A continuación se describen las diversas instancias de comunicación y coordinación de la Institución desagregada en cuatro enfoques:

- Al interior de la COMPIN

---

<sup>48</sup> “Evaluación comprehensiva del gasto, Formato de Informes, Tabla de contenidos”

- Entre COMPIN regional y Subcomisiones.
- Entre Subcomisiones
- A nivel Nacional (Unidad de Coordinación Nacional).

### 3.1.3.1. Al interior de la COMPIN

Las instancias de coordinación y comunicación que presentan un mayor volumen y relevancia se muestran en las tablas I.6 y I.7.

**Tabla I.6. Instancias de Coordinación al interior de COMPIN.**

<b>INSTANCIA DE COORDINACIÓN</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Reuniones	20	54,1%
Instructivos	4	10,8%
Circulares	2	5,4%
Memorando	2	5,4%
Llamadas Telefónicas	2	5,4%
Actividades Informativas	1	2,7%
Capacitaciones	1	2,7%
Correo Electrónico	1	2,7%
Informativos (documental)	1	2,7%
Taller de Capacitación	1	2,7%
Video Conferencias	1	2,7%
Visitas Terreno	1	2,7%
<b>Total general<sup>49</sup></b>	<b>37</b>	<b>100,0%</b>

**Fuente: Elaboración Consultora CEAL – PUCV.**

<sup>49</sup> El total general está referido al número de cuestionarios en que efectivamente se dio respuesta a lo preguntado.

**Tabla I.7. Instancias de Comunicación al interior de COMPIN.**

<b>INSTANCIA DE COMUNICACIÓN</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Reuniones	9	19,6%
Circulares	6	13,0%
Correo Electrónico	6	13,0%
Memorando	7	15,2%
Informativos (documental)	4	8,7%
Instructivos	4	8,7%
Oficios	2	4,3%
Blog Institucional	1	2,2%
Capacitaciones	1	2,2%
Documentos	1	2,2%
Fax	1	2,2%
Formularios Inter consultas	1	2,2%
Llamadas Telefónicas	1	2,2%
Video Conferencia	1	2,2%
Visitas Terreno	1	2,2%
<b>Total general</b>	<b>46</b>	<b>100,0%</b>

**Fuente: Elaboración Consultora CEAL – PUCV.**

NOTA: Mención especial merece lo señalado por COMPIN Regional de Los Lagos, la cual declara: *“tenemos reuniones regulares efectuadas por video conferencia entre los presidentes de Subcomisión con el Presidente Regional y Ministro de fe para evaluar los casos correspondientes a recursos de reposición de pacientes afiliados a ISAPRES, la cual se convierte en una instancia de coordinación para tratar diversos temas, la regularidad es de cada 15 días, pero cabe hacer presente que en los últimos meses no se han realizado en esta forma porque al trasladarnos de dependencias, aun no contamos con la instalación de video conferencia que está contemplado como parte del proyecto general. Esta es una excelente herramienta que debe mantenerse y fortalecerse como vía de coordinación y además de información.”*

### **3.1.3.2. Entre COMPIN Regional y Subcomisiones**

Las principales instancias de coordinación y comunicación se detallan en las tablas I.8 y I.9:

**Tabla I.8. Instancias de Coordinación entre COMPIN Regional y Subcomisiones.**

<b>INSTANCIA DE COORDINACIÓN</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
INP, Mutual, ACHS, IST, Unidad LM	1	16,7%
Reuniones	4	66,7%
Video Conferencia	1	16,7%
<b>Total general</b>	<b>6</b>	<b>100,0%</b>

**Fuente: Elaboración Consultora CEAL – PUCV.**

**Tabla I.9. Instancias de Comunicación entre COMPIN Regional y Subcomisiones.**

<b>INSTANCIA DE COMUNICACIÓN</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Comunicados	1	4,8%
Correo Electrónico	4	19,0%
Instructivos	5	23,8%
Llamadas Telefónicas	4	19,0%
Memorando	2	9,5%
Reuniones	3	14,3%
Visitas Terreno	1	4,8%
Plataforma Trámite en línea	1	4,8%
<b>Total general</b>	<b>21</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Elaboración Consultora CEAL – PUCV.

NOTA: Las Subcomisiones de Malleco y Cautín, en relación con las instancias de comunicación, señalaron que próximamente comenzará a regir un programa integrado para reclamos a ISAPRE y un Sistema Nacional de Información en Salud Ocupacional (SINAISO), en relación a patologías laborales.

### 3.1.3.3. Entre subcomisiones

Las principales instancias de coordinación y comunicación se detallan en las tablas I.10 y I.11.

**Tabla I.10. Instancias de Coordinación entre Subcomisiones.**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Reuniones de COMPIN Regional ( Subcomisiones)	6	85,7%
Video Conferencia	1	14,3%
<b>Total general</b>	<b>7</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Elaboración Consultora CEAL – PUCV.

**Tabla I.11. Instancias de Comunicación entre Subcomisiones.**

<b>INSTANCIA DE COMUNICACIÓN</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Instructivos	2	22,2%
Memorando	2	22,2%
Correo Electrónico	1	11,1%
Pasantías	1	11,1%
Resoluciones (sobre comunicación)	1	11,1%
Resoluciones (otras no referentes a comunicación)	1	11,1%
Visitas a Terreno	1	11,1%
<b>Total general</b>	<b>9</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Elaboración Consultora CEAL – PUCV.

NOTA: Dos Subcomisiones de la Región Metropolitana señalaron que “con las jefaturas previas habían reuniones periódicas todos los viernes en la mañana,

pero actualmente sólo ha habido dos en todo el período”. Una Subcomisión de la Región Metropolitana señaló que “las reuniones convocadas por el Presidente de la COMPIN son escasas”.

#### **3.1.3.4. A nivel Nacional.**

Este nivel está a cargo de la Unidad de Coordinación Nacional de las COMPIN que forma parte de la División de Prevención y Control de Enfermedades de la Subsecretaría de Salud Pública. Sobre el particular, ya fue analizada en lo referente a la **Estructura Organizacional en el punto 3.1.1** de este Informe.

De conformidad al instrumento metodológico<sup>50</sup> entregado por la DIPRES a la Consultora, la evaluación de este punto se realiza en el apartado Estructura Organizacional y Mecanismos de Coordinación en el punto 6.1 del presente Informe.

#### **3.1.4. Incentivos que genera el Diseño Institucional.**

Dada la descripción del Diseño Institucional, y en especial lo referente a la descripción que se ha realizado en los puntos 3.1.1 y 3.1.2 y 3.1.3 (estructura, distribución de funciones y mecanismos de coordinación), cabe señalar que la estructura institucional de las COMPIN genera los siguientes incentivos:

1. El diseño institucional de las COMPIN incentiva la **rapidez en la toma de decisiones en materias técnicas médico-legales**. Lo anterior producto de la autonomía técnica que posee cada comisión representada por su presidente. En otras palabras, las COMPIN ostentan la calidad de autónomas, sin perjuicio de su dependencia de las SEREMI, pudiendo ejercer sus atribuciones y funciones no sujetas a la aprobación por parte de un nivel central, lo que tiene por objetivo favorecer la velocidad de respuesta a los requerimientos de los beneficiarios.
2. La existencia de la “Unidad de Coordinación Nacional de las COMPIN” dentro de la estructura institucional incentiva el **actuar unísono y unívoco de la Institución y el mejoramiento de la gestión**, a través de las tareas desarrolladas por esta unidad como son las capacitaciones de funcionarios, el mejoramiento de las infraestructuras, el diseño de manuales de procesos, entre otros.
3. La estructura institucional de la COMPIN promueve **la cercanía con los problemas y necesidades de sus clientes / usuarios / beneficiarios**. Lo anterior se debe a la configuración desconcentrada territorialmente que caracteriza al diseño institucional de las COMPIN.

---

<sup>50</sup> “Evaluación comprehensiva del gasto, Formato de Informes, Tabla de contenidos”

En relación al nuevo diseño institucional propuesto por la Coordinación Nacional, descrito en el punto 2.3 “Productos Estratégicos y Subproductos ordenados por Objetivo Estratégico” se espera que una vez implementado genere los siguientes incentivos:

2. Mayor coordinación y comunicación interunidades locales y regionales, a través de la figura del “Coordinador Administrativo” que interactúa con las distintas secciones y unidades de la COMPIN.
3. Facilitación para la estandarización de los procesos a nivel regional y nacional al tener todas las COMPIN la misma estructura organizacional.
4. Condiciones favorables para el control, al existir una definición clara de las responsabilidades y funciones.
5. En relación a los subproductos “resolución de licencias médicas de trabajadores afiliados a FONASA” y “resolución de licencias médicas por ATEP”, la normalización de las Unidades de Subsidios contemplada en el nuevo diseño institucional facilitará el pago del SIL al incorporarse en la misma COMPIN esta actividad, terminando con la desagregación de este proceso.

La evaluación de los incentivos señalados en este apartado se realiza en el punto 5.4 de este Informe, de conformidad a lo señalado en el documento metodológico entregado por la DIPRES a la Consultora.<sup>51</sup>

### **3.2. Recursos Humanos, Tecnológicos, Infraestructura e Instrumentos de Monitoreo y gestión de la información.**

El presente apartado tiene por objeto presentar una descripción de la dotación de personal de la Institución, sus recursos tecnológicos, infraestructura física, instrumentos de monitoreo y gestión de la información, relacionándolos con cada uno de los productos estratégicos.

#### **3.2.1. Recursos Humanos.**

##### **3.2.1.1. Caracterización de los Recursos Humanos.**

La dotación de funcionarios del sector público en Chile al año 2007 alcanzaba a 178.274 personas, de las cuales 85.679 trabajaban para el Ministerio de Salud, ya que este Ministerio concentra al 48,1% del total de funcionarios.

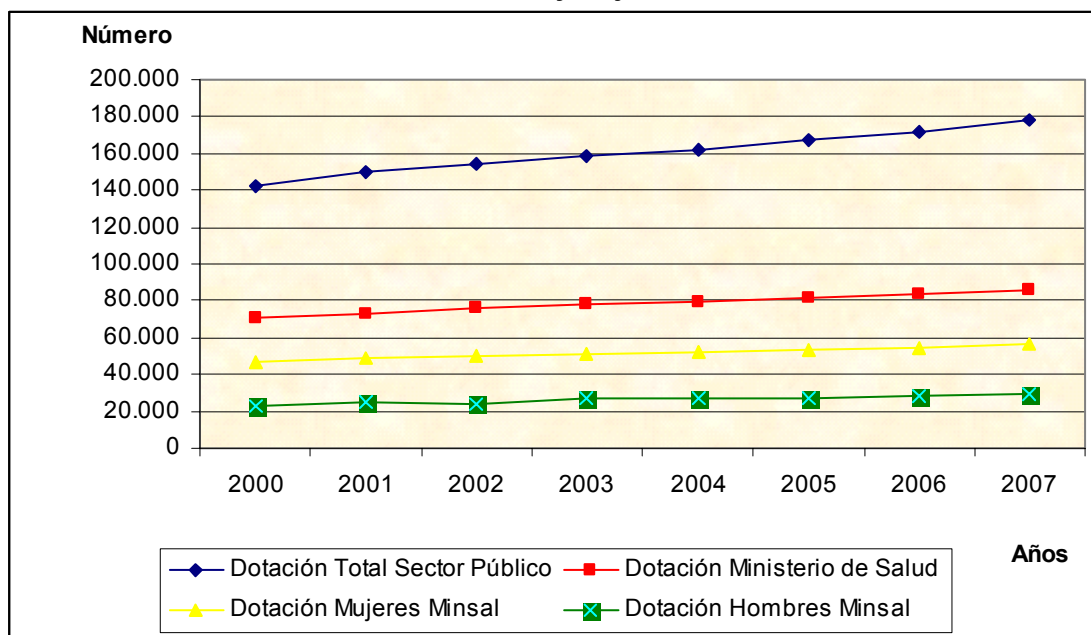
Asimismo, desde el 2000 en adelante, esta dotación ha mostrado un permanente crecimiento, que para el caso del Ministerio de Salud ha sido igual. La figura I.5 demuestra dicha evolución.

---

<sup>51</sup> Op.cit.



**Figura I.5. Evolución de Dotación Recursos Humanos Sector Público, Ministerio de Salud, Hombres y Mujeres.**



Fuente: DIPRES. Estadísticas de Recursos Humanos del Sector Público 1998 – 2007<sup>52</sup>.  
Gráfico de elaboración propia.

Por su parte, los recursos humanos que laboran en COMPIN alcanzaban a julio de 2008 un total de 669 personas<sup>53</sup>, presentes en las 15 regiones del país, distribuidos entre las COMPIN y las Subcomisiones.

### 3.2.1.2. Descripción del Recurso Humano por género.

La incorporación de mujeres en el mercado laboral, por décadas ha estado influenciada por factores de índole histórico, económico, religioso, etc., haciendo que exista una permanente desigualdad de género, particularmente en cuanto a las obligaciones, remuneraciones y beneficios que reporta la vida laboral. En los últimos años, los sucesivos gobiernos han promocionado la igualdad, buscando una integración entre los intereses de cada grupo para obtener el mismo plano de oportunidades.

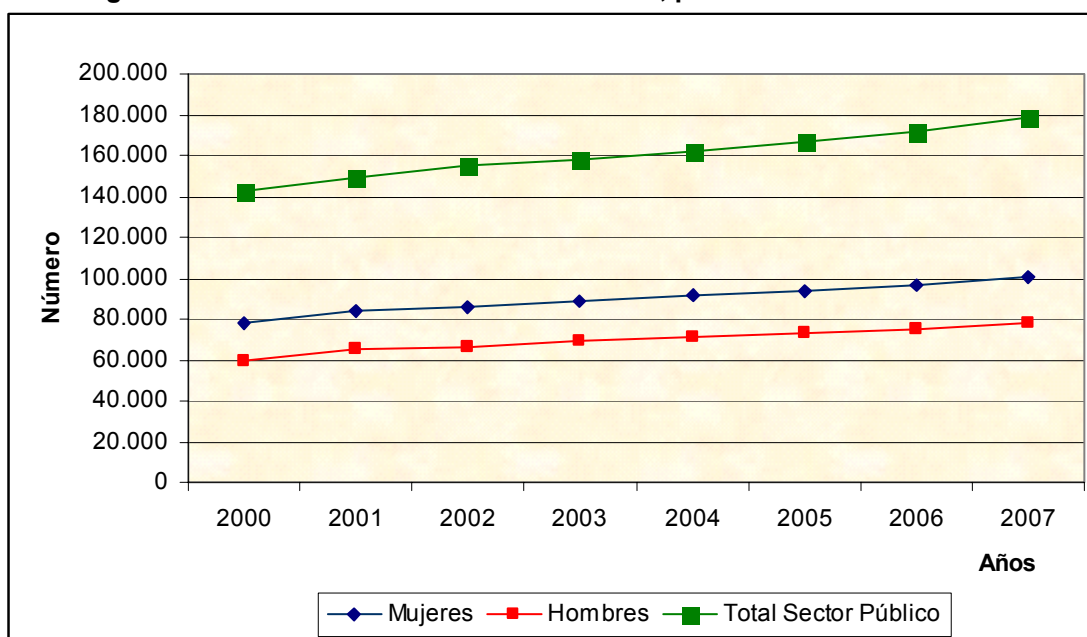
Como ya se mencionó en párrafos anteriores, la dotación actual del sector público es cercana a 180.000 funcionarios. Al desagregar dicha cifra por sexo, se observa que las mujeres representan sobre el 55% del total en todos los años de la muestra. Por su parte, la dotación pública ha mantenido un crecimiento constante en el número de hombres y mujeres, aumento relativamente similar para ambos

<sup>52</sup> DIPRES. Estadísticas de Recursos Humanos del Sector Público 1998 – 2007. Santiago. Septiembre 2008. [www.dipres.cl](http://www.dipres.cl). [Noviembre de 2008].

<sup>53</sup> En las cifras aportadas por DIPRES, correspondiente a la dotación de personal a Julio 2008, que pertenecen a la SEREMI o Servicio de Salud, incluye funcionarios de vacaciones, prenatal, en práctica, suplencia, entre otros.

sexos, pero siempre con una superioridad de la dotación femenina, lo que puede observarse en la figura I.6.

**Figura I.6. Recursos Humanos Sector Público, por sexo. Años 2000 – 2007.**



Fuente: DIPRES. Estadísticas de Recursos Humanos del Sector Público 1998 – 2007.  
Gráfico de elaboración propia.

El hecho descrito anteriormente, no es ajeno al Ministerio de Salud. De conformidad a las cifras presentes en la tabla I.12, la dotación femenina supera en los años de la muestra, en promedio, el 65% del total.

**Tabla I.12. Recursos Humanos MINSAL, por género. Años 2000-2007.**

Dotación	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Total Sector Público</b>	<b>142.751</b>	<b>149.494</b>	<b>154.661</b>	<b>158.423</b>	<b>162.308</b>	<b>167.153</b>	<b>172.017</b>	<b>178.274</b>
<b>Ministerio de Salud</b>	70.306	73.180	75.817	77.939	79.529	81.088	83.187	85.679
<b>Mujeres MINSAL</b>	47.176	48.485	49.562	51.160	52.524	53.621	54.760	56.550
<b>Hombres MINSAL</b>	23.130	24.695	24.355	26.779	27.005	27.467	28.427	29.129

Fuente: DIPRES. Estadísticas de Recursos Humanos del Sector Público 1998 – 2007.  
Tabla de elaboración propia.

En las COMPIN esta situación es similar. Su fuerza laboral se divide en 409 mujeres (61,3%) y 258 hombres (38,7%), ver tabla I.13.

**Tabla I.13. Recursos Humanos COMPIN, por género.**

Total	Mujeres		Hombres	
	Número	%	Número	%
<b>669</b>	412	61,6	257	38,4

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la dotación de personal a Julio 2008 proporcionados por DIPRES.

En cuanto al comportamiento de las cifras a nivel regional, sólo en la Región de Los Ríos la dotación es mayormente masculina, ya que del total de 20 funcionarios, 12 son varones. Por el contrario en las regiones de Antofagasta, Atacama, Coquimbo, Maule, Aysén y Magallanes, existe un claro predominio femenino, con sobre el 65% del total de funcionarios de sexo femenino (ver tabla I.14).

**Tabla I.14. Recursos Humanos COMPIN, por región y por género.**

Regiones	Nº Total	Mujeres	%	Hombres	%
Arica-Parinacota	14	9	64,29%	5	35,71%
Tarapacá	24	14	58,33%	10	41,67%
Antofagasta	24	16	66,67%	8	33,33%
Atacama	16	11	68,75%	5	31,25%
Coquimbo	18	14	77,78%	4	22,22%
Valparaíso	76	49	64,47%	27	35,53%
O'Higgins	36	23	63,89%	13	36,11%
Maule	33	23	69,70%	10	30,30%
Bío-Bío	99	64	64,65%	35	35,35%
Araucanía	56	33	58,93%	23	41,07%
Los Ríos	20	8	40,00%	12	60,00%
Los Lagos	26	16	61,54%	10	38,46%
Aysén	10	9	90,00%	1	10,00%
Magallanes	13	9	69,23%	4	30,77%
Metropolitana	204	114	55,88%	90	44,12%
<b>Totales</b>	<b>669</b>	<b>412</b>	<b>61,58%</b>	<b>257</b>	<b>38,42%</b>

**Fuente: Elaboración propia en base a datos proporcionados por DIPRES. 2008.**

Al desagregar respecto de las responsabilidades de cada género, es posible establecer, por ejemplo, que la relación sexo/médico, en un 70% corresponde a varones y el 30% restante a mujeres; cifras que se invierten notablemente en el estamento administrativo, donde, de acuerdo a las cifras revisadas, las mujeres bordean el 90% de los cargos y el 10% restante corresponde a varones.

Asimismo, de los 50 funcionarios con profesiones no médicas, estos son mayoritariamente mujeres (64%), cuyas profesiones principales son asistente/trabajador(a) social (18) y enfermeras (7). (Ver tabla Recursos Humanos de COMPIN, según profesión y sexo).

### **3.2.1.3. Distribución por edad.**

En términos etarios, a pesar del hecho que los datos proporcionados no están completos (falta un 16% de los datos), es posible establecer que el promedio de edad de los funcionarios de COMPIN es de 43.6 años<sup>54</sup>.

<sup>54</sup>

Dato de edad de los funcionarios en algunas regiones no está registrado.

Sin embargo, al desagregar esta cifra por unidad regional, se observa que, en general, la mayoría de los funcionarios tienen más de 40 años. Estos datos resultan relevantes para las regiones de Valparaíso, Bío-Bío, Los Ríos y Antofagasta, con un promedio sobre los 45 años, mientras que en las Regiones de O'Higgins y Aysén, el promedio es de 36 años.

Asimismo, al introducir el dato de las edades de funcionarios más jóvenes, en la mayoría de las regiones no superan los 25 años, en contrapartida de las edades más avanzadas, pudiéndose observar que en la mayoría de las entidades bajo estudio se cuenta **con funcionarios que sobrepasan los 60 años**, correspondiendo a nivel nacional a un 14.8% de los funcionarios. Tal es el caso de las regiones de Arica y Parinacota (con un funcionario que declara 75 años), de Antofagasta (68 años), Atacama (80 años), Coquimbo (64 años), O'Higgins (63 años), Maule (65 años), Bío Bío (78 años), Araucanía (64 años), Los Lagos (60 años), Magallanes (63 años) y Metropolitana (81 años). Ver tabla I.15.

**Tabla I.15. Dotación Personal COMPIN, por regiones, edad y sexo.**

Regiones	Nº Total Funcionarios	Edad promedio Funcionarios	Mujeres	Edad promedio Mujeres	Hombres	Edad promedio Hombres
Arica-Parinacota	14	43,5	9	37,9	5	57,5
Tarapacá	24	39,7	14	39,4	10	41
Antofagasta	24	46,5	16	49	8	63
Atacama	16	44,8	11	38,3	5	64,8
Coquimbo	18	40,8	14	39,6	4	46,3
Valparaíso	76	47,3	49	42,2	27	56,2
O'Higgins	36	36,3	23	37,9	13	36,8
Maule	33	44,2	23	42,1	10	54,1
Bío-Bío	99	46,4	64	45,5	35	49,6
Araucanía	56	39,4	33	39,4	23	39,6
Los Ríos	20	55	8	50	12	48,8
Los Lagos	26	43,3	16	43,7	10	46,2
Aysén	10	36,8	9	36	1	39,5
Magallanes	13	43,1	9	40,3	4	49,3
Metropolitana	204	45	114	48,9	90	46
<b>Total General</b>	<b>669</b>	<b>43,5</b>	<b>412</b>	<b>42</b>	<b>257</b>	<b>49,24</b>

**Fuente: Elaboración propia en base a datos proporcionados por DIPRES. 2008.**

Si se analizan los datos por sexo, los hombres presentan edades promedios bastante altas. Importante son las cifras de las Comisiones de Antofagasta y Atacama, con promedios sobre 60 años, seguidas de las regiones de Arica-Parinacota, Valparaíso y Maule, con edades sobre 50 años. Las mujeres por su

parte, presentan promedios de edad más variables con 7 regiones en el rango de 35 a 40 años.

Finalmente, dentro de los estamentos de la organización, es importante agregar que, de acuerdo a los datos proporcionados, existe un 32.3% de directivos superiores de COMPIN y Subcomisiones de edades mayores de 60 años.

De hecho, el 57,5%<sup>55</sup> de estos profesionales tienen 50 años y más (el rango entre 60 y más años representa el 27,8% del total). En cambio, dentro del estamento administrativo las edades son más variables y en la mayoría de las unidades de esta entidad oscilan entre los 20 y 45 años.

### 3.2.1.4. Distribución por dependencia y cargo.

La mayoría de la dotación (82,4%) de funcionarios que laboran en COMPIN depende de las Autoridades Sanitarias Regionales (SEREMI), mientras que los pertenecientes a los Servicios de Salud (S.S.) alcanzan a un 15,8%.

Estos datos son relevantes a la hora de verificar los niveles de avance en el plan de mejoramiento de la gestión de las COMPIN en relación al traspaso de los recursos humanos que implica que, gradualmente, la dependencia de todos los funcionarios debiera ser propiamente de las SEREMI.

En la tabla I.16 se presentan la dotación de médicos y administrativos separados por dependencia y región.

**Tabla I.16. Recursos Humanos COMPIN, por dependencia y cargos.**

REGIÓN	Médico COMPIN SEREMI	Horas semanales trabajadas	Médico COMPIN S.S.	Horas semanales trabajadas	Administrativo COMPIN SEREMI	Horas semanales trabajadas	Administrativo COMPIN S.S.	Horas semanales trabajadas
Arica-Parinacota	3	99	0	-	9	396	0	-
Tarapacá	8	220	0	-	11	484	0	-
Antofagasta	4	176	2	26	16	704	0	-
Atacama	4	110	0	-	10	440	0	-
Coquimbo	4	154	1	11	11	484	0	-
Valparaíso	11	367	15	152	39	1694	0	-
O'Higgins	9	187	1	11	21	891	0	-
Maule	7	184	5	56	7	220	7	220
Bíobío	10	374	19	159	57	2508	0	-
Araucanía	7	308	13	28	22	968	1	44
Los Ríos	0	-	12	81	7	308	0	-
Los Lagos	6	264	3	44	17	748	0	-
Aysén	3	132	0	-	5	220	0	-

<sup>55</sup> Calculado sobre el número total de médicos menos los que no consignan edad.

REGIÓN	Médico COMPIN SEREMI	Horas semanales trabajadas	Médico COMPIN S.S.	Horas semanales trabajadas	Administrativo COMPIN SEREMI	Horas semanales trabajadas	Administrativo COMPIN S.S.	Horas semanales trabajadas
Magallanes	2	88	3	5	5	220	0	-
Metropolitana	37	1430	6	88	117	5148	0	-
<b>Total General</b>	<b>115</b>	<b>4093</b>	<b>80</b>	<b>661</b>	<b>354</b>	<b>15433</b>	<b>8</b>	<b>264</b>

Fuente: Elaboración propia en base a datos proporcionados por DIPRES. 2008.

Como se aprecia en la tabla anterior sólo en las regiones de Arica-Parinacota, Tarapacá, Atacama y Aysén los médicos de la COMPIN sólo dependen de la SEREMI.

Sin embargo, no deja de ser relevante la cifra de profesionales médicos de dependencia de los S.S. que cumplen funciones en COMPIN., que hasta julio de 2008, correspondía al 41%, aunque al analizar el número de horas de trabajo que este porcentaje representa se puede ver que estas equivalen sólo a un 13.8% del total de horas Médico de las COMPIN.

Se hace presente que la cifra anterior no considera a los médicos que trabajan en las ULM de los hospitales. Si bien se envió el cuestionario a todas la COMPIN para poder levantar esta información, no se obtuvo respuesta de la gran mayoría de ellas.

Por su parte, entre el estamento administrativo, la relación de dependencia de los funcionarios es casi exclusivamente de las SEREMI con un 97.8%, contra un 2.2% de dependencia de los S.S. En cuanto a Otros Profesionales, en los datos entregados por la Coordinación Nacional de COMPIN; y que representan al 7.5% de los funcionarios, no se indica su dependencia, lo mismo en relación a los auxiliares, cuyo número dentro de los funcionarios de COMPIN es poco significativo (1.5% del total); datos que se pueden visualizar en la tabla I.17.

**Tabla I.17. Recursos Humanos COMPIN, por cargos y dependencia.**

Estamento		Total	%
Médico	Médico COMPIN SEREMI	110	16,5
	Médico COMPIN S.S.	38	5,7
	Médico Apoyo (-11 Hrs SEREMI)	5	0,7
	Médico Apoyo (-11 Hrs. S.S.)	42	6,3
Profesional	Profesionales no Médicos	50	7,5
Administrativos	Administrativo COMPIN S.S.	8	1,2
	Administrativo COMPIN SEREMI	354	53,1
	Auxiliar COMPIN	10	1,5
	Sin determinar	50	7,5

Fuente: Elaboración propia en base a datos proporcionados por DIPRES. 2008.

### 3.2.1.5. Distribución del Gasto en Recursos Humanos por COMPIN.

Para describir el gasto en recursos humanos sólo se cuenta con información respecto de la remuneración de los funcionarios que dependen directamente de COMPIN. No se cuenta con información respecto de los funcionarios cuya remuneración es de cargo de los Servicios de Salud (SS). No obstante, también en algunos casos falta información sobre los funcionarios que dependen de la COMPIN. En total, se cuenta con información de la remuneración de cerca del 76% de los funcionarios.

De acuerdo a las cifras en remuneraciones, el gasto mensual por concepto de remuneraciones arroja un total de \$ 305.478.729 (obtenido de los 508 funcionarios que se tiene el dato de Remuneración sobre un total de 669 que trabajan en COMPIN). De este monto total, alrededor del 43% está destinado al pago de remuneraciones de los médicos y el 57% para otros funcionarios.

La remuneración promedio de funcionarios es del orden de \$ 603.000. Al analizar la distribución a nivel regional, la relación remuneración promedio y monto total de gasto en remuneraciones de Aysén es la más alta del país, con un promedio de \$986.546. En contrapartida se encuentra la Región de Los Ríos, con un promedio de remuneraciones de \$ 362.483. Pero al momento de considerar esta última cifra hay que tener presente que, en esta región, 11 médicos son de dependencia de los Servicios de Salud, por lo que no figuran sus ingresos, distorsionando el análisis.

Por su parte, la Región de O'Higgins, donde todos sus funcionarios son dependientes de la SEREMI, el promedio de remuneraciones alcanza a \$ 489.548 con un monto para pago de salarios similar a la región de Los Lagos. Por la dificultad del análisis, debido a que falta información relevante, no se puede hablar de un "estándar remuneracional" en las COMPIN. La distribución de estos salarios se presenta en la tabla I.18.

**Tabla I.18. Recursos Humanos COMPIN, por región y remuneraciones.**

Regiones	Total funcionarios	Funcionarios con Remuneración	\$ Total en Remuneración	Remuneración Promedio
Arica-Parinacota	14	12	7.586.818	632.235
Tarapacá	24	24	16.453.820	685.576
Antofagasta	24	22	14.415.850	655.266
Atacama	16	16	8.561.657	535.104
Coquimbo	18	17	10.404.043	612.003
Valparaíso	76	47	27.426.416	583.541
O'Higgins	36	31	15.176.002	489.548
Maule	33	11	8.220.816	747.347
Bío-Bío	99	64	34.297.943	535.905
Araucanía	56	36	23.157.135	643.254

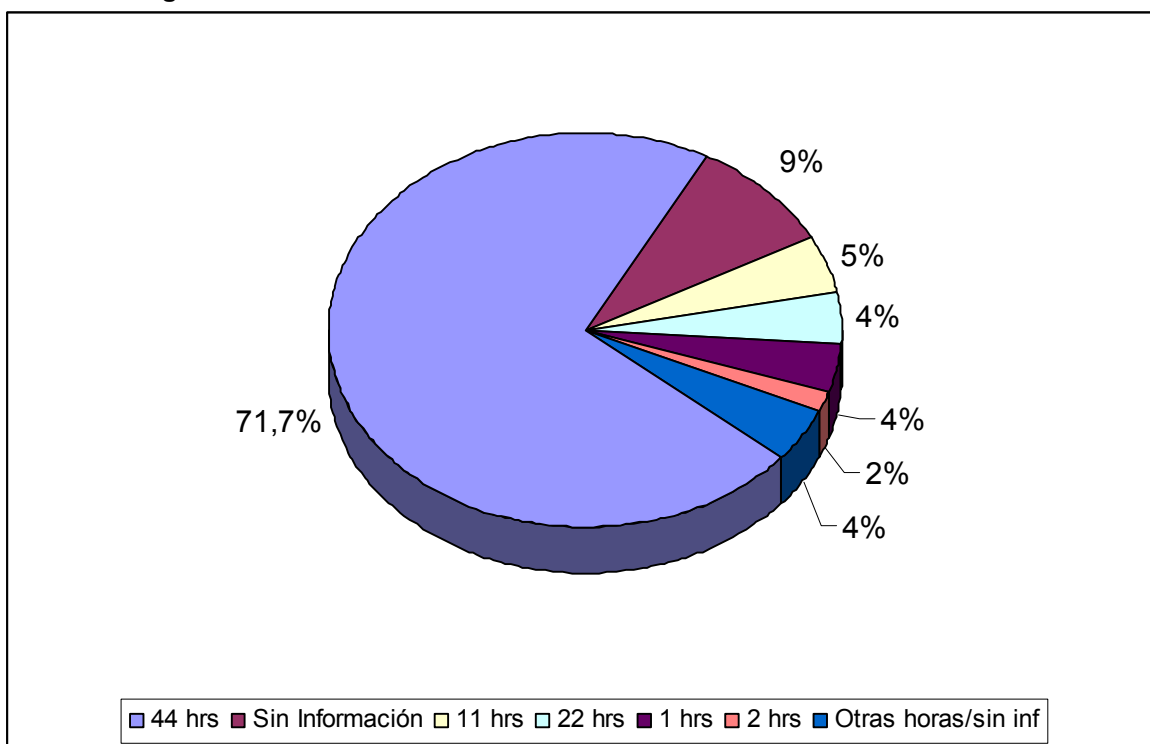
Regiones	Total funcionarios	Funcionarios con Remuneración	\$ Total en Remuneración	Remuneración Promedio
Los Ríos	20	9	3.262.348	362.483
Los Lagos	26	23	15.312.448	665.759
Aysén	10	9	8.878.918	986.546
Magallanes	13	9	6.826.938	758.549
Metropolitana	204	175	105.497.774	602.844
<b>Total General</b>	<b>669</b>	<b>505</b>	<b>305.478.926</b>	<b>604.909</b>

Fuente: Elaboración propia en base a datos proporcionados por DIPRES. 2008.

### 3.2.1.6. Jornadas laborales.

En relación a las horas semanales trabajadas por los funcionarios de las COMPIN se tiene que, el 71.6% de los funcionarios trabaja 44 hrs., un 4.6% trabaja 11 hrs., un 4.2% trabaja 22 hrs., un 4.0% trabaja 1 hora, un 1.6% trabaja 2 hrs y un 4.4% con horas variables (3, 4, 7, 8, 10, 15, 27, 33), datos que se reflejan en el siguiente gráfico.

Figura I.7. Horas Semanales de Jornada Laboral funcionarios COMPIN.



Fuente: Elaboración propia en base a datos proporcionados por DIPRES. 2008.

De los datos obtenidos se puede concluir que semanalmente los funcionarios de las COMPIN laboran un total de 22.526 horas, donde 19.236 horas, equivalentes a 85.8% de las horas total trabajadas en COMPIN, son realizadas por el personal de las SEREMI. En tanto el personal del S.S trabaja 1.068 horas, que representan un



4.7% del total de las horas trabajadas en COMPIN. Para mayor detalle se presenta la tabla I.19 donde se muestran las horas trabajadas por cada estamento.

**Tabla I.19. Horas totales por estamento y dependencia de funcionarios COMPIN.**

Horas por estamento	Nº Horas	% del total
Horas Médico SEREMI	3.981	17,7%
Horas Médico S.S.	672	3,0%
Horas Administrativo SEREMI	15.345	68,1%
Horas Administrativo S.S.	396	1,8%
Horas Otros Profesionales	1.826	8,1%
Horas Auxiliar	306	1,4%
<b>Total Horas</b>	<b>22.526</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Elaboración propia en base a datos proporcionados por DIPRES. 2008.

### 3.2.1.7. Caracterización de la formación del personal.

Tal como se menciona en párrafos anteriores, los funcionarios de las COMPIN son aproximadamente 669 personas a Julio de 2008, las que en su mayoría desarrollan labores administrativas, sin embargo no se cuenta con información específica respecto de su formación profesional o nivel educacional.

Las personas identificadas como profesionales corresponden al 37% de los funcionarios, de los cuales el 80% son profesionales médicos (195 personas), hecho que se explica por las características de las labores desarrolladas por la institución. El 20% restante (50 personas) de los profesionales tienen formación de principalmente asistentes o trabajadores sociales y enfermeras. Ver tabla I.20.

**Tabla I.20. Recursos Humanos de COMPIN, por profesión y género**

Profesional	Número	%	Hombres	%	Mujeres	%
Médicos	195	79,6	131	67,2	64	32,8
Asistentes o Trabajadores Sociales	19	7,8	1	5,3	18	94,7
Enfermeras	7	2,9	0	0,0	7	100,0
Ingenieros en Administración	2	0,8	0	0,0	2	100,0
Psicólogos	3	1,2	2	66,7	1	33,3
Matron (a)	2	0,8	1	50,0	1	50,0
Terapeutas Ocupacionales	2	0,8	1	50,0	1	50,0
Sociólogo	1	0,4	1	100,0	0	0,0
Kinesiólogo	1	0,4	1	100,0	0	0,0
Contador público y auditor	2	0,8	2	100,0	0	0,0
Abogado	1	0,4	1	100,0	0	0,0
Profesor Educación Básica	1	0,4	1	100,0	0	0,0
Ingeniero Mecánico	1	0,4	1	100,0	0	0,0
Técnico Paramédico	2	0,8	0	0,0	2	100,0
Técnico Prevención de Riesgos	1	0,4	1	100,0	0	0,0

Profesional	Número	%	Hombres	%	Mujeres	%
No identifica profesión	5	2,0	5	100,0	0	0,0
<b>Total</b>	<b>245</b>	<b>100</b>	<b>149</b>	<b>60,8</b>	<b>96</b>	<b>39,2</b>

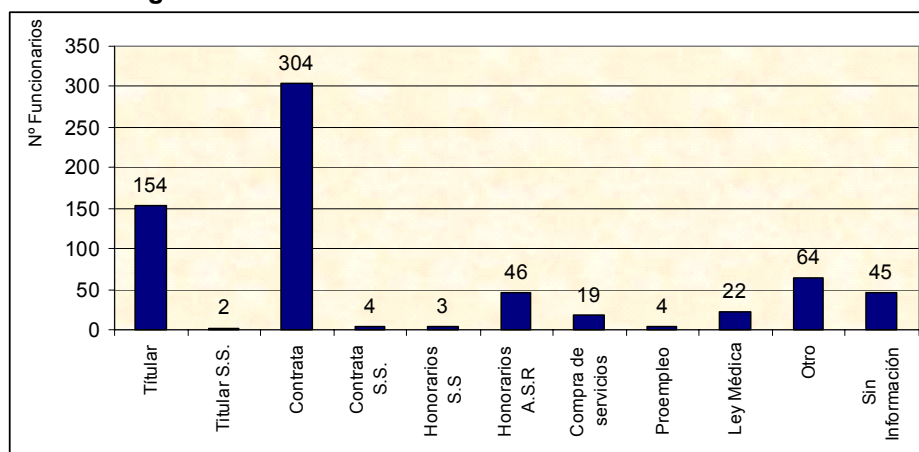
Fuente: Elaboración propia en base a datos proporcionados por DIPRES. 2008.

Finalmente, cabe señalar que se intentó recopilar la información sobre la caracterización educacional, faltante en los datos aportados por DIPRES, a través del Cuestionario N° 2 de Recursos Humanos aplicado a las COMPIN. Sin embargo, dado los escasos antecedentes recogidos en el cuestionario<sup>56</sup> no fue posible realizar un análisis más profundo respecto de la formación educacional de los funcionarios, particularmente del estamento administrativo.

En cuanto a la relación contractual de los recursos humanos de COMPIN, es posible diferenciarlos en Titulares, Contrata, Honorarios, Compra de Servicios, Ley Médica, Programa Pro-empleo, Otros, y Sin información.

A pesar del hecho que en los datos aportados no está identificada totalmente la relación contractual y dependencia de los funcionarios que laboran en COMPIN, sí es posible aventurar que la mayor proporción de los funcionarios tiene una relación a Contrata, con un 46%; seguido por los Titulares con un 23%; Otros, con un 10%; Honorarios con un 7%; Sin Información con un 7%; un 3% agrupa a los identificados como Compra de Servicio y Ley Médica, y un 1% relacionado con el programa Pro-empleo. Lo anterior se representa en la figura I.8.

Figura I.8. Relación Contractual Funcionarios COMPIN.



Fuente: Elaboración propia en base a datos proporcionados por DIPRES. 2008.

### 3.2.1.8. Distribución por años de servicio.

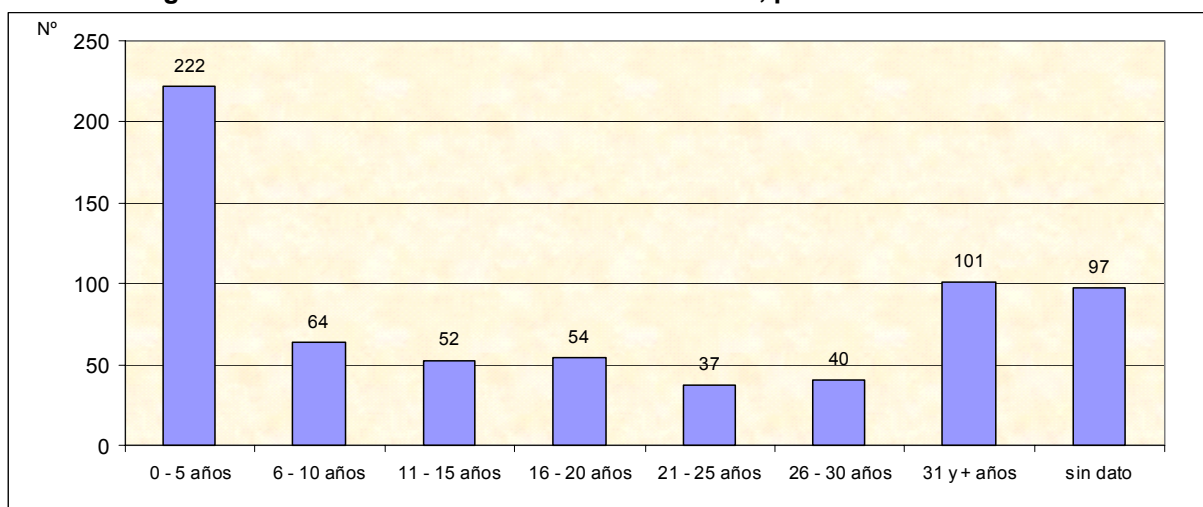
En cuanto a los años de servicio de los funcionarios de COMPIN, el siguiente gráfico permite observar que existe una amplia brecha entre los funcionarios nuevos y los más antiguos.

<sup>56</sup> De las 33 unidades entre COMPIN y Subcomisiones encuestadas, fueron recepcionadas sólo respuesta de 14 de ellas, equivalente al 42% de la muestra.

El grupo mayoritario, al que pertenecen un 33,3% de los funcionarios, está formado por trabajadores con antigüedad entre 0 y 5 años de trabajo. Luego se encuentra el grupo formado por funcionarios que tienen más de 31 años de servicio, los que equivalen al 15,1% de la fuerza laboral de las COMPIN. A este grupo le sigue el formado por funcionarios con antigüedad en el rango entre 26 y 30 años de servicio con un 6,0%. Al agrupar éstos dos últimos se tiene que el 21,1% de los funcionarios tiene más de 26 años de servicio, hecho acorde con el promedio de edad que sobrepasa en algunos casos los 50 años y que fue revisado en apartados anteriores.

En el medio de ambos rangos se encuentran los funcionarios que llevan entre 6 y 25 años de trabajo, que equivalen al 31% del total de funcionarios, dato que es posible visualizar en la figura I.9.

**Figura I.9. Dotación Recursos Humanos COMPIN, por años de servicio.**



**Fuente: Elaboración propia en base a datos proporcionados por DIPRES. 2008.**

De acuerdo a las cifras presentadas en la tabla siguiente, se observa que en la mayoría de las regiones la mayor proporción de funcionarios también corresponde al grupo con antigüedad laboral entre 0 y 5 años.

También existe en algunas regiones una proporción significativa de funcionarios que tienen más de 31 años de servicio, como es el caso de las regiones del Bío-Bío con 23 funcionarios de 97 dentro de este rango (un funcionario aparece con 58 años de servicio) y la Región Metropolitana, con 47 de 204 que laboran en su jurisdicción y donde uno de ellos presenta 54 años de servicio, ver tabla I.21.

**Tabla I.21. Dotación Personal COMPIN, según regiones y años de servicio en %.**

Años de Servicio \ Regiones	0 - 5 años	6 - 10 años	11 - 15 años	16 - 20 años	21 - 25 años	26 - 30 años	31 y + años	sin dato
Arica-Parinacota	42,9	28,6	21,4	0,0	0,0	0,0	7,1	0,0
Tarapacá	45,8	0,0	12,5	4,2	12,5	8,3	8,3	8,3
Antofagasta	45,8	4,2	12,5	4,2	12,5	8,3	4,2	8,3

Años de Servicio								
Atacama	56,3	12,5	0,0	12,5	6,3	6,3	6,3	0,0
Coquimbo	38,9	16,7	11,1	5,6	0,0	0,0	16,7	11,1
Valparaíso	14,7	2,7	2,7	6,7	4,0	4,0	10,7	54,7
O'Higgins	44,4	5,6	2,8	2,8	11,1	2,8	2,8	27,8
Maule	42,4	9,1	6,1	18,2	0,0	6,1	15,2	3,0
BíoBío	32,7	13,3	7,1	7,1	8,2	6,1	25,5	0,0
Araucanía	39,3	3,6	1,8	3,6	3,6	8,9	7,1	32,1
Los Ríos	55,0	10,0	25,0	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Los Lagos	30,8	11,5	7,7	11,5	11,5	23,1	3,8	0,0
Aysén	70,0	10,0	10,0	0,0	0,0	0,0	10,0	0,0
Magallanes	53,8	15,4	0,0	15,4	0,0	7,7	7,7	0,0
Metropolitana	24,5	11,8	9,8	10,3	4,9	5,4	23,0	10,3
<b>Total</b>	<b>33,3</b>	<b>9,6</b>	<b>7,8</b>	<b>8,1</b>	<b>5,5</b>	<b>6,0</b>	<b>15,1</b>	<b>14,5</b>

**Fuente: Elaboración propia en base a datos proporcionados por DIPRES. 2008.**

Finalmente, antecedentes como la evolución de la planta funcionarial de COMPIN, datos acerca de ausentismo, licencias médicas y otros relevantes no se identifican por falta de información en la respuesta a los cuestionarios aplicados por la Consultora y también debido a la falta de estos antecedentes en el MINSAL (Coordinación Nacional de las COMPIN).

### **3.2.1.9. Políticas de reclutamiento de los Recursos Humanos.**

En razón del proceso de modernización del Estado, el año 2003 se dieron a conocer los principios modernizadores de la gestión pública en agendas programáticas, destinadas a darle otro enfoque a la gestión y, en la cual, se incluían como elementos fundamentales los recursos humanos.

El Ministerio de Salud, siguiendo la línea modernizadora de la gestión de su capital humano inició un nuevo proceso de selección y reclutamiento de personal, basado en procesos de acreditación por mérito e idoneidad entre cargos y personas, para el mejor desempeño de sus funciones.

En el año 2006 la Presidencia de la República entregó las directrices que debían guiar las políticas de recursos humanos del Estado con la emisión del Código de Buenas Prácticas Laborales para toda la Administración. Así, en marzo de 2007, se entregaron los lineamientos metodológicos para la elaboración de planes trienales, a través de los cuales, 167 servicios públicos se comprometieron a desarrollar medidas que permitieran dar cumplimiento al citado Código. En este sentido, la Subsecretaría de Salud Pública dictó la Resolución N° 840 del 19 de Diciembre de 2007 sobre Sistema de Reclutamiento, Selección e Inducción (SRSI) de Personal.

Al iniciarse el año 2008 las COMPIN han establecido también condiciones para el reclutamiento de recursos humanos bajo esta nueva perspectiva, lo que se ha materializado en la práctica por la definición de perfiles de cargos de acuerdo a competencias básicas relacionadas con la formación profesional de las personas y competencias con habilidades personales tales como liderazgo, trabajo en equipo, entre otras.

De la información entregada por la Subsecretaría de Salud Pública, es posible identificar cinco cargos establecidos en el ámbito de las COMPIN, con definición de propósito del cargo, dependencia, funciones, requisitos, competencias, modalidad y grado del contrato, a saber:

- Médico contralor
- Profesional de la Salud
- Profesional de la Gestión
- Administrativo Oficina de Subsidios
- Administrativo.

Para estos cargos se han establecido una serie de competencias relacionadas con habilidades, aptitudes y capacidades, las que en términos generales son las siguientes:

1. Habilidad para abordar los problemas y desafíos propios de su actividad y para comprometerse con cursos de acción basados en supuestos reales, que consideren los elementos contextuales, los recursos disponibles y la viabilidad de las soluciones propuestas para alcanzar los resultados esperados.
2. Habilidad para comprender rápidamente los cambios del entorno y de la institución, detectando nuevas oportunidades que impliquen una planificación y ejecución de acciones en función de los objetivos estratégicos de la organización.
3. Aptitud para demostrar sensibilidad hacia las necesidades o demandas del conjunto de clientes internos y externos de la organización, siendo capaz de darles satisfacción a sus requerimientos y brindándoles un servicio de altos estándares de excelencia.
4. Habilidad para establecer canales de comunicación efectivos con los integrantes del equipo del Departamento o con otros miembros internos o externos de la organización y para transmitir ideas o mensajes con la persuasión necesaria para su comprensión y aceptación por parte del interlocutor.
5. Manejo apropiado de las relaciones interpersonales.

6. Habilidad para seguir actuando con eficiencia en situaciones de presión, oposición y/o adversidad, insertándose de manera adecuada en contextos de trabajo que demanden un alto nivel de exigencia.
7. Capacidad para reconocer y asumir el rol que ocupa la COMPIN en la Protección Social de los ciudadanos, promoviendo un compromiso coincidente con los objetivos, estrategias y procesos organizacionales, modelando el comportamiento de las personas y equipos dentro de la Institución.
8. Capacidad de trabajar en equipo, siendo capaz de establecer canales de comunicación efectivos con los demás integrantes del equipo y fomentar las buenas relaciones interpersonales.
9. Capacidad de trabajar en forma ordenada, privilegiando el cumplimiento de plazos en cada etapa del proceso de tramitación.
10. Capacidad de reacción favorable a situaciones que generen stress, con énfasis en la conciliación y proactividad.
11. Capacidad de proponer mejoras en los temas técnicos de su competencia.

En la tabla I.22 se resumen las características de requisitos y competencias de estos cargos.

**Tabla I.22. Requisitos y competencias para Cargos en COMPIN.**

<b>Cargo</b>	<b>Requisitos</b>	<b>Competencias</b>
Médico contralor	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Título Profesional de Médico Cirujano.</li> <li>- Experiencia Profesional Mínimo 1 año de experiencia profesional</li> <li>- Estudios de Post Grado Deseables: Formación de post-grado en Salud Pública.</li> <li>- Estudios de Especialización Deseables: Psiquiatría, Fisiatría, Traumatología, Pediatría, Gineco-obstetricia y Gestión en Instituciones de Salud.</li> <li>- Manejo básico de herramientas Word y Excel</li> </ul>	1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7
Profesional de la Salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formación: Título Profesional de una carrera de a lo menos 8 semestres de duración, otorgado por una universidad o instituto profesional del Estado o reconocido por éste, de preferencia en el área de la Salud.</li> <li>- Experiencia Profesional: Mínimo 2 años de experiencia profesional.</li> <li>- Otros: Manejo básico de herramientas Word y Excel.</li> </ul>	1, 3, 5, 6, 7, 8 y 11
Profesional de la Gestión	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formación: Título Profesional de una carrera de a lo menos 8 semestres de duración, otorgado por una universidad o instituto profesional del Estado o reconocido por éste, de preferencia en el área de la Gestión.</li> <li>- Experiencia Profesional: Mínimo 2 años de experiencia profesional.</li> <li>- Otros: Manejo básico de herramientas Word y Excel.</li> </ul>	1, 3, 5, 6, 7, 8, y 11

Cargo	Requisitos	Competencias
Administrativo Oficina de Subsidios	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formación: Egresado de la Enseñanza Media o equivalente.</li> <li>- Experiencia Laboral deseable: Experiencia en el área de la Salud.</li> <li>- Otros: Manejo de herramientas Word y Excel.</li> <li>- Conocimiento básico del Código del Trabajo y Estatuto Administrativo</li> </ul>	3, 5, 8, 9 y 10
Administrativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formación: Egresado de la Enseñanza Media o equivalente.</li> <li>- Experiencia Laboral deseable: Experiencia en el área de la Salud.</li> <li>- Otros: Manejo de herramientas Word y Excel.</li> </ul>	3, 6, 8, 9 y 10

**Fuente: Elaboración propia en base a datos proporcionados por Subsecretaría de Salud Pública.**

Asimismo, en los proyectos de presupuesto del plan de modernización de la COMPIN de los años 2007 y 2008 se incorporó la contratación de profesionales médicos y administrativos. Sin embargo, debido a que no se puso a disposición de la Consultora los datos históricos de la planta de la institución, no puede verificarse si esto se ha cumplido, aunque en la sección 5.2.2 se señalan los aumentos de las horas médicas y de otros funcionarios debido a los proyectos de modernización.

### **3.2.1.10. Formación y desarrollo del personal.**

De acuerdo a los antecedentes recogidos mediante las respuestas al cuestionario N° 2 de Recursos Humanos (anexo 11) aplicado por la Consultora, la capacitación en COMPIN es y ha sido permanente, ya que es una actividad llevada a cabo incluso desde antes de la puesta en marcha del Plan de Modernización (en la encuesta se pregunta desde el año 2001).

A continuación se presentan los antecedentes aportados por las Comisiones en el citado cuestionario en relación al promedio de funcionarios capacitados anualmente y el total de trabajadores de sus respectivas unidades. Ver tabla I.23.

**Tabla I.23. Promedio de Capacitación de Funcionarios COMPIN, por Comisión y Subcomisión.**

Comisión *	Nº Promedio de Capacitados	Nº Total Trabajadores	% Promedio Capacitación
Atacama	3	16	19,89%
Ohiggins	10	35	29,14%
Maule	3	29	10,73%
Sub.Arauco	2	11	19,83%
Sub.Ñuble	3	24	12,86%
Sub.Malleco	2	21	11,11%
Sub.Cautín	4	30	12,08%

<b>Comisión *</b>	<b>Nº Promedio de Capacitados</b>	<b>Nº Total Trabajadores</b>	<b>% Promedio Capacitación</b>
Los Ríos	2	20	10,38%
Sub.Osorno	3	9	28,89%
Aysén	3	10	26,25%

\* De los 14 Cuestionarios respondidos, estos datos corresponden sólo a aquellas Unidades que respondieron esta Consulta Fuente: Elaboración propia en base a datos entregados en Cuestionarios Nº 2.

Asimismo, de las respuestas recibidas, se deduce que esta actividad se desarrolla en forma permanente, como se observa en la tabla I.24; y que, en general, se capacita a 1 o 2 personas y no a grupos mayores, según se visualiza en tabla I.25.

**Tabla I.24. Capacitación de Funcionarios COMPIN, por Años.**

<b>Año</b>	<b>Nº Capacitaciones</b>
2001	8
2002	5
2003	8
2004	10
2005	18
2006	32
2007	13
2008	31
<b>Total general</b>	<b>125</b>

Fuente: Elaboración propia en base a datos entregados en Cuestionarios Nº 2 de Recursos Humanos. 2008.

**Tabla I.25. Capacitación de Funcionarios COMPIN, por Años.**

<b>Nº Funcionarios</b>	<b>Nº Capacitaciones</b>	<b>%</b>
1 Persona	44	35,71%
2 Personas	30	23,81%
3 Personas	14	11,11%
4 Personas	14	11,11%
5 Personas	7	5,56%
6 Personas	5	3,97%
7 Personas	3	2,38%
8 Personas	1	0,79%
9 Personas	2	1,59%
11 Personas	2	1,59%
13 Personas	2	1,59%
22 Personas	1	0,79%
<b>Total general</b>	<b>121</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Elaboración propia en base a datos entregados en Cuestionarios Nº 2 de Recursos Humanos. 2008.



A partir del año 2006 y con el establecimiento de compromisos en función del Plan de Mejoramiento de la Gestión, se establece para la Subsecretaría de Salud Pública una Política de Gestión y Desarrollo de Personas, basada en principios de equidad y transparencia.

El Ministerio de Salud programa anualmente capacitaciones para todos los funcionarios de su dependencia. Ello incluye a los funcionarios de COMPIN, pero en la programación por región no es posible identificar las actividades de capacitación directa, excepto una mención especial en el informe ejecutivo de la Subsecretaría de Salud Pública, Proyecto “DIPRECE”, denominado “Salud Ocupacional para profesionales de las COMPIN” y que tiene un presupuesto de \$24.000.000.

### **3.2.2. Recursos Tecnológicos.**

#### **3.2.2.1. Descripción de las Infraestructura TIC y comunicaciones.**

La Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez posee equipamiento computacional propio, sin embargo para el desarrollo de la labor de resolución de LM depende, tanto en lo que se refiere a hardware y software, de los recursos de FONASA. De esta forma, si bien sobre el 87% de los funcionarios de COMPIN cuenta en su oficina con un equipo computacional asignado, de éstos aquellos que corresponden a puntos de red al sistema deben ser solicitados a FONASA a través de un procedimiento que implica justificar la petición, y esperar la autorización de parte de ellos para su asignación.

Como resultado de este procedimiento, se mantiene en este momento, una base instalada de computadores personales cuya vigencia tecnológica no es más antigua que 3 años, esto es, con procesadores Intel igual o superior a Celeron1,3Ghz, 512MB en memoria RAM, disco duro 40GB, Unidad Óptica DVD, monitor CRT 15”, lo que permite trabajar sin problemas en una plataforma también vigente de Microsoft Windows XP Pro, distribuido casi mayoritariamente por marcas de reconocido prestigio y con respaldo confiable de post venta en Chile, como son “Dell” y “Acer” en computadores, y “Lexmark” en equipamiento de impresión.

Adicionalmente, los datos recogidos en las encuestas muestran que sobre el 90% de la base instalada de computadores opera con Sistema Operativo Microsoft Windows XP Pro Service Pack 2, y posee licencia vigente.

Complementando el apoyo tecnológico, se incluyen impresoras de tecnología de inyección de tinta y láser, en promedio en las COMPIN hay una impresora cada tres personas.

La mantención y reposición de la plataforma computacional FONASA en caso de falla, se encuentra a cargo de la empresa ENTEL S.A, gracias a un contrato firmado el año 2003, y el cual incluye el acceso a un “call center” para registrar el

requerimiento, con tiempos de respuesta y de solución que no superan las 8 horas hábiles.

De esta manera, el inventario de toda la plataforma tecnológica referente a computadores personales e impresoras conectados al sistema informático de FONASA es responsabilidad de ENTEL, que actualiza los registros cada vez que sea necesario reemplazar uno o más equipos cuando su reparación no sea posible o cuando el valor de la reparación supere el valor de mercado del equipo en cuestión.

### 3.2.2.2. Descripción de la Conectividad de equipos y sistemas.

El 100% de los computadores personales de la base instalada en las diferentes comisiones o subcomisiones de la COMPIN, cuenta con una tarjeta de red del tipo PCI, con al menos 10/100 Mbs, la cual permite conectarse a una red local, acceder a la Aplicación Corporativa y en algunos casos puntuales, acceder a Internet. La tabla I.26 muestra el resumen de las comisiones o subcomisiones que confirma esta situación.

**Tabla I.26. Capacitación Resumen de encuestas sobre conectividad.**

Conexión Internet	Frecuencia	%
No	1	7,14%
Sí	13	92,86%
<b>Total general</b>	<b>14</b>	<b>100,00%</b>

Conexión Local	Frecuencia	%
Sí	14	100,00%
<b>Total general</b>	<b>14</b>	<b>100,00%</b>

**Fuente: Elaboración Consultora CEAL – PUCV.**

La comunicación interna a través de correos electrónicos debiese ser escasa ya que el mayor porcentaje de usuarios no cuenta con una dirección de correo corporativo o institucional, sin embargo un alto porcentaje utiliza para estos fines una casilla de correo personal de libre acceso. La tabla I.27 muestra los correos comerciales empleados por los funcionarios.

**Tabla I.27. Correos comerciales empleados por los funcionarios.**

Correo Usado	Frecuencia	%
"@gmail.com"	3	27,27%
"@asrm.com"	1	9,09%
"@redsalud.gov.cl"	5	45,45%
"@hotmail.com"	1	9,09%
"@yahoo.com"	1	9,09%
<b>Total general</b>	<b>11</b>	<b>100,00%</b>

**Fuente: Elaboración Consultora CEAL – PUCV.**

### **3.2.2.3. Descripción de Software.**

Las tareas de productividad diaria de los funcionarios de la COMPIN, se realizan con apoyo del equipamiento computacional prácticamente en todas sus áreas, pero complementado con sistema de LM FONASA (que se describe más adelante, y que fue diseñado a medida) y con Microsoft office 2003, conformando una herramienta tecnológica global y necesaria.

La aplicación de Microsoft Office 2003, que comprende los programas de procesamiento de texto Word 2003, programa de manejo de planillas Excel 2003, programa para crear presentaciones Power Point 2003 y programa de Administrador de correos electrónicos Outlook 2003, se encuentra instalado y funcionando en la totalidad de los computadores instalados en las oficinas del COMPIN.

Sin embargo, sobre el 90% de acuerdo a la encuesta contestada por el 42% de las COMPIN se encuentra con licencia no oficial ni autorizada. Esta situación no provoca mayores conflictos operativos ya que en ese mismo porcentaje, los usuarios no cuentan con acceso a Internet, y por tanto, las actualizaciones que Microsoft sugiere y en ocasiones obliga a bajar e instalar para seguir funcionando con la aplicación Office, no alcanzan a ser activadas en los computadores de manera que pueden seguir trabajando sin problemas. Aún así, el no licenciamiento de aplicaciones oficiales de Microsoft puede ser causa de fuertes multas para el cliente final.

El sistema de LM FONASA es aquel a través del cual se realizan todas las operaciones diarias, relacionadas con el cliente final, lo cual incluye al proceso de ingreso, gestión y administración de licencias médicas y subsidios de salud, que se relacionan con la COMPIN, existiendo un módulo especial e independiente para este organismo, inserto en la aplicación.

Esta herramienta de software fue confeccionada a medida, el año 1996 por la empresa INSICO, e implementada en la COMPIN Metropolitana (Oriente, Sur, Occidente, Central, Sur Oriente y Norte) y Subcomisión San Felipe y Los Andes.

Posteriormente, en el año 2000, se desarrolla un nuevo sistema por la empresa ORDEN, con la cual actualmente se mantiene la relación comercial vigente para la mantención de la aplicación. Su funcionamiento permanece activo desde el año 1996, modificándose a través del tiempo. Según han ido surgiendo nuevos requerimientos se han incorporado nuevos módulos, entre ellos el Work Flow (PCM).

El PCM (Workflow) nace como una herramienta de control y seguimiento de actividades, permitiendo ingresar y administrar actividades de diferentes áreas. Permite buscar a través del código, fecha o descripción de una actividad, la glosa de referencia de ellas, ingresar datos de objetivos o desarrollo, como también la duración esperada de la actividad (horas, días). El resultado es un mayor control

de las actividades, seguimiento de cumplimiento de objetivos, y por supuesto un registro de información valiosa para la gestión y mejoramiento de la institución.

Aún sin poder haber obtenido información respecto del licenciamiento vigente del sistema de LM FONASA, éste incluye el uso de una herramienta de “Oracle” (Software de manejo de Base de Datos) de nombre “Tuxedo”, la cual permite procesar transacciones de datos entre diferentes plataformas, diferentes ambientes de comunicación, etc. Actualmente, la versión de “Tuxedo” instalada para el sistema LM está limitada a un máximo de 400 usuarios, y se gatilla un mensaje de alerta cuando la conexión supera el 90%, pero no existe información de algún procedimiento a seguir con el objetivo de controlar o bajar el tráfico a partir de ese aviso de alerta.

A pesar de esto, a la fecha, y desde su implementación, la aplicación nunca ha colapsado por exceso de conexiones concurrentes.

El alojamiento de esta aplicación se ubica en un Data Center de la empresa ORDEN Salud (SONDA), quienes además tienen asignada la labor de administración, mantención y respaldo, y utilizando los enlaces de comunicación de las diferentes oficinas del COMPIN (que varían de proveedor y de tipo de servicio según los diferentes sectores), acceden a la aplicación desde todos los lugares de Chile donde se encuentre habilitado el acceso.

ORDEN es responsable además de efectuar periódicamente el respaldo de las bases de datos y gestionar el acceso a cualquiera de las bases históricas cuando FONASA lo solicite para un evento determinado.

Actualmente, y gracias a un contrato firmado en mayo del año 2005 con Telefónica Empresas CTC Chile, la red MINSAL cuenta con una red de Comunicaciones que entrega soporte para la comunicación interna y externa de voz, datos e imágenes en banda ancha.

Se mantiene una red Privada Virtual VPN, servicio provisto por ENTEL, que permite trabajar en el Sistema de LM de FONASA desde cualquier punto del país.

En el año 2003, aún habiendo ganado una licitación que incluía el diseño y desarrollo de una nueva aplicación corporativa, la empresa ENTEL implementó algunos pequeños módulos de interacción con el fin de ir efectuando las actualizaciones en forma paulatina, las que siguen vigentes en la actualidad. Sin embargo, el proyecto de la nueva aplicación no pudo llegar a término, lo que trajo como consecuencia seguir trabajando con la aplicación original, la que constituye la realidad actual.

Como resultado de lo anterior, a la fecha, el sistema no cumple con los objetivos de la COMPIN, tal como lo muestra la tabla I.28.

**Tabla I.28. Cuadro resumen de cumplimiento de requerimientos del sistema.  
SISTEMA FONASA**

<b>Cumple los Requerimientos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
No	9	81,82%
Sí	2	18,18%
<b>Total general</b>	<b>11</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Elaboración Consultora CEAL – PUCV.

#### **3.2.2.4. Sistema de LM de FONASA.**

El Sistema de LM de FONASA se encuentra restringido a través de la solicitud de un nombre de usuario y contraseña, los cuales son administrados por un departamento especial de FONASA, quienes reciben las solicitudes de claves, analizan la factibilidad de su habilitación en el sistema, registran los datos de los funcionarios para quienes se están solicitando y entregan en forma secreta al usuario la información de acceso. De esta forma, todo proceso que un usuario activo y autorizado realice en el sistema, queda registrado en el sistema con sus datos.

El licenciamiento del acceso a la Sistema de LM de FONASA se encuentra regulado y controlado por FONASA, y los usuarios de la COMPIN sólo acceden a un módulo de la aplicación, que tiene relación con todo el proceso referido a LM, el cual está relacionado con la gestión general de las licencias médicas.

La Sistema de LM de FONASA clasifica a los usuarios en relación a sus funciones, otorgando o denegando el acceso a los diferentes módulos. Por ejemplo, un usuario administrativo podrá ingresar los datos de licencias, chequear información histórica del paciente para efectuar relaciones médicas o de subsidios entregados anteriormente, registrando sus comentarios, y un usuario de Médico Fiscalizador de licencias podrá consultar datos de fichas clínicas del paciente, solicitar nuevos exámenes, solicitar visitas en terreno y/o peritajes, aprobar o rechazar el pago del subsidio.

Actualmente, como existe un mayor número de usuarios que de accesos oficiales y aprobados al sistema, muchos deben ingresar al sistema con un tipo de acceso que no corresponde a sus funciones, lo que perjudica el flujo de la información en la cadena de gestión de las licencias ya que en muchas ocasiones no puede ingresarse toda la información que se requiere, o bien, se atrasa el proceso de fiscalización.

Es probable que por situaciones como la descrita, los resultados de las encuestas aplicadas arrojen como resultado el hecho que los funcionarios no pueden acceder a las diferentes bases de datos que requieren para realizar su trabajo. El detalle se incluye en la tabla I.29.

**Tabla I.29. Resultados de encuestas sobre acceso a base de datos.**

<b>Existe un única base de datos sobre la que operan los sistemas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
No	13	92,86%
Sí	1	7,14%
<b>Total general</b>	<b>14</b>	<b>100,00%</b>

<b>Disponen de bases de datos de usuarios de COMPIN</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
No	8	57,14%
Sí	6	42,86%
<b>Total general</b>	<b>14</b>	<b>100,00%</b>

<b>Bases de datos más mencionadas en la labor de COMPIN</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Reclamos ISAPRE	5	62,50%
Plataforma FONASA	2	25,00%
Trámites de Pensión	1	12,50%
<b>Total general</b>	<b>8</b>	<b>100,00%</b>

**Fuente: Elaboración Consultora CEAL – PUCV.**

### **3.2.2.5. Sitios Web.**

El contrato vigente con Telefónica Empresas para la red MINSAL también provee un servicio de “webhosting” en sus servidores, con el objetivo de alojar y mantener el sitio web de la red MINSAL, el cual fue confeccionado por Telefónica como parte del contrato mencionado en el párrafo anterior.

Sin embargo, no se pudo obtener información acerca de la empresa responsable de la creación como de la mantención de la página web de FONASA, ni tampoco en qué “hosting” se encuentra alojada.

### **3.2.3. Infraestructura.**

Partiendo de la definición del accionar de la COMPIN, la cual establece que es la encargada de evaluar, constatar, declarar y certificar el estado de salud de sus beneficiarios, a objeto de determinar la capacidad de trabajo o la recuperabilidad de sus estados patológicos permanentes o transitorios, con el fin de permitirles la obtención de beneficios estatutarios de los funcionarios públicos, laborales, asistenciales y/o previsionales, se concluye que el público que atiende son en su gran mayoría personas que presentan algún grado (mayor o menor) de problemas en su desplazamiento y movilidad y que deben generalmente recurrir personalmente a la COMPIN para realizar trámites en relación a los distintos productos ofertados

### 3.2.3.1. Descripción General de las Oficinas COMPIN.

Tabla I.30. Descripción Oficinas COMPIN.

Identificación	mts. <sup>2</sup> Propiedad	mts. <sup>2</sup> construidos	% Utilización	Estado Mobiliario
Arica y Parinacota	200	Sin Información	Sin Información	Excelente Estado
Tarapacá	290	290	100,00%	Regular Estado
Antofagasta	263	263	100,00%	Sin Información
Atacama	270	140	51,85%	Buen Estado
Sub. Valparaíso	Sin Información	Sin Información	Sin Información	Regular Estado
Sub. Viña del Mar	Sin Información	474	Sin Información	Excelente Estado
O'Higgins	250	250	100,00%	Buen Estado
Maule	600	600	100,00%	Buen Estado
Sub. Arauco	409,17	55	13,44%	Regular Estado
Sub. Ñuble	307,51	307,51	100,00%	Buen Estado
Sub. Malleco	400	400	100,00%	Buen Estado
Sub. Cautín	900	147	16,33%	Buen Estado
Regional de Los Ríos	Sin Información	180	Sin Información	Buen Estado
Sub. Osorno	234	234	100,00%	Regular Estado
Regional Los Lagos y Sub. Llanchipal	250	Sin Información	Sin Información	Buen Estado
ULM Ancud	150	20	13,33%	Excelente Estado
ULM Castro	400	36	9,00%	Mal Estado
Aysén	600	200	33,33%	Regular Estado
Región Metropolitana	600	600	100,00%	Excelente Estado
Sub.RM Norte	230	Sin Información	Sin Información	Buen Estado
Sub.RM Stgo Centro	800	500	62,50%	Regular Estado
Sub.RM Oriente	400	350	87,50%	Buen Estado
Sub.RM Sur-Oriente	200	150	75,00%	Regular Estado
<b>Promedio</b>	<b>387,68</b>	<b>273,5</b>	<b>68,37%</b>	
<b>Máximo</b>	<b>900</b>	<b>600</b>	<b>100,00%</b>	
<b>Mínimo</b>	<b>150</b>	<b>20</b>	<b>9,00%</b>	

Fuente: Elaboración Consultora CEAL – PUCV.

### 3.2.3.2. Acceso a las oficinas de COMPIN.

Como se puede apreciar en la tabla I.31, el 91.30% de las oficinas COMPIN se encuentran en el centro de la ciudad o comuna respectiva. Las 2 unidades que no se emplazan en el centro de la ciudad son las SubComisión Región Metropolitana Norte y SubComisión Región Metropolitana Sur Oriente, las cuales han sido desplazadas a zonas de la periferia dado el tamaño de la región metropolitana.

**Tabla I.31. Ubicación oficinas COMPIN.**

Ubicación	Frecuencia	%
Centro de la Cuidad	21	91,30%
Periferia de la Cuidad	2	8,70%
<b>Total general</b>	<b>23</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Elaboración CEAL-PUCV.

El 52,17 % (12 de un total de 23 encuestadas) de las oficinas donde funcionan las COMPIN no tienen acceso para los usuarios a nivel calle. De éstas, el 91,67% (11 de 12) sólo tienen acceso vía escaleras, siendo solo la oficina COMPIN de Arica y Parinacota la que cuenta con escala y ascensor como vía de ingreso a las oficinas. Ver tabla I.32.

**Tabla I.32. Accesos oficinas COMPIN:**

Acceso principal a nivel calle	Frecuencia	%
Sí	11	47,83%
No	12	52,17%
<b>Total general</b>	<b>23</b>	<b>100,00%</b>

Formas de Acceso	Frecuencia	%
Escalera	11	91,67%
Escalera y Ascensor	1	8,33%
<b>Total general</b>	<b>12</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Elaboración CEAL – PUCV.

En 1994 fue promulgada en nuestro país la ley 19.284, la cual establece normas para la plena integración social de las personas con discapacidad. Quienes son discapacitados deben tener todas las garantías para acceder fácilmente a las instalaciones de edificios públicos y privados que impliquen la ocurrencia de personas. Más aún, el decreto N° 201, de Vivienda y Urbanismo, fijó como plazo el 31 de diciembre de 2003, para que los edificios públicos, hospitalarios, educacionales, entre otros, facilitaran el acceso de las personas discapacitadas.

Del total de encuestas recibidas, se puede observar en tabla I.33 que, 8 oficinas COMPIN (34,78%) no cuentan con acceso para Minusválidos.

**Tabla I.33. Accesos minusválidos.**

Acceso Minusválidos	Frecuencia	%
Sí	15	65,22%
No	8	34,78%
<b>Total general</b>	<b>23</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Elaboración CEAL – PUCV.

Adicionalmente, dentro de los recintos, ante la consulta sobre la existencia de 2do. piso y/o Sótano, el 56,52% contestó afirmativamente ante la existencia de 2dos pisos y sólo 4 COMPIN cuentan con Sótano. Ahora, de las COMPIN que cuentan con segundo piso, el 61,54 % (8 COMPIN) tienen oficinas que implican atención



de público. En cuanto a las COMPIN que tienen sótano, todas esas áreas son destinadas sólo a bodega. Ver tabla I.34.

**Tabla I.34. Segundo piso y sótano.**

<b>Existe Segundo Piso</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Hay Subterráneo o Sótano</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Sí	13	56,52%	No	19	82,61%
No	10	43,48%	Sí	4	17,39%
<b>Total general</b>	<b>23</b>	<b>100,00%</b>	<b>Total general</b>	<b>23</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Elaboración CEAL – PUCV

El 77,78 % de las COMPIN con 2do. piso no cuentan con acceso a discapacitados, ver tabla I.35.

**Tabla I.35. Acceso discapacitados segundo piso**

<b>Tiene acceso para Discapacitados</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
No	7	77,78%
Sí	2	22,22%
<b>Total general</b>	<b>9</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Elaboración CEAL – PUCV.

### 3.2.3.3. Propiedad de las oficinas de COMPIN.

Resulta importante determinar si las oficinas donde operan las COMPIN son propias o si por el contrario, son de otros servicios e incluso privadas.

En tabla I.36 se puede observar que sólo una oficina de COMPIN opera en dependencias que podríamos denominar “propia” (4.55% del total), que es la correspondiente a la COMPIN de Arica y Parinacota que funciona en dependencias de la SEREMI.

**Tabla I.36. Propiedad oficinas COMPIN.**

<b>Propiedad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Arrendado	13	59,09%
Servicio Salud	7	31,82%
FONASA	1	4,55%
SEREMI	1	4,55%
<b>Total general</b>	<b>22</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Elaboración CEAL – PUCV.

### 3.2.3.4. Características de las propiedades donde funcionan las oficinas de COMPIN.

Respecto de las características físicas de los inmuebles, existe una amplia gama de metrajes, tipos de construcción y características. Al respecto, podemos establecer que en promedio, las propiedades tienen 273,5 mt<sup>2</sup> construidos, con un mínimo construido de 20 mt<sup>2</sup> en la ULM de Ancud y un máximo construido de 600 mt<sup>2</sup> de la COMPIN de la región del Maule y de la Comisión de la Región Metropolitana.

Sin embargo, en tabla I.37 podemos apreciar que el 47.83% de las COMPIN que responden el cuestionario tienen oficinas entre los 20 y los 287 mt<sup>2</sup> construidos, lo que se califica como “pequeño”.

**Tabla I.37. mts<sup>2</sup> construidos COMPIN.**

<b>mts.<sup>2</sup> Construidos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
20 a 153	6	26,09%
154 a 287	5	21,74%
288 a 421	4	17,39%
422 a 555	2	8,70%
556 a 689	2	8,70%
Sin Información	4	17,39%
<b>Total general</b>	<b>23</b>	<b>100,00%</b>

**Fuente: Elaboración CEAL – PUCV.**

Esta amplia gama de metrajes indica que no existiría una política o reglamento de contratación de espacios físicos que diga relación a algún estándar relacionado con los metros cuadrados que deberían tener las oficinas de las COMPIN para su normal funcionamiento en función de la demanda de usuarios que se proyecto atender.

También existe variabilidad del tipo de construcción, destacando que la construcción en albañilería es la mayoritaria con un 43.48% de las oficinas encuestadas, ver tabla I.38.

**Tabla I.38. Tipo construcción.**

<b>Tipo Construcción</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Albañilería	10	43,48%
Otro	6	26,09%
Tabiquería	5	21,74%
Adobe	2	8,70%
<b>Total general</b>	<b>23</b>	<b>100,00%</b>

**Fuente: Elaboración CEAL – PUCV**

### 3.2.3.5. Características y cualidades de las oficinas de COMPIN.

#### 3.2.3.5.1 Mobiliario general.

En relación con la percepción del estado del mobiliario, el 63,4 % respondió que el mobiliario a disposición de los funcionarios está en el rango bueno - excelente, lo que demuestra que ha existido inversión para lograr un buen nivel y de esta forma mejorar la atención. Sólo la ULM de Castro manifiesta tener en mal estado el mobiliario de las oficinas. Ver tabla I.39.

**Tabla I.39. Estado mobiliario COMPIN**

<b>Estado Mobiliario</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Excelente Estado	4	18,18%
Buen Estado	10	45,45%
Regular Estado	7	31,82%
Mal Estado	1	4,55%
<b>Total general</b>	<b>22</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Elaboración CEAL – PUCV.

#### 3.2.3.5.2 Sala de reuniones para funcionarios.

Según lo muestra la tabla I.40 prácticamente la mitad de las COMPIN no cuentan con sala de reuniones para funcionarios.

**Tabla I.40. Sala reuniones.**

<b>Sala Reuniones Funcionarios</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Sí	12	52,17%
No	11	47,83%
<b>Total general</b>	<b>23</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Elaboración CEAL – PUCV.

#### 3.2.3.5.3 Servicios Higiénicos.

El DS N° 594 sobre Condiciones Sanitarias y Ambientales Básicas en los Lugares de Trabajo, dispone que en los lugares de trabajo donde laboren hombres y mujeres deberán existir servicios higiénicos independientes y separados. Será responsabilidad del empleador mantenerlos protegidos del ingreso de vectores de interés sanitario, y del buen estado de funcionamiento y limpieza de sus artefactos.

El artículo 23° dispone que el número mínimo de artefactos se calculará en base a la tabla I.41.

**Tabla I.41. Número mínimo de artefactos sanitarios.**

Nº de personas que laboran por turno	Excusados con taza de W.C.	Lavatorios	Duchas
1 – 10	1	1	1
11 – 20	2	2	2
21 – 30	2	2	3
31 – 40	3	3	4
41 – 50	3	3	5
51 – 60	4	3	6
61 – 70	4	3	7
71 – 80	5	5	8
81 – 90	5	5	9
91 – 100	6	6	10

Fuente: Elaboración CEAL – PUCV.

De acuerdo al resultado de las encuestas, se obtiene la siguiente información respecto de los servicios higiénicos sólo para uso de funcionarios. Ver tabla I.42.

**Tabla I.42. Servicios higiénicos.**

Hombres Sólo Funcionarios	Frecuencia	%	Mujeres Sólo Funcionarios	Frecuencia	%
1 baño	9	64,29%	1 baño	5	38,46%
3 baños	2	14,29%	2 baños	4	30,77%
2 baños	2	14,29%	3 baños	2	15,38%
4 baños	1	7,14%	4 baños	2	15,38%
<b>Total general</b>	<b>14</b>	<b>100,00%</b>	<b>Total general</b>	<b>13</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Elaboración CEAL – PUCV.

De lo anterior se desprende que 14 de 23 (60,87%) Comisiones o Subcomisiones encuestadas tiene baños de hombres para funcionarios y sólo 13 de 23 (56,52%) comisiones o subcomisiones tiene baños de mujeres para funcionarios. Por tanto, al no haber en la totalidad de los casos servicios higiénicos independientes y separados no se cumple con lo exigido por la norma.

Respecto de baños dispuestos para los usuarios, se recoge la siguiente información, ver tabla I.44.

**Tabla I.44. Baños.**

Hombres usuarios	Frecuencia	%	Mujeres usuarios	Frecuencia	%
1 baño	5	83,33%	1 baño	4	80,00%
2 baños	1	16,67%	2 baños	1	20,00%
<b>Total general</b>	<b>6</b>	<b>100,00%</b>	<b>Total general</b>	<b>5</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Elaboración CEAL – PUCV.

De lo anterior se desprende que solo 6 de 23 (26,09%) comisiones o subcomisiones encuestadas tiene baños de hombres para usuarios y solo 5 de 23 (21,74%) comisiones o subcomisiones tiene baños de mujeres para usuarios.

### 3.2.3.5.4 Otras Instalaciones.

Es importante constatar si existen áreas para funcionarios en las que puedan desarrollar otras actividades que no sean exclusivamente las destinadas a trabajo.

Ante la pregunta respecto a la existencia de áreas de descanso para funcionarios, el cuestionario aplicado por la Consultora arroja que mayoritariamente no se dispone de estos recintos, ver tabla I.45.

**Tabla I.45. Áreas de descanso o patio.**

Área de descanso o patio funcionarios	Frecuencia	%
No	16	72,73%
Sí	7	31,82%
<b>Total general</b>	<b>22</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Elaboración CEAL – PUCV.

A su vez, ante la consulta de si en su lugar de trabajo existe área destinada a Casino (almuerzo), la respuesta fue mayoritariamente positiva. Cerca del 64% de los encuestados contesta afirmativamente, ver tabla I.46.

**Tabla I.46. Áreas para almuerzo.**

Área para almuerzo de funcionarios	Frecuencia	%
Sí	14	63,64%
No	8	36,36%
<b>Total general</b>	<b>22</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Elaboración CEAL – PUCV.

Por último ante la consulta sobre áreas de descanso para funcionarios (que no sean áreas de tránsito de público, la gran mayoría contesta que no. Si conectamos esta respuesta con el número anterior implica que mayoritariamente los funcionarios no consideran como área de descanso el lugar destinado a ingerir alimentos, ver tabla I.47.

**Tabla I.47. Áreas de descanso que no sean áreas de tránsito público.**

Área de descanso o patio funcionarios	Frecuencia	%
No	16	72,73%
Sí	7	31,82%
<b>Total general</b>	<b>22</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Elaboración CEAL – PUCV.

### 3.3. Procesos de Producción.

El presente apartado tiene por objeto la identificación y descripción de los procesos y agentes claves involucrados en ellos.

La descripción de los procesos realizados por la COMPIN para la provisión de los productos estratégicos es fundamental para el entendimiento de la operación actual, la identificación de áreas de oportunidad de mejora y desarrollo del análisis presentado en el capítulo III del presente Informe.

Mediante la descripción y modelado de los procesos, entendidos éstos como conjuntos de actividades lógicamente relacionadas y realizadas por distintas áreas funcionales, se busca detallar la forma de operación, identificar las actividades realizadas por las distintas unidades funcionales y el modo en que los actores relevantes se coordinan.

La provisión de los productos estratégicos de las COMPIN puede ser desagregada en los siguientes procesos:

#### 1. Resolución de Licencia Médica Trabajador Afiliado a FONASA.

Subproductos incluidos:

- Resolución de licencias médicas de trabajadores afiliados a FONASA.
- Resolución de licencias médicas por ATEP.
- Pesquisa ATEP

#### 2. Resolución de Reclamo contra ISAPRE.

Subproductos incluidos:

- Resolución de reclamos contra ISAPRE por modificación o rechazo de licencias médicas, o pago insuficiente de subsidio.

#### 3. Pronunciamiento de la Comisión de Morbilidad Común y Discapacidad.

Subproductos incluidos:

- Dictamen de Invalidez por morbilidad común del INP, (IPS).
- Dictamen de Invalidez de Orfandad del INP, (IPS).
- Dictamen de Invalidez de Viudez del INP, (IPS).
- Dictamen de Invalidez por Asignación Familiar al duplo.
- Dictamen de Invalidez por Seguro de vida de Ex CANAEMPU.
- Dictamen de Invalidez por Convenios Internacionales.
- Dictamen de Invalidez por Subsidio Único Familiar (SUF), duplo.
- Certificación de Discapacidad Mental para acceso a Subsidio.

- Dictamen de Invalidez por Ley de Exonerados Políticos.
- Resolución de Salud Irrecuperable de funcionario público.
- Resolución de Salud Irrecuperable solicitada por ISAPRE de trabajadores con LM afiliados al INP, (IPS).
- Certificación de incapacidad temporal de Bomberos por Lesiones o Enfermedades contraídas en Actos de Servicio.
- Certificación de invalidez de Bomberos por Lesiones en Actos de Servicio.
- Certificación de invalidez por Seguro de Desgravamen del SERVIU.
- Certificación de invalidez por Crédito Fiscal Universitario.
- Resolución de incapacidad por secuelas de accidente de tránsito, (arbitraje).
- Resolución de imputabilidad por Sumario Administrativo de Funcionario Público.
- Certificación de salud para ingreso a la Administración Pública
- Certificación de la Discapacidad para Inscripción en Registro Nacional de discapacidad y acceso a ayudas técnicas.
- Certificación de la Discapacidad para acceso a beneficios arancelarios para Importación de vehículos para discapacitados lisiados.
- Certificación de la Discapacidad para acceso a apoyos técnicos y rehabilitación física de víctimas de Violación de Derechos Humanos en PRAIS
- Certificación de la Discapacidad de deudores habitacionales SERVIU.

#### 4. Pronunciamiento de la Comisión de la Ley 16.744.

Subproductos incluidos:

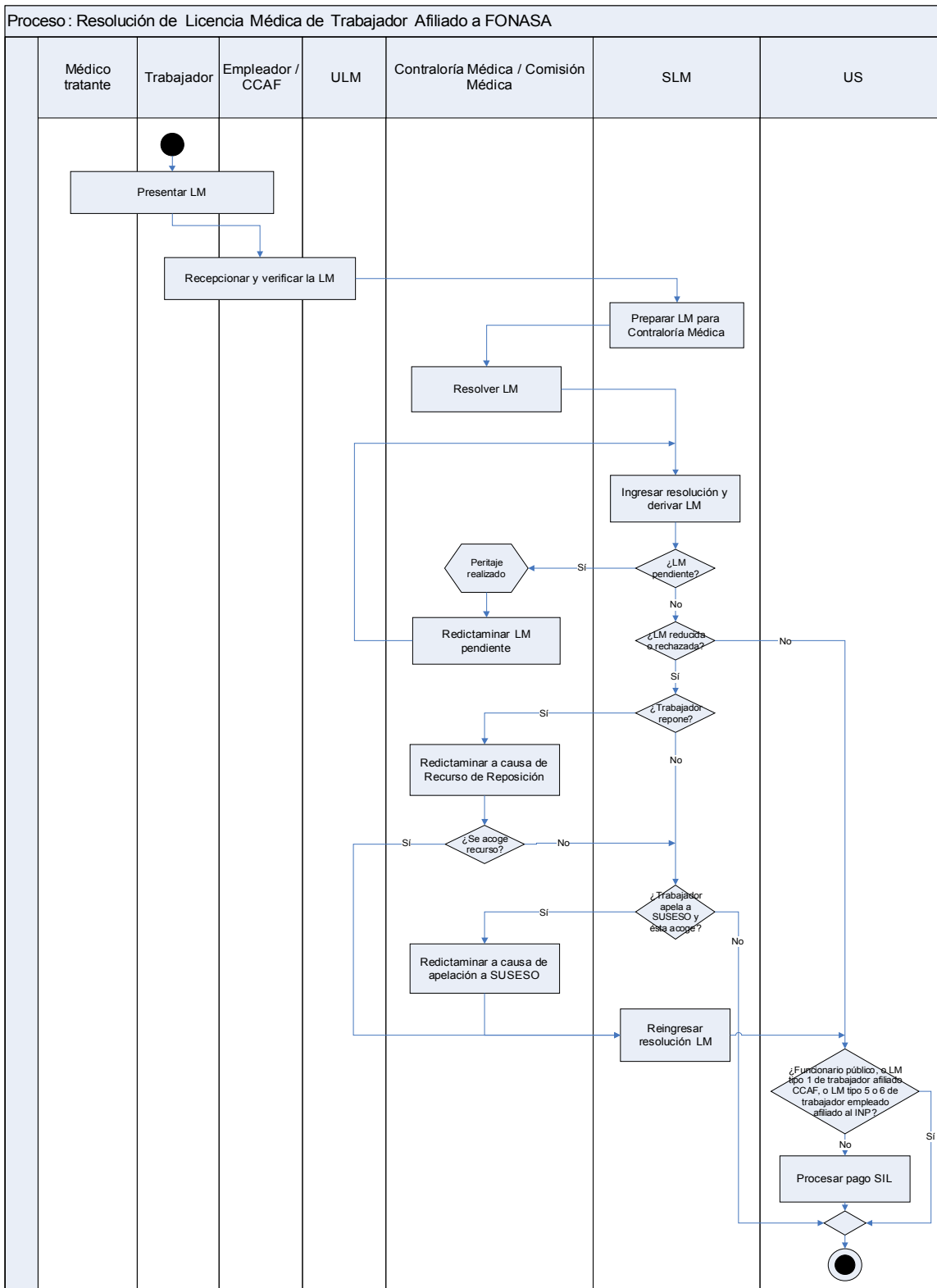
- Calificación de ATEP y eventual cambio de faena de trabajadores con o sin LM.
- Dictamen de invalidez por secuelas de ATEP.
- Dictamen de Invalidez por secuelas de Accidente Escolar.
- Resolución de cobertura de beneficios del Seguro de Accidente Escolar

#### 5. Visación del certificado de 5° mes de Embarazo para asignación familiar.

A continuación se presentan los modelos de procesos y hojas de actividad. La metodología utilizada para la confección de los modelos de proceso y la estrategia de modelamiento se presenta en el Anexo 9 del presente Informe.

### 3.3.1. Resolución de licencia médica de trabajador afiliado a FONASA.

Figura I.10. Diagrama Resolución de licencia médica de trabajador afiliado a FONASA.



Fuente: Elaboración CEAL – PUCV.



<b>Nombre de la actividad</b>	Presentar LM
<b>Objetivo</b>	Entrega de la LM y antecedentes requeridos, a la COMPIN, SC, o ULM.
<b>Actores</b>	Médico tratante, Trabajador, Empleador, CCAF.
<b>Inicio</b>	Emisión de la LM por parte del Médico tratante.
<b>Término</b>	Entrega de LM y antecedentes requeridos a COMPIN, SC, o ULM.
<b>Descripción</b>	<p>1. El Médico tratante extiende la indicación de reposo al trabajador mediante la LM.</p> <p>CASO: Trabajador dependiente del sector público o privado no afiliado a CCAF.</p> <p>2. El trabajador presenta LM al empleador.<sup>57</sup></p> <p>3. Empleador debe completar datos de su competencia en formulario de LM.</p> <p>4. Empleador debe presentar la LM y antecedentes requeridos ante la ULM, SC, o COMPIN, en cuyo territorio jurisdiccional esté ubicado el domicilio laboral.<sup>58</sup></p> <p>CASO: Trabajador dependiente del sector público o privado afiliado a CCAF.</p> <p>5. El trabajador presenta LM a su empleador.</p> <p>6. Empleador debe completar los datos de su competencia en formulario de LM.</p> <p>7. Empleador debe presentar LM a tramitación en la CCAF correspondiente.<sup>59</sup></p> <p>8. CCAF debe presentar LM y antecedentes requeridos ante la ULM, SC, o COMPIN, en cuyo territorio jurisdiccional esté ubicado el domicilio laboral.<sup>60</sup></p> <p>CASO: Empleador se niega a recibir LM.</p> <p>9. Trabajador debe denunciar al empleador ante la Inspección del Trabajo.</p>

<sup>57</sup> Los trabajadores dependientes del sector privado tienen un plazo de dos hábiles desde fecha de inicio del reposo para remitir LM al empleador. En el caso de trabajadores dependientes del sector público este plazo corresponde a 3 días hábiles.

<sup>58</sup> Empleador tiene un plazo de 3 días hábiles desde fecha de recepción de la LM para hacer entrega del formulario a la COMPIN.

<sup>59</sup> Empleador tiene un plazo de 3 días hábiles desde fecha de recepción de la LM para hacer entrega del formulario a la CCAF.

<sup>60</sup> En general, las CCAF confeccionan una nómina con LM recibidas en el día o durante la semana, que luego remiten a la COMPIN, SC o ULM correspondiente.

	<p>10. Trabajador debe presentar la LM y copia de la denuncia realizada ante la Inspección del Trabajo a la ULM, SC, o COMPIN, en cuyo territorio jurisdiccional esté ubicado el domicilio laboral.</p> <p>11. La ULM, SC o COMPIN debe completar el reverso de la LM no completado por empleador.</p> <p>12. La ULM, SC o COMPIN debe adjuntar antecedentes que estén disponibles para continuar trámite de la LM.</p> <p>CASO: Trabajador independiente.</p> <p>13. Trabajador debe presentar la LM y antecedentes requeridos ante la ULM, SC, COMPIN, en cuyo territorio jurisdiccional esté ubicado su domicilio<sup>61</sup>.</p> <p>FIN CASO</p>
--	--

<b>Nombre de la actividad</b>	Recibir y verificar la LM
<b>Objetivo</b>	Recepción de la LM y documentos requeridos para su tramitación en la COMPIN, SC o ULM.
<b>Actores</b>	Trabajador, Empleador, CCAF, ULM, COMPIN o SC.
<b>Inicio</b>	Recepción del formulario de LM y documentos en COMPIN, SC o ULM.
<b>Término</b>	Ingreso de la LM a tramitación o devolución de la LM cuando no cumple con requisitos.
<b>Descripción</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. COMPIN, SC, o ULM recibe la LM y antecedentes.</li> <li>2. COMPIN, SC, o ULM verifica que la LM pertenezca a la jurisdicción.</li> <li>3. COMPIN, SC, o ULM verifica en sistema informático la condición vigente del trabajador como beneficiario de FONASA.</li> <li>4. COMPIN, SC, o ULM verifica la completitud de antecedentes.</li> <li>5. COMPIN, SC, o ULM verifica que trabajador independiente presente LM dentro del plazo de 2 días hábiles desde inicio del reposo.</li> <li>6. COMPIN, SC, o ULM verifica que empleador de trabajador no afiliado a CCAF presente LM dentro del plazo de 3 días hábiles desde fecha de recepción.</li> </ol>

<sup>61</sup> Trabajador independiente tiene un plazo de dos días hábiles desde fecha de inicio del reposo para presentar la LM ante la ULM, SC, COMPIN.

	<p>CASO: LM no corresponde a la jurisdicción, trabajador no es beneficiario vigente de FONASA, los antecedentes del formulario están incompletos, y/o presentación fuera de plazo.</p> <p>7. COMPIN, SC, o ULM devuelve la LM al trabajador, empleador o CCAF según corresponda, indicando la razón de devolución.</p> <p>CASO: LM tipo 5 o 6 y el trabajador afiliado a una Mutual.</p> <p>8. COMPIN, SC, o ULM devuelve la LM al trabajador, empleador o CCAF según corresponda, porque debe ser tramitada en Mutual.</p> <p>CASO: LM tipo 5 o 6 rechazada por corresponder a tipo 1, de trabajador afiliado a Mutual como organismo administrador de la Ley 16.744.</p> <p>9. COMPIN, SC, o ULM ingresa LM a trámite por aplicación del Art. 77 bis.</p> <p>10. COMPIN, SC, o ULM clasifica LM de sospechosa de corresponder a tipo 5 o 6, para iniciar procedimiento pesquisa.</p> <p>11. COMPIN, SC, o ULM entrega comprobante de recibo de la LM al trabajador, empleador o CCAF según corresponda</p> <p>OTRO CASO</p> <p>12. COMPIN, SC, o ULM entrega comprobante de recibo de la LM al trabajador, empleador o CCAF según corresponda e inicia el trámite de resolución de la LM.</p> <p>FIN CASO</p>
--	---

<b>Nombre de la actividad</b>	Preparar LM para Contraloría Médica
<b>Objetivo</b>	Preparar la LM para su revisión por el médico contralor.
<b>Actores</b>	ULM, SLM de la COMPIN o SC.
<b>Inicio</b>	LM y antecedentes ingresados a tramitación en la ULM, COMPIN o SC.
<b>Término</b>	Entrega de la LM y documentos adjuntos médico contralor.
<b>Descripción</b>	<p>CASO: LM recibida en ULM, menor a 30 días o maternal, y Contraloría Médica Centralizada no está implementada.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ULM ingresa la LM al Sistema Informático de FONASA.</li> <li>2. ULM emite el maestro de LM (MAELIC).</li> </ol>

3. ULM adjunta MAELIC a la LM.
4. ULM completa la sección B del formulario de LM.
5. ULM clasifica la LM según especialidad de los médicos contralores del Hospital en el SS correspondiente.

CASO: LM recibida en ULM, mayor a 30 días, y Contraloría Médica Centralizada no está implementada.

6. ULM confecciona nómina con LM recibidas.
7. ULM remite LM y antecedentes a SLM de la COMPIN o SC.
8. SLM ingresa la LM al Sistema Informático de FONASA.
9. SLM emite el maestro de LM (MAELIC).
10. SLM adjunta MAELIC a la LM.
11. SLM completa la sección B del formulario de LM.
12. SLM clasifica la LM según especialidad de los médicos contralores de la COMPIN o SC.

CASO: LM recibida en COMPIN o SC, y Contraloría Médica Centralizada no está implementada.

13. SLM ingresa la LM al Sistema Informático de FONASA.
14. SLM emite el maestro de LM (MAELIC).
15. SLM adjunta MAELIC a la LM.
16. SLM completa la sección B del formulario de LM.
17. SLM clasifica la LM según especialidad de los médicos contralores de la COMPIN o SC.

CASO: Contraloría Médica Centralizada implementada.

18. ULM confecciona nómina en sistema informático con LM recibidas.
19. ULM remite LM y nómina a Contraloría Médica Centralizada.
20. SLM de la Contraloría Médica Centralizada ingresa la LM al Sistema Informático de FONASA.
21. SLM de la Contraloría Médica Centralizada emite el maestro de LM (MAELIC).
22. SLM de la Contraloría Médica Centralizada adjunta MAELIC a la LM.
23. SLM de la Contraloría Médica Centralizada completa la sección B del formulario de LM.
24. SLM de la Contraloría Médica Centralizada clasifica la LM según especialidad de los médicos contralores.

FIN CASO

	<p>CASO: LM tipo 5 o 6.</p> <p>25. Apertura o desarchivo del expediente DIAT o DIEP, según corresponda.</p> <p>26. Adjuntar expediente a LM.</p> <p>FIN CASO</p> <p>27. Entregar la LM y antecedentes a médico contralor.</p>
--	---

<b>Nombre de la actividad</b>	Resolver LM
<b>Objetivo</b>	Visar la procedencia del pago del SIL.
<b>Actores</b>	Contraloría Médica, Comisión Médica.
<b>Inicio</b>	Médico contralor recibe LM y antecedentes.
<b>Término</b>	Resolución que acepta, rechaza, reduce, amplía o deja pendiente la LM.
<b>Descripción</b>	<p>1. Médico contralor analiza la LM y antecedentes.</p> <p>2. Médico contralor analiza si es necesario realizar peritaje, si la LM tipo 1 es sospechosa de corresponder a tipo 5 o 6 y/o si la LM requiere ser resuelta por la Comisión.</p> <p>CASO: LM debe ser peritada.</p> <p>3. Médico Contralor indica el tipo de peritaje que debe ser realizado.</p> <p>4. LM queda pendiente de resolución.</p> <p>CASO: LM tipo 1 sospechosa de corresponder a tipo 5 o 6.</p> <p>5. Iniciar subproceso Realizar Procedimiento Pesquisa.</p> <p>CASO: LM requiere ser resuelta por la Comisión Médica<sup>62</sup>.</p> <p>6. Médico contralor remite caso, a través de SLM, a Secretario de la Comisión para su incorporación a sesión.</p> <p>7. Médico contralor prepara caso para ser presentado a la Comisión Médica.</p> <p>8. Médico Contralor relata caso a la Comisión Médica.</p> <p>9. Comisión Médica discute el caso y resuelve.</p> <p>OTRO CASO:</p>

<sup>62</sup> Los casos de trabajadores con LM prolongadas, que hayan completado 52 semanas continuadas de reposo, deberán ser remitido al Secretario(a) de la Comisión para su incorporación a Sesión y pronunciamiento acerca de la recuperabilidad del trabajador.

	<p>10. Médico contralor resuelve aceptar, ampliar, reducir o rechazar la LM.</p> <p>FIN CASO</p> <p>CASO: LM tipo 5 o 6 autorizada.</p> <p>11. Médico contralor confirma el accidente del trabajo.</p> <p>12. Médico contralor remite a Comisión 16.744 casos de trabajadores con alta médica para la evaluación de lesiones o secuelas de invalidez.</p> <p>13. Médico contralor remite a Comisión 16.744 casos de trabajadores sin alta médica pero con 40 o 92 semanas de reposo.</p> <p>FIN CASO</p> <p>14. Médico contralor consigna la resolución de la LM en formulario.</p> <p>15. Médico contralor remite LM resuelta a SLM.</p>
--	---

<b>Nombre de la actividad</b>	Ingresar resolución y derivar LM
<b>Objetivo</b>	Ingresar resolución de la LM a sistema informático y derivar la LM a sección correspondiente según resolución.
<b>Actores</b>	SLM.
<b>Inicio</b>	Médico contralor entrega LM resuelta a SLM.
<b>Término</b>	SLM remite la LM a la sección correspondiente según resolución.
<b>Descripción</b>	<p>1. SLM ingresa resolución de la LM en Sistema Informático de FONASA.</p> <p>CASO: LM tipo 1 de trabajador dependiente del sector privado no afiliado a CCAF o trabajador independiente.</p> <p>CASO: LM autorizada o ampliada.</p> <p>2. SLM remite la LM a Unidad de Subsidios para cálculo y pago del subsidio.</p> <p>CASO: LM reducida.</p> <p>3. SLM notifica al trabajador con copia de empleador consignando causal invocada por contraloría médica para reducir LM.</p>

	<p>4. Archivar copia LM ante eventual presentación de recurso de reposición o solicitud de antecedentes por parte de la SUSESO</p> <p>5. SLM remite la LM a Unidad de Subsidios para cálculo y pago del subsidio por días de reposo autorizados.</p> <p>FIN CASO</p> <p>CASO: LM tipo 1 de trabajador afiliado a CCAF.</p> <p>6. Remitir LM resuelta previa confección de nómina a la CCAF correspondiente.</p> <p>CASO: LM tipo 5 o 6 de trabajador dependiente del sector privado o independiente, afiliado al INP.</p> <p>CASO: Trabajador obrero y LM autorizada o ampliada.</p> <p>7. SLM remite la LM a Unidad de Subsidios para cálculo y pago del subsidio.</p> <p>CASO: Trabajador obrero y LM reducida.</p> <p>8. SLM notifica al trabajador con copia de empleador consignando causal invocada por contraloría médica para reducir LM.</p> <p>9. Archivar copia LM ante eventual presentación de recurso de reposición o solicitud de antecedentes por parte de la SUSESO.</p> <p>10. SLM remite la LM a Unidad de Subsidios para cálculo y pago del subsidio por días de reposo autorizados.</p> <p>CASO: Trabajador empleado y LM autorizada o ampliada.</p> <p>11. SLM remite la LM, previa confección de nómina, al INP.</p> <p>CASO: Trabajador empleado y LM reducida LM.</p> <p>12. SLM notifica al trabajador con copia de empleador consignando causal invocada por contraloría médica para reducir LM.</p> <p>13. Archivar copia LM ante eventual presentación de recurso de reposición o solicitud de antecedentes por parte de la SUSESO.</p> <p>14. SLM remite la LM, previa confección de la nómina, a INP para pago del subsidio por días de reposo autorizados.</p> <p>FIN CASO</p> <p>CASO: LM de trabajador dependiente del sector público</p>
--	---

CASO: LM autorizada o ampliada.

15. SLM remite al Servicio Público correspondiente resolución que confirma reposo del trabajador, para posterior cobro del reembolso.

CASO: LM reducida.

16. SLM notifica al trabajador con copia de empleador consignando causal invocada por contraloría médica para reducir LM.

17. Archivar LM ante eventual presentación de recurso de reposición o solicitud de antecedentes por parte de la SUSESO

18. SLM remite al Servicio Público correspondiente resolución que confirma reposo del trabajador por días autorizados, para posterior cobro del reembolso.

FIN CASO

CASO: LM rechazada.

19. SLM notifica al trabajador con copia de empleador consignando causal invocada por contraloría médica para rechazar LM.

20. Archivar LM ante eventual presentación de recurso de reposición o solicitud de antecedentes por parte de la SUSESO.

CASO: LM pendiente

21. SLM notifica al trabajador con copia de empleador consignando causal invocada por contraloría médica para dejar pendiente la resolución.

FIN CASO



<b>Nombre de la actividad</b>	Redictaminar por resolución pendiente
<b>Objetivo</b>	Resolver LM cuya resolución haya quedado pendiente.
<b>Actores</b>	Contraloría Médica, Comisión Médica.
<b>Inicio</b>	Realización del peritaje solicitado por médico contralor.
<b>Término</b>	Médico contralor remite redictamen de LM a SLM.
<b>Descripción</b>	<p>1. Médico contralor analiza la LM y nuevos antecedentes recopilados a partir de realización del peritaje.</p> <p>2. Médico contralor analiza si la LM tipo 1 es sospechosa de corresponder a tipo 5 o 6 y/o si la LM requiere ser resuelta por la Comisión.</p> <p>CASO: LM tipo 1 sospechosa de corresponder a tipo 5 o 6.</p> <p>3. Iniciar subproceso Realizar Procedimiento de Pesquisa.</p> <p>CASO: LM requiere ser resuelta por la Comisión Médica.</p> <p>4. Médico contralor remite caso, a través de SLM, a Secretario de la Comisión para su incorporación a sesión.</p> <p>5. Médico contralor prepara caso para ser presentado a la Comisión Médica.</p> <p>6. Médico Contralor relata caso a la Comisión Médica.</p> <p>7. Comisión Médica discute el caso y resuelve.</p> <p>OTRO CASO:</p> <p>8. Médico contralor resuelve aceptar, ampliar, reducir o rechazar la LM.</p> <p>FIN CASO</p> <p>CASO: LM tipo 5 o 6 autorizada.</p> <p>9. Médico contralor confirma el accidente del trabajo.</p> <p>10. Médico contralor remite a Comisión 16.744 casos de trabajadores con alta médica para la evaluación de lesiones o secuelas de invalidez.</p> <p>11. Médico contralor remite a Comisión 16.744 casos de trabajadores sin alta médica pero con 40 o 92 semanas de reposo.</p> <p>FIN CASO</p> <p>12. Médico contralor consigna la resolución de la LM en formulario.</p> <p>13. Médico contralor remite LM resuelta a SLM.</p>

<b>Nombre de la actividad</b>	Redictaminar a causa de recurso de reposición
<b>Objetivo</b>	Resolver recurso de reposición.
<b>Actores</b>	Contraloría Médica, Comisión Médica.
<b>Inicio</b>	Trabajador afiliado a FONASA presenta un recurso de reposición por la reducción o rechazo de LM tramitada en la COMPIN.
<b>Término</b>	Médico contralor remite redictamen de la LM a SLM.
<b>Descripción</b>	<p>1. Médico contralor analiza la LM y nuevos antecedentes presentados por el beneficiario a través del recurso de reposición.</p> <p>2. Médico contralor analiza cotejando los nuevos antecedentes presentados si la LM tipo 1 es sospechosa de corresponder a tipo 5 o 6 y/o si la LM requiere ser resuelta por la Comisión.</p> <p>CASO: LM tipo 1 sospechosa de corresponder a tipo 5 o 6.</p> <p>3. Iniciar subproceso Realizar Procedimiento Pesquisa.</p> <p>CASO: LM requiere ser resuelta por la Comisión Médica.</p> <p>4. Médico contralor remite caso, a través de SLM, a Secretario de la Comisión para su incorporación a sesión.</p> <p>5. Médico contralor prepara caso para ser presentado a la Comisión Médica.</p> <p>6. Médico Contralor relata caso a la Comisión Médica.</p> <p>7. Comisión Médica discute el caso y resuelve.</p> <p>OTRO CASO:</p> <p>8. Médico contralor resuelve si acoge o rechaza el recurso de reposición.</p> <p>FIN CASO</p> <p>CASO: Fallo del recurso de reposición implica la autorización de LM tipo 5 o 6.</p> <p>9. Confirmar el accidente del trabajo.</p> <p>10. Remitir a Comisión 16.744 casos de trabajadores con alta médica para la evaluación de lesiones o secuelas de invalidez.</p> <p>11. Remitir a Comisión 16.744 casos de trabajadores sin alta médica pero con 40 o 92 semanas de reposo.</p> <p>FIN CASO</p> <p>16. Médico contralor consigna resolución del recurso en</p>

	<p>formulario correspondiente, y enmienda resolución de la LM de acuerdo a resolución del recurso de reposición.</p> <p>17. Médico contralor remite el redictamen de la LM a SLM.</p>
--	---

<b>Nombre de la actividad</b>	Redictaminar a causa de apelación a SUSESO
<b>Objetivo</b>	Redictaminar LM de trabajador afiliado a FONASA porque apelación de beneficiario fue acogida por la SUSESO.
<b>Actores</b>	Contraloría Médica.
<b>Inicio</b>	Resolución de la SUSESO que revierte la resolución de la LM emitida por COMPIN.
<b>Término</b>	Médico contralor entrega redictamen de LM a SLM.
<b>Descripción</b>	<p>1. Médico contralor enmienda resolución de la LM de acuerdo a resolución de la SUSESO.</p> <p>CASO: Fallo de la SUSESO implica la autorización de LM tipo 5 o 6.</p> <p>2. Confirmar el accidente del trabajo o enfermedad profesional.</p> <p>3. Remitir a Comisión 16.744 casos de trabajadores con alta médica para la evaluación de lesiones o secuelas de invalidez.</p> <p>4. Remitir a Comisión 16.744 casos de trabajadores sin alta médica pero con 40 o 92 semanas de reposo.</p> <p>FIN CASO</p> <p>5. Médico contralor remite el redictamen de la LM a SLM.</p>

<b>Nombre de la actividad</b>	Reingresar resolución LM
<b>Objetivo</b>	Ingresar en Sistema Informático FONASA redictamen de la LM
<b>Actores</b>	SLM
<b>Inicio</b>	Médico contralor entrega redictamen de la LM a SLM.
<b>Término</b>	SLM remite la LM a sección que corresponde.
<b>Descripción</b>	<p>1. SLM ingresa redictamen de la LM en Sistema Informático de FONASA.</p> <p>CASO: Redictamen corresponde a la autorización de LM tipo 1 de trabajador dependiente del sector privado no afiliado a CCAF o trabajador independiente.</p> <p>2. SLM remite la LM a Unidad de Subsidios para cálculo y pago del subsidio.</p> <p>CASO: Redictamen corresponde a la autorización LM tipo 1 de trabajador afiliado a CCAF.</p> <p>3. Remitir LM resuelta previa confección de nómina a la CCAF correspondiente.</p> <p>CASO: Redictamen corresponde a la autorización de LM tipo 5 o 6 de trabajador dependiente del sector privado o independiente, afiliado al INP.</p> <p>CASO: Trabajador obrero.</p> <p>4. SLM remite la LM a Unidad de Subsidios para cálculo y pago del subsidio.</p> <p>CASO: Trabajador empleado.</p> <p>5. SLM remite la LM, previa confección de nómina, al INP. FIN CASO</p> <p>CASO: Redictamen corresponde a la autorización de LM de trabajador dependiente del sector público.</p> <p>6. SLM remite al Servicio Público correspondiente resolución que confirma reposo del trabajador, para posterior cobro del reembolso. FIN CASO</p>

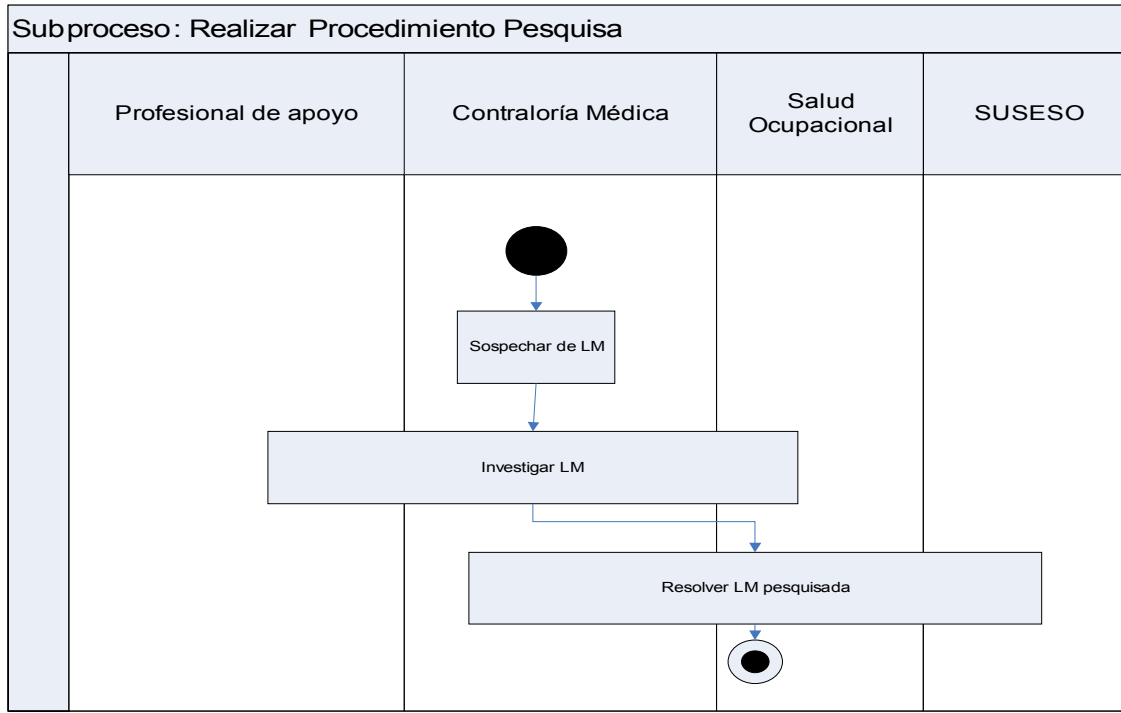
<b>Nombre de la actividad</b>	Procesar pago de LM
<b>Objetivo</b>	Pagar el SIL por días de reposo autorizados
<b>Actores</b>	Unidad de Subsidios
<b>Inicio</b>	Unidad de Subsidios recibe LM autorizada, ampliada o reducida para efectuar pago.
<b>Término</b>	Entrega del cheque a beneficiario.
<b>Descripción</b>	<p>1. US revisa los antecedentes previsionales y confirma la pertinencia del pago del SIL al trabajador.</p> <p>CASO: Antecedentes previsionales incompletos</p> <p>2. US solicita al trabajador la presentación de antecedentes faltantes.</p> <p>3. Trabajador presenta los antecedentes faltantes.</p> <p>4. Ir a paso 13.</p> <p>CASO: Necesidad de verificar vínculo laboral.</p> <p>5. US solicita a COMPIN el peritaje para verificar vínculo laboral.</p> <p>6. Funcionario de la COMPIN realiza peritaje para verificar el vínculo laboral del trabajador.</p> <p>CASO: Resultado del peritaje confirma el vínculo laboral.</p> <p>7. Ir a paso 13.</p> <p>CASO: Mediante peritaje se detecta la no existencia del vínculo laboral.</p> <p>8. US notifica a trabajador que no corresponde pago del SIL.</p> <p>FIN CASO</p> <p>CASO: Sospecha de finiquito</p> <p>9. US solicita a Inspección del Trabajo informe para confirmar vínculo laboral del trabajador.</p> <p>10. Inspección del Trabajo emite informe.</p> <p>CASO: Informe de la Inspección del Trabajo confirma vigencia del vínculo laboral.</p> <p>11. Ir a paso 13.</p> <p>CASO: Informe de la Inspección del Trabajo confirma finiquito del trabajador.</p>

	<p>12. US notifica a trabajador que no corresponde pago del SIL. FIN CASO</p> <p>OTRO CASO:</p> <p>13. US ingresa las rentas en Sistema Informático de FONASA y confirma monto del subsidio.</p> <p>14. US emite cheque por monto del SIL desde Sistema Informático de FONASA.</p> <p>15. US verifica en su registro que saldo de la remesa transferida por Servicio de Salud para pago del SIL cubra monto del cheque y pago previsional correspondiente.</p> <p>CASO: Saldo remesa insuficiente.</p> <p>16. Postergar pago del SIL al trabajador.</p> <p>17. Servicio Salud transfiere nuevos fondos.</p> <p>18. Ir a paso 19.</p> <p>CASO: Saldo remesa suficiente</p> <p>19. US realiza pago de cotizaciones por días de reposo autorizados a entidad previsional correspondiente.</p> <p>20. US solicita firma del cheque a funcionario(s) autorizado(s)<sup>63</sup>.</p> <p>21. Funcionario(s) autorizado(s) firma(n) el cheque.</p> <p>22. US remite el cheque a caja pagadora para que sea retirado por trabajador</p> <p>23. US actualiza en su registro saldo de la remesa.</p> <p>FIN CASO</p>
--	--

<sup>63</sup> Si la Unidad de Subsidios depende administrativamente del Servicio de Salud y se encuentra localizada en Hospital de la red asistencial, el cheque es firmado por el Director del Hospital y por funcionario del Departamento de Finanzas del Hospital. Si la Unidad de Subsidios depende administrativamente de la SEREMI (COMPIN), el cheque es firmado por el jefe del Departamento de Finanzas del Servicio de Salud.

### 3.3.1.1. Subproceso: Realizar Procedimiento Pesquisa.

Figura I.11. Diagrama Subproceso: Realizar Procedimiento Pesquisa.



Fuente: Elaboración CEAL – PUCV.

<b>Nombre de la actividad</b>	Sospechar de LM
<b>Objetivo</b>	Determinar si se debe realizar investigación para pesquisar ATEP.
<b>Actores</b>	Contraloría Médica
<b>Inicio</b>	Médico contralor detecta LM tipo 1 potencialmente sospechosa de corresponder a tipo 5 o 6.
<b>Término</b>	Médico contralor determina si la LM es o no sospechosa de corresponder a tipo 5 o 6.
<b>Descripción</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Médico contralor compara el diagnóstico de la LM con el listado de lesiones o patologías trazadoras.</li> <li>2. Médico contralor analiza si la LM cumple con criterios de sospecha.</li> </ol> <p>CASO: LM cumple con los criterios de sospecha.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Médico Contralor define requerimientos y peritajes que deben ser realizados como parte de la investigación.</li> </ol>

	<p>CASO: LM no cumple con los criterios de sospecha.</p> <p>4. Médico contralor resuelve de LM como tipo 1.</p> <p>5. Médico contralor consigna resolución de LM en formulario.</p> <p>6. Médico contralor remite LM resuelta a SLM.</p> <p>7. Finalizar subproceso: Realizar Procedimiento de Pesquisa FIN CASO</p>
--	--

<b>Nombre de la actividad</b>	Investigar LM
<b>Objetivo</b>	Realizar actividades de pesquisa y peritajes necesarios para resolver si origen de LM corresponde a ATEP.
<b>Actores</b>	Profesional de apoyo, Contraloría Médica y Salud Ocupacional
<b>Inicio</b>	Médico contralor define requerimientos de investigación para la pesquisa de ATEP.
<b>Término</b>	Recopilación de información necesaria para determinar si origen de LM corresponde a ATEP.
<b>Descripción</b>	<p>1. Médico contralor coordina con profesional de apoyo de COMPIN la realización de los peritajes requeridos.</p> <p>2. Profesional de apoyo de la COMPIN entrevista al empleador y médico tratante.</p> <p>3. Profesional de apoyo de la COMPIN visita al trabajador en su domicilio o empresa.</p> <p>4. Médico contralor entrevista a trabajador.</p> <p>5. Profesional de apoyo elabora historial laboral del trabajador y completa informe de seguimiento del programa de pesquisa.</p> <p>6. Médico contralor analiza la información recopilada.</p> <p>CASO: Información recopilada insuficiente.</p> <p>7. Médico contralor solicita investigación a Salud Ocupacional.</p> <p>8. Salud Ocupacional elabora informe solicitado.</p> <p>9. Médico contralor analiza informe confeccionado por Salud Ocupacional.</p> <p>FIN CASO</p> <p>10. Médico contralor completa los registros de seguimiento del programa de pesquisa.</p>

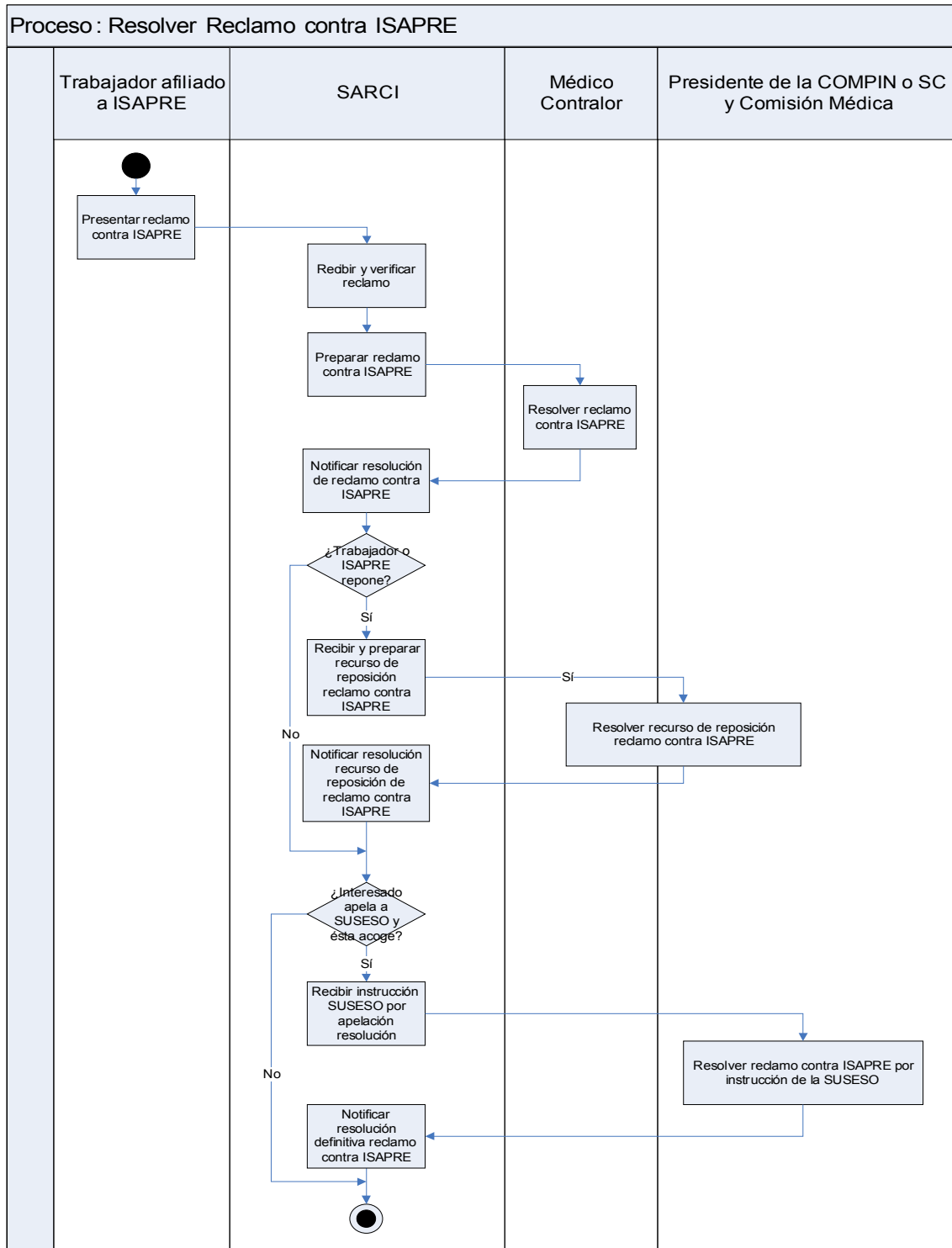


<b>Nombre de la actividad</b>	Resolver LM pesquisada
<b>Objetivo</b>	Confirmar o descartar ATEP.
<b>Actores</b>	Contraloría Medica, SUSESO, Organismo Administrador de Ley 16.744.
<b>Inicio</b>	Recopilación de información necesaria para determinar si origen de LM corresponde a ATEP.
<b>Término</b>	Médico contralor remite LM resuelta a SLM.
<b>Descripción</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Médico contralor analiza la LM y antecedentes recopilados.</li> <li>2. Médico contralor determina si LM debe ser catalogada como tipo 5 o 6.</li> </ol> <p>CASO: LM no corresponde a tipo 5 o 6.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Médico contralor resuelve LM como tipo 1.</li> <li>4. Médico contralor consigna resolución de LM en formulario.</li> <li>5. Médico contralor remite LM resuelta a SLM.</li> </ol> <p>CASO: LM de trabajador afiliado a Mutual o Administración Delegada como organismo administrador de la Ley 16.744, corresponde a tipo 5 o 6 pero fue rechazada por corresponder a tipo 1.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Médico contralor aprueba la LM como tipo 1.</li> <li>7. Médico contralor confecciona y despacha oficio de apelación a la SUSESO por aplicación del artículo 77 bis de la Ley 16.744.</li> <li>8. Médico contralor consigna resolución de LM en formulario.</li> <li>9. Médico contralor remite LM resuelta a SLM.</li> </ol> <p>CASO: LM corresponde a tipo 5 o 6 y no fue rechazada por corresponder a tipo 1.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>10. Médico contralor modifica el tipo de licencia a 5 o 6, según corresponda, en formulario.</li> <li>11. Médico contralor confecciona el DIAT o DIEP, según corresponda.</li> </ol> <p>CASO: Organismo administrador de la Ley 16.744 corresponde al INP.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>12. Médico contralor resuelve la LM como tipo 5 o 6.</li> <li>13. Médico contralor remite a Comisión 16.744 casos de trabajadores con alta médica para la evaluación de lesiones o secuelas de invalidez.</li> <li>14. Médico contralor remite a Comisión 16.744 casos de</li> </ol>

	<p>trabajadores sin alta médica pero con 40 o 92 semanas de reposo.</p> <p>15. Médico contralor consigna la resolución de la LM en formulario.</p> <p>16. Médico contralor remite LM resuelta a SLM.</p> <p>CASO: Organismo administrador de la Ley 16.744 corresponde a Mutual o Administración Delegada.</p> <p>17. Médico contralor rechaza LM por corresponder a tipo 5 o 6 de trabajador afiliado a mutual.</p> <p>18. Médico contralor consigna la resolución de la LM en formulario.</p> <p>19. Médico contralor remite LM resuelta a SLM, para ser derivada a Mutual o Administración Delegada.</p> <p>FIN CASO</p>
--	---

### 3.3.2. Proceso: Resolver Reclamo contra ISAPRE.

Figura I.12. Diagrama Proceso: Resolver Reclamo contra ISAPRE.



Fuente: Elaboración CEAL – PUCV.

<b>Nombre de la actividad</b>	Presentar reclamo contra ISAPRE
<b>Objetivo</b>	Trabajador afiliado a ISAPRE entrega a la COMPIN o SC reclamo por pago insuficiente del subsidio o LM rechazada o reducida.
<b>Actores</b>	Trabajador afiliado a ISAPRE
<b>Inicio</b>	Trabajador afiliado ISAPRE confecciona reclamo por pago insuficiente del subsidio o LM reducida o rechazada.
<b>Término</b>	Recepción del reclamo y documentos en COMPIN o SC.
<b>Descripción</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trabajador afiliado a ISAPRE confecciona reclamo por pago insuficiente del subsidio, o LM reducida o rechazada.</li> <li>2. Trabajador afiliado a ISAPRE presenta el reclamo junto a antecedentes ante la COMPIN que corresponda territorialmente a su domicilio residencial<sup>64</sup>.</li> </ol>

<b>Nombre de la actividad</b>	Recibir y verificar reclamo contra ISAPRE
<b>Objetivo</b>	Recepción del reclamo contra ISAPRE y antecedentes requeridos en la COMPIN o SC.
<b>Actores</b>	Sección de Apoyo Administrativo de Resolución de Reclamos contra ISAPRES (SARCI)
<b>Inicio</b>	Trabajador afiliado ISAPRE entrega reclamo por pago insuficiente del subsidio, LM reducida o rechazada, junto a antecedentes.
<b>Término</b>	Ingreso a tramitación del reclamo o devolución cuando no cumple con requisitos.
<b>Descripción</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. SARCI recibe el reclamo y antecedentes.</li> <li>2. SARCI verifica que el reclamo pertenezca a la jurisdicción.</li> <li>3. SARCI verifica la completitud de los antecedentes.</li> <li>4. SARCI verifica que no hayan transcurrido más de 15 días hábiles desde el rechazo de la LM por parte de la ISAPRE.</li> </ol> <p>CASO: Reclamo no corresponde a la jurisdicción, los antecedentes son incompletos y/o presentación del reclamo fuera de plazo.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. SARCI devuelve el reclamo al trabajador, indicando la razón de devolución.</li> </ol>

<sup>64</sup> El trabajador tiene un plazo de 15 días hábiles desde el rechazo formal para presentar el reclamo ante la COMPIN.

	<p>OTRO CASO:</p> <p>6. SARCI entrega comprobante de recepción del reclamo a trabajador.</p> <p>7. SARCI registra antecedentes fundamentales del reclamo.</p>
--	---

<b>Nombre de la actividad</b>	Preparar reclamo contra ISAPRE
<b>Objetivo</b>	Preparación del reclamo para su resolución por el médico contralor.
<b>Actores</b>	Sección de Apoyo Administrativo de Resolución de Reclamos contra ISAPRES (SARCI)
<b>Inicio</b>	Reclamo ingresado a tramitación.
<b>Término</b>	Entrega del reclamo y antecedentes a médico contralor.
<b>Descripción</b>	<p>1. SARCI desarchiva o abre expediente.</p> <p>2. SARCI informa a ISAPRE correspondiente del reclamo presentado en su contra, y solicita la emisión de informe respecto del caso en un plazo no superior a 3 días hábiles desde recepción del requerimiento.</p> <p>CASO: ISAPRE emite informe dentro del plazo de 3 días hábiles.</p> <p>3. SARCI incorpora informe de ISAPRE a expediente.</p> <p>FIN CASO</p> <p>4. SARCI entrega a médico contralor expediente del reclamo.</p>

<b>Nombre de la actividad</b>	Resolver reclamo contra ISAPRE
<b>Objetivo</b>	Determinar si se acoge o rechaza reclamo contra ISAPRE.
<b>Actores</b>	Médico Contralor.
<b>Inicio</b>	Entrega del expediente del reclamo a médico contralor.
<b>Término</b>	Resolución que aprueba o rechaza reclamo contra ISAPRE.
<b>Descripción</b>	<p>1. Médico contralor revisa los antecedentes aportados por las partes.</p> <p>CASO: Materia de reclamo corresponde al monto del subsidio pagado.</p>

	<p>2. Médico contralor solicita apoyo a la Unidad de Subsidios para resolución del reclamo.</p> <p>3. Unidad de Subsidios recibe solicitud y calcula el monto del subsidio según los días de reposo autorizados.</p> <p>FIN CASO</p> <p>4. Médico contralor determina si rechaza o aprueba reclamo del trabajador.</p> <p>5. Médico contralor entrega SARCI propuesta de resolución.</p>
--	--

<b>Nombre de la actividad</b>	Notificar resolución de reclamo contra ISAPRE
<b>Objetivo</b>	Notificar a las partes resolución de reclamo contra ISAPRE.
<b>Actores</b>	Sección de Apoyo Administrativo de Resolución de Reclamos contra ISAPRES (SARCI)
<b>Inicio</b>	Médico contralor remite a SARCI la propuesta de resolución del reclamo.
<b>Término</b>	Notificación de la resolución del reclamo a las partes.
<b>Descripción</b>	<p>1. SARCI confecciona la resolución formal del reclamo.</p> <p>2. SARCI obtiene las firmas del Presidente y Secretario de la COMPIN o SC.</p> <p>3. SARCI envía la resolución a las partes, con copia a la Superintendencia de Salud.</p> <p>4. SARCI archiva resolución del reclamo en expediente.</p>

<b>Nombre de la actividad</b>	Recibir y preparar recurso de reposición reclamo contra ISAPRE
<b>Objetivo</b>	Preparación del recurso de reposición para su resolución por la Comisión.
<b>Actores</b>	Sección de Apoyo Administrativo de Resolución de Reclamos contra ISAPRES (SARCI).
<b>Inicio</b>	ISAPRE o trabajador afiliado a ISAPRE presenta recurso de reposición respecto de la resolución de reclamo contra ISAPRE emitida por la COMPIN.
<b>Término</b>	Entrega del recurso de reposición y expediente del reclamo a médico contralor.
<b>Descripción</b>	1. SARCI recibe el recurso de reposición.

	2. SARCI desarchiva el expediente del reclamo y lo remite junto al recurso de reposición al médico contralor que resolvió el reclamo con anterioridad.
--	--

<b>Nombre de la actividad</b>	Resolver recurso de reposición reclamo contra ISAPRE
<b>Objetivo</b>	Resolver recurso de reposición presentado por el trabajador o ISAPRE.
<b>Actores</b>	Médico Contralor, Comisión Médica.
<b>Inicio</b>	SARCI entrega el recurso de reposición y expediente del reclamo a médico contralor.
<b>Término</b>	Comisión Médica resuelve el recurso de reposición..
<b>Descripción</b>	<p>1. Médico contralor analiza el reclamo y nuevos antecedentes presentados a través del recurso de reposición.</p> <p>CASO: Médico contralor determina que son necesarios antecedentes adicionales para resolver.</p> <p>2. SARCI informa a la ISAPRE y al trabajador de la solicitud de antecedentes adicionales.</p> <p>3. ISAPRE ordena y presenta los nuevos antecedentes requeridos por el médico contralor.</p> <p>FIN CASO</p> <p>4. Médico contralor elabora nueva propuesta de resolución.</p> <p>5. Médico contralor remite propuesta de nueva resolución, a través de SARCI, a Secretario de la Comisión para su incorporación en sesión.</p> <p>6. Médico Contralor relata caso y presenta propuesta de nueva resolución a la Comisión Médica.</p> <p>7. Comisión Médica discute el caso y resuelve el recurso de reposición.</p>

<b>Nombre de la actividad</b>	Notificar resolución de recurso de reposición reclamo contra ISAPRE
<b>Objetivo</b>	Notificar a las partes resolución del recurso de reposición por reclamo contra ISAPRE.
<b>Actores</b>	Sección de Apoyo Administrativo de Resolución de Reclamos contra ISAPRES (SARCI)

<b>Inicio</b>	Comisión Médica resuelve recurso de reposición.
<b>Término</b>	Notificación de la resolución del recurso de reposición a las partes.
<b>Descripción</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. SARCI confecciona la resolución formal del recurso de reposición.</li> <li>2. SARCI obtiene las firmas del Presidente y Secretario de la COMPIN o SC.</li> <li>3. SARCI envía la resolución a las partes, con copia a la Superintendencia de Salud.</li> <li>4. SARCI archiva resolución del recurso de reposición en expediente.</li> </ol>

<b>Nombre de la actividad</b>	Recibir instrucción SUSESO por apelación de resolución reclamo contra ISAPRE
<b>Objetivo</b>	Remitir instrucción recibida de la SUSESO respecto de reclamo contra ISAPRE, al Presidente de la COMPIN o SC.
<b>Actores</b>	Sección de Apoyo Administrativo de Resolución de Reclamos contra ISAPRES (SARCI).
<b>Inicio</b>	Recepción de instructivo de la SUSESO que revierte la resolución de la COMPIN respecto de reclamo contra ISAPRE.
<b>Término</b>	Entrega del instructivo de la SUSESO y expediente del reclamo a Presidente de la COMPIN o SC.
<b>Descripción</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. SARCI recibe instrucción modificatoria de la SUSESO respecto de resolución de reclamo contra ISAPRE.</li> <li>2. SARCI desarchiva el expediente del reclamo y lo remite junto al instructivo de la SUSESO al Presidente de la COMPIN o SC.</li> </ol>

<b>Nombre de la actividad</b>	Resolver reclamo contra ISAPRE por instrucción de la SUSESO
<b>Objetivo</b>	Revertir resolución de reclamo contra ISAPRE porque apelación del interesado fue acogida por la SUSESO.
<b>Actores</b>	Presidente COMPIN o SC, Comisión Médica.
<b>Inicio</b>	SARCI entrega al presidente de la COMPIN o SC instructivo de la SUSESO y expediente del reclamo
<b>Término</b>	Comisión Médica emite resolución definitiva del reclamo contra ISAPRE.

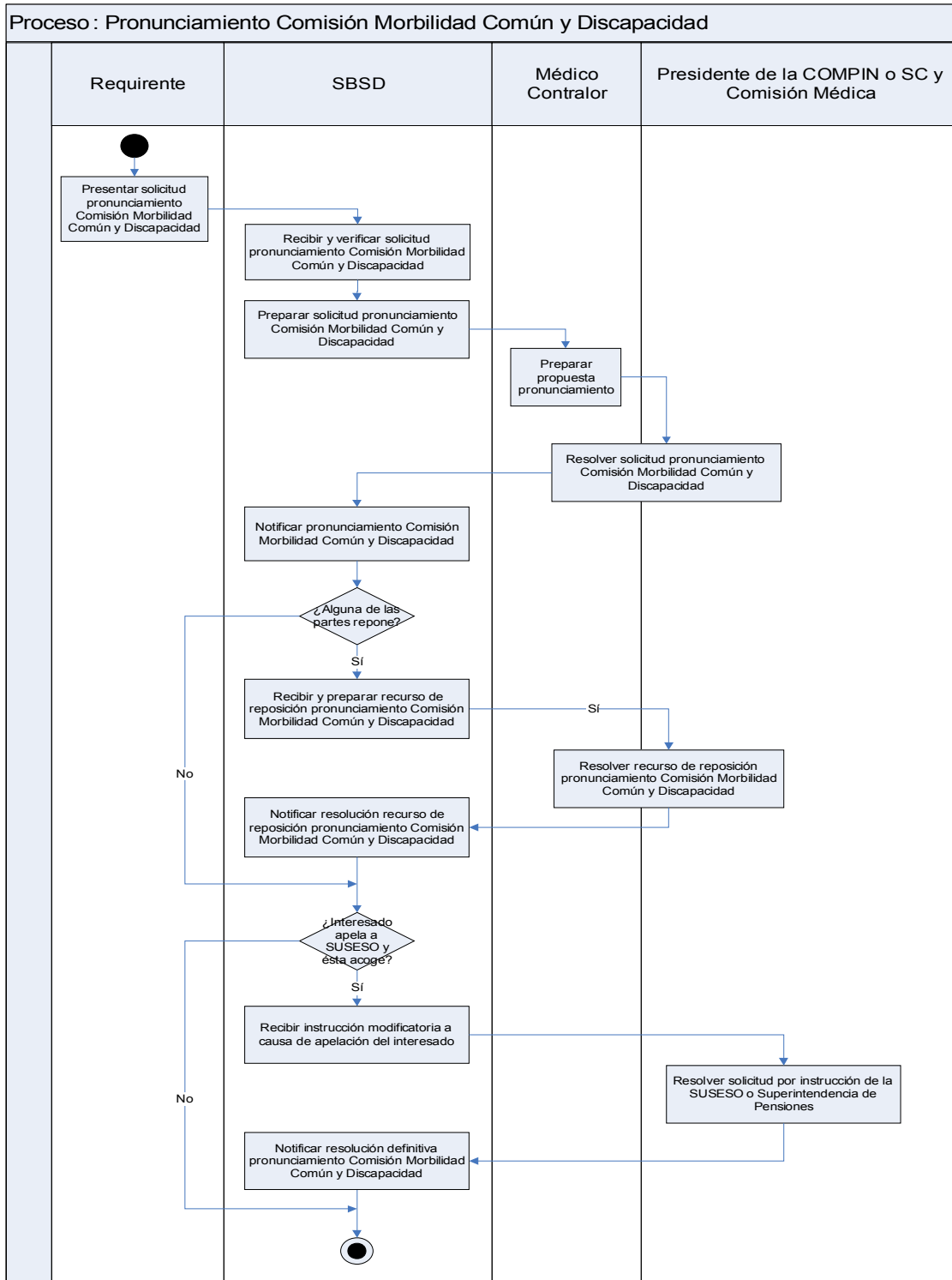


<b>Descripción</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Presidente de la COMPIN o SC analiza los antecedentes del reclamo.</li> <li>2. Presidente de la COMPIN o SC prepara proyecto de resolución de acuerdo a instrucción modificatoria de la SUSESO.</li> <li>3. Presidente de la COMPIN o SC entrega, a través de SARCI, proyecto de resolución a Secretario de la Comisión para su incorporación en sesión.</li> <li>4. Presidente de la COMPIN o SC presenta propuesta de nueva resolución a la Comisión Médica.</li> <li>5. Comisión Médica discute el caso y emite resolución definitiva del reclamo contra ISAPRE, según lo instruido por la SUSESO.</li> </ol>
--------------------	--

<b>Nombre de la actividad</b>	Notificar resolución definitiva reclamo contra ISAPRE
<b>Objetivo</b>	Notificar a las partes la resolución definitiva del reclamo contra ISAPRE.
<b>Actores</b>	Sección de Apoyo Administrativo de Resolución de Reclamos contra ISAPRES (SARCI).
<b>Inicio</b>	Comisión Médica emite resolución definitiva del reclamo contra ISAPRE.
<b>Término</b>	Notificación de la resolución a las partes.
<b>Descripción</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. SARCI confecciona la resolución formal.</li> <li>2. SARCI obtiene las firmas del Presidente y Secretario de la COMPIN o SC.</li> <li>3. SARCI envía la resolución a las partes, con copia a la Superintendencia de Salud.</li> <li>4. SARCI archiva resolución definitiva del reclamo en expediente.</li> </ol>

### 3.3.3. Proceso: Pronunciamento de la Comisión de Morbilidad Común y Discapacidad.

Figura I.13 Diagrama Proceso: Pronunciamento de la Comisión de Morbilidad Común y Discapacidad.



Fuente: Elaboración CEAL – PUCV.

<b>Nombre de la actividad</b>	Presentar solicitud pronunciamiento de la Comisión de Morbilidad Común y Discapacidad
<b>Objetivo</b>	Entrega a la COMPIN o SC de la solicitud de pronunciamiento de la Comisión de Morbilidad Común y Discapacidad acompañada de antecedentes.
<b>Actores</b>	Requirente
<b>Inicio</b>	Requirente reúne los antecedentes y confecciona la solicitud.
<b>Término</b>	Recepción en la COMPIN o SC de la solicitud de pronunciamiento de la Comisión de Morbilidad Común y Discapacidad y antecedentes.
<b>Descripción</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Requirente reúne los antecedentes y confecciona la solicitud.</li> <li>2. Requirente presenta la solicitud y antecedentes ante la COMPIN.</li> </ol>

<b>Nombre de la actividad</b>	Recibir y verificar solicitud pronunciamiento de la Comisión Morbilidad Común y Discapacidad.
<b>Objetivo</b>	Recepción de la solicitud y antecedentes requeridos en la COMPIN o SC.
<b>Actores</b>	Sección de Apoyo Administrativo Beneficios de Seguridad Social y Discapacidad (SBSD).
<b>Inicio</b>	Requirente entrega la solicitud junto a antecedentes.
<b>Término</b>	Ingreso a tramitación de la solicitud.
<b>Descripción</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. SBSB recibe la solicitud y antecedentes.</li> <li>2. SBSB verifica la completitud de los antecedentes.</li> </ol> <p>CASO: Antecedentes presentados son incompletos.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. SBSB solicita al requirente la presentación de los antecedentes faltantes dentro de los 5 días hábiles de siguientes.</li> <li>4. SBSB entrega comprobante de recepción con timbre y fecha de recepción de la solicitud.</li> <li>5. SBSB registra la solicitud presentada por el requirente como pendiente.</li> </ol> <p>CASO: Requirente entrega a la COMPIN o SC los antecedentes faltantes de la solicitud.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Iniciar actividad: Preparar solicitud para pronunciamiento Comisión Morbilidad Común y Discapacidad.</li> </ol>

	<p>OTRO CASO: 7. Archivar antecedentes y no ingresar la solicitud a trámite. FIN CASO</p> <p>OTRO CASO: 8. SBSD entrega comprobante de recepción con timbre y fecha de recepción de la solicitud. 9. SBSD registra la solicitud. FIN CASO</p>
--	---

<b>Nombre de la actividad</b>	Preparar solicitud pronunciamiento de la Comisión Morbilidad Común y Discapacidad
<b>Objetivo</b>	Preparación de solicitud para revisión por médico contralor.
<b>Actores</b>	Sección de Apoyo Administrativo Beneficios de Seguridad Social y Discapacidad (SBSD).
<b>Inicio</b>	Solicitud ingresada a tramitación.
<b>Término</b>	Entrega de la solicitud y antecedentes a médico contralor.
<b>Descripción</b>	<p>1. SBSD abre expediente.</p> <p>CASO: Beneficiario afiliado a FONASA</p> <p>2. SBSD rescata del Sistema Informático FONASA el MAELIC en caso de haber existido LM.</p> <p>3. SBSD incorpora a expediente el MAELIC. FIN CASO</p> <p>4. SBSD cita al beneficiario a evaluación con médico contralor, asignando caso a la agenda médica.</p> <p>5. SBSD formaliza citación con beneficiario y confirma fecha del caso en la agenda médica.</p> <p>6. SBSD entrega expediente de la solicitud a médico contralor designado por Presidente de la COMPIN.</p>

<b>Nombre de la actividad</b>	Preparar propuesta pronunciamiento
<b>Objetivo</b>	Evaluación del beneficiario para elaboración de propuesta de pronunciamiento.
<b>Actores</b>	Médico Contralor.

<b>Inicio</b>	Entrega del expediente a médico contralor.
<b>Término</b>	Propuesta de pronunciamiento y antecedentes de la solicitud entregados a Secretario para incorporación a sesión de Comisión Morbilidad Común y Discapacidad.
<b>Descripción</b>	<p>1. Médico contralor evalúa al beneficiario, considerando los antecedentes disponibles (historia clínica, examen físico o mental, tratamientos recibidos, evolución, u otros).</p> <p>CASO: Antecedentes disponibles son insuficientes.</p> <p>2. Médico contralor solicita, a través de SBSB, informes, exámenes complementarios, y/o interconsulta a Servicio de Salud.</p> <p>3. Recepción de informe de la interconsulta y/o resultados de exámenes.</p> <p>4. Médico contralor revisa y analiza los antecedentes complementarios presentados.</p> <p>FIN CASO</p> <p>5. Médico contralor confecciona proposición de pronunciamiento.</p> <p>6. Médico contralor deriva la proposición de pronunciamiento y expediente, a través de la SBSB, a Secretario Comisión Morbilidad Común y Discapacidad.</p>

<b>Nombre de la actividad</b>	Resolver solicitud pronunciamiento Comisión Morbilidad Común y Discapacidad.
<b>Objetivo</b>	Resolver solicitud presentada por requirente.
<b>Actores</b>	Médico Contralor, Comisión Morbilidad Común y Discapacidad.
<b>Inicio</b>	Médico contralor entrega propuesta de pronunciamiento y antecedentes de la solicitud a Secretario para incorporación en sesión de Comisión Morbilidad Común y Discapacidad.
<b>Término</b>	Resolución de solicitud consignada en acta de la Comisión.
<b>Descripción</b>	<p>1. Médico contralor designado relata caso y presenta propuesta de pronunciamiento a la Comisión Médica.</p> <p>2. Comisión Médica discute el caso en sesión y resuelve.</p> <p>CASO: Resolución se consigna en formulario de la solicitud.</p> <p>3. Secretario consigna resolución en formulario de la solicitud y firma.</p>

	4. Presidente de la Comisión firma la resolución. FIN CASO
--	---

<b>Nombre de la actividad</b>	Notificar pronunciamiento Comisión Morbilidad Común y Discapacidad.
<b>Objetivo</b>	Notificar a los interesados el pronunciamiento de la Comisión.
<b>Actores</b>	Sección de Apoyo Administrativo Beneficios de Seguridad Social y Discapacidad (SBSD).
<b>Inicio</b>	Comisión Morbilidad Común y Discapacidad resuelve la solicitud.
<b>Término</b>	Notificación de la resolución a los interesados.
<b>Descripción</b>	<p>CASO: Resolución consignada en formulario de solicitud.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. SBSB confectiona notificación para envío a los interesados.</li> </ol> <p>OTRO CASO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. SBSB confectiona la resolución formal del pronunciamiento de la Comisión.</li> <li>3. SBSB obtiene las firmas del Presidente y Secretario de la Comisión.</li> </ol> <p>FIN CASO</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. SBSB envía la resolución a los interesados.</li> <li>5. SBSB archiva resolución en expediente.</li> </ol>

<b>Nombre de la actividad</b>	Recibir y preparar recurso de reposición pronunciamiento Comisión Morbilidad Común y Discapacidad.
<b>Objetivo</b>	Preparación del recurso de reposición para su resolución por la Comisión.
<b>Actores</b>	Sección de Apoyo Administrativo Beneficios de Seguridad Social y Discapacidad (SBSD).
<b>Inicio</b>	Una de las partes presenta recurso de reposición respecto del pronunciamiento emitido por la Comisión Morbilidad Común y Discapacidad.
<b>Término</b>	Entrega del recurso de reposición y expediente del caso a Presidente de la COMPIN o SC.
<b>Descripción</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. SBSB recibe el recurso de reposición.</li> <li>2. SBSB desarchiva el expediente del caso y lo remite junto al recurso de reposición a Presidente de la COMPIN o SC.</li> </ol>

<b>Nombre de la actividad</b>	Resolver recurso de reposición pronunciamiento Comisión Morbilidad Común y Discapacidad.
<b>Objetivo</b>	Resolver recurso de reposición presentado por una de las partes.
<b>Actores</b>	Presidente COMPIN o SC, Comisión Morbilidad Común y Discapacidad.
<b>Inicio</b>	SBSD entrega el recurso de reposición y expediente del caso a Presidente de la COMPIN o SC.
<b>Término</b>	Resolución del recurso de reposición.
<b>Descripción</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Presidente de la COMPIN o SC analiza expediente y nuevos antecedentes presentados a través del recurso de reposición.</li> </ol> <p>CASO: Presidente determina que son necesarios antecedentes adicionales para resolver.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Presidente ordena, a través de SBSD, los antecedentes adicionales.</li> <li>3. Presentación de antecedentes adicionales requeridos por Presidente.</li> <li>4. Presidente revisa los antecedentes adicionales.</li> </ol> <p>FIN CASO</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Presidente elabora nueva propuesta de pronunciamiento.</li> <li>6. Presidente remite propuesta de pronunciamiento, a través de SBSD, a Secretario de la Comisión Morbilidad Común y Discapacidad para su incorporación en sesión.</li> <li>7. Presidente relata caso y presenta propuesta de pronunciamiento a la Comisión Médica.</li> <li>8. Comisión Médica discute el caso y resuelve el recurso de reposición.</li> </ol>

<b>Nombre de la actividad</b>	Notificar resolución de recurso de reposición pronunciamiento Comisión Morbilidad Común y Discapacidad.
<b>Objetivo</b>	Notificar a las partes resolución del recurso de reposición.
<b>Actores</b>	Sección de Apoyo Administrativo Beneficios de Seguridad Social y Discapacidad (SBSD).
<b>Inicio</b>	Comisión Médica resuelve recurso de reposición.
<b>Término</b>	Notificación de la resolución del recurso de reposición a las partes.

<b>Descripción</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. SBSB confecciona la resolución formal del recurso de reposición.</li> <li>2. SBSB obtiene las firmas del Presidente y Secretario de la Comisión Morbilidad Común y Discapacidad.</li> <li>3. SBSB envía la resolución a las partes.</li> <li>4. SBSB archiva resolución del recurso de reposición en expediente.</li> </ol>
--------------------	---

<b>Nombre de la actividad</b>	Recibir instrucción modificatoria a causa de apelación del interesado.
<b>Objetivo</b>	Remitir instrucción recibida de la SUSESO o Superintendencia de Pensiones respecto del pronunciamiento, al Presidente de la COMPIN o SC.
<b>Actores</b>	Sección de Apoyo Administrativo Beneficios de Seguridad Social y Discapacidad (SBSB).
<b>Inicio</b>	Recepción de instrucción modificatoria de la SUSESO o Superintendencia de Pensiones por apelación al pronunciamiento emitido por Comisión Morbilidad Común y Discapacidad.
<b>Término</b>	Entrega del instructivo modificatorio y expediente del caso a Presidente de la COMPIN o SC.
<b>Descripción</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. SBSB recibe instrucción modificatoria a causa de apelación del interesado.</li> <li>2. SBSB desarchiva el expediente del caso y lo remite junto al instructivo al Presidente de la COMPIN o SC.</li> </ol>

<b>Nombre de la actividad</b>	Resolver solicitud por instrucción de la SUSESO o Superintendencia de Pensiones.
<b>Objetivo</b>	Modificar pronunciamiento emitido por Comisión Morbilidad Común y Discapacidad porque apelación del interesado fue acogida por la SUSESO o por la Superintendencia de Pensiones, según corresponda.
<b>Actores</b>	Presidente COMPIN o SC, Comisión Médica.
<b>Inicio</b>	SBSB entrega al Presidente de la COMPIN o SC instructivo modificatorio y expediente del caso.
<b>Término</b>	Comisión Médica emite resolución definitiva de la solicitud.
<b>Descripción</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Presidente de la COMPIN o SC analiza expediente del caso.</li> </ol>

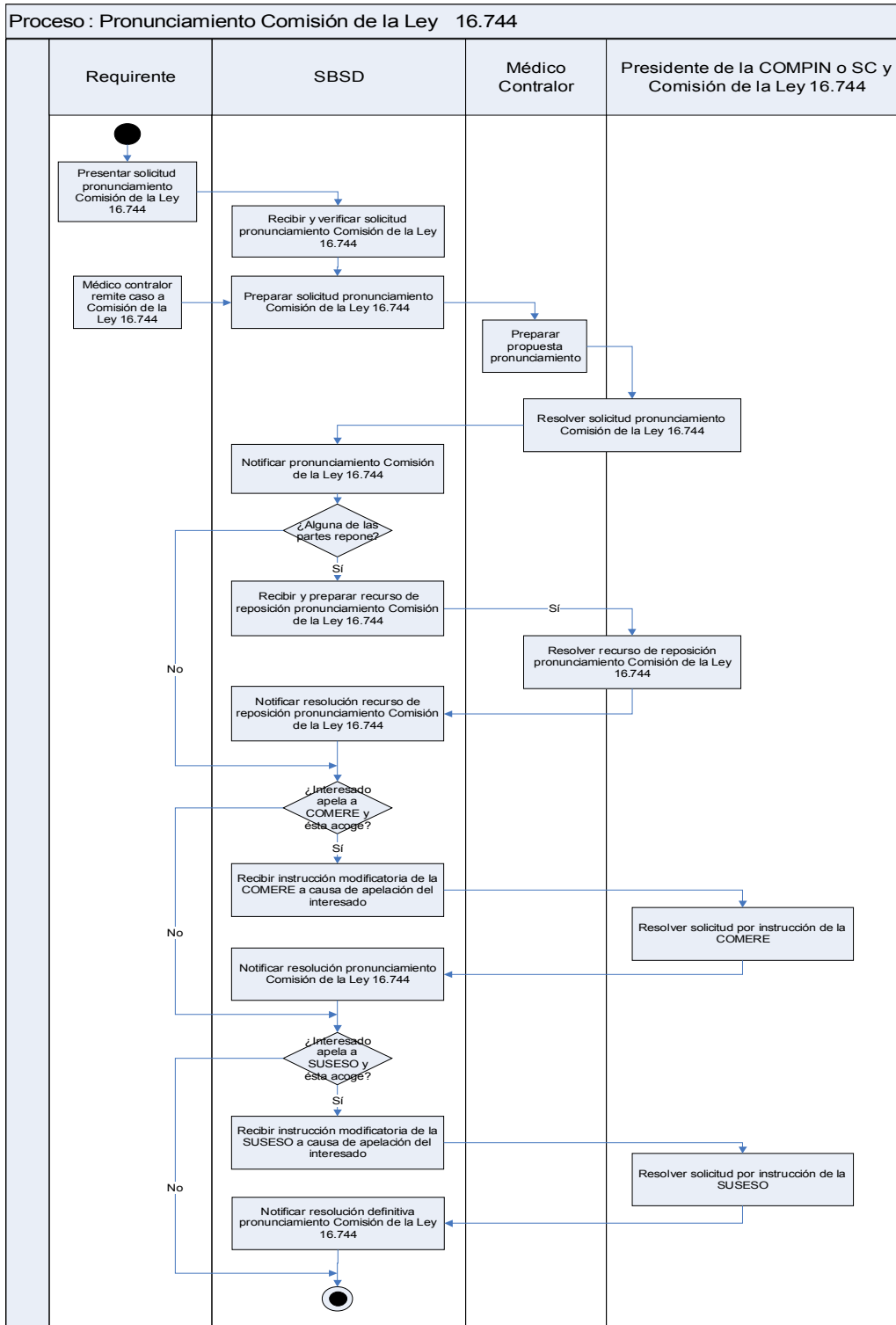


	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Presidente de la COMPIN o SC prepara proyecto de resolución de acuerdo a instrucción modificatoria.</li> <li>3. Presidente de la COMPIN o SC entrega, a través de SBSB, proyecto de resolución a Secretario de la Comisión para su incorporación en sesión.</li> <li>4. Presidente de la COMPIN o SC presenta propuesta de nueva resolución a la Comisión Médica.</li> <li>5. Comisión Médica discute el caso y emite resolución definitiva respecto de la solicitud, según lo instruido por la SUSESO o por la Superintendencia de Pensiones, según corresponda.</li> </ol>
--	--

<b>Nombre de la actividad</b>	Notificar resolución definitiva pronunciamiento Comisión Morbilidad Común y Discapacidad.
<b>Objetivo</b>	Notificar a las partes la resolución definitiva de la solicitud.
<b>Actores</b>	Sección de Apoyo Administrativo Beneficios de Seguridad Social y Discapacidad (SBSB).
<b>Inicio</b>	Comisión Médica emite resolución definitiva respecto de la solicitud.
<b>Término</b>	Notificación de la resolución a las partes
<b>Descripción</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. SBSB confecciona la resolución formal.</li> <li>2. SBSB obtiene las firmas del Presidente y Secretario de la Comisión Morbilidad Común y Discapacidad.</li> <li>3. SBSB envía la resolución a las partes.</li> <li>4. SBSB archiva resolución definitiva de la solicitud en expediente.</li> </ol>

### 3.3.4. Proceso: Pronunciamiento de la Comisión de la Ley 16.744.

Figura I.14. Diagrama Proceso: Pronunciamiento de la Comisión de la Ley 16.744.



Fuente: Elaboración CEAL – PUCV.

<b>Nombre de la actividad</b>	Presentar solicitud pronunciamiento de la Comisión de la Ley 16.744
<b>Objetivo</b>	Entrega a la COMPIN o SC de la solicitud de pronunciamiento de la Comisión de la Ley 16.744 acompañada de antecedentes.
<b>Actores</b>	Requirente
<b>Inicio</b>	Requirente reúne los antecedentes y confecciona la solicitud.
<b>Término</b>	Recepción en la COMPIN o SC de la solicitud de pronunciamiento de la Comisión de la Ley 16.744 y antecedentes.
<b>Descripción</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Requirente reúne los antecedentes y confecciona la solicitud.</li> <li>2. Requirente presenta la solicitud y antecedentes ante la COMPIN.</li> </ol>

<b>Nombre de la actividad</b>	Recibir y verificar solicitud pronunciamiento de la Comisión de la Ley 16.744
<b>Objetivo</b>	Recepción de la solicitud y antecedentes requeridos en la COMPIN o SC.
<b>Actores</b>	Sección de Apoyo Administrativo Beneficios de Seguridad Social y Discapacidad (SBSD).
<b>Inicio</b>	Requirente entrega la solicitud junto a antecedentes.
<b>Término</b>	Ingreso a tramitación de la solicitud.
<b>Descripción</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. SBSD recibe la solicitud y antecedentes.</li> <li>2. SBSD verifica la completitud de los antecedentes.</li> </ol> <p>CASO: Antecedentes presentados son incompletos.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. SBSD solicita al requirente la presentación de los antecedentes faltantes dentro de los 5 días hábiles de siguientes.</li> <li>4. SBSD entrega comprobante de recepción con timbre y fecha de recepción de la solicitud.</li> <li>5. SBSD registra la solicitud presentada por el requirente como pendiente.</li> </ol> <p>CASO: Requirente entrega a la COMPIN o SC los antecedentes faltantes de la solicitud.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Iniciar actividad: Preparar solicitud para pronunciamiento Comisión de la Ley 16.744.</li> </ol> <p>OTRO CASO:</p>

	<p>7. Archivar antecedentes y no ingresar la solicitud a trámite. FIN CASO</p> <p>OTRO CASO:</p> <p>8. SBSD entrega comprobante de recepción con timbre y fecha de recepción de la solicitud.</p> <p>9. SBSD registra la solicitud. FIN CASO</p>
--	--

<b>Nombre de la actividad</b>	Preparar solicitud pronunciamiento de la Ley 16.744
<b>Objetivo</b>	Preparación de solicitud para revisión por médico contralor.
<b>Actores</b>	Sección de Apoyo Administrativo Beneficios de Seguridad Social y Discapacidad (SBSD).
<b>Inicio</b>	Solicitud ingresada a tramitación.
<b>Término</b>	Entrega de la solicitud y antecedentes a médico contralor.
<b>Descripción</b>	<p>1. SBSD desarchivo del expediente de ATEP o accidente escolar, según corresponda.</p> <p>CASO: Beneficiario afiliado a FONASA</p> <p>2. SBSD rescata del Sistema Informático FONASA el MAELIC en caso de haber existido LM.</p> <p>3. SBSD incorpora a expediente el MAELIC. FIN CASO</p> <p>4. SBSD cita al beneficiario a evaluación con médico contralor, asignando caso a la agenda médica.</p> <p>5. SBSD formaliza citación con beneficiario y confirma fecha del caso en la agenda médica.</p> <p>6. SBSD entrega expediente de la solicitud a médico contralor designado por Presidente de la COMPIN.</p>

<b>Nombre de la actividad</b>	Preparar propuesta pronunciamiento
<b>Objetivo</b>	Evaluación del beneficiario para elaboración de propuesta de pronunciamiento.
<b>Actores</b>	Médico Contralor.
<b>Inicio</b>	Entrega del expediente a médico contralor.
<b>Término</b>	Propuesta de pronunciamiento y antecedentes de la solicitud entregados a Secretario para incorporación a sesión de Comisión de la Ley 16.744.
<b>Descripción</b>	<p>1. Médico contralor evalúa al beneficiario, considerando los antecedentes disponibles (historia clínica, examen físico o mental, tratamientos recibidos, evolución, historial laboral en caso de EP, u otros).</p> <p>CASO: Antecedentes disponibles son insuficientes.</p> <p>2. Médico contralor solicita, a través de SBS, informes, exámenes complementarios o interconsultas al Servicio de Salud, evaluación de puesto de trabajo a Salud Ocupacional, según sea pertinente, y/o antecedentes adicionales al organismo administrador de la Ley 16.744.</p> <p>3. Recepción de antecedentes complementarios requeridos.</p> <p>4. Médico contralor revisa y analiza los antecedentes complementarios presentados.</p> <p>FIN CASO</p> <p>5. Médico contralor confecciona proposición de pronunciamiento.</p> <p>6. Médico contralor deriva la proposición de pronunciamiento y expediente, a través de la SBS, a Secretario Comisión de la Ley 16.744.</p>

<b>Nombre de la actividad</b>	Resolver solicitud pronunciamiento Comisión Ley 16.744
<b>Objetivo</b>	Resolver solicitud presentada por requirente.
<b>Actores</b>	Médico Contralor, Comisión de la Ley 16.744.
<b>Inicio</b>	Médico contralor entrega propuesta de pronunciamiento y antecedentes de la solicitud a Secretario para incorporación en sesión de Comisión de la Comisión 16.744.
<b>Término</b>	Resolución de solicitud consignada en acta de la Comisión.

<b>Descripción</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Médico contralor designado relata caso y presenta propuesta de pronunciamiento a la Comisión de la Ley 16.744.</li> <li>2. Comisión de la Ley 16.744 discute el caso en sesión y resuelve.</li> </ol>
--------------------	---

<b>Nombre de la actividad</b>	Notificar pronunciamiento Comisión de la Ley 16.744.
<b>Objetivo</b>	Notificar a los interesados el pronunciamiento de la Comisión.
<b>Actores</b>	Sección de Apoyo Administrativo Beneficios de Seguridad Social y Discapacidad (SBSD).
<b>Inicio</b>	Comisión de la Ley 16.744 resuelve la solicitud.
<b>Término</b>	Notificación de la resolución a los interesados.
<b>Descripción</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. SBSD confecciona la resolución formal del pronunciamiento de la Comisión.</li> <li>2. SBSD obtiene las firmas del Presidente y Secretario de la Comisión de la Ley 16.744.</li> </ol> <p>FIN CASO</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. SBSD envía la resolución a los interesados.</li> <li>4. SBSD archiva resolución en expediente.</li> </ol>

<b>Nombre de la actividad</b>	Recibir y preparar recurso de reposición pronunciamiento Comisión de la Ley 16.744.
<b>Objetivo</b>	Preparación del recurso de reposición para su resolución por la Comisión de la ley 16.744.
<b>Actores</b>	Sección de Apoyo Administrativo Beneficios de Seguridad Social y Discapacidad (SBSD).
<b>Inicio</b>	Una de las partes presenta recurso de reposición respecto del pronunciamiento emitido por la Comisión de la Ley 16.744.
<b>Término</b>	Entrega del recurso de reposición y expediente del caso a Presidente de la COMPIN o SC.
<b>Descripción</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. SBSD recibe el recurso de reposición.</li> <li>2. SBSD desarchiva el expediente del caso y lo remite junto al recurso de reposición a Presidente de la COMPIN o SC.</li> </ol>

<b>Nombre de la actividad</b>	Resolver recurso de reposición pronunciamiento Comisión de la Ley 16.744.
<b>Objetivo</b>	Resolver recurso de reposición presentado por una de las partes.
<b>Actores</b>	Presidente COMPIN o SC, Comisión de la Ley 16.744.
<b>Inicio</b>	SBSD entrega el recurso de reposición y expediente del caso a Presidente de la COMPIN o SC.
<b>Término</b>	Resolución del recurso de reposición.
<b>Descripción</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Presidente de la COMPIN o SC analiza expediente y nuevos antecedentes presentados a través del recurso de reposición.</li> </ol> <p>CASO: Presidente determina que son necesarios antecedentes adicionales para resolver.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Presidente ordena, a través de SBSD, los antecedentes adicionales.</li> <li>3. Presentación de antecedentes adicionales requeridos por Presidente.</li> <li>4. Presidente revisa los antecedentes adicionales.</li> </ol> <p>FIN CASO</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Presidente elabora nueva propuesta de pronunciamiento.</li> <li>6. Presidente remite propuesta de pronunciamiento, a través de SBSD, a Secretario de la Comisión de la Ley 16.744 para su incorporación en sesión.</li> <li>7. Presidente relata caso y presenta propuesta de pronunciamiento a la Comisión.</li> <li>8. Comisión discute el caso y resuelve el recurso de reposición.</li> </ol>

<b>Nombre de la actividad</b>	Notificar resolución de recurso de reposición pronunciamiento Comisión de la Ley 16.744
<b>Objetivo</b>	Notificar a las partes resolución del recurso de reposición.
<b>Actores</b>	Sección de Apoyo Administrativo Beneficios de Seguridad Social y Discapacidad (SBSD).
<b>Inicio</b>	Comisión de la Ley 16.744 resuelve recurso de reposición.
<b>Término</b>	Notificación de la resolución del recurso de reposición a las partes.
<b>Descripción</b>	1. SBSD confecciona la resolución formal del recurso de

	reposición. 2. SBSB obtiene las firmas del Presidente y Secretario de la Comisión de la Ley 16.744. 3. SBSB envía la resolución a las partes. 4. SBSB archiva resolución del recurso de reposición en expediente.
--	--

<b>Nombre de la actividad</b>	Recibir instrucción modificatoria de la COMERE a causa de apelación del interesado.
<b>Objetivo</b>	Remitir instrucción recibida de la COMERE respecto del pronunciamiento, al Presidente de la COMPIN o SC.
<b>Actores</b>	Sección de Apoyo Administrativo Beneficios de Seguridad Social y Discapacidad (SBSB).
<b>Inicio</b>	Recepción de instrucción modificatoria de la COMERE por apelación al pronunciamiento emitido por Comisión de la Ley 16.744.
<b>Término</b>	Entrega del instructivo modificatorio y expediente del caso a Presidente de la COMPIN o SC.
<b>Descripción</b>	1. SBSB recibe instrucción modificatoria a causa de apelación del interesado. 2. SBSB desarchiva el expediente del caso y lo remite junto al instructivo de la COMERE al Presidente de la COMPIN o SC.

<b>Nombre de la actividad</b>	Resolver solicitud por instrucción de la COMERE.
<b>Objetivo</b>	Modificar pronunciamiento emitido por Comisión de la Ley 16.744 porque apelación del interesado fue acogida por la COMERE.
<b>Actores</b>	Presidente COMPIN o SC, Comisión Médica.
<b>Inicio</b>	SBSB entrega al Presidente de la COMPIN o SC instructivo modificatorio y expediente de la solicitud.
<b>Término</b>	Comisión de la Ley 16.744 emite resolución de la solicitud.
<b>Descripción</b>	1. Presidente de la COMPIN o SC analiza expediente del caso. 2. Presidente de la COMPIN o SC prepara proyecto de resolución de acuerdo a instrucción modificatoria. 3. Presidente de la COMPIN o SC entrega, a través de SBSB,



	<p>proyecto de resolución a Secretario de la Comisión de la Ley 16.744 para su incorporación en sesión.</p> <p>4. Presidente de la COMPIN o SC presenta propuesta de nueva resolución a la Comisión.</p> <p>5. Comisión de la Ley 16.744 discute el caso y emite resolución de la solicitud, según lo instruido por la COMERE.</p>
--	--

<b>Nombre de la actividad</b>	Notificar resolución pronunciamiento Comisión de la Ley 16.744.
<b>Objetivo</b>	Notificar a las partes la resolución de la solicitud.
<b>Actores</b>	Sección de Apoyo Administrativo Beneficios de Seguridad Social y Discapacidad (SBSD).
<b>Inicio</b>	Comisión de la Ley 16.744 emite resolución de la solicitud.
<b>Término</b>	Notificación de la resolución a las partes
<b>Descripción</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. SBSD confecciona la resolución formal.</li> <li>2. SBSD obtiene las firmas del Presidente y Secretario de la Comisión de la Ley 16.744.</li> <li>3. SBSD envía la resolución a las partes.</li> <li>4. SBSD archiva resolución definitiva de la solicitud en expediente.</li> </ol>

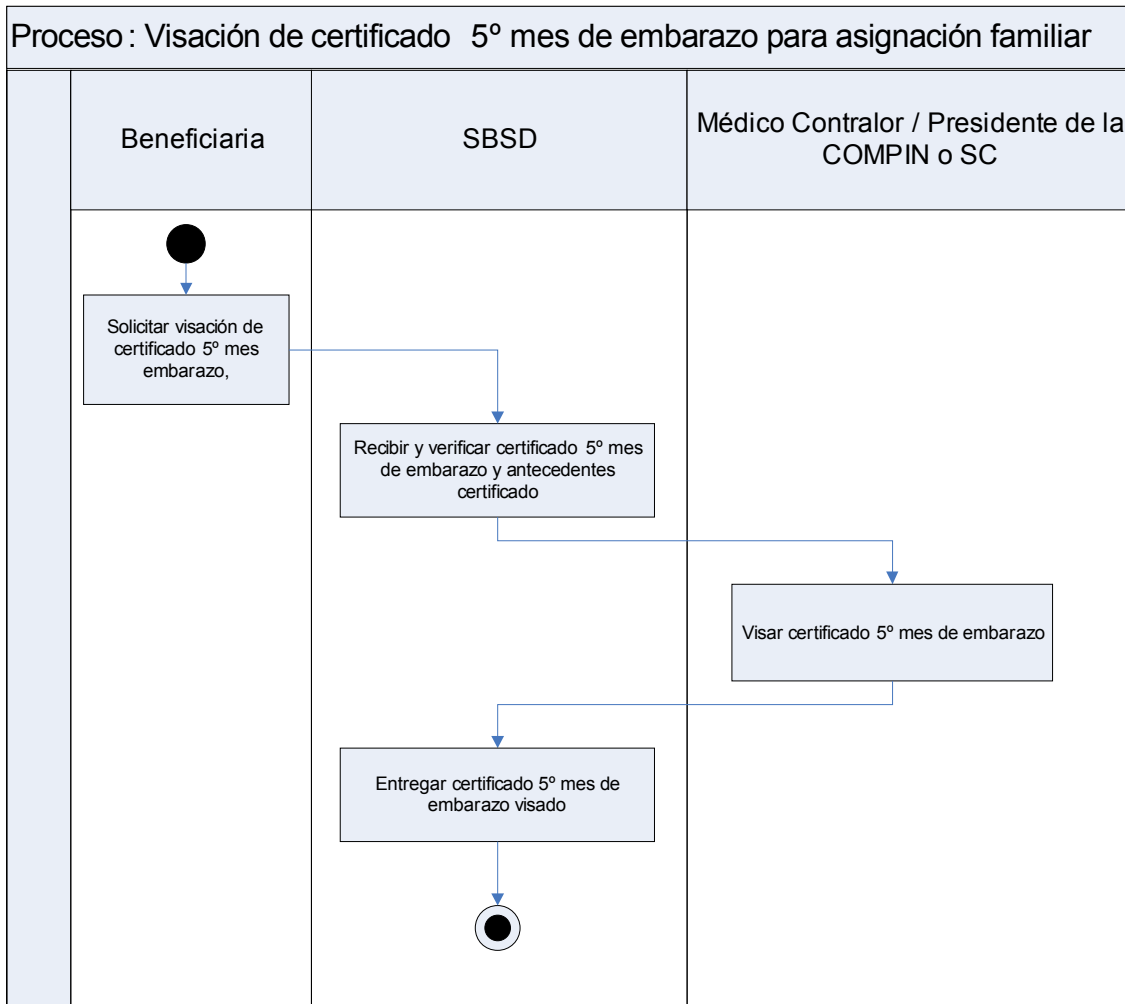
<b>Nombre de la actividad</b>	Recibir instrucción modificatoria de la SUSESO a causa de apelación del interesado.
<b>Objetivo</b>	Remitir instrucción recibida de la SUSESO respecto del pronunciamiento, al Presidente de la COMPIN o SC.
<b>Actores</b>	Sección de Apoyo Administrativo Beneficios de Seguridad Social y Discapacidad (SBSD).
<b>Inicio</b>	Recepción de instrucción modificatoria de la SUSESO por apelación al pronunciamiento emitido por Comisión de la Ley 16.744.
<b>Término</b>	Entrega del instructivo modificatorio y expediente del caso a Presidente de la COMPIN o SC.
<b>Descripción</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. SBSD recibe instrucción modificatoria a causa de apelación del interesado.</li> <li>2. SBSD desarchiva el expediente del caso y lo remite junto al instructivo de la SUSESO al Presidente de la COMPIN o SC.</li> </ol>

<b>Nombre de la actividad</b>	Resolver solicitud por instrucción de la SUSESO.
<b>Objetivo</b>	Modificar pronunciamiento emitido por Comisión de la Ley 16.744 porque apelación del interesado fue acogida por la SUSESO.
<b>Actores</b>	Presidente COMPIN o SC, Comisión Médica.
<b>Inicio</b>	SBSD entrega al Presidente de la COMPIN o SC instructivo modificadorio y expediente de la solicitud.
<b>Término</b>	Comisión de la Ley 16.744 emite resolución definitiva de la solicitud.
<b>Descripción</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Presidente de la COMPIN o SC analiza expediente del caso.</li> <li>2. Presidente de la COMPIN o SC prepara proyecto de resolución de acuerdo a instrucción modificatoria.</li> <li>3. Presidente de la COMPIN o SC entrega, a través de SBSD, proyecto de resolución a Secretario de la Comisión de la Ley 16.744 para su incorporación en sesión.</li> <li>4. Presidente de la COMPIN o SC presenta propuesta de nueva resolución a la Comisión.</li> <li>5. Comisión de la Ley 16.744 discute el caso y emite resolución de la solicitud, según lo instruido por la SUSESO.</li> </ol>

<b>Nombre de la actividad</b>	Notificar resolución definitiva pronunciamiento Comisión de la Ley 16.744.
<b>Objetivo</b>	Notificar a las partes la resolución de la solicitud.
<b>Actores</b>	Sección de Apoyo Administrativo Beneficios de Seguridad Social y Discapacidad (SBSD).
<b>Inicio</b>	Comisión de la Ley 16.744 emite resolución de la solicitud.
<b>Término</b>	Notificación de la resolución a las partes
<b>Descripción</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. SBSD confecciona la resolución formal.</li> <li>2. SBSD obtiene las firmas del Presidente y Secretario de la Comisión de la Ley 16.744.</li> <li>3. SBSD envía la resolución a las partes.</li> <li>4. SBSD archiva resolución definitiva de la solicitud en expediente.</li> </ol>

### 3.3.5. Proceso: Visación certificado 5º mes de embarazo para asignación familiar.

Figura I.15. Diagrama Proceso: Visación certificado 5º mes de embarazo para asignación familiar.



Fuente: Elaboración CEAL – PUCV.

<b>Nombre de la actividad</b>	Solicitar visación certificado 5º mes de embarazo
<b>Objetivo</b>	Presentación a la COMPIN o SC de certificado 5º mes de embarazo acompañada de antecedentes.
<b>Actores</b>	Beneficiaria
<b>Inicio</b>	Beneficiaria acude a la COMPIN para que certificado 5º mes de embarazo sea visado.
<b>Término</b>	Recepción en la COMPIN o SC del certificado y antecedentes.
<b>Descripción</b>	1. Beneficiaria presenta certificado 5º mes de embarazo y antecedentes ante la COMPIN.

<b>Nombre de la actividad</b>	Recibir y verificar certificado 5° mes de embarazo y antecedentes
<b>Objetivo</b>	Verificar antecedentes para entregar luego certificado a médico contralor para visación.
<b>Actores</b>	SBSD
<b>Inicio</b>	Beneficiaria entrega los antecedentes y certificado.
<b>Término</b>	Entrega del certificado y antecedentes a médico contralor.
<b>Descripción</b>	<p>1. SBSB verifica contenido del certificado, chequeando la completitud de los componentes.</p> <p>CASO: Ausencia de alguno de los componentes del certificado.</p> <p>2. SBSB devuelve el certificado y antecedentes a la beneficiaria, indicando la razón de devolución.</p> <p>OTRO CASO:</p> <p>3. SBSB entrega inmediatamente el certificado 5° mes de embarazo a médico contralor.</p>

<b>Nombre de la actividad</b>	Visar certificado 5° mes de embarazo
<b>Objetivo</b>	Visar el certificado
<b>Actores</b>	Médico contralor
<b>Inicio</b>	SBSD entrega los antecedentes y certificado a médico contralor.
<b>Término</b>	Entrega del certificado visado a SBSB.
<b>Descripción</b>	<p>1. Médico contralor revisa certificado.</p> <p>CASO: Médico contralor tiene dudas respecto al certificado presentado.</p> <p>2. Médico contralor entrevista a la beneficiaria en ese momento para clarificar dudas.</p> <p>FIN CASO</p> <p>3. Médico contralor visa el certificado con firma y timbre.</p> <p>4. Médico contralor entrega certificado visado a SBSB para su entrega inmediata a beneficiaria.</p>

<b>Nombre de la actividad</b>	Entregar certificado 5° mes de embarazo visado
<b>Objetivo</b>	Hacer entrega inmediata del certificado visado.
<b>Actores</b>	SBSD
<b>Inicio</b>	Médico contralor entrega certificado visado a SBSD.
<b>Término</b>	Entrega del certificado visado a beneficiaria.
<b>Descripción</b>	1. SBSD entrega certificado visado a beneficiaria. 2. SBSD registra entrega de certificado.

### **3.4. Mecanismos de asignación y transferencia de recursos, modalidades de pago, incentivos y relación ejecutor – institución responsable de la provisión de cada producto estratégico.**

El presente apartado tiene por objetivo identificar y describir los mecanismos de asignación y transferencia de recursos existentes entre nivel central y regional, y entre unidades responsables de la provisión de cada producto / subproducto estratégico, explicando aquellas situaciones respecto de los productos y subproductos estratégicos que poseen ejecutores externos, en particular en lo relacionado a las modalidades de pago utilizadas y los incentivos existentes en la relación ejecutor – institución.

#### **3.4.1. Asignación y transferencias de recursos al COMPIN.**

La asignación y transferencia de recursos dentro del Ministerio de Salud se efectúa de acuerdo a lo establecido en el Modelo de Gestión año 2007 “Centros de Responsabilidad”.

Un centro de responsabilidad es una unidad de gestión dirigida por un responsable, en quien se delega un determinado nivel de decisión para el logro de objetivos y aseguramiento de una adecuada y transparente utilización de los recursos públicos disponibles para la gestión.

Los objetivos generales del modelo son mejorar la utilización de los recursos presupuestarios en forma integral y transparente y entregar autonomía en la toma de decisiones respecto de los gastos propios de cada centro de responsabilidad.

Los centros de responsabilidad del Ministerio de Salud son los siguientes:

- 13 SEREMI del país (SSP)
- 3 Gabinetes (Gabinete de la Ministra, Subsecretaría de Salud Pública y Subsecretaría de Redes Asistenciales)

- 4 Divisiones de la Subsecretaría de Salud Pública (Finanzas y Administración Interna, Prevención y Control de Enfermedades, Políticas Públicas Saludables y Promoción, Planificación Sanitaria)
- 3 Divisiones de la Subsecretaría de Redes Asistenciales (Gestión y Desarrollo de la Personas, Gestión de la Red Asistencial y Presupuesto e Inversiones)
- Otros programas.

Dentro de este modelo las COMPIN se insertan en las SEREMI. Por tanto, los recursos asignados a cada COMPIN son transferidos al centro de responsabilidad de cada SEREMI. No existe luego una transferencia de recursos desde la SEREMI al COMPIN. En consecuencia las COMPIN carecen de autonomía para la toma de decisiones en materia de gastos y dependen en este ámbito de las SEREMI, ya que dependen administrativamente de esta instancia.

En cuanto a la transferencia de fondos a las SEREMI, los recursos se distribuyen, en lo posible, una vez al mes (primera semana del mes) de acuerdo a la programación financiera indicada en el flujo de gasto anual, la cual es enviada mensualmente por los Jefes de Desarrollo Institucional de las SEREMI. Estas remesas contemplan recursos para viáticos, subtítulo 22 (bienes y servicios de consumo) y subtítulo 29 (adquisición de activos no financieros).

Cabe señalar, que la remesa incluye el envío de los recursos para operación corriente y todos los programas de la SEREMI, de acuerdo a lo solicitado en el flujo de caja.

Por último, los criterios empleados por la Coordinación Nacional para la asignación de los recursos del plan de modernización de las COMPIN corresponden a los señalados a continuación:

1. Urgencia/ Necesidad
2. Diagnóstico de la situación actual de la comisión o subcomisión. Este diagnóstico se realiza en base a la evaluación de la infraestructura, tecnologías existentes, recursos humanos y sistemas de trabajo de cada comisión y subcomisión.
3. Producción o carga de trabajo de la comisión o subcomisión, medida a través del volumen de tramitación de LM.
4. Equidad en la distribución regional.

### **3.4.2. Asignación y transferencia de recursos a ejecutores externos.**

No corresponde la descripción de este punto. Aunque existen ejecutores externos como son las ULM y las Unidades de Subsidios de los SS, los productos y subproductos estratégicos provistos por la COMPIN no implican transferencias de recursos a estos ejecutores externos, dado que no es la propia COMPIN quien

administra los fondos y a que estas unidades tienen una dependencia administrativa definida en los SS.

### 3.4.3. Transferencia del SIL curativo común desde FONASA.

Sin ser propiamente una transferencia de COMPIN, se describe en este apartado el proceso de traspaso de recursos desde FONASA para el pago del subsidio por incapacidad laboral curativo común, producto del alto impacto en la carga de trabajo que genera en la Institución.

El SIL (Subsidio por Incapacidad Laboral) tiene tres fuentes de financiamiento, ver tabla I.48.

**Tabla I.48. Financiamiento SIL.**

SIL	Fuente de Financiamiento
1. ATEP (LM por accidente del trabajo o enfermedad profesional)	Fondo establecido por el Seguro Social Contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales contemplado en la Ley 16.744, administrado por el INP o Mutual
2. Maternal (LM Pre y Post Natal y enfermedad grave del niño menor de un año)	Fondo Único de Prestaciones Familiares (FUPF), fondo estatal, regulado por la SUSESO
3. Curativo Común trabajadores afiliados a FONASA (LM curativa, preventiva y patologías del embarazo)	FONASA, fondo financiado con las cotizaciones de los afiliados más el aporte fiscal

**Fuente: Elaboración CEAL – PUCV.**

El SIL curativo común (nº 3 en la tabla I.48) es administrado por FONASA, quien se encarga de distribuirlo entre los diferentes Servicios de Salud, los que a su vez luego realizan la transferencia a los hospitales de la red asistencial, donde se ubican las Unidades de Subsidios.

Para proveerse de recursos FONASA solicita la transferencia de éstos a DIPRES según estimaciones realizadas por el área de Programación Financiera. Para el cálculo de las estimaciones se ocupa un sistema propio, que determina el flujo mensual que considera la liquidación del gasto devengado del mes anterior que deben rendir los Servicios de Salud.

Al momento de hacer la transferencia desde FONASA al Servicio de Salud, el Sub-Departamento de Programación Financiera de FONASA informa, vía mail, al Director y Jefe de Finanzas del Servicio. También se incluye entre los informados al Presidente de COMPIN o Subcomisión.

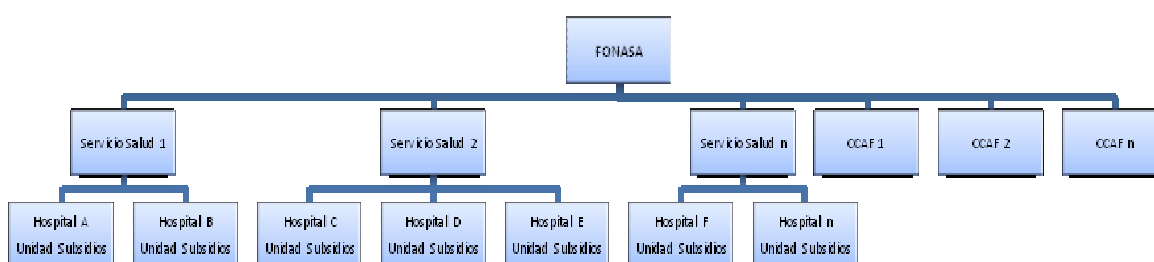
EL formato del informe enviado vía correo electrónico tiene el formato de la siguiente matriz.

Subcomisión	Real Acumulado del Mes	Transferencias acumuladas	Superávit/Déficit a la fecha	Estimación Gasto próximo mes	Transferencia a realizar
-------------	------------------------	---------------------------	------------------------------	------------------------------	--------------------------

Cabe señalar, que parte del proceso de pago se encuentra también radicado en las Cajas de Compensación, quienes pagan las licencias médicas de sus afiliados con cargo al 0,6% que por ley recaudan de las remuneraciones de los imponentes. Cuando la Caja de Compensación ha agotado dicho fondo, recurre a la SUSESO, quien ordena transferir desde FONASA a la CCAF respectiva el diferencial solicitado, sin la posibilidad de ejercer un mayor control de los flujos solicitados por parte de esta última Institución.

La figura I.16 presenta un diagrama de los organismos involucrados en la transferencia del SIL curativo común.

**Figura I.16. Diagrama de los organismos involucrados en la transferencia del SIL.**



**Fuente: Elaboración CEAL – PUCV.**

### **3.5. Mecanismos de Auditoría, Análisis de Gasto, Control y Rendición de Cuentas:**

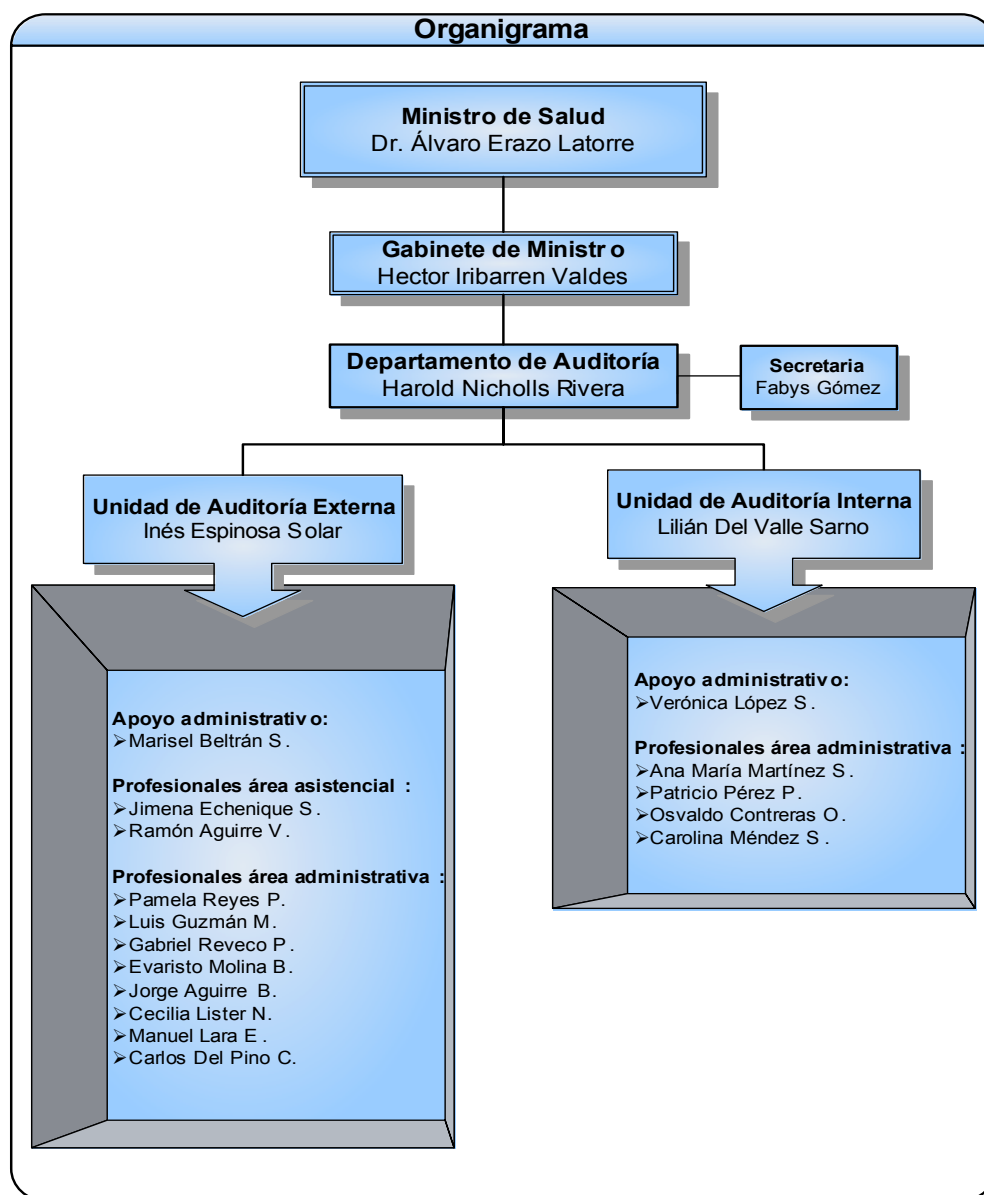
En el presente apartado se caracterizan las unidades y/o mecanismos de auditoría y se describen los principales procesos de control y rendición de cuentas con que cuenta la Institución para cada uno de los productos estratégicos.

#### **3.5.1. Mecanismos de Auditoría.**

El Departamento de Auditoría del Ministerio de Salud presenta el siguiente organigrama en la cual se destacan las 2 áreas de acción; Auditoría Interna y Auditoría Externa. Ver figura I.17.



Figura I.17. Organigrama del Departamento de Auditoría del Ministerio de Salud.



Fuente: Elaboración CEAL – PUCV.

### 3.5.2. Funciones.

La función de auditoría y control está asignada al Departamento de Auditoría – Unidad de Auditoría Interna dependiente del Gabinete de la Ministra de Salud.

Su trabajo está enmarcado en el desarrollo requerido por el CAIGG (Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno). Ello implica que dentro del Plan Anual de Auditoría en forma práctica deben realizarse 4 auditorías anuales sobre la base de la aplicación de la Matriz de Riesgos.

Dicho plan anual contempla la auditoría por 4 niveles de objetivos:

1. **Auditorías de Objetivo Gubernamental.** Estas auditorías tienen dos objetivos.
  - a. Objetivo 1.- Realizar auditorías de carácter preventivo sobre materias que determina el CAIGG.
  - b. Objetivo 2.- Realizar auditorías y actividades que otorguen un aseguramiento razonable del Proceso de Gestión de Riesgos
2. **Auditorías de Objetivo Ministerial.** Corresponden a auditorías de asignación especial y de cumplimiento de metas por equipos de trabajo.
3. **Auditorías de Objetivo Institucional,** sobre distintos procesos del MINSAL. Para este año se incluyeron:
  - a. Procesos de determinación de Macroredes,
  - b. CONASIDA (evaluación de la respuesta regional integrada de prevención),
  - c. Asesoría legislativa, tramitación de proyectos de Ley y reglamentos

El plan anual también contempla las denominadas Actividades, que corresponden a seguimientos, capacitaciones, validaciones y otras actividades.

En general, la planificación de actividades de auditorías se forma de la siguiente manera:

**1. Seguimientos:**

- a. Informe de avance de programas de seguimiento año en curso
- b. Informe final de ejecución de programas de seguimiento año en curso
- c. Formulación de programas año siguiente

**2. Capacitaciones Internas de funcionarios**

**3. Validaciones**

- a. Validación PMG organismos autónomos año anterior
- b. Informe Final PMG año anterior por Subsecretaría
- c. Informe de avance PMG año actual de Subsecretarías
- d. Metas de desempeño por equipos de trabajo año anterior
- e. Gobierno Transparente

**4. Otras Actividades**

- a. Ley de Probidad Administrativa
- b. Preparación para certificación sobre la base de Normas ISO 9001:2000
- c. Contingencias
- d. Asistencias a Comités

La planificación anual operativa del Departamento de Auditoría Interna del MINSAL se plasma en un Cronograma General vaciado en una planilla anual, que para el año 2008 presenta en la tabla I.49.

**Tabla I.49. Cronograma General planificación operativa del Departamento de Auditoría Interna.**

ACTIVIDAD	HORAS DE AUDITORIA	EQUIPO DE TRABAJO	DISTRIBUCIÓN TEMPORAL
<b><u>Auditorías</u></b>			
Objetivo Gubernamental			
a. Obj. Gub nº 1. <sup>65</sup>	Por definir	Por Definir	Todos los meses del año
b. Obj. Gub nº 2	1.440 hrs.	3 personas	Todos los meses del año
Objetivo Ministerial	392 hrs.	4 personas	3 meses del año
Objetivo Institucional	1280 hrs.	6 personas	6 meses del año
<b><u>Actividades</u></b>			
Seguimientos	640 hrs.	4 personas	4 meses al año
Capacitaciones	200 hrs.	5 personas	Todos los meses del año
Validaciones	1.296 hrs.	15 personas	9 meses del año
Otras Actividades	1.336 hrs.	12 personas	Todos los meses del año

**Fuente: Elaboración CEAL – PUCV.**

La ejecución del plan de auditoría habitualmente presenta rezagos en su inicio, pues se tarda algún tiempo en obtener la información detallada de las propias unidades a controlar para hacer el diseño muestral de la auditoría.

El mayor porcentaje de auditorías de mayor interés para el MINSAL (objetivo institucional) se refieren a procesos, por ejemplo:

- **Durante el año 2007** en lo referido a las COMPIN, de los documentos tenidos a la vista, se realizaron las siguientes auditorías
  - a. Auditoría nº 2/2007 efectuada en la SEREMI VI Región de O’higgins, correspondiente a actividad no programada por la Unidad de Auditoría para ese año, comprendió la revisión de los procesos o áreas en toda la SEREMI, abarcando también la revisión a la COMPIN en términos de levantamiento de información respecto de procesos no existiendo matriz de riesgo asociada. Dentro del resultado se sugería:
    - i. Analizar las acciones que hacían los hospitales de la Región en recepción y trámite, cálculo y pago de LM con el fin de formalizar las acciones compartidas con el S.S o evaluar el traspaso de la ULM a la COMPIN
    - ii. Difundir y formalizar los lineamientos estratégicos y competencias técnicas que plantea la COMPIN a las distintas ULM y Contralorías

<sup>65</sup> Cuando se solicitó esta información a MINSAL aún no se definían ni las horas de auditoría, ni el equipo de trabajo que se destinaría a esta labor.

- Médicas de la región, homogeneizando las acciones y funciones en cada una de éstas.
- iii. Respalda planillas electrónicas o bases de datos generadas.
  - iv. Mejora los espacios de atención de público, habilitando servicios higiénicos
- b. Auditoría nº 3/2007 efectuada en la SEREMI VII Región del Maule, correspondiente a actividad no programada por la Unidad de Auditoría para ese año. Esta auditoría comprendió la revisión de los procesos o áreas en toda la SEREMI, abarcando también la revisión a la COMPIN en términos de levantamiento de información respecto de procesos no existiendo matriz de riesgo asociada. Dentro del resultado se sugería:
- i. Evaluar la posibilidad de traspasar las funciones que realiza la ULM a la COMPIN o ejercer algún nivel de supervisión sobre ellas.
  - ii. Mejorar el proceso de resolución de casos en cuanto a las apelaciones de ISAPRES y cumplir con los requerimientos del art.nº 42 y nº 43 DFL nº3 1981.
  - iii. Estandarizar el registro en libro de actas, donde se reflejan las sesiones de la Comisión en cuanto a participantes y fecha
  - iv. Diseñar procedimiento de registro de visitas domiciliarias
  - v. Todos los procesos que deben ser analizados por la comisión, deben ser gestionadas por ella y no sólo por el médico contralor
- **Durante el año 2008**, las auditorías referidas a COMPIN se han centrado en la evaluación del cumplimiento de metas 2008 relativas a los compromisos insertos en el PMG relativos a la Fiscalización de Licencias Médicas. Esta auditoría se practicó en las siguientes SEREMI. Ver tabla I.50.

**Tabla I.50. Compromisos 2008 relativos a la Fiscalización de Licencias Médicas.**

SEREMI	COMPROMISO
Arica – Parinacota	Fiscalización del 20% de LM tramitadas
Antofagasta	Fiscalización del 20% de LM tramitadas
Atacama	Plazo de procesamiento de Licencias Médicas
Araucanía	Resolver el 90% de las solicitudes de discapacidad antes de 25 días
Magallanes	Fiscalización del 20% de LM tramitadas
Metropolitana	Cumplimiento de las normas legales en materia de seguridad social relacionadas con los plazos establecidos.

**Fuente: Elaboración CEAL – PUCV.**

- c. Auditoría nº 15, también durante el primer semestre 2008, correspondiente a una actividad no programada por la unidad de auditoría interna, que comprendió la revisión del proceso de “Procesamiento de Licencias Médicas y determinación del porcentaje de incapacidad por enfermedad común y así optar a una pensión de invalidez” a la SEREMI V Región.

### 3.5.3. Informe de actividades 2008

Durante el año 2008, la Unidad de Auditoría Interna ha dado cumplimiento al 100% de los objetivos de control establecidos en el Plan de trabajo aprobado para el presente año e informado al Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno, como asimismo, a aquellos requerimientos tanto externos como internos, que no fueron considerados en el plan aprobado.

De esta forma, las actividades realizadas pueden resumirse en la tabla I.51.

**Tabla I.51. Plan de trabajo 2008 informado al Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno.**

Tipo de Actividad	Nº de Informes de Auditorías	%
Auditorías de Objetivo Gubernamental	3	10.4
Auditorías de Objetivo Ministerial	2	6.9
Auditorías de Objetivo Institucional	3	10.3
Otras actividades programadas (validaciones, PMG, programa de seguimiento, etc.)	12	41.4
Otras actividades no programadas	9	31
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración CEAL – PUCV.

### 3.5.4. Ejecución del plan anual de auditoría año 2008

En la tabla I.52, se describe el plan anual de auditoría correspondiente al año 2008. Donde se detalla la materia que es el tema a auditar, tipo de objetivo si es Institucional, Gubernamental o Ministerial y si es Programada o no.

**Tabla I.52. Plan año 2008 de auditoría.**

Nº	Fecha	Materia	Tipo de Objetivo	Programada No Programada
1	Enero	Horas extraordinarias	Institucional	NP
2	Enero	CONASIDA Fondo Global	Institucional	NP
3	Enero	Validación Trimestral publicaciones en página Web Transparencia Activa	Institucional	P
4	Enero	Validación Metas de Desempeño por Equipos de Trabajo 2007	Institucional	P
5	Enero	Validación PMG Organismos Autónomos año 2007	Institucional	P
6	Febrero	Acta de entrega Subsecretaría de Salud Pública	Institucional	NP
7	Febrero	Validación PMG 2007, ambas Subsecretarías	Institucional	P
8	Febrero	Probidad – Asignación por funciones críticas	Institucional	P
9	Abril	Evaluación de la Respuesta Regional Integrada de Prevención del VIH y ETS	Institucional	P

Nº	Fecha	Materia	Tipo de Objetivo	Programada No Programada
10	Abril	Transparencia Activa, informe 1º trimestre 2008	Institucional	P
11	Abril	Probidad, declaraciones de Intereses, patrimonio y No consumo de drogas. Asignación de Dirección Superior	Institucional	P
12	Mayo	Validación Acta de entrega cargo Secretario Regional Ministerial de Salud Región Metropolitana	Institucional	NP
13	Mayo	Pre-Informe Auditoría Ministerial, Etapas de Formulación y Formalización de Metas por Equipos de Trabajo	Ministerial	P
14	Junio	Auditoría de Objetivo Gubernamental Nº 2, Aseguramiento de Riesgos	Gubernamental	P
15	Junio	Licencias médicas y subsidios Subcomisión V Región	Institucional	NP
16	Junio	Asesoría Legislativa, tramitación de proyectos de Ley y Reglamentos	Institucional	P
17	Julio	Transparencia Activa, Informe 2º Trimestre 2008	Institucional	P
18	Julio	ORIGENES, Nivel Central	Institucional	NP
19	Agosto	Avance PMG 2008	Institucional	P
20	Agosto	Avance Programa de Seguimiento	Institucional	P
21	Octubre	Transparencia Activa, Informe 3º Trimestre 2008	Institucional	P
22	Octubre	Auditoría Ministerial, Asignación Especial por cumplimiento de metas por equipos de trabajo	Ministerial	P
23	Octubre	Auditoría de Objetivo Gubernamental Nº2, seguimiento de recomendaciones, Aseguramiento al Proceso de Gestión de Riesgos	Gubernamental	P
24	Octubre	Probidad, Asignación de funciones críticas	Institucional	P
25	Noviembre	Auditoría de Objetivo Gubernamental Nº1, Evaluación preparación para implementación Ley 20.285	Gubernamental	P
26	Noviembre	Validación Acta de entrega cargo Ministra de Salud 27/10/08	Institucional	NP
27	Diciembre	Determinación de macronets	Institucional	P
28	Diciembre	Validación acta de entrega cargo Ministro de Salud 5/11/2008	Institucional	NP
29	Diciembre	Validación acta de entrega cargo Subsecretario de Redes Asistenciales 5/11/2008	Institucional	NP

**Fuente: Departamento de Auditoría Ministerio de Salud.**

### **3.5.5. Auditorías Contraloría General de la República.**

Similar a lo que sucede en todas las reparticiones públicas, la COMPIN está sujeta a la realización de auditorías externas públicas realizadas por la Contraloría General de la República, quien realiza auditorías centradas en dos aspectos fundamentales: cumplimiento y legalidad, en virtud de las facultades que le confiere la ley.

La siguiente auditoría dicen relación al accionar de las COMPIN:

- División de Auditoría Administrativa DAA n° 1707 – Octubre de 2005- Informe n° 140/2005 Auditoría practicada a nivel nacional con excepción de la V región de Valparaíso efectuada a los procesos de evaluación y pago de Subsidios por Incapacidad laboral el 16 Servicios de Salud tanto en zona Metropolitana como en regiones. En ella se concluye entre otras deficiencias del sistema de control interno, falta de manuales de funciones. Falta de un registro de licencias médicas, deficiencias contables en lo referido al pago de subsidio por incapacidad laboral, atraso en el pago de licencias médicas, falta de personal para fiscalizar en terreno.

### **3.5.6. Rendición de cuentas.**

El control presupuestario está centralizado en la División de Finanzas y Administración Interna (DIFAI) sin desconocer los controles propios a nivel de cada Centro de Responsabilidad. Existen tres niveles de control presupuestarios:

- a. A nivel Ministerial;
- b. Programas Institucionales
- c. Iniciativas de Inversión.

Para llevar a cabo este control las herramientas utilizadas son:

- a. Contabilidad
- b. Los informes a nivel institucional y programas específicos.
- c. Sistema de Información de Gestión Financiera del Estado (SIGFE) que permite un control presupuestario en línea a nivel de Centro de Responsabilidad operando en WEB y por lo tanto permite que otras entidades interesadas como DIPRES (para la solicitud de caja y reprogramación financiera) y Contraloría General de la República usen la información consolidada relativa a los balances presupuestarios mensuales o en base a otra unidad de tiempo

Todos los Centros de Responsabilidad deben proporcionar mensualmente su “**Información Financiera – Presupuestaria**”, a través de la confección de una

proyección de Ingresos y Gastos (de Enero a Diciembre), donde se debe ingresar lo ejecutado una vez cerrado el mes en SIGFE.

Cada Centro de Responsabilidad ingresa los gastos ejecutados en lo relativo a viáticos, nacionales e internacionales (subtítulo 21 parcial, pues la contabilización del Marco remuneracional y pago de imposiciones está organizada de forma que la ejecución es en el mismo centro de Responsabilidad que genera el gasto y esta operación es realizada desde el nivel central, hasta que las regiones cuenten con las condiciones necesarias para asumir dicha función), gastos en bienes y servicios (subtítulo 22 completo), adquisición activos no financieros (subtítulo 29).

El SIGFE genera el balance presupuestario a nivel de cada SEREMI (Centro de Responsabilidad), permitiendo un control presupuestario de cada una de ellas y de los programas que se llevan a ejecución (como es el caso de las COMPIN).

Se contempla la emisión de informes para efectos de control destinados a diferentes niveles internos y externos:

- **Internos**

- i) Informes sobre Ejecución presupuestaria Institucional y avances de la ejecución por cada rubro de gastos, informando de la ejecución presupuestaria Anual (flujo de caja mensual) que establece como plazo de entrega 2 días hábiles después del cierre.
- ii) Informe de Deuda
- iii) Informe de ejecución trimestral de acuerdo a porcentajes comprometidos

Respecto de los mecanismos de rendición de cuentas relativo a los productos estratégicos, se puede indicar que no hay un sistema desarrollado a este nivel, por tanto es de carácter indirecto a través del control y rendición de cuentas más global señalado precedentemente.

- **Externos**

El Ministerio también debe rendir cuentas a la DIPRES, al Congreso y a la Contraloría General de la República, para lo cual utiliza los siguientes mecanismos:

- i) Informe de Gestión Financiera del Sector Público (Informe Mensual de Ejecución Presupuestaria).
- ii) Anualmente al Congreso relativo a la gestión anual a través del BGI (Balance de Gestión Integral).
- iii) Informe de Saldos Invertidos en el Mercado de Capitales.
- iv) Reporte de las Iniciativas de Inversión.



### 3.5.7. Descripción de la Gestión del Gasto.

#### 3.5.7.1. A nivel de Producto Estratégico.

En relación al **Control de Gestión Financiera**, no existe un sistema de Control de Gestión que permita mejorar la eficiencia en su uso entrelazando montos gastados versus nivel de producción de los productos estratégicos.

Solamente el Proyecto de Modernización de las COMPIN, concebido como el producto estratégico Implementación y Monitoreo de Gestión cuenta con un presupuesto específico. Ver tabla I.53.

**Tabla I.53. Programación Financiera del Programa en Miles de \$.**

<b>Desagregación del Gasto</b>	<b>2007 Ley de Presupuesto</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>Total</b>	<b>% Ítem de Gasto</b>
<b>Gasto en Personal</b>	1.149.027	691.199	718.156	748.318	781.993	4.088.693	52,8%
<b>Bienes de Consumo</b>	149.816	460.866	478.840	498.951	521.404	2.109.877	27,2%
<b>Activos No Financieros</b>	0	363.250	377.417	393.268	410.965	1.544.900	20,0%
Total Programa por año	<b>1.298.843</b>	<b>1.515.315</b>	<b>1.574.413</b>	<b>1.640.537</b>	<b>1.714.362</b>	<b>7.743.470</b>	
<b>Porcentaje del Total de Gasto por año</b>	16,8%	19,6%	20,3%	21,2%	22,1%		

Fuente: Dirección de Presupuesto MINSAL.

Para la confección de este presupuesto, debe presentarse todos los años el Formulario E con todos los anexos correspondientes a DIPRES, solicitando los fondos de continuidad del proyecto. De esta forma, se presenta el gasto esperado en función de componentes:

1. Componente nº 1 Centralizar la Unidad de Licencia Médica en la COMPIN (para aquellas ubicadas en la misma Ciudad)
2. Componente nº 2 Continuidad de la Modernización de las COMPIN a nivel País
3. Componente nº 3 Rediseño, estandarización y automatización de otros trámites efectuados en COMPIN que no sean Licencias Médicas
4. Componente nº 4 Ampliación Programa de Pesquisas Accidentes del Trabajo y enfermedades y ampliación rediseño y valoración de la Discapacidad.
5. Componente nº 5 (a contar del año 2008) Creación de la Unidad Centralizada de Fiscalización

6. Componente nº 6 (a contar del año 2008) Centralización de la Unidades de Subsidios.

La Consultora no tuvo a la vista la ejecución real del gasto de este proyecto, que se inició en el año 2006.

### **3.6. Actividades e instrumentos de Fiscalización, Seguimiento, Monitoreo y Evaluación**

El presente apartado tiene por objeto identificar y describir estas actividades que utilizan las COMPIN para el seguimiento y gestión de la provisión de sus productos (bienes o servicios), como asimismo las actividades de fiscalización e instrumentos de que se desarrollan para velar por el adecuado uso y acceso a sus productos (bienes y servicios).

Las principales fuentes de información de la descripción presentada en esta sección son los cuestionarios aplicados a las COMPIN y el levantamiento de procesos realizado en terreno.

En primer lugar se describen las actividades de seguimiento y gestión de la provisión de productos. Luego se presenta la descripción de las actividades e instrumentos de fiscalización.

#### **3.6.1. Actividades de seguimiento y gestión.**

El Manual de Licencias Médicas FONASA constituye el referente más relevante en esta materia. Este documento, elaborado por la Coordinación Nacional de las COMPIN, instruye en detalle el procedimiento estándar establecido para la resolución de las LM de trabajadores afiliados al FONASA.

La descripción presentada en el manual, aborda el proceso de resolución de LM de trabajadores afiliados al FONASA, desde la presentación de la LM hasta el pago del subsidio correspondiente. Se describe la secuencia de actividades que debe ser realizada, los responsables de su realización y la lógica de las decisiones, asimismo, se especifican los plazos legales comprometidos según lo dispuesto en la normativa.

De la revisión del manual se desprende que las principales actividades establecidas para la gestión y seguimiento de la tramitación de LM corresponden a:

- Ingreso al Sistema Informático FONASA<sup>66</sup> de la LM e información relativa a su resolución en las distintas etapas del proceso.

---

<sup>66</sup> El Sistema Informático FONASA fue descrito en detalle en la sección 3.1.5.

El ingreso de las tramitaciones al sistema permite conocer en todo momento el estado de la LM, lo que constituye una poderosa herramienta para la gestión y seguimiento.

- La confección de nóminas para el traspaso de las LM y documentos entre secciones o a actores externos.

Esta actividad permite contar con un registro de las entradas y salidas del proceso.

- La consignación en actas de lo resuelto por la Comisión.

La elaboración y archivo de las actas de la Comisión permite contar con el registro de las resoluciones por LM prolongadas, recursos de reposición e instructivos modificatorios de la SUSESO.

En cuanto a la información recopilada a través de los cuestionarios en materia de actividades de gestión y seguimiento, los resultados obtenidos se señalan a continuación. Ver tabla I.54.

El 100% de las COMPIN, de aquellas que respondieron el cuestionario 5 (anexo 11), posee un registro de las licencias médicas de trabajadores afiliados al FONASA tramitadas, mientras que, para el caso de reclamos contra ISAPRE, este porcentaje equivale al 93%. Ambos SPE representan un importante volumen de trabajo, de ahí el énfasis en el registro y seguimiento de estas tramitaciones.

**Tabla I.54. Resultados cuestionarios en materia actividades de gestión y seguimiento.**

<b>Existe un registro de las LM enviadas por ULM</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Sí	8	100,00%
<b>Total general</b>	<b>8</b>	<b>100,00%</b>

<b>Existe un registro de los reclamos contra ISAPRES tramitados</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Sí	13	92,86%
No	1	7,14%
<b>Total general</b>	<b>14</b>	<b>100,00%</b>

**Fuente: Elaboración CEAL – PUCV.**

En relación al seguimiento del proceso de resolución de LM por ATEP, ver tabla I.55, los resultados obtenidos indican que el 64% de las COMPIN, de aquellas que respondieron el cuestionario 5 (anexo 11), cuentan con un registro de LM tipo 5 o 6 de trabajadores afiliados al INP como organismo de la Ley 16.744, mientras que el 35.71% declara poseer un registro de las LM tipo 5 o 6 rechazadas por Mutual por corresponder a tipo 1.

**Tabla I.55. Resultados cuestionarios proceso de resolución de LM por ATEP.**

<b>Existe registro de las LM por ATEP de Trabajadores Afiliados al INP tramitadas por COMPÍN</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
No	5	35,71%
Sí	9	64,29%
<b>Total general</b>	<b>14</b>	<b>100,00%</b>

<b>Existe registro de las LM rechazadas por mutual por corresponder a tipo 1 que después COMPIN clasifico como 5 ó 6</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
No	9	64,29%
Sí	5	35,71%
<b>Total general</b>	<b>14</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Elaboración CEAL – PUCV.

Relacionado también al seguimiento del proceso de resolución de LM, se consultó sobre el conocimiento del estado de la tramitación de la LM, obteniéndose el resultado de tabla I.56.

**Tabla I.56. Resultados cuestionarios proceso de resolución de LM, tramitación de LM.**

<b>Si un usuario consulta por el estado de resolución de la LM es posible darle una respuesta inmediata</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
No	1	10,00%
Sí	9	90,00%
<b>Total general</b>	<b>10</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Elaboración CEAL – PUCV.

Este resultado indica que el 90% de las COMPIN, de aquellas que respondieron el cuestionario, cuenta con algún tipo de registro que permite el seguimiento del proceso de resolución de LM.

En cuanto al seguimiento de las LM derivadas para pago, el 83,3% de las COMPIN, de aquellas que respondieron el cuestionario, declararon no tener conocimiento respecto de la efectiva cancelación del SIL por parte de las Unidades de Subsidios. Cifra que aumenta al 100% en el caso de los pagos realizados a través de las CCAF. Ver tabla I.57.

**Tabla I.57. Seguimiento de LM derivadas a pago.**

<b>La US comunica a la COMPÍN las LM cuyo pago fue retirado por los beneficiarios</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
No	10	83,33%
Sí	2	16,67%
<b>Total general</b>	<b>12</b>	<b>100,00%</b>

Las CCAF comunican a COMPÍN las LM cuyo pago fue retirado por el beneficiario	Frecuencia	%
No	12	100,00%
<b>Total general</b>	<b>12</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Elaboración CEAL – PUCV.

En relación al seguimiento de las apelaciones en contra de los dictámenes de la COMPIN, ver tabla I.58, el 27% de las respuestas indica poseer registro de los instructivos modificatorios emanados de la SUSESO.

**Tabla I.58. Seguimiento de apelaciones.**

Existe un registro de dictámenes emitidos por la SUSESO relacionados con la COMPÍN	Frecuencia	%
No	4	26,67%
Sí	11	73,33%
<b>Total general</b>	<b>15</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Elaboración CEAL – PUCV.

Respecto de los restantes subproductos provistos por la COMPIN, no existe documento formal que instruya el procedimiento estándar para la tramitación y seguimiento, como sí lo hay para la resolución de licencias médicas de trabajadores afiliados a FONASA. Tampoco se cuenta con sistema informático para apoyar su gestión. En este ámbito la definición y programación de las actividades de gestión y monitoreo depende de las instrucciones emanadas por cada Presidente y los lineamientos definidos por la Coordinación Nacional.

### **3.6.2. Actividades y mecanismos de fiscalización y monitoreo.**

Del conjunto de actividades de fiscalización realizadas por la COMPIN, la fiscalización del reposo es la más conocida por los usuarios. Sin embargo, el espectro de actividades de control y monitoreo realizadas es amplio y no se enfoca solamente en el proceso de resolución de LM de trabajadores afiliados a FONASA.

Para abordar el amplio espectro de actividades de fiscalización se preguntó a los Presidentes de las COMPIN, a través de la aplicación de un cuestionario 6 (anexo 11), sobre las actividades realizadas en esta materia por cada producto estratégico, obteniéndose los resultados presentados a continuación. Ver tabla I.59.

**Tabla I.59. Actividades Producto: Evaluación y Pronunciamento por Incapacidades Transitorias.**

<b>Actividades de Control para :”Evaluación y Pronunciamento por Incapacidades Transitorias”</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Control LM procesadas	3	10,34%
Evaluación de casos en comisión	3	10,34%
Resolución de reclamo en contra de ISAPRE	2	6,90%
Pesquisa Casos ATEP	2	6,90%
Solicitud informes médicos complementarios	2	6,90%
Verificación de antecedentes de acreditación	2	6,90%
Reuniones Médicas	2	6,90%
Capacitación	1	3,45%
Evaluación de Gestión	1	3,45%
Registro en cartola médica	1	3,45%
Sistema de registro	1	3,45%
Sistema FONASA	1	3,45%
Tiempo demora del trámite cada Licencia	1	3,45%
Uso de peritos del SS	1	3,45%
Visitas a domicilio verificación cumplimiento	1	3,45%
Consultas a especialistas	1	3,45%
Acta Comisiones	1	3,45%
Control Asistente Social	1	3,45%
Contraloría Médica	1	3,45%
Citaciones Beneficiarios	1	3,45%
<b>Total general</b>	<b>29</b>	<b>100,00%</b>

<b>Fiscalización</b>	<b>Sí</b>		<b>No</b>	
	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Fiscalización de LM	11	100,00%	0	0,00%
Fiscalización en cobertura de Ley 16,744	11	100,00%	0	0,00%
Fiscalización de la efectiva y oportuna recepción de antecedente por parte de todos los involucrados	9	81,82%	2	18,18%
Fiscalización en el cumplimiento de resoluciones	7	63,64%	4	36,36%

**Fuente: Elaboración CEAL – PUCV.**

De estos resultados se desprende que, para el producto estratégico Evaluación y Pronunciamento por Incapacidades Transitorias, las actividades de control más comunes entre las COMPIN que respondieron el cuestionario 6 (anexo 11) son: control de LM procesadas, la evaluación de los casos en comisión, las reuniones médicas, la solicitud de informes médicos complementarios y la pesquisa de ATEP; todas ellas dirigidas a velar por el adecuado uso y acceso al producto.

En cuanto a las áreas o materias de fiscalización, se destacan la resolución de LM y la cobertura de la Ley 16.744. El 100% de los encuestados, de aquellos que respondieron la pregunta, afirmó realizar fiscalizaciones respecto de la resolución de las LM y el mismo porcentaje declaró efectuar fiscalizaciones de la cobertura de Ley 16.744. Ver tabla I.60.

Adicionalmente y debido a la importancia del control de las entradas o *inputs* provenientes de agentes externos, se consultó a los Presidentes, sobre la verificación de las nóminas de LM enviadas por las CCAF e ingresadas a tramitación en las COMPIN. Al respecto se señaló, como lo muestra la tabla I.61 presentada más abajo, que en todas las COMPIN se realiza dicha verificación.

**Tabla I.60. Áreas o materias de fiscalización.**

<b>Se controla que los listados de LM enviados de CCAF no tengan errores</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Sí	10	100,00%
<b>Total general</b>	<b>10</b>	<b>100,00%</b>

**Fuente: Elaboración CEAL – PUCV.**

En términos de los instrumentos de fiscalización desarrollados para velar por el adecuado uso y acceso al producto Pronunciamientos por Incapacidades Transitorias, en especial el adecuado uso y acceso a los subproductos Resolución de LM de Trabajadores afiliados a FONASA y Resolución de LM por ATEP, se encuentra el Manual de Procedimientos para la Pesquisa de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales. Este documento elaborado por la Coordinación Nacional define las etapas del procedimiento de pesquisa, la secuencia de actividades que debe ser realizada, los responsables de su realización, los materiales y acciones de apoyo para la investigación. En los anexos del manual se presentan además listados de patologías trazadoras, que correlacionan diagnósticos de enfermedades con agentes o factores de riesgo laboral y actividades laborales que entrañan dichos riesgos.

**Tabla I.61. Actividades Producto: Evaluación y Pronunciamiento por Incapacidades Permanentes**

<b>Actividades de Control para :”Evaluación y Pronunciamiento por Incapacidades Permanentes”</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Evaluación de casos en comisión	6	33,33%
Solicitud informes médicos complementarios	2	11,11%
Acta Comisiones	2	11,11%
Verificación de antecedentes de acreditación	2	11,11%
No se hacen en la subcomisión	1	5,56%
Obtención de información básica acreditada	1	5,56%
Contraloría Médica	1	5,56%
Citaciones Beneficiarios	1	5,56%
Reuniones Médicas	1	5,56%

<b>Actividades de Control para :”Evaluación y Pronunciamento por Incapacidades Permanentes”</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Evaluación Asistente Social	1	5,56%
<b>Total general</b>	<b>18</b>	<b>100,00%</b>

<b>Fiscalización</b>	<b>Sí</b>		<b>No</b>	
	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Fiscalización de la efectiva y oportuna recepción de antecedentes, por parte de todos los involucrados	9	81,82%	2	18,18%
Fiscalización en la cobertura de Ley 16,744	9	81,82%	2	18,18%
Reevaluación de antecedentes médicos y administrativos al cumplimiento de los 3 años desde la certificación de invalidez	9	81,82%	2	18,18%

**Fuente: Elaboración CEAL – PUCV.**

En el caso del producto Evaluación y Pronunciamento por Incapacidades Permanentes, las actividades de control más comunes corresponden a la evaluación en Comisión, la solicitud de informes médicos complementarios y las actas de la Comisión. La focalización en estas actividades de control se explica por el tipo de producto, puesto que los pronunciamientos por incapacidades permanentes deben ser resueltos por la Comisión, lo que implica la evaluación del caso por parte de ésta y la eventual solicitud de informes complementarios a los Servicios de Salud. En cuanto a las áreas de fiscalización se destacan: la cobertura de la Ley 16.744, la reevaluación de antecedentes médicos y administrativos al cumplimiento de 3 años desde la certificación de invalidez, y la fiscalización de la efectiva y oportuna recepción de antecedentes. El 100% de los encuestados, que respondió la pregunta, afirmó realizar actividades de fiscalización en cada una de estas áreas.

Respecto del producto Certificación de Discapacidad, las actividades de control más comunes corresponden a: la evaluación en Comisión, la verificación de antecedentes de acreditación y la solicitud de informes médicos complementarios. De igual forma que en el caso de los pronunciamientos por incapacidades permanentes, la focalización en estas actividades de control se explica por el tipo de producto, puesto que la certificación de discapacidad debe ser resuelta por la Comisión, lo que implica la verificación previa de los antecedentes de acreditación, la evaluación del caso, y la eventual solicitud de informes complementarios a los Servicios de Salud.

En relación a las áreas de fiscalización se destaca la fiscalización de la efectiva y oportuna recepción de antecedentes. El 89% de los encuestados, que respondió la pregunta, afirmó realizar actividades de fiscalización tendientes a verificar los antecedentes. La cobertura de la Ley 16.744 no aparece como materia de fiscalización, ya que no se relaciona con la certificación de discapacidad. Ver tabla I.62.



**Tabla I.62. Actividades Producto: Certificación de la Discapacidad.**

<b>Actividades de Control</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Evaluación de casos en comisión	6	31,58%
Verificación de antecedentes de acreditación	5	26,32%
Solicitud informes médicos complementarios	2	10,53%
Acta Comisiones	2	10,53%
No se hacen en la subcomisión	1	5,26%
Contraloría Médica	1	5,26%
Evaluación Asistente Social	1	5,26%
Citaciones Beneficiarios	1	5,26%
<b>Total general</b>	<b>19</b>	<b>100,00%</b>

<b>Fiscalización</b>	<b>Sí</b>		<b>No</b>	
	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Fiscalización de la efectiva y oportuna recepción de antecedentes, por parte de todos los involucrados	8	88,89%	1	11,11%

**Fuente: Elaboración CEAL – PUCV.**

En relación al producto Pronunciamentos Técnico-Administrativos, las actividades de control más comunes, según las respuestas de los Presidentes de COMPIN, corresponden a: los exámenes médicos complementarios y la evaluación en Comisión. La concentración en este tipo de controles refleja la casuística de los subproductos que integran la categoría Pronunciamentos Técnico-Administrativos, los que deben ser resueltos por la Comisión Médica.

En cuanto a las áreas de fiscalización se destaca la fiscalización de la efectiva y oportuna recepción de antecedentes. El 86% de los encuestados afirmó realizar actividades de fiscalización tendientes a verificar los antecedentes de las solicitudes de los pronunciamentos técnico-administrativos. Ver tabla I.63.

**Tabla I.63. Actividades Producto: Pronunciamentos Técnico Administrativos.**

<b>Actividades de Control</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Solicitud informes médicos complementarios	4	20,00%
Evaluación de casos en comisión	4	20,00%
Acta Comisiones	2	10,00%
Aplicación de criterios establecidos en comisión	1	5,00%
Citaciones a peritajes	1	5,00%
Formularios de solicitud antecedentes completos	1	5,00%
No se hacen en la subcomisión	1	5,00%
Solicitud Antecedentes	1	5,00%
Evaluación Asistente Social	1	5,00%

<b>Actividades de Control</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Contraloría Médica	1	5,00%
Controles Telefónicos	1	5,00%
Reuniones Médicas	1	5,00%
Verificación de antecedentes de acreditación	1	5,00%
<b>Total general</b>	<b>20</b>	<b>100,00%</b>

<b>Fiscalización</b>	<b>Sí</b>		<b>No</b>	
	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Fiscalización de la efectiva y oportuna recepción de antecedentes, por parte de todos los involucrados	6	85,71%	1	14,29%

**Fuente: Elaboración CEAL – PUCV.**

En general se observa que para el producto Monitoreo y Control de Gestión, las actividades y áreas de fiscalización difieren respecto de las mencionadas para los otros productos. Esta diferencia se debe a la naturaleza del producto, pues éste no constituye un bien o servicio entregado a los beneficiarios y usuarios externos.

Respecto de las actividades de control, se destaca la realización de reuniones de coordinación, éstas según las respuestas de los Presidentes de COMPIN corresponden al mecanismo de control empleado con mayor frecuencia.

En el ámbito materias o áreas de fiscalización, se consultó a los Presidentes de COMPIN por el control de la implementación de los pilares u objetivos del proyecto de modernización. Al respecto la evaluación interna del programa de pesquisa ATEP, la evaluación de las brechas de competencias del personal y el monitoreo de la calidad de procesos internos resultaron ser las áreas de fiscalización más destacadas. El 91% de los encuestados, que respondieron la pregunta, afirmó realizar actividades fiscalización en materia de ATEP, el 64% declaró evaluar las brechas de competencias de personal, mientras que el 64% respondió que realizaba actividades tendientes a controlar la calidad de los procesos. Ver tabla I.64.

**Tabla I.64. Actividades Producto: Implementación y Monitoreo de Gestión.**

<b>Actividades de Control</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Reuniones	4	28,57%
Pesquisa Casos ATEP	2	14,29%
Archivos numerados de antecedentes	1	7,14%
Capacitaciones internas y externas	1	7,14%
Contestación de encuestas de capacitación	1	7,14%
Estadísticas diarias de cada funcionario	1	7,14%
Información entregada por el médico de la unidad discapacitados	1	7,14%

<b>Actividades de Control</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Participar en confección de perfiles de cargo y en el Proceso de contratación	1	7,14%
Trabajo en conjunto con los funcionarios	1	7,14%
Verificación de funcionamiento de Base Datos	1	7,14%
<b>Total general</b>	<b>14</b>	<b>100,00%</b>

<b>Fiscalización</b>	<b>Sí</b>		<b>No</b>	
	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Evaluación Interna del programa de pesquisa de ATEP	10	90,91%	1	9,09%
Evaluación de las brechas de competencias del personal	7	63,64%	4	36,36%
Monitoreo de la calidad de procesos internos	7	63,64%	4	36,36%
Monitoreo de la correcta implementación del rediseño del sistema de valoración y certificación de la discapacidad	2	18,18%	9	81,82%

**Fuente: Elaboración CEAL – PUCV.**

Finalmente y debido a la importancia de la fiscalización de las LM, se presenta la siguiente tabla I.65 que refleja la evolución del número y porcentaje de licencias médicas fiscalizadas.

**Tabla I.65. Evolución de LM fiscalizadas.**

<b>Año</b>	<b>L.M. Tramitadas</b>	<b>L.M. Fiscalizadas</b>	<b>Variación % LM Fiscalizadas</b>	<b>Porcentaje de Fiscalización</b>
2000	825.053	33.002	-	4,00%
2001	929.510	51.123	54,91%	5,50%
2002	1.531.883	165.761	224,24%	10,82%
2003	1.685.071	202.208	21,99%	12,00%
2004	1.412.227	204.230	1,00%	14,46%
2005	2.219.301	263.159	28,85%	11,86%
2006	2.657.767	366.356	39,21%	13,78%
2007	3.326.291	581.611	58,76%	17,49%

**Fuente: Elaboración CEAL – PUCV.**

Se debe considerar que la fiscalización de LM incluye las siguientes actividades:

- Contacto telefónico
- Visita domiciliaria
- Evaluación del médico contralor
- Solicitud de examen médico complementario al Servicio de Salud
- Interconsulta

- Verificación del vínculo laboral
- Etc.

No se contó con información desagregada respecto del volumen de fiscalizaciones por tipo de actividad realizada, debido a que el MINSAL no proveyó tal información.

### **3.7. Mecanismos de Selección de Beneficiarios.**

Al igual que el caso expuesto en el punto 2.4 de este Informe referente al enfoque de género, no es aplicable a este Estudio una descripción del mecanismo de selección de beneficiarios, por cuanto la Institución no cuenta con facultades discriminatorias para hacer aplicable un determinado producto a alguno de sus usuarios / clientes / beneficiarios; tal y como se explicó en el punto anteriormente citado.

### **4. Antecedentes Presupuestarios.**

El presente apartado tiene por objetivo presentar una descripción respecto de los antecedentes presupuestarios de la COMPIN, incluyendo los siguientes cuadros:

- **Presupuesto Total Ministerio 2001 – 2007**

Las tablas I.66 a I.72 muestran los presupuestos del MINSAL desde el año 2001 en adelante.

**Tabla I.66. Presupuesto Ministerio de Salud 2001 (en miles de Pesos)**

Subtítulo	Clasificación Económica	Sub. De Salud	FONASA	Serv. Salud	Instituto Salud Pública	Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Salud	Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional
	<b>INGRESOS</b>	<b>113.056.117</b>	<b>1.026.734.955</b>	<b>807.927.835</b>	<b>6.281.306</b>	<b>29.124.056</b>	<b>2.850.287</b>
1	Ingresos de Operación	-	740.460	59.043.704	3.656.258	21.261.531	9.295
4	Venta Activos	-	11.636	18.948	-	871	-
5	Recuperación Prestamos	-	2.494.558	-	-	-	-
6	Transferencias	-	418.863.185	732.307.458	190.237	-	-
7	Otros Ingresos	57.482	99.688.850	1.937.252	32.939	15.939	76.604
8	Endeudamiento	592.538	-	-	-	-	-
9	Aporte Fiscal	112.285.978	504.175.463	-	2.227.471	-	2.763.358
10	Operaciones Años Anteriores	-	241.383	8.612.774	160.000	6.115.350	-
11	Saldo Inicial Caja	120.119	519.420	6.007.699	14.401	1.730.365	1.030
	<b>GASTOS</b>	<b>113.056.117</b>	<b>1.026.734.955</b>	<b>807.927.835</b>	<b>6.281.306</b>	<b>29.124.056</b>	<b>2.850.287</b>
21	Gastos en Personal	5.477.814	3.928.780	421.729.669	3.973.285	1.403.140	2.096.932
22	Bienes y Servicios de Consumo	46.998.918	7.538.245	164.789.867	2.017.762	522.434	658.606
23	Bienes y Servicios para Producción	-	-	-	-	17.964.364	-
24	Prestaciones Previsionales	-	202.349.207	36.501.403	-	-	-
25	Transferencias Corrientes	14.467.725	793.164.326	146.404.878	22.530	285.258	86.863
30	Inversión Sectorial de Asignación Regional	658.493	-	-	-	-	-
31	Inversión Real	30.103.539	105.780	5.933.454	202.199	183.332	6.347
32	Inversión Financiera	-	18.284.636	-	-	-	-
33	Transferencias de Capital	2.725.170	-	-	-	-	-
50	Servicio de la Deuda Pública	12.562.358	308.410	-	-	-	-
60	Operaciones Años Anteriores	55.100	500.000	28.000.000	50.000	4.550.000	1.000
70	Otros Compromisos Pendientes	2.000	100.000	-	-	2.400	-
90	Saldo Final de Caja	5.000	455.571	4.568.564	15.530	4.213.128	539

**Fuente: Elaboración CEAL – PUCV.**

**Tabla I.67. Presupuesto Ministerio de Salud 2002 (en miles de Pesos)**

Subtítulo	Clasificación Económica	Sub. De Salud	FONASA	Serv. Salud	Instituto Salud Pública	Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Salud	Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional
	<b>INGRESOS</b>	<b>109.995.629</b>	<b>1.096.177.083</b>	<b>897.711.489</b>	<b>6.790.995</b>	<b>30.479.540</b>	<b>2.956.551</b>
1	Ingresos de Operación		113.410	62.647.930	3.907.694	21.923.737	6.186
4	Venta Activos		10.099	25.775		1.887	
5	Recuperación Prestamos		4.674.298				
6	Transferencias		486.770.243	827.271.426	196.134		
7	Otros Ingresos	59.264	122.664.813	1.967.358	34.979	5.189	78.979
9	Aporte Fiscal	109.930.365	481.516.918		2.354.306		2.870.847
10	Operaciones Años Anteriores		127.302	5.299.000	232.352	6.745.370	
11	Saldo Inicial Caja	6.000	300.000	500.000	65.530	1.803.357	539
	<b>GASTOS</b>	<b>109.995.629</b>	<b>1.096.177.083</b>	<b>897.711.489</b>	<b>6.790.995</b>	<b>30.479.540</b>	<b>2.956.551</b>
21	Gastos en Personal	6.188.270	4.964.744	469.988.175	4.159.306	1.467.740	2.193.470
22	Bienes y Servicios de Consumo	6.446.714	8.640.956	181.741.083	2.324.301	538.633	665.442
23	Bienes y Servicios para Producción					19.390.669	
24	Prestaciones Previsionales		252.837.431	46.746.284			
25	Transferencias Corrientes	57.398.258	800.322.831	165.610.049	13.506	294.101	89.556
31	Inversión Real	23.049.082	67.819	5.125.898	228.882	189.015	6.544
32	Inversión Financiera		28.222.491				
33	Transferencias de Capital	2.062.000					
50	Servicio de la Deuda Pública	14.789.205	360.400				
60	Operaciones Años Anteriores	55.100	410.411	28.000.000	50.000	6.737.321	1.000
70	Otros Compromisos Pendientes	2.000				2.350	
90	Saldo Final de Caja	5.000	350.000	500.000	15.000	1.859.711	539

**Fuente: Elaboración CEAL – PUCV.**

**Tabla I.68. Presupuesto Ministerio de Salud 2003 (en miles de Pesos)**

Subtítulo	Clasificación Económica	Sub. De Salud	FONASA	Serv. Salud	Instituto Salud Pública	Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Salud	Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional
	<b>INGRESOS</b>	<b>114.167.342</b>	<b>1.200.254.337</b>	<b>981.821.172</b>	<b>7.352.507</b>	<b>30.899.580</b>	<b>3.284.360</b>
1	Ingresos de Operación		117232	62215009	4039383	22846973	4135
4	Venta Activos		10.439			1951	
5	Recuperación Prestamos		5083294				
6	Transferencias		524.139.729	911.665.526	198.864		
7	Otros Ingresos	60.227	119.474.690	2.033.657	36.158	5.364	80.480
9	Aporte Fiscal	114.104.115	551.001.651		2.780.220		3.198.745
10	Operaciones Años Anteriores		127302	5.404.980	232352	6745370	
11	Saldo Inicial Caja	3.000	300.000	502.000	65530	1299922	1000
	<b>GASTOS</b>	<b>114.167.342</b>	<b>1.200.254.337</b>	<b>981.821.172</b>	<b>7.352.507</b>	<b>30.869.580</b>	<b>3.284.360</b>
21	Gastos en Personal	5.930.105	4.959.126	496.333.519	4.046.206	1.518.904	2.423.807
22	Bienes y Servicios de Consumo	6.253.452	8.672.608	203.434.548	2.839.686	544.019	744.497
23	Bienes y Servicios para Producción					19768644	
24	Prestaciones Previsionales		284.286.495	52413559			
25	Transferencias Corrientes	58.455.139	883102638	195.624.465	26780	297042	91287
31	Inversión Real	27016573	85607	5513081	374835	171589	22769
32	Inversión Financiera		18.072.293				
33	Transferencias de Capital	2060400					
50	Servicio de la Deuda Pública	14.393.573	377111				
60	Operaciones Años Anteriores	55.100	300.182	28.000.000	50.000	6.737.321	1.000
70	Otros Compromisos Pendientes	1.000	48.277			2.350	
90	Saldo Final de Caja	2.000	350.000	502.000	15.000	1.829.711	1.000

**Fuente: Elaboración CEAL – PUCV.**

**Tabla I.69. Presupuesto Ministerio de Salud 2004 (en miles de Pesos)**

Subtítulo	Clasificación Económica	Sub. De Salud	FONASA	Serv. Salud	Instituto Salud Pública	Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Salud	Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional
	<b>INGRESOS</b>	<b>117.046.761</b>	<b>1.296.757.509</b>	<b>1.072.123.870</b>	<b>7.112.442</b>	<b>11.471.272</b>	<b>3.498.312</b>
1	Ingresos de Operación		156977	63409538	3811179	3944545	4214
2	Imposiciones Previsionales		553.080.179				
4	Venta Activos		10639			432005	
5	Recuperación Prestamos		5.484.234				
6	Transferencias		16.199.103	1.000.806.669	202.682		
7	Otros Ingresos	61.383	117.469.863	2073708	36.852	5.467	82.025
9	Aporte Fiscal	116.982.378	603929213		2763847		3411073
10	Operaciones Años Anteriores		127.301	5.331.207	232352	6345370	
11	Saldo Inicial Caja	3.000	300.000	502.748	65.530	743.885	1.000
	<b>GASTOS</b>	<b>117.046.761</b>	<b>1.296.757.509</b>	<b>1.072.123.870</b>	<b>7.112.442</b>	<b>11.471.272</b>	<b>3.498.312</b>
21	Gastos en Personal	6.461.387	5.148.117	525.288.206	4.212.599	1.547.540	2.607.049
22	Bienes y Servicios de Consumo	5.974.390	9234703	233463500	2.520.543	510135	795517
23	Bienes y Servicios para Producción					903886	
24	Prestaciones Previsionales		288067688	50.226.194			
25	Transferencias Corrientes	61464170	976559829	224307151	27294	556396	89873
31	Inversión Real	27.376.934	82.889	10.336.819	287.006	88.248	3.873
32	Inversión Financiera		16618891				
33	Transferencias de Capital	2.099.552					
50	Servicio de la Deuda Pública	13.665.328	396.933				
60	Operaciones Años Anteriores	3.000	300.182	28.000.000	50.000	6.737.321	1.000
70	Otros Compromisos Pendientes		48.277			2.350	
90	Saldo Final de Caja	2.000	300.000	502.000	15.000	1.125.396	1.000

**Fuente: Elaboración CEAL – PUCV.**



**Tabla I.70. Presupuesto Ministerio de Salud 2005 (en miles de Pesos)**

Subtítulo	Clasificación Económica	Sub. De Salud	FONASA	Serv. Salud	Instituto Salud Pública	Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Salud	Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional
	<b>INGRESOS</b>	<b>128.872.710</b>	<b>1.428.474.400</b>	<b>1.203.334.983</b>	<b>7.813.710</b>	<b>5.656.834</b>	<b>3.498.088</b>
4	Imposiciones Previsionales	827.734	591.750.405	1.121.674.628	204.870		
5	Transferencias Corrientes		16.496.057	73.711.967	3.863.508	3.181.293	
7	Ingresos de Operación		163.432	2.115.181	37.249	16.740	4.080
8	Otros Ingresos Corrientes	62.046	113.795.564		3.410.201		3.493.008
9	Aporte Fiscal	127.979.930	699.256.169			4.001	
10	Venta de Activos No Financieros		10.754		232.352	2.388.000	
11	Recuperación Prestamos		6.702.019	5.331.207	65.530	66.800	1.000
12	Saldo Inicial Caja	3.000	300.000	502.000			
	<b>GASTOS</b>	<b>128.872.710</b>	<b>1.428.474.400</b>	<b>1.203.334.983</b>	<b>7.813.710</b>	<b>5.656.834</b>	<b>3.498.088</b>
21	Gastos en Personal	6.892.600	5.423.838	570.686.026	4.509.003	1.800.569	2.680.316
22	Bienes y Servicios de Consumo	6.626.983	12.567.390	310.822.244	2.866.918	1.442.235	812.508
23	Prestamos de Seguridad Social		302.080.147	46.945.295			
24	Transferencias Corrientes	67.031.949	1.093.021.314	242.300.650	27.589		
25	Integros al Fisco		6.037	1.840		476.645	204
29	Adquisición Activos No Financieros	22.368	83.784	8.076.928	345.200	112.304	3.060
30	adquisición Activos Financieros					1.758.281	
31	Iniciativas de Inversión	43.251.409					
32	Prestamos		14.760.041				
33	Transferencias de Capital	2.122.212					
34	Servicio de la Deuda Pública	2.922.189	231.849	24.000.000	50.000	65.800	1.000
90	Saldo Final de Caja	3.000	300.000	502.000	15.000	1.000	1.000

**Fuente: Elaboración CEAL – PUCV.**

**Tabla I.71. Presupuesto Ministerio de Salud 2006 (en miles de Pesos)**

Subtítulo	Clasificación Económica	FONASA	Instituto Salud Pública	Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Salud	Sub. de Salud	Subsecretaría de Redes Asistenciales	Superintendencia de Salud	Serv. Salud
	INGRESOS	<b>1.641.119.270</b>	<b>9.592.808</b>	<b>4.055.449</b>	<b>94.793.964</b>	<b>55.162.656</b>	<b>5.810.705</b>	<b>1.343.219.948</b>
4	Imposiciones Previsionales	703.249.105						1.274.222.378
5	Transferencias Corrientes	8.535.291	211.016			890.184		60.997.988
7	Ingresos de Operación	168.335	4.239.660	2.851.957	11.835.250			2.169.995
8	Otros Ingresos Corrientes	116.933.074	38.366	17.242	72.546		4.202	
9	Aporte Fiscal	804.850.263	4.805.884		82.881.548	54.270.472	5.805.503	
10	Venta de Activos No Financieros	11.077	232.352	4.120				
11	Recuperación Prestamos	7.072.125	65.530	1.181.130				5.331.207
12	Saldo Inicial Caja	300.000		1.000	4.620	2.000	1.000	498.380
	GASTOS	<b>1.641.119.270</b>	<b>9.592.808</b>	<b>4.055.449</b>	<b>94.793.964</b>	<b>55.162.656</b>	<b>5.810.705</b>	<b>1.343.219.948</b>
21	Gastos en Personal	5.670.308	4.805.884	1.872.132	27.930.580	1.673.525	4.052.263	589.228.676
22	Bienes y Servicios de Consumo	17.040.430	3.852.371	1.562.592	12.697.578	2.506.445	1.715.032	376.487.001
23	Prestamos de Seguridad Social	307.032.277						61.736.708
24	Transferencias Corrientes	1.302.495.115	28.417		53.883.296			283.172.331
25	Integros al Fisco	6.218		537.355			210	1.895
29	Adquisición Activos No Financieros	86.298	841.136	81.370	274.890		41.200	8.094.957
31	Iniciativas de Inversión					45.931.204		
32	Prestamos	8.447.624						
33	Transferencias de Capital					2.185.878		
34	Servicio de la Deuda Pública	41.000	50.000	1.000	3.000	2.863.604	1.000	24.000.000
90	Saldo Final de Caja	300.000	15.000	1.000	4.620	2.000	1.000	498.380

Fuente: Elaboración CEAL – PUCV.

**Tabla I.72. Presupuesto Ministerio de Salud 2007 (en miles de Pesos)**

Subtitulo	Clasificación Económica	Fondo Nacional de Salud	Instituto de Salud Pública de Chile	Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud	Subsecretaria de Salud Pública	Subsecretaria de Redes Asistenciales	Superintendencia de Salud	Servicios de Salud (01,02,03,04,05,06)
	Ingresos	<b>1.880.042.334</b>	<b>11.082.704</b>	<b>4.713.138</b>	<b>115.185.566</b>	<b>117.684.373</b>	<b>6.376.889</b>	<b>1.544.195.748</b>
04	Imposiciones Previsionales	817.546.547						
05	Transferencias Corrientes	5.103.169	218.402		8.230.419			1.476.503.602
06	Rentas de la Propiedad							574.427
07	Ingresos de Operaciones	174.227	6.222.517	3.710.102	13.284.378			59.042.188
08	Otros Ingresos Corrientes	119.517.882	310.500	17.846	75.085	20.700	4.349	2.245.944
09	Aporte Fiscal	930.005.364	4.033.933		93.591.064	117.661.673	6.371.540	
10	Ventas de Activos No Financieros	11.465		1.553				
12	Recuperación de Préstamo	7.383.680	232.352	982.637				5.331.207
15	Saldo Inicial Caja	300.000	65.000	1.000	4.620	2.000	1.000	498.380
	Gastos	<b>1.880.042.334</b>	<b>11.082.704</b>	<b>4.713.138</b>	<b>115.185.566</b>	<b>117.684.373</b>	<b>6.376.889</b>	<b>1.544.195.748</b>
21	Gastos en Personal	6.117.270	5.136.039	1.975.279	32.086.694	3.043.979	4.489.588	665.696.772
22	Bienes y Servicios de Consumo	18.586.839	4.719.691	1.762.362	19.781.951	4.110.749	1.878.605	437.930.293
23	Prestaciones de Seguridad Social	331.588.187			4.108.333			70.294.971
24	Transferencias Corrientes	1.514.669.388	229.167		58.172.392			344.713.279
25	Integros al Fisco	6.436		633.455			217	4.658
26	Otros Gastos Corrientes							258.750
29	Adquisición Activos No Financieros	89.318	932.807	340.042	1.028.576	2.070	6.479	14.798.645
31	Iniciativas de Inversión					104.859.837		
32	Prestamos	8.643.896						
34	Servicio de la Deuda	41.000	50.000	1.000	3.000	5.665.738	1.000	10.000.000
35	Saldo Final de Caja	300.000	15.000	1.000	4.620	2.000	1.000	498.380

Fuente: Elaboración CEAL – PUCV.

- **Presupuesto Total de la SEREMI 2005-2008**

En las siguientes tablas se presenta el presupuesto 2005 a 2008 de las SEREMI, desagregado por subtítulos 21 "Gasto en Personal", 22 "Bienes y Servicios de Consumo" y 29 "Activos no Financieros"<sup>67</sup>. Ver tablas I.73 a I.76.

**Tabla I.73. Presupuesto SEREMI año 2005 (en miles de Pesos)**

2005	Personal	Bienes y Servicios Consumo	Activos No Financieros	Total
	21	22	29	
SEREMI I	23.870.709	286.726.151	9.700.000	<b>320.296.860</b>
SEREMI II	23.087.283	218.307.210	6.500.000	<b>247.894.493</b>
SEREMI III	31.606.989	192.751.573	32.666.184	<b>257.024.746</b>
SEREMI IV	21.027.844	225.067.037	9.973.199	<b>256.068.080</b>
SEREMI V	39.203.655	862.313.624	10.922.712	<b>912.439.991</b>
SEREMI VI	25.397.942	221.565.428	3.933.952	<b>250.897.322</b>
SEREMI VII	29.212.067	254.789.402	10.761.450	<b>294.762.919</b>
SEREMI VIII	77.221.490	627.470.546	7.162.635	<b>711.854.671</b>
SEREMI IX	40.138.607	286.827.531	13.500.000	<b>340.466.138</b>
SEREMI X	51.430.354	428.915.569	16.121.760	<b>496.467.683</b>
SEREMI XI	16.109.823	192.690.189	23.665.900	<b>232.465.912</b>
SEREMI XII	10.085.706	210.259.917	10.800.000	<b>231.145.623</b>
SEREMI RM	87.369.592	2.429.702.062	104.784.587	<b>2.621.856.241</b>
<b>Total SEREMI</b>	<b>475.762.061</b>	<b>6.437.386.239</b>	<b>260.492.379</b>	<b>7.173.640.679</b>

Fuente: Elaboración CEAL – PUCV.

**Tabla I.74. Presupuesto SEREMI año 2006 (en miles de Pesos)**

2006	Personal	Bienes y Servicios Consumo	Activos No Financieros	Ser. de Deuda	Total
	21	22	29	34	
SEREMI I	29.336.000	363.047.781	8.989.800	5.302.324	<b>406.675.905</b>
SEREMI II	26.068.004	295.761.550	5.160.250		<b>326.989.804</b>
SEREMI III	33.670.738	284.575.305	17.785.781		<b>336.031.824</b>
SEREMI IV	40.010.000	355.812.909	18.342.500		<b>414.165.409</b>
SEREMI V	65.098.835	1.846.440.000	25.855.977		<b>1.937.394.812</b>
SEREMI VI	41.264.000	296.200.334	8.000.000		<b>345.464.334</b>
SEREMI VII	39.963.400	365.243.271	5.000.000	2.244.620	<b>412.451.291</b>
SEREMI VIII	111.341.045	714.815.000	35.939.362	33.578.616	<b>895.674.023</b>
SEREMI IX	52.159.343	453.428.023	32.000.000	40873116	<b>578.460.482</b>
SEREMI X	65.400.739	567.172.121	24.699.000	1.850.713	<b>659.122.573</b>
SEREMI XI	16.369.089	246.229.098	29.663.772		<b>292.261.959</b>

<sup>67</sup> Conforme lo dispone de la Ley 19.937 art. 9° inciso segundo a contar de la fecha señalada la SEREMI pasa a estar a cargo de la administración y gestión de recursos en materia de promoción de la Salud.

2006	Personal	Bienes y Servicios Consumo	Activos No Financieros	Ser. de Deuda	Total
	21	22	29	34	
SEREMI XII	16.857.184	232.556.858	26.664.000		<b>276.078.042</b>
SEREMI RM	99.274.882	3.151.583.346	91.082.272	265.186.291	<b>3.607.126.791</b>
<b>Total SEREMI</b>	<b>636.813.259</b>	<b>9.172.865.596</b>	<b>329.182.714</b>	<b>349.035.680</b>	<b>10.487.897.249</b>

Fuente: Elaboración CEAL – PUCV.

Tabla I.75. Presupuesto SEREMI año 2007 (en miles de Pesos)

2007	Personal	Bienes y Servicios Consumo	Transferencias	Activos No Financieros	Ser. de Deuda	Total
	21	22	24	29	34	
SEREMI I	1.624.380.646	469.842.011		41.400.185		<b>2.135.622.842</b>
SEREMI II	1.136.238.734	371.228.275		18.955.236	6.174.756	<b>1.532.597.001</b>
SEREMI III	1.036.610.758	394.776.868		41.834.033		<b>1.473.221.659</b>
SEREMI IV	1.244.997.891	491.077.820		35.041.578	2.426.156	<b>1.773.543.445</b>
SEREMI V	3.161.933.509	2.179.920.000		84.507.831	1.172.864	<b>5.427.534.204</b>
SEREMI VI	1.336.646.035	530.319.929	55.732.000	49648526		<b>1.972.346.490</b>
SEREMI VII	1.515.261.748	491.763.573	67.188.888	42372364		<b>2.116.586.573</b>
SEREMI VIII	3.858.259.463	1.086.750.508	18.000.000	67.361.557	28.164.485	<b>5.058.536.013</b>
SEREMI IX	1.663.572.447	601.579.266	18.000.000	34.028.665		<b>2.317.180.378</b>
SEREMI X	2.376.018.162	666.415.293		41.190.414	12.702.718	<b>3.096.326.587</b>
SEREMI XI	910.973.764	370.098.650		32.677.595		<b>1.313.750.009</b>
SEREMI XII	997.257.074	324.860.429		31.592.932		<b>1.353.710.435</b>
SEREMI RM	8.620.166.737	3.187.115.894		141.993.817	218.237.833	<b>12.167.514.281</b>
<b>Total SEREMI</b>	<b>29.482.316.968</b>	<b>11.165.748.516</b>	<b>158.920.888</b>	<b>662.604.733</b>	<b>268.878.812</b>	<b>41.738.469.917</b>

Fuente: Elaboración CEAL – PUCV.

Tabla I.76. Presupuesto SEREMI año 2008 (en miles de Pesos)

2008	Personal	Bienes y Servicios Consumo	Prestaciones	Transferencias	Activos No Financieros	Ser. de Deuda	Total
SEREMI I	1.243.722.343	445.621.400			26.928.530	33.003.000	1.749.275.273
SEREMI II	1.281.551.323	466.901.418	4.186.341		15.974.000	6.806.729	1.775.419.811
SEREMI III	1.136.691.220	477.431.814			21.443.000		1.635.566.034
SEREMI IV	1.313.259.947	721.807.751			32.175.000	25.027.921	2.092.270.619
SEREMI V	3.324.670.632	2.344.619.353	9.762.060		61.581.000	1.172.864	5.741.805.909
SEREMI VI	1.444.287.049	575.194.700	19.551.010	126.947.947	25.461.000		2.191.441.706
SEREMI VII	1.557.532.785	637.332.000		182.027.053	33.766.000		2.410.657.838
SEREMI VIII	3.869.728.772	1.199.086.839	658.604		56.816.000	24.369.968	5.150.660.183
SEREMI IX	1.848.573.691	824.883.937			61.491.000	7.009.100	2.741.957.728
SEREMI X	1.867.550.006	841.943.805			49.357.000	8.066.649	2.766.917.460
SEREMI XI	1.080.361.169	464.071.916			28.486.000		1.572.919.085
SEREMI XII	1.153.790.752	416.826.676			15.482.000	21.754.311	1.607.853.739
SEREMI RM	8.199.608.334	3.697.342.595	17.668.662		143.356.000	280.998.109	12.338.973.700
SEREMI XIV	848.676.329	339.672.164			68.602.717		1.256.951.210
SEREMI XV	865.707.000	345.574.000			59.187.461		1.270.468.461
<b>Total SEREMI</b>	<b>31.035.711.352</b>	<b>13.798.310.368</b>	<b>51.826.677</b>	<b>308.975.000</b>	<b>700.106.708</b>	<b>408.208.651</b>	<b>46.303.138.756</b>

Fuente: Elaboración CEAL – PUCV.

- **Presupuesto COMPIN Año 2007 - 2009.**

En la tabla I.77, se presenta el presupuesto total de las COMPIN para el periodo comprendido entre los años 2007 y 2009.

**Tabla I.77. Presupuesto COMPIN años 2007-2008 (en miles de Pesos)**  
**PRESUPUESTO COMPIN EN M\$**

<b>Subtítulo</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
21	766.935	2.344.697	2.929.522
22	155.250	625.393	1.243.253
29	168.084	295.475	153.267
<b>TOTAL PRESUPUESTO</b>	<b>1.090.269</b>	<b>3.265.565</b>	<b>4.326.042</b>

Fuente: Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud.

#### **4.1. Antecedentes generales presupuestarios.**

A partir del año 2007 por primera vez se autoriza marco presupuestario para COMPIN, en los años anteriores los gastos eran financiados con presupuesto de operación corriente de la Subsecretaría de Salud Pública.

Para el año 2008 se incluye presupuesto inicial de continuidad, expansión<sup>68</sup> y presupuesto adicional por COMPIN – PASIS (Decreto N°1262 del 01/10/2008).

Para el año 2009 se incluye presupuesto inicial de continuidad, expansión y presupuesto adicional por reforzamiento COMPIN (Plan 90 días, Decreto N°633 02/06/2009).

Si bien el Sistema de Información de Gestión Financiera del Estado (SIGFE) considera un programa específico denominado COMPIN, es importante señalar que no todo el presupuesto se maneja en él, ya que algunos fondos del Subtítulo 21, 22 y 29 son traspasados al presupuesto de operación corriente de las regiones y nivel central, por lo tanto, el presupuesto real no se refleja en su totalidad en el programático COMPIN de SIGFE.

#### **4.2. Presupuesto Ministerial. Subsecretaría de Salud Pública.**

El presupuesto de la COMPIN es propuesto por la Coordinación Nacional, quien recibe los requerimientos de cada región para elaborarlo. Luego, a través de DIPRECE (División de Prevención y Control de Enfermedades) es presentado a la DIFAI, **División de Finanzas y Administración Interna**

<sup>68</sup> El presupuesto de expansión corresponde a los recursos asignados al proyecto de modernización de las COMPIN.

Esta última entidad, DIFAI, es la encargada de elaborar el presupuesto integral de la Subsecretaría de Salud Pública.

#### **4.3. Bases de elaboración del Presupuesto.**

- **Presupuesto de Continuidad**

- **Presupuesto Inercial:** Elaborado sobre base histórica, correspondiendo a la parte del presupuesto que no se puede prescindir sin reducir a la institución, siendo su elemento central el gasto en personal asociado a la dotación actual de **MINSAL**.

- **Presupuesto de Expansión**

- **Actividades nuevas:** se agregan las actividades nuevas que se pretende realizar, ya sea por demandas internas (por ej. Proyecto de Modernización COMPIN, PAI) o externas (por ej. PMG).

##### **4.3.1. Formulación y aprobación presupuestaria.**

El procedimiento de formulación presupuestaria, que corresponde al imperante en el Sector Público, comienza con la definición del marco presupuestario por parte de la DIPRES para el MINSAL. Este marco distingue básicamente un monto para remuneraciones y otro para el resto de los gastos de operación corriente.

##### **4.3.2. Distribución del marco presupuestario: 2007-2009.**

Los recursos asignados a la COMPIN, para el cumplimiento de su misión provienen del Aporte Fiscal establecido en la Ley de Presupuestos de cada año (ya que la institución no genera ingresos propios). La distribución de estos recursos entre las diferentes actividades y productos estratégicos de la COMPIN y entre las regiones se basa en la solicitud presupuestaria de la coordinación nacional y se ajusta según asignación presupuestaria definitiva al MINSAL.

El presupuesto autorizado se informa a todos los centros de responsabilidad desde principio de cada año desde la Subsecretaría de Salud Pública a las SEREMI (oficio 5473 /dic.2007). Luego se ingresa a SIGFE tanto por continuidad como por programas.

La distribución nacional del presupuesto autorizado para su ejecución del año, en el caso de las COMPIN; es informado a la División de Finanzas y Administración Interna por la Coordinadora Administrativa de la División de Prevención y Control de Enfermedades.



#### **4.3.3. Distribución interna del Presupuesto aprobado.**

El presupuesto y sus glosas para el año 2008 fueron distribuidas a cada Centro de Responsabilidad ajustándose a los montos autorizados según Ley N° 20.232 publicada en el Diario Oficial el 01 Diciembre del 2007.

El presupuesto de los Programas es distribuido por cada División técnica según sus necesidades. Para el subtítulo 22 y 29 se considera además los objetivos sanitarios para la década, y los objetivos estratégicos de la Subsecretaría de Salud Pública.

Para el caso del subtítulo 21, la distribución presupuestaria depende de los compromisos según la cantidad y características del personal que opera en cada división, programa, unidad o departamento.

#### **4.3.4. Ejecución presupuestaria.**

Como toda institución pública, y según los lineamientos entregados por DIPRES cada año, la institución elabora el Programa Anual de Caja de los recursos aprobados en el presupuesto, el cual incluye básicamente Aporte Fiscal, Remuneraciones y Resto de Subtítulos. Cada Unidad que tiene asignado presupuesto envía esta información, la que es consolidada por **División de Finanzas y Administración Interna**. Esta misma División envía mensualmente a la DIPRES la actualización del Programa de Caja y prepara un Programa de Caja Mensual para el año de interés. Con estos antecedentes la DIPRES dispone el aporte fiscal para gastos en Personal y resto de Subtítulos y lo publica en la página web de la Tesorería General de la República, luego esta institución deposita los recursos en la cuenta corriente del Banco del Estado y se efectúa la contabilización de la percepción de los ingresos.

El Departamento de Presupuestos prepara informes con la programación de caja mensual y se remite por e-mail a Contabilidad y Tesorería para que efectúe la transferencia de recursos a cada cuenta corriente habilitada para cada SEREMI.

Realizado el depósito, la Unidad de Contabilidad y Tesorería contabiliza la operación en el Sistema Integral de Gestión Financiera del Estado (SIGFE). En el caso de presupuestos adicionales o nuevos durante el año, el departamento de Presupuestos efectúa el ingreso de los recursos al SIGFE, actualizando las cifras iniciales. Este mismo departamento efectúa las cuadraturas presupuestarias y el balance presupuestario a nivel institucional de Programas Internos y de glosas presupuestarias.

SEREMIS, y los Programas institucionales específicos COMPIN (a contar del año 2007 virtualmente en el SIGFE) constituyen las Unidades Presupuestarias Básicas, **no existiendo una Unidad Presupuestaria a un nivel de agregación menor como sería a nivel de los Productos Estratégicos.**

En relación con el tema presupuestario, se aplicó el cuestionario 6 (anexo 11) a los Presidentes de Comisiones o Subcomisiones de la COMPIN, para indagar sobre el conocimiento del presupuesto para la operación de cada núcleo de la institución.

Ante la pregunta: ¿conoce la cantidad de recursos monetarios o presupuesto total que dispone para administrar en el transcurso del año? Tal como se muestra en la tabla I.79 e un total de 13 encuestas recibidas, el 69 % manifiesta no tener información sobre los recursos implementados en el presupuesto.

**Tabla I.79 Respuesta sobre recursos implementados en el presupuesto.**

<b>Conoce la cantidad de recursos monetarios que dispone para administrar durante el año</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
No	9	69,23%
Sí	4	30,77%
<b>Total general</b>	<b>13</b>	<b>100,00%</b>

**Fuente: Elaboración CEAL – PUCV.**

También se consultó si algún representante de COMPIN (o Subcomisión) participa en el cálculo o determinación de su presupuesto. La respuesta fue categórica, un 100% manifestó no ser considerado en la elaboración de este.

## Capítulo II.- Evaluación

### 5. Análisis del Diseño Institucional.

#### 5.1. Consistencia en las Definiciones Estratégicas.

##### 5.1.1. Objetivos Estratégicos Subsecretaría y Sistema de Programación Gubernamental.

En el presente apartado se evalúa la consistencia entre los objetivos estratégicos de la COMPIN y los objetivos estratégicos de la Subsecretaría de Salud Pública. Asimismo, se evalúa si el cumplimiento de estos objetivos estratégicos identificados en la Institución contribuyen al logro de los objetivos estratégicos ministeriales. Además, se evalúa la consistencia de las definiciones estratégicas con el Sistema de Programación Gubernamental.

Para el análisis de lo anterior, se utilizarán las descripciones de las Misiones y Objetivos Estratégicos realizadas en el capítulo I de este Informe, en especial, en los puntos 1.1, 1.2, 1.3, 2.1, 2.2 y 2.3.

##### 5.1.1.1. Consistencia entre la Misión de la COMPIN versus la Misión de la Subsecretaría de Salud Pública.

Tabla II.1. Consistencia entre la Misión de la COMPIN versus la Misión de la Subsecretaría de Salud Pública

MISIÓN COMPIN	MISIÓN SUBSECRETARÍA	RESULTADO
Velar, de acuerdo a la ley, por el cumplimiento de normas médico legales, actuando como garante de la fe pública en la certificación de estados de salud y en la gestión de procesos técnicos y administrativos, garantizando en forma eficaz el acceso de los ciudadanos a los beneficios de la protección social en el ámbito de la enfermedad y la incapacidad, avanzando en la construcción y gestión de garantías de derecho.	Asegurar a todas las personas el derecho a la protección en salud ejerciendo las funciones reguladoras, normativas y fiscalizadoras que al Estado de Chile le competen, para contribuir a la calidad de los bienes públicos y acceso a políticas sanitario – ambientales de manera participativa, que permitan el mejoramiento sostenido de la población, especialmente de los sectores más vulnerables, con el fin de avanzar en el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década”.	PARCIALMENTE CONSISTENTE

Fuente: Elaboración CEAL – PUCV.

No existe una total consistencia entre la misión del COMPIN y la misión de la Subsecretaría de Salud Pública.

Tanto la Subsecretaría como la COMPIN tienen misiones que forman parte del sistema general de protección social.

La gestión y desarrollo del sistema de protección social es una de las tareas claves del Estado y abarca una gran diversidad de ámbitos, incluyendo educación, salud, vivienda, previsión.

Dentro del sistema de protección social, la **misión de la Subsecretaría** se centra específicamente en el **ámbito de la protección de la salud**. En cambio, la **misión del COMPIN** se orienta primordialmente al **ámbito de la previsión social**.

Las funciones principales del COMPIN corresponden a resolver sobre el derecho para acceder a beneficios de la seguridad social de las personas que presentan incapacidades transitorias, permanentes o discapacidad.

Las funciones de la Subsecretaría y del COMPIN tienen en común, que se orientan a resolver problemas de salud originados por enfermedades, condiciones fisiológicas o incapacidades. Sin embargo, la naturaleza de las soluciones que deben aplicar, son distintas. La Subsecretaría (y el Ministerio) deben prevenir las amenazas contra la salud y tomar acciones para recuperarla en caso de enfermedad. La COMPIN debe asegurar que las personas que presentan problemas de salud cuenten con los beneficios a los que les da derecho la legislación vigente. Es decir, la causa que origina las funciones de ambas es la misma pero las medidas que aplican cada una pertenecen a ámbitos distintos.

Para que exista total consistencia, es necesario que la Subsecretaría de Salud Pública incluya dentro de su misión un concepto que abarque la previsión social<sup>69</sup> de la población con enfermedades o riesgos de salud.

#### **5.1.1.2. Consistencia entre los OE de la COMPIN versus los OE de la Subsecretaría de Salud Pública.**

La tabla II.2 analiza la consistencia en los Objetivos Estratégicos (OE) de la COMPIN, en relación con los OE de la Subsecretaría de Salud Pública.

**Tabla II.2. Consistencia en los Objetivos Estratégicos (OE) de la COMPIN, en relación con los OE de la Subsecretaría de Salud Pública.**

<b>OE COMPIN<sup>70</sup></b>	<b>OE SSP<sup>71</sup></b>	<b>RESULTADO</b>
1. "Dar cumplimiento a la normativa de Seguridad Social, en el ámbito de competencia de las COMPIN, garantizando el respeto de los derechos de las personas.	1 2	INCONSISTENCIA

<sup>69</sup> Según definición de la Subsecretaría de Previsión Social la previsión es "el conjunto de prestaciones en beneficio de los trabajadores y de sus familiares o beneficiarios, que tienen por objeto elevar su nivel de vida económico, social, cultural e integral."

<sup>70</sup> Definiciones estratégicas COMPIN 2008 extraídas de las bases técnicas del estudio.

<sup>71</sup> Ficha Identificación 2008, Definiciones Estratégicas Subsecretaría de Salud Pública, Ley de Presupuestos.

OE COMPIN <sup>70</sup>	OE SSP <sup>71</sup>	RESULTADO
2. Asegurar el acceso equitativo, oportuno y de calidad a la totalidad de los ciudadanos a las prestaciones médico legales vinculadas a la certificación de los estados de salud, la capacidad de trabajo o la recuperabilidad de los estados patológicos, asegurando el acceso y el ejercicio de los derechos de protección social por parte de la ciudadanía, en el ámbito de competencias de las COMPIN.	3 4 5	
3. Determinar los estados de salud y pérdida de capacidad de ganancia de los beneficiarios de acuerdo a una toma de decisiones ajustada a derecho, administrativamente eficiente y éticamente sustentable.		
4. Satisfacer los requerimientos de los usuarios externos, a partir enfoques renovados y modernos, a través de cambios de actitud y disposición institucional, asegurando que las garantías de derecho sean efectivamente ejercidas por los ciudadanos.		
5. Mejorar, homologar y estandarizar la calidad técnica del servicio entregado, a través de la implementación, funcionamiento y monitoreo del modelo nacional de gestión de los procesos técnicos y administrativos de las COMPIN.		

Fuente: Elaboración CEAL – PUCV.

Los objetivos estratégicos de la COMPIN no concuerdan con los de la Subsecretaría de Salud Pública, por la misma razón señalada en el punto 5.1.1 “Consistencia entre la Misión de la COMPIN versus la Misión de la Subsecretaría de Salud Pública”.

Dado que la COMPIN cumple funciones públicas insustituibles, mientras dependa de la Subsecretaría de Salud Pública, es necesario que ésta incluya dentro de sus objetivos estratégicos uno o más que reflejen los objetivos de la COMPIN.

### 5.1.1.3. Evaluación relativa al cumplimiento de los Objetivos Estratégicos de la Subsecretaría de Salud Pública.

El presente apartado tiene por objeto evaluar si el cumplimiento de los Objetivos Estratégicos de la COMPIN (descritos en el punto 2.2 del Capítulo I del presente Informe); contribuyen al logro de los OE de la Subsecretaría de Salud.

Como se señaló en los puntos 5.1.1 y 5.1.2, los OE de la COMPIN no concuerdan con los de la Subsecretaría de Salud, puesto que la primera desarrolla funciones orientadas fundamentalmente al ámbito de la previsión social, mientras que la Subsecretaría centra su labor en el ámbito de la protección de la salud. Debido a esta inconsistencia entre los OE, el cumplimiento de los objetivos de la COMPIN no contribuye directamente al cumplimiento de los objetivos de la SSP. Lo que, a modo de resumen, se expresa en la tabla II.3.

**Tabla II.3. Contribución al logro de los Objetivos Estratégicos del Ministerio.**

N°	OE Ministeriales Subsecretarías de Salud Pública	N° OE de COMPIN al cual se vincula	Resultado
1	Abordar los nuevos desafíos de calidad de la salud de la población y acceso oportunos a las prestaciones e intervenciones de salud pública, a través del fortalecimiento de las Autoridades Sanitarias Regionales, velando por ambientes saludables y mejorando la calidad de vida de la población.	1, 2, 3, 4,5	NO HAY CONTRIBUCIÓN
2	Ejecución monitoreo y evaluación de los Planes Regionales de Salud, incorporando el enfoque de los determinantes sociales, de equidad para la población y seguimiento de los objetivos sanitarios de la década, aumentando las intervenciones en los ámbitos de fiscalización, vigilancia, regulación, promoción y focalización en población vulnerable (niños, niñas y adultos mayores), incentivando la participación ciudadana.	1, 2, 3, 5	NO HAY CONTRIBUCIÓN
3	Contribuir al proceso de diseño e implementación del Régimen de Garantías de Salud (GES) y al proceso de mejoramiento de la calidad de los servicios públicos de atención de salud, a través de la definición de garantías, elaboración técnica de guías clínicas, protocolos y canastas de prestaciones asociadas al GES.		
4	Proveer en calidad y cobertura los bienes de salud pública esenciales a la población, garantizando entre ellos vacunas, alimentación y vigilancia epidemiológica sanitaria – ambiental con el fin de mantener y mejorar la salud de las personas.	1, 2, 3, 4	NO HAY CONTRIBUCIÓN
5	Coordinar con otros servicios públicos el enfrentamiento adecuado de las emergencias sanitarias ambientales y las materias y acciones que generan impacto sobre la población.		

**Fuente: Elaboración CEAL – PUCV.**

#### **5.1.1.4. Consistencia de las definiciones estratégicas de la COMPIN en relación con el Sistema de Programación Gubernamental.**

Las prioridades 2 y 3 del Sistema de Programación Gubernamental (PG) (descritas en el punto 1.3 del presente Informe) son consistentes con las definiciones estratégicas de la COMPIN, ya que dicen relación con las buenas prácticas de atención y el acceso universal al sistema integral de protección social, ambos considerados por la COMPIN entre sus OE.

Las restantes prioridades 1, 4, 5 no se relacionan con las definiciones estratégicas de COMPIN.

#### **5.1.2. Objetivos Estratégicos de la COMPIN.**

El presente apartado busca evaluar la consistencia y diseño de los Objetivos Estratégicos de la COMPIN. Se analizará si los OE cumplen con los siguientes requisitos:

- ser especificados en efectos o resultados deseados, susceptibles de revisar y evaluar.
- ser traducidos en tareas asignables a personas o equipos.
- ser factibles de realizar en plazos determinados y con los recursos disponibles.
- ser posibles de traducir en objetivos específicos.

Los resultados de este análisis se presentan en la tabla II.4.

**Tabla II.4. Consistencia y diseño de los Objetivos Estratégicos de la COMPIN**

<b>Objetivo</b>	<b>Ser consistentes con la misión de COMPIN</b>	<b>Ser especificados en efectos o impactos deseados, susceptibles de revisar y evaluar</b>	<b>Ser traducidos en tareas asignables a personas o equipos</b>	<b>Ser factibles de realizar en plazos determinados y con los recursos disponibles</b>	<b>Ser posibles de traducir en objetivos específicos</b>
Nº 1 Dar cumplimiento a la normativa de Seguridad Social, en el ámbito de competencia de las COMPIN, garantizando el respeto de los derechos de las personas	Sí, pero es redundante con 2 y menos preciso	Sí, los estados de salud.	Sí, las certificaciones.	Sí, los plazos son fijados por ley.	Sí, el objetivo es si mismo es específico.
Nº 2 Asegurar el acceso equitativo, oportuno y de calidad a la totalidad de los ciudadanos a las prestaciones médico legales vinculadas a la certificación de los estados de salud, la capacidad de trabajo o la recuperabilidad de los estados patológicos, asegurando el acceso y el ejercicio de los derechos de protección social por parte de la ciudadanía, en el ámbito de competencias de las COMPIN	Sí, pero es redundante con 1, puesto que el asegurar el acceso equitativo oportuno y de calidad a la totalidad de los ciudadanos a las prestaciones médico legales implica dar cumplimiento a la normativa de Seguridad Social, en el ámbito de competencia de las COMPIN	Sí, los estados de salud.	Sí, las certificaciones.	Sí, los plazos son fijados por la ley.	Sí, el objetivo es si mismo es específico.
Nº 3 Determinar los estados de salud y pérdida de capacidad de ganancia de los beneficiarios, de acuerdo a una toma de decisiones ajustada a derecho, administrativamente eficiente y éticamente sustentable	Sí pues se refiere a aspectos de seguridad social.	Sí, los estados de salud.	Sí, las certificaciones.	Sí, los plazos son fijados por ley.	Sí, el objetivo mismo es específico.
Nº 4 Satisfacer los requerimientos de los usuarios externos, a partir enfoques renovados y modernos, a través de cambios de actitud y disposición institucional, asegurando que las garantías de derecho sean efectivamente ejercidas por los	Corresponden a propósitos de buena gestión que deben satisfacer todos los organismos, públicos y privados, en el desarrollo de sus actividades y no a un OE por lo que no puede	No es un OE sino un propósito de buena gestión	No es un OE sino un propósito de buena gestión	No es un OE sino un propósito de buena gestión	No es un OE sino un propósito de buena gestión



Objetivo	Ser consistentes con la misión de COMPIN	Ser especificados en efectos o impactos deseados, susceptibles de revisar y evaluar	Ser traducidos en tareas asignables a personas o equipos	Ser factibles de realizar en plazos determinados y con los recursos disponibles	Ser posibles de traducir en objetivos específicos
ciudadanos	hablarse de consistencia o no con la misión.				
N° 5 Mejorar, homologar y estandarizar la calidad técnica del servicio entregado, a través de la implementación, funcionamiento y monitoreo del modelo nacional de gestión de los procesos técnicos y administrativos de las COMPIN	Corresponde a propósitos de buena gestión que deben satisfacer todos los organismos, públicos y privados, en el desarrollo de sus actividades por lo que no puede hablarse de consistencia o no con la misión.	No es un OE sino un propósito de buena gestión.	No es un OE sino un propósito de buena gestión	No es un OE sino un propósito de buena gestión	

Fuente: Elaboración Consultora CEAL – PUCV.

En relación con la tabla incorporada a este punto, cabe señalar que:

- **Los objetivos estratégicos 1 y 2** son redundantes entre sí, porque constituyen redacciones alternativas de un mismo objetivo (expresado de mejor forma en el segundo objetivo), que en todo caso, es consistente con la misión. Se estima que la formulación en el objetivo estratégico 2 presenta una mayor precisión, por lo que sustituye al objetivo 1.
- **El objetivo estratégico 3** es consistente con la misión y las funciones que tiene la COMPIN. Llama la atención eso sí, que en su formulación incluya consideraciones de legalidad, gestión y ética que son condición imprescindible en el cumplimiento de cualquier función de este ámbito. Se sugiere eliminar ese aspecto.
- **Los objetivos estratégicos 4 y 5** corresponden a propósitos de buena gestión que deben satisfacer todos los organismos públicos, en el desarrollo de sus actividades y que por lo tanto, constituyen el cumplimiento del deber legal y moral y no un objetivo estratégico.
- En cambio, falta el siguiente objetivo:
- Objetivo estratégico que dé cuenta de la condición de **árbitro que tiene la COMPIN respecto de las ISAPRES** y sus afiliados.

Como resultado del análisis se propone reformular los objetivos estratégicos de COMPIN de la siguiente forma, ver tabla II.5.

**Tabla II.5. Reformulación de Objetivos Estratégicos de COMPIN**

<b>Objetivos Estratégicos Vigentes</b>	<b>Reformulación Propuesta para Evaluación</b>	<b>Coherencia con misión de la COMPIN</b>
Nº 1 Dar cumplimiento a la normativa de Seguridad Social, en el ámbito de competencia de las COMPIN, garantizando el respeto de los derechos de las personas Nº 2 Asegurar el acceso equitativo, oportuno y de calidad a la totalidad de los ciudadanos a las prestaciones médico legales vinculadas a la certificación de los estados de salud, la capacidad de trabajo o la recuperabilidad de los estados patológicos, asegurando el acceso y el ejercicio de los derechos de protección social por parte de la ciudadanía, en el ámbito de competencias de las COMPIN	Nº 1 Asegurar el acceso equitativo, oportuno y de calidad a la totalidad de los ciudadanos a las prestaciones médico legales vinculadas a la certificación de los estados de salud, la capacidad de trabajo o la recuperabilidad de los estados patológicos, asegurando el acceso y el ejercicio de los derechos de protección social por parte de la ciudadanía, en el ámbito de competencias de las COMPIN	Presenta coherencia
Nº 3 Determinar los estados de salud y pérdida de capacidad de ganancia de los beneficiarios, de acuerdo a una toma de decisiones ajustada a derecho, administrativamente eficiente y	Nº 2 Determinar los estados de salud y pérdida de capacidad de ganancia de los beneficiarios, en el ámbito de competencias de las COMPIN	Presenta coherencia

<b>Objetivos Estratégicos Vigentes</b>	<b>Reformulación Propuesta para Evaluación</b>	<b>Coherencia con misión de la COMPIN</b>
éticamente sustentable		
Nº 4 Satisfacer los requerimientos de los usuarios externos, a partir enfoques renovados y modernos, a través de cambios de actitud y disposición institucional, asegurando que las garantías de derecho sean efectivamente ejercidas por los ciudadanos	No corresponde a objetivo estratégico institucional.	
Nº 5 Mejorar, homologar y estandarizar la calidad técnica del servicio entregado, a través de la implementación, funcionamiento y monitoreo del modelo nacional de gestión de los procesos técnicos y administrativos de las COMPIN	No corresponde a objetivo estratégico institucional.	
	Nº 3 Dirimir contiendas generadas en el sistema privado (ISAPRES) y sus beneficiarios según lo establece la ley vigente en la materia.	Presenta Coherencia

**Fuente: Elaboración Consultora CEAL - PUCV**

### **5.1.3. Objetivos Estratégicos de la Institución, sus Productos Estratégicos, y sus Clientes / Usuarios / Beneficiarios.**

El presente apartado tiene por objeto evaluar la consistencia entre los productos y subproductos estratégicos de la COMPIN y sus Objetivos Estratégicos; y entre estos productos estratégicos y sus beneficiarios. En la evaluación de consistencia entre beneficiarios y productos estratégicos se analizan los criterios de focalización y/o de selección de beneficiarios definidos por la COMPIN en cada caso si corresponde. Asimismo, se evalúa en este punto la incorporación del enfoque de género en el diseño de los productos estratégicos, según corresponda.

Se evalúa también la lógica horizontal de la matriz comprensiva del gasto de la Institución, analizando la existencia de indicadores adecuados para medir las cuatro dimensiones (eficacia, calidad, eficiencia, economía) del desempeño del Servicio/Institución y los diferentes ámbitos de control (procesos, productos, resultados).

#### **5.1.3.1. Consistencia entre Productos Estratégicos, Subproductos y Objetivos Estratégicos.**

La evaluación de consistencia permite concluir que los PE 1, 2, 3 son consistentes con los OE de la COMPIN. Sin perjuicio de lo anterior, el PE certificación de discapacidad sigue siendo válido dada la aplicación de la ley N° 20.255. Sobre el particular, el artículo 35° de la Ley 20.255 sobre Reforma Previsional, establece el

derecho a un subsidio para aquellos sujetos con discapacidad que, siendo menores de 18 años, se encontraban acogidos al régimen de la Ley 18.600. Para los mayores de edad y los menores que se acojan al nuevo régimen previsional con derecho al subsidio aquí mencionado, será la COMPIN la encargada de realizar la certificación de la discapacidad, de igual forma que lo hace hasta la fecha.

#### **5.1.3.2. Consistencia entre Productos Estratégicos y Usuarios/ Clientes/ Beneficiarios de la Institución.**

En este punto se analiza la consistencia entre el PE y los usuarios / clientes / beneficiarios de los casos que fueron descritos e identificados en el punto 2.4 del capítulo I del presente Informe.

Dado que los PE de la COMPIN no son diseñados por ella sino que responden a los establecidos por Ley, en términos de diseño son consistentes con sus usuarios y beneficiarios per se.

Del mismo modo, no aplican criterios de focalización, selección, y/o enfoque de género toda vez que la COMPIN debe ceñirse a los criterios establecidos por Ley no pudiendo por tanto desarrollar criterios propios.

#### **5.1.4. Evaluación de la lógica horizontal de la Matriz de ECG y sus indicadores.**

Lo primero que se puede señalar es que la matriz no cuenta con los indicadores necesarios para evaluar el desempeño en las distintas dimensiones (eficacia, calidad, eficiencia y economía) y ámbitos de control (proceso, producto y resultado), para cada uno de los productos estratégicos.

La institución responsable propuso 7 indicadores, todos relacionados con el PE 1 y todos de proceso. Sólo tres de los indicadores corresponden a calidad y cuatro de ellos a eficacia.

Por otra parte, no se asocian los indicadores definidos con las metas que se persigue en ese ámbito así como falta relacionarlos con una unidad de tiempo, es decir por año, por semestre, etc.

De esta forma, los indicadores se evalúan como adecuados pero insuficientes, siendo necesario complementarlos.

A continuación se proponen los principales indicadores de resultado y/o producto que se estiman necesarios para evaluar el desempeño en las distintas dimensiones de los PE (ver tabla II.6). El criterio que estuvo presente para su definición fue por un lado, el poder contar con indicadores para cada PE, y por otro que dieran cuenta de los aspectos que permiten medir los resultados de los PE en

eficacia, eficiencia, economía y calidad según corresponda. En los casos que corresponda también se tuvo presente el cumplimiento de la normativa vigente.

Sin embargo, al no contar la COMPIN con una recolección sistemática de información, para el cálculo de los indicadores, se requerirá la implementación de un sistema de información que registre los distintos procesos asociados a ellos.

**Tabla II.6. Principales Indicadores propuestos de resultado y/o producto**

**PE: “Evaluación y Pronunciamiento por incapacidades transitorias”:**

<b>.Eficacia</b>	<b>Calidad</b>	<b>Eficiencia</b>
<p><b>Indicador: % de LM resueltas dentro del plazo legal.<sup>72</sup> en el Trimestre i</b></p> <p><math display="block">\frac{\text{N}^\circ \text{ licencias no sujetas a estudio de antecedentes resueltas dentro de 7 días de ingresadas en el trimestre } i}{\text{N}^\circ \text{ total de LM en el trimestre } i}</math></p> <p>AMBITO: resultado</p>	<p><b>Indicador: % de LM pagadas al 30 del mes.</b></p> <p><math display="block">\frac{\text{N}^\circ \text{ licencias pagadas al 30 del mes en que le hubiera correspondido recibir su remuneración al trabajador con LM - ATEP en el trimestre } i}{\text{N}^\circ \text{ total de LM - ATEP en el trimestre } i}</math></p> <p>AMBITO: resultado</p>	
<p><b>Indicador: % de licencias sujetas a estudio dentro del plazo legal.<sup>73</sup> en el trimestre i</b></p> <p><math display="block">\frac{\text{N}^\circ \text{ licencias sujetas a estudio de antecedentes resueltas dentro de 14 días hábiles desde recepción en el trimestre } i}{\text{N}^\circ \text{ total de LM de esta categoría en el trimestre } i}</math></p> <p>AMBITO: proceso</p>	<p><b>Indicador: % de Licencias canceladas con una demora entre 15 y 30 días</b></p> <p><math display="block">\frac{\% \text{ de licencias pagadas entre 15 y 30 días de atraso en el trimestre } i}{\text{N}^\circ \text{ total de licencias pagadas en el trimestre } i}</math></p> <p>AMBITO: proceso</p>	<p><b>Indicador: Razón entre el gasto de Fiscalización y el de administración de resolución de LM</b></p> <p><math display="block">\frac{\text{gasto en fiscalización en el trimestre } i}{\text{Gasto Total en tramitación del pago de licencias en el trimestre } i}</math></p> <p>AMBITO: proceso</p>
<p><b>Indicador: Reposo efectivamente cumplido</b></p> <p><math display="block">\frac{\% \text{ de reposo efectivamente cumplido, para una muestra que permita un intervalo de confianza de } \pm 10\% \text{ con un } 90\% \text{ de significancia en el trimestre } i}{\text{N}^\circ \text{ de reposos efectivos en el trimestre } i}</math></p> <p>AMBITO: resultado</p>	<p><b>Indicador: Satisfacción de Usuarios</b></p> <p><math display="block">\frac{\text{N}^\circ \text{ reclamos OIRS trimestre } i}{\text{N}^\circ \text{ de reclamos OIRS trimestre } i - 1}</math></p> <p>AMBITO: proceso</p>	

<sup>72</sup> Por ley deben resolverse en 7d hábiles desde recepción .(art. 24 D 3 de 1984 MINSAL)

<sup>73</sup> Por ley deben resolverse en 14d hábiles máximo desde recepción en secretaría en caso que antecedentes requieran “estudio especial” .(art. 24 D 3 de 1984 MINSAL)

Eficacia	Calidad	Eficiencia
<p><b>Indicador: Rangos y promedio de días de LM pendientes de resolución</b></p> <p>Nº máximo, mínimo y promedio de días de LM pendiente de resolución tanto para licencias con y sin peritaje, en el trimestre i</p> <p>AMBITO: proceso</p>		
<p><b>Indicador: % de LM que requieren de examen, examen complementario o informe resueltas en mas tiempo que el plazo legal.<sup>74</sup></b></p> <p>Nº LM que requieren nuevo examen, examen complementario o informe, que demoran más de 60d hábiles en ser resueltas en el trimestre i</p> $\frac{\text{Nº Total en esos casos en el trimestre i}}{\text{Nº Total en esos casos en el trimestre i}}$ <p>AMBITO: resultado</p>		

**PE: Evaluación y Pronunciamiento por incapacidades permanentes:**

Eficacia	Calidad	Eficiencia
<p><b>Indicador: % de LM correspondientes a ATEP</b></p> <p>LM que corresponden a ATEP (estimadas a través de muestras) en el trimestre i</p> $\frac{\text{total LM en el trimestre i}}{\text{total LM en el trimestre i}}$ <p>AMBITO: proceso</p>		<p><b>Indicador: % de Gasto en Fiscalización</b></p> <p>gasto en fiscalización en el trimestre</p> $\frac{\text{gasto total en tramitación de pago de licencias en el trimestre i}}{\text{gasto total en tramitación de pago de licencias en el trimestre i}}$ <p>AMBITO: proceso</p>

**PE: Implementación y Monitoreo del Modelo de Gestión:**

Eficacia	Calidad	Eficiencia
<p><b>Indicador: % de Solicitudes resueltas dentro de 30 días<sup>75</sup> desde su ingreso</b></p> <p>Nº solicitudes resueltas dentro de 30 días de ingresadas durante el trimestre i</p> $\frac{\text{Nº total de solicitudes trimestre i}}{\text{Nº total de solicitudes trimestre i}}$ <p>AMBITO: resultado</p>	<p><b>Indicador: % de solicitudes apeladas</b></p> <p>Nº de solicitudes apeladas en el trimestre i</p> $\frac{\text{Nº de solicitudes en el trimestre i}}{\text{Nº de solicitudes en el trimestre i}}$ <p>AMBITO: resultado</p>	

<sup>74</sup> Plazo máximo legal es 60d hábiles. (art 24º D 3 de 1984 MINSAL )

<sup>75</sup> No hay plazo legal, se hace esa propuesta de días entendiendo que un mes de espera para el solicitante es razonable a juicio de la Consultora

**PE: Certificación de la Discapacidad:**

Eficacia	Calidad	Eficiencia
<b>Indicador: % de Pronunciamientos dentro de 30 días de ingresadas</b>  $\frac{\text{N}^\circ \text{ pronunciamientos emitidos dentro de 30 días de ingresados en el trimestre}}{\text{N}^\circ \text{ total de solicitudes de pronunciamiento en el trimestre}}$ AMBITO: resultado	<b>Indicador: % de Pronunciamientos apelados</b>  $\frac{\text{N}^\circ \text{ de pronunciamientos apelados en el trimestre } i}{\text{N}^\circ \text{ total de solicitudes de pronunciamiento en el trimestre } i}$ AMBITO: resultado	

**PE: Otras funciones Médico-Administrativa**

Eficacia	Calidad	Eficiencia
<b>Indicador: % de Certificaciones emitidas dentro de 30 días de ingresadas</b>  $\frac{\text{N}^\circ \text{ de certificaciones emitidas dentro de 30 días de ingresados en el trimestre}}{\text{N}^\circ \text{ total de solicitudes de certificación en el trimestre}}$ AMBITO: resultado	<b>Indicador: % de certificaciones apeladas</b>  $\frac{\text{N}^\circ \text{ de certificaciones apeladas en el trimestre}}{\text{N}^\circ \text{ total de solicitudes de certificación en el trimestre}}$ AMBITO: resultado	

Fuente: Elaboración Consultora CEAL – PUCV.

Para el cálculo de estos indicadores se requerirá la implementación de una base de datos. Del mismo modo será necesario que los medios de verificación sean autónomos y de fácil acceso.

Por otra parte, el cálculo de los indicadores propuestos permitirá contar con indicadores para los distintos productos estratégicos definidos por la COMPIN.

## 5.2. Duplicaciones y Complementariedades.

En el presente apartado se identifican y evalúan duplicaciones, superposiciones y complementariedades existentes entre productos estratégicos provistos por la COMPIN, con los productos provistos por otros Servicios o Instituciones públicos u otros bienes o servicios provistos por el sector privado. Además se identifican y evalúan productos ausentes, según corresponda.

### 5.2.1.1. Identificación y evaluación de duplicaciones, superposiciones y complementariedades.

Las tablas II.7, II.8 y II.9 muestran aquellas relaciones identificadas por la Consultora en que existen duplicaciones, superposiciones y/o complementariedades desagregado a nivel de subproductos estratégicos.

Tabla II.7. Duplicaciones y complementariedades PE Evaluación y Pronunciamento por Incapacidades Transitorias.

SPE COMPIN		PRODUCTO ESTRATÉGICO: EVALUACIÓN Y PRONUNCIAMIENTO POR INCAPACIDADES TRANSITORIAS.			COMPLEMENTARIEDAD
Producto provisto por otra institución	Institución que provee o genera el producto.	DUPLICACIÓN	SUPERPOSICIÓN		
Recepción LM	CCAF	Duplicación, debido a que ambos ingresan en sistemas (bases de datos) distintos la LM.	No hay superposición	No hay complementariedad	No hay complementariedad
Pago del SIL	CCAF	No hay duplicación	No hay superposición	Hay complementariedad en el proceso de pago cuando el empleador es afiliado a CCAF, puesto que la resolución COMPIN constituye un input para posterior pago de LM por parte de la CCAF.	
Pago del SIL	Unidad de Subsidio dependiente del SS.	No hay duplicación	No hay superposición	Complementariedad en todo el proceso con la Unidad de Subsidios dependiente del SS puesto que la resolución COMPIN constituye un insumo para la emisión de los cheques del SIL.	
Tramitación LM	Unidad de Licencia Médica	No hay duplicación	No hay superposición	Complementariedad en todo el proceso. Se manifiesta pues las ULM reciben y realizan la contraloría médica de las LM menores a 30 días.	
Resolución de reclamación por LM reducida o rechazada	SUSESO	No hay duplicación.	Superposición, cuando se recurre de reposición a la COMPIN y de apelación a la SUSESO al mismo tiempo, no habiendo normativa que lo impida.	No hay complementariedad	



<b>PRODUCTO ESTRATÉGICO: EVALUACIÓN Y PRONUNCIAMIENTO POR INCAPACIDADES TRANSITORIAS.</b>					
<b>SPE COMPIN</b>	<b>Producto provisto por otra institución</b>	<b>Institución que provee o genera el producto.</b>	<b>DUPLICACIÓN</b>	<b>SUPERPOSICIÓN</b>	<b>COMPLEMENTARIEDAD</b>
Pesquisa de ATEP	Pesquisa de ATEP	Servicio de Salud, Mutualidad	No hay duplicación	No hay superposición.	Hay complementariedad cuando COMPIN pesquiza una ATEP y la envía a la Mutual o SS para que continúe el proceso según corresponde.
Resolución de incapacidad transitoria de Bomberos por lesiones en acto de servicio	Pago de subsidio especial.	Superintendencia de Valores y Seguros.	No hay duplicación.	No hay superposición.	Hay complementariedad de proceso, ya que a partir de la resolución de la COMPIN, la Superintendencia de Valores y Seguros procede al pago.

**Fuente: Elaboración Consultora CEAL – PUCV.**

Tabla II.8. Duplicaciones y complementariedades PE Evaluación y Pronunciamento por Incapacidades Permanentes.

SPE COMPIN			Producto provisto por otra institución	Institución que provee o genera el producto.	DUPLICACIÓN	SUPERPOSICIÓN	COMPLEMENTARIEDAD
Resolución sobre acceso a beneficios previsionales.	Pensiones	Invalidez	Pago pensión	Instituto de Normalización Previsional (INP) <sup>76</sup>	No hay duplicación	No hay superposición.	Hay complementariedad de proceso con el INP, entidad que administra y se encarga del pago una vez certificado el hecho validatorio por la COMPIN.
		Viuidez					
	Orfandad	Pago asignación duplicada	Instituto de Normalización Previsional (INP)				
	Asignación familiar duplo.		Pago pensión	Instituto de Normalización Previsional (INP)			
	Seguro Vida Ex CANAEP						
Resolución sobre acceso a beneficios no previsionales.	Pensiones (PASIS, hoy PBS)	Asignación Familiar (SUF)	Pensión Básica Solidaria (PBS)	Instituto de Previsión Social (IPS)	No hay duplicación	No hay superposición.	No hay complementariedad, porque, a partir del 1 de Julio de 2008 la declaración de invalidez para acceder a las PBS no la realiza la COMPIN sino la Comisión Médica, que señala el DL 3500 en su artículo 4° inciso primero.
		Asistencial escasos recursos	Pensión Básica Solidaria (PBS)	Instituto de Previsión Social (IPS)			
	Beneficios Ley exonerados políticos.		Pago pensión	Instituto de Normalización Previsional (INP)			Hay complementariedad de proceso con el INP, entidad que administra y se encarga del pago una vez certificado el hecho validatorio por la COMPIN.
Resolución sobre beneficios pecuniarios Ley N° 16.744 para trabajadores			Pago del beneficio	Servicios de Salud Mutualidad de	No hay duplicación	No hay superposición.	Hay complementariedad en proceso producto que a partir de la resolución

<sup>76</sup> Todas las referencias hechas al INP, se entienden al mismo tiempo hechas al Instituto de Previsión Social (IPS), el cual, en el marco de la reforma previsional del presente año, Ley 20.255, se entiende este último como sucesor legal en todas las materias de competencia del INP.

<b>PRODUCTO ESTRATÉGICO: EVALUACIÓN Y PRONUNCIAMIENTO POR INCAPACIDADES PERMANENTES.</b>					
<b>SPE COMPIN</b>	<b>Producto provisto por otra institución</b>	<b>Institución que provee o genera el producto.</b>	<b>DUPLICACIÓN</b>	<b>SUPERPOSICIÓN</b>	<b>COMPLEMENTARIEDAD</b>
Resolución sobre beneficios pecuniarios Ley 16.744 para escolares	Pago del beneficio	Empleadores o empresas con administración delegada.			de la COMPIN que así lo indique, el organismo administrador de Ley 16.744 procede al pago de los beneficios correspondientes.
Resolución salud irrecuperable solicitada por ISAPRE.	No hay	No hay	No hay duplicación.	No hay superposición	Hay complementariedad de proceso, debido a que la ISAPRE emplea la resolución de salud irrecuperable emitida por la COMPIN como antecedente (requisito) para la tramitación de pensión correspondiente.
Resolución de acceso a beneficios de trabajadores de EFE por lesiones en actos de servicio.	No hay	No hay	No hay duplicación.	No hay superposición	Hay complementariedad de proceso, debido a que EFE emplea la resolución emitida por la COMPIN como antecedente (requisito) para la tramitación y otorgamiento del beneficio correspondiente.
Resolución de acceso a beneficios del Seguro Desgravamen SERVIU.	No hay	No hay	No hay duplicación.	No hay superposición	Hay complementariedad de proceso, debido a que SERVIU emplea la resolución emitida por la COMPIN como antecedente (requisito) para la tramitación y otorgamiento del beneficio correspondiente.

PRODUCTO ESTRATÉGICO: EVALUACIÓN Y PRONUNCIAMIENTO POR INCAPACIDADES PERMANENTES.					
SPE COMPIN	Producto provisto por otra institución	Institución que provee o genera el producto.	DUPLICACIÓN	SUPERPOSICIÓN	COMPLEMENTARIEDAD
Resolución sobre condonación de Crédito Fiscal	No hay	No hay	No hay duplicación.	No hay superposición	Hay complementariedad de proceso, debido a que la entidad crediticia, como por ejemplo el Fondo Solidario de Crédito Universitario, emplea la resolución emitida por la COMPIN como antecedente (requisito) para la tramitación de la condonación.
Resolución de acceso a beneficios de Bomberos por lesiones en acto de servicio	No hay	No hay	No hay duplicación.	No hay superposición	Hay complementariedad en el proceso con la SVS y Compañía de Seguros. La primera paga transitoriamente previa acreditación de invalidez por COMPIN en primer dictamen. La segunda paga una renta mensual en forma permanente previa resolución por la COMPIN en segundo dictamen <sup>77</sup> .

Fuente: Elaboración Consultora CEAL – PUCV.

<sup>77</sup> Artículo 1° letra c), DL 1757 del año 1977

Tabla II.9. Duplicaciones y complementariedades PE Certificación de la Discapacidad.

PRODUCTO ESTRATÉGICO: CERTIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD.					
SPE COMPIN	Producto provisto por otra institución	Institución que provee o genera el producto.	DUPLICACIÓN	SUPERPOSICIÓN	COMPLEMENTARIEDAD
Certificación para inscripción en el Registro Nacional	Registro Nacional de Discapacidad	Servicio de Registro Civil e Identificación	No hay Duplicidad	No hay superposición	Hay complementariedad con el Servicio de Registro Civil e Identificación que lleva materialmente el Registro, quien a partir de la certificación de la COMPIN realiza la inscripción.
Certificación para acceso a beneficios arancelarios de importación de vehículos.	Importación	Servicio Nacional de Aduanas.	No hay Duplicidad	No hay superposición	Hay complementariedad de proceso con el Servicio Nacional de Aduanas, quien usa la certificación de la COMPIN para otorgar los beneficios arancelarios.
Certificación discapacidad víctimas violación DDHH.	Pago del beneficio	INP	No hay Duplicidad	No hay superposición	Hay complementariedad con INP quien usa la certificación de la COMPIN para otorgar el pago del beneficio correspondiente.

Fuente: Elaboración Consultora CEAL – PUCV.

El PE “Otras Funciones Administrativas” y para todos sus SPE no presenta duplicidades, superposiciones, ni complementariedades, así como ninguno de ellos es provisto por otra institución.

### **5.3. Productos prescindibles, ausentes o externalizables.**

El presente apartado tiene por objeto, bajo el marco de análisis de bienes públicos-privados, fallas de mercado y bienes meritorios, identificar actividades y productos prescindibles o que pueden, por su naturaleza, ser provistos o ejecutados por el sector privado. Además, busca identificar y evaluar, productos ausentes según corresponda, considerando en ambos casos los aspectos de política sectorial que podrían justificar la presencia del Estado en la provisión de los productos estratégicos.

Para el análisis y de acuerdo a lo indicado en las “notas técnicas 2008” de DIPRES, se ha considerado que un bien público es aquel que no presenta rivalidad ni exclusión.

Dada esta definición se considera que los bienes o productos estratégicos provistos por la COMPIN no corresponden a bienes públicos, dado que presentan rivalidad y exclusión en su consumo. En efecto, existe rivalidad ya que la capacidad de producción de los bienes o productos por parte de la COMPIN es finita (horas hombre disponibles). Del mismo modo, son bienes o productos excluyentes puesto que existen barreras de entrada, como lo son el tener que pertenecer a FONASA para tener acceso al producto resolución LM, o tener afiliación a FONASA e INP para resolución LM ATEP.

Ahora bien, sin ser éstos públicos, existen fallas en el mercado que hacen que el Estado deba intervenir produciéndolos, como es el hecho que generan externalidades positivas, dado que se generan beneficios en otros agentes pero no se recibe ninguna retribución a cambio. A modo de ejemplo se puede mencionar que una persona que recupera su estado de salud, gracias a un debido reposo, genera beneficios para la sociedad que trascienden la valoración individual.

Atendidas estas consideraciones y entendiendo por bienes “prescindibles” aquellos que la COMPIN podría traspasar a otra Institución Pública, ya que no presentan una concordancia con sus OE y, “externalizables” aquellos SPE posibles de encargar (por completo) al sector privado, por tratarse de bienes en mercados perfectos.

- Respecto del SPE “Dictaminar sobre imputabilidad por sumario administrativo de funcionarios públicos (Leyes 19.070; 19.378; 18.834; 18.883)” se considera que es un bien prescindible, por cuanto la evaluación, revisión del expediente, historia clínica, examen físico o mental, tratamientos recibidos, evolución y

confirmación diagnóstica del funcionario que debe realizar el médico contralor asignado no da lugar, en este caso, a un beneficio de la seguridad social.

En consecuencia, esta labor podría recaer en peritos designados por el sistema judicial vigente, pudiendo incluir a quienes realizan hoy en día funciones de igual o similar naturaleza en el Instituto Médico Legal.

- Respecto del SPE “Certificación de Ingreso a la Administración Pública” se considera que es un bien prescindible por las mismas razones expuestas para el caso del SPE “Dictaminar sobre imputabilidad por sumario administrativo de funcionarios públicos”.

Esta labor es ejecutada por los Servicios de Salud, quienes entregan los insumos a la COMPIN para emitir el certificado correspondiente, no realizando esta última una labor de contraloría médica. Dado esto, los Servicios de Salud podrían completar todo el proceso de certificación, sin ser necesaria la intervención de la COMPIN.

- Respecto del SPE “Certificación de asignación familiar 5º mes de embarazo (DL 150)”, se considera que corresponde a un bien prescindible, a pesar de tratarse de una prestación médico legal vinculada a la certificación de un estado de salud y que da lugar a un beneficio de la seguridad social como es el Subsidio Maternal.

Se considera que es prescindible por cuanto esta prestación es más bien una constatación de un estado de salud realizada por profesionales de los Servicios de Salud o Servicios Municipales en los controles mensuales que toda mujer embarazada debe realizarse. Es decir, el rol de la COMPIN es solo la verificación del estado de embarazo.

En consecuencia, esta certificación podría ser realizada por los Servicios de Salud y en los Servicios Municipales.

Finalmente, cabe señalar que la Consultora no detectó falencias en la provisión de productos de la COMPIN, lo que permite concluir que, atendida la gama de PE y SPE que ella provee, no habría productos ausentes.

#### **5.4. Estructura institucional y distribución de funciones.**

El presente apartado tiene por objeto evaluar la estructura y el diseño de las unidades organizacionales y/o regionales, y su adecuación a los productos estratégicos. En especial en lo referido a si el diseño institucional genera o no los incentivos correctos necesarios para el logro de los objetivos estratégicos de la institución.

#### 5.4.1. Evaluación de la estructura y diseño de las unidades organizacionales y/o regionales.

Sobre el particular y según lo dicho en el punto 3.1 del presente Informe en relación con la estructura organizacional, la COMPIN se caracteriza por ordenarse territorialmente de acuerdo al esquema que parece el más apropiado a la realidad regional según la visión del superior jerárquico de esa Comisión o Subcomisión. Ello trae como consecuencia que a nivel nacional, la Institución no cuenta con una estructura organizacional uniforme.

Para comprender a cabalidad lo anterior, en la siguiente tabla se realiza una distribución porcentual de cada unidad o sección que se puede encontrar en los organigramas de cada núcleo organizacional. Cabe hacer presente que la fuente de información es el cuestionario número 1 (ver anexo 11).

Para una mejor comprensión de la siguiente tabla, se aclara que:

- La primera columna de la tabla indica el nombre de la unidad, sección, departamento u oficina que se logró identificar como parte del organigrama.
- La segunda columna señala la cantidad de veces (frecuencia) en que es nombrada la unidad, sección, departamento u oficina respecto del total de 24 cuestionarios recibidos por la Consultora.
- La tercera columna indica el porcentaje respecto del total de 24 cuestionarios que fueron recibidos por la Consultora.

Los resultados se muestran en la tabla II.10 a continuación:

**Tabla II.10. Unidades y Departamentos presentes en la COMPIN**

<b>Unidad/ Sección/Departamento/Oficina</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Sección de LM	22	91,7%
Secretaría	22	91,7%
Presidencia	21	87,5%
Contraloría Médica	20	83,3%
Unidad recepción apelación de ISAPRE.	14	58,3%
Comisión Médica	11	45,8%
Asistente Social	11	45,8%
Unidad de Subsidios (externa)	10	41,7%
Sección de Subsidios (interna)	9	37,5%
Coordinación Administrativa	8	33,3%
Unidad de Discapacidad	7	29,2%
Comisión/ Unidad ATEP	4	16,7%
Unidad de Pesquisa ATEP	3	12,5%
Unidad de Beneficios de Seg. Social	3	12,5%
Unidad de "otros beneficios"	3	12,5%



<b>Unidad/ Sección/Departamento/Oficina</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Unidad de Peritaje	2	8,3%
OIRS	2	8,3%
Unidad Pensiones Asistenciales	1	4,2%
Unidad de Jubilaciones y Discapacidad	1	4,2%
Unidad de Incapacidad Permanente	1	4,2%
Unidad de Discap., Subsidios y Pensiones	1	4,2%
Unidad de Archivo Subcomisión	1	4,2%
Oficina de partes y Ley 16.744	1	4,2%
Comisión/ Unidad Enfermedad Común	1	4,2%
Comisión Especial por Intendencia	1	4,2%
<b>Total General</b>	<b>180</b>	

**Fuente: Elaboración Consultora CEAL –PUCV.**

Las funciones que cumple cada una de estas unidades o secciones son asignadas y ejecutadas en la forma establecida por el Presidente de COMPIN o Subcomisión en ejercicio.

Del punto de vista evaluativo, la Consultora estima que la flexibilidad con que cuenta cada comisión para organizarse internamente (definición de la estructura organizacional, funciones asignadas a cada unidad, interacciones entre éstas, número y tipo de profesionales contemplados por unidad) tiene una doble consecuencia en la provisión de los productos estratégicos de la COMPIN.

Por una parte, permite una mejor adaptación a la realidad y necesidades locales del lugar en que la Institución se encuentra ubicada. Así por ejemplo, un presidente de COMPIN que ha detectado una alta demanda en relación a la certificación de discapacidad podría constituir una sección especialmente dedicada a esta labor, dotándola de profesionales y otros recursos necesarios, mientras que en otra comisión el presidente podría decidir que, dado el bajo volumen de tramitaciones en esta materia, no es necesario crear una unidad especializada para la realización de esta labor y que es mejor agruparla junto a la resolución de incapacidades permanentes.

Sin embargo, por otra parte la flexibilidad con que cuenta cada comisión para organizarse internamente da lugar a la diversidad de secciones y funciones asociadas a éstas, lo que dificulta las actividades de fiscalización, control, monitoreo y seguimiento ejercidas por el nivel central de la Institución. Esto, por cuanto se vuelve más complejo para el nivel central controlar las tareas y los funcionarios responsables de su realización, toda vez que no existe un modelo funcional organizativo único que permita su identificación.<sup>78</sup>

<sup>78</sup> Actualmente, la Institución tiene conocimiento pleno de la situación descrita. En razón de ello, el nuevo modelo de gestión a cargo de la Unidad de Coordinación Nacional ha definido una estructura básica funcional para su futura implementación en todas las COMPIN y Subcomisiones. En el documento “COMPIN: Nuevo Modelo de Gestión” se definen actividades y/o funciones para

A pesar de la flexibilidad con que cuenta cada comisión para organizarse internamente, cabe destacar que existen ciertas unidades y funciones asociadas a éstas que se encuentran presentes en un mayor número de comisiones.

Las unidades que se listan a continuación corresponden a aquellas presentes en un 35% o más del total de las 24 COMPIN que respondieron el cuestionario n° 1 (ver Anexo 11):

- Presidente de la COMPIN
- Secretaría Médica
- Contraloría Médica
- Comisión Médica
- Sección de LM
- Sección / Unidad de Subsidios
- Unidad de recepción apelación de ISAPRE
- Asistente Social

La división de la estructura organizacional en estas unidades refleja una departamentalización por funciones, es decir una separación de las unidades de modo que cada una cuenta con un conjunto diferente de deberes y responsabilidades.

Las ventajas de este tipo de organización son<sup>79</sup>:

- Concentra conocimientos en forma eficaz y alienta a los funcionarios a desarrollar sus especialidades.
- Simplifica la capacitación de funcionarios.
- Cuenta con medios para el estricto control en los niveles altos.

Sus desventajas corresponden a:

- Limita cooperación interunidades.
- Reduce coordinación de funciones, dificulta resolver problemas.
- Concentración de la responsabilidad en el nivel superior.
- Diseño organizacional inflexible en situaciones de inestabilidad, lenta adaptación a nuevas condiciones.

---

cada unidad, sección, departamento y oficina. Este modelo fue descrito en la sección 2.3 "Productos Estratégicos Y Subproductos ordenados por Objetivo Estratégico".

<sup>79</sup> Según Koontz, H., "Administración: Una Perspectiva Global", 11ª. Edición, 1998.

- No permite una concepción global de la organización, su enfoque es más bien “técnico”.

Dadas las ventajas y desventajas de la departamentalización por funciones, la Consultora estima que las principales deficiencias que tiene este tipo de organización, presente en las COMPIN, son la falta de concepción global o “visión de negocios”, que resulta en una falta de orientación hacia la obtención de resultados y en una reducción de la cooperación y coordinación interunidades. Estas falencias del diseño podrían ser superadas mediante el diseño de una estructura organizacional matricial, que combine la departamentalización por funciones y por productos<sup>80</sup>, beneficiándose de las ventajas de cada una.

Respecto de las unidades presentes en la estructura organizacional, la constitución de comisiones médicas para la resolución de casos complejos, se evalúa como positiva ya que éstas facilitan el proceso de decisión y de juicio en grupo, y hacen posible la coordinación de personas, lo que agiliza la transmisión de la información.<sup>81</sup>

La existencia de unidades externas, como son las ULM y las US dependientes de los SS, sobre las cuales la COMPIN posee tuición técnica, produce una fragmentación del proceso de tramitación de LM en distintos organismos. Esto tiene como consecuencia que la responsabilidad sobre la resolución de las LM se diluya, no siendo asignable a una única organización.

Adicionalmente, en términos de la gestión, la fragmentación del proceso en unidades ubicadas en oficinas distanciadas implica un flujo constante de documentos, actividad que no genera valor, retrasa el proceso y favorece la aparición de problemas de coordinación.<sup>82</sup>

Por estas razones, se evalúa como positivo el esfuerzo realizado por la Coordinación Nacional orientado a situar las Unidades de Subsidios, en aquellas ciudades donde funciona una COMPIN, bajo la dependencia técnica y administrativa de la SEREMI, ubicándolas estructuralmente en la COMPIN. Sin embargo, a juicio de la Consultora dicho esfuerzo debiera contemplar también el traspaso de la dependencia administrativa de las ULM a la COMPIN (SEREMI), para de esta manera lograr que el proceso de resolución de LM sea radicado y asumido como responsabilidad de un único organismo.

---

<sup>80</sup> La departamentalización por productos consiste en la agrupación de actividades y deberes por productos o líneas de productos. Sus principales ventajas son: la responsabilidad se concentra en el desarrollo eficaz y eficiente de un producto, es decir una visión global o de negocios más que una visión técnica (mejor control de costos, plazos, etc.), favorece la colaboración entre los grupos que contribuyen a la realización de un mismo producto o línea de productos, permite la adaptación a ambientes cambiantes (la organización puede incorporar o eliminar productos), mejora la coordinación de actividades.

<sup>81</sup> Según Chiavenato I., “Introducción a la Teoría General de la Administración”, 7ª edición, 2005.

<sup>82</sup> Según Paul Harmon, “Business Process Change”, 1ª edición, 2002.

Por otra parte se evalúa como positivo tener una cobertura amplia que permita al usuario (que para algunos casos es el empleado y en otros casos es el empleador) un rápido acceso.

#### **5.4.2. Evaluación para determinar si el diseño institucional genera o no los incentivos correctos necesarios para el logro de los objetivos estratégicos de la institución.**

En el punto 3.1.4 “Incentivos que genera el Diseño Institucional” se identificaron y describieron los incentivos generados por la estructura organizacional de las COMPIN. Según lo señalado, éstos corresponden a los siguientes:

1. Rapidez en la toma de decisiones médico-legales.
2. Actuación unísona y unívoca de la COMPIN y el mejoramiento de la gestión.
3. Acercamiento a los problemas y necesidades de sus clientes / usuarios / beneficiarios.

En este apartado corresponde evaluar si estos incentivos son los correctos y necesarios para el logro de los objetivos estratégicos de la institución.

A este respecto, el primer incentivo identificado es correcto y necesario para el logro del objetivo estratégico n° 2, en particular en lo que dice relación con el acceso **oportuno** a las prestaciones médico legales.

Incentivar la actuación unísona y unívoca de la COMPIN y mejorar su gestión, es necesario para asegurar la **calidad** de las prestaciones médico legales (objetivo estratégico n° 2).

El acercamiento a los problemas y necesidades de los beneficiarios, contribuye a la **satisfacción de los requerimientos de los usuarios externos**. Sin embargo no asegura, la satisfacción de requerimientos a partir de estructuras renovadas y modernas y a través de cambios de actitud y disposición institucional, características del servicio establecidas en el objetivo estratégico n° 4 de la COMPIN, que la Consultora recomendó eliminar.

En general, se evalúa que los incentivos identificados son correctos y necesarios.

Sin embargo, a partir de la revisión anterior se desprende que los incentivos identificados no contribuyen al cumplimiento de la normativa de seguridad social, al aseguramiento del acceso equitativo a las prestaciones médico legales, a la determinación de estados de salud y pérdida de la capacidad de ganancia de los beneficiarios de acuerdo a una toma de decisiones ajustada a derecho como tampoco a la satisfacción de los requerimientos de usuarios externos a partir de enfoques renovados y modernos, a través de cambios de actitud y disposición institucional, ya que la rapidez en la toma de decisiones, la actuación unísona y/o

acercamiento a los problemas y necesidades de los beneficiarios no asegura el cumplimiento de estos objetivos.

Por lo tanto, si bien la COMPIN puede seguir funcionando con el actual diseño institucional, se considera necesaria un ajuste de éste de manera que incentive el cumplimiento de la normativa de seguridad social, el acceso equitativo y la satisfacción de requerimientos de usuarios externos.

## **5.5. Reformulaciones.**

El presente apartado evalúa desde el punto de vista del Diseño los cambios realizados en la Institución y en caso que corresponda, la pertinencia de las modificaciones programadas por la Institución/Servicio.

La Consultora ha identificado las reformulaciones que se describen a continuación.

### **5.5.1. Cambio de dependencia jerárquica.**

No hay duda que el cambio más importante que ha sufrido la COMPIN se da al interior de la estructura del Ministerio de Salud, por cuanto se modificó la dependencia jerárquica de las COMPIN con la entrada en vigencia de la Ley N°19.937 del año 2004 sobre Autoridad Sanitaria, conforme a lo dispuesto en el artículo 14° B n° 9 del DL 2.763 y especialmente de acuerdo al 14° C del mismo cuerpo normativo.

En esta nueva forma organizacional, las SEREMI se constituyeron en las sucesoras legales de los Servicios de Salud en las materias que no digan relación con la ejecución de acciones de carácter asistencial en salud. El cambio buscó que los Servicios de Salud dejaran de cumplir funciones de Autoridad Sanitaria (rectoras y de regulación) para concentrarse exclusivamente en la entrega de atención médica, convirtiéndose de esa forma en los responsables de articular las redes de atención.<sup>83</sup>

Según lo señalado por los presidentes de COMPIN en las visitas a terreno este cambio permitió obtener una mayor presencia y notoriedad frente a la sociedad y las autoridades, lo que permitió también individualizar de una manera más fácil las problemáticas de la COMPIN.

La Consultora no contó con los antecedentes suficientes para emitir un juicio fundado sobre este cambio.

---

<sup>83</sup> Mensaje de S.E. el Presidente de la República, con el que se inicia un Proyecto de Ley que modifica el DL 2763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la Autoridad Sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana (Boletín n° 2.980-11)

### 5.5.2. Cambio a nivel de gestión y Proyecto de Modernización de las COMPIN.

En cumplimiento de las directrices impartidas por la Presidencia de la República, en orden a profundizar y perfeccionar las medidas que permitan consolidar un sistema de protección social, dando cuenta de un Estado preocupado de ampliar libertades y el bienestar de sus ciudadanos, el Ministerio de Salud, a través de la Subsecretaría de Salud Pública, elaboró un Proyecto de Modernización de las COMPIN para todo el país<sup>84</sup>.

En general, los objetivos a que apunta el proyecto son:

- Desarrollar una política de recursos humanos basada en competencias.
- Instalar un sistema de procesos internos de calidad.
- Desarrollar un plan de capacitación orientado a la calidad.
- Rediseñar del sistema de valoración y certificación de la discapacidad.
- Ejecutar un programa de pesquisa de ATEP
- Instalar tecnologías de información y comunicación basadas en estándares internacionales.
- Ordenar roles y funciones, incorporando a funcionarios técnicos y profesionales.
- Crear políticas y modelos de gestión accesibles a los ciudadanos, cercanas a los objetivos comunes del Estado, con las dotaciones y motivaciones requeridas y una voluntad institucional de coordinar esfuerzos en los diferentes niveles.

En este sentido, “la Sra. Ministra de Salud ha señalado que, **el fortalecimiento de las COMPIN está dirigido a hacer más eficiente la administración del Subsidio de Incapacidad Laboral**, es decir, cumplir de mejor manera la misión velar, de acuerdo a la ley, por el cumplimiento de las normas médico legales en materias de seguridad social, actuando como garante de la fe pública en la certificación de estados de salud y en la gestión de procesos técnicos y administrativos, que permitan en forma eficaz el acceso de los ciudadanos, a los beneficios de la protección social en salud, en condiciones de equidad, eficiencia y sostenibilidad”<sup>85</sup>.

Entre las medidas implementadas destacan<sup>86</sup> las siguientes:

---

<sup>84</sup> Proyecto de Modernización de las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN). Documento número 4. Coordinación Nacional de las COMPIN.

<sup>85</sup> Fuente, documento n° 4 aportado por el equipo técnico de MINSAL.

<sup>86</sup> Según lo informado por la Coordinación Nacional a través de los documentos: “COMPIN: Medidas implementadas año 2006 y lineamientos año 2007”, “COMPIN: Continuidad de la Modernización”, “MINUTA: Resultados de la Etapa I de la Modernización de las COMPIN”

- Recursos humanos: incorporación de médicos contralores, funcionarios y administrativos.

Las tablas II.11 y II.12 muestran la distribución y aumento de horas de recursos humanos en el país durante el año 2006.

**Tabla II.11. Distribución de Horas Recursos Humanos Profesionales Médicos**

Región	Horas 2006	Aumento (Hrs)	Aumento %	Total 2007
I	99	88	88,89%	187
II	44	88	200,00%	132
III	44	44	100,00%	88
IV	55	44	80,00%	99
V	209	176	84,21%	385
VI	88	88	100,00%	176
VII	110	88	80,00%	198
VIII	209	132	63,16%	341
IX	132	88	66,67%	220
X	88	132	150,00%	220
XI	44	44	100,00%	88
XII	44	44	100,00%	88
XIII	1.432	616	43,02%	2.048
<b>Total</b>	<b>2.598</b>	<b>1.672</b>	<b>64,36%</b>	<b>4.270</b>

Fuente: Elaboración Consultora CEAL –PUCV, con datos del boletín “COMPIN: Medidas implementadas año 2006 y lineamientos 2007” entregados por COMPIN.

**Tabla II.12. Distribución de Horas Recursos Humanos Funcionarios Administrativos**

Región	Horas 2006	Aumento (Hrs)	Aumento %	Total 2007
I	836	44	5,26%	880
II	616	88	14,29%	704
III	352	44	12,50%	396
IV	484	88	18,18%	572
V	1.496	132	8,82%	1.628
VI	440	132	30,00%	572
VII	198	88	44,44%	286
VIII	2.084	132	6,33%	2.216
IX	704	88	12,50%	792
X	704	132	18,75%	836
XI	88	44	50,00%	132
XII	176	44	25,00%	220
XIII	4.664	176	3,77%	4.840
<b>Total</b>	<b>12.842</b>	<b>1.232</b>	<b>9,59%</b>	<b>14.074</b>

Fuente: Elaboración Consultora CEAL –PUCV, con datos del boletín “COMPIN: Medidas implementadas año 2006 y lineamientos 2007” entregados por COMPIN.

Se observa que en la Región Metropolitana, lugar que concentra el **48,7% de las LM del país**, se experimentó un importante aumento de las **horas médicas, correspondiente a un 43.02%**, y con respecto a **las horas de funcionarios administrativos el aumento en horas corresponde a un 3.77%**.

Según lo informado por la Coordinación Nacional, el aumento de estos recursos humanos en el año 2006, tuvo como resultados el incremento de las cifras de fiscalización (**aumento del porcentaje de LM fiscalizadas de un 14% en primer trimestre 2006 a un 21% en el primer trimestre 2007**) y permitió además agilizar la tramitación de LM (disminución del tiempo de tramitación de las LM de 60 días a 20 días)<sup>87</sup>. La Consultora no contó con datos suficientes sobre tiempos de tramitación que permitieran validar estos resultados.

En relación al aumento de recursos humanos durante el año 2007, su distribución corresponde a la siguiente (ver tabla II.13 y II.14):

**Tabla II.13. Distribución de Horas de Recursos Humanos Profesionales Médicos**

Región	Horas 2007	Aumento (Hrs)	Aumento %	Total 2008
XV	-	44	-	44
I	187	88	47,06%	275
II	132	88	66,67%	220
III	88	88	100,00%	176
IV	99	88	88,89%	187
V	385	132	34,29%	517
VI	176	132	75,00%	308
VII	198	44	22,22%	242
VIII	341	220	64,52%	561
IX	220	132	60,00%	352
X	220	88	40,00%	308
XIV	-	44	-	44
XI	88	88	100,00%	176
XII	88	44	50,00%	132
XIII	2.048	s.d	-	2.048
<b>Total</b>	<b>4.270</b>	<b>1.320</b>	<b>30,91%</b>	<b>5.590</b>

Fuente: Elaboración Consultora CEAL –PUCV, con datos obtenidos de la Coordinación Nacional de las COMPIN

**Tabla II.14. Distribución de Recursos Humanos Funcionarios Administrativos**

Región	Horas 2007	Aumento (Hrs)	Aumento %	Total 2008
XV	-	44	-	44
I	880	132	15,00%	1.012
II	704	132	18,75%	836
III	396	88	22,22%	484
IV	572	88	15,38%	660

<sup>87</sup> Fuente Documento Coordinación Nacional COMPIN: Minuta: Resultados de la Etapa I de la Modernización de las COMPIN.



Región	Horas 2007	Aumento (Hrs)	Aumento %	Total 2008
V	1.628	220	13,51%	1.848
VI	572	132	23,08%	704
VII	286	88	30,77%	374
VIII	2.216	484	21,84%	2.700
IX	792	176	22,22%	968
X	836	132	15,79%	968
XIV	-	88	-	88
XI	132	88	66,67%	220
XII	220	88	40,00%	308
XIII	4.840	s.d	-	4.840
<b>Total</b>	<b>14.074</b>	<b>1.980</b>	<b>14,07%</b>	<b>16.054</b>

Fuente: Elaboración Consultora CEAL –PUCV, con datos obtenidos de la Coordinación Nacional de las COMPIN

Como se aprecia para el año 2008 el aumento en horas de funcionarios Médicos para todas las regiones, fue sobre un 20% de las horas que había. En tanto las horas de funcionarios Administrativos el aumento varió entre un 13% a un 66% (ver tabla II.14).

En cuanto a los profesionales sólo se cuenta con información del aumento de horas en el año 2007, lo que impide realizar un análisis comparativo, sin perjuicio de ello en la tabla II.15 se muestra la información.

Tabla II.15. Distribución del aumento de Recursos Humanos Funcionarios Profesionales Año 2008

Comisión	Profesionales
XV	44
I	44
II	44
III	44
IV	44
V	132
VI	44
VII	-
VIII	44
IX	88
X	-
XIV	-
XI	-
XII	44
<b>Total</b>	<b>572</b>

Fuente: Elaboración Consultora CEAL –PUCV, con datos obtenidos de la Coordinación Nacional de las COMPIN.

Para evaluar esta medida se considera el volumen de LM fiscalizadas como indicador de resultado de este aumento, y se determina la correlación entre el

aumento de horas de RRHH en los años 2007 y 2008 y volumen de LM fiscalizadas por región en los dos primeros trimestres en cada uno de estos años.

**Tabla II.16. Evaluación del aumento de Recursos Humanos**

Región	2007		2008	
	Aumento Hrs.	LM fiscalizadas	Aumento Hrs.	LM fiscalizadas
XV	-	-	132	3.616
I	132	7.000	264	6.799
II	176	3.553	264	13.219
III	88	4.196	220	5.399
IV	132	10.659	220	12.211
V	308	21.124	484	33.404
VI	220	7.364	308	14.472
VII	176	12.073	132	17.713
VIII	264	26.424	748	34.534
IX	176	4.015	396	12.609
X	264	8.070	220	4.204
XVI	-	-	132	15.674
XI	88	1.837	176	3.562
XII	88	3.111	176	4.606
XIII	792	160.654	s.d	149.532
<b>Total</b>	<b>2.904</b>	<b>270.080</b>	<b>3.872</b>	<b>331.554</b>
<b>Correlación</b>	<b>0,96</b>		<b>1</b>	

Fuente: Elaboración Consultora CEAL –PUCV

En la tabla anterior se observa que sólo en las regiones de Tarapacá y Los Lagos el número de licencias fiscalizadas 2007 disminuyó en el año 2008. Sin embargo esta disminución se debe a la creación de las nuevas regiones el año 2008. Respecto a las correlaciones se puede observar que en ambos años la relación entre el aumento de horas hombre y el número de Licencias Médicas fiscalizadas tiene una correlación lineal positiva alta, dando en el año 2008 una correlación positiva perfecta<sup>88</sup>.

Para una evaluación más objetiva de esta línea de acción por parte de la Consultora, es necesario contar con información que permita realizar un análisis costo beneficio de la medida en cuestión, por ejemplo: monto de las remuneraciones asociado al aumento de RRHH en los años 2007 y 2008 por

<sup>88</sup> Para el cálculo de la correlación en el año 2008 se agruparon los resultados de la I - XV, y de la X-XVI, debido a que la separación de estas regiones afecta los resultados de este coeficiente, por la disminución de Licencias Médicas fiscalizadas que presentan las regiones I y X.

comisión, tiempos de tramitación de las LM por comisión antes y después del aumento de los RRHH, tiempos desde recepción de la LM hasta el pago del subsidio por comisión antes y después del aumento de los RRHH, entre otros. Lo anterior no fue posible de realizar por falta de información disponible para este estudio por parte de las COMPIN, pero se puede realizar en el futuro

- Centralización de las actividades de contraloría médica y fiscalización.

Durante el año 2006, las ULM de las regiones de Coquimbo, La Araucanía y Magallanes se transformaron en receptoras, centralizándose de esta forma la contraloría médica en las COMPIN.

En abril del año 2008 se implementó en la región Metropolitana la contraloría médica centralizada, transformándose las ULM en meramente receptoras de licencias. Además, se compraron tres vehículos para la región destinados a la fiscalización de LM, verificación del vínculo laboral, entre otras tareas de fiscalización.

Según lo informado por la Coordinación Nacional, la centralización de las actividades de fiscalización en la región Metropolitana ha tenido como resultados una mejora en la calidad de la fiscalización, una disminución del número de reclamos de los usuarios y una disminución del número de dictámenes revertidos por la SUSESO. En cuanto a la transformación de las ULM en receptoras en las regiones de Coquimbo, La Araucanía y Magallanes se informó que existió una disminución de los tiempos de tramitación y un mejor control técnico de las licencias. La Consultora no contó con los antecedentes necesarios para verificar estos resultados.

No se contó con información referente al estado actual del proceso de centralización de las actividades de contraloría médica y fiscalización (comisiones donde se ha implementado, recursos humanos y financieros adicionales destinados a esta labor por año por comisión), tiempos de tramitación de las LM en las contralorías medicas centralizadas vs el tiempo de tramitación antes de su implementación, tiempos desde recepción de la LM hasta el pago del subsidio, los tiempos involucrados en el traslado de las LM, entre otros, para una evaluación objetiva de esta línea de acción por parte de la Consultora.

- Capacitación a profesionales y funcionarios.

En el año 2006 se realizó una capacitación en pesquisa de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales a todas las COMPIN del país, como parte del Programa de Pesquisa de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales<sup>89</sup>.

---

<sup>89</sup> Dicho programa es una de las reformas implementadas en el marco del proceso de modernización de las COMPIN, que tiene por objetivo la identificación prematura de los casos de

En este mismo año se llevó a cabo el “Primer Taller Regional Norte”, en el que los presidentes de COMPIN trabajaron en la homologación de procedimientos y criterios administrativos.

En el año 2007 se realizaron tres encuentros regionales y uno nacional, en los que se continuó el trabajo para la homologación de procedimientos y criterios administrativos.

No fue posible obtener datos que midieran el impacto de esta medida para su evaluación. Datos que hubiesen permitido esta evaluación son: número de funcionarios y profesionales capacitados por región, N° de LM confirmadas como AT o EP en el periodo 2004 - 2008, procedimientos y criterios administrativos homologados, tiempo de tramitación de los SPE relacionados a estos procedimientos en el periodo 2004 – 2008, entre otros.

- Desarrollo de instrumentos de valoración y certificación de Discapacidad y manuales generales de procesos (Licencias médicas y pesquisa de ATEP)

Durante el año 2006 se finalizó el desarrollo del instrumento de evaluación del funcionamiento en discapacidad en Chile (IVADEC).

En el año 2007 se desarrolló el manual “Procedimientos para la pesquisa de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, partir de LM tipo 1 de trabajadores afiliados a FONASA”.

En 2007 se desarrollo e implementó el Manual de Proceso de LM de trabajadores afiliados a FONASA. Luego, a fines del año 2008, se actualizó dicho manual.

- Externalización de una segunda opinión especializada para el control del uso de LM en patologías de salud mental y osteomusculares.

Lo anterior con el objetivo de perfeccionar el rol contralor, focalizando el peritaje en patologías que requieren mayor análisis y complementación técnica para una mejor resolución.

A este respecto, en el año 2001 en la COMPIN de la región Metropolitana se llevó a cabo la externalización de una segunda opinión psiquiátrica por medio de un centro de referencia especializado, CESAM. De acuerdo a la valorización de este estudio, se concluyó que se dejaron de pagar subsidios por un valor de \$85.582.111 en 157 licencias evaluadas, además de \$10.124.536 en subsidios cruzados de licencias que correspondían a patología laboral.

---

accidentes del trabajo o enfermedades profesionales que son derivadas a la COMPIN como LM tipo 1 y viceversa.

A luz de estos resultados, la Consultora evalúa que la experiencia del año 2001, constituyó un aporte importante para la mejor resolución de LM. Sin embargo, para una evaluación objetiva de esta línea de acción es necesario contar con información de las experiencias posteriores de la COMPIN en la materia (número de licencias evaluadas, número de reposos mal prescritos, monto de los subsidios dejados de pagar, subsidios cruzados, costo del servicio, tiempo adicional requerido para la resolución de las LM evaluadas, entre otros).

Cabe señalar que a partir del año 2007 existe un “programa” presupuestario específico en la Ley de Presupuesto que ha contribuido desde entonces al financiamiento de las medidas del proyecto de modernización, anteriormente descritas.

## **6. Análisis de la Capacidad Institucional y Mecanismos de Gestión.**

### **6.1. Estructura Organizacional y Mecanismos de Coordinación.**

El presente apartado tiene por objeto evaluar la vinculación de los productos/subproductos estratégicos con las funciones y unidades estructurales de la institución según la **propuesta del modelo de gestión de la Coordinación Nacional de las COMPIN** descrito en el punto 2.3 “Productos Estratégicos y Subproductos ordenados por Objetivo Estratégico”. Lo anterior, producto del hecho que la organización actual de las COMPIN fue evaluada en el punto 5.4 “Estructura institucional y distribución de funciones”, así también como, por el hecho de encontrarse actualmente en proceso de implementación la propuesta de modelo de gestión de la Coordinación Nacional. Se debe señalar que no existe claridad respecto del grado de implementación de éste nuevo modelo, puesto que la encuesta realizada por la Consultora sobre esta materia se realizó en forma previa al diseño de este nuevo modelo por parte de la Coordinación Nacional.

Destaca en la propuesta del modelo de gestión de la Coordinación Nacional de las COMPIN una estructura funcional caracterizada por la creación de secciones administrativas especializadas según tipo de producto que se proveerá.

Este hecho resulta más apropiado para una especialización en funciones, así como para la identificación de responsabilidades.

En particular para cada PE. se tiene que la creación o consolidación de las siguientes secciones o unidades permite corroborar esta afirmación:

Para el PE. 1: “Evaluación y Pronunciamiento por Incapacidades Transitorias”:

- Creación de una Sección de Apoyo Administrativo de Contraloría Médica de Licencias.

- Creación de una Sección de Apoyo Administrativo de Resolución de Reclamos contra ISAPRES.
  - Consolidación de la Comisión Médica de la Ley 16.744.
  - Consolidación de la Comisión de Morbilidad Común y Discapacidad.
  - Consolidación de la figura del Ministro de Fe.
  - Consolidación de la Contraloría Médica.
  - Consolidación de la Unidad de Subsidios.
  - Consolidación del cargo del secretario de la presidencia.
- Para los PE. 2 “Evaluación y Pronunciamiento por Incapacidades Permanentes”, 3 “Certificación de la Discapacidad” y 4 “Otras funciones Médico Administrativas”:

- La creación de una Sección de Apoyo Administrativos de Beneficios de Seguridad Social y Discapacidad.
- Consolidación de la Comisión Médica de la Ley 16.744
- Consolidación de la Comisión de Morbilidad Común y Discapacidad.
- Consolidación de la figura del Ministro de Fe.
- Consolidación de la Contraloría Médica.
- Consolidación del cargo del secretario de la presidencia.

Ahora bien, es importante señalar que la definición de esta estructura y creación de nuevas secciones no es suficiente para asegurar una organización estructurada y uniforme, ya que es necesaria la formulación de un organigrama para cada sección, con su respectiva definición de funciones, responsabilidades y perfiles de cargo, la que debiera ser realizada por la Coordinación Nacional, a la luz de la realidad de cada región.

Lo anterior redundará en un mejor control al haber responsabilidades claramente definidas, así como en una disminución de deficiencias estructurales y funcionales por el hecho de existir perfiles de cargo previamente establecidos. En suma, generando los incentivos correctos para el logro de los OE de la COMPIN, especialmente en el PE asociado a la resolución de LM de trabajadores afiliados a FONASA y su implicancia en la asignación del SIL.

Especial atención merece el SPE “resolución de LM por enfermedad común de trabajadores afiliados a FONASA”, subproducto que podrá ser mejor gestionado a partir de la creación de la sección de apoyo administrativo de contraloría médica de licencias. En efecto, esta sección, junto al desarrollo e implementación de herramientas informáticas tal como lo contempla el nuevo modelo de gestión de la COMPIN, será la base para una más eficiente producción del SPE ya mencionado.

En cuanto a la pertinencia de los mecanismos de coordinación, según se desprende de lo señalado en el punto 3.1.3 “Mecanismos de coordinación”, estos hoy en día son variados y principalmente informales.

Analizando el nuevo modelo de gestión, se deduce que este aspecto no es abordado. En tal sentido, resulta necesario que se establezcan los mecanismos de coordinación en el modelo, tanto intra como inter COMPIN, así como de estas últimas con organismos externos.

Es importante que estos mecanismos, si bien deben tener la formalidad que requiere la responsabilidad propia de la COMPIN, deben ser, al mismo tiempo, eficientes y expeditos. Por ello, la Consultora sugiere explorar la implementación de memos electrónicos, con firma digital electrónica avanzada, en aquellos casos en que la formalidad lo requiera.

## **6.2. Recursos Humanos, Tecnológicos, Infraestructura, Instrumentos de Monitoreo y gestión de la información.**

El presente apartado tiene por objetivo evaluar si los recursos humanos, tecnológicos, la infraestructura, instrumentos de monitoreo y gestión de la información descritos en el capítulo I.3.2 son suficientes y necesarios para la provisión de los distintos productos y subproductos estratégicos.

### **6.2.1. Evaluación Recursos Humanos.**

La dependencia de los funcionarios de COMPIN aun no está en su totalidad a cargo de las SEREMI. En el caso del estamento administrativo prácticamente el tema está resuelto, sin embargo, de los profesionales médicos, un 41% dependen administrativamente del Servicio de Salud. Dado que estos médicos sólo trabajan jornadas parciales en COMPIN este 41% sólo representa el 13,8% del total de horas médico. Es decir, **el 13,8% de las horas médicas COMPIN, corresponden a horas trabajadas por médicos que aun dependen administrativamente de los Servicios de Salud y no han sido traspasados a las SEREMI.**

Es importante destacar el hecho que su dependencia administrativa es de los SS, sin perjuicio de lo cual, las labores relacionadas con las COMPIN son realizadas en dependencias de esta última, entendiéndose por tanto, que el número de horas antes señalado es dedicado efectivamente a tal institución.

Esta contribución de horas médicas de los SS hacia las COMPIN, carece de respaldo administrativo (el contrato de estos profesionales no contiene ninguna cláusula que establezca esta obligación), existiendo incertidumbre respecto a qué ocurrirá en el futuro con esta oferta de horas hombre provista por los SS. En efecto, hoy en día la colaboración de los médicos contralores de los SS se debe a una suerte de "inercia" o cooperación acostumbrada pues ellos prestaban colaboración a las COMPIN desde antes del cambio de dependencia, no existiendo claridad si una vez que dejen de trabajar habrá voluntad de otros profesionales para seguir realizando esta labor, situación que a futuro podría significar una disminución de las horas médicas disponibles, afectando negativamente la capacidad productiva de COMPIN.

A lo anteriormente mencionado se adiciona el hecho que las condiciones contractuales del cargo de médico contralor no son atractivas respecto a las ofrecidas por similar cargo en los Servicios de Salud, puesto que en éstos últimos los médicos son contratados con las garantías establecidas por la ley médica, la que permite fraccionar la jornada laboral, así como acceder a becas de especialidad.

Sin embargo, la inexistente relación contractual entre los médicos dependientes de los SS y las COMPIN, no influye en su trabajo y capacidad de tramitación y fiscalización de LM, puesto que tal como se señaló, tales labores se realizan en dependencias de las COMPIN y por ende se entiende que esta institución le entrega todas las facilidades necesarias para un buen desempeño de sus responsabilidades.

A pesar de ello, se hace presente que dado que, la edad promedio de estas personas (54 años) es cercana a la edad de jubilación, existe incertidumbre respecto a qué ocurrirá con esta oferta de horas hombre proveniente de los SS. En efecto, hoy en día la colaboración de estos profesionales se debe a una suerte de “inercia” o cooperación acostumbrada pues ellos prestaban colaboración a las COMPIN desde antes del cambio de dependencia, no existiendo claridad si una vez que dejen de trabajar habrá voluntad de otros profesionales para seguir realizando esta labor, situación que a futuro podría significar una disminución de las horas médicas disponibles, afectando negativamente la capacidad productiva de COMPIN.

Por otra parte, sobre el 43% de los recursos humanos laboran en la COMPIN por un período superior a los 11 años, lo que muestra una baja rotación laboral.

En cuanto a la contratación de profesionales médicos, se destaca el hecho que las condiciones contractuales del cargo de médico contralor no son atractivas respecto a las ofrecidas por similar cargo en los Servicios de Salud, puesto que en éstos últimos los médicos son contratados con las garantías establecidas por la ley médica, la que permite fraccionar la jornada laboral, así como acceder a becas de especialidad.

A partir del análisis del presupuesto del plan de modernización, se concluye que tanto la COMPIN como la DIPRES reconocen la existencia de un déficit de personal debido al hecho que más del **50% de los recursos** destinados a este plan se asignan al subtítulo 21, lo que equivale a \$ 711.106.000 en el 2007 y \$ 1.041.352.000 en el 2008.

Respecto de las COMPIN y Subcomisiones que fueron visitadas, la visita en cuestión permitió constatar en terreno el diagnóstico previamente señalado, ya que se observó la sobrecarga de trabajo que deben enfrentar los funcionarios.



Asimismo, tanto los administrativos, como los presidentes declararon tal situación. Con todo, del cuestionario número 1 aplicado por la Consultora (ver Anexo 11), **se constata que un 95,6% de las respuestas obtenidas (74,2% del total de Comisiones y Subcomisiones)** por los presidentes de las COMPIN, declara “insuficiente” o “menos que suficiente” la cantidad de funcionarios de la que dispone.

Finalmente, no fue posible establecer un índice de productividad de los trabajadores debido a que no existe una unidad de medida que permita cuantificar el volumen de carga laboral. A este respecto, sólo se cuenta con información del número (volumen) de LM fiscalizadas, datos que se presentan en el punto 8 de este Informe “Análisis de Resultados”.

## **6.2.2. Evaluación Recursos Tecnológicos.**

### **Infraestructura TIC y comunicaciones**

La COMPIN no posee un sistema informático propio de apoyo tecnológico para el desarrollo de sus funciones. Sólo en el caso del proceso de resolución de LM se trabaja con el sistema informático FONASA, hecho que indudablemente entraba el accionar y la toma de acciones por parte de las Comisiones y Coordinación Nacional de las COMPIN.

En cuanto a la infraestructura, un **84% de los funcionarios posee un equipo computacional** para el desempeño de sus labores (ver anexo 11). Esto permite concluir que la cantidad de equipos computacionales es suficiente. Si bien en las visitas realizadas en terreno se constata la suficiente cantidad de equipos computacionales, se percibe la escasa disponibilidad de puntos de red del sistema FONASA. Sin embargo, la Consultora no contó con información exacta respecto del número de puntos de red que permitiera examinar esta situación a cabalidad.

### **Conectividad de equipos y sistemas**

Según la información recopilada en el cuestionario 3 (anexo 11) **cerca del 50% de los trabajadores emplea correos privados** para el desarrollo de sus funciones. No es recomendable que la información institucional fluya a través de correos gratuitos disponibles en la red (ej: yahoo, gmail, etc.), ya que el uso de este tipo de casillas de correo puede ocasionar la pérdida de información o la circulación de la misma en medios no autorizados.

### **Descripción de Software**

Si bien no ha provocado mayores problemas, el hecho de tener **un 69,2% de los softwares sin licencia implica riesgos legales para la COMPIN** (ver anexo 11).

Respecto del *software* de FONASA, el procedimiento de respaldo y mantención de bases de datos funciona adecuadamente. Tampoco existe registro de algún

evento de colapso del sistema en que las bases de datos hayan debido restaurarse de algún respaldo, y éstos no existieran o estuvieran corruptos.

A pesar de lo anterior, la Consultora evidenció problemas en términos del acceso a la información histórica del sistema, ya que cuando se solicitaron datos a FONASA, éstos demoraron en ser procesados dado que este tipo de requerimientos solo son tramitados durante los fines de semana.

El software de FONASA según lo recabado en el cuestionario 7 (ver anexo 11) no satisface las necesidades de la COMPIN, caracterizándose por un difícil acceso, tanto su uso como la obtención de los datos que éste posee. Del mismo modo se caracteriza por una operación lenta independiente de su carga de trabajo. Esta percepción es corroborada por los resultados del en el antes mencionado cuestionario, donde el **81,8% de los encuestados manifestó que el sistema FONASA no cumple con los requerimientos necesarios.**

Respecto del acceso al sistema FONASA, las claves entregadas así como los usuarios registrados se desvirtúan cuando se produce un uso masivo y simultáneo, de una misma autorización al acceso del programa, hecho que fue constatado en las visitas realizadas a las COMPIN.

Según el cuestionario tres, el 100% de las respuestas coinciden en la utilización de este sistema informático como herramienta de trabajo diario, pero sólo el **42.86% de ellos cuenta oficialmente con un acceso de usuario y password registrado y aprobado por FONASA.** Esto trae como consecuencia, desde el punto de vista operativo, un uso excesivo y no controlado de los accesos de comunicación, lectura y grabación de las bases de datos y diferentes módulos de programas, pudiendo corromper la información ingresada desde una estación de trabajo, al ser sobre-escrita por el mismo usuario pero habiendo ingresado desde otra estación de trabajo, en el mismo instante del tiempo

Por otra parte, el tráfico hacia el o los servidores en donde se encuentra alojada la aplicación, provoca un retardo en cada requerimiento solicitado, obteniendo como consecuencia una lentitud en la respuesta, lo cual fue revelado en forma evidente en el cuestionario tres; que arrojó un **84.21%** de respuesta afirmativa para **calificación de Aplicación Inestable** por parte de los usuarios.

En opinión de la Consultora, existe la necesidad de aumentar el número de puntos de la red FONASA en las distintas COMPIN, hacer el software más amigable al usuario y aumentar la velocidad de respuesta. Esta opinión es corroborada en el cuestionario tres (ver anexo 11) que arroja los resultados presentados en la tabla II.17.

**Tabla II.17. Falencias sistema FONASA**

<b>Observaciones</b>	<b>%</b>
Falta entrega de Información Estadística	41,7%

Pocos Puntos FONASA	25,0%
Excluye trámites como discapacidad o invalidez	8,3%
Debe mejorar el modelo	25,0%
<b>Total general</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Elaboración Consultora CEAL –PUCV.

Con todo, cabe destacar que no existe la utilización de la base de datos con fines epidemiológicos o de salud pública en general que puedan ser utilizados a nivel de cada SEREMI o “Autoridad Sanitaria”, vale decir, no se construyen perfiles de los beneficiarios en cuanto a edad, sexo, ocupación y diagnóstico que motivó la LM.

Esta información además de ser útil para la misión del MINSAL, tiene una utilidad específica para la COMPIN, ya que permite priorizar y focalizar acciones de fiscalización y/o pesquisa.

### 6.2.3. Infraestructura

La infraestructura de las COMPIN se evalúa como disímil. Si bien a través del plan de modernización se han mejorado las dependencias de las COMPIN Concepción, Talcahuano y la ULM del Hospital Guillermo Grant Benavente de la ciudad de Concepción, aun restan oficinas por mejorar.

En las visitas a terreno efectuadas se pudo apreciar una variedad de situaciones, desde la muy bien equipada COMPIN de la región O’Higgins a una de precarias condiciones como lo es la Subcomisión Santiago Centro.

Se confirma lo anterior con los resultados del cuestionario 4 (ver anexo 11), del que se desprende que:

- 52,4% no dispone de baños para los usuarios
- 34,8% no cuenta con accesos para discapacitados y personas con movilidad reducida en general.
- 47,8% no posee sala de reuniones
- 30,4% no tiene lugar donde calentar la comida
- 36,4% no posee espacio para almorzar

A pesar de ello, se destaca el hecho que **un 63,3% de los presidentes de las comisiones o subcomisiones que respondieron el cuestionario 4** (ver anexo 11) **evalúa la infraestructura como “buena” o “excelente”**.

### 6.3. Mecanismos de Asignación y Transferencias de Recursos

El presente apartado tiene por objetivo evaluar la pertinencia de los criterios de asignación de recursos de cada producto y subproducto estratégico, así como también, evaluar los mecanismos de transferencia de recursos descritos en la sección 3.4.

No existen criterios de asignación de recursos para cada producto y subproducto estratégico, por lo que se evalúa como inexistentes los criterios para ello. En efecto, de acuerdo a la descripción realizada en el punto 3.4.1 “Asignación y transferencia de recursos al COMPIN” la asignación de recursos dentro del Ministerio de Salud se realiza por centro de responsabilidad y subtítulo, y no por producto estratégico. Sin perjuicio de ello y en lo que concierne al proyecto de modernización, éste sí responde al análisis de las necesidades de un subproducto estratégico particular, el cual es “Resolución de LM de trabajadores afiliados a FONASA”.

Específicamente la asignación de estos recursos extraordinarios obtenidos para el Plan Modernización son solicitados a la DIPRES en la formulación presupuestaria de cada año que elabora la SSP desagregados por ítem y, una vez obtenidos en la Ley se transfieren a las SEREMI. Los criterios empleados por la COMPIN para la formulación presupuestaria se basan en el diagnóstico de la Coordinación Nacional respecto de las necesidades más urgentes.

La solicitud adicional de recursos en la formulación presupuestaria basada en el análisis de las necesidades de cada COMPIN, especialmente para la provisión del subproducto estratégico “Resolución de LM de trabajadores afiliados a FONASA”, se evalúa como adecuada por parte de la Consultora, por cuanto refuerza los recursos destinados al subproducto que requiere mayor esfuerzo y trabajo por parte de la COMPIN, basándose en las necesidades de cada comisión al respecto. Sin embargo la Consultora estima que si bien estos criterios son válidos, falta mejorar la aplicación de los mismos, ya que el diagnóstico hasta hora es de carácter subjetivo, al no estar basado en valoraciones cuantitativas de los criterios, lo que no es recomendable.

En relación a la transferencia de recursos, los fondos asignados a la COMPIN (presupuesto base más expansión), tal como se señaló en punto 3.4.1 “Asignación y transferencia de recursos al COMPIN” se realizan como parte de las remesas recibidas por las SEREMI. Por tanto, la COMPIN no cuenta con autonomía para la toma de decisiones en materia de gestión de gastos. Así como tampoco conoce la cantidad de recursos de que dispone.

La evaluación de esta situación es que la gestión y planificación presupuestaria por parte de la COMPIN se dificulta y entorpece, dado que todo requerimiento que implique recursos debe ser solicitado a la SEREMI, no conociéndose la disponibilidad presupuestaria para ello.

Finalmente, respecto de las transferencias realizadas por FONASA para el pago del SIL curativo común, cabe señalar que la triangulación entre FONASA, los Servicios de Salud, y Hospitales descrita en el punto 3.4.3 “Transferencia del SIL curativo común desde FONASA”, se evalúa como una dificultad para la efectiva y eficiente cancelación del subsidio a los beneficiarios.

Un factor que incide en este proceso, es que si bien la transferencia que realiza FONASA a los Servicios de Salud para el pago de SIL es informada en su monto y objeto, este traspaso puede ser transitoriamente usado en otros ítems de atribución de los SS, y luego ser repuesto al final del mes. Si bien no se dispone de evidencia debido a la escasa información entregada por MINSAL y analizada por la Consultora respecto de esta situación, este aspecto fue mencionado por los presidentes de las COMPIN visitadas.

En cuanto a la gestión del cálculo que realiza FONASA a los SS para el pago de las LM descrita en el punto 3.4.3 “Transferencia del SIL curativo común desde FONASA, ésta se evalúa como mejorable. En efecto, la estimación del monto del SIL de cada mes en base a igual mes del año anterior, podría constituir una mejor estimación del monto, entendiendo que el comportamiento epidemiológico de la población es estacional.

#### **6.4. Mecanismos de Auditoría, Análisis de Gasto, Rendición de Cuentas y Transparencia en el Uso de los Recursos.**

**Se evalúa como escasa las auditorías relacionadas con el uso de recursos, lo que se valida con que el 84,6% de los encuestados** (cuestionario 6, anexo 11) respondió no conocer o no haber sido informado sobre auditorías de esta naturaleza. La existencia de auditorías financieras permitiría tener un mejor y mayor control del uso de los recursos. Un beneficio inmediato lo constituiría el poder contar con mayor y más detallada información del gasto propio de las COMPIN así como del uso de los recursos del Plan de Modernización, cuestión que hoy día no es expedita y que constituye un desafío e información de gestión a introducir en el marco de la nueva normativa de transparencia que exige disponer de la información al público en plazos breves.

Tal propuesta acompañada de una administración financiera de sus propios recursos por parte de las Comisiones, permitiría además de lo ya señalado, una mejor gestión de los mismos.

Las COMPIN no pueden analizar su gasto, ya que no cuentan con información desagregada de éste. La información manejada por las SEREMI si bien incluye a las COMPIN, no se encuentra desagregada por ítem. Por otra parte, la información sobre el gasto de COMPIN disponible en el sistema de gestión financiera del Estado (SIGFE) muestra que cada SEREMI aplica criterios distintos para la imputación del gasto de las Comisiones, ya que algunas COMPIN no presentan asignaciones en los subtítulos 21 y 22, lo que significa que están siendo imputadas de otra forma por las SEREMI.

#### **6.5. Actividades y mecanismos de Fiscalización, Seguimiento, Monitoreo y Evaluación.**

El objetivo de esta sección es evaluar las actividades que utilizan las COMPIN para el seguimiento y gestión de la provisión de productos (bienes o servicios),

como asimismo las actividades de fiscalización e instrumentos que se utilizan para velar por el adecuado uso y acceso a los productos (bienes y servicios).

El análisis presentado a continuación se basa en la descripción de las actividades de seguimiento, gestión, control y monitoreo realizada en el punto 3.6 de este informe.

En primer lugar se analizan las actividades de seguimiento y gestión efectuadas para la provisión de productos. Luego se presenta el análisis respecto de las actividades e instrumentos de fiscalización.

#### **6.5.1. Análisis de las actividades de seguimiento y gestión.**

A nivel nacional se dispone de tres instrumentos o herramientas de gestión y seguimiento estandarizadas, que corresponden a: 1) manual de proceso resolución LM, 2) el manual de pesquisas ATEP y 3) el sistema informático FONASA, todos ellos relacionados con la resolución de LM.

El nivel de detalle del manual de resolución de LM es adecuado, ya que permite la comprensión del proceso a cabalidad y a su vez especifica con claridad las tareas que deben ser efectuadas por cada sección y las reglas que rigen las decisiones. Sin embargo, una falencia importante del manual es que no establece plazos máximos para la realización de actividades, y trasposos entre secciones, fuera de los establecidos por ley y que aparecen en el manual. A juicio de esta Consultora debiera completarse el manual estableciendo plazos máximos para la ejecución de cada actividad.

Por su parte el sistema informático FONASA se entiende como una herramienta de seguimiento y gestión toda vez que posee una base de datos cuya información permite lo anterior, asegurando la consistencia de los datos y evitando duplicidades de información. Este sistema permite también automatizar actividades del proceso de resolución de LM, lo que resulta en ahorro de horas hombre y por ende en aumento de la eficiencia. Las tareas automatizadas corresponden a la verificación de afiliación del trabajador a FONASA y el cálculo del monto de los subsidios. Sin embargo, en materia de seguimiento, se observa la carencia de un método que permita filtrar listas de LM por estado de tramitación, y otro que emita mensajes automáticos para el control de las LM en cola a la espera de ser procesadas.

Respecto de los restantes subproductos provistos por la COMPIN, se observa la carencia de un manual oficial y un sistema informático a nivel nacional para la gestión y seguimiento de tramitaciones. Ahora bien, a nivel local en las diferentes Comisiones y Subcomisiones del país, según lo recabado en el cuestionario nº 5 (ver anexo 11), se cuenta con registros y archivos respecto de otros productos tramitados. Sin embargo, en las COMPIN visitadas se constató que las actividades de gestión y seguimiento para los restantes subproductos son reactivas, es decir, se realizan a solicitud del usuario, lo que es evaluado por esta

Consultora como inapropiado, toda vez que debiera ser confeccionado e implementado un plan de seguimiento de tramitación de procesos.

### **6.5.2. Análisis de las actividades y mecanismos de fiscalización.**

Las actividades de fiscalización realizadas por la COMPIN destinadas a asegurar el adecuado uso y acceso a los productos son variadas, entre ellas destacan las evaluaciones de casos en comisión, verificación de antecedentes de acreditación y solicitud de informes médicos complementarios, según la información recopilada a través del cuestionario 5 (ver anexo 11).

La combinación de controles técnicos y administrativos es necesaria para realizar una fiscalización efectiva. En este sentido las actividades de fiscalización realizadas por la COMPIN incluyen controles tanto médicos como administrativos, lo que se evalúa como adecuado.

De conformidad a lo señalado por los Presidentes de COMPIN en el cuestionario 6 (ver anexo 11), las principales materias o áreas de fiscalización corresponden a:

- Resolución de LM
- Cobertura de la Ley 16.744
- Fiscalización de la efectiva y oportuna recepción de antecedentes, por parte de todos los involucrados.

Si bien la fiscalización está presente en la provisión de todos los SPE de la COMPIN, en los últimos años, esta se ha enfatizado en los SPE asociados a LM y ATEP. Lo que se corrobora con el hecho que, los recursos solicitados para el Plan de Modernización, según lo explicitado por la Coordinación Nacional en el documento “Continuidad de la Modernización” entregado por el equipo técnico COMPIN, se han utilizado principalmente para los procesos de fiscalización en estas materias. La focalización de la fiscalización en el subproducto resolución de LM, se evalúa como adecuado dado el gran volumen de LM tramitadas, que absorben gran parte de la capacidad de trabajo de las comisiones.

Respecto a la resolución de las LM, los mecanismos existentes y mencionados en el punto 3.6.2 “actividades y mecanismos de fiscalización y monitoreo” se evalúan como adecuados puesto que, como ya se dijo, combinan los dos aspectos más relevantes de este SPE: control médico y administrativo. Complementariamente, el hecho de contar con un manual de procesos que establezca una forma única de proceder, facilita la fiscalización del mismo.

En cuanto a la cobertura de la ley N° 16.744, se evalúa como adecuada su fiscalización puesto que cuenta con un programa especializado de pesquisa de accidentes laborales y enfermedades profesionales, así como con un manual formal para tal cometido. Lo anterior implica una estandarización de los procedimientos de fiscalización en este SPE.

En relación a la “fiscalización de la efectiva y oportuna recepción de antecedentes por parte de todos los involucrados” se evalúa como deficiente, al no existir un sistema de gestión para el manejo de documentos de cada proceso, por ejemplo, para traslado, archivo, solicitud, respuesta, etc. Esto es avalado por las respuestas al cuestionario 5 (ver anexo 11) en que se señala, por ejemplo: tardanza en entrega de antecedentes, falta de uniformidad en los medios de comunicación de los resultados de las solicitudes; entre otros.

Respecto a la cuantificación del volumen de actividades de fiscalización desarrolladas, no se cuenta con información para todos los productos a nivel nacional. La información que el Ministerio de Salud puso a disposición del estudio se refiere básicamente a la fiscalización de las LM, materia en que, como se mencionó anteriormente, la COMPIN realiza mayores esfuerzos en fiscalizar. A este respecto se observa una evolución positiva tanto del número como porcentaje de licencias médicas fiscalizadas a partir del año 2000, lo que refleja los esfuerzos realizados en esta área. En concreto el número LM fiscalizadas en el país ha aumentado desde 33.002 a 581.611, entre los años 2000 y 2007. El porcentaje de LM fiscalizadas respecto de las tramitadas ha crecido desde el 4% al 17.49% en el mismo periodo y en particular aumentó un 58.8% entre el 2006 y 2007.

En la tabla presentada a continuación se muestra el número y porcentaje de LM fiscalizadas por región en los primeros dos trimestres entre los años 2006 - 2008.

**Tabla II.18. Aumento de LM fiscalizadas por región**

REGION	COMPIN	1er y 2do trimestre 2006			1er y 2do trimestre 2007			1er y 2do trimestre 2008		
		LM tramitadas	LM Fiscalizadas	% Aumento fiscalización respecto año anterior	LM tramitadas	LM Fiscalizadas	% Aumento fiscalización respecto año anterior	LM tramitadas	LM Fiscalizadas	% Aumento fiscalización respecto año anterior
XV	Arica y Parinacota	-	-	-	-	-	-	17.502	3.616	s.d
I	Tarapacá	40.965	4.896	-10,4%	48.428	7.000	43,0%	33.939	6.799	-2,9%
II	Antofagasta	41.036	6.211	30,8%	48.267	3.553	-42,8%	53.573	13.219	272,1%
III	Atacama	22.815	3.030	109,7%	24.603	4.196	38,5%	32.443	5.399	28,7%
IV	Coquimbo	33.375	7.229	48,2%	40.107	10.659	47,4%	45.563	12.211	14,6%
V	Valparaíso	102.856	13.797	76,0%	143.789	21.124	53,1%	168.731	33.404	58,1%
VI	O'Higgins	49.434	3.033	-12,0%	118.093	7.364	142,8%	91.054	14.472	96,5%
VII	Maule	44.175	9.267	39,1%	71.310	12.073	30,3%	86.289	17.713	46,7%
VIII	Concepción	137.417	21.713	19,1%	155.999	26.424	21,7%	182.071	34.534	30,7%
IX	Temuco	41.458	4.789	-13,9%	46.950	4.015	-16,2%	55.634	12.609	214,0%
XVI	Los Ríos	-	-	-	-	-	-	17.243	4.204	-
X	Los Lagos	61.850	11.361	61,6%	78.534	8.070	-29,0%	70.904	15.674	94,2%



XI	Aysén	10.006	1.785	398,6%	13.852	1.837	2,9%	15.570	3.562	93,9%
XII	Magallanes	12.721	3.118	175,7%	15.454	3.111	-0,2%	19.776	4.606	48,1%
XIII	RM	570.981	83.406	82,7%	775.672	160.654	92,6%	751.948	149.532	-6,9%
<b>TOTAL PAÍS</b>		<b>1.169.089</b>	<b>173.635</b>	<b>-34,0%</b>	<b>1.581.058</b>	<b>270.080</b>	<b>55,5%</b>	<b>1.642.240</b>	<b>331.554</b>	<b>22,8%</b>

Fuente: Elaboración Consultora CEAL –PUCV con datos entregados por Coordinación Nacional.

De la tabla anterior se desprende que el aumento de LM fiscalizadas no presenta un comportamiento uniforme entre regiones y en el tiempo. Las regiones Tarapacá, Atacama, Coquimbo, Valparaíso, O'Higgins, Maule, Concepción y Aysén han aumentado año a año el número de LM fiscalizadas en los dos primeros trimestres. De éstas, sólo las regiones de Tarapacá<sup>90</sup> y Concepción han aumentado progresivamente en el transcurso del tiempo el porcentaje de LM fiscalizadas durante los dos primeros trimestres de cada año.

A nivel nacional se observa que en el año 2006 existió una baja en el número de LM fiscalizadas en los dos primeros trimestres de ese año respecto al año anterior. Lo que, según lo señalan los resultados respecto del total de LM fiscalizadas en el año fue compensado en los siguientes dos trimestres del año, ya que el número de LM fiscalizadas aumentó desde 263.1559 en 2005 a 366.356 en 2006.

Se debe tener presente que la COMPIN ha enfocado la fiscalización de LM en grupos de "riesgo". En este sentido, se ha mantenido una especial preocupación por el incremento del gasto en los subsidios de trabajadores afiliados a C.C.A.F de tal manera que, se ha establecido como meta que el 60% de la fiscalización debe dirigirse a licencias de afiliados a C.C.A.F<sup>91</sup>. Por otra parte, el desarrollo de la segunda opinión especializada vía externalización para el control del uso de la LM en patologías de Salud Mental y Osteomusculares, corresponden a iniciativas en la línea de focalización del peritaje en patologías que requieren de mayor análisis y complementación técnica para mejor resolver.

En relación con la decisión de focalizar la fiscalización en grupos de "riesgo" o realizar una fiscalización aleatoria, se debe tener presente que el control basado en muestras aleatorias es recomendable cuando no se conoce el comportamiento de la población, o bien, cuando se quiere hacer un análisis descriptivo de ésta. En cambio, el control por grupo de "riesgo" requiere conocer el comportamiento de la población y tener identificados dichos grupos de riesgo; la ventaja de este tipo de control es que centra los esfuerzos tanto económicos como humanos, en atacar los problemas ya reconocidos.

Respecto a la fiscalización de LM en COMPIN, la Consultora evalúa como positiva la utilización del control basado en grupos de "riesgo", sin embargo estima que los

<sup>90</sup> Para el análisis se considera en el 2008 que las LM fiscalizadas en la región de Tarapacá corresponden a la suma de de LM fiscalizadas de las regiones de Tarapacá y Arica y Parinacota.

<sup>91</sup> Extraído de documento de la Coordinación Nacional de COMPIN: "COMPIN: Continuidad de la Modernización".

grupos de riesgo deben ser definidos primero a través de un control aleatorio que permita: tener una visión global, identificar patologías que tienen mayor “riesgo” y definir patrones de comportamiento, que consideren las características propias o particularidades de cada región.

#### **6.6. Mecanismos de selección de beneficiarios.**

La COMPIN no presenta mecanismos de selección de beneficiarios. La razón de la afirmación anterior radica en el hecho que la COMPIN realiza sus funciones sobre la base de un marco jurídico legal que le es impuesto. No se contempla, entre las atribuciones que dicho marco otorga, la facultad de discriminar, ni positiva ni negativamente, entre los usuarios.

Sobre el particular, la COMPIN sólo puede ejercer sus atribuciones prestando el servicio que el Estado le encomienda, no pudiendo discriminar por género, edad, condición u otra característica entre los usuarios que requieren de sus servicios, pues ello sería atentar contra las garantías de salud que se establecen a nivel constitucional, pudiendo el particular afectado recurrir por la vía del recurso de protección para hacer valer la falta de la prestación cuestionada. Sin perjuicio de lo anterior, si dicha falta en la prestación del servicio implicara un daño a la persona cuya solicitud no fue atendida, podría incluso llegar a reclamarse una eventual responsabilidad extra contractual del Estado por falta de servicio, debiendo el organismo afectado (siendo este la SEREMI para el caso en particular) prestar la indemnización que fijare la justicia. Es por ello que la COMPIN carece de facultades de selección de beneficiarios, debiendo ejercer las prestaciones que otorga para todos los ciudadanos del país en la misma forma, plazos y condiciones.

### **7. Análisis del Presupuesto y Disciplina Financiera.**

#### **7.1.1. Análisis estructura global del presupuesto.**

En el presente apartado corresponde analizar la estructura global del presupuesto de COMPIN.

A continuación se muestran los antecedentes el presupuesto total de las COMPIN por ítem para los años 2007-2009.

Tabla II.21. Presupuesto COMPIN años 2007-2009

Año	Personal	Presupuesto Total en miles de pesos 2008					Total
		% del Ppto. destinado a Personal	Bienes y Servicios de Consumo	% del Ppto. destinado a Bienes y Servicios de consumo	Inversión	% del Ppto. destinado a Inversión	
2007	766.935	70,3%	155.250	14,2%	168.084	15,4%	\$ 1.090.269
2008	2.344.697	71,8%	625.393	19,2%	295.475	9,0%	\$ 3.265.565
2009	2.929.522	67,7%	1.243.253	28,7%	153.267	3,5%	\$ 4.326.042
<b>Total</b>	<b>\$ 6.041.154</b>	<b>69,6%</b>	<b>\$ 2.023.896</b>	<b>23,3%</b>	<b>\$ 616.826</b>	<b>7,1%</b>	<b>\$ 8.681.876</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de datos entregados por Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud.

El presupuesto total de COMPIN aumentó un 397% en el periodo 2007-2009. De la tabla II.19 se desprende que cerca del 70% de los recursos destinados a COMPIN entre los años 2007 - 2009 fueron asignados a personal, lo que demuestra la importancia de este ítem en la estructura presupuestaria de las Comisiones. En cuanto a los recursos destinados en el mismo periodo a bienes y servicios de consumo, éstos conformaron el segundo ítem de importancia dentro del presupuesto de COMPIN. La asignación de recursos a inversión en promedio durante los años 2007-2009 fue porcentualmente marginal, equivalente al 7.1%.

La Consultora no obtuvo información respecto de la distribución regional del presupuesto.

### 7.1.2. Gasto de COMPIN.

En el presente apartado se presenta el gasto de la COMPIN en el periodo comprendido entre los años 2007 – 2009, de acuerdo a la información enviada por la Subsecretaría de Salud Pública.

El gasto de COMPIN tiene las siguientes fuentes de financiamiento:

- a) **Programa COMPIN:** recursos específicos otorgados por Hacienda desde el año 2007, tanto en marco comunicado como expansión, en donde, dichos fondos son administrados por la Coordinación Nacional de COMPIN dependiente de la División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE) y entregados a cada región según sus necesidades detectadas.

De estos fondos se dejan recursos para la ejecución en el nivel central (talleres nacionales, insumos, pasajes, planes de contingencias, proyectos y estudios

de modernización, entre otros), los cuales finalmente son en directo beneficio del quehacer regional.

- b) **Operación corriente regiones:** son recursos que las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud han financiado desde la reforma del año 2005 y que dicen relación principalmente a gastos de notificaciones, correos, gastos básicos, arriendos, compras de servicios de digitación principalmente (que no estén autorizados en punto a), entre otros.
- c) **Otros recursos asignados por la Subsecretaría de Salud Pública:** dado que los recursos asignados son escasos, la autoridad ha definido destinar recursos adicionales del presupuesto de la Subsecretaría para la realización de actividades necesarias en las regiones (Planes de Acción Regional y contingencias).
- d) **Recursos adicionales entregados por Hacienda:** recursos específicos de PASIS para el año 2008 y Plan 90 días para el año 2009.
- e) **Financiamiento de otras instituciones:** desde la reforma existen instalaciones y funcionarios que continúan siendo financiadas por los Servicios de Salud (principalmente las Unidades de Licencias Médicas de los hospitales), y minoritariamente algunos casos por la Municipalidad.

Las siguientes tablas muestran el gasto real a la fecha y el estimado para el año (2009), el cual incluye todas las fuentes de financiamiento señaladas anteriormente. En el anexo 14, se presenta la metodología empleada por la Subsecretaría para el cálculo del gasto.

Tabla II.22. Gasto COMPIN año 2009

TOTAL SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA	Subtítulo	Subsecretaría de Salud Pública		TOTAL
		Programático COMPIN SIGFE	Operación corriente (estimado)	
	21 Gastos en Personal	408.278	5.556.774	5.965.052
	22 Bienes y Servicios de Consumo	1.190.969	1.740.107	2.931.076
	29 Activos no Financieros	32.900	56.397	89.297
	<b>TOTAL</b>	<b>1.632.147</b>	<b>7.353.278</b>	<b>8.985.425</b>

TOTAL SERVICIOS DE SALUD	Subtítulo	Servicios de Salud	TOTAL
		21 Gastos en Personal	2.582.525
22 Bienes y Servicios de Consumo	140.348	140.348	
29 Activos no Financieros	12.000	12.000	
	<b>TOTAL</b>	<b>2.734.873</b>	<b>2.734.873</b>

TOTAL GASTO COMPIN	Subtítulo	TOTAL
		21 Gastos en Personal
22 Bienes y Servicios de Consumo	3.071.424	
29 Activos no Financieros	101.297	
	<b>TOTAL</b>	<b>11.720.298</b>

Fuente: Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud.

Tabla II.23. Gasto COMPIN año 2008

TOTAL SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA	Subtítulo	Subsecretaría de Salud Pública		TOTAL
		Programático COMPIN SIGFE	Operación corriente (estimado)	
	21 Gastos en Personal	408.278	4.971.949	5.380.227
	22 Bienes y Servicios de Consumo	573.109	1.740.107	2.313.216
	29 Activos no Financieros	175.108	56.397	231.505
	<b>TOTAL</b>	<b>1.156.495</b>	<b>6.768.453</b>	<b>7.924.948</b>

TOTAL SERVICIOS DE SALUD	Subtítulo	Servicios de Salud	TOTAL
		21 Gastos en Personal	2.582.525
22 Bienes y Servicios de Consumo	140.348	140.348	
29 Activos no Financieros	12.000	12.000	
	<b>TOTAL</b>	<b>2.734.873</b>	<b>2.734.873</b>

TOTAL GASTO COMPIN	Subtítulo	TOTAL
		21 Gastos en Personal
22 Bienes y Servicios de Consumo	2.453.564	
29 Activos no Financieros	243.505	
	<b>TOTAL</b>	<b>10.659.821</b>

Fuente: Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud.

**Tabla II.24. Gasto COMPIN año 2007**

TOTAL SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA	Subtítulo	Subsecretaría de Salud Pública		TOTAL
		Programático COMPIN SIGFE	Operación corriente (estimado)	
	21 Gastos en Personal	408.278	3.394.187	3.802.465
	22 Bienes y Servicios de Consumo	102.966	1.740.107	1.843.073
	29 Activos no Financieros	47.717	56.397	104.114
	<b>TOTAL</b>	<b>558.961</b>	<b>5.190.691</b>	<b>5.749.652</b>

TOTAL SERVICIOS DE SALUD	Subtítulo	Servicios de Salud	TOTAL
		21 Gastos en Personal	2.582.525
22 Bienes y Servicios de Consumo	140.348	140.348	
29 Activos no Financieros	12.000	12.000	
	<b>TOTAL</b>	<b>2.734.873</b>	<b>2.734.873</b>

TOTAL GASTO COMPIN	Subtítulo	TOTAL
		21 Gastos en Personal
22 Bienes y Servicios de Consumo	1.983.421	
29 Activos no Financieros	116.114	
	<b>TOTAL</b>	<b>8.484.525</b>

Fuente: Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud.

Por último, cabe señalar que este análisis de gasto no considera inversiones a través del subtítulo 31 (Inversión sectorial), ya que los años anteriores al 2009 COMPIN no tuvo asignación de recursos por este concepto. En el año 2009 existe recursos asignados para los Estudios Preinversionales por un monto de M\$198.754- Decreto N° 504 y 505 del 14/05/2009.

## 7.2. Análisis y explicación del comportamiento del gasto en licencias médicas y sus variables.

En Chile las enfermedades que pueden dar origen a una Licencia Médica, cubiertas por el denominado Subsidio de Incapacidad Laboral<sup>92</sup>, son clasificadas según la tipología mostrada en la tabla II.25.

Tabla II.25. Categorización empleada para enfermedades que dan origen a LM

Tipo LM	Categoría
1	Enfermedad o accidente común
2	Prórroga medicina preventiva
3	Licencia maternal pre y posnatal
4	Enfermedad grave del niño menor de un año
5	Accidente del trabajo o del trayecto
6	Enfermedad profesional
7	Patología del embarazo

Fuente: Resolución exenta número 790 del MINSAL, Sept. 2002, “Nuevo formulario de LM”

El gasto generado por estos siete tipos de LM se agrupa en tres tipos de SIL, de acuerdo a la clasificación que emplea la base de datos de FONASA, cuyo criterio es el origen de los fondos para el pago del respectivo subsidio.

- **SIL por Enfermedad y Medicina Curativa** que incluye los tipos de LM: Enfermedad o accidente común, prórroga medicina preventiva y patologías del embarazo financiado por FONASA e ISAPRES.
- **SIL por Reposo Maternal y Enfermedad Grave Niño Menor de un Año** incluye los tipos de LM: Licencia maternal pre y posnatal y enfermedad grave del niño menor a un año financiado por el Fondo Único de Prestaciones Familiares.
- **SIL de Origen Profesional** incluye los tipos de LM: Accidentes del trabajo o trayecto y enfermedad profesional financiado por el ISL (Instituto de Seguridad Laboral) y por las Mutuales.

<sup>92</sup> SIL cubre a trabajadores afiliados de FONASA e ISAPRE, dependientes e independientes para el caso de licencias de Origen Común y Maternal; para el caso de licencias de Origen Profesional cubre a trabajadores dependientes, estudiantes en práctica remunerada, funcionarios públicos del estado, y los trabajadores independientes que coticen individualmente.

A continuación se describe la evolución del gasto en subsidios por incapacidad laboral en el periodo comprendido entre los años 2002 - 2007, el que no incluye el SIL de origen laboral. La composición del gasto en subsidios por incapacidad laboral se presenta en el punto 7.3 “Estimación de la Composición del Gasto en Subsidios de Incapacidad Laboral”.

La descripción y análisis presentados a continuación corresponden a la actualización del estudio “Análisis del Gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral y sus Determinantes” realizado por el Departamento de Estudios de Finanzas Públicas de la Dirección de Presupuesto del Ministerio de Hacienda en diciembre del año 2001, autores Jorge Rodríguez C. y Marcelo Tokman R. Se realiza además una comparación entre las proyecciones de gasto hachas por este estudio y el gasto efectivo en el periodo 2002 – 2007.

En el período 2002 – 2007 existió un aumento de un 47,9% en el gasto total por concepto de Subsidios por Incapacidad Laboral, considerando tanto el Subsidio Maternal y Enfermedad Grave de Niño Menor a Un Año, lo que corresponde a cargo fiscal, como el Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa con cargo al régimen de prestaciones de salud, que incluye al sistema público y privado.

Se aprecia que el gasto total en cuestión creció en el periodo de análisis a una tasa promedio de 8,5% anual. Si bien el gasto en Subsidio Maternal y Enfermedad Grave de Niño Menor a Un Año representa en promedio el 9,9% y 19% respectivamente del gasto agregado, el peso relativo ha ido en disminución, pasando de ser el 11,1% y 19,9% del gasto total en 2002 a un 9,9% y 17,1% respectivamente en 2007. Esto se debe a un crecimiento menor del gasto en Subsidio por Reposo Maternal y Enfermedad Grave de Niño Menor a Un Año (31,9% y 27,3% respectivamente en el periodo analizado), en comparación al gasto en Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa (56,4%).

**Tabla II.26. Gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral según Tipo de Subsidio (M\$ 2009)**

<b>Año</b>	<b>Subsidio por enfermedad y medicina curativa</b>	<b>Subsidio Enfermedad Grave Niño Menor a 1 año</b>	<b>Subsidio por Reposo Maternal</b>	<b>Total anual</b>
2002	\$ 271.483.105	\$ 43.868.510	\$ 78.316.889	\$ 393.668.503
2003	\$ 269.060.568	\$ 42.644.150	\$ 77.864.508	\$ 389.569.227
2004	\$ 268.724.249	\$ 34.445.647	\$ 79.331.998	\$ 382.501.895
2005	\$ 315.573.462	\$ 39.720.862	\$ 83.527.472	\$ 438.821.796
2006	\$ 379.366.573	\$ 47.506.222	\$ 90.322.898	\$ 517.195.692
2007	\$ 424.569.787	\$ 57.853.390	\$ 99.732.386	\$ 582.155.562
Cambio 2002-2007 (%)	56,4%	31,9%	27,3%	47,9%

**Fuente: Superintendencia de Seguridad Social.**

### **7.2.1. Evolución del Gasto en Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa.**



De acuerdo a cifras de la Superintendencia de Seguridad Social, en 2007 el país destinó \$424.569 millones (\$ 2009) al pago de Subsidios de Enfermedad y Medicina Curativa. Esta cifra representa un crecimiento agregado de 56,4% con respecto al año 2002, sin embargo se observan tasas de crecimiento diferenciadas al analizar el gasto en que incurren las distintas entidades administradoras (Servicios de Salud, CCAF e Isapres).

Se destaca el mayor crecimiento del gasto incurrido por los cotizantes de Fonasa, en contraste con los cotizantes de Isapres (108,4% y 15,5%, respectivamente). Este crecimiento fue especialmente acelerado en los años 2006 y 2007. Por su parte el gasto de Isapres evidenció una disminución entre 2002, 2003 y 2004 (disminución de 3,01% y 5,45%), lo que llevó a disminuir el gasto agregado en dichos años. Del mismo modo el gasto de las Isapres pasa de tener un peso relativo de 55,9% en el año 2002, a 49,1% en el 2007, debido al acelerado crecimiento del gasto de Fonasa, que ha pasado de representar el 44,1% del gasto total (año 2002) a un 50,9% (año 2007).

**Tabla II.27. Gasto en Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa (M\$ 2009)**

Año	FONASA			Isapre	Total
	Servicio de Salud	CCAF	Subtotal		
2002	\$ 40.453.817	\$ 79.150.478	\$ 119.604.295	\$ 151.878.810	\$ 271.483.105
2003	\$ 40.692.632	\$ 81.061.377	\$ 121.754.009	\$ 147.306.559	\$ 269.060.568
2004	\$ 40.540.018	\$ 88.909.101	\$ 129.449.118	\$ 139.275.131	\$ 268.724.249
Año	FONASA			Isapre	Total
	Servicio de Salud	CCAF	Subtotal		
2005	\$ 46.453.811	\$ 110.799.725	\$ 157.253.536	\$ 158.319.926	\$ 315.573.462
2006	\$ 56.494.470	\$ 147.795.275	\$ 204.289.745	\$ 175.076.827	\$ 379.366.573
2007	\$ 63.903.443	\$ 185.304.955	\$ 249.208.398	\$ 175.361.389	\$ 424.569.787
Cambio 2002-2007 (%)	58,0%	134,1%	108,4%	15,5%	56,4%

Fuente: Superintendencia de Seguridad Social.

El gasto en Subsidios por Enfermedad y Medicina Curativa se puede descomponer como el producto del número total de días de subsidio pagados y el monto promedio diario pagado.

En el año 2007 se pagaron más de 31.644.604 de días de subsidio, lo que corresponde a un crecimiento de un 72% respecto al año 2002. El incremento del número de días de subsidio pagados de Fonasa fue de un 96,8% (concentrado especialmente entre los años 2006 y 2007), mientras que en el caso de las Isapres los días de subsidio aumentaron en un 22,7%.

Otra conclusión que desprende del análisis es que en el año 2007, el 76,2% del total de días de subsidio pagados corresponde a Fonasa. Sin embargo el monto promedio diario pagado por Fonasa es significativamente menor al pagado por las Isapres (\$10.342 versus \$23.235 en 2007). Esto se asocia a que los cotizantes de

Isapres tienen en promedio mayores remuneraciones que los cotizantes de Fonasa, aun cuando el monto promedio diario pagado a estos últimos disminuyó en un 10,9% en el año 2007 respecto al 2006.

**Tabla II.28. Número de días de Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa Pagados**

Año	FONASA			Isapre (a)	Total
	Servicio de Salud	CCAF	Subtotal		
2002	4.693.906	7.553.512	12.247.418	6.149.274	18.396.692
2003	4.586.934	8.095.374	12.682.308	6.000.441	18.682.749
2004	4.454.073	8.647.603	13.101.676	5.404.021	18.505.697
2005	5.008.336	10.667.633	15.675.969	5.901.939	21.577.908
2006	5.789.189	13.862.458	19.651.647	6.713.855	26.365.502
2007	6.709.418	17.387.977	24.097.395	7.547.209	31.644.604
Cambio 2002-2007 (%)	42,9%	130,2%	96,8%	22,7%	72,0%

**Fuente: Superintendencia de Seguridad Social, salvo en a).**

**a) Fuente: Superintendencia de Salud.**

**Tabla II.29. Monto Promedio Pagado por Día de subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa (M\$ 2009)**

Año	FONASA			Isapre	Total
	Servicio de Salud	CCAF	Subtotal		
2002	\$ 8.618	\$ 10.479	\$ 9.766	\$ 24.699	\$ 14.757
2003	\$ 8.871	\$ 10.013	\$ 9.600	\$ 24.549	\$ 14.402
2004	\$ 9.102	\$ 10.281	\$ 9.880	\$ 25.772	\$ 14.521
2005	\$ 9.275	\$ 10.387	\$ 10.032	\$ 26.825	\$ 14.625
2006	\$ 9.759	\$ 10.662	\$ 10.396	\$ 26.077	\$ 14.389
2007	\$ 9.524	\$ 10.657	\$ 10.342	\$ 23.235	\$ 13.417
Cambio 2002-2007 (%)	10,5%	1,7%	5,9%	-5,9%	-9,1%

Fuente: Elaboración Propia basado en tablas 27 y 28.

A continuación se realiza el análisis que resulta de descomponer el número total de días de subsidio pagados como el producto del número de subsidios iniciados y la duración de dichos subsidios (Número total de días de subsidio pagados = número de subsidios iniciados x duración promedio subsidios).

Para el número de subsidios pagados (total de licencias autorizadas, ampliadas y reducidas), se verifica un crecimiento de 56,6% entre 2002 y 2007. Esta cifra implica que en promedio cada año existe un aumento de un 9,5% de licencias pagadas respecto al año precedente.

En cuanto a la participación de Fonasa y las Isapres se desprende que el mayor crecimiento del período corresponde al primero, con un aumento de 92,3%, liderado por las CCAF con un 131,3% de incremento. Mientras que las Isapres experimentaron un aumento de 17,5% en el número de subsidios iniciados.

**Tabla II.30. Número de Subsidios por Enfermedad y Medicina Curativa Pagados**

Año	FONASA			Isapre (a)	Total
	Servicio de Salud	CCAF	Subtotal		
2002	295.954	495.643	791.597	724.607	1.516.204
2003	300.577	551.182	851.759	658.979	1.510.738
2004	303.748	658.066	961.814	685.076	1.646.890
2005	321.434	773.213	1.094.647	700.915	1.795.562
2006	353.784	932.986	1.286.770	747.466	2.034.236
2007	376.211	1.146.188	1.522.399	851.432	2.373.831
Cambio 2002-2007 (%)	27,1%	131,3%	92,3%	17,5%	56,6%

Fuente: Superintendencia de Seguridad Social, salvo en a).

a) Fuente: Superintendencia de Salud. Estadísticas de Licencias Médicas (1991-2000), Archivo Maestro de Licencias Médicas y SIL (2001-2007). Corresponde al total de licencias pagadas (autorizadas, ampliadas y reducidas). No se dispone de la clasificación "subsidio iniciado".

**Tabla II.31. Duración Promedio de Subsidios por Enfermedad y Medicina Curativa Pagados (Días)**

Año	FONASA			Isapre	Total
	Servicio de Salud	CCAF	Subtotal		
2002	15,86	15,24	15,47	8,49	12,13
2003	15,26	14,69	14,89	9,11	12,37
2004	14,66	13,14	13,62	7,89	11,24
2005	15,58	13,80	14,32	8,42	12,02
2006	16,36	14,86	15,27	8,98	12,96
2007	17,83	15,17	15,83	8,86	13,33
Cambio 2002-2007 (%)	12,4%	-0,5%	2,3%	4,5%	9,9%

**Fuente: Elaboración Propia basado en tablas 28 y 30.**

En cuanto a la duración promedio de los subsidios (total de días de subsidio pagados/ número de subsidios iniciados), entre los años 2002 y 2007 se observa que éste se mantiene prácticamente invariable para las CCAF (-0,5%), mientras que para los Servicios de Salud aumenta en 12,4%.

En términos agregados la duración promedio se incrementa de 12,1 días (en 2002) a 13,3(en 2007). Ahora bien por entidad pagadora se aprecian diferencias, en efecto en el año 2007 la duración promedio de los subsidios pagados a los cotizantes de Servicios de Salud es de 17, 8 días, para los cotizantes de CCAF es de 15,8 días, mientras que en las Isapres este valor es igual a 8,9 días.

Cabe destacar que en el caso de las CCAF, ha aumentado el número de los subsidios pagados (131%) y no así la duración asociada a éstos en el periodo de análisis.

Finalmente, de acuerdo a lo planteado en el estudio “Análisis del Gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral y sus Determinantes”, la Tasa de Incapacidad Laboral (TIL), definida como el número de días de subsidio pagados anualmente por cotizante<sup>93</sup>, se considerará como una medida de la intensidad de uso que se hace de los Subsidios por Enfermedad y Medicina Curativa.<sup>94</sup>

En cuanto al número total de cotizantes, se observa que éste aumenta en un 23,2% en el período 2002-2007, creciendo en todos los años analizados con excepción de 2004. En forma desagregada, el número de cotizantes de Isapre aumentó en un 4% en el periodo, mientras que los cotizantes Fonasa aumentaron en un 33,2% (explicado por el aumento del 56,9% de los cotizantes afiliados a CCAF y la caída del 2,2% de los cotizantes Fonasa no adscritos a CCAF (SIL pagado a través de los Servicios de Salud).

<sup>93</sup> Cabe notar que la TIL, que representa el número de días de subsidio pagados por cotizante, difiere del número total de días de licencia por cotizante debido a la carencia de 3 días que rige sobre las licencias de 10 o menos días.

<sup>94</sup> La TIL representa el efecto intensidad de uso del subsidio, el que depende de factores epidemiológicos y del abuso del beneficio más allá de las razones médicas.

**Tabla II.32. Número de Cotizantes por Entidad Pagadora**

Año	FONASA (a)			Isapre (b)	Total
	No CCAF (SIL pagados por Servicio de Salud)	CCAF	Subtotal		
2002	981.281	1.463.157	2.444.438	1.276.648	3.721.086
2003	1.086.805	1.572.699	2.659.504	1.247.491	3.906.995
2004	933.478	1.708.383	2.641.861	1.224.454	3.866.315
2005	927.857	1.908.783	2.836.640	1.241.018	4.077.658
2006	897.432	2.104.443	3.001.875	1.259.059	4.260.934
2007	959.914	2.296.119	3.256.033	1.327.623	4.583.656
Cambio 2002-2007 (%)	-2,2%	56,9%	33,2%	4,0%	23,2%

a) Fuente: Superintendencia de Seguridad Social

b) Fuente: Web Superintendencia de Salud

Respecto a la TIL, existe un crecimiento de 39,6% en el período, pasando de 4,9 días al año por cotizante (en 2002), a 6,9 (en 2007). Al analizar este indicador para las distintas entidades pagadoras se aprecian diferencias en su comportamiento. En efecto, para el caso de las Isapres el TIL aumenta en un 18%, mientras que en las CCAF y en Servicios de Salud crece un 46,7% y un 46,1% respectivamente.

Dada la variación del 18% en el TIL de los cotizantes de Isapres, se puede afirmar que el crecimiento de este indicador (39,6%) ha dependido principalmente del aumento del mismo asociado a los cotizantes de Fonasa (47,7%).

**Tabla II.33. Tasa de Incapacidad Laboral por concepto de Subsidios por Enfermedad y Medicina Curativa**

Año	FONASA (a)			Isapre (b)	Total
	Servicio de Salud	CCAF	Subtotal		
2002	4,8	5,2	5,0	4,8	4,9
2003	4,2	5,1	4,8	4,8	4,8
2004	4,8	5,1	5,0	4,4	4,8
2005	5,4	5,6	5,5	4,8	5,3
2006	6,5	6,6	6,5	5,3	6,2
2007	7,0	7,6	7,4	5,7	6,9
Cambio 2002-2007 (%)	46,1%	46,7%	47,7%	18,0%	39,6%

Fuente: Elaboración Propia basado en tablas 28 y 32.

**Tabla II.34. Ingreso Imponible Promedio Diario de los Cotizantes (\$ 2009)**

Año	FONASA			Isapre (b)	Total
	Servicio de Salud (a)	CCAF (a)	Subtotal		
2002	\$ 6.670	\$ 9.293	\$ 8.240	\$ 22.310	\$ 13.067
2003	\$ 6.746	\$ 9.398	\$ 8.314	\$ 23.004	\$ 13.004
2004	\$ 7.178	\$ 10.223	\$ 9.147	\$ 23.371	\$ 13.651
2005	\$ 7.601	\$ 9.957	\$ 9.186	\$ 24.422	\$ 13.823
2006	\$ 7.476	\$ 10.287	\$ 9.447	\$ 25.149	\$ 14.087
2007	\$ 6.968	\$ 10.245	\$ 9.279	\$ 25.772	\$ 14.056
Cambio 2002-2007 (%)	4,5%	10,2%	12,6%	15,5%	7,6%

a) Fuente: INP. b) Fuente: Web Superintendencia de Salud.

Por último, los ingresos imponderables promedio han aumentado en un 7,6% en el período. Al analizar este valor por entidad pagadora se tiene un comportamiento dispar. En efecto para las Isapres el ingreso aumenta en un 16%, mientras que para las CCAF el aumento es de un 10,2% y en el caso de los Servicios de Salud sólo llega a un 4,5%.

## 7.2.2. Evolución del Gasto en Subsidio por Reposo Maternal

En 2007 el país destinó un total de \$ 99.732 millones (\$ 2009) al pago de Subsidios por Reposo Maternal, gasto que creció en un 27,3% entre 2002 y 2007.

El gasto de este subsidio asociado a los cotizantes de Fonasa aumentó en un 61,9%, mientras para las Isapres el incremento del periodo fue sólo de 7,2%. Es importante destacar que ha existido un cambio en la participación relativa de las entidades pagadoras en este tipo de gasto. En el año 2002, el 36,8% del gasto por reposo maternal fue pagado a cotizantes Fonasa, mientras que en el año 2007 representó el 46,7%.

**Tabla II.35. Gasto en Subsidio por Reposo Maternal (M\$ 2009)**

Año	FONASA			Isapre	Total
	Servicio de Salud	CCAF	Subtotal		
2002	\$ 10.666.916	\$ 18.129.343	\$ 28.796.259	\$ 49.520.629	\$ 78.316.889
2003	\$ 11.136.872	\$ 21.175.665	\$ 32.312.537	\$ 45.551.971	\$ 77.864.508
2004	\$ 11.531.452	\$ 23.380.921	\$ 34.912.372	\$ 44.419.626	\$ 79.331.998
2005	\$ 11.589.932	\$ 26.497.881	\$ 38.087.812	\$ 45.439.660	\$ 83.527.472
2006	\$ 12.339.644	\$ 29.455.764	\$ 41.795.409	\$ 48.527.489	\$ 90.322.898
2007	\$ 13.105.007	\$ 33.519.688	\$ 46.624.696	\$ 53.107.690	\$ 99.732.386
Cambio 2002-2007 (%)	22,9%	84,9%	61,9%	7,2%	27,3%

Fuente: Superintendencia de Seguridad Social.

Haciendo un análisis similar al del gasto por Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa, se tiene que en el año 2007 se pagaron más de 8,3 millones de días de subsidio por Reposo Maternal, creciendo el total de días pagados en el periodo 2002-2007 un 18,8%.

Es importante destacar que por una parte en Fonasa ha aumentado en un 41,9% el número de días de subsidio por reposo maternal pagados, mientras que por otra parte las Isapres lo han disminuido en un 19,4%.

**Tabla II.36. Número de días de Subsidio por Reposo Maternal Pagados**

Año	FONASA			Isapre	Total
	Servicio de Salud	CCAF	Subtotal		
2002	1.924.615	2.463.996	4.388.611	2.652.814	7.041.425
2003	1.981.965	2.942.476	4.924.441	2.468.988	7.393.429
2004	1.980.136	2.975.692	4.955.828	2.100.258	7.056.086
2005	1.988.980	3.308.128	5.297.108	2.034.776	7.331.884

Año	FONASA			Isapre	Total
	Servicio de Salud	CCAF	Subtotal		
2006	2.061.463	3.637.319	5.698.782	2.122.850	7.821.632
2007	2.104.187	4.125.000	6.229.187	2.139.290	8.368.477
Cambio 2002-2007 (%)	9,3%	67,4%	41,9%	-19,4%	18,8%

Fuente: Superintendencia de Seguridad Social

En cuanto al monto promedio pagado por día, en términos agregados se aprecia un crecimiento de 7,2% en el período de estudio.

El comportamiento de este indicador es diferente entre las entidades pagadoras, mientras el de Isapres aumenta en un 33%, el de las CCAF lo hace en un 12,4% y los Servicios de Salud en un 10,4%.

Tabla II.37. Monto Promedio pagado por día Subsidio por Reposo Maternal (\$ 2009)

Año	FONASA			Isapre	Total
	Servicio de Salud	CCAF	Subtotal		
2002	\$ 5.542	\$ 7.358	\$ 6.562	\$ 18.667	\$ 11.122
2003	\$ 5.619	\$ 7.197	\$ 6.562	\$ 18.450	\$ 10.532
2004	\$ 5.824	\$ 7.857	\$ 7.045	\$ 21.150	\$ 11.243
2005	\$ 5.827	\$ 8.010	\$ 7.190	\$ 22.332	\$ 11.392
2006	\$ 5.986	\$ 8.098	\$ 7.334	\$ 22.860	\$ 11.548
2007	\$ 6.228	\$ 8.126	\$ 7.485	\$ 24.825	\$ 11.918
Cambio 2002-2007 (%)	12,4%	10,4%	14,1%	33,0%	7,2%

Fuente: Elaboración Propia basado en tablas 35 y 36.

Tabla II.38. Número de Subsidios por Reposo Maternal Pagados

Año	FONASA			Isapre	Total
	Servicio de Salud	CCAF	Subtotal		
2002	31.303	39.947	71.250	43.205	114.455
2003	32.399	48.427	80.826	40.326	121.152
2004	33.015	49.664	82.679	34.602	117.281
2005	32.437	55.193	87.630	33.120	120.750
2006	33.665	60.665	94.330	35.838	130.168
2007	35.684	68.749	104.433	40.541	144.974
Cambio 2002-2007 (%)	14,0%	72,1%	46,6%	-6,2%	26,7%

Fuente: Superintendencia de Seguridad Social

En cuanto al número de subsidios pagados, éste experimentó un crecimiento del 26,7% en el período 2002-2007. Cabe destacar que el comportamiento del número de subsidios pagados fue disímil entre las entidades pagadoras. En el caso de las Isapres éste disminuyó (6,2%), mientras que en el caso de los Servicios de Salud y las CCAF éste aumentó, destacando el caso de las CCAF con un crecimiento del 72,1%.

**Tabla II.39. Duración Promedio de Subsidios por Reposo Maternal Pagados (Días)**

Año	FONASA			Isapre	Total
	Servicio de Salud	CCAF	Subtotal		
2002	61,5	61,7	61,6	61,4	61,5
2003	61,2	60,8	60,9	61,2	61,0
2004	60,0	59,9	59,9	60,7	60,2
2005	61,3	59,9	60,4	61,4	60,7
2006	61,2	60,0	60,4	59,2	60,1
2007	59,0	60,0	59,6	52,8	57,7
Cambio 2002-2007 (%)	-4,1%	-2,7%	-3,2%	-14,1%	-6,2%

Fuente: Elaboración Propia basado en tablas 36 y 38.

En cuanto a la duración promedio de los subsidios por el Reposo Maternal, éste no tiene grandes variaciones, ya que su duración está fijada por ley.

De acuerdo a lo planteado por el estudio “Análisis del Gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral y sus Determinantes”, la Tasa de Incapacidad Laboral (TIL) para los subsidios por Reposo Maternal, se define como el número de días de subsidio pagados anualmente por cotizante mujer de entre 15 y 44 años de edad<sup>95</sup>.

**Tabla II.40. Número de Cotizantes Mujeres entre 15 y 44 años por entidad Pagadora**

Año	FONASA (a)			Isapre (b)	Total
	NO CCAF (SIL pagado por Servicio de Salud)	CCAF	Subtotal		
2002	315.386	330.054	645.440	283.400	928.840
2003	324.994	356.228	681.222	270.667	951.889
2004	340.674	390.416	731.090	264.653	995.743
2005	432.409	355.619	788.028	264.558	1.052.586
2006	421.198	394.454	815.652	274.059	1.089.711
2007	373.535	551.732	925.267	291.193	1.216.460
Cambio 2002-2007 (%)	18,4%	67,2%	43,4%	2,7%	31,0%

Fuente: Superintendencia de Seguridad Social

Fuente: Web Superintendencia de Salud

El número total de cotizantes mujeres entre 15 y 44 años de edad, ha aumentado en un 31% en el período de análisis, siendo este crecimiento mayor que el del número total de cotizantes (23,2%). Se observa además que el número de cotizantes mujeres en edad fértil de Isapres creció en un 2,7%, lo que contrasta con Fonasa, que aumentó en un 43,4%, explicado principalmente por el incremento de las cotizantes Fonasa afiliadas a CCAF (67,2%).

<sup>95</sup> Se utiliza una TIL definida de esta forma debido a que la gran mayoría de quienes hacen uso de los subsidios por reposo maternal y de enfermedad grave de niño menor a un año son cotizantes de sexo femenino en edad fértil, a pesar que, como se describe en la sección 1.2 de este documento, la legislación contempla algunos casos marginales en que puede haber otro tipo de beneficiarios.



**Tabla II.41. Tasa de Incapacidad Laboral por concepto de Subsidios por Reposo Maternal**

Año	FONASA			Isapre	Total
	Servicio de Salud	CCAF	Subtotal		
2002	6,10	7,47	6,80	9,36	7,58
2003	6,10	8,26	7,23	9,12	7,77
2004	5,81	7,62	6,78	7,94	7,09
2005	4,60	9,30	6,72	7,69	6,97
2006	4,89	9,22	6,99	7,75	7,18
2007	5,63	7,48	6,73	7,35	6,88
Cambio 2002-2007 (%)	-7,7%	0,1%	-1,0%	-21,5%	-9,3%

Fuente: Elaboración Propia basado en tablas 36 y 40.

En cuanto a la TIL, se observa una disminución del 9,3% en el período de estudio, concertándose tal disminución en las Isapres (21,5%). Cabe destacar, que el importante aumento de las tasas de participación laboral femenina (número de cotizantes) influye directamente en la disminución de la TIL.

**Tabla II.42. Ingreso Imponible promedio diario de los cotizantes Subsidios por Reposo Maternal (mujeres entre 15 y 44 años) (\$ 2009)**

Año	FONASA			Isapre	Total
	Servicio de Salud	CCAF	Subtotal		
2002	\$ 6.241	\$ 8.267	\$ 7.277	\$ 21.596	\$ 11.646
2003	\$ 6.310	\$ 8.297	\$ 7.349	\$ 22.489	\$ 11.654
2004	\$ 6.668	\$ 9.535	\$ 8.199	\$ 23.530	\$ 12.274
2005	\$ 7.008	\$ 8.603	\$ 7.728	\$ 27.013	\$ 12.575
2006	\$ 7.009	\$ 8.854	\$ 7.901	\$ 25.488	\$ 12.324
2007	\$ 6.503	\$ 8.807	\$ 7.877	\$ 25.912	\$ 12.194
Cambio 2002-2007 (%)	4,2%	6,5%	8,2%	20,0%	4,7%

Fuente: INP.

Finalmente, en términos agregados los ingresos imposables promedio diario crecieron un 4,7% en el período 2002-2007. Destaca el crecimiento del ingreso imponible de las cotizantes en Isapres con un 20%.

### **7.2.3. Evolución del Gasto en Subsidio por Enfermedad Grave de Niño Menor a un Año.**

En el año 2007 el país destinó un total de \$57.853 millones al pago de Subsidios por enfermedad grave del niño menor a un año, lo que significó un aumento del 31,9% respecto al año 2002.

Se observa que el comportamiento este gasto en el período de estudio fue disímil entre las entidades pagadoras. En el caso de las Isapres éste aumentó un 8,6%, mientras que en el caso de las CCAF éste aumentó un 102,6%, a una tasa promedio anual de 15,8%.

**Tabla II.43. Gasto en Subsidio Enfermedad Grave Niño Menor a 1 año (M\$ 2009)**

Año	FONASA			Isapre (a)	Total
	Servicio de Salud	CCAF (a)	Subtotal		
2002	\$ 4.733.500	\$ 9.930.856	\$ 14.664.356	\$ 29.204.154	\$ 43.868.510
2003	\$ 4.480.162	\$ 10.912.286	\$ 15.392.448	\$ 27.251.702	\$ 42.644.150
2004	\$ 3.861.252	\$ 10.591.086	\$ 14.452.338	\$ 19.993.309	\$ 34.445.647
2005	\$ 4.687.363	\$ 13.407.210	\$ 18.094.573	\$ 21.626.289	\$ 39.720.862
2006	\$ 5.500.267	\$ 17.402.060	\$ 22.902.327	\$ 24.603.895	\$ 47.506.222
2007	\$ 6.022.723	\$ 20.119.373	\$ 26.142.096	\$ 31.711.293	\$ 57.853.390
Cambio 2002-2007 (%)	27,2%	102,6%	78,3%	8,6%	31,9%

Fuente: Superintendencia de Seguridad Social, salvo a), cuya fuente es la Página Web de la Superintendencia de Salud.

En el año 2007 se pagaron más de 4,5 millones de días de subsidio, lo que significó un incremento del 26% respecto al año 2002. Destaca la evolución de los días pagados a cotizantes CCAF, que aumentaron en un 88,5% en el periodo. En contraste en el mismo periodo, el número de días de subsidio pagados a cotizantes de Servicios de Salud se incrementó en 9,2% y en Isapres éste disminuyó en un 14,9%.

**Tabla II.44. Número de días de Subsidio Enfermedad Niño Menor a 1 año Pagados**

Año	FONASA			Isapre	Total
	Servicio de Salud	CCAF	Subtotal		
2002	673.176	1.284.892	1.958.068	1.682.765	3.640.833
2003	617.983	1.428.483	2.046.466	1.499.700	3.546.166
2004	494.125	1.278.652	1.772.777	1.076.142	2.848.919
2005	597.807	1.632.778	2.230.585	1.056.074	3.286.659
2006	689.747	2.092.777	2.782.524	1.166.956	3.949.480
2007	734.866	2.422.632	3.157.498	1.431.518	4.589.016
Cambio 2002-2007 (%)	9,2%	88,5%	61,3%	-14,9%	26,0%

Fuente: Superintendencia de Seguridad Social

En cuanto al monto promedio pagado por día, se observa un crecimiento del 4,6% en el período de estudio. Destaca el crecimiento en el monto promedio pagado por las Isapres con un 27,6%.

**Tabla II.45. Monto Promedio pagado por día Subsidio Enfermedad Grave niño menor a 1 año (\$ 2009)**

Año	FONASA			Isapre	Total
	Servicio de Salud	CCAF	Subtotal		
2002	\$ 7.032	\$ 7.729	\$ 7.489	\$ 17.355	\$ 12.049
2003	\$ 7.250	\$ 7.639	\$ 7.521	\$ 18.171	\$ 12.025
2004	\$ 7.814	\$ 8.283	\$ 8.152	\$ 18.579	\$ 12.091
2005	\$ 7.841	\$ 8.211	\$ 8.112	\$ 20.478	\$ 12.085
2006	\$ 7.974	\$ 8.315	\$ 8.231	\$ 21.084	\$ 12.028
2007	\$ 8.196	\$ 8.305	\$ 8.279	\$ 22.152	\$ 12.607
Cambio 2002-2007 (%)	16,6%	7,5%	10,6%	27,6%	4,6%

Fuente: Elaboración Propia basado en tablas 18 y 19.

**Tabla II.46. Número de Subsidios por Enfermedad Niño menor 1 año Pagados**

Año	FONASA			Isapre	Total
	Servicio de Salud	CCAF	Subtotal		
2002	38.591	34.101	72.692	49.837	122.529
2003	48.020	37.389	85.409	44.343	129.752
2004	42.512	38.322	80.834	58.207	139.041
2005	48.088	44.209	92.297	56.495	148.792
2006	53.084	49.247	102.331	60.567	162.898
2007	56.070	55.228	111.298	71.799	183.097
Cambio 2002-2007 (%)	45,3%	62,0%	53,1%	44,1%	49,4%

Fuente: Superintendencia de Seguridad Social

El número de subsidios pagados en términos agregados tuvo un crecimiento de 49,4% en el período 2002-2007.

**Tabla II.47. Duración Promedio de Subsidios Enfermedad Niño menor 1 año Pagados (Días)**

Año	FONASA			Isapre	Total
	Servicio de Salud	CCAF	Subtotal		
2002	17,4	37,7	26,9	33,8	29,7
2003	12,9	38,2	24,0	33,8	27,3
2004	11,6	33,4	21,9	18,5	20,5
2005	12,4	36,9	24,2	18,7	22,1
2006	13,0	42,5	27,2	19,3	24,2
2007	13,1	43,9	28,4	19,9	25,1
Cambio 2002-2007 (%)	-24,9%	16,4%	5,3%	-41,0%	-15,7%

Fuente: Elaboración Propia basado en tablas 19 y 21.

En cuanto a la duración promedio de los subsidios por Enfermedad Grave de Niño Menor a un Año, se observa que experimentó una baja del 15,7%. Se destaca la significativa disminución de un 41% en la duración promedio de los subsidios de los cotizantes de Isapres, igual tendencia muestran los cotizantes de Servicios de Salud, cuya disminución alcanza el 24,9%. Contrariamente para el caso de cotizantes de las CCAF este valor presenta un aumento en el periodo del 16,4%.

Al igual que en el caso de los Subsidios por Reposo Maternal, la Tasa de Incapacidad Laboral (TIL) para los subsidios por Enfermedad Grave de Niño Menor a un Año, comprende el universo de cotizantes mujeres entre 15 y 44 años de edad<sup>96</sup> (ver Tabla II.40)

En términos agregados, se observa una disminución de la TIL de un 3,8% en el período. Cabe destacar, sin embargo, la opuesta tendencia entre la evolución de la TIL de las Isapres respecto a la de Fonasa particularmente de las CCAF. En

<sup>96</sup> Se utiliza una TIL definida de esta forma debido a que la gran mayoría de quienes hacen uso de los subsidios por reposo maternal y de enfermedad grave de niño menor a un año son cotizantes de sexo femenino en edad fértil, a pesar que, como se describe en la sección 1.2 de este documento, la legislación contempla algunos casos marginales en que puede haber otro tipo de beneficiarios.

efecto, las Isapres disminuyen en un 17,2% esta etapa, sin embargo para los afiliados a Fonasa aumenta en un 12,5%, lo que se explica por la variación de las CCAF 12,8%, puesto que los pagados por el Servicio de Salud disminuyen en un 7,8%.

**Tabla II.48. Tasa de Incapacidad Laboral por concepto de Subsidios Enfermedad grave niño menor a 1 año**

Año	FONASA			Isapre	Total
	Servicio de Salud	CCAF	Subtotal		
2002	2,13	3,89	3,03	5,94	3,92
2003	1,90	4,01	3,00	5,54	3,73
2004	1,45	3,28	2,42	4,07	2,86
2005	1,38	4,59	2,83	3,99	3,12
2006	1,64	5,31	3,41	4,26	3,62
2007	1,97	4,39	3,41	4,92	3,77
Cambio 2002-2007 (%)	-7,8%	12,8%	12,5%	-17,2%	-3,8%

Fuente: Elaboración Propia basado en tablas 44 y 48.

Finalmente en lo que respecta a los ingresos imposables, éstos sufren un aumento en el periodo de un 4,7%. No obstante la evolución para cada una de las entidades pagadoras es distinta. Es así como las Isapres lideran el crecimiento con un 20%, los afiliados a las CCAF aumentan su ingreso imponible en un 6,5% y para los Servicios de Salud éste aumenta en un 4,2%.

**Tabla II.49. Ingreso Imponible promedio diario de los cotizantes Subsidios por Reposo Maternal (mujeres entre 15 y 44 años) (\$ 2009)**

Año	FONASA			Isapre	Total
	Servicio de Salud	CCAF	Subtotal		
2002	6.241	8.267	\$ 7.277	\$ 21.596	\$ 11.646
2003	6.310	8.297	\$ 7.349	\$ 22.489	\$ 11.654
2004	6.668	9.535	\$ 8.199	\$ 23.530	\$ 12.274
2005	7.008	8.603	\$ 7.728	\$ 27.013	\$ 12.575
2006	7.009	8.854	\$ 7.901	\$ 25.488	\$ 12.324
2007	6.503	8.807	\$ 7.877	\$ 25.912	\$ 12.194
Cambio 2002-2007 (%)	4,2%	6,5%	8,2%	20,0%	4,7%

Fuente: INP.

### 7.3. Estimación de la Composición del Gasto en Subsidios de Incapacidad Laboral.

A continuación se estudia la evolución del gasto en Subsidio por Incapacidad Laboral, desagregado por tipo de subsidio por entidad aseguradora en el período 2002-2007.

Para este análisis se emplea el modelo desarrollado en el estudio "Análisis del Gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral y sus Determinantes" realizado por el Departamento de Estudios de Finanzas Públicas de la Dirección de Presupuesto del Ministerio de Hacienda en diciembre del año 2001, autores Jorge Rodríguez C.

y Marcelo Tokman R.

De acuerdo a este modelo, la tasa de crecimiento del gasto en subsidio por incapacidad laboral puede ser definida como:

$$G' = N' + Y' + y' + TIL + \Delta''$$

Donde

$N'$  : Variación en el Número de cotizantes.

$Y'$  : Variación en el Ingreso imponible de los cotizantes.

$y'$  : Variación de la relación entre monto promedio de subsidio pagado y el ingreso imponible diario de los cotizantes ( $y/Y$ ). Este indicador refleja la variación en la intensidad de uso relativa del subsidio por parte de los cotizantes de mayores ingresos.

$TIL$  : Variación en la Intensidad de uso del subsidio por cotizante, dado por la Tasa de Incapacidad Laboral (días de subsidio pagados por cotizante al año).

$\Delta''$  : Representa la variación en los efectos cruzados de las variables  $N'$ ,  $Y'$ ,  $y'$ ,  $TIL$ .

Empleando el modelo antes definido y realizando el cálculo de las variables definidas se obtienen los resultados que se describen a continuación

### 7.3.1. Composición del Gasto en Subsidios por Enfermedad y Medicina Curativa.

**Tabla II.50. Nivel y Composición Tasa de Crecimiento del Gasto en Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa Período 2002 – 2007**

Componente	Fonasa			Isapre	Total
	Servicio Salud	CCAF	Subtotal		
Gasto en subsidio	58,0%	134,1%	108,4%	15,5%	56,4%
Número de cotizantes	-2,2%	56,9%	33,2%	4,0%	23,2%
Ingreso imponible promedio diario	4,5%	10,2%	12,6%	15,5%	7,6%
Intensidad de uso relativa del subsidio	5,8%	-7,8%	-6,0%	-18,6%	-15,5%
Tasa de Incapacidad laboral	46,1%	46,7%	47,7%	18,0%	39,6%
Efecto cruzado	3,8%	28,0%	20,8%	-3,5%	1,5%

Fuente: Elaboración Propia.

De la tabla anterior se concluye que el factor de mayor peso en el aumento del gasto en Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa en el período 2002-2007 corresponde a la Tasa de incapacidad Laboral (TIL), que genera un aumento directo del gasto igual a 39,6%.

En segundo lugar se ubica el crecimiento en el número de cotizantes, seguido por

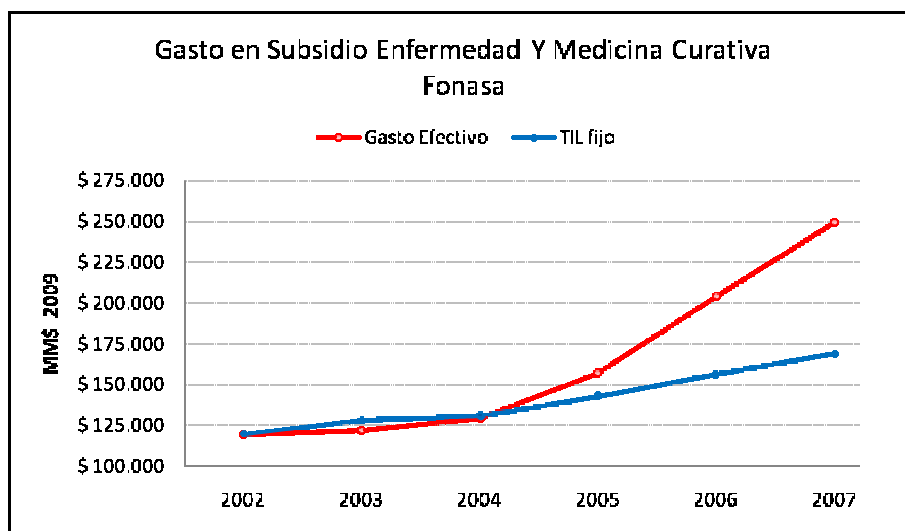
el incremento en el ingreso imponible promedio diario del cotizante, que generan un aumento directo del gasto igual a 23,2% y 7,6% respectivamente.

Al analizar la situación por entidad pagadora, se observa que si bien en el caso de las CCAF el número de cotizantes es el factor de mayor peso en el aumento del gasto, la Tasa de Incapacidad Laboral tiene presencia como uno de los factores más importantes en el incremento del gasto independiente de la entidad pagadora.

Dentro de las variaciones en el gasto por enfermedad y medicina curativa que han tenido las distintas entidades pagadoras destaca el incremento experimentado en las CCAF, equivalente al 134,1%.

Como una forma de cuantificar la magnitud del efecto que ha tenido en el gasto público la intensidad de uso del Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa por parte de los cotizantes de Fonasa, se presenta en el siguiente gráfico una comparación entre la evolución efectiva del gasto público en Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa y el gasto que hubiese existido si la TIL se hubiese mantenido constante en el período 2002-2007.

**Figura II.1. Gasto en Subsidio Enfermedad y Medicina Curativa Fonasa**



Fuente : Elaboración propia

Del análisis se desprende que el aumento de la Tasa de Intensidad de Uso del Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa por parte de los cotizantes de Fonasa ha significado para el presupuesto fiscal un gasto adicional de aproximadamente MM\$ 75.000 (\$ 2009) en el período 2002-2007.

### 7.3.2. Composición del Gasto en Subsidio por Reposo Maternal

La composición de la evolución del gasto en Subsidio por Reposo Maternal para el período 2002-2007 por entidad se muestra en la tabla presentada a continuación.

**Tabla II.51. Nivel y Composición Tasa de Crecimiento del Gasto en Subsidio por Reposo Maternal Período 2002 – 2007**

Componente	Fonasa			Isapre	Total
	Servicio Salud	CCAF	Subtotal		
Gasto en subsidio	22,9%	84,9%	61,9%	7,2%	27,3%
Número de cotizantes	18,4%	67,2%	43,4%	2,7%	31,0%
Ingreso imponible promedio diario	4,2%	6,5%	8,2%	20,0%	4,7%
Intensidad de uso relativa del subsidio	7,8%	3,7%	5,4%	10,8%	2,3%
Tasa de Incapacidad laboral	-7,7%	0,1%	-1,0%	-21,5%	-9,3%
Efecto cruzado	0,1%	7,4%	5,9%	-4,8%	-1,4%

Fuente: Elaboración Propia.

De la tabla se desprende que el factor de mayor incidencia en el aumento del gasto en Subsidio por Reposo Maternal en el período 2002-2007 corresponde al Número de Cotizantes Mujeres entre 15 y 44 años, que genera un aumento directo del gasto igual a 31%. Los restantes factores tienen una incidencia menor en el gasto.

Cabe destacar que a diferencia de lo que ocurre para la tasa de aumento del gasto de subsidios por enfermedad y medicina curativa, la TIL del subsidio por reposo maternal es negativa, lo que disminuye el gasto. Es decir, en el año 2007 se ocuparon menos días promedio por cotizante de licencia de este tipo que en el año 2002. Esta tendencia es coincidente con la presentada por la tasa de natalidad, la que tal como se observa en la siguiente tabla, se ha contraído en un 8,7% en el periodo 2002-2007.

**Tabla II.52. Tasa de Natalidad en Chile entre los años 2002 – 2007.**

Año	Tasa de natalidad (nacimientos/1000 habitantes)
2002	16.46
2003	16.1
2004	15.77
2005	15.44
2006	15.23
2007	15.03
Variación 2002-2007	-8.7%

Fuente: [www.indexmundi.com](http://www.indexmundi.com).

Al analizar la situación por entidad aseguradora, en el caso de las Isapres el componente que ha tenido la mayor incidencia en el incremento del gasto en Subsidio por Reposo Maternal ha sido el aumento en el ingreso imponible promedio diario de las cotizantes entre 15 y 44 años (20%). En contraste, la evolución de la TIL de las cotizantes de Isapres ha tenido un efecto directo en el

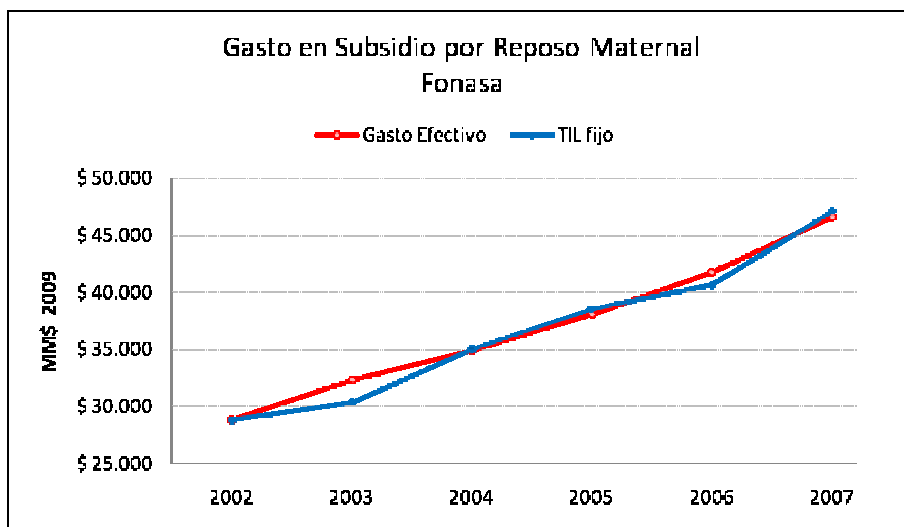
gasto de 21,5% a la baja.

Para Fonasa, independiente de la entidad pagadora, la situación es diferente, el principal factor que explica el aumento del gasto en subsidios por reposo maternal es el crecimiento del número de cotizantes del universo analizado (mujeres entre 15 y 44 años), que genera un aumento directo del gasto igual a 43,4%, en particular en los servicios de Salud este factor aumento el gasto en un 18,4%, mientras que en las CCAF lo hace en un 67,2%. Respecto a la TIL, ésta se ha mantenido constante en las CCAF durante el periodo 2002-2007, mientras que en los servicios de salud ésta ha generado una variación en el gasto de 7,7% a la baja.

Dentro de las variaciones en el gasto por reposo maternal que han tenido las distintas entidades pagadoras destaca el incremento experimentado en las CCAF, equivalente al 84,9%.

En el gráfico presentado a continuación se demuestra que dada la baja participación de la TIL en la explicación del gasto de subsidio por reposo maternal, independiente de su comportamiento, éste no se afecta el gasto.

**Figura II.2. Gasto en Subsidio por Reposo Maternal Fonasa.**



Fuente : Elaboración propia

### **7.3.3. Composición del Gasto en Subsidio por Enfermedad Grave de Niño Menor a un Año.**

La composición de la tasa de aumento del gasto en Subsidio por Enfermedad Grave de Niño Menor a un Año para el período 2002-2007 por entidad aseguradora se muestra en la tabla presentada a continuación.



**Tabla II.53 - Nivel y Composición Tasa de Crecimiento del Gasto en Subsidio por Enfermedad Grave de Niño Menor a un Año Período 2002 – 2007**

Componente	Fonasa			Isapre	Total
	Servicio Salud	CCAF	Subtotal		
Gasto en subsidio	27,2%	102,6%	78,3%	8,6%	31,9%
Número de cotizantes	18,4%	67,2%	43,4%	2,7%	31,0%
Ingreso imponible promedio diario	4,2%	6,5%	8,2%	20,0%	4,7%
Intensidad de uso relativa del subsidio	11,9%	0,9%	2,1%	6,4%	-0,1%
Tasa de Incapacidad laboral	-7,8%	12,8%	12,5%	-17,2%	-3,8%
Efecto cruzado	0,6%	15,2%	12,1%	-3,3%	0,04%

**Fuente: Elaboración Propia.**

El factor de mayor peso en el aumento del gasto en Subsidio por Enfermedad Grave de Niño Menor a un Año en el período 2002-2007 corresponde al Número de Cotizantes Mujeres entre 15 y 44 años, que genera un aumento directo del gasto igual a 31%.

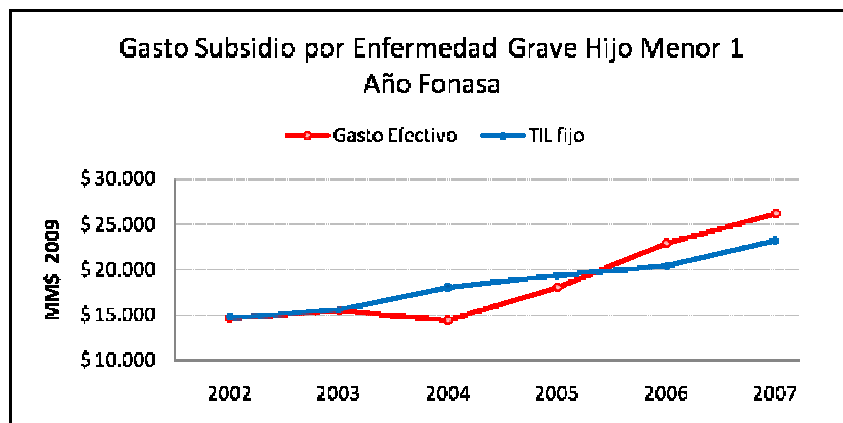
Al analizar la situación por entidad aseguradora se verifica que para las Isapres, el componente que ha tenido la mayor incidencia en el incremento del gasto ha sido el aumento en el ingreso imponible promedio diario de la cotizante entre 15 y 44 años. Se destaca la evolución de la TIL de las cotizantes de Isapres que ha tenido un efecto directo en el gasto de 17,2% a la baja.

En Fonasa independiente de la entidad pagadora, la situación es diferente, el principal factor que explica el aumento del gasto en subsidios por enfermedad grave del niño menor a un año es el crecimiento del número de cotizantes del universo analizado (mujeres entre 15 y 44 años), que genera un aumento directo del gasto igual a 43,4%, en particular en los servicios de Salud este factor aumento el gasto en un 18,4%, mientras que en las CCAF lo hace en un 67,2%. Respecto a la TIL, ésta ha aumentado en un 12,8% en las CCAF durante el periodo 2002-2007, mientras que en los servicios de salud ésta ha generado una variación en el gasto de 7,8% a la baja.

Dentro de las variaciones en el gasto por reposo maternal que han tenido las distintas entidades pagadoras destaca el incremento experimentado en las CCAF, equivalente al 102,6%.

En el gráfico presentado a continuación se muestra una comparación entre la evolución efectiva del gasto en subsidio por enfermedad por Enfermedad Grave de Niño Menor a un Año generado por cotizantes de Fonasa y una simulación del gasto con una TIL, incorporando los cambios efectivos en todas las restantes variables pertinentes.

Figura II.3. Gasto en Subsidio por enfermedad grave de Niño menor a un Año Fonasa



Fuente : Elaboración propia

En el gráfico se observa en el período 2002-2007 el aumento de la TIL de las cotizantes de Fonasa ha significado para el presupuesto fiscal un gasto adicional de aproximadamente MM\$ 3.000 (\$ 2009) en el período 2002-2007.

#### 7.3.4. Conclusiones del Análisis de la Composición del Gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral.

A continuación se enumeran los principales resultados obtenidos, por la Consultora, del análisis de la composición del gasto en el periodo 2002-2007 y se comparan estos resultados con los del periodo 1991-1999, extraídos del estudio “Análisis del Gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral y sus Determinantes” realizado por el Departamento de Estudios de Finanzas Públicas de la Dirección de Presupuesto del Ministerio de Hacienda en diciembre del año 2001, autores Jorge Rodríguez C. y Marcelo Tokman R .

- En el período 2002-2007 el factor de mayor peso en el aumento del gasto en Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa corresponde a la Tasa de Incapacidad Laboral (TIL), que genera un aumento directo del gasto igual a 39,6%. Mientras que en periodo 1991-1999 el factor de mayor peso relativo fue el ingreso imponible de los cotizantes, que generó un aumento directo del gasto igual al 40%. Por otra parte la TIL en este último periodo generó un incremento menor en el gasto (16%). Al analizar la composición de este gasto por entidad pagadora se tiene que, para el caso de Fonasa el factor de mayor peso en el aumento del gasto es la Tasa de Incapacidad Laboral tanto en el periodo 1991-1999 como 2002-2007. En el caso de las Isapres se produjo una modificación en el componente más relevante, puesto que en el periodo 1991-1999 lo fue el número de cotizantes (61%), mientras que para el periodo 2002-2007 lo es la tasa de incapacidad laboral (18%).
- El factor de mayor incidencia en el aumento del gasto en Subsidio por Reposo

Maternal en el período 2002-2007 corresponde al Número de Cotizantes Mujeres entre 15 y 44 años, que genera un aumento directo del gasto igual a 31%. Mientras que en periodo 1991-1999 fue el ingreso imponible de los cotizantes, que generó un aumento directo del gasto igual al 59%. Al analizar la composición de este gasto por entidad pagadora se tiene que, para el caso de Fonasa el factor de mayor peso en el aumento del gasto en el periodo 2002-2007 es el número de cotizantes (43,4%), en tanto en el periodo 1991-1999 lo fue el ingreso imponible de los cotizantes (91%). En el caso de las Isapres el factor de mayor incidencia en la composición del gasto en el periodo 2002-2007 es el ingreso imponible promedio diario (20%) y el TIL (-21,15), en tanto en el periodo 1991-1999 lo fue el número de cotizantes (54%) y la tasa de uso relativa de los cotizantes de mayor ingreso (43%)

- El factor de mayor peso en el aumento del gasto en Subsidio por Enfermedad Grave de Niño Menor a un Año en el período 2002-2007 corresponde al Número de Cotizantes Mujeres entre 15 y 44 años, que genera un aumento directo del gasto igual a 31%. Mientras que en periodo 1991-1999 el factor de mayor peso relativo fue el efecto de cruzado (421%) y la Tasa de Incapacidad Laboral (372%). Cabe destacar que esta última presenta en el periodo 2002-2007 un comportamiento absolutamente disímil respecto al del periodo 1991-1999, anteriormente mencionado, con un efecto del 3,8% a la baja. Al analizar la composición de este gasto en por entidad pagadora se tiene que, para el caso de Fonasa el factor de mayor peso en el aumento del gasto en el periodo 2002-2007 es el número de cotizantes (43,4%), en tanto en el periodo 1991-1999 lo fue la tasa de incapacidad laboral (419%). En el caso de las Isapres el factor de mayor incidencia en la composición del gasto en el periodo 2002-2007 es el ingreso imponible promedio diario (20%) y mientras que en el periodo 1991-1999 lo fue el efecto cruzado (482%).

#### **7.4. Análisis de las Proyecciones 2002-2007 del Gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral.**

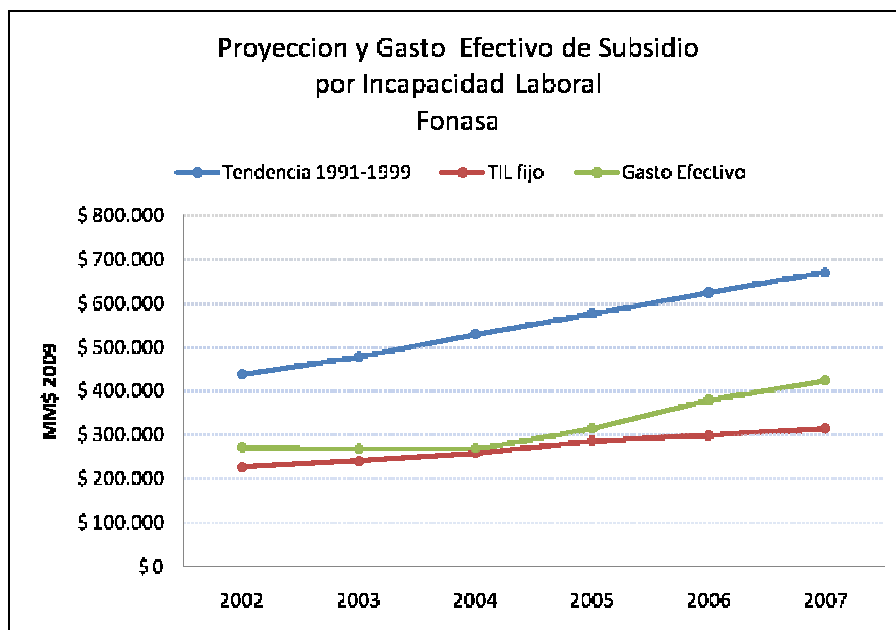
En el presente apartado se analizan las proyecciones efectuadas en el estudio "Análisis del Gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral y sus Determinantes" realizado por el Departamento de Estudios de Finanzas Públicas de la Dirección de Presupuesto del Ministerio de Hacienda en diciembre del año 2001, *autores Jorge Rodríguez C. y Marcelo Tokman R.*

El análisis se realiza sobre la base de la comparación del gasto en subsidio proyectado, en el estudio del año 2001, respecto del gasto real incurrido en el período 2002-2007.

Cabe de señalar que los datos empleados como proyecciones son estimaciones de las proyecciones efectuadas en el estudio antes mencionado, ya que no se contó con la información exacta al momento de realizar de este análisis.

### 7.4.1. Proyección del Gasto en Subsidio por Incapacidad Laboral Fonasa vs. Gasto Efectivo en el periodo 2002-2007

Figura II.4. Proyección y Gasto Efectivo Subsidio por Incapacidad Laboral Fonasa



Fuente : Elaboración propia

Tabla II.54. Proyección y Gasto Efectivo Subsidio por Incapacidad Laboral Fonasa (MM\$ 2009)

Año	Proyecciones		Gasto Efectivo
	Usando Tendencia 1991-1999	TIL fijo	
2002	\$ 439.161	\$ 227.008	\$ 271.483
2003	\$ 478.543	\$ 240.286	\$ 269.061
2004	\$ 530.551	\$ 258.360	\$ 268.724
2005	\$ 576.731	\$ 286.859	\$ 315.573
2006	\$ 624.939	\$ 299.174	\$ 379.367
2007	\$ 670.584	\$ 314.284	\$ 424.570

Fuente: Elaboración Propia.

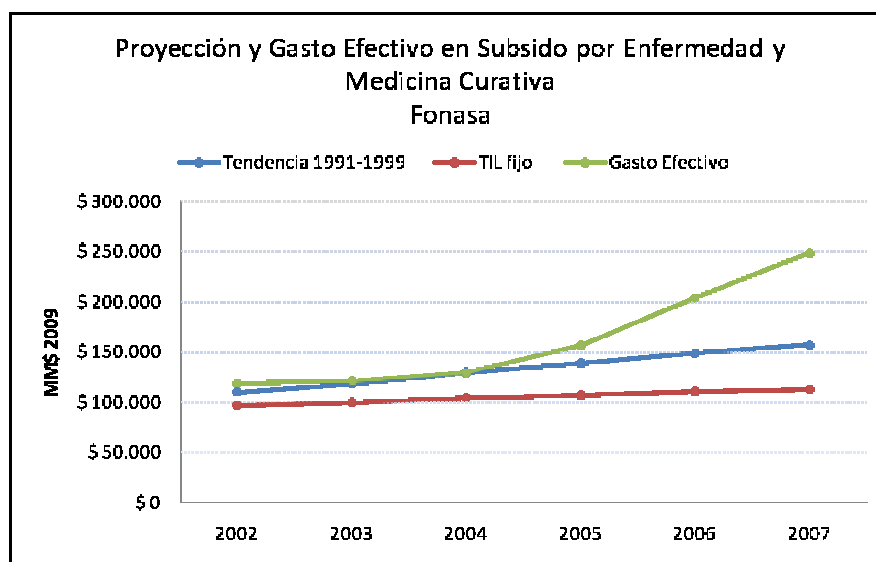
La proyección elaborada considerando la tendencia observada en el período 1991-1999 sobreestimó, en promedio, el gasto efectivo anual en subsidios por incapacidad laboral en MM\$ 231.955. Las diferencias entre el gasto proyectado, sobre la base de la tendencia 1991-1999, y el gasto efectivo de cada año poseen una desviación estándar de MM\$ 36.783 y un MAPE<sup>97</sup> del 73,7%, considerándose elevado sobre un 10%.

<sup>97</sup> MAPE: Porcentaje Error Absoluto Medio, del inglés Mean Absolute Percentage Error\_, más detalles ver en anexo 15.

Por otra parte, la proyección realizada considerando la tasa de incapacidad laboral constante subestimó, en promedio, el gasto efectivo anual en subsidios por incapacidad laboral en MM\$ 50.468. Las diferencias entre el gasto proyectado sobre la base de una TIL fija y el gasto efectivo de cada año poseen una desviación estándar de MM\$ 26.573 y un MAPE del 14,5%. Por tanto, la proyección realizada considerando la tasa de incapacidad laboral constante predijo de mejor manera el gasto efectivo en subsidio por incapacidad laboral observado en el período 2002-2007, resultando en un menor error absoluto medio.

#### 7.4.2. Proyección del Gasto en Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa vs. Gasto Efectivo en el periodo 2002-2007

Figura II.5. Proyección y Gasto Efectivo Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa Fonasa



Fuente : Elaboración propia

Tabla II.55. Proyección y Gasto Efectivo Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa (MM\$ 2009)

Año	Proyecciones		Gasto Efectivo
	Tendencia 2002-2007	TIL fijo	
2002	\$ 110.360	\$ 97.480	\$ 119.604
2003	\$ 118.634	\$ 100.011	\$ 121.754
2004	\$ 129.752	\$ 104.758	\$ 129.449
2005	\$ 139.143	\$ 107.260	\$ 157.254
2006	\$ 148.739	\$ 110.984	\$ 204.290
2007	\$ 157.449	\$ 113.235	\$ 249.208

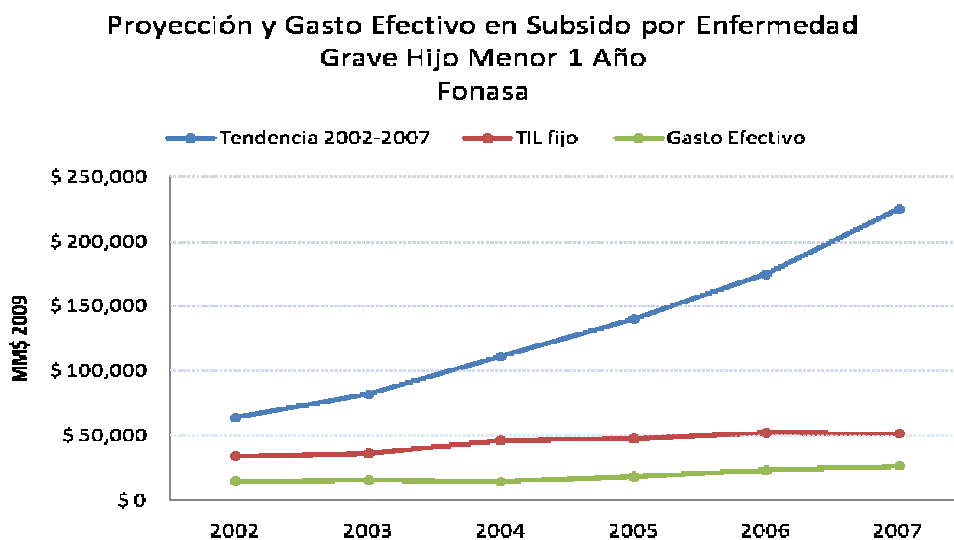
Fuente: Elaboración Propia.

Respecto del gasto en subsidio por enfermedad y medicina curativa, la proyección elaborada considerando la tendencia observada en el período 1991-1999 subestimó, en promedio, el gasto efectivo anual en MM\$ 29.580. Las diferencias entre el gasto proyectado, sobre la base de la tendencia 1991-1999, y el gasto efectivo de cada año poseen una desviación estándar de MM\$ 36.549 y un MAPE<sup>98</sup> del 14,3%.

Por otra parte, la proyección realizada considerando la tasa de incapacidad laboral constante subestimó, en promedio, el gasto efectivo anual en subsidio por enfermedad y medicina curativa en MM\$ 57.972. Las diferencias entre el gasto proyectado sobre la base de una TIL fija y el gasto efectivo de cada año poseen una desviación estándar de MM\$ 41.796 y un MAPE del 31,2%.

### 7.4.3. Proyección del Gasto en Subsidio por Enfermedad Grave Niño Menor a un Año Fonasa vs. Gasto Efectivo

Figura II.6. Proyección y Gasto Efectivo Subsidio por Enfermedad Grave Niño menor a un Año Fonasa



Fuente : Elaboración propia

Tabla II.56. Proyección y Gasto Efectivo Subsidio por Enfermedad Grave Niño Menor a un Año Fonasa (MM\$ 2009)

Año	Proyecciones		Gasto Efectivo
	Tendencia 2002-2007	TIL fijo	
2002	\$ 64.096	\$ 34.051	\$ 14.664
2003	\$ 81.827	\$ 36.368	\$ 15.392
2004	\$ 111.185	\$ 46.273	\$ 14.452

<sup>98</sup> MAPE: Porcentaje Error Absoluto Medio, del inglés Mean Absolute Percentage Error\_, más detalles ver anexo 15.

Año	Proyecciones		Gasto Efectivo
	Tendencia 2002-2007	TIL fijo	
2005	\$ 140.312	\$ 47.394	\$ 18.095
2006	\$ 174.920	\$ 51.873	\$ 22.902
2007	\$ 225.314	\$ 51.418	\$ 26.142

Fuente: Elaboración Propia.

Respecto del gasto en subsidio por enfermedad grave del niño menor a un año, se observa que la proyección elaborada considerando la tendencia del período 1991-1999 sobreestimó, en promedio, el gasto efectivo anual en MM\$ 114.334. Las diferencias entre el gasto proyectado, sobre la base de la tendencia 1991-1999, y el gasto efectivo de cada año poseen una desviación estándar de MM\$ 55.671 y un MAPE del 589,8%.

Por otra parte, la proyección realizada considerando la tasa de incapacidad laboral constante sobreestimó, en promedio, el gasto efectivo anual en subsidio por enfermedad grave del niño menor a un año en MM\$ 25.955. Las diferencias entre el gasto proyectado sobre la base de una TIL fija y el gasto efectivo de cada año poseen una desviación estándar de MM\$ 48.861 y un MAPE del 145,6%.

En términos generales el error en las proyecciones del gasto en subsidio por incapacidad laboral, por enfermedad y medicina curativa así como por enfermedad grave del niño menor de un año, presentadas en los puntos 7.4.1, 7.4.2 y 7.4.3, es esperable al constatarse mediante el análisis de la composición del gasto, la variación en la participación de cada una de las componentes explicativas entre los periodos 1991-1999 y 2002-2007.

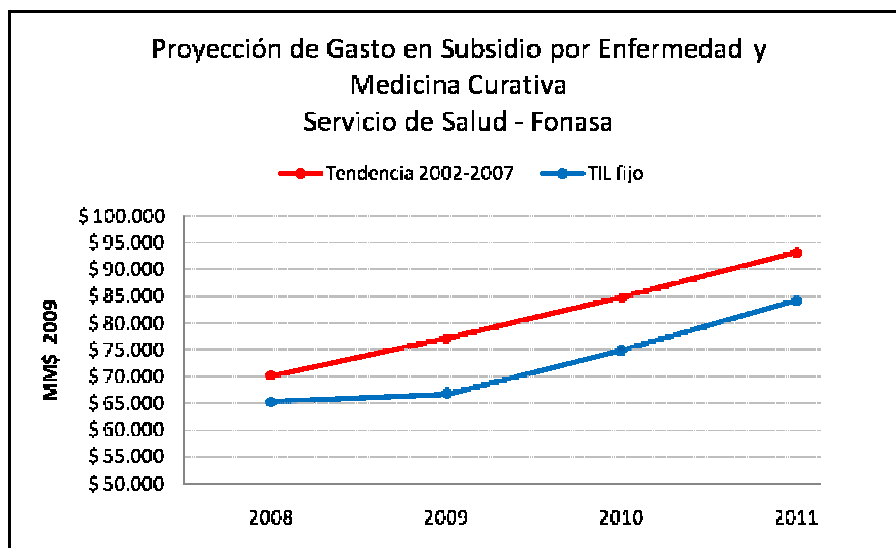
#### **7.5. Proyecciones del Gasto Subsidio por Incapacidad Laboral 2008 – 2011.**

A continuación se estima el gasto en subsidios por incapacidad laboral entre los años 2008-2011. Esto se realiza bajo dos escenarios:

- Tendencia 2002-2007
- TIL constante, restantes variables conservan tendencia 2002-2007

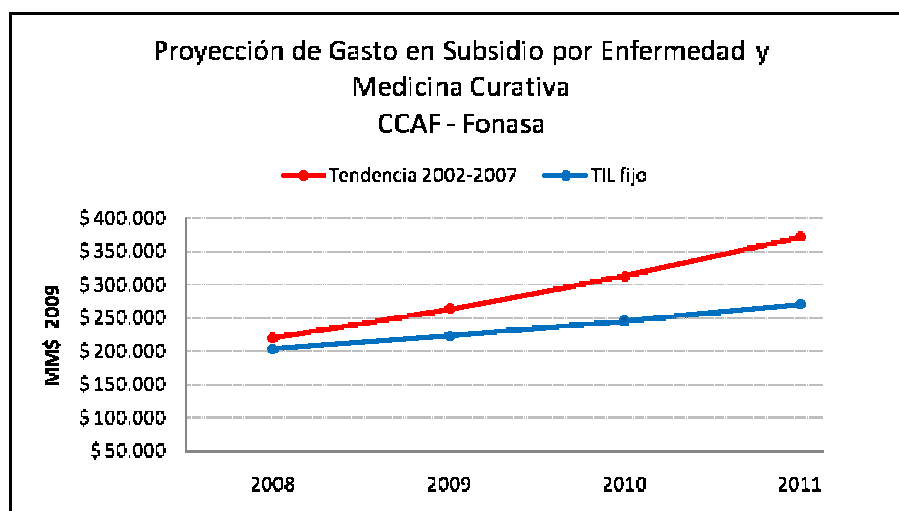
### 7.5.1. Proyección del Gasto en Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa.

Figura II.7. - Proyección del Gasto por Enfermedad y Medicina Curativa 2008-2011  
Servicios de Salud - Fonasa



Fuente : Elaboración propia

Figura II.8. - Proyección del Gasto por Enfermedad y Medicina Curativa 2008-2011  
CCAF -Fonasa



Fuente : Elaboración propia



**Tabla II.57. Proyección de Gasto en Subsidios por Enfermedad y Medicina Curativa Fonasa (MM\$ 2009)**

Año	Tendencia 2002-2007		TIL fijo	
	Servicio de Salud	CCAF	Servicio de Salud	CCAF
2008	\$ 70.234	\$ 220.693	\$ 65.296	\$ 203.765
2009	\$ 77.192	\$ 262.839	\$ 66.720	\$ 224.064
2010	\$ 84.838	\$ 313.034	\$ 74.968	\$ 246.386
2011	\$ 93.243	\$ 372.815	\$ 84.237	\$ 270.931

Fuente: Elaboración Propia.

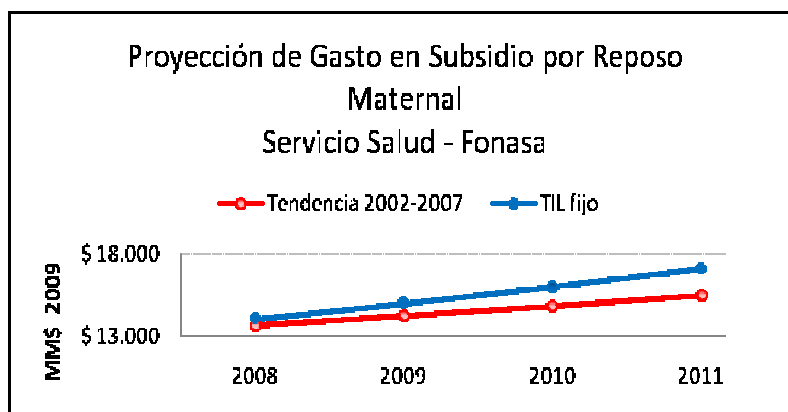
Al proyectar los gastos en subsidio por enfermedad y medicina curativa por entidad pública pagadora, de continuar la tendencia observada en el período de 2002-2007, el gasto público en los servicios de salud en el año 2011 ascendería a MM\$ 93.243, acumulando un total de gasto igual a MM\$ 325.507 en el período 2008-2011. Mientras que si durante dicho período la TIL se mantuviese constante al nivel del año 2007, ello implicaría un ahorro acumulado respecto a la tendencia equivalente a MM\$ 34.286.

Por otra parte, al proyectar el gasto en subsidio por enfermedad y medicina curativa en las CCAF, considerando la tendencia observada en el período de 2002-2007, éste ascendería en el año 2011 a MM\$ 372.815, acumulando un total igual a MM\$ 1.169.381 en el período 2008-2011. Mientras que si durante dicho período la TIL se mantuviese constante al nivel del año 2007, ello implicaría un ahorro acumulado respecto a la tendencia equivalente a MM\$ 224.234.

Es importante destacar que en la proyección efectuada en el año 2001 se predijo para el escenario tendencial que el gasto en subsidios por enfermedad y medicina curativa ascendería en el año 2010 a MM\$280.000 (MM\$ 2009) aproximadamente, mientras que la nueva proyección según la tendencia 2002-2007, supera esta estimación en más de MM\$110.000.

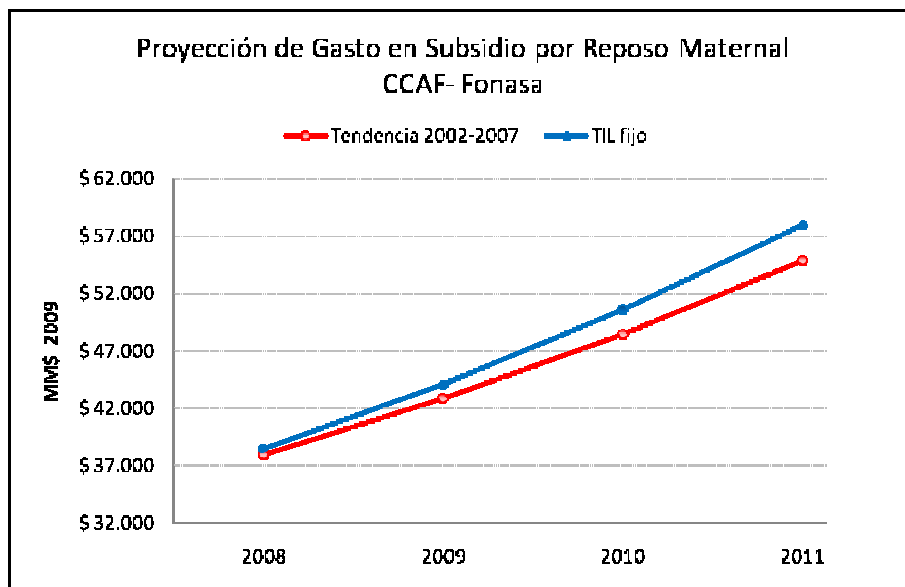
### 7.5.2. Proyección del Gasto en Subsidio por Reposo Maternal 2008-2011

**Figura II.9. - Proyección del Gasto en Subsidio por Reposo Maternal Servicio Salud – Fonasa**



Fuente : Elaboración propia

**Figura II.10. - Proyección del Gasto en Subsidio por Reposo Maternal CCAF – Fonasa**



Fuente : Elaboración propia

**Tabla II.58: Proyección de Gasto en Subsidios por Reposo Maternal Fonasa (MM\$ 2009)**

Año	Tendencia 2002-2007		TIL fijo	
	Servicio de Salud	CCAF	Servicio de Salud	CCAF
2008	\$ 13.659	\$ 37.911	\$ 14.012	\$ 38.442
2009	\$ 14.236	\$ 42.878	\$ 14.981	\$ 44.087
2010	\$ 14.837	\$ 48.496	\$ 16.025	\$ 50.561
2011	\$ 15.464	\$ 54.850	\$ 17.142	\$ 57.986

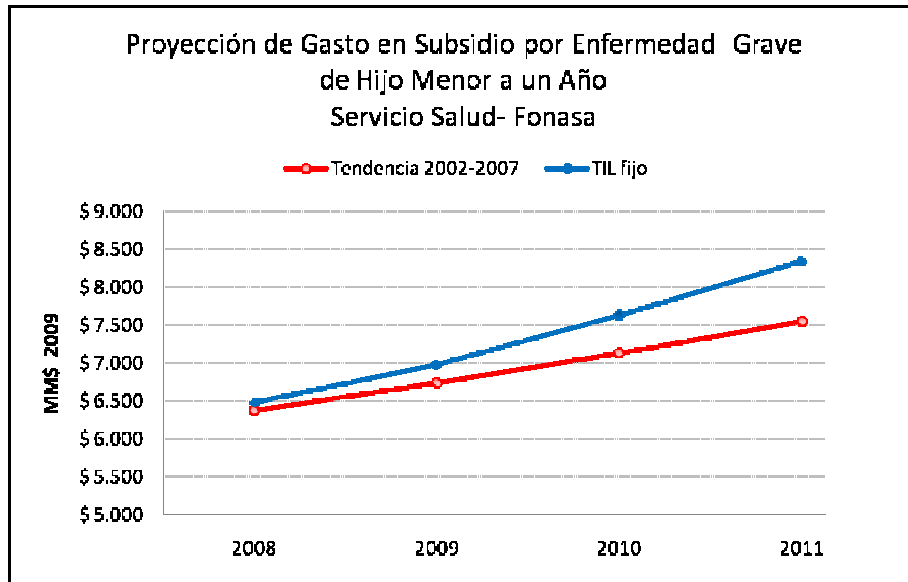
Fuente: Elaboración Propia.

Al proyectar los gastos en subsidio según la entidad pública pagadora, de continuar la tendencia observada en el período de 2002-2007, el gasto público en los servicios de salud en el año 2011 ascendería a MM\$ 15.464, acumulando un total de gasto igual a MM\$ 58.196 en el período 2008-2011. Mientras que si durante dicho período la TIL se mantuviese constante al nivel del año 2007, ello implicaría un gasto acumulado equivalente a MM\$ 62.161.

Por otra parte, al proyectar el gasto en subsidio por reposo maternal en las CCAF, considerando la tendencia observada en el período de 2002-2007, éste ascendería en el año 2011 a MM\$ 17.142, acumulando un total de gasto igual a MM\$ 184.135 en el período 2008-2011. Mientras que si durante dicho período la TIL se mantuviese constante al nivel del año 2007, ello implicaría un gasto acumulado equivalente a MM\$ 191.077.

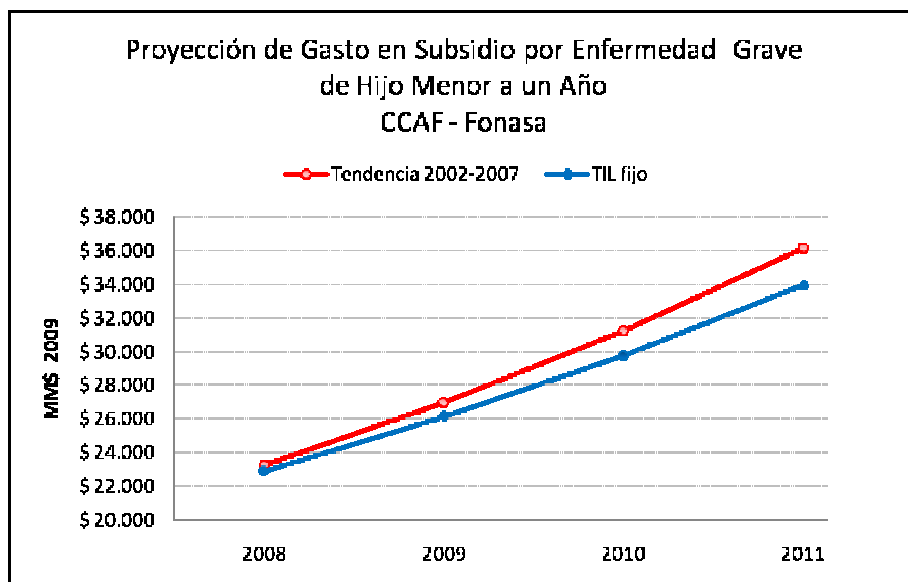
### 7.5.3. Proyección del Gasto en Subsidio por Enfermedad Grave de Niño Menor a un Año 2008-2011

Figura II.11. - Proyección del Gasto en Subsidio por Enfermedad Grave de Niño Menor a un Año Servicio Salud – Fonasa



Fuente: Elaboración Propia.

Figura II.11. - Proyección del Gasto en Subsidio por Enfermedad Grave de Niño Menor a un Año CCAF – Fonasa



Fuente: Elaboración Propia.

**Tabla II.59: Proyección de Gasto en Subsidios por Enfermedad Grave en Niño Menor de un año Fonasa (MM\$ 2009)**

Año	Tendencia 2002-2007		TIL fijo	
	Servicio de Salud	CCAF	Servicio de Salud	CCAF
2008	\$ 6.373	\$ 23.296	\$ 6.484	\$ 22.934
2009	\$ 6.743	\$ 26.974	\$ 6.980	\$ 26.143
2010	\$ 7.135	\$ 31.232	\$ 7.633	\$ 29.800
2011	\$ 7.550	\$ 36.163	\$ 8.346	\$ 33.969

Fuente: Elaboración Propia.

Al proyectar el gasto en subsidio por enfermedad grave del niño menor a un año por entidad pública pagadora, de continuar la tendencia observada en el período de 2002-2007, el gasto público en los servicios de salud en el año 2011 ascendería a MM\$ 7.550, acumulando un total de gasto igual a MM\$ 27.802 en el período 2008-2011. Mientras que si durante dicho período la TIL se mantuviese constante al nivel del año 2007, ello implicaría un gasto acumulado equivalente a MM\$ 29.442.

Por otra parte, al proyectar el gasto en subsidio por enfermedad grave del niño menor a un año en las CCAF, éste ascendería en el año 2011 a MM\$ 36.163, acumulando un total de gasto igual a MM\$ 117.665 en el período 2008-2011. Mientras que si durante dicho período la TIL se mantuviese constante al nivel del año 2007, ello implicaría un ahorro acumulado equivalente a MM\$ 4.819.

Es importante destacar que en la proyección efectuada en el año 2001 se predijo para el escenario tendencial que el gasto en subsidios por enfermedad grave del niño menor a un año ascendería en el año 2010 a MM\$655.000 aproximadamente, mientras que la nueva proyección, según la tendencia 2002-2007, es menor a esta estimación en aproximadamente MM\$610.000.

## Capítulo III

### 8. Conclusiones sobre el Diseño.

- Existe una alta **variabilidad en la estructura y distribución de funciones** entre las distintas comisiones a lo largo del país, lo que refleja la falta de implementación de un modelo organizacional estandarizado a nivel nacional. Sin embargo, la organización funcional básica (nuevo modelo de gestión) establecida por la Coordinación Nacional de las COMPIN permite concluir que se avanza en el sentido correcto.
- La existencia de ULM (134 en total a nivel nacional) y US fuera de las oficinas de las COMPIN constituye una dificultad para el expedito procesamiento de las LM, ya que, como se menciona en análisis de la estructura organizacional, produce una fragmentación del proceso de tramitación de LM en distintos organismos, lo cual tiene como consecuencia que la responsabilidad sobre la resolución de las LM se diluya, no siendo asignable a una única organización. Adicionalmente, en términos de la gestión, la fragmentación del proceso en unidades ubicadas en oficinas distanciadas implica un flujo constante de documentos, actividad que no genera valor, retrasa el proceso y favorece la aparición de problemas de coordinación.
- Existe una **diversidad de mecanismos y de instituciones involucradas en hacer efectivo el derecho a subsidio por incapacidad laboral temporal**. De hecho, en el caso de los beneficiarios de FONASA intervienen en la gestión del SIL tres instituciones diferentes: COMPIN, CCAF y Servicio de Salud. La Consultora concluye que existe un entorno socio-político aceptante de **la realización de un rediseño institucional global de la gestión del producto estratégico referido a la evaluación y pronunciamiento por incapacidades transitorias**. Los hechos que justifican esta conclusión son los siguientes:
  - 1) El Gobierno presentó el 28 de octubre de 2003, un Proyecto de Ley que planteó una transformación profunda del sistema tal y como se conoce en la actualidad: *“con el fin de proveer al FONASA de los debidos instrumentos de fiscalización, el proyecto le otorga las mismas facultades que tienen actualmente las ISAPRE. FONASA, en consecuencia, podrá aceptar, rechazar o modificar licencias médicas, con una instancia de apelación común para ambas instituciones en la Superintendencia de Seguridad Social. Asimismo, se excluye a las Cajas de Compensación del pago y administración de los subsidios de incapacidad laboral, dejando exclusivamente en FONASA y las ISAPRES estas funciones”*.<sup>99</sup>

<sup>99</sup> Mensaje de S.E. el Vicepresidente de la República con el que inicia un proyecto de ley sobre racionalización de subsidios de incapacidad laboral y licencias médicas. (boletín N° 3398-11). Este proyecto actualmente se encuentra en segundo trámite constitucional ante la Cámara de Diputados a la espera del primer informe de la Comisión Salud.

- 2) Con fecha 8 de julio del año 2008 fue presentado ante el Congreso Nacional un Proyecto de Ley que, entre otras propuestas de reforma al Sistema de Salud, tiene por objeto modificar el procedimiento de autorización de las licencias médicas, mediante la creación de un nuevo organismo público denominado “Comisión Nacional de Medicina e Invalidez”, el cual, reemplazaría a las COMPIN e ISAPRES en el cumplimiento de las funciones relacionadas con la autorización de LM. La idea de fondo es que sea uno solo el organismo encargado de la resolución de licencias, tanto para ISAPRES como cotizantes FONASA, unificando de esta forma el procedimiento y el órgano a cargo de su ejecución. La moción parlamentaria fue desechada en la Cámara Alta, por contener materias que son propias de la iniciativa exclusiva del Presidente de la República, razón por la se ofició a la Presidencia con el fin de incorporar dicho proyecto en la agenda legislativa correspondiente.
- 3) Para todos los beneficiarios del FONASA, las COMPIN realizan la labor de contraloría médica y las apelaciones a sus resoluciones son resueltas por la SUSESO (única instancia). Para los beneficiarios de ISAPRE, la COMPIN realiza la labor de tribunal de 1ª instancia para las apelaciones presentadas por dichos usuarios y la SUSESO actúa como tribunal de 2ª instancia para las apelaciones a las resoluciones de la COMPIN.
- 4) En el proyecto de ley citado en el punto 1, la SUSESO cumpliría la función de tribunal de 1ª instancia para beneficiarios de FONASA e ISAPRE. Es decir, se trata de un rediseño que implicaría que las tareas de recepción, revisión y contraloría médica sean traspasadas a FONASA.
- 5) La principal conclusión del taller de expertos realizado por la Consultora<sup>100</sup> respecto de la pregunta: “Si el Estado decide entregar a una sola institución la gestión global del seguro por incapacidad laboral temporal para los beneficiarios/as FONASA, ¿cuál debería ser dicha institución?” El consenso generado apuntó a que debería ser el propio FONASA.
- 6) Como resultado del conjunto de entrevistas realizadas (COMPIN, CCAF e ISAPRE – ver anexo 13) frente al planteamiento futuro de gestión del SIL, el discurso que apareció espontáneamente, es que se deben fortalecer las capacidades instaladas en las COMPIN en la actualidad, a través del aumento de recursos humanos y materiales, y a través de modernizaciones en los sistemas y/o procesos. Cuando se preguntó directamente respecto de cambios en el diseño institucional vigente, aparecieron discursos alternativos que se mueven sobre dos ejes fundamentales: la generación de una nueva institucionalidad que implique una reforma global, con la creación de una entidad estatal autónoma que centralice todo el proceso y dé garantías de eficacia, eficiencia y calidad; y por otra parte, el traspaso de las funciones actuales de la COMPIN a una institución estatal existente como FONASA o la SUSESO, reforzada en su capacidad de actuación. De hecho, en opinión de los presidentes de las COMPIN, la idea de creación de una institución contralora médico-legal autónoma, sería bien recibida no sólo técnicamente sino también administrativamente. Así mismo, en las entrevistas se explicitó que el surgimiento de una verdadera mirada interdisciplinaria en esta área de

---

<sup>100</sup> Ver detalle en Anexo número 7.

la protección social, que supere la dificultad de separar lo médico y lo social-previsional, es un buen argumento en favor de la autonomía administrativa de las COMPIN de cualquier otra institución. En los entrevistados de las CCAF (Anexo 13) existió un discurso aceptante de la posibilidad de que se les sean retiradas las competencias en la gestión del SIL. Sin embargo, también se acepta la alternativa de que les sean traspasadas más competencias como para cumplir un rol similar al que cumplen actualmente las ISAPRE en la tramitación de las LM y pago del SIL, eso sí, supeditado al aumento de recursos financieros aportados desde el FONASA. Sin embargo, concita una mayor adherencia la primera opción, puesto que la segunda tiene implícito el llegar a un acuerdo con el sector público de cuál debiese ser el monto a pagar por LM tramitada.

En esta materia la Consultora concluye que una vez que todas las optimizaciones y modernizaciones de la gestión de la COMPIN, actualmente en fase de implementación, se encuentren en régimen, se debe analizar la pertinencia de estudiar y debatir la posibilidad de crear una nueva institución, pública y autónoma, que aglutine toda la gestión del producto evaluación y pronunciamiento por incapacidades transitorias, o alternatively que FONASA, como seguro público de salud, se haga cargo de la gestión global de este producto para sus beneficiarios.

## **9. Sobre la Organización y Mecanismos de Gestión.**

- La principal desventaja del tipo de organización funcional presente en las COMPIN, es la falta concepción global o “visión de negocios”, que resulta en una falta de orientación al logro de resultados. Sin embargo, hay que señalar que en un esfuerzo de homologar funciones y criterios, la Coordinación Nacional ha desarrollado un modelo de gestión único que está en proceso de implementación. Su implementación entregará una organización general común y la definición de al menos las principales funciones de las nuevas unidades definidas por dicho modelo.
- Existe la **necesidad de una definición formal de los mecanismos de coordinación y comunicación** empleados por la COMPIN para cada uno de los procesos productivos. Los mecanismos empleados hoy en día son variados y principalmente informales. En este mismo contexto, este aspecto tampoco es abordado el nuevo modelo de gestión. En tal sentido, resulta necesario que se establezcan los mecanismos de coordinación en el modelo, tanto intra como inter COMPIN, así como de estas últimas con organismos externos.
- El **traspaso de funcionarios** de los SS a las SEREMI no ha finalizado, existiendo aún un 14% de horas médicas y un 2,5% de horas administrativas que corresponden a horas trabajadas por funcionarios que aun dependen administrativamente de los Servicios de Salud y no han sido traspasados a las SEREMI. La inexistente relación u obligación contractual de los médicos dependientes de los SS con las COMPIN podría significar en el futuro una disminución de las horas médicas disponibles lo que afectaría negativamente

la capacidad productiva de COMPIN. Esto debido al recambio generacional natural de los médicos de los Servicios de Salud y la falta de claridad respecto a si los nuevos médicos jóvenes tendrán la voluntad para seguir realizando la labor de contraloría médica.

- En materia de recursos humanos se concluye también que, tanto la COMPIN como la DIPRES reconocen la existencia de un déficit de personal debido al hecho que más del 50% de los recursos destinados a este plan se asignan al subtítulo 21, lo que equivale a \$ 711.106.000 en el 2007 y \$ 1.041.352.000 en el 2008.
- En relación a los **recursos tecnológicos, el más importante para la COMPIN es el sistema informático de FONASA**, que se emplea para la resolución de LM. Dicho sistema presenta deficiencias en términos de rapidez, como lo confirma el 70,6% de los encuestados por la Consultora,<sup>101</sup> que declara que el sistema es lento independiente de la carga de trabajo que tenga.
- Se debería **implementar el sistema de LM electrónica** en las COMPIN, como una manera de evitar la duplicación de información (entre los sistemas de las CCAF, ISAPRE, FONASA y otros propios desarrollados en algunas COMPIN para el registro de información) y el flujo de documentos que se genera entre los distintos entes involucrados en la resolución de las LM. La implementación de este sistema genera también otras ventajas como: ahorro horas hombre en digitación y transcripción de la LM, evita las LM mal extendidas, elimina los rechazos por presentación fuera de plazo de LM por parte del trabajador, mejora las condiciones para el trabajador enfermo.
- En relación a la infraestructura, **se requiere una normalización de todas las plantas físicas existentes**, ya que se constató una variada gama de situaciones en relación con el estado del mobiliario, servicios higiénicos para usuarios, áreas de descanso, acceso a discapacitados, entre otros.
- En relación a los mecanismos de asignación y transferencia de recursos, las asignaciones tanto del presupuesto base como del plan de modernización se realizan de acuerdo a criterios definidos centralmente con desconocimiento de sus montos por parte de la mayoría de los presidentes de las COMPIN. Estos criterios al no ser cuantitativos son de arbitrio de quien los aplica, lo que no es recomendable. Además, la COMPIN no realiza sistemáticamente auditorías internas, sino que la realización de éstas depende de la evaluación de la Matriz de Riesgo que realice el Departamento de Auditoría del MINSAL, como se indicó en la descripción de los mecanismos de auditoría. Por tanto los procesos de producción no son auditados de forma sistemática, como una manera de garantizar su correcta ejecución.
- **La COMPIN realiza fiscalizaciones** para asegurar el cumplimiento de la ley en el otorgamiento de los beneficios. Dicha fiscalización ha aumentando progresivamente tanto porcentualmente respecto del total de LM tramitadas como en términos absolutos desde el año 2000 al 2007. En efecto, el porcentaje LM fiscalizadas pasó de un 4%, equivalente a 33.002, en el año 2000 a un 17,5%, equivalente a 581.611 LM fiscalizadas en el año 2007, se

---

<sup>101</sup> Encuesta catastro Recursos Tecnológicos aplicada a Presidentes de comisiones y subcomisiones con una tasa de respuesta de 48,4%.



concluye por tanto que ha habido un esfuerzo importante sobre la materia. Al comparar el porcentaje de fiscalización de las COMPIN con el de las ISAPRES se tiene que, en éstas últimas del total de LM presentadas aproximadamente el 17% es fiscalizado. Esta Consultoría no tiene las herramientas para definir cuál es el óptimo porcentaje de LM a fiscalizar, sin embargo a la luz de los datos reportados por las ISAPRES y considerando la similitud de actividades de fiscalización realizadas, pareciera ser que el 17%, es un valor aceptable. En cuanto a la concentración de la fiscalización en grupos de “riesgo” se concluye que este tipo de control es adecuado, en la medida que los grupos de “riesgo” han sido identificados mediante un análisis objetivo y acabado, y por medio de instrumentos de seguimiento y evaluación apropiados y confiables.

## **10. Conclusiones sobre los Resultados.**

- Debido a la falta de información necesaria, no fue posible realizar el cálculo de indicadores existentes ni propuestos por la consultora. **Existe una urgente necesidad de levantar una base de datos que contenga la información estadística de los procesos y productos de la COMPIN.** La información estadística mínima que debe contener esta base de datos corresponde a la necesaria para el cálculo de los indicadores presentados. Entre los datos básicos que deben ser recopilados para el cálculo de los indicadores asociados al SPE “Resolución de LM de trabajadores afiliados a FONASA” se encuentran el día de ingreso de LM y el día de resolución de la LM para cálculo del tiempo de tramitación, atributo respecto a peritaje de la LM que indica si la LM fue estudiada o no y el tipo de peritaje que se le realizó, el día en que la LM debiese haber sido resuelta para así determinar las LM que fueron resueltas dentro de los plazos establecidos por ley y el número de días de atraso en la resolución, el día efectivo de pago de la LM, para determinar el atraso en el pago, entre otros.

Actualmente existen indicadores sólo para medir el porcentaje de LM fiscalizadas sobre el total tramitado, por lo tanto, se requiere generar indicadores para los restantes subproductos estratégicos, con énfasis en los tiempos de respuesta de la COMPIN.

### **10.1. Conclusiones sobre la Evolución del Gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral.**

Se concluye que el gasto en subsidio por enfermedad común y medicina curativa ha tenido el mayor aumento en el periodo de análisis 2002-2007, comparado con la variación en el gasto del subsidio por reposo maternal y enfermedad grave del niño menor a un año. Destaca la entidad pagadora FONASA, con un aumento del gasto en subsidios por enfermedad y medicina curativa equivalente al 108% y en particular las CCAF con un incremento del 134,1%. Este aumento es similar al observado en periodo 1991-1999, durante el cual el gasto en subsidio por

enfermedad común y medicina curativa de FONASA sufrió un incremento del 123%, y el de las CCAF un 128%.

Al hacer la descomposición de los determinantes del gasto, se concluye que el componente de mayor incidencia en la evolución del gasto en subsidio por enfermedad y medicina curativa pagado por los Servicios de Salud es la tasa de Incapacidad Laboral (TIL), que explica el 46,1% del gasto, siendo también esta componente una de las más importantes (46,7% de incidencia) para la entidad pagadora CCAF,

Se concluye que el componente de mayor incidencia en la evolución del gasto en subsidio por reposo maternal y del gasto en subsidio por enfermedad grave del niño menor a un año pagado tanto por los Servicios de Salud como por las CCAF, es el aumento en el número de cotizantes, destacando el alto valor que alcanza en estas últimas (67,2%).

En términos generales, se observa que el comportamiento del gasto de los Servicios de Salud y CCAF en el periodo 2002-2007 es dispar, como dispar también lo es la variación del número de cotizantes en ambas entidades pagadoras.

Se concluye que ha existido un cambio en la participación de los componentes explicativos del gasto entre los periodos 1991-1999 y 2002-2007. En particular se destaca la importancia que adquiere la TIL en el gasto en subsidio por enfermedad y medicina curativa en el periodo 2002-2007, así como la disminución en su participación en el gasto por enfermedad del niño menor a un año.

## Capítulo IV

Atendida la evaluación comprehensiva del gasto realizada a la COMPIN para el periodo 2001-2007, y a la luz de las conclusiones relatadas, se ha estimado pertinente realizar las siguientes recomendaciones a la institución responsable.

### 1. Recomendaciones sobre el Diseño.

- Una vez que todas las optimizaciones y modernizaciones de la gestión de la COMPIN se encuentren implementadas y en régimen, y respecto del rediseño institucional global de la gestión del producto estratégico referido a la evaluación y pronunciamiento por incapacidades transitorias, se recomienda **realizar estudios de factibilidad e impacto económico - social para la eventual creación de una nueva institucionalidad** que gestione esta área de la protección social y **estimular un debate amplio y profundo respecto de este ámbito de desarrollo**, liderado por el poder ejecutivo.
- Se recomienda **estudiar la factibilidad técnica y legal de traspasar los siguientes subproductos estratégicos a otras instituciones públicas:** la

visación del certificado del 5º mes de embarazo a los Servicios de Salud; el dictamen de imputabilidad por sumario administrativo de funcionario público al Instituto Médico Legal; la certificación de ingreso a la administración pública a los Servicios de Salud.

## **2. Recomendaciones sobre la Organización y Gestión.**

- Se recomienda implementar el nuevo modelo de gestión en dos regiones, a modo piloto, y luego de seis meses evaluarlo en función del logro de los objetivos definidos por la Coordinación Nacional, para luego realizar las modificaciones pertinentes.

### **Gestión de la información**

- Se recomienda **diseñar e implementar sistemas informáticos para la tramitación de todos los productos y subproductos**. Estos sistemas, cuyo principal atributo debe ser la rapidez, accesibilidad y disponibilidad on line, no sólo deben estar orientados a apoyar el procesamiento de las LM sino de todos y cada uno de los subproductos provistos por la COMPIN. Los sistemas que se implementen deberán permitir, a lo menos, un traspaso de documentos expedito y confiable entre las COMPIN, las ULM y Unidades de Subsidios, lo que minimizará el traslado de documentos entre distintas oficinas. Los sistemas deberán contar también con un **registro de los tiempos empleados** en la realización de actividades y procesos de producción. Cabe señalar que en el marco del Proyecto de Presupuesto 2010 se incluyen recursos para la incorporación de 50 nuevos puntos de red del sistema informático de FONASA.
- Se recomienda la **implementación de la licencia médica electrónica**<sup>102</sup> en las COMPIN debido a que posee las siguientes ventajas: ahorro horas hombre en digitación y transcripción de la LM, evita las LM mal extendidas, elimina los rechazos por presentación fuera de plazo de LM por parte del trabajador, mejora las condiciones para el trabajador enfermo y evita la duplicación de bases de datos e información con otras instituciones relacionadas como son las CCAF e ISAPRES.

### **Gestión de Procesos**

Para el subsidio por enfermedad y medicina curativa la variable que más afectó el crecimiento del gasto entre 2002 y 2007 fue la intensidad de uso de la licencia médica, y debido a que una parte de ésta es explicada por el mal uso de este instrumento, se realizan las siguientes recomendaciones orientadas a mejorar los procesos de fiscalización de LM:

<sup>102</sup> El Marco Jurídico y Normas Técnicas de la LME se encuentra regulado en el DS N° 3 Reglamento de Autorización de LM por las COMPIN e Instituciones de Salud Previsional, publicado el 16 de marzo de 2006; en la Resolución N° 608 del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial el 06 de octubre de 2006, y en la circular conjunta de la Superintendencia de Seguridad Social y la Superintendencia de Salud N° 2338 y 32, respectivamente de 1ero de diciembre 2006.

- Incrementar las horas de especialistas para peritajes de LM prolongadas.
- **Establecer una guía referencial de carácter médico legal que defina rangos de días de reposo por patología.** Dicha guía deberá constituir un insumo básico para el establecimiento del programa de fiscalización de LM, de manera tal de fiscalizar todas aquellas licencias que excedan dicho rango.
- Identificar médicos con “tendencia” a emitir licencias (más de 1000 anuales), realizando una fiscalización a un % mayoritario de sus pacientes.
- Incrementar las fiscalizaciones de verificación del cumplimiento del reposo con visitas domiciliarias dejando constancia de la visita realizada, con la firma del paciente fiscalizado o familiar que lo recibió en el hogar. Se debe señalar que en el Proyecto de Ley de Presupuestos 2010 se incluyen recursos para financiar la compra de vehículos para fiscalizar el vínculo laboral y reposo médico a modo de fortalecer esta gestión.
- Incrementar el número de meses para el cálculo de la renta con la que se paga la licencia médica, de manera de suavizar cualquier sesgo que se presente propio de una muestra pequeña.
- Incorporar al sistema informático protocolos que determinen un “indicador de riesgo” de las licencias ingresadas, de manera que la contraloría médica las reciba previamente clasificadas. Este indicador debiera considerar si el médico está dentro de los clasificados como con tendencia a emitir licencias (más de 1000 licencias al año), si el número de días otorgados para el tipo de enfermedad, está o no dentro de los plazos estipulados en la “guía referencial”, entre otros. En base a ello se establece un indicador de la licencia de “riesgosa” o no.
- **Otorgar a las CCAF la facultad de no recepcionar las licencias médicas con documentación incompleta,** con el fin de evitar el envío de LM a la COMPIN que posteriormente deben ser devueltas por antecedentes faltantes. Esto permite disminuir la cantidad de documentación innecesariamente tramitada.
- **Realizar un estudio de los tiempos implicados en el procesamiento de LM.** Este estudio, que puede realizarse por personal de la propia COMPIN, permitirá detectar en que parte del proceso de resolución de LM se producen retrasos<sup>103</sup>. Sobre esta recomendación, es necesario agregar que en el Proyecto de Ley de Presupuestos 2010 se incorporan recursos para la implementación de una nueva modalidad de pago para las licencias médicas de pago directo, mediante un convenio con bancos. Por otra parte, los recursos incluidos en el proyecto corresponden a la instalación de un fono consulta que ocupa la plataforma de Salud Responde, que permitirá a los usuarios saber en qué estado de tramitación se encuentra el pago del subsidio por su licencia médica. Todas estas iniciativas requieren una evaluación de resultado en mejora de procesos y satisfacción de usuarios.

En el resto de los subproductos estratégicos:

---

<sup>103</sup> No fue posible contar con información debido a que no existen sistemas informáticos o base de datos que registre en forma sistemática estos datos.

- Se recomienda **confeccionar un manual de procesos que incluya todos los subproductos provistos por la COMPIN**, explicitando a lo menos plazos de realización de tareas, mecanismos de coordinación interna y externa y medios de comunicación.
- Se recomienda **establecer un programa de auditoría de los procesos de provisión de los subproductos estratégicos de la COMPIN**, el que debiera contener a lo menos el volumen y tipo de auditorías a realizar, con el fin de controlar la correcta ejecución de los procesos de producción, los tiempos de realización de las diversas actividades, el cumplimiento de plazos establecidos por ley para esto, además de detectar errores u omisiones. Las metas de este programa podrían ser incorporados en los PMG.

### **Gestión de los Recursos Humanos.**

- Se recomienda implementar la política de recursos humanos explicitada en el plan de modernización de las COMPIN.
- Se recomienda finalizar el proceso de traspaso de personal desde los Servicios de Salud a las SEREMI respectivas. En caso que los profesionales médicos dependientes de los SS no estén dispuestos a ser traspasados a las SEREMI respectivas, se requerirá el llamado a concurso público para ocupar tales vacantes. Sobre esta recomendación, vale la pena señalar que en el Proyecto de Ley de Presupuestos 2010 se incorporaron 80 cargos adicionales, de los cuales 10 son médicos para reforzar la contraloría médica, 4 choferes y 66 administrativos.
- Se recomienda **realizar un estudio de dotación de recursos humanos en la COMPIN** con el objeto de evidenciar las brechas existentes tanto en competencias como en horas médicas, en base a productividades promedio que deberá determinar el estudio respectivo. Hoy sólo se tienen evidencias de la falta de personal producto de las solicitudes realizadas por la Coordinación Nacional, no existiendo como base para ello un análisis como el mencionado.

### **Gestión Financiera.**

- Se recomienda que el **traspaso de fondos para el pago del SIL desde FONASA a los SS, se realice bajo un esquema administrativo tal que garantice su uso en forma exclusiva y oportuna.** Sobre esta recomendación se han producido avances, ya que de acuerdo a lo presentado en el Proyecto de Ley de Presupuestos 2010, el traspaso de recursos desde FONASA para el pago de los subsidios se efectuará a la Subsecretaría de Salud Pública.
- Se recomienda que la **Coordinación Nacional realice la distribución por región del presupuesto disponible, informándole a cada Presidente de las COMPIN los recursos con que dispondrá el año presupuestario correspondiente, desagregado al menos en los subtítulos 21 y 22 con sus respectivos ítemes.** Esto permitirá además que queden reflejados en el SIGFE todos los gastos e inversiones de las COMPIN, facilitando de esta manera el control presupuestario y de gestión. Complementariamente, para

efectos presupuestarios la **COMPIN se puede transformar en un Programa dentro del presupuesto de la Subsecretaría de Salud Pública**, esto permitirá la gestión y conocimiento de todos los recursos disponibles (no sólo los asociados al Proyecto de Modernización) por parte de la Coordinación Nacional.

#### **Gestión Recursos Físicos.**

- Se recomienda **normalizar las instalaciones físicas de COMPIN existentes** a lo largo del país, dando cumplimiento al reglamento “Condiciones Sanitarias Básicas en los lugares de trabajo” del Ministerio de Salud, en específico lo relacionado a las condiciones de higiene y seguridad de baños públicos y el acceso a discapacitados de acuerdo al artículo 4.1.7 de la Ordenanza General de Urbanismo y Construcciones, según decretos 594 del año 1999, y 35 del año 2005, ambos del Ministerio de Salud.

# Anexos

## ANEXO 1. Matriz de Evaluación Comprehensiva COMPIN.

Misión Subsecretaría de Salud Pública		Misión Institucional	
<p>Asegurar a todas las personas el derecho a la protección en salud ejerciendo las funciones reguladoras, normativas y fiscalizadoras que al Estado de Chile le competen, para contribuir a la calidad de los bienes públicos y acceso a políticas sanitario-ambientales de manera participativa, que permitan el mejoramiento sostenido de la salud de la población, especialmente de los sectores más vulnerables, con el fin de avanzar en el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la década.</p>		<p>"Certificar, con calidad, eficiencia y eficacia; los estados de salud, para garantizar el debido acceso de la población a los beneficios de protección social cuando por enfermedad, vulnerabilidad, incapacidad o discapacidad, se tenga derecho a ello"</p>	
Nº	OE Ministeriales Subsecretarías de Salud Pública	Nº PG. al cual se vincula	Nº OE Ministerial al cual se vincula
1	Abordar los nuevos desafíos de calidad de la salud de la población y acceso oportunos a las prestaciones e intervenciones de salud pública, a través del fortalecimiento de las Autoridades Sanitarias Regionales, velando por ambientes saludables y mejorando la calidad de vida de la población.	1, 2, 3, 4	1, 2, 4
2	Ejecución monitoreo y evaluación de los Planes Regionales de Salud, incorporando el enfoque de los determinantes sociales, de equidad para la población y seguimiento de los objetivos sanitarios de la década, aumentando las intervenciones en los ámbitos de fiscalización, vigilancia, regulación, promoción y focalización en población vulnerable (niños, niñas y adultos mayores), incentivando la participación ciudadana.	1, 2, 3, 4	1, 2, 4
3	Contribuir al proceso de diseño e implementación del Régimen de Garantías de Salud (GES) y al proceso de mejoramiento de la calidad de los servicios públicos de atención de salud, a través de la definición de garantías, elaboración técnica de guías clínicas, protocolos y canastas de prestaciones asociadas al GES.	5	1, 2, 4
4	Proveer en calidad y cobertura los bienes de salud pública esenciales a la población, garantizando entre ellos vacunas, alimentación y vigilancia epidemiológica sanitaria – ambiental con el fin de mantener y mejorar la salud de las personas.	1, 3, 4	1, 4
5	Coordinar con otros servicios públicos el enfrentamiento adecuado de las emergencias sanitarias ambientales y las materias y acciones que generan impacto sobre la población.		1, 2
Nº	Objetivos Estratégicos Institucionales	Nº OE Ministerial al cual se vincula	
1	Asegurar el acceso equitativo, oportuno y de calidad a la totalidad de los ciudadanos a las prestaciones médico legales vinculadas a la certificación de los estados de salud, la capacidad de trabajo o la recuperabilidad de los estados patológicos, asegurando el acceso y el ejercicio de los derechos de protección social por parte de la ciudadanía, en el ámbito de competencias de las COMPIN	1, 2, 4	
2	Determinar los estados de salud y pérdida de capacidad de ganancia de los beneficiarios, en el ámbito de competencias de las COMPIN	1, 2, 4	
3	Verificar el cumplimiento de las prescripciones médicas relacionadas con las licencias	1, 2, 4	
4	Dirimir ciertas contiendas generadas en el sistema privado (ISAPRES) y sus beneficiarios	1, 4	
5	Realizar oportunamente los pagos de las LM	1, 2	



PE	Indicadores de desempeño. Dimensión/ Ámbito de control.				Gasto asociado (M\$).		
	Eficacia	Calidad	Eficiencia	Economía	Eficacia	Calidad	Economía
Evaluación y Pronunciamiento por incapacidades transitorias	% de licencias no sujetas a estudio de antecedentes <b>resueltas</b> dentro de 7 días de ingresadas en el trimestre i /N° total de LM en el trimestre i <sup>104</sup> AMBITO: resultado	% de licencias <b>pagadas</b> al 30 del mes en que le hubiera correspondido recibir su remuneración al trabajador con LM-ATEP en el trimestre i /N° total de LM-ATEP en el trimestre i AMBITO: resultado					
	% de licencias sujeta a estudio de antecedentes <b>resueltas</b> dentro de 14 días hábiles desde recepción en el trimestre i /N° total de LM de esta categoría en el trimestre i <sup>105</sup> AMBITO: proceso	% de licencias <b>pagadas</b> entre 15 y 30 días de atraso en el trimestre i AMBITO: proceso	Razón de gasto en fiscalización en el trimestre i /gasto total en tramitación de pago de licencias en el trimestre i AMBITO: proceso				

<sup>104</sup> Por ley deben resolverse en 7d hábiles desde recepción .(art. 24 D 3 de 1984 MINSAL)

<sup>105</sup> Por ley deben resolverse en 14d hábiles máximo desde recepción en secretaría en caso que antecedentes requieran “estudio especial” .(art. 24 D 3 de 1984 MINSAL)

PE	Indicadores de desempeño. Dimensión/ Ámbito de control.				Gasto asociado (M\$).			
	Eficacia	Calidad	Eficiencia	Economía	Eficacia	Calidad	Eficiencia	Economía
	% de reposo efectivamente cumplido, para una muestra que permita un intervalo de confianza de +/- 10% con un 90% de significancia en el trimestre i AMBITO: resultado	Índices de satisfacción de usuarios (N° de reclamos en OIRS) del trimestre i respecto al i-1 AMBITO: proceso						
	N° máximo, mínimo y promedio de días de LM pendiente de resolución tanto para licencias con, como sin peritaje, en el trimestre i AMBITO: proceso							
	% LM que requiere nuevo examen, examen complementario o informe, que demoran más de 60d hábiles en ser resueltas en el trimestre i /n° total LM en esos casos. en el trimestre i *100 <sup>106</sup> AMBITO: resultado							

<sup>106</sup> Plazo máximo legal es 60d hábiles. (art.24° D 3 de 1984 MINSAL )

PE	Indicadores de desempeño. Dimensión/ Ámbito de control.				Gasto asociado (M\$).			
	Eficacia	Calidad	Eficiencia	Economía	Eficacia	Calidad	Eficiencia	Economía
Evaluación y pronunciamiento por incapacidades permanentes.	% de LM que corresponden a ATEP (estimadas a través de muestras) en el trimestre i /total LM en el trimestre i AMBITO: proceso							
Implementación y monitoreo del modelo de gestión.	% de solicitudes resueltas dentro de 30 días de ingresadas durante el trimestre i /Nº total de solicitudes en el trimestre i <sup>5</sup> AMBITO: resultado	% de solicitudes apeladas en el trimestre i /Nº total de solicitudes en el trimestre i AMBITO: resultado	% de gasto en fiscalización en el trimestre i /gasto total en tramitación de pago de licencias en el trimestre i AMBITO: proceso					
Certificación de la Discapacidad	% de pronunciamientos emitidos dentro de 30 días de ingresados en el trimestre i /Nº total de solicitudes de pronunciamiento en el trimestre i. <sup>107</sup> AMBITO: resultado	% de pronunciamientos apelados en el trimestre i /Nº total de solicitudes de pronunciamiento en el trimestre i AMBITO: resultado						

<sup>107</sup> No hay plazo legal, se hace esa propuesta de días entendiendo que un mes de espera para el solicitante parece razonable

PE	Indicadores de desempeño. Dimensión/ Ámbito de control.			Gasto asociado (M\$).			
	Eficacia	Calidad	Eficiencia	Eficacia	Calidad	Eficiencia	Economía
Otras funciones médico-administrativa	% de certificaciones emitidas dentro de 30 días de ingresados en el trimestre i /Nº total de solicitudes de certificación en el trimestre i AMBITO: resultado	% de certificaciones apeladas en el trimestre i /Nº total de solicitudes de certificación en el trimestre i AMBITO: resultado					

## ANEXO 2. Ejemplos de pensiones invalidez que otorga el INP.

LEY – DFL	NOMBRE	SE DEFINE COMO:	BENEFICIARIO	ADM.	REQUISITOS / OTROS
1. N° 10.383 Ex Caja Seguro Social, art. 33°	Invalidez Total o Parcial.	Pensión mensual a la que tiene derecho el imponente que se incapacite física o mentalmente para el desempeño de su empleo.	Imponentes dependientes, independientes y voluntarios.	INP	Declaración Invalidez por la COMPIN Que la invalidez no conceda derecho a pensión por ATEP Hombre menor de 65 años y mujeres menores de 60 al momento de la declaración Otros.
2. N° 15.386 Ex caja Seguro Obligatorio, art. 27°	Pensión de Invalidez Asistencial.	Aquella a que tiene derecho el imponente inválido inscrito en 1937 o antes. El monto es igual al 50% de la pensión mínima de invalidez.	Imponentes dependientes, independientes y voluntarios.	INP.	Declaración por COMPIN Inscripción en 1937 o antes No tener derecho a otro régimen de previsión 65-60 años 75 semanas de imposiciones otros.
3. N° 10.475 Ex Caja Empleados Particulares (EMPART), art. 10°	Pensión de Jubilación por Invalidez.	Beneficio que se otorga al imponente que se encuentra en estado de incapacidad física o mental, de carácter temporal o definitivo, que lo inhabilite para el trabajo	Imponentes dependientes y los voluntarios	INP	Declaración por COMPIN 3 años imposiciones continuas o no. No mas de 2 años de la fecha en que cesaron en servicios y fue declarado como tal por COMPIN. otros.
4. DFL N° 338. Ministerio de Hacienda, Ex Caja Empleados Públicos y Periodistas (CANAEMPU)	Jubilación por Invalidez Común, art. 116°	Pensión mensual, permanente y vitalicia, a que tiene derecho el imponente que se incapacita física o mentalmente para el desempeño de su empleo.	Cotizantes CANAEMPU	INP	10 años de imposiciones Incapacidad declarada por COMPIN tener declarado vacante el cargo por haber hecho uso de todos los permisos que concede la ley de medicina preventiva.

LEY – DFL	NOMBRE	SE DEFINE COMO:	BENEFICIARIO	ADM.	REQUISITOS / OTROS
	Invalidez para pacientes afectados de cáncer, tuberculosis, enfermedades cardiovasculares o de la vista, art. 128°	Pensión mensual permanente y vitalicia, que no comprende las incapacidades por enfermedades mentales o distintas a las señaladas			Declaración Irrecuperabilidad por COMPIN Más de 5años de servicios Haber dado término a todos los permisos señalados por la ley de medicina preventiva e invalidez regirse por las disposiciones del DFL 338, ex EA, al 23 de septiembre de 1989 otros.

## **ANEXO 3. Antecedentes de la Seguridad Social en Chile.**

### **1. La Seguridad Social**

Existen ciertos eventos en la vida de una persona que le impiden, de manera total o parcial, obtener los bienes y servicios indispensables para vivir dignamente. Es el caso de la pérdida del trabajo, el deterioro de las capacidades laborales o una enfermedad. Pues bien, la Seguridad Social es aquella organización política, social y jurídica que los seres humanos se han dado para enfrentar de manera colectiva la ocurrencia de estos inevitables eventos o riesgos sociales.

Si bien los riesgos sociales son compartidos por todas las poblaciones y culturas humanas, las formas de enfrentarlos socialmente (satisfactores) son contingentes y específicas para cada sociedad. El abordaje de los riesgos, cuál debe ser el papel de Estado y cuál la participación de los individuos, dependerá de la filosofía política predominante en el país.

De acuerdo a Héctor Humeres<sup>108</sup>, la Seguridad Social comprendería seis áreas: medicina social, asistencia social, seguros sociales, servicios sociales, políticas de pleno empleo y vivienda, pero, en realidad, podría perfectamente ser agrupada en tres tipos:

**Seguros sociales.** Se consideran como tales aquellos satisfactores financiados por trabajadores y/o empleadores a través de seguros de carácter obligatorio, consistentes en prestaciones médicas ante el evento de la enfermedad – preventivas, curativas, rehabilitación- y pecuniarias que atienden la contingencia que deriva en la suspensión, disminución o pérdida de la capacidad de ganancia del jefe de hogar.

**Asistencia social.** Corresponde a aquellos satisfactores destinados a atender contingencias que no están cubiertas por seguros obligatorios, o bien cuando estos no hayan sido suficientes, y que de ordinario su financiamiento lo asume el estado.

**Prestaciones familiares:** Se trata de satisfactores que buscan directamente la protección del grupo familiar, incluyendo las asignaciones familiares y otras prestaciones.

Las tareas encomendadas a la organización en estudio (COMPIN) inciden mayoritariamente en la aplicación de Seguros Sociales (Evaluación y pronunciamiento por incapacidades transitorias y permanentes), sin perjuicio que la organización en estudio también tenga ingerencia en la aplicación de asistencia

---

<sup>108</sup> Héctor Humeres N.: “Derecho del trabajo y de la seguridad social. Tomo III. Derecho de la seguridad social”, Editorial Jurídica de Chile, 2005.

social y asignaciones familiares y otras prestaciones (certificación de discapacidad Resoluciones sobre acceso a beneficios no previsionales, entre otras).

## **2. Formación histórica de la Seguridad Social**

La Seguridad Social en nuestro país ha estado fuertemente vinculada con los vaivenes políticos y sociales. No es extraño entonces que el mayor desarrollo de la seguridad social haya venido a la mano del auge del derecho del trabajo pues en ambos casos estamos enfrente a las mismas cuestiones sociales que estuvieron en el centro de la discusión legislativa del siglo XX, en especial tras la llegada a La Moneda de Arturo Alessandri Palma.

Con todo, durante la segunda mitad del siglo XIX nació el mutualismo, que es una manera privada de abordar los riesgos sociales inherentes a las funciones productivas. En 1853 el peruano Víctor Laynez fundó la Sociedad Tipográfica y, desde entonces, las sociedades de socorros mutuos comenzaron a proliferar en nuestro país.<sup>109</sup> Fermín Vivaceta, quien fundó la sociedad de Artesanos, puede considerarse el padre del mutualismo de nuestro país. Las Cajas reemplazarían posteriormente a las mutuales en el abordaje público de los riesgos sociales

El siglo XX será en cambio el siglo de la seguridad social pública. En 1915, se crearon la Caja de Retiro y Montepío de las Fuerzas Armadas; en 1911, la Caja de Empleados de Ferrocarriles, la que pasó a ser posteriormente la Caja de Retiro y Previsión Social de Ferrocarriles del Estado; tras el levantamiento militar de 1924, nace la Ley N° 4054 sobre el Seguro Obrero Obligatorio de Enfermedad, Invalidez y Vejez, que fue obra del doctor Ezequiel González y su texto definitivo lo oficializó el Decreto Ley N° 689, de 17 de octubre de 1925. Según nos lo refiere Novoa Fuenzalida,<sup>110</sup> “esta ley estableció un seguro social y obligatorio para la protección de las referidas contingencias en beneficio de todos los obreros –incluidos los campesinos y servidores domésticos–, previó un sistema de financiamiento tripartito, con imposiciones del patrón, del obrero y del Estado”. En el mismo contexto de 1925, se promulga la Ley N° 4055, sobre Accidentes del trabajo y se crearon la Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas, la Caja de Previsión de Carabineros y la Caja de Previsión de Empleados Particulares. Posteriormente, en 1937, se creó la Caja de Previsión de la Marina Mercante Nacional, a las que les sumarían varias otras. Al año 1974, funcionaban en el país 34 instituciones señaladas.<sup>111</sup>

En 1938 se dictó la Ley N° 6.174, sobre Medicina Preventiva, impulsada por el renombrado Ministro de Salud Eduardo Cruz-Coke. Fue la primera ley en el mundo dictada sobre medicina preventiva.<sup>112</sup> La salud pública a la época hacía

---

<sup>109</sup> Patricio Novoa: Derecho de Seguridad Social, Editorial Jurídica de Chile, Santiago, 1977.

<sup>110</sup> Patricio Novoa: Derecho de Seguridad Social, Editorial Jurídica de Chile, Santiago, 1977, p. 35.

<sup>111</sup> Patricio Novoa: Derecho de Seguridad Social, Editorial Jurídica de Chile, Santiago, 1977.

<sup>112</sup> Patricio Novoa: Derecho de Seguridad Social, Editorial Jurídica de Chile, Santiago, 1977.



estragos: la tuberculosis y las enfermedades cardiovasculares era la mayor causa de la mortalidad trabajadora.

En 1952 se dictó la Ley N° 10.475 que estableció un régimen de pensiones por antigüedad, invalidez, vejez y supervivencia para empleados particulares. Posteriormente, en 1968, se promulga la Ley N° 16.744, sobre Accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, vigente hasta nuestros días.

En síntesis, lo acontecido en nuestro país con la evolución de la Seguridad Social no es diverso a lo sucedido en otros países en el sentido que las mutualidades y el seguro privado, ampliamente difundidas en nuestro país durante el siglo XIX, corresponden a los antecedentes históricos más inmediatos de los Seguros Sociales de carácter público. Las diferencias entre estas dos modalidades de Seguridad Social son señaladas por Novoa: a) Las mutualidades son organizaciones de derecho privado, mientras que los Seguros Sociales son servicios públicos; b) El ingreso a las mutualidades es facultativo, mientras que es obligatorio a los Seguros Públicos; c) Las consecuencias económicas motivadas por el otorgamiento de las prestaciones son soportadas en las mutualidades sólo por quienes entran a formar parte de ellas, mientras que los seguros sociales son soportados en última instancia por el erario nacional y contribuyen a su pago, además de los trabajadores, la parte patronal, el Estado y otros entes.

### **3. Los riesgos sociales**

#### **3.1. La incapacidad laboral temporal**

Aparte del perjuicio que la salud lleva aparejada a la enfermedad, ésta genera la incapacidad para desarrollar actividades económicas y trabajar lo que, en definitiva, perjudicará el ingreso y los niveles de consumo del trabajador y de su núcleo familiar. De allí que la Seguridad Social establece, para quienes sufran de enfermedad, un subsidio en dinero que permita a los afectados una continuidad en el consumo, mientras no se restablece su salud comprometida por el evento patológico.

De acuerdo al D.F.L. N° 44, de 1978, el otorgamiento y pago del subsidio corresponde a algunas de las siguientes entidades: FONASA, respecto a los trabajadores afiliados al sistema estatal; y las ISAPRES, respecto a sus afiliados, sin perjuicio de la función de las Cajas de Compensación y el empleador, cuando se haya acordado con la entidad pagadora. Respecto a las primeras instituciones, a las Compin les corresponderá certificar los estados de salud de sus afiliados y, en muchos casos, además, proceder al pago de los respectivos subsidios. Respecto a las segundas, su tarea se limitará a conocer y resolver controversias producidas entre éstas, sus afiliados o empleadores, a propósito del acceso al subsidio.

Este subsidio tiene las siguientes características:

- Se financia con aportes de los propios trabajadores;
- Se paga con la periodicidad de las remuneraciones, no pudiendo superar el mes;
- Son incompatibles con otros subsidios, en especial el de cesantía;
- Los subsidios duran todo el período de la licencia, independientemente de la vigencia del contrato de trabajo;
- Se verifican a partir de una licencia médica.

Como se mencionaba, el subsidio se aplica luego de la tramitación de una licencia médica, pues ésta da origen a los beneficios sobre protección de riesgo de enfermedad e incapacidad temporal. La licencia médica “es un acto administrativo que consiste en el derecho que tiene el trabajador de 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 el empleador en su caso, y autorizado por (la Compin) o la ISAPRE, según corresponda, durante cuya vigencia podrá gozar de fondo especial con cargo a la entidad de previsión, institución o fondo especial respectivo, o de la remuneración regular de su trabajo o de ambas en la proporción que corresponda”<sup>113</sup>.

### **3.2. Otros riesgos sociales protegidos**

Sin que el siguiente listado pretenda ser taxativo, se señalan a continuación otros riesgos sociales que la Seguridad Social en Chile pretende abordar socialmente:

#### **3.2.1. Vejez**

Las personas que hayan cumplido sesenta años, si son mujeres, o sesenta y cinco si son varones, o antes si se han desempeñado en trabajos pesados, porque se presume que la edad limita las capacidades económicas, tendrán derecho a percibir un monto de dinero mensual, denominada pensión de vejez, equivalente a lo que el trabajador percibía cuando estaba laboralmente activo.

#### **3.2.2. Invalidez**

Los trabajadores que, a consecuencia de una enfermedad o debilitamiento de sus fuerzas físicas o intelectuales, sufran menoscabo permanente en su capacidad de trabajo, previa declaración de esta circunstancia, tiene derecho a una pensión, denominada pensión de invalidez, hasta que pueda optar a una pensión de vejez. Respecto a la certificación de la irrecuperabilidad de estados patológicos las Compin cumplen funciones médico-legales relativas a la certificación.

---

<sup>113</sup> Gabriela Lanata: “Manual de Legislación provisional”, Lexis Nexis, Santiago, 2001, p. 306.

### **3.2.3. Sobrevivencia**

Ciertos familiares de un trabajador que haya fallecido tendrán derecho a percibir un estipendio mensual de acuerdo a cada caso, llamado pensión de sobrevivencia.

### **3.2.4. Riesgos profesionales**

De conformidad a la Ley N° 16.744, sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, protege a los trabajadores que hayan sufrido un accidente a causa o con ocasión del trabajo, que le produzca la incapacidad o muerte, o que padezcan de una enfermedad causada por la profesión o trabajo de la persona. Ellos gozarán de atenciones médicas gratuitas y subsidios por incapacidad laboral temporal, parcial o total, entre otras prestaciones. En los riesgos propios de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, las Compin cumplen funciones similares a los que cumplen en los riesgos de enfermedad común.

## **4. Los principios de la Seguridad Social**

La Seguridad Social es una rama moderna del Derecho que se ha construido a lo largo del siglo XX, con frecuencia abordando contingencias concretas que ha llevado a que no esté exenta de elementos contradictorios o vacíos que de alguna manera se armonizan gracias al rol que juegan los principios de la disciplina, que en este caso cumplen una función informadora, integradora y receptiva, según expresión de Plá Rodríguez<sup>114</sup>. Ellos “proporcionan una estructura básica indispensable para su adecuado ordenamiento y aseguran una base de desarrollo a un sistema que se caracteriza por su mutación permanente, en pos de encontrar mecanismos que permitan hacer frente a realidades sujetas a un permanente cambio y evolución”<sup>115</sup>.

Pues bien, la seguridad social en Chile en la época actual está dispuesta por una serie de principios estructurales que la informan y que, consecuentemente, estarán determinando la rama de la seguridad social que interesa, a saber aquella abordada por la salud pública:

### **4.1. Universalidad**

Se distingue la universalidad subjetiva de la universalidad objetiva<sup>116</sup>.

---

<sup>114</sup> Citado por Héctor Humeres en: “Derecho del trabajo y de la seguridad social. Tomo III. Derecho de la seguridad social”, Editorial Jurídica de Chile, 2005, p. 31.

<sup>115</sup> Héctor Humeres: “Derecho del trabajo y de la seguridad social. Tomo III. Derecho de la seguridad social”, Editorial Jurídica de Chile, 2005, p. 31.

<sup>116</sup> Patricio Novoa: Derecho de Seguridad Social, Editorial Jurídica de Chile, Santiago, 1977; Héctor Humeres: “Derecho del trabajo y de la seguridad social. Tomo III. Derecho de la seguridad social”, Editorial Jurídica de Chile, 2005; y CIEDESS: “Modernización de la seguridad social en Chile. Resultados y tendencias”, CIEDESS, 1994.

La primera aboga porque la Seguridad Social debe cubrir a todas las personas, sin limitaciones ni discriminaciones de ninguna especie, como pueden serlo la edad, la raza, el sexo, nacionalidad, vínculo laboral, etc. Desde las primeras leyes de seguridad social, por ejemplo la ley sobre Seguro Obrero Obligatorio de 1924, se otorgó protección frente a riesgos de enfermedad, invalidez y vejez a todos los obreros, incluyendo campesinos y servidores domésticos, lo que era raro a la época. En la actualidad, igualmente se da cobertura a las prestaciones de salud tanto a los trabajadores del sector privado –incluyendo los independientes– como del sector público, incluso a la población que no se encuentra ligada a la actividad laboral activa.<sup>117</sup>

En cuanto a la segunda, se propicia que la Seguridad Social propenda a alcanzar la total abordaje de las contingencias sociales, a saber: enfermedad y accidente, la maternidad, la invalidez, la vejez, la muerte, la viudez, la orfandad, los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales, el desempleo y las cargas familiares.

#### **4.2. Solidaridad**

La idea es que de alguna manera aquellos sectores sociales que disponen de mayores recursos contribuyan en mayor medida para compensar las restricciones que sufren los sectores de menores ingresos. La base de esta redistribución se encuentra en la obligatoriedad que recae sobre todos los sujetos del sistema a cotizaciones porcentuales del ingreso.<sup>118</sup> En el antiguo sistema de salud pública en Chile, anterior a la modernización de los años '70 y '80, este principio se entendía como un mecanismo redistributivo de los ingresos, pues demandaba a la parte empleadora participación en el pago de las cotizaciones y establecía un sistema de salud ampliamente radicado en el sector público; en el nuevo sistema, la solidaridad se expresa en la organización del sistema de salud público y la cobertura estatal mínima a los sectores de escasos recursos.<sup>119</sup>

#### **4.3. Integralidad**

Se trata que la protección sea al mismo tiempo preventiva (evitando los riesgos), recuperadora (restituyendo la salud), reparadora (compensando económicamente los perjuicios causados con el evento) y readaptadora (reinserción a la actividad económica).

---

<sup>117</sup> Chile protege sobre el 67% de su población económicamente activa, contra el 30% de promedio del resto de los países latinoamericanos, de acuerdo a: Héctor Humeres: "Derecho del trabajo y de la seguridad social. Tomo III. Derecho de la seguridad social", Editorial Jurídica de Chile, 2005, p. 32.

<sup>118</sup> Héctor Humeres: "Derecho del trabajo y de la seguridad social. Tomo III. Derecho de la seguridad social", Editorial Jurídica de Chile, 2005.

<sup>119</sup> Este aspecto del mecanismo redistributivo permanece en el seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

#### **4.4. Eficacia**

Las prestaciones de salud deben ser eficientes en el sentido de asegurar a los beneficiarios de una rápida respuesta a los eventos o riesgos y durante toda su duración (oportunidad) y conservando la capacidad de consumo del afectado (suficiencia). Este es un aspecto crucial que impone desafíos operativos a las Compin, particularmente con relación a la certificación y pago de los subsidios por incapacidad laboral.

#### **4.5. Uniformidad**

Los estados de necesidad, dice Lanata<sup>120</sup>, deben estar cubiertos del mismo modo respecto de todos los miembros de la comunidad. En forma más acentuada desde la reforma a la salud introducida durante el Gobierno Militar que distingue marcadamente entre afiliados a sistema privado y público, el sistema chileno ha históricamente tendido a la uniformidad en cuanto al monto de las cotizaciones, al régimen de prestaciones, a los entes administradores para un conjunto o grupo homogéneo de afiliación, ya sea por base del territorio o a la profesión a la que pertenecen.

Esta dimensión de la Seguridad Social en general incide en las funciones certificadoras que poseen las Compin toda vez que presionaría en favor de la uniformidad de los criterios médico-legales a lo largo y ancho de todo el país, aún a pesar del carácter técnicamente autónomo de estos organismos.

#### **4.6. Subsidiariedad**

Se señala que el Estado tiene con la Seguridad Social dos obligaciones. Por una parte, permitir que el individuo y los grupos intermedios, con sus propios medios, hagan frente a estos estados de necesidad. Por otra parte, el Estado debe intervenir cuando cada individuo no es capaz de solucionar sus problemas por sí solo o con la ayuda de su grupo familiar o de otros mecanismos que pueda disponer. Este principio se ha presentado como el rector de la política de salud del Gobierno Militar a esta parte<sup>121</sup>, y ha justificado la amplia participación de instituciones privadas de protección social. Antes de la modernización, este principio sólo podía advertirse en la creación de las Cajas de Compensación de Asignación Familiar y las Mutualidades de Empleadores en la Ley de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales; mientras que en lo sucesivo se plasmará en la creación de las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) y las Instituciones de Salud Provisional (ISAPRE), ambas de 1980, y la nueva administradora de Fondos de Cesantía (AFC), del año 2001, entre otras.

---

<sup>120</sup> Gabriela Lanata: "Manual de Legislación provisional", Lexis Nexis, Santiago, 2001.

<sup>121</sup> Mario Parada: "Evolución del sistema de protección social de la salud en Chile: un análisis sociológico", Tesis para optar al grado de Doctor en sociología Universidad Autónoma de Madrid, 2004.

## **5. Sistemas de aseguramiento**

### **5.1. La afiliación**

Hemos señalado anteriormente que en nuestro país está resguardada la universalidad subjetiva de la seguridad social entendida ésta como la cobertura a todas las personas, sin limitaciones ni discriminaciones de ninguna especie, incluso con carácter obligatoria en determinados casos. Dijimos también que en el contexto sudamericano, la cobertura de seguridad social casi alcanza el 70% de los trabajadores activos.

La participación de una persona a un seguro social pasa inicialmente por la afiliación del trabajador al sistema, entendiéndose por tal “el acto jurídico por medio del cual la persona se integra al régimen pertinente, y que genera derechos y deberes, tanto para el afiliado como para el órgano gestor del sistema”<sup>122</sup>. La afiliación es entonces un acto jurídico que se formaliza mediante la inscripción.

La afiliación en nuestro país es múltiple, en el sentido que cada rama de la seguridad social tiene su propio órgano gestor al que el trabajador debe puntual y solemnemente afiliarse, pero de ninguna manera son admisibles afiliaciones paralelas, es decir, a más de un gestor de una determinada rama de seguridad social. Ahora bien, tal como lo autoriza el inciso penúltimo del numeral 8° del artículo 19, en ocasiones la ley establece la obligatoriedad de afiliación a una determinada rama de la seguridad social, resguardando la opcionalidad a la hora de seleccionar el gestor. Es el caso de la afiliación de los trabajadores dependientes del sector público o privado a un sistema de salud cuyo efectivo cumplimiento le corresponde acometer al empleador.

La afiliación produce importantes efectos jurídicos tanto para la parte empleadora, trabajadora y órganos gestores. La entidad empleadora, por ejemplo, debe efectuar los descuentos previsionales de las remuneraciones de los trabajadores y pagar periódicamente las cotizaciones al órgano gestor; el trabajador interviene ejerciendo derechos a determinadas prestaciones; y el órgano gestor, finalmente, está potestado para exigir del empleador el cumplimiento de sus obligaciones y tiene a su vez la obligación de otorgar a los afiliados las correspondientes prestaciones.

### **5.2. Los derechos públicos subjetivos**

Patricio Novoa, citado por Humeres, los conceptualiza como “las facultades de los administrados frente a la administración, los cuales por ser personas son

---

<sup>122</sup> Héctor Humeres: “Derecho del trabajo y de la seguridad social. Tomo III. Derecho de la seguridad social”, Editorial Jurídica de Chile, 2005, p. 49.

acreedores al otorgamiento de las prestaciones necesarias para cumplir su destino, lograr su bienestar y perfeccionarse”<sup>123</sup>.

Sus características son las siguientes:

- Sobre ellos recae una especie de derecho de propiedad, a la cual podrán reclamar judicialmente en algún momento de su vida.
- Ellos son personalísimos en el sentido que corresponden específicamente a una persona, además de no enajenables o no comerciables, intrasmisibles e irrenunciables.
- El derecho no prescribe con el paso del tiempo, manteniéndose la afiliación.

### **5.3. La cotización**

Se ha definido, habitualmente, como una forma de descuento coactivo de las remuneraciones de un trabajador ordenada por ley a determinados grupos de personas destinados a garantizar prestaciones de Seguridad Social. Para la mayor parte de los entendidos, la cotización correspondería a un tributo con un régimen jurídico específico, lo que es particularmente cierto en aquellos casos cuando las cotizaciones se destinan a fines de servicio del Estado (INP o FONASA)<sup>124</sup>. Quien puede reclamar su efectivo pago corresponde al órgano gestor (sujeto activo), a quien puede exigírsele su efectivo pago es el empleador o el trabajador independiente (sujeto pasivo) y lo que se retiene en una exacción (objeto).

Parece relevante señalar que la cotización se ajusta en nuestro ordenamiento al principio de unidad, el cual se conceptualiza “como la circunstancia de pagar una sola cotización, lo cual supone un órgano único de recaudación y se opone a la pluralidad o multiplicación de cuotas”<sup>125</sup>. Las excepciones a este principio corresponden a las Cajas de Compensación y las Mutualidades, ambos organismos muy relacionados con las tareas de las Compin, las cuales deben siempre tomar el resguardo necesario como para que exista la debida coordinación.

Se puede caracterizar el sistema de cotización de nuestro país de la siguiente forma:

- a) El sujeto obligado a la declaración y pago, tratándose de trabajadores dependientes, sea que estén afiliados al antiguo o al nuevo sistema previsional, es el empleador. Los trabajadores independientes y los imponentes voluntarios pagarán la cotización directamente al órgano recaudador.

---

<sup>123</sup> Héctor Humeres: “Derecho del trabajo y de la seguridad social. Tomo III. Derecho de la seguridad social”, Editorial Jurídica de Chile, 2005, p. 51.

<sup>124</sup> Tratándose en cambio de las cotizaciones a entes privados, dado que éstas son empresas privadas, Héctor Humeres prefiere catalogarlas de carga pública real.

<sup>125</sup> Héctor Humeres: “Derecho del trabajo y de la seguridad social. Tomo III. Derecho de la seguridad social”, Editorial Jurídica de Chile, 2005, p. 59.

- b) Las cotizaciones, por regla general, son de cargo del trabajador, salvo el aporte patronal del 0,95% de la Ley de Accidentes del Trabajo y del 2,4 a 3% del Seguro de Desempleo.
- c) Afectan todas las remuneraciones, con excepción de asignaciones de movilizaciones, viáticos, prestaciones familiares e indemnización de años de servicio, entre las más importantes. Significó un importante incremento respecto a la situación anterior a la reforma de 1980.



## **ANEXO 4. Antecedentes generales de la Medicina Social en Chile.**

### **1. La enfermedad y la medicina social**

El bienestar físico y psicológico forma parte de la serie de necesidades de los seres humanos, en toda su extensión histórica y geográfica y, por afectar a todos los individuos sin excepciones, es comprensible que las sociedades humanas hayan buscado organizar instituciones para abordar colectivamente este desafío de la vida, entre otras formas a través de su regulación social. En otras palabras, el bienestar escapa al exclusivo interés individual y pasa a constituir un objetivo de la comunidad en su conjunto.

Por cierto que cada sociedad organiza maneras particulares de enfrentar el quebrantamiento del bienestar físico y corporal. Por ejemplo, por mucho tiempo en las sociedades industriales la salud estaba radicada en manos de instituciones públicas o privadas de beneficencia para luego, desde la segunda mitad del siglo XIX, en manos de organizaciones mutuales de los mismos trabajadores, con una creciente participación del Estado, en especial desde la creación de las Cajas de Previsión. Con posterioridad la sociedad no se restringe a atender enfermedades, sino además ella avanza en dirección a la prevención de enfermedades, sobre todo las que tienen carácter de crónicas, dando forma de esta manera a la llamada medicina social.

Desde el punto de la dogmática jurídica, la medicina social es la rama de la Seguridad Social que se preocupa de la salud de la población mediante la planificación y desarrollo de acciones de salud, no solamente en relación con las personas sino también con el medio ambiente en que éstas viven y se desenvuelven.<sup>126</sup> Por su propia naturaleza, la medicina social “que pone énfasis en los factores sociales que influyen en la génesis, desarrollo y mantención de las enfermedades y en las medidas médico-sociales destinadas a combatirlas”.<sup>127</sup> Como pone de manifiesto Patricio Novoa, esta rama de la Seguridad Social que se ocupa de la salud incluye su componente económico.<sup>128</sup>

### **2. Génesis de la medicina social en Chile**

#### **2.1. Medicina preventiva**

Por una parte, la medicina preventiva tuvo como precursora a la ley N° 6.174, de 1938, que fue aplicable a la generalidad de trabajadores del país en miras

---

<sup>126</sup> Gabriela Lanata: “Manual de Legislación provisional”, Lexis Nexis, Santiago, 2001.

<sup>127</sup> Definición del Dr. Alejandro Goic citada por Guillermo González: “Las instituciones de salud provisional como sistema de salud en Chile”, Memoria para optar al grado de Licenciado en Ciencias Jurídicas de la Universidad de Valparaíso, 1996.

<sup>128</sup> Patricio Novoa: Derecho de Seguridad Social, Editorial Jurídica de Chile, Santiago, 1977, p. 51.

estimular la constante preocupación por prevenir el desarrollo de las enfermedades por medio de su detección a tiempo.

La ley, compuesta de 14 artículos permanentes y uno transitorio, dispuso que las cajas de previsión establecerían servicios de medicina preventiva con una doble finalidad; primero, para vigilar el estado de salud de sus imponentes; y, segundo, para adoptar las medidas tendientes a diagnosticar precozmente el desarrollo de enfermedades crónicas (como “la tuberculosis, la sífilis, el reumatismo, las enfermedades del corazón, y de los riñones”, precisa la ley) o enfermedades derivadas del trabajo (como “saturnismo, la antracosis, la silicosis, la anquilostomiasis”). Asimismo, universalizando la medicina preventiva más allá de las cajas, igual función tendrán los servicios médicos de las instituciones que no dependan de cajas, pero que en este aspecto estarán bajo el control de las cajas.<sup>129</sup>

En cualquier caso el examen de salud de los obreros y empleados y las medidas preventivas, incluyendo la prescripción de reposo preventivo, se haría por los médicos de las respectivas cajas (Art.2º). Las consecuencias del decreto de reposo es inmediata: éste deberá ser respetado por el patrón, “quien estará obligado a mantener en su trabajo al obrero o empleado en los días u horas en que el trabajo le sea permitido, abonándole el salario proporcional. Deberá, también, reponer en su puesto al obrero o empleado que haya terminado su período de curación preventiva” (Art.6). Asimismo, el Servicio de Seguro Social y las demás cajas “abonarán al obrero o empleado el salario o sueldo que corresponda a las horas o períodos de reposo preventivo” (Art. 6º).

El financiamiento del subsidio se obtiene por medio de una imposición patronal de un 1% a favor de las Cajas de Previsión respectivas, suma que deberá destinarse enteramente a este propósito. Las cajas por su parte harán su contribución pero no más allá del 2,5% de sus entradas brutas (art.8º).

En 1942 se dio creación al Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), como una institución con personería y patrimonio propios, sobre la base de diversos servicios de medicina preventiva que se señalaban en las leyes que creaban las distintas Cajas, cuyas funciones fueron otorgar las prestaciones médicas previstas en la Ley N° 6.174.<sup>130</sup>

## **2.2. Medicina curativa**

La protección de la salud de la población corresponde a una prioridad importante del Estado chileno desde las reformas sociales de 1924 impulsadas por Alessandri Palma y respaldadas con el “ruido de sables” de los militares en el Congreso

---

<sup>129</sup> Como puede apreciarse, en la ley en comento, de 1938, ya se está discutiendo sobre la base de la existencia de pluralidad de instancias administrativas en el abordaje de la medicina social preventiva.

<sup>130</sup> Patricio Novoa: Derecho de Seguridad Social, Editorial Jurídica de Chile, Santiago, 1977.

Nacional.<sup>131</sup> Este mismo año, se creó la Secretaría de estado de Higiene, Asistencia, Previsión Social y Trabajo, que pasará luego a denominarse Ministerio de Bienestar Social. De la mano con esta nueva Secretaría de Estado, se estructuró en 1925 la Dirección General de Beneficencia y Asistencia Social, la que precedió en sus funciones al Servicio Nacional de Salud (SNS).

En lo que respecta a este aspecto de la medicina social, dos leyes hicieron historia en nuestro país: la ley N° 10.383, relacionada por el sector denominado “trabajador”; y la ley N° 16.701, aplicable a los empleados particulares y al sector público. Recordemos que a la época los trabajadores estaban divididos entre obreros y los empleados, distinción que dejó de existir legalmente durante el Régimen Militar. La función de protección social curativa de la salud ha sido encomendada históricamente, por la medicina social, al antiguo Servicio Nacional de Salud (SNS) y del Servicio Nacional de Empleados (SERMENA). En su momento, esta segregación entre obreros y empleados fue motivo de ardua discusión, sobre todo a principios de los años 70, pues se estimaba por algunos que debía abrirse paso un sistema nacional único de salud.

Por una parte, los obreros y sus familias mediante su sola filiación accedía a tratamientos médicos y quirúrgicos de acuerdo a un reglamento; incluida la asistencia del embarazo, parto y puerperio de la cónyuge y gozaban de un subsidio cuando la enfermedad los incapacitaba por más de tres días, sobre la base del promedio del salario de los últimos seis meses. Por la otra, en el caso de los empleados, se contemplaba la asistencia médica alternativamente por el sistema funcionario y administrativo de las entidades gestoras, o bien por un sistema de libre elección, bonificándose parte del costo de la atención a través de los llamados “bonos” de SERMENA. Establecía además el subsidio de medicina curativa, a propósito de incapacidad de más de tres días, que alcanzaba al 85% del promedio del sueldo imponible de los últimos seis meses calendario.

Esta estructura se mantuvo sin alteraciones mayormente significativas hasta fines de la década de los 70. A partir de entonces, se abre paso a la iniciativa privada en materia de protección de la salud sobre la base del principio de la subsidiariedad del Estado, lo que se consolida en el ordenamiento jurídico en su conjunto una vez que este principio de eleva a rango constitucional en la Constitución Política de 1980.

---

<sup>131</sup> En Chile la participación del Estado en los centros hospitalarios comienza durante el siglo XIX al surgir en los principales ciudades y pueblos recintos hospitalarios bajo la administración de Juntas Locales de Beneficencia, organismos integrados por ciudadanos prominentes, sirviendo de pauta la del Hospital San Juan de Dios de Santiago cuyo decreto surgió en 1819 (Patricio Novoa: Derecho de Seguridad Social, Editorial Jurídica de Chile, Santiago, 1977, p. 228).

### **2.3. Críticas al antiguo sistema de protección de la salud**

En su libro “Derecho de la Seguridad Social”, Patricio Novoa resume un conjunto de críticas que recaían sobre el antiguo sistema de protección de la salud, y que exponemos a continuación:

Mala distribución de los recursos humanos y técnicos en el orden geográfico por parte del Sistema Nacional de Salud. El personal profesional y paramédico tendió a concentrarse en grandes ciudades (Santiago, Valparaíso y Concepción) y existían diferencias en número de camas.

Gran número de médicos realizando funciones administrativas.

Nuevo modelo de protección de la salud.

### **3.1. Duplicidad de sistemas de protección**

El sistema de protección de salud en Chile actual se sustenta, como se vio anteriormente, en el principio de subsidiariedad del Estado según el cual las personas por mandato constitucional tienen el derecho a optar por el sistema estatal de protección de la salud, cuyas ideas centrales fueron elevadas a rango legal a través de la ley N° 18.469, publicada en el Diario Oficial el 23 de noviembre de 1985, o bien por el sistema privado a cargo de las Instituciones de Salud Provisional (ISAPRES) cuya existencia fue autorizada por el D.F.L. N° 3, de 1981.

#### **a) Sistema estatal**

La citada ley entregó la tuición y fiscalización del régimen estatal de medicina preventiva y curativa al Fondo Nacional de Salud (en adelante, FONASA), que desde el año 1979 pasó a constituirse como el continuador legal del Servicio Médico Nacional (SERMENA), que en su tiempo administraba los sistemas de salud de los empleados del país. Asimismo, asumió tareas de co-financiamiento de las prestaciones de salud que antes habían correspondido al Sistema Nacional de Salud (SNS).

Entre las tareas que le son encomendadas, en lo relativo a la medicina preventiva, se destacan las acciones destinadas a evitar o detectar enfermedades a través de la organización de un sistema oportuno de atenciones médicas. En lo relativo a la medicina curativa, es decir, las acciones destinadas a recuperar la salud o estado normal de las personas por la vía de atenciones intra o extrahospitalarias, el FONASA se encarga de asegurar su financiamiento para cubrir los déficit que se producen por el otorgamiento de estas prestaciones.

#### **b) Sistema privado**

Consecuentemente con la norma de rango constitucional, el D.L. N° 3.500 estableció una cotización obligatoria de cargo de cada trabajador, equivalente al 7% de su remuneración imponible, destinada a financiar sus beneficios de salud,

incluso autorizándolo a pactar una cotización adicional. Por el D.F.L. N° 3, de 1981, se autorizó la existencia de las Instituciones de Salud Previsional (en adelante, ISAPRES) y el derecho de los trabajadores afiliado a las AFP que así lo desearan a incorporarse a este sistema en reemplazo de los Servicios de Salud y del FONASA, y más tarde a imponentes de las antiguas cajas.

Anticipándose a posibles abusos de las ISAPRES y lógicos conflictos de intereses entre éstas y los beneficiarios, la función pública no renunciaría a arbitrar las medidas necesarias a fin de asegurar los derechos a la salud de la población. En este espíritu, se dispuso por la Ley N° 18.933, de 1990, la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional a la cual le corresponde la supervigilancia y control de las ISAPRES y, en especial, resolver las controversias que se produzcan entre las ISAPRES y sus cotizantes.

### **3.2. La Constitución Política de 1980**

En el numeral 18 de su artículo 19, la Constitución asegura a todas las personas el derecho a la protección de la salud, y les atribuye el derecho a recurrir de protección en caso que por causa de actos u omisiones arbitrarios e ilegales sufran privación, perturbación o amenaza en el ejercicio de este derecho (concordar con el art. 20 de la Constitución Política de la República).

Este reconocimiento constitucional se hace sobre la base tanto de algunos de los principios de seguridad social analizados anteriormente como de los conceptos de medicina social configurados durante el régimen militar:

Por una parte, en los incisos segundo y tercero del numeral 18 se resguarda el rol regulador del Estado en la medicina social, especialmente a la hora de asegurar dos principios centrales que en su momento señalamos regía el conjunto de la Seguridad Social, como es la universalidad e integralidad:

“El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo.

Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud”.

Tal como asevera Humeres<sup>132</sup>, recogiendo la tendencia legislativa de los años 80, “nuevamente se deja constancia del cambio en el rol del Estado, cuya acción preferente se orientará a la ejecución de las acciones de salud y a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud, como asimismo al adecuado control del sistema”.

Las razones de la protección estatal de la Seguridad Social guarda relación con la importancia económica que tiene para la población la atención de los riesgos

---

<sup>132</sup> Héctor Humeres: “Derecho del trabajo y de la seguridad social. Tomo III. Derecho de la seguridad social”, Editorial Jurídica de Chile, 2005, p. 45.

sociales, el impacto en la vida de las familias y la envergadura de los recursos involucrados.

Por otra parte, la coexistencia en el sistema actual de dos sistemas básicos de abordaje del riesgo social de la enfermedad, el sistema estatal y el sistema privado a cuya incorporación los individuos pueden libremente optar, y el deber estatal de asegurar que estas funciones, está claramente resguardado en el inciso 4 y 5 del numeral 9º del artículo 24:

“Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias.

Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado”.

### **3.3. La regulación del ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud**

En coincidencia con el marco constitucional fijado a partir de 1980 la Ley N° 18.469 regula lo que podríamos llamar el sistema de protección de la salud que el Estado asegura a todas las personas que habitan el territorio nacional a través de los organismos que integran el Sistema Nacional de Servicios de Salud. Los establecimientos asistenciales públicos no podrán negar atención a quienes lo requieran ni condicionarla al pago previo de tarifas o aranceles (art. 2º).

La ley en comento establece lo que denomina el Régimen de Prestaciones de Salud (RPS) que en parte es financiado, como veremos más adelante, por las cotizaciones de sus afiliados, pero a cuyas acciones de salud tendrán derecho los mismos afiliados y otros grupos de personas.

#### **3.3.1. Los afiliados**

La afiliación de una persona se produce automáticamente al adquirirse cualquiera de las calidades reconocidas en la ley (art.7º) y, como veremos, engloba a la generalidad de los trabajadores del país así como los imponentes voluntarios o pensionados de cualquier naturaleza. Los afiliados deben efectuar en el Fondo Nacional de Salud (FONASA) las cotizaciones legales, que será del 7% para los afiliados a las Asociaciones de Fondos de Pensiones (AFP) o variables según la caja para los imponentes del antiguo sistema provisional (art.7º).

Tendrán la calidad de afiliados al Régimen:

- a) Los trabajadores dependientes del sector público y privado<sup>133</sup>.

---

<sup>133</sup> Existen normas particulares que permiten mantener la condición de afiliados para los trabajadores contratados por obras o faenas breves o por contratos diarios.

- b) Los trabajadores independientes que coticen en cualquier régimen de previsión.
- c) Las personas que coticen en cualquier régimen legal de previsión en calidad de imponentes voluntarios.
- d) Las personas que gocen de pensión previsional de cualquier naturaleza o de subsidio por incapacidad laboral o por cesantía.

### **3.3.2. Los beneficiarios**

Desde luego que todos los afiliados al RPS serán los primeros beneficiarios de las acciones de salud; pero además tenemos que añadir otros grupos:

- a) Los causantes o cargas de asignación familiar por las cuales los trabajadores dependientes del sector público y privado perciban asignación familiar; o quienes cumplen con esas calidades y requisitos respecto de trabajadores independientes que coticen o que sean imponentes voluntarios,
- b) La mujer embarazada aún cuando no sea afiliada ni beneficiaria y el niño hasta los seis años de edad tratándose de protección y control de salud.
- c) Las personas carentes de recursos o indigentes y las que gocen de las pensiones asistenciales a que se refiere el D.L. N° 869, de 1975<sup>134</sup>.
- d) Los causantes del subsidio familiar establecido en la Ley N° 18.020; y
- e) Las personas que gocen de una prestación de cesantía de acuerdo a la Ley N° 19.728 y sus causantes de asignación familiar.

### **3.3.3. Las prestaciones médicas**

El RPS incluye, como una primera prestación, el examen de medicina preventiva, constituido por un plan periódico de monitoreo y evaluación de la salud a lo largo del ciclo vital, específicamente enfermedades o condiciones definidas por el Ministerio de Salud por existir evidencia del beneficio de la detección temprana en un individuo asintomático (art. 8°).

Como segunda prestación, encontramos la asistencia médica curativa que incluye consulta, exámenes y procedimientos diagnósticos y quirúrgicos, hospitalización, atención obstétrica y parto, tratamiento, incluidos los medicamentos contenidos en el Formulario Nacional, y demás atenciones y acciones de salud que se establezcan.

Finalmente, como tercera prestación, se contempla la atención odontológica según reglamento.

Por su parte, toda mujer embarazada tendrá derecho a protección del Estado durante el embarazo y hasta el sexto mes del nacimiento del hijo (art.9°). El niño

---

<sup>134</sup> De acuerdo al art. 1 del D.L. N° 869, art. 1 del D.S. n° 369, corresponde a: 1. Los inválidos mayores de 18 años, y 2. Las personas mayores de 65 años de edad que cumplan con los requisitos que señala la ley.

recién nacido y hasta los seis años tendrá también derecho a la protección y control de salud del Estado (art.9°).

Como señalamos con anterioridad, todo este conjunto de prestaciones se otorgarán por el FONASA a través de los establecimientos de salud correspondientes a la Red Asistencial de cada Servicio de Salud y los Establecimientos de Salud de carácter experimental (art.11), salvo los afiliados y los beneficiarios que de ellos dependen opten por la modalidad de “libre elección”, en cuyo caso tendrán la libertad de elegir el profesional o el establecimiento que otorgue dicha prestación (art.12).<sup>135</sup> Cabe hacer notar que en caso de urgencia médica podría FONASA tener que pagar al prestador privado de acuerdo a los mecanismos dispuestos en la ley en comento y en el D.L. N° 2.763, de 1979.

### **3.3.4. Las prestaciones pecuniarias**

#### **3.3.4.1. Subsidio de enfermedad**

Los afiliados que correspondan a las categorías de trabajadores dependientes o independientes que hagan uso de licencia médica (LM) por incapacidad total o parcial para trabajar, por enfermedad que no sea profesional o accidente que no sea del trabajo.<sup>136</sup>, tendrán derecho a percibir un subsidio de enfermedad, cuyo otorgamiento se regirá por el D.F.L. N° 44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

Tratándose de los trabajadores independientes que coticen, para efectos de poder gozar de este subsidio, deberá cumplir ciertos requisitos (art. 18):

Contar con una LM autorizada;

Tener doce meses de afiliación provisional anteriores al mes en que se inicia la LM;

Haber enterado al menos seis meses de cotizaciones continuas o discontinuas dentro del periodo de doce meses de afiliación provisional anterior al mes en que se inició la LM; y,

Estar al día en el pago de las cotizaciones, esto es que hubiere pagado la cotización correspondiente al mes anterior a aquel en que se produzca la incapacidad.

El trabajador requerirá su pago en el respectivo Servicio de Salud, Caja de Compensación de Asignación Familiar o Institución de Salud Provisional (ISAPRE), según corresponda (art. 20). Por expreso mandato de la ley, los

---

<sup>135</sup> La ley que comentamos establece en el art. 13 el funcionamiento de la modalidad de “libre elección”. En términos generales, esta modalidad consiste en que FONASA en el marco de convenios específicos retribuye la prestación que reciba el beneficiario de acuerdo a un arancel parcialmente financiado por el afiliado.

<sup>136</sup> Este subsidio es incompatible con las regidas por la Ley N°16.744, sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales (art. 24).



empleados públicos tendrán derecho a su LM en conformidad a lo que dispone a la Ley N° 18.834.

El derecho a obtener el subsidio de incapacidad laboral prescribe en seis meses desde el término de la respectiva LM (art. 24). En ese mismo plazo prescribirán las acciones de los servicios públicos e instituciones empleadoras a solicitar los pagos y devoluciones que deben efectuar los Servicios de salud, con motivo de los períodos de incapacidad laboral de los trabajadores de dichas entidades.

#### **3.3.4.2. Subsidio de maternidad**

Las trabajadoras tendrán derecho al descanso de maternidad y demás beneficios previstos en el párrafo 2° del Título IX, incluyendo el subsidio de maternidad cuyo otorgamiento se regirá de acuerdo al D.F.L. N° 44.

#### **3.3.5. Incompatibilidad**

Las prestaciones pecuniarias son incompatibles entre sí y con el subsidio de cesantía (art. 24).

#### **3.3.6. La desafiliación**

Los afiliados pueden optar en cualquier momento por ingresar a una ISAPRE en la forma y condiciones de la Ley N° 18.933, pero debe destacarse que quienes hayan optado por incorporarse a una ISAPRE, retornarán automáticamente a FONASA al término de dichos contratos, a menos que quieran seguir en el sistema privado (art.25). Los afiliados a ISAPRES no gozan de bonificación por sus cotizaciones de parte del Fondo, debiendo sufragar el valor de todas ellas (Art. 26).

#### **3.3.7. El financiamiento**

El RPS se sustenta económicamente en un sistema de co-pago entre los recursos públicos que aporta FONASA y con las tarifas que deban contribuir los beneficiarios y no beneficiarios por los servicios y atenciones que soliciten (art.27), mediante pago directo en la proporción y forma que se indica a continuación (art. 29):

Grupo A: Personas indigentes o carentes de recursos, beneficiarios de pensiones asistenciales a que se refiere el D.L. N°869, de 1975, y causantes del subsidio familiar establecido en la Ley N° 18.020. Para este grupo no hay co-pago.

Grupo B: Afiliados cuyo ingreso mensual no exceda del ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de 18 años de edad y menores de 65. Para este grupo tampoco no hay co-pago.

Grupo C: Afiliados cuyo ingreso mensual sea superior al ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de 18 años y menores de 65, y que no exceda de 1,46 veces dicho monto, salvo que los beneficiarios que de ellos dependan sean tres o más, caso en el cual serán considerados en el Grupo B. Este grupo tiene un porcentaje de co-pago del 10%.

Grupo D: Afiliados cuyo ingreso sea superior en 1,46 veces el ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de 18 años y menores de 65 años, siempre que los beneficiarios que de ellos dependan no sean más de dos, caso en el cual serán considerados en el Grupo B. Si los beneficiarios que de ellos dependan son tres o más, serán considerados en el Grupo C. El co-pago es del 20%.

Los afiliados pueden solicitar al FONASA el otorgamiento de préstamos para solventar todo o una parte del diferencial referido, los cuales se otorgarán con cargo a su "Fondo de Préstamos Médicos" (art.31). Mediante una modificación introducida por la Ley N° 19.966, de 03 de septiembre de 2004, se determinó que la Tesorería General de la República podrá retener de la devolución de impuestos a la renta y de cualquier otra devolución o crédito fiscal a favor del contribuyente, las sumas que éste adeude a FONASA o a las entidades públicas que forman parte del Sistema Nacional de Servicios de Salud (art. 27).

### **3.4. El plan Auge**

La Ley N° 19.966, que establece un Régimen de Garantías en Salud, publicada en el diario oficial de fecha 3 de septiembre de 2004, complementario de la Ley N° 18.469, señala un conjunto de enfermedades y condiciones de salud, y de las prestaciones de salud asociadas a ellas, que son priorizados desde el punto de vista médico. Los servicios, de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, tanto para cotizantes del sistema público o privado, tendrán un sistema de garantías relativas al acceso, a la oportunidad, a la protección financiera y calidad de las prestaciones (art.1°)<sup>137</sup>. Al punto incluso que será constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante el FONASA o las ISAPRES, la Superintendencia y las demás instancias que correspondan (art.2°).

El plan Auge contempla que tanto FONASA como las ISAPRES asumirán la cobertura financiera adicional asociado al nuevo régimen de garantías, es decir, que supere el deducible, "la suma de los copagos que habrán de ser acumulados por cada evento para tener derecho a la cobertura financiera adicional" (art.5°<sup>138</sup>). Varias normas particulares fijan el monto máximo por concepto de deducible, según sean trabajadores afiliados a ISAPRES o FONASA grupo D (art. 7°),

<sup>137</sup> El Minsal dictará las normas e instrucciones generales para usuarios FONASA que vayan más allá de las garantías AUGE fijadas en esta ley.

<sup>138</sup> De manera que el AUGE no implica cotizar adicionalmente pues se financia con la cotización del 7% para salud que hace cada afiliado y con los aportes del Estado a favor de quienes no cotizan.

trabajadores independientes (art.8º). Todos los beneficiarios de los grupos C o D de FONASA que sean menores de 60 años, deben pagar algunas de las atenciones de salud garantizadas. Los demás beneficiarios de FONASA tienen derecho a exigir gratuidad.

En cualquier caso, para tener derecho a las garantías, los beneficiarios deberán atenderse en la Red Asistencial (art.25). De acuerdo a lo que se informa en la página web de FONASA, a octubre de 2008, se contemplan 56 enfermedades garantizadas, entre las de mayor impacto en la salud y presupuesto familiar de la población.

El artículo 38 contempla que los órganos de la Administración del Estado en materia sanitaria serán responsables de los daños que causaren a particulares por falta de servicios (art. 38). La acción prescribirá en el plazo de cuatro años (Art.40).

El subsidio por incapacidad laboral del D.F.L. N° 44.

#### **4.1. Cobertura**

Aparte del perjuicio a la salud que lleva aparejada la enfermedad, ésta genera la incapacidad para desarrollar actividades económicas y trabajar lo que, en definitiva, perjudicará el ingreso y los niveles de consumo del trabajador y de su núcleo familiar. De allí que la Seguridad Social establece para quienes sufran de enfermedad de un subsidio en dinero que permita a los afectados una continuidad en el consumo, mientras no se restablece su salud comprometida por el evento patológico.

El D.F.L. N° 44, de 1978, establece normas comunes para los trabajadores del sector público o privado en lo que respecta a los Subsidios por Incapacidad Laboral (SIL)<sup>139</sup>. El otorgamiento y pago del subsidio corresponde a algunas de las siguientes entidades: FONASA, respecto a los trabajadores afiliados al sistema estatal; y las ISAPRES, respecto a sus afiliados, sin perjuicio de la función de las Cajas de Compensación y el empleador, cuando se haya acordado con la entidad pagadora.

#### **4.2. Características del SIL**

Este subsidio tiene las siguientes características:

- Se financia con aportes de los propios trabajadores;
- Se paga con la periodicidad de las remuneraciones, no pudiendo superar el mes;

---

<sup>139</sup> En efecto, lo que hace el D.F.L. N°44 es uniformar los SIL que estaban instaurados en diversas normas legales: Ley N°6.174, Ley N°10.383, Ley N°10.662, Ley N° 16.781, el D.L. N°2.200, la ley N°10.383 y para los demás con la sola excepción de los que correspondan a accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, regidos por la Ley N°16.744. En lo que no se modifique en el D.F.L. N°44, continuarán rigiéndose por los regímenes particulares (art.1º).

- Son incompatibles con otros subsidios, en especial el de cesantía;
- Los subsidios duran durante todo el período de la licencia, independientemente de la vigencia del contrato de trabajo;
- Se verifican a partir de una licencia médica.

### **4.3. Definición de LM**

Como se mencionaba, el subsidio se aplica luego de la tramitación de una licencia médica, pues ésta da origen a los beneficios sobre protección de riesgo de enfermedad e incapacidad temporal. La licencia médica la hemos definido con anterioridad y nos remitimos por tanto a la definición ya dada.

### **4.4. Fondo de para subsidios por incapacidad laboral**

Las entidades previsionales que administran el SIL y la cotización correspondiente constituirán este Fondo con todos los recursos que deban percibir y destinar al pago de los subsidios. Los excedentes que se produzcan en los fondos se destinarán al financiamiento de las diferentes prestaciones médicas y serán distribuidos en la forma que determine la Superintendencia de Seguridad Social (art. 21).

Las Cajas de Compensación de Asignación Familiar son corporaciones de derecho privado, con patrimonio propio y sin fines lucrativos, cuyo objeto es la administración de ciertas prestaciones de seguridad social, incluyendo desde 1977 la administración el SIL<sup>140</sup>. Percibirán para el financiamiento de los subsidios una cotización, de cargo empresarial, de 2% sobre las remuneraciones imponibles al Fondo Único de Prestaciones Familiares (art.23). Las CCAF traspasarán al Servicio de Salud los superávit y el déficit, considerando el número de obreros y empleados subsidiados y el monto de las remuneraciones medias. (art.24).

### **4.5. Requisitos para optar al SIL**

Para tener derecho a los subsidios se requiere un mínimo de seis meses de afiliación y de tres meses de cotización dentro de los seis meses anteriores a la fecha inicial de la licencia médica (art. 4º). Con todo, para acceder a los subsidios, los trabajadores dependientes contratados diariamente por turnos o jornadas deberán contar, además del período mínimo de afiliación mencionado, con a lo menos un mes de cotizaciones dentro de los seis meses anteriores a la fecha inicial de la respectiva LM (art.4º). No se requerirán de estos períodos para tener derecho al SIL si la incapacidad laboral es causado por accidente (art.6º).

---

<sup>140</sup> El Estatuto de las Cajas, contenidos en la Ley N°18.833, de 1989, define su acción en las siguientes áreas: 1. Administran, por cuenta del Estado, las prestaciones de asignación familiar, subsidio de cesantía, subsidio de incapacidad laboral y de reposo maternal; 2. Otorgan, con recursos propios, beneficios de carácter social y familiar. Tales como: créditos sociales, prestaciones adicionales; y 3. Prestan servicios a otras entidades del sistema de seguridad social con base a tarifas libremente acordadas.

#### 4.6. Base del cálculo

- Será la cantidad equivalente al promedio de la remuneración mensual neta, del subsidio o de ambos, que se haya devengado en los tres meses calendarios más próximos al mes en que se indica la LM (art.8º).
- Tratándose de accidentes, si el afiliado no registra cotizaciones suficientes, se le considerará la remuneración que figura en su contrato de trabajo (art. 8º).
- Tratándose de subsidios maternales, el monto diario no podrá exceder del equivalente a las remuneraciones mensuales netas, subsidio o de ambas, devengadas por las trabajadoras dependientes en los tres meses anteriores más próximos al séptimo mes calendario que precede al del inicio de la LM<sup>141</sup>, dividido por noventa, aumentado en el 100% del IPC en el período comprendido por los siete meses anteriores al mes precedente al del inicio de la LM, e incrementado en un 10% (art.8º).
- Las remuneraciones ocasionales o que correspondan a períodos de mayor extensión que un mes, tales como gratificaciones, bonificaciones o aguinaldos, no se considerarán para la determinación de las bases de cálculo (art.10º). Con todo, el subsidiado no pierde derecho a ellos (art. 11º).
- Si opera el reajuste de remuneraciones dentro del mes en que se produzca la incapacidad laboral total, el monto de la base del cálculo del subsidio se reajustará en la medida y forma en que corresponda aplicar dicho reajuste (art. 12).
- Los subsidios se devengan desde el primer día de la correspondiente LM, si ésta fuere superior a diez días o desde el cuarto día, si ella fuere igual o inferior a dicho plazo (art.14). Durarán hasta el término de la correspondiente LM, aún cuando haya terminado el contrato de trabajo (art.15).

#### 4.7. Monto del subsidio

El monto diario de los SIL será una cantidad equivalente a la trigésima parte de su base de cálculo (art.16) y no puede ser inferior a la trigésima parte del 50% del ingreso mínimo del sector privado (art.17). Para los trabajadores de más de un empleador, o tengan el carácter de trabajador dependiente e independiente, tendrán derecho al subsidio mínimo en el evento que los subsidios que hubieren devengado en un mismo período no supere el monto de aquel (art.17).

El monto de los subsidios que se estén devengando se reajustará en cada oportunidad en que éstos cumplan doce meses de duración ininterrumpida, y corresponderá al 100% del IPC entre el último día del mes antecedente al del inicio del subsidio o del último mes considerado en el reajuste anterior, y el último día del mes precedente a aquel en que comience a devengarse el reajuste (art.18).

---

<sup>141</sup> Estos tres meses deberán estar comprendidos dentro de los seis meses inmediatamente anteriores al séptimo mes calendario que preceda al mes de inicio de la LM. Si dentro de dicho período sólo se registren uno o dos meses con remuneraciones y o subsidios, para determinar el límite del subsidio diario, se dividirá por 30 o 60, respectivamente (art. 8º).

#### **4.8. Entidad que paga y periodicidad del SIL**

El pago de los SIL corresponderá a la entidad que deba otorgarlos o al empleador, sin lo ha convenido con la entidad otorgante (art.19). Se pagarán por lo menos con la misma periodicidad que la remuneración, sin que pueda en caso alguno ser superior a un mes (art.20).

## **ANEXO 5. Instituciones del sistema de protección de la salud.**

La salud es un área de la seguridad social muy relevante que se ocupa específicamente del riesgo social denominado enfermedad. Dada la ocurrencia masiva de este riesgo y el hecho que en ella está en juego la vida humana, su regulación por parte del Estado en esta materia es de interés para toda la comunidad nacional. Históricamente, la atención de este riesgo social comenzó a ser atendido por instituciones de caridad y beneficencia, para dar paso durante el siglo XIX al desarrollo de las mutualidades. El Estado, que ya había comenzado a colaborar en este problema apoyando las Juntas de Beneficencia de los hospitales a lo largo del siglo XIX, asume un esfuerzo público de gran escala desde principios del siglo XX. Aquí nace lo que se ha llamado por la Seguridad Social moderna la medicina social.

La salud como objeto e interés público se caracteriza por un completo bienestar físico, no limitándose solamente a la ausencia de enfermedades. De aquí surge la importante distinción en medicina social entre las prestaciones de medicina preventiva y de medicina curativa. Cada cual ha tenido en nuestro país un particular desarrollo histórico del cual hemos tenido ocasión de referirnos en el anexo 3.

En la actualidad, las bases de nuestro sistema de protección de la salud están dadas por la propia Carta Fundamental que en términos generales consagra el principio de la subsidiariedad del Estado en el ámbito de la salud, lo que era ciertamente un principio nuevo de acuerdo a la tradición salubrista del siglo XX. Asimismo se promulgó la Ley N° 18.469, la cual desarrolla el principio constitucional haciendo valer la libertad de cada persona para elegir el sistema de salud que más le convenga, o que pueda financiar, pudiendo mantenerse en el sistema estatal o trasladarse al sistema privado de las ISAPRES.

Por una parte, la medicina preventiva es un conjunto de acciones que procuran evitar las enfermedades, detectarlas precozmente, y disponer reposos recuperativos. Según la citada Ley N° 18.469, ésto se traduce en practicar al paciente exámenes clínicos por especialistas; si en los resultados se determina la necesidad de nuevos exámenes, éstos deberán practicarse; si en definitiva se comprueba que efectivamente el paciente padece de una enfermedad éste tendrá derecho a la asistencia curativa, al uso de licencia médica y al pago de prestaciones económicas que compensen la ausencia de ingresos económicos por este riesgo social.

En cuanto a la medicina curativa, también regulada en términos generales, en la citada Ley N° 18.469, ante el evento de una enfermedad que requiere de intervención médica curativa, se contempla la asistencia médica integral por el sistema al cual el paciente esté afiliado (Régimen de Prestaciones de Salud, RPS). La atención se ha puesto tanto en atención médica como odontológica,

adicionalmente la protección a la mujer embarazada y al recién nacido y hasta los seis años de edad.

Los beneficiarios del sistema público son las personas afiliadas al sistema de salud público. Tendrán la calidad de afiliados al régimen de prestaciones de salud, en general, los trabajadores dependientes del sector público y privado; los trabajadores independientes que coticen en cualquier régimen de previsión; las personas que coticen en cualquier régimen legal de previsión en calidad de imponentes voluntarios; y las personas que gocen de pensión previsional de cualquier naturaleza o de subsidio por incapacidad laboral o por cesantía. También son beneficiarios, en términos generales, los causantes o cargas de asignación familiar, la mujer embarazada aún cuando no sea afiliada ni beneficiaria y el niño hasta los seis años de edad tratándose de protección y control de salud; las personas carentes de recursos o indigentes y las que gocen de las pensiones asistenciales a que se refiere el D.L. N° 869, de 1975; los causantes del subsidio familiar establecido en la Ley N° 18.020; y las personas que gocen de una prestación de cesantía de acuerdo a la Ley N° 19.728 y sus causantes de asignación familiar.

Los beneficiarios de la salud privada serán aquellas personas que opten por afiliarse a una ISAPRE, en definitiva el cotizante, y todos sus familiares beneficiarios de acuerdo a la ley.

Las prestaciones de salud son administradas y otorgadas bajo diferentes modalidades y por distintas entidades que veremos a continuación, partiendo del Ministerio de Salud.

## **1. El Ministerio de Salud**

La actual texto sobre la normativa orgánica del Ministerio de Salud data del año 1979, cuando el D.L. N° 2.763 reorganizó este Ministerio y creó varias de las organizaciones que, en general, les compete ejercer la función que corresponde al Estado de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de la persona enferma, así como coordinar, controlar y ejecutar las mismas acciones cuando corresponda (Art.1°). Pues bien, el sector salud es integrado por todas las personas, naturales o jurídicas, que realicen o contribuyan a la ejecución de las acciones mencionadas anteriormente; estas personas, sean públicas o privadas, que laboran en salud coordinadamente, dentro de los marcos fijados por el Ministerio, constituyen el Sistema Nacional de Servicios de Salud (art.2°). Revisar cita. El SNSS no es el Ministerio.

En el marco de este Sistema, al Ministerio de Salud le corresponde formular, fijar y controlar las políticas de salud, para lo cual ejercerá alguna de las siguientes acciones: ejercer la rectoría del sector salud formulando, controlando y evaluando planes y programas de la materia, definiendo los objetivos sanitarios nacionales y dirigiendo todas las actividades del estado relativas a la provisión de las acciones de salud, entre otras; dictar normas generales sobre materias técnicas,



administrativas y financieras a las que deberán ceñirse los organismos del Sistema y velar por su debido cumplimiento; asimismo, le corresponde efectuar la vigilancia en salud pública y evaluar la situación de salud de la población; formular, evaluar y actualizar el Sistema AUGE; velar por la efectiva coordinación de las redes asistenciales, en todos sus niveles. Estas son algunas de las funciones que más ampliamente consagra la ley (art.4º).

### **1.1 Subsecretaría de Redes Asistenciales**

Esta subsecretaría tendrá a su cargo las materias relativas a la articulación y desarrollo de la Red Asistencial del Sistema Nacional de Servicios de Salud para la atención integral de las personas y la regulación de la prestación de acciones de salud, tales como las normas destinadas a definir los niveles de complejidad asistencial necesarios para distintos tipos de prestaciones y los estándares de calidad que serán exigibles. Para ello el Subsecretario propondrá al Ministro, normas, planes y programas, velará por su cumplimiento y coordinará su ejecución por los Servicios de Salud, los establecimientos de salud de carácter experimental, la Central de Abastecimiento del Sistema y los demás organismos que integran el sistema (art.8º).

El subsecretario de Salud Pública será el superior jerárquico de los Secretarios Regionales Ministeriales, en las materias de su competencia, y de las divisiones, departamentos, secciones, oficinas, unidades y personal que corresponda.

### **1.2. Subsecretaría de Salud Pública**

Este subsecretario tendrá a su cargo la administración y servicio interno del Ministerio y las materias relativas a la promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de enfermedades que afecten a poblaciones o grupos de personas. Respecto a estas materias, le corresponderá proponer al Ministro políticas, normas, planes y programas, velar por su cumplimiento, coordinar las acciones del Fondo Nacional de Salud y el Instituto de Salud Pública, e impartirles instrucciones.

Asimismo, administrará el financiamiento previsto para las acciones de salud pública, correspondientes a prestaciones y actividades que se realicen para dar cumplimiento a programas de relevancia nacional y aquellas que la ley obligue a que sean financiadas por el Estado.

El subsecretario de Salud Pública será el superior jerárquico de las Secretarías Regionales Ministeriales, en las materias de su competencia, y de las divisiones, departamentos, secciones, oficinas, unidades y personal que corresponda. (art.9º).

### **1.3. Secretarios Regionales Ministeriales de Salud**

En cada región existirá este cargo, que entre otras tendrá las siguientes funciones (art.14A), de acuerdo a nuevo articulado normado por la Ley N° 19.937:

- Velar por el cumplimiento de las normas, planes, programas y políticas nacionales de salud, y adecuar los mismos a la región.
- Ejecutar las acciones que correspondan a la protección de la salud respecto de riesgos en el medio ambiente y para la conservación, mejoría y recuperación de los elementos básicos del ambiente que inciden en ella;
- Velar por la debida ejecución de las acciones de salud pública por parte de entidades que integran la red asistencial de cada servicio de salud y, en su caso, ejecutarlas directamente, o mediante convenios;
- Mantener actualizado el diagnóstico epidemiológico regional y realizar la vigilancia permanente del impacto de las estrategias y acciones implementadas.
- Organizar, bajo su dependencia y apoyar el funcionamiento de la COMPIN

Serán de competencia del Ministerio de Salud, a través de los SEREMIS, todas las materias que correspondan a los Servicios de Salud, sean en calidad de funciones propias o en su carácter de sucesores legales del Servicio Nacional de Salud y del SERMENA, y que no digan relación con la ejecución de acciones integradas de carácter asistencial en salud, sin perjuicio de la ejecución de acciones de salud pública conforme al número 4 del artículo anterior (art.14C).

## **2. Servicios de Salud**

Los Servicios de Salud son organismos que, coordinadamente, tendrán a su cargo la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial correspondiente <sup>142</sup>, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas (art.16).

Los Servicios cumplen asimismo otras funciones tales como: atención médica y subsidios por incapacidad laboral de acuerdo a la Ley N° 16.744, sobre accidentes del trabajo <sup>143</sup>; atención por Seguro escolar; entre otras.

Los Servicios serán organismos estatales, funcionalmente descentralizados, dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio, y dependerán del Ministerio de Salud (art.16). Estos organismos serán los continuadores legales del Servicio Nacional de Salud y del Servicio Médico Nacional de Empleados dentro de sus respectivos territorios (art. 17).

---

<sup>142</sup> La Red Asistencial de cada Servicio de Salud estará constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio, los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio y los demás establecimientos públicos o privados que suscriban convenio con el Servicio de Salud. (art.16 bis).

<sup>143</sup> De acuerdo al art.9 de la Ley N°16.744, respecto a los afiliados al antiguo sistema, en concreto al SSS, el Servicio de Salud tendrá la responsabilidad de otorgar las prestaciones médicas y los subsidios por incapacidad temporal. Para los afiliados de las demás cajas, siempre que el respectivo organismo provisional no cuente con servicios médicos adecuados, el Servicio de Salud estará obligado a brindar las prestaciones.

Cada Servicio estará a cargo de un director a quien le corresponderá la organización, planificación, coordinación y control de las acciones de salud que presten los establecimientos de la red Asistencial del territorio de su competencia, para los efectos del cumplimiento de las políticas, normas, planes y programas del Ministerio de Salud (art. 18 bis).

Para efectos de este estudio, es importante destacar que al Director le compete, entre otras funciones específicas, elaborar, presentar y ejecutar el presupuesto del Servicio así como aprobar y modificar los presupuestos de los establecimientos, así como controlar y evaluar la ejecución presupuestaria dentro de él. Por otra parte, le corresponde designar a los funcionarios, poner término a sus servicios y, en general, ejercer respecto del personal todas las facultades que correspondan a un jefe superior de servicio descentralizado<sup>144</sup>. Es de su competencia, además, celebrar convenios con universidades, organismos, sindicatos, asociaciones patronales o de trabajadores y, en general, con toda clase de personas naturales o jurídicas a fin de que tomen a su cargo, por cuenta del Servicio, algunas acciones de salud que a éste correspondan por la vía de la delegación o de otras modalidades de gestión previa calificación de la suficiencia técnica (art. 20).

Los Servicios de Salud se financian, de acuerdo al artículo 24 de la Decreto Ley N° 2.763, de 1979, principalmente con los siguientes recursos:

1. Aportes y pagos que efectúe el FONASA por las prestaciones que otorguen a los beneficiarios de la Ley N° 18.469;
2. Fondos que ponga a su disposición la Subsecretaría de Salud Pública o el SEREMI para la ejecución de acciones de salud públicas;
3. Tarifas que cobren, cuando corresponda, por los servicios y atenciones que presten;
4. Frutos que produzcan sus bienes propios y con el producto de la enajenación.

### **3. La Red Asistencial**

De acuerdo al artículo 16 ter, del D.L. N°2.763, la red de cada Servicio de Salud se organiza en tres niveles:

#### **3.1. Nivel de atención primaria**

Está compuesto por los establecimientos que ejercen funciones asistenciales en un determinado territorio con población a cargo<sup>145</sup> y otros niveles de mayor complejidad que sólo recibirán derivaciones desde el primer nivel de atención. Estos establecimientos podrán corresponder a consultorios, sean dependientes de

---

<sup>144</sup> Consecuente con esta atribución, le corresponde disponer, mediante resolución fundada, la comisión de servicios de los funcionarios de su dependencia y que no formen parte del Establecimiento de Autogestión en Red

<sup>145</sup> Los beneficiarios, los mismos señalados por la Ley N°18.469, deberán inscribirse en un establecimiento de atención primaria que forme parte de la Red Asistencial del Servicio de Salud en que se encuentre ubicado su domicilio o lugar de trabajo (art. 16 ter).

municipios, de servicios de salud o tengan convenios con éstos. Todos ellos estarán supeditados a las mismas reglas técnicas y aportes financieros por tipo de población, de servicios brindados y calidad de éstos, y serán supervisados y coordinados por el Servicio de Salud respectivo (art. 16 ter). Con este objeto, conforme a la Ley N° 19.813, el Servicio de Salud determinará para cada entidad administradora de salud primaria y sus establecimientos, las metas específicas y las indicaciones de actividad, en el marco de las metas sanitarias nacionales definidas por el Ministerio de Salud y los objetivos de mejor atención a la población beneficiaria (art.18 bis).

Es atribución del Director de Salud respectivo celebrar convenios de gestión con las entidades administradoras de salud municipal o con establecimientos de atención primaria (art.20).

### **3.2. Nivel de Establecimientos de Menor Complejidad**

En este nivel, encontramos el conjunto de establecimientos de salud, dependientes de los Servicios de Salud, que tienen menor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones, debidamente certificados como tales, por resolución conjunta de Ministerios de Salud y de Hacienda de acuerdo a reglamento que regule esta materia (art. 25 Ñ).

El Director de este tipo de establecimiento tendrá competencias en programación, dirección, coordinación, supervisión y control de todas las actividades que efectúe, incluyendo el diseño y elaboración de plan estratégico, organización interna del establecimiento y presentación de presupuesto anual al Director del Servicio.

En materia de personal, el Director del Establecimiento podrá ejercer las funciones de administración del personal destinado al establecimiento, en tanto correspondan al ámbito del mismo, en materia de designación de suplentes, contratar personal, aceptar renuncia, designar funcionarios en comisión de servicios y cometidos funcionarios, autorizar feriados, permisos, licencias, prestaciones sociales, responsabilidad administrativa, etc. (art.25 O).

### **3.3. Nivel de Establecimientos de Autogestión en Red**

En este nivel, encontramos el conjunto de establecimientos de salud, dependientes de los Servicios de Salud, que tienen mayor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones, debidamente certificados como tales, por resolución conjunta de Ministerios de Salud y de Hacienda, de acuerdo a reglamento que regule esta materia (art. 25 A).

Los establecimientos que obtengan esta condición, serán órganos funcionalmente desconcentrados del correspondiente Servicio de Salud, conforme a lo dispuesto en el artículo 33 de la Ley N° 18.575. No obstante, en el ejercicio de las

atribuciones radicadas por ley en su esfera de competencia, no comprometerán sino los recursos y bienes afectos al cumplimiento de sus fines propios (art. 25 B).

Está a cargo de este tipo de establecimiento un director en el cual estarán radicadas las funciones de dirección, organización y administración del establecimiento. En particular, le corresponderá, entre otras funciones, las siguientes (art.25 F):

1. Organizar internamente el establecimiento y asignar tareas;
2. Elaborar y presentar al Director del Servicio el proyecto de presupuesto, el plan anual de actividades, y el plan de inversiones, los que finalmente serán sancionados por Subsecretario de Redes Asistenciales. En los presupuestos, puntualmente, se fijará la dotación máxima de personal, la dotación de vehículos, los recursos para horas extraordinarias, etc. (letra d).
3. Ejercer las funciones de administración del personal destinado al establecimiento, en tanto correspondan al ámbito del mismo, en materia de suplencias, capacitación, calificaciones, jornadas de trabajo, comisiones de servicio, cometidos funcionarios, reconocimiento de remuneraciones, incluyendo todas aquellas asignaciones y bonificaciones que son concedidas al Director del Servicio, feriados, permisos, licencias, prestaciones sociales, responsabilidad administrativa, etc. (letra f).
4. Celebrar convenios con el FONASA y con el Servicio de Salud correspondiente por las prestaciones que otorgue.

Los funcionarios de planta o a contrata que se desempeñen en estos establecimientos a la fecha de otorgamiento de la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red", permanecerán destinados a éste. Ahora bien, por resolución fundada del Director del Servicio de Salud, a petición expresa del Director del establecimiento, podrá ponerse término a la destinación en el establecimiento, que en este caso quedarán a disposición del Servicio de Salud (art.25 K).

Los Establecimientos contarán para el desarrollo de sus funciones con los siguientes recursos, entre otros (art.25 L):

1. Aportes y pagos que efectúe el FONASA por las prestaciones que otorguen a los beneficiarios de la Ley N° 18.469;
2. Pagos que efectúe el Servicio de Salud por prestaciones que otorgue a beneficiarios de la Ley N° 18.469;
3. Pagos que efectúe la Subsecretaría de Salud Pública o el SEREMI para la ejecución de acciones de salud públicas;
4. Tarifas que cobren, cuando corresponda, por los servicios y atenciones que presten;
5. Frutos que produzcan sus bienes propios y con el producto de la enajenación.

### **3.4. Consejo de Integración de la Red Asistencial**

En cada Servicio de Salud existirá este ente colegiado de carácter asesor y consultivo del Director de Salud, integrado por representantes de establecimientos de salud públicos, de todos los niveles de atención y privados que integren la Red Asistencial del Servicio. (art.21 A).

## **4. FONASA**

Se trata de un servicio público funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio. Cuenta con una breve trayectoria histórica, pues su creación data solamente del año 1979. En 1979, por D.L. N° 2.763, se crea este fondo en el contexto de la reorganización del Ministerio de Salud con el propósito de contar con una entidad que centralizara el movimiento financiero del sector, a fin de racionalizar la asignación de recursos.<sup>146</sup>

Administrativamente depende del Ministerio de Salud y es considerado en la ley como el continuador legal de del SERMENA y del SSS para los efectos del cumplimiento de las funciones de orden administrativo y financiero (art.26). Estará dirigido por un Director que será un funcionario de la exclusiva confianza del Presidente de la República (art. 29).

El FONASA tiene básicamente funciones relacionadas con la administración del Fondo que se origina por las vías señaladas en el artículo 33 de la ley<sup>147</sup>, que en lo fundamental consiste en recaudar, administrar y distribuir los recursos del Fondo, en el financiamiento de las prestaciones de salud en el RPS de la Ley N° 18.469, a través de aportes, pagos directos, convenios u otros mecanismos que se establezcan de acuerdo a la ley, entre otros.

Con todo, es necesario advertir, que en el ejercicio de sus atribuciones financieras tiene un importante rol de control en la administración del sistema de medicina curativa de libre elección. “La modalidad de libre elección descrita en este artículo quedará bajo la tuición y fiscalización del FONASA (art.13 de la ley N° 18.469).

## **5. ISAPRES y la Superintendencia de Salud**

### **5.1. Conceptos fundamentales**

Las ISAPRES son entidades que tienen por exclusivo fin financiar las prestaciones y beneficios de salud, con cargo al aporte de la cotización legal o una superior convenida, a los afiliados a ellas según el artículo 5° de la Ley N° 18.469, que

---

<sup>146</sup> CIEDESS: “Modernización de la seguridad social en Chile. Resultados y tendencias”, CIEDESS, 1994.

<sup>147</sup> Entre estos fondos se cuentan: aportes fiscales que puedan consultársele en la ley de presupuesto; la cotización del 7% de los trabajadores y pensionados afectos al régimen público de salud; y la contribución o aporte que efectúan los usuarios del sistema de libre elección, y que no queda en el Establecimiento.

acabamos de ver (art. 21). Estas prestaciones las pueden proveer ellas mismas o bien limitarse a financiar las mismas (art. 22).<sup>148</sup> Se trata de personas jurídicas, ya sea de Derecho Privado como de Derecho Público, con o sin fines de lucro, que se encuentran fiscalizadas por la Superintendencia de Salud

## **5.2. El contrato y las cotizaciones**

Los afiliados al RPS de la Ley N° 18.469 que opten por aportar su cotización para salud a alguna ISAPRE, celebrarán previamente un contrato con ella, denominado “contrato de salud” (art.29). En este contrato, las partes convendrán las prestaciones y beneficios, así como la forma, modalidad y condiciones de su otorgamiento (art.33).

El sistema de declaración y pago de las cotizaciones corresponden a las reglas estándares del sistema de Seguridad Social (art.30):

Quien declara y paga a la ISAPRE es el empleador u otra entidad encargada del pago de una pensión, el trabajador independiente o imponente voluntario;

La declaración y el pago se efectuará dentro de los diez primeros días del mes siguiente a aquel en el cual se devengaron las remuneraciones;

Para este efecto, el empleador o institución pagadora de pensión deducirá las cotizaciones;

Si el empleador o entidad no efectúa la declaración de manera oportuna o si ésta es incompleta o errónea, será sancionado con multa y corresponderá a la Dirección del Trabajo la fiscalización del cumplimiento de los empleadores de estas obligaciones.

## **5.3. Las prestaciones**

Como vimos, en los “contratos de salud” se estipularán las prestaciones a las cuales se obliga la ISAPRE a financiar y sus condiciones, pero sobre la base de un mínimo que es insoslayable. Las garantías explícitas contempladas en el Régimen General de Garantías de Salud; forma en que se modificarán las cotizaciones y aportes, prestaciones y beneficios; mecanismos para el otorgamiento de las prestaciones y beneficios; precio del plan y planes; montos máximos de los beneficios, entre los más importantes (art.33).

En el artículo 35 de la Ley N° 18.933, se señala que las ISAPRES estarán obligadas al otorgamiento del examen de medicina preventiva, protección de la mujer durante el embarazo y hasta el sexto mes del nacimiento del hijo y del niño

---

<sup>148</sup> En determinadas circunstancias y mediando convenios con las Servicios de Salud, podrá contemplarse el financiamiento de prestaciones realizadas por entidades estatales que en ningún caso podrá ser en detrimento de la atención de beneficiarios legales.

hasta los 6 años. Asimismo, estará obligada la ISAPRE al pago de los subsidios cuando proceda.<sup>149</sup> (art.35).

En el nuevo artículo 42 A, incorporado por la Ley N° 19.966, se señala que las ISAPRES deberán asegurar a los cotizantes y sus beneficiarios, además de lo anterior, las Garantías Explícitas en Salud relativas al acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas en el Régimen General de Garantías en Salud. La Ley N° 20.015, publicada el 17 de mayo de 2005, amplía la gama de condiciones médicas que no pueden excluirse en un contrato de salud.

#### **5.4. Sistema de reclamo ante COMPIN**

El cotizante podrá recurrir a la COMPIN correspondiente al domicilio que se fije en el contrato, cuando estime que lo obtenido por concepto de prestaciones pecuniarias es inferior a lo establecido en la Ley N° 18.469 (art.35).<sup>150</sup>

El reclamo deberá ser presentado por escrito directamente ante la COMPIN señalando en forma precisa sus fundamentos (art.35)

La COMPIN conocerá del reclamo en única instancia, previo informe de la ISAPRE, que deberá emitirlo, a más tardar, dentro de los tres primeros días hábiles siguientes al requerimiento. Transcurrido el plazo de diez días hábiles, contados desde la fecha de presentación del reclamo, con o sin el informe a que se refiere el inciso anterior, la COMPIN emitirá su resolución y en ella fijará el plazo, condiciones y modalidades para su cumplimiento.

Si la institución no cumple lo resuelto, el cotizante podrá solicitar el pago a la Superintendencia, la que hará efectiva la garantía, hasta el monto del subsidio adeudado pagándolo de inmediato (art.35).

#### **5.5. La Superintendencia de Salud**

La superintendencia cumple en el sistema de protección social un rol de control en la constitución y funcionamiento de las ISAPRES, desde su registro hasta la supervisión de su cometido, incluyendo la interpretación de materias de su competencia, leyes, reglamentos y demás normas pertinentes (art.3). Para el cumplimiento de sus funciones el Superintendente podrá inspeccionar operaciones, bienes, libros, cuentas, archivos, etc., requerir explicaciones, solicitar presentación de balances y estados financieros, entre otras importantes (art.3°).

---

<sup>149</sup> Las LM deberán otorgarse en los formularios cuyo formato determine el Minsal y ser autorizado por la ISAPRE. La LM deberá ser autorizada en un plazo de tres días hábiles, contados desde la presentación de la respectiva solicitud, vencido el cual se entenderá aprobada si no se pronunciare sobre ella.

<sup>150</sup> Lo mismo podrá hacer el reclamante si la ISAPRE rechaza o modifica la LM, o el empleador respecto a las LM que hayan autorizado las ISAPRES (Art.37). Esta norma se originó en el artículo 15 del D.F.L. N°3, de 1981.



## 6. Mutualidades

### 6.1. Régimen general

La Ley N° 16.744, de 1968, estableció un seguro social obligatorio contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales que recae en la generalidad de trabajadores dependientes, a los funcionarios públicos y trabajadores independientes, entre otros beneficiarios (art.2). El seguro se financia con una cotización básica general del 0,9% de cargo del empleador, entre otras fuentes (art.15). Se destaca el hecho que el régimen financiero del seguro será el de reparto.

En cuanto a la administración de este seguro, en particular tras la promulgación del D.S. 73, del Ministerio de Salud, se reconoce como organismos administradores de este seguro al Instituto de Normalización Provisional (INP), a los Servicios de Salud, a las SEREMIS de Salud y a las mutualidades de empleadores. Los primeros tres organismos coadminstran por parte del Estado este seguro, en su calidad de continuadores de las Cajas de Previsión, del Servicio de Seguro Social y del Servicio Nacional de Salud.<sup>151</sup>

Por su parte, las Mutualidades de Empleadores, que son corporaciones de derecho privado, que no persiguen fines de lucro, administrará el seguro de los trabajadores dependientes de los empleadores afiliadas a ella (art.11). La existencia de estas organizaciones acontecerá mediante autorización del Presidente de la República quien les otorga la correspondiente personalidad jurídica cuando cumpla con los requisitos exigidos en la ley. Estos organismos estarán sometidos a la fiscalización de la Superintendencia de Seguridad Social (art.12).

Las prestaciones que otorgan las mutualidades son las siguientes, de acuerdo a síntesis de CIEDESS.<sup>152</sup>:

Acciones sistemáticas de prevención de la ocurrencia de riesgos laborales en las empresas adherentes;

Atención o cobertura médica integral, incluyendo rehabilitación y reeducación profesional; y,

Prestaciones económicas a los trabajadores incapacitados en forma temporal o permanente, a causa o con ocasión de un accidente o enfermedad de origen laboral y pago de pensiones de viudez y orfandad a los deudos del trabajador fallecido.

---

<sup>151</sup> Instituto de Normalización Provisional: Ley N°16.744, Establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, s/d, p. 7.

<sup>152</sup> CIEDESS: "Modernización de la seguridad social en Chile. Resultados y tendencias", CIEDESS, 1994, p. 266.

La confirmación médica de las incapacidades laborales temporales provenientes de accidentes del trabajo seguirá la misma suerte que las demás incapacidades temporales y se sujetarán en consecuencia al D.F.L. N° 44 (Art.30). Ahora bien, la declaración, evaluación, reevaluación y revisión de las incapacidades permanentes serán de exclusiva competencia de los Servicios de Salud. Sin embargo, respecto de los afiliados a las Mutualidades, estas tareas corresponderá a ellas mismas (Art.58).

## **6.2. Administración delegada**

Las empresas que ocupen habitualmente más de dos mil trabajadores, y que cumplan determinadas condiciones, como poseer servicios médicos adecuados realizar actividades permanentes de prevención, contar con comités paritarios, tendrán derecho a que se les confiera la calidad de administradoras delegadas del seguro de accidentes del trabajo. La delegación se limitará a administrar el seguro para sus propios trabajadores y tomar a su cargo el otorgamiento de las prestaciones que establece la presente ley, con excepción de las pensiones (art.72).

Así también los organismos administradores podrán convenir con organismos intermedios o de base que éstos realicen por administración delegada alguna de sus funciones, especialmente las relativas a otorgamiento de prestaciones médicas, entrega de prestaciones pecuniarias u otras (Art.73).

## **7. Comisión Médica de Reclamos y Accidentes del trabajo y enfermedades profesionales (COMERE)**

Los afiliados o sus herederos, así como los organismos administradores, podrán reclamar dentro del plazo de 90 días hábiles ante esta Comisión de las decisiones de los Servicios de Salud o de las mutualidades recaídas en cuestiones de hecho que se refieran a materias de orden médico, Las resoluciones de esta Comisión son apelables ante la Superintendencia de Seguridad Social (art.77). Esta Comisión estará compuesta por dos médicos en representación del Ministerio, uno de las organizaciones sindicales y otro de la parte patronal y un abogado (Art.78).

## ANEXO 6. Unidades de licencias médicas en Chile.

Región	Comisión	Unidad de Licencias Médicas
Arica Parinacota	Regional	No tiene
Tarapacá	Regional	No tiene
Antofagasta	Regional	Hospital de Tocopilla
		Hospital de Tal Tal
		Hospital de Calama
Atacama	Regional	Hospital de Copiapó
		Hospital Vallenar
		Hospital Diego de Almagro
		Hospital de Chañaral
		Hospital de Huayco
Coquimbo	Regional	Hospital de Coquimbo
		Hospital de Ovalle
		Hospital de Illapel
		Hospital de Los Vilos
		Hospital de Andacollo
		Hospital Vicuña
		Hospital Salamanca
		Hospital de Combarbalá
Valparaíso	Subcomisión Valparaíso	San Antonio
		Casablanca
		Hangaroa
	Subcomisión Viña del Mar	Hospital Gustavo Fricke
		Quintero
		Quilpue
		Limache
		Quillota
		La Calera
		La Ligua
		Cabildo
	Petorca	
	Subcomisión Aconcagua	Los Andes
		Llay-Llay
		Putendo
Libertador General Bernardo O'Higgins	Regional	Rengo
		San Vicente
		San Fernando
		Santa Cruz
		Litueche
		Marchihue
		Pichidegua
		Chimbarongo
Graneros		

<b>Región</b>	<b>Comisión</b>	<b>Unidad de Licencias Médicas</b>
		Peumo
		Cónico
		Pichilemu
		Rancagua
		Lolol
Maule	Regional	Hospital Curicó
		Hospital Linares
		Hospital Constitución
		Hospital Cauquenes
		Hospital Parral
		Hospital Chanco
		Hospital Licantén
		Hospital Curepto
		Hospital Teno
		Hospital Molina
		Hospital Hualañé
		San Javier
Bío Bío	Subcomisión Talcahuano	Las Higueras
		Tome
		Lirquén
	Subcomisión Concepción	H. Guillermo Grant
		Coronel
		Lota
	Subcomisión Arauco	Lebu
		Curanilahue
		Arauco
		Cañete
	Subcomisión Ñuble	San Carlos
		Bulnes
		Yungay
		Quirihue
		Coelemu
		El Carmen
		Lebu
	Subcomisión Bío Bío	Laja
		Nacimiento
		Santa Bárbara
Huepil		
Mulchén		
Yumbel		
La Araucanía	Subcomisión Cautín	Villarrica
		Nueva Imperial
		Carahue
		Puerto Saavedra
		Galvarino

<b>Región</b>	<b>Comisión</b>	<b>Unidad de Licencias Médicas</b>
		Toltén
		Vilcun
		Cunco
		Loncoche
		Pitrufquen
		Gorbea
		Lautaro
		Temuco
	Subcomisión Malleco	Lonquimay
		Curacautín
		Victoria
		Collipulli
		Traiguén
		Purén
Los Ríos	Regional	Hospital Lanco
		Hospital Los Lagos
		Hospital Paillaco
		Hospital Río Bueno
		Hospital La Unión
		Hospital Corral
		Consultorio Mafil
		Consultorio Panguipulli
		Consultorio Lago Ranco
		Consultorio San José De La Mariquina
Los Lagos	Subcomisión Llanchipal	Llanquihue
		Frutillar
		Ancud
		Fresia
		Calbuco
		Mauñín
		Castro
		Achao
		Quellón
		Palena
		Futaleufú
		Chaitén
	Subcomisión Osorno	Purranque
		Puerto Octal
Río Negro		
Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo	Regional	Coyhaique
		Puerto Aysén
		Cochrane
		Puerto Cisnes
		Chile Chico
Magallanes y	Regional	Porvenir

<b>Región</b>	<b>Comisión</b>	<b>Unidad de Licencias Médicas</b>
Antártica Chilena		Puerto Natales
Metropolitana	Santiago Centro-Occidente	Peñaflor
		Melipilla
		Curacaví
		Talagante
		Unidad de Contraloría Médica y Subsidios
	Norte	
	Oriente	
Sur Oriente		
Sur		

## ANEXO 7. Taller de expertos.

### TALLER DE EXPERTOS “COMPIN”

Informe preparado por: Mario Parada L.

#### INTRODUCCIÓN

Con el fin de contribuir a la ejecución del estudio “Evaluación Comprehensiva del Gasto (ECG) de las Comisiones Médicas Preventivas y de Invalidez (COMPIN)”, la consultora CEAL realizó un taller de expertos en la materia.

**El objetivo de la actividad fue: generar consenso respecto de cuál es la institución más adecuada para realizar la gestión global del Subsidio por incapacidad laboral (SIL).**

Los convocados a este taller fueron:

1. **Cristian Aedo.** Economista, Académico de la PUC y especialista en Seguridad Social.
2. **Eduardo Bartolomé B.** Médico Salubrista, Director de Operaciones del FONASA Nacional y especialista en seguridad social.
3. **Rafael Caviedes.** Economista, Director Ejecutivo de la Asociación de Isapre.
4. **Camilo Cid P.** Economista, Profesional del Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud y especialista en Seguridad Social.
5. **Gustavo Molina.** Médico, Profesional de la Dirección del Trabajo Nacional y especialista en Salud y Trabajo.
6. **Jorge Rodríguez P.** Economista, Académico de la PUC y especialista en Seguridad Social.
7. **Giorgio Solimano.** Médico Salubrista, Director de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile.
8. **Carlos Villarroel.** Médico, Presidente de la Subcomisión centro-occidente de la COMPIN metropolitana.

Junto con la convocatoria se les envió una minuta en donde se relataban los aspectos y antecedentes fundamentales del estudio (se adjunta).

#### DESARROLLO

El taller de expertos es una técnica de investigación cualitativa de carácter participativo. Es una reunión estructurada que tiene por objetivo obtener información cualitativa (sintetizada y priorizada) de un grupo de personas expertas en un tema específico. En general, a partir de una pregunta planteada al grupo se llega a consenso a través de un camino definido.<sup>153</sup>

---

<sup>153</sup> Para más detalle ver bibliografía de referencia.

## Fases

### 1. Presentación de Investigadores y de expertos.

Se contó con dos facilitadores:

**Mario Parada L.** Médico Cirujano, Especialista en Salud Pública. Doctor en Sociología, Universidad Autónoma de Madrid. Diplomado en Epidemiología Moderna para la Planificación, Universidad Autónoma de Guerrero, México. Magíster (E) en Salud Pública con mención en Administración en Salud, Universidad de Chile.

**Katherine Cuevas L.** Asistente Social. Profesora auxiliar del Depto. de Salud Pública de la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso. Magíster en Salud Pública.

Asistieron 4 de los expertos convocados.

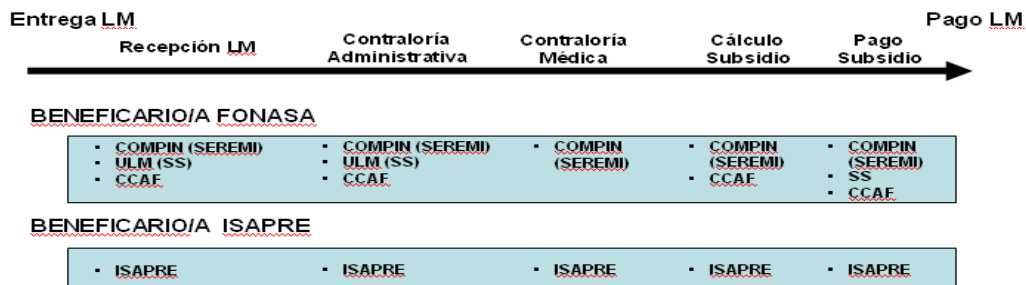
- **Eduardo Bartolomé B.**
- **Rafael Caviedes.**
- **Camilo Cid P.**
- **Carlos Villarroel.**

### 2. Presentación de los objetivos y de los antecedentes

Se recuerdan los objetivos del estudio y se plantean las reglas generales de la técnica.

### 3. Enunciado de la pregunta

#### PROCESO DE PAGO DEL SEGURO POR INCAPACIDAD LABORAL TEMPORAL



#### ESCENARIO HIPOTÉTICO 1

EL ESTADO DECIDE ENTREGAR A **UNA SOLA INSTITUCIÓN** LA GESTIÓN GLOBAL DEL SEGURO POR INCAPACIDAD LABORAL TEMPORAL PARA TODOS LOS BENEFICIARIOS/AS.

#### PREGUNTA

¿CUÁL DEBERÍA SER DICHA INSTITUCIÓN? SUSESO – FONASA – SEREMI – SERVICIOS DE SALUD – ISAPRE – OTRA FUNDAMENTE.

### 4. Generación en silencio de ideas (lluvia de ideas): se solicita escribir frases breves, cuantas más mejor. El tiempo aproximado es de 10 minutos.

### 5. Ronda de respuestas: el/la moderador/a lee las ideas registradas una por una, evitando valorar en este momento.

Las respuestas fueron las siguientes:



### **EXPERTO 1**

**RESPUESTA:** OTRA

**FUNDAMENTO:** Considerando que en la actualidad existen variaciones en la modalidad del proceso de Licencia Médica, de acuerdo a las distintas realidades en cada región:

a) Regiones en donde existe 1 Compín regional más subcomisiones, el proceso de tramitación de LM se encuentra dividido físicamente. Ej. Santiago.

b) Compín de regiones que realizan el proceso completo en un solo lugar físico.

En relación a la pregunta: Pienso que la gestión global debiera ser una institución autónoma con personalidad jurídica propia, planta y presupuesto propio, Independiente de las instituciones nombradas (SUSESOS – FONASA – SEREMI - SNSS o ISAPRES). Previo a esto debe definirse qué parte de los fondos del 7% u otro porcentaje de cotización obligatoria debe destinarse a SIL tanto de FONASA como de Isapres.

### **EXPERTO 2**

**RESPUESTA:** Me inclino por la Seremi - Compín, pero con recursos y atribuciones aumentadas.

**FUNDAMENTO:** Las razones son las siguientes.

1. Si ha de crearse una institución de este tipo parece lógico que se funde en las capacidades existentes y las Compín son quienes acumulan dicha experiencia.

2. Las Compín reúnen también otras funciones que son importantes en la protección social y pareciera mejor mantenerlas en una sola mano.

3. se trata de una institución pública a cargo de salud, con presupuesto propio y recursos propios, además de encontrarse desconcentrado o nivel regional.

En todo caso el prerrequisito sería dotar a las Compín de recursos financieros y personal adecuado y de sistemas de información a la altura de las necesidades, a la vez que las modificaciones al proceso que sean necesarias.

### **EXPERTO 3**

**RESPUESTA:** Suseso

**FUNDAMENTO:** Gestión Global: Entiendo que se trata de administrar la prima, el riesgo y el pago. Habría que radicarla en Suseso

- Es una súper con “poca” actividad.
- Conoce el tema.
- Sería una nueva área de trabajo.

### **EXPERTO 4**

**RESPUESTA:** OTRA

**FUNDAMENTO:**

1. Una sola institución

2. Autónoma

3. Con presupuesto propio parte de la cotización (7%) y subsidio complementario del estado.

4. Fundamento:

- pasar de organización “caótica” a sistema transparente para todos los trabajadores.
- Claridad de quien aporta y entrega el beneficio.
- Separación de intereses (resolver el tema de “juez y
- Regularización de sistema de fiscalización.

- Orientación sanitaria. Fuente de información para acciones preventivas, programas, políticas públicas.
- Queda por cierto, el tema de cómo provocar incentivos adecuados para evitar el abuso que no se resuelve con la sola unificación del sistema.

Frente al **primer escenario hipotético y la pregunta** los participantes (acorde con la metodología empleada) escriben su lluvia de ideas que se pueden agrupar en tres grupos:

- SEREMI
- SUSESO
- OTRA INSTITUCIÓN

## 6. Discusión y aclaración de las ideas expresadas.

En la argumentación se destaca:

**Experto 3:** señala que se estaría dispuesto a entregar a una institución autónoma parte de la cotización, pero que esa institución además debe contar con asignación presupuestaria para realizar los pagos. Las licencias hoy están resolviendo problemas sociales. La gente está usando la licencia para ir a un examen, cuidar a un hijo, o a un familiar mayor enfermo.

**Experto 1:** En cuanto a la existencia de un organismo autónomo, se establece que este debiese contar con presupuesto autónomo, planta autónoma, de la dependencia no se tiene clara de dónde, pero que debe conectar a todos los actores.

**Experto 2:** Debiese ser una institución técnica, pero no separarla de los Seguros de Salud. Lo que falta es una institución técnica para dirimir los casos conflictivos. Que la Isapre y el Fonasa sigan pagando pero pueden externalizar el pago (tal vez una institución financiera).

**Experto 4:** El subsidio de incapacidad es un beneficio que tiene que ver con la protección social más amplia y por ello sí se podría separar. De esta manera se podría estar constituyendo una sociedad más equitativa.

## 7. Primera votación secreta: para seleccionar ideas y ordenar o priorizar en base a un criterio previamente definido o acordado.

Institución	Votos
SEREMI	1
SUSESO	1
OTRA	2

## 8. Segunda ronda de discusión y aclaración.

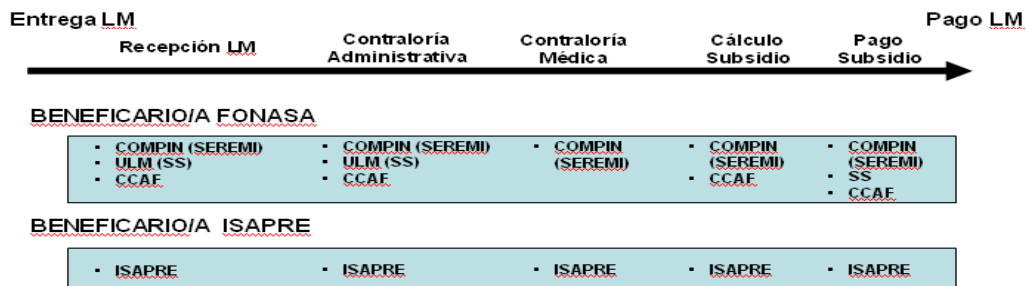
**Segunda votación secreta: para alcanzar los consensos valorativos.**

Institución	Votos
FONASA	1
SUSESO	2
OTRA	1

**Dada la falta de consenso se pasó a la siguiente pregunta.**

## 9. Enunciado de la pregunta

### PROCESO DE PAGO DEL SEGURO POR INCAPACIDAD LABORAL TEMPORAL



### ESCENARIO HIPOTÉTICO 2

EL ESTADO DECIDE ENTREGAR A **UNA SOLA INSTITUCIÓN** LA GESTIÓN GLOBAL DEL SEGURO POR INCAPACIDAD LABORAL TEMPORAL SOLO PARA LOS BENEFICIARIOS/AS DE FONASA.

#### PREGUNTA

¿CUÁL DEBERÍA SER DICHA INSTITUCIÓN? SUSESO – FONASA – SEREMI – SERVICIOS DE SALUD – OTRA FUNDAMENTE.

10. Generación en silencio de ideas (lluvia de ideas): se solicita escribir frases breves, cuantas más mejor. El tiempo aproximado es de 10 minutos.
11. Ronda de respuestas: el/la moderador/a lee las ideas registradas una por una, evitando valorar en este momento.

Las respuestas fueron las siguientes:

#### EXPERTO 1

**RESPUESTA:** Creo que en este caso debería ser FONASA

**FUNDAMENTOS:** Administra el seguro con todas las funciones de control y fiscalización y la Compin como un organismo de arbitraje frente a controversias entre beneficiario y Fonasa. Para lo cual serviría la experiencia de gestión de las Isapres.

#### EXPERTO 2

**RESPUESTA:** Seremi

**FUNDAMENTO:** por las siguientes razones.

1. la experiencia acumulada de los Compin
2. Pertenece al área de Salud Pública (funciones separadas)
3. debe permanecer en salud (sector)

Nuevamente, con recursos y facultades aumentados mas cambios en los procesos que sean necesarios.

#### EXPERTO 3

**RESPUESTA:** Fonasa

**FUNDAMENTO:** Debería funcionar similar a Isapre

Se financia con parte del 7 %

Controla

Administra

Paga a través de SS, o CCAF o tercero Arbitro? Compines que dependerían de SUSESO. Fonasa es el seguro público. Administra un seguro, en consecuencia debería tener potestad para administrar este riesgo. Compin es el árbitro para Fonasa e Isapres.

#### **EXPERTO 4**

**RESPUESTA:** OTRA

**FUNDAMENTO:** Porque permite superar la situación de ambigüedad actual en que hay funciones parciales en el seguro y la mayor parte de responsabilidades en Seremi pero con mezcla de participación de cajas de compensación. En todo caso el tema sería unificar sin hacer de juez y parte lo que no podrá ocurrir si la decisión fuera Fonasa o Seremi.

Frente al **primer escenario hipotético y la pregunta** los participantes (acorde con la metodología empleada) escriben su lluvia de ideas que se pueden agrupar en tres grupos:

- SEREMI
- FONASA
- OTRA INSTITUCIÓN

### **13. Discusión y aclaración de las ideas expresadas.**

En la argumentación se destaca:

**Experto 3:** es un tema no resuelto que aparte de la institucionalidad tiene que haber un sistema de incentivo el mero cambio de institución no resuelve el problema. Quien se haga cargo tendrá pérdidas, por lo que se requiere incentivo y sanciones.

**Experto 2:** debiese darse una discusión por ejemplo de la forma de pago de las licencias médicas los 3 primeros días pudiesen ser por cargo del empleador para que este se ocupe de la Salud de sus trabajadores, como es en Europa o bien establecer licencias médicas “Objetivas” con deducibles diversos. Y generar sanciones para quienes abusan.

### **14. Primera votación secreta: para seleccionar ideas y ordenar o priorizar en base a un criterio previamente definido o acordado.**

Institución	Votos
FONASA	4

### **COMENTARIOS**

- El inicio de la actividad se vio afectada por la impuntualidad de sus participantes lo que debilitó la contextualización inicial.
- Existió resistencia por parte de los expertos de poder ubicarse en las hipótesis propuestas, les “costó salir” de su contexto, estaban muy apegados a su realidad local (entendida esta como el lugar donde trabajan).

## CONCLUSIONES

1. Respecto de la pregunta: **Si el estado decide entregar a una sola institución la gestión global del seguro por incapacidad laboral temporal para todos los beneficiarios/as, ¿cuál debería ser dicha institución?**  
No se llegó a consenso en una primar votación, por ello se debió realizar una segunda votación, la que tampoco llegó a consenso.
2. Cabe destacar, que en la conversación de finalización de la técnica se produjo un acercamiento de visiones, la cual, de haberse producido antes de la segunda votación, quizás se podría haber llegado a consenso.
3. Sin embargo, quedó instalada la posibilidad que fuera otra institución diferente a las existentes (autonomía como principal atributo), lo cual estaría planteado en un Proyecto de Ley presentado en el Congreso Nacional.
4. Respecto de la pregunta: **Si el estado decide entregar a una sola institución la gestión global del seguro por incapacidad laboral temporal para los beneficiarios/as FONASA, ¿cuál debería ser dicha institución?**  
El consenso generado apuntó a que debería ser el propio FONASA.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Peiró Salvador y Portella Eduard. El grupo nominal en el entorno sanitario. Quaderns de salut pública i administració de serveis de salut, N° 11994. Institut Valencia D'estudis en Salut Pública, Valencia 1994.
- Mercado, F. y Torres, T. (Comp.) Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica. Plaza y Valdés Ed., México. 2000.
- Ulin Priscilla, Robinson Elizabeth y Tolley Elizabeth. Investigación aplicada en Salud Pública. Métodos Cualitativos. OPS. Publicación Científica Técnica N° 614. 2006.
- García Manuel, Ibáñez Jesús y Alvira Francisco (Comps.). El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación. Alianza Universidad Textos, 2ª Edición, Madrid 1994.
- Delgado, Juan M. y Gutiérrez, Juan (Eds.) Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Síntesis Psicología, Madrid 1995.

## **ANEXO 8. Minuta utilizada para el taller de expertos.**

### **Estudio: “Evaluación Comprehensiva del Gasto (ECG) de las Comisiones Médicas Preventivas y de Invalidez (COMPIN)”**

Mandante: Dirección de Presupuesto. Ministerio de Hacienda.

Ejecutor. Centro de Estudios y Asesoría Legal CEAL. Pontificia Universidad Católica de Valparaíso.

Investigadora Principal:

**Lorena Herrera P.** Ingeniero Civil Industrial, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso; Master of Science (Msc) en Ingeniería y Planificación en Transporte. Universidad de Leeds, Inglaterra; Doctora (PhD) en Economía (School of Business and Economic Studies). Universidad de Leeds, Inglaterra.

Investigadores:

**Pablo Andueza G.** Abogado, Universidad Católica de Valparaíso, Magíster en Antropología Social y Cultural Universidad Católica de Lovaina (Bélgica).

**Mario Parada L.** Médico Cirujano, Especialista en Salud Pública. Doctor en Sociología, Universidad Autónoma de Madrid. Diplomado en Epidemiología Moderna para la Planificación, Universidad Autónoma de Guerrero, México. Magíster (E) en Salud Pública con mención en Administración en Salud, Universidad de Chile.

**Héctor Rosas I.** Contador Auditor, Licenciado en Comercio y Ciencias Económicas con mención en Finanzas, Universidad Católica de Valparaíso. Master of Business Administration (M.B.A.), Universidad de Maryland – Loyola Collage.

Colaboradores:

**María Beatriz Soto S., Luis Carlos Prieto P., Jeannette Navarro L., Verónica Galindo R.**

### **COMPIN**

La Misión Institucional de la COMPIN se define de la siguiente forma:

“Velar, de acuerdo a la ley, por el cumplimiento de normas médico legales, actuando como garante de la fe pública en la certificación de estados de salud y en la gestión de procesos técnicos y administrativos, garantizando en forma eficaz el acceso de los ciudadanos a los beneficios de la protección social en el ámbito de la enfermedad y la incapacidad, avanzando en la construcción y gestión de garantías de derecho”.

### **Objetivos estratégicos de las COMPIN**

1. Dar cumplimiento a la normativa de Seguridad Social, en el ámbito de competencia de las COMPIN, garantizando el respeto de los derechos de las personas.
2. Asegurar el acceso equitativo, oportuno y de calidad a la totalidad de los ciudadanos a las prestaciones médico legales vinculadas a la certificación de los estados de

salud, la capacidad de trabajo o la recuperabilidad de los estados patológicos, asegurando el acceso y el ejercicio de los derechos de protección social por parte de la ciudadanía, en el ámbito de competencias de las COMPIN.

3. Determinar los estados de salud y pérdida de capacidad de ganancia de los beneficiarios de acuerdo a una toma de decisiones ajustada a derecho, administrativamente eficiente y éticamente sustentable.
4. Satisfacer los requerimientos de los usuarios externos, a partir enfoques renovados y modernos, a través de cambios de actitud y disposición institucional, asegurando que las garantías de derecho sean efectivamente ejercidas por los ciudadanos.
5. Mejorar, homologar y estandarizar la calidad técnica del servicio entregado, a través de la implementación, funcionamiento y monitoreo del modelo nacional de gestión de los procesos técnicos y administrativos de las COMPIN.

### **Productos estratégicos de las COMPIN.**

- A. Evaluación y pronunciamiento por incapacidades transitorias.**
- B. Evaluación y pronunciamiento por incapacidades permanentes.**
- C. Certificación de la discapacidad.**
- D. Otras funciones médico administrativas.**
- E. Implementación y monitoreo del modelo de gestión.**

---

### **Estructura organizacional, distribución de funciones y mecanismos de coordinación.**

La COMPIN es un servicio público descentralizado funcionalmente y desconcentrado territorialmente, que se organiza bajo la dependencia de la SEREMI de Salud, y esta sometido a la supervigilancia del Presidente de la República a través de la Subsecretaría de Salud Pública.

Al interior de la estructura del Ministerio de Salud, la dependencia jerárquica de las COMPIN se modificó con la entrada en vigencia de la Ley 19.937 sobre Autoridad Sanitaria, conforme a lo dispuesto en el artículo 14° B n° 9 del DL 2763 y especialmente de acuerdo al 14° C del mismo cuerpo normativo. Con la nueva organización, las SEREMI se constituyeron en las sucesoras por ley de los Servicios de Salud en las materias que no digan relación con la ejecución de acciones de carácter asistencial en salud. Sobre el particular, el artículo 34° del Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud señala que la SEREMI será la continuadora legal de las funciones medico administrativas que la ley encomendara al ex Servicio Nacional de Salud y al ex SERMENA y que con posterioridad fueron desarrolladas por las COMPIN en los Servicios de Salud. Por esta razón, bajo la nueva normativa le corresponde a cada SEREMI “organizar, bajo su dependencia directa y dentro del territorio regional correspondiente, el trabajo de dichas entidades”. Sin perjuicio de ello, la Institución sigue realizando, dentro de la estructura de las SEREMI, las mismas funciones que efectuaba anteriormente como dependientes de los Servicios de Salud.<sup>154</sup>

De conformidad al artículo 45° del Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud, para el ejercicio de sus atribuciones, las COMPIN se pueden distribuir en las dependencias que

---

<sup>154</sup> Bases administrativas para licitación pública para realizar la evaluación comprehensiva del gasto a la comisión de medicina preventiva e invalidez (COMPIN).

sean necesarias conforme a la desconcentración territorial que se considere adecuada en la región. En así como la Institución tiene presencia en las quince regiones del país, a través de igual número de Comisiones. Además existen 18 Subcomisiones, dispuestas de acuerdo a la distribución geográfica de los Servicios de Salud existentes al 31 de diciembre de 2004.

Cabe agregar que el artículo 45° establece que las ULM pertenecientes a los establecimientos asistenciales de los Servicios de Salud, están sujetas a la tuición y supervisión técnica de las COMPIN a efectos de dar cumplimiento a las funciones de autorización de licencias médicas que les encomienda el DS N° 3 de 1984 del Ministerio de Salud.

Algo similar ocurre con las Unidades de Subsidios ubicadas en los Servicios de Salud, ya que de acuerdo al proceso de modernización de las COMPIN, iniciado en el año 2007, en las ciudades donde hay COMPIN o una Subcomisión de la misma, la Unidad de Subsidios del Servicio de Salud, encargada del cálculo, pago, registro y contabilidad de éstos, se está incorporando a las COMPIN.

En lo que respecta a la organización institucional, la COMPIN se divide en tres estamentos principales: **Secretaría, Comisión Médica y Contraloría Médica**. La Comisión Médica es una unidad técnica que dirige el presidente de la COMPIN y cuyas principales funciones son estudiar los antecedentes del solicitante, practicar la evaluación médica, proponiendo las orientaciones médicas y administrativas que correspondan. La Secretaría es la unidad que brinda el apoyo administrativo a la Institución. Finalmente, la Contraloría Médica es la unidad técnica conformada por médicos cirujanos, que se encarga de realizar las funciones de control de los beneficios de la seguridad social que correspondan a cada caso, de los beneficiarios de las leyes y decretos correspondientes y de la veracidad o corrección de las declaraciones contenidas en las certificaciones médicas.

Entre otras consecuencias prácticas que tiene la nueva dependencia institucional se encuentran las siguientes:

- El superior jerárquico de los Presidentes de las Comisiones o subcomisiones pasaría a ser en lo sucesivo el SEREMI de Salud, salvo en temas técnicos en los cuales conservan autonomía decisional.
- La dotación de personal profesional y administrativo pasaría a formar parte de este ente desconcentrado.
- El presupuesto de financiamiento de las actividades de las COMPIN proviene del presupuesto de la SEREMI.

Paralelamente, a partir de estudios de la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda que advertía la sobreutilización de las licencias médicas más allá de las necesidades médicas, el Ejecutivo proponía al Congreso Nacional un proyecto de ley para racionalizar el uso de las licencias médicas en el cual se contemplaba traspasar muchas de las funciones actuales de las COMPIN a FONASA. Sin embargo, el proyecto, al menos por ahora, no ha llegado a puerto. Sí, en cambio, se ha llevado a cabo, a partir del año 2006, un importante proceso de modernización de la gestión de las COMPIN considerando sus actuales funciones y potestades apoyado por nuevos recursos para la institución.

Algunos planteamientos hipotéticos a debatir:

Llama la atención el hecho que, para hacer efectivo el derecho a subsidio por incapacidad laboral temporal, el Estado chileno tenga una diversidad de mecanismos y de instituciones. De hecho, se pueden identificar tres principales: a través de las ISAPRE para todos sus beneficiarios; las COMPIN para los beneficiarios FONASA y las CCAF para el caso de los trabajadores beneficiarios de FONASA cuyos empleadores están adscritos a ellas.



Esta situación, sumada a la separación producida por la Reforma de la Salud, en general no implica duplicación o superposición de funciones, sin embargo podría no estar generando los incentivos para una correcta utilización del beneficio.

No se aprecia racionalidad evidente en la decisión de dividir la tarea de las COMPIN para el sector público en dos instituciones con vocación diferente como son la Autoridad Sanitaria Regional (cuya misión está vinculada a los bienes de carácter público) y los Servicios de Salud (cuya misión está en función de bienes de carácter privado como es la enfermedad).

Si bien es cierto que después de la Reforma se ha sancionado que, para efectos de funcionalidad, existe una dependencia técnica de los Servicios de Salud de las SEREMI (COMPIN) y que la división es sólo de carácter administrativa, no es menos cierto que es muy posible que las funciones en relación a este derecho social, que aún son llevadas por personal y en dependencias de los Servicios de Salud, se encuentren despriorizadas, o a lo menos, sean parte de un cúmulo de tareas más propias de las metas estratégicas que estas instituciones tienen después de la Reforma (prestaciones de servicios médicos preventivos, curativos y rehabilitados a través de la red asistencial). Lo anterior, sin perjuicio de las dificultades que esta realidad impone para el cálculo de costos reales del proceso de Subsidio de Incapacidad Laboral.

El valor agregado que aportan las CCAF al proceso de SIL no es claro, al igual que la eficiencia de esta modalidad para el Estado. Independientemente del origen histórico de la externalización de funciones a las CCAF en esta área de la protección social, hasta el momento, su mayor contribución es absorber un gran volumen de trabajo (relacionado a las funciones de recepción y verificación de las LM; y al pago del subsidio) que en otro caso debería ser asumido por las COMPIN (en general a través de las ULM adscritas a los servicios de salud), lo cual impacta positivamente en la satisfacción oportuna del derecho.

Sin embargo, esta situación no siempre supone una mayor satisfacción de los beneficiarios, ya que al estar el resto del proceso radicado en las COMPIN y estas de todas formas se encuentran sin la capacidad de responder en un 100% de manera más pronta, los tiempos de espera son similares a los de los trabajadores no adscritos a las CCAF.

Económicamente hablando, no existe claridad respecto del hecho que este sistema sea efectivamente eficiente para el Estado, ya que al entregarse remesas mínimas (0,6%) a las CCAF para el pago del SIL, existe la posibilidad de que se estén generando por esta vía "pérdidas" para el Fondo del subsidio.

Aparece como necesario analizar el rol de las CCAF para que esta modalidad se sustente de mejor manera desde los puntos de vista económico y social.

En un contexto sanitario en donde se está actuando bajo la lógica de los seguros de salud-enfermedad segmentados; donde los más grandes seguros son el privado (ISAPRE) y el público (FONASA), no se observa racionalidad en el hecho que se deje al seguro privado la responsabilidad casi completa del proceso de SIL (sólo se excluyen las apelaciones) y al seguro público no se le asigne más responsabilidad que la de administrar el Fondo y destinar los recursos financieros.

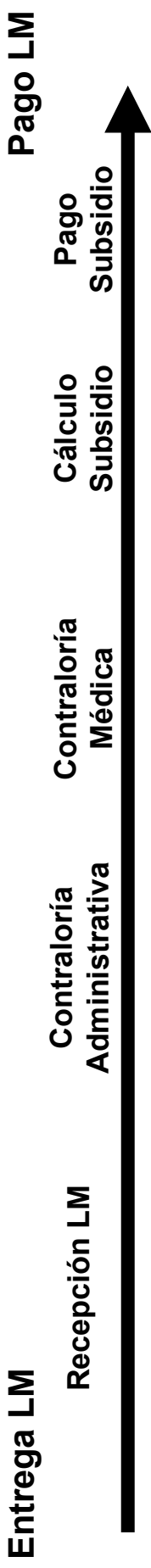
Pareciera existir una mayor consistencia en la modalidad de funcionamiento en el sistema ISAPRE, ya que al asumir la administración del proceso de SIL en casi su totalidad, permite dar una mayor integración al proceso en su conjunto, aumentando la capacidad de gestión global de la institución frente a la tarea de hacer efectivo el derecho dentro de los plazos legales establecidos.

Por otra parte, y no menos importante, en el estudio de Tokman, Rodríguez y Larraín (2004) queda claramente establecido que existe un importante porcentaje del aumento del gasto por SIL explicado por la mayor intensidad del uso de los beneficios, y que esto tiene

un comportamiento diferente en las ISAPRE y en los beneficiarios de FONASA, dado que en las primeras existen incentivos para racionalizar su uso (impacto en sus propias finanzas y por ende en su rentabilidad) y que en el segundo no existen tales incentivos (FONASA no administra el proceso, sólo financia los SIL pagados por las COMPIN y cubre los déficit de las CCAF) y hay escasa capacidad de control en el organismo fiscalizador (COMPIN). Resulta evidente el hecho que los SIL formen parte del seguro de enfermedad, no logra sino incentivar el desarrollo de medidas preventivas y fiscalizadoras por parte de ellos .

Además, está el hecho que en este escenario la ISAPRE es la “parte”, dejándole el rol de “juez” a otra institución (COMPIN) encargada de dirimir las diferencias entre el seguro y el beneficiario. Este último hecho es el que más problematiza el funcionamiento en el sector público, donde se ha dejado a las COMPIN, en la práctica, como “juez y parte” dentro del proceso. Lo anterior, no obstante que existe la SUSESO para dirimir en caso de apelaciones, ya que la mayor parte de estos *contenciosos* son sancionados a favor de los trabajadores.

# PROCESO DE PAGO DEL SEGURO POR INCAPACIDAD LABORAL TEMPORAL



## BENEFICARIO/A FONASA

- COMPIN (SEREMI)
- ULM (SS)
- CCAF
- COMPIN (SEREMI)
- ULM (SS)
- CCAF
- COMPIN (SEREMI)
- COMPIN (SEREMI)
- CCAF
- COMPIN (SEREMI)
- SS
- CCAF

## BENEFICARIO/A ISAPRE

- ISAPRE
- ISAPRE
- ISAPRE
- ISAPRE

## **ESCENARIO HIPOTÉTICO 1**

EL ESTADO DECIDE ENTREGAR A **UNA SOLA INSTITUCIÓN** LA GESTIÓN GLOBAL DEL SEGURO POR INCAPACIDAD LABORAL TEMPORAL PARA TODOS LOS BENEFICIARIOS/AS.

### **PREGUNTA**

¿CUÁL DEBERÍA SER DICHA INSTITUCIÓN? SUSESO – FONASA – SEREMI – SERVICIOS DE SALUD – ISAPRE – OTRA

FUNDAMENTE.

## **ESCENARIO HIPOTÉTICO 2**

EL ESTADO DECIDE ENTREGAR A **UNA SOLA INSTITUCIÓN** LA GESTIÓN GLOBAL DEL SEGURO POR INCAPACIDAD LABORAL TEMPORAL SOLO PARA LOS **BENEFICIARIOS/AS DE FONASA**.

### **PREGUNTA**

¿CUÁL DEBERÍA SER DICHA INSTITUCIÓN? SUSESO – FONASA – SEREMI – SERVICIOS DE SALUD – OTRA

FUNDAMENTE.

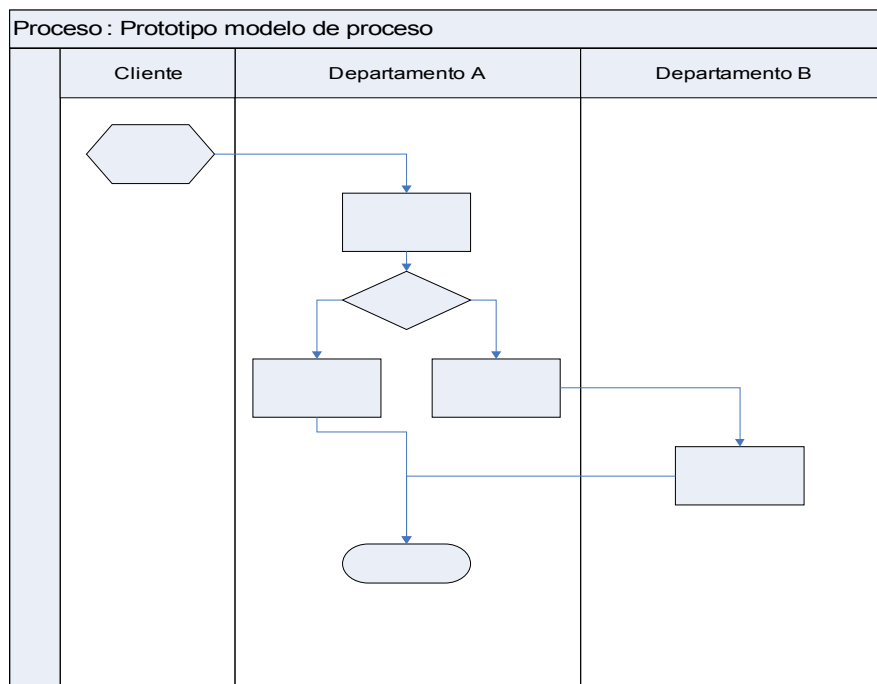
## ANEXO 9. Metodología utilizada para el mapeo de procesos y descripción de la estrategia de modelamiento.


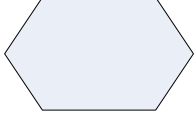
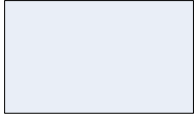

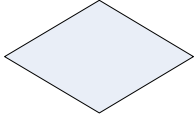

Los pasos seguidos para la confección de los modelos de procesos productivos de la COMPIN son los siguientes:

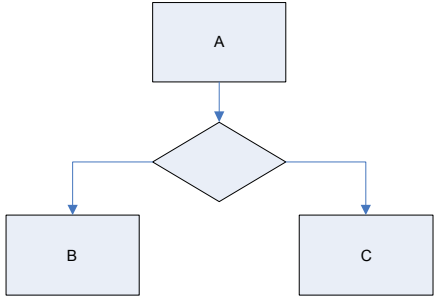
1. Revisión de antecedentes generales en materia
2. Revisión de la regulación existente en materia de garantías aduaneras: Ordenanza de Aduanas, Compendio de Normas y resoluciones.
3. Definición preliminar de los procesos productivos de la COMPIN.
4. Elaboración de bosquejos de los modelos de proceso.
5. Entrevistas con los actores relevantes de cada proceso.
6. Revisión de los procesos definidos y elaboración de los modelos de proceso.
7. Validación de los modelos de proceso.
8. Refinación y corrección de los modelos de proceso.

La representación de los procesos se realiza mediante diagramas de actividades, con carriles verticales, que permiten visualizar la secuencia de actividades y el responsable de su realización.

A continuación se presentan el prototipo de modelo de proceso, la descripción de las formas utilizadas en los modelos y la lógica del proceso.



Forma	Significado	Nota
	Nodo inicial	Todo proceso debe ser iniciado por un evento que se representa, por regla general, mediante un nodo inicial.
	Evento	Se utiliza cuando se quiere especificar el evento que provoca el inicio del proceso y para eventos que ocurren dentro de la ejecución del proceso y desencadenan la realización de actividades.
	Actividad	Las actividades corresponden a la realización de una secuencia de tareas. Son los componentes básicos de los procesos.
	Conector	Se utiliza para conectar las distintas actividades y determinar la secuencia del proceso.
	Decisión	Se utiliza para representar una división en la secuencia del proceso en dos o más alternativas excluyentes entre sí, dependiendo del resultado de la valoración de una condición.
	Nodo final	Se utiliza para representar el fin de un proceso.

Conjunto de formas	Lógica	Descripción
 <pre> graph TD     A[A] --&gt; D{ }     D --&gt; B[B]     D --&gt; C[C] </pre>	$A \Rightarrow B \vee C$	La realización de la actividad A puede implicar la realización de la actividad B o C

## **ANEXO 10. Reclamaciones de usuarios de ISAPRES por licencias médicas.**

### **1. Contexto normativo**

Las ISAPRES son entidades que tienen por exclusivo fin financiar las prestaciones y beneficios de salud, con cargo al aporte de la cotización legal o una superior convenida, a los afiliados a ellas. Los afiliados que opten por aportar su cotización para salud a alguna ISAPRE, celebrarán previamente un contrato con ella, denominado “contrato de salud”. En este contrato, las partes convendrán las prestaciones y beneficios, así como la forma, modalidad y condiciones de su otorgamiento.

En los “contratos de salud” se estipularán las prestaciones a las cuales se obliga la ISAPRE a financiar y sus condiciones, pero sobre la base de un mínimo que es insoslayable. Las garantías explícitas contempladas en el Régimen General de Garantías de Salud; forma en que se modificarán las cotizaciones y aportes, prestaciones y beneficios; mecanismos para el otorgamiento de las prestaciones y beneficios; precio del plan y planes; montos máximos de los beneficios, entre los más importantes.

Según el artículo 35 de la Ley N° 18.933, las ISAPRES estarán obligadas, respecto a sus afiliados, entre otras cosas, al pago de los subsidios cuando proceda. El cotizante podrá recurrir a la COMPIN, correspondiente al domicilio que se fije en el contrato, cuando estime que lo obtenido por concepto de prestaciones pecuniarias es inferior a lo establecido en la Ley N° 18.469. También el cotizante podrá recurrir a la COMPIN, dice el inciso tercero del artículo 37 del mencionado texto legal, en caso que la ISAPRE rechace o modifique la licencia médica, y mismo derecho tendrá el empleador respecto de las licencias que haya autorizado la institución.

El reclamo deberá ser presentado por escrito directamente ante la COMPIN señalando en forma precisa sus fundamentos. La Comisión conocerá del reclamo en única instancia, dice la ley, previo informe de la Institución reclamada, que deberá emitirlo, a más tardar, dentro de los tres primeros días hábiles siguientes al requerimiento. Transcurrido el plazo de diez días, contado desde la fecha de presentación del reclamo, con o sin el informe de la ISAPRE, la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez emitirá su resolución y en ella se fijará el plazo, condiciones y modalidades para su cumplimiento.

Finalmente, los aspectos procesales del ejercicio de las facultades establecidas en el inciso anterior, contenidos el Reglamento correspondiente, será fiscalizados por la Superintendencia respectiva.

## **2. Naturaleza de esta actividad de la COMPIN**

Se concuerda con el tesista Guillermo González<sup>155</sup> que la actividad que despliega la COMPIN en materias de reclamaciones de usuarios de ISAPRES por licencias médicas corresponde a la de un tribunal administrativo que ejerce tareas jurisdiccionales. En la discusión en las comisiones constituyentes que prepararon la Constitución Política de 1980, Sergio Diez tuvo oportunidad de aclarar que ejercen jurisdicción no tan sólo los Tribunales de Justicia, sino además “los tribunales administrativos, fiscales, impuestos internos, Contraloría General de la República, tribunales arbitrales, etcétera. O sea, todo órgano que tenga facultad para dictar una resolución o fallo, llámese como se llame, que afecte a la situación de una persona”<sup>156</sup>. En este mismo sentido, José Luis Cea afirma que el racional y justo procedimiento “se aplica no sólo a un tribunal del Estado, sino a cualquier órgano que ejerza jurisdicción, v.gr. en la Administración Pública”<sup>157</sup>. Por su parte, el Tribunal Constitucional ha entendido la jurisdicción, bajo una acepción general, “como aquella potestad pública, en virtud de la cual, ciertos órganos del Estado dirimen conflictos de trascendencia jurídica suscitados entre las partes, mediante decisiones dotadas de los atributos de la inmutabilidad y coercibilidad de la cosa juzgada, constituyendo, por ende, *tribunales especiales* de aquéllos a que se alude en el artículo 5º inciso penúltimo del Código Orgánico de Tribunales; lo cuales pese a no formar parte del Poder Judicial, administran justicia en ciertas áreas específicas que le asigna la ley – como las reclamaciones tributarias de los contribuyentes, en el caso de los Directores de Regiones- , ejerciendo una función de naturaleza jurisdiccional”<sup>158</sup>.

De manera entonces que como la COMPIN en esta actividad ejerce jurisdicción, le son aplicables las normas pertinentes contenidas en la Constitución Política, en particular el inciso 5º del art.19 N°3: “Toda sentencia de un órgano que ejerza jurisdicción debe fundarse en un proceso previo legalmente tramitado. Corresponderá al legislador establecer siempre las garantías de un racional y justo procedimiento.” El Constituyente prefirió utilizar en esta disposición una frase genérica (“racional y justo procedimiento”) para enmarcar la actuación de los órganos jurisdiccionales, en vez de enumerar específicamente cuáles serían las garantías reales del debido proceso, a fin de sustraerse de la dificultad de tipificar específicamente los elementos que los componen y el riesgo de omitir algunos.<sup>159</sup>

Ahora bien, a pesar de no especificar qué entiende por “racional y justo procedimiento”, quedó en acta de la comisión constituyente, como historia fidedigna del establecimiento de las reglas constitucionales del debido proceso, que los miembros coincidían en que como reglas mínimas del “racional y justo procedimiento” se consideraban: permitir oportuno conocimiento de la acción, adecuada defensa y producción de la prueba correspondiente.<sup>160</sup> José Luis Cea añade a las garantías nombradas el “amplio acceso a la magistratura; medios suficientes para una asesoría y defensa jurídicas idóneas;

---

<sup>155</sup> González, G. Las instituciones de salud previsual como sistema de salud en Chile. Memoria para optar al grado de licenciado en ciencias jurídicas, Universidad de Valparaíso, 1996.

<sup>156</sup> Citado por Cea, J.L. Derecho Constitucional Chileno, Tomo II, PUC, 2004, p. 156.

<sup>157</sup> Cea, J.L. Derecho Constitucional Chileno, Tomo II, PUC, 2004, p. 157.

<sup>158</sup> Extracto de sentencia de Tribunal Constitucional, incluido en Cea, J.L. Derecho Constitucional Chileno, Tomo II, PUC, 2004, p. 163.

<sup>159</sup> Blanc, N., Nogueira, H., Pfeffer, E. y Verdugo, M. La Constitución chilena, Tomo I, CEAL-UCV, 1990, p. 106.

<sup>160</sup> Blanc, N., Nogueira, H., Pfeffer, E. y Verdugo, M. La Constitución chilena, Tomo I, CEAL-UCV, 1990, p. 106.



independencia e imparcialidad de los jueces y funcionarios judiciales; y rapidez y oportunidad de las decisiones.<sup>161</sup>

### **3. Particularidades de la actividad jurisdiccional de las COMPIN**

A continuación se presentan algunas particularidades que posee la jurisdicción de las COMPIN atribuidas en la Ley N°18.933, que la hace distinta a otras jurisdicciones del país:

a) Materia:

Como hemos visto en los párrafos anteriores, las COMPIN conocen y resuelven reclamos interpuestos por un usuario de ISAPRES por estos motivos: i) cuando estima que el monto calculado del subsidio (SIL) debe ser mayor al otorgado; ii) cuando la ISAPRE rechaza injustificadamente una licencia médica; y iii) cuando la ISAPRE modifica injustificadamente una licencia médica. Excepcionalmente, el empleador puede reclamar ante la COMPIN cuando la ISAPRE haya injustificadamente autorizado una licencia médica.

b) Cuantía:

Al no existir norma que señale montos máximos o mínimos reclamables en esta instancia, toda licencia médica es impugnabile por esta vía.

c) Territorio:

El cotizante podrá recurrir a la COMPIN correspondiente al domicilio que se fije en el contrato.

d) Grado:

Según el artículo 35 de la Ley N°18.933 la COMPIN conocerá del reclamo en única instancia. Sin embargo, a pesar que la ley es precisa en este aspecto, en nuestra fase en terreno observamos que es frecuente que las partes involucradas en los reclamos –el cotizante y la propia ISAPRE- recurran a la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO), la cual entonces se ha transformado en una instancia de apelación.

e) Imperio:

La COMPIN no tiene imperio, es decir, no tiene las atribuciones legales para hacer ejecutar directamente sus decisiones por medio de actos coactivos en caso de incumplimiento por parte de la ISAPRE. Deberá para hacer cumplir sus decisiones con la intermediación de la Superintendencia de Seguridad Social.<sup>162</sup> La Intendencia está facultada para sancionar a las ISAPRES por el incumplimiento de las obligaciones que les impone la ley, instrucciones de general aplicación, resoluciones y dictámenes que pronuncie, con amonestación, multas a beneficio fiscal o cancelación del registro.

f) Dependencia:

Por tratarse de un tribunal de tipo administrativo, la COMPIN en estos temas no se encuentra sometida a la supervigilancia de la Corte Suprema, sino del Ministerio de Salud.<sup>163</sup>

---

<sup>161</sup> Cea, J.L. Derecho Constitucional Chileno, Tomo II, PUC, 2004, p. 159.

<sup>162</sup> Por la ausencia de imperio, la tarea de la COMPIN ha podido ser calificada en algún momento como de “arbitraje”, pero esta equiparación es superficial.

<sup>163</sup> González, G. Las instituciones de salud previsional como sistema de salud en Chile. Memoria para optar al grado de licenciado en ciencias jurídicas, Universidad de Valparaíso, 1996.

#### **4. Efectos del imperativo constitucional del debido proceso**

El hecho que la actividad de resolución de reclamos de afiliados de ISAPRES ante decisiones de estas instituciones previsionales tenga una naturaleza jurisdiccional, las normas constitucionales de “racional y justo procedimiento” han de recaer sobre ella. Esta asunción de funciones debe incidir, en primer lugar, en la manera cómo la COMPIN se entiende a sí misma a la hora de cumplir esta función. Su rol es de tribunal y, en consecuencia, es un servicio público pensado tanto a favor de los afiliados como de las ISAPRES.

Por ello, no debe dejar de cumplir en sus actuaciones el atributo esencial de un juez consistente en demostrar imparcialidad respecto a las partes involucradas. Por otro lado, tampoco debe descuidarse la bilateralidad de cualquier proceso jurisdiccional, es decir, que durante su desenvolvimiento ambas partes deben tener idénticas posibilidades de alegatos y defensas. En este aspecto es necesario considerar un procedimiento estándar para proceder a las notificaciones de las resoluciones de la COMPIN.

El acto de término de la reclamación corresponde a una verdadera sentencia, la que para ser tal deberá no tan sólo pronunciarse acerca de la cuestión que se somete a su decisión, por ejemplo si procede un reposo de tantos días o no, o a cuánto asciende el subsidio, sino también los fundamentos y motivos que se tuvieron en consideración para llegar a tal o cual resolución.

Es importante tener presente a lo que el profesor Cea llamó la “adecuada” producción de la prueba durante el conocimiento de los reclamos. Esto significa que todas las partes involucradas deben tener la posibilidad de solicitar pruebas conducentes a acreditar los hechos aseverados, así como velar por que todas ellas se realicen de conformidad a las reglas que aseguren la debida objetividad.

## **ANEXO 11. Cuestionarios aplicados por la Consultora y resultados obtenidos.**

Los cuestionarios aplicados por la consultora fueron hechos bajo la modalidad de encuesta postal, es decir, se les envió a los presidentes de cada comisión o subcomisión de la COMPIN un cuestionario pidiéndoles que lo llenaran y posteriormente lo remitieran al correo electrónico de la Consultora. Una de las ventajas de esta modalidad es que el encuestado al no sentir la presión directa de la presencia del encuestador, suele responder con más sinceridad.

En estos cuestionarios, aparecían preguntas del tipo abierta, dicotómicas y selección múltiple.

Si bien la aplicación de las encuestas era de carácter censal, terminó siendo muestral, debido a que no todas las comisiones y subcomisiones respondieron las encuestas. Para una mayor claridad de la tasa de respuesta, ésta se detalla para cada cuestionario antes de ser presentados los resultados. Se considera como representativo a juicio de ésta Consultora, aquellos cuestionarios tengan una tasa de respuesta mayor o igual al 50%.

### **Cuestionario 1: Estructura de la COMPIN**

El presente cuestionario tiene una tasa de respuesta de 77.41%, es decir 24 de las 31 comisiones o subcomisiones respondieron este cuestionario. No hay evidencia para presumir presencia de sesgo en las respuestas.

1. Indique la estructura organizacional de su COMPIN o Subcomisión si corresponde.  
**Identifique secciones o unidades**

<b>Unidad/ Sección</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Secretaría	22	12,2%
Presidencia	21	11,7%
Contraloría Médica	16	8,9%
ULM	13	7,2%
Unidad recepción apelación de Isapres	12	6,7%
Asistente Social	11	6,1%
Unidad de Subsidios (externa)	10	5,6%
Comisión Médica	9	5,0%
Unidad de Subsidios (interna)	9	5,0%
Unidad de Discapacidad	7	3,9%
Unidad de Recepción de LM	5	2,8%
Coordinación Administrativa	4	2,2%
Unidad Contraloría Médica	4	2,2%
Comisión/ Unidad ATEP	4	2,2%
Unidad de "otros beneficios"	3	1,7%
Unidad de Pesquisa ATEP	3	1,7%
Unidad apoyo Contraloría Médica (general)	3	1,7%
OIRS	2	1,1%
Unidad de Beneficios de Seg. Social	2	1,1%

Unidad/ Sección	Frecuencia	%
Unidad de Peritaje	2	1,1%
Sección de Licencias Médicas	2	1,1%
Unidad Comisión Médica	1	0,6%
Unidad de trámites	1	0,6%
Unidad digitación de LM	1	0,6%
Unidad de Reclamos	1	0,6%
Unidad Pensiones Asistenciales	1	0,6%
Comisión/ Unidad Enfermedad Común	1	0,6%
Unidad de Incapacidad Permanente	1	0,6%
Unidad de Archivo Subcomisión	1	0,6%
Unidad de Jubilaciones y Discapacidad	1	0,6%
Oficina de partes y Ley 16.744	1	0,6%
Of. Entrega resolución isapres y rec. Reposición	1	0,6%
Unidad de Seguridad Social	1	0,6%
Unidad de Discap., Subsidios y Pensiones	1	0,6%
Comision Invalidez y Análisis y LM	1	0,6%
Unidad apoyo a Contraloría Médica LM	1	0,6%
Comisión Especial por Intendencia	1	0,6%
<b>Total General</b>	<b>180</b>	<b>100,0%</b>

2. ¿Existe una resolución que sancione la estructura descrita en la pregunta anterior?  
Si existe, adjúntela al presente instrumento.

Resolución Estructuras	Frecuencia	Porcentaje
Sí	7	29,2%
No	17	70,8%
<b>Total general</b>	<b>24</b>	<b>100,0%</b>

3. En el período en que ha estado en la presidencia de la COMPÍN o subcomisión, ¿usted ha modificado dicha estructura? Especifique si se han creado, eliminado o modificado secciones o unidades.

Modificaciones Estructural	Frecuencia	Porcentaje
Sí	12	50,0%
No	10	41,7%
No responde	2	8,3%
<b>Total general</b>	<b>24</b>	<b>100,0%</b>

4. La siguiente lista enumera las funciones realizadas por la COMPÍN (y Subcomisiones).

Nº	Nombre de funciones
1	Resolución de Licencias Médicas (LM) de trabajadores afiliados a FONASA
2	Pesquisa de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (ATEP)
3	Resolución de LM por ATEP
4	Resolución de reclamos en contra resolución de ISAPRES por modificación o rechazo de LM o pago insuficiente del Subsidio

N°	Nombre de funciones
5	Resolución de incapacidad temporal de bomberos por lesiones en acto de servicio
6	Resolución de cambio de Faena por enfermedad común de trabajadores afiliados a FONASA, con LM
7	Calificación de ATEP y eventual cambio de faena de trabajador con o sin LM
8	Dictamen de invalidez de afiliados al INP
9	Dictamen de invalidez por pensión de orfandad de afiliados al INP
10	Dictamen de invalidez por pensión de viudez de afiliados al INP
11	Resolución de invalidez por Asignación familiar al duplo
12	Resolución de invalidez por Seguro de vida de Ex CANAEMPU
13	Resolución de invalidez por Convenios Internacionales
14	Resolución de invalidez por Subsidio Único Familiar, (SUF)
15	Resolución de invalidez por Subsidio de Discapacidad mental
16	Resolución de invalidez por Ley de exonerados políticos
17	Resolución de Invalidez por de ATEP, Ley 16.744, para trabajadores
18	Resolución de invalidez por beneficios pecuniarios por Accidente escolar, Ley 16.744, para escolares
19	Resolución sobre salud irrecuperable de funcionarios públicos
20	Resolución sobre salud irrecuperable solicitada por ISAPRE
21	Resolución de acceso a beneficios de trabajadores de EFE por lesiones en acto de servicio
22	Resolución de Invalidez para acceso a beneficios de Bomberos por lesiones en acto de servicio
23	Resolución de invalidez para acceso a beneficios del Seguro de desgravamen de SERVIU
24	Resolución de invalidez para acceso a condonación del Crédito Fiscal Universitario
25	Certificación de la Discapacidad para la inscripción en el Registro Nacional y acceso a beneficios
26	Certificación de la Discapacidad para el acceso a beneficios arancelarios para la importación de vehículos para discapacitados lisiados
27	Certificación de discapacidad de víctimas de violación de Derechos Humanos
28	Certificación de discapacidad por enfermedad catastrófica solicitada por SERVIU
29	Resolución por imputabilidad de funcionario público por Sumario Administrativo
30	Certificar el examen de salud apta para el ingreso a la administración pública
31	Certificar estado de salud para acceder a Beneficios del Seguro de Accidente Escolar y determinar derechos
32	Resolución para acceder a beneficios del Seguro Obligatorio de Ley de Tránsito
33	Resolución en caso de enfermedad catastrófica solicitada por SERVIU
34	Certificado de asignación familiar quinto mes de embarazo

Unidad / Sección	1	2	3	4	5	6	7
Comisión Médica	9,5%	5,8%	13,5%	16,7%	46,2%	39,0%	34,7%
Contraloría Médica	18,9%	26,1%	26,9%	20,4%	12,8%	12,2%	24,5%
Secretaría	5,4%	7,2%	5,8%	14,8%	33,3%	31,7%	18,4%
Unidad de Licencias Médicas	16,2%	17,4%	13,5%	0,0%	0,0%	2,4%	2,0%
Unidad de Subsidios	10,8%	1,4%	3,8%	11,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Contraloría Médica Centralizada	9,5%	10,1%	13,5%	5,6%	2,6%	4,9%	8,2%
Unidad de recepción de Licencias Médicas	16,2%	14,5%	5,8%	3,7%	0,0%	0,0%	0,0%
Sección de Licencias Médicas, SLM	10,8%	11,6%	9,6%	5,6%	0,0%	2,4%	2,0%
Apelaciones ISAPRES	0,0%	0,0%	0,0%	16,7%	0,0%	0,0%	0,0%
Asistente Social	1,4%	1,4%	1,9%	1,9%	2,6%	2,4%	2,0%
Presidencia	0,0%	0,0%	0,0%	3,7%	2,6%	2,4%	4,1%
Sección ATEP	1,4%	4,3%	5,8%	0,0%	0,0%	2,4%	4,1%
<b>Totales Frecuencia</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Unidad / Sección	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Comisión Médica	54,1%	42,9%	48,1%	41,4%	44,0%	55,0%	39,1%	52,4%	48,0%	33,3%	37,5%	39,1%	42,9%	40,9%	42,9%	44,4%	42,9%
Contraloría Médica	10,8%	10,7%	7,4%	10,3%	8,0%	5,0%	8,7%	9,5%	12,0%	13,9%	12,5%	8,7%	7,1%	9,1%	7,1%	11,1%	14,3%
Secretaría	24,3%	32,1%	29,6%	31,0%	32,0%	30,0%	39,1%	23,8%	20,0%	27,8%	31,3%	34,8%	35,7%	40,9%	35,7%	25,9%	25,0%
Unidad de Licencias Médicas	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Unidad de Subsidios	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Contraloría Médica Centralizada	2,7%	7,1%	7,4%	6,9%	8,0%	5,0%	4,3%	4,8%	8,0%	5,6%	3,1%	4,3%	0,0%	0,0%	3,6%	3,7%	3,6%
Unidad de recepción de Licencias Médicas	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Sección de Licencias Médicas, SLM	2,7%	0,0%	0,0%	3,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4,0%	2,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Apelaciones ISAPRES	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	10,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Asistente Social	2,7%	3,6%	3,7%	3,4%	4,0%	0,0%	8,7%	4,8%	4,0%	5,6%	6,3%	4,3%	0,0%	4,5%	7,1%	7,4%	7,1%
Presidencia	2,7%	3,6%	3,7%	3,4%	4,0%	5,0%	0,0%	4,8%	4,0%	2,8%	3,1%	8,7%	3,6%	4,5%	3,6%	7,4%	7,1%
Sección ATEP	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	8,3%	6,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
<b>Totales Frecuencia</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Unidad / Sección	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34
Comisión Médica	33,3%	34,8%	40,0%	38,5%	33,3%	25,0%	30,8%	34,8%	35,7%	10,0%
Contraloría Médica	14,8%	13,0%	12,0%	15,4%	14,8%	16,7%	11,5%	13,0%	14,3%	20,0%
Secretaría	29,6%	34,8%	32,0%	30,8%	33,3%	50,0%	46,2%	39,1%	32,1%	25,0%
Unidad de Licencias Médicas	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,0%
Unidad de Subsidios	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Contraloría Médica Centralizada	7,4%	8,7%	8,0%	7,7%	7,4%	8,3%	3,8%	0,0%	3,6%	10,0%
Unidad de recepción de Licencias Médicas	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	20,0%
Sección de Licencias Médicas, SLM	0,0%	4,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,0%
Apelaciones ISAPRES	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Asistente Social	7,4%	0,0%	4,0%	3,8%	3,7%	0,0%	7,7%	8,7%	7,1%	0,0%
Presidencia	7,4%	4,3%	4,0%	3,8%	7,4%	0,0%	0,0%	4,3%	7,1%	5,0%
Sección ATEP	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
<b>Totales Frecuencia</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>



5. Identifique, de acuerdo a su percepción, las **instancias y actividades de coordinación y/o comunicación** existentes al interior de su **COMPÍN** o Subcomisión (Por ejemplo, reuniones periódicas, instructivos, circulares, memorandos, etc.), según corresponda.

<b>Instancia de Coordinación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Reuniones	20	54,1%
Instructivos	4	10,8%
Circulares	2	5,4%
Memorandos	2	5,4%
Llamadas Telefónicas	2	5,4%
Actividades Informativas	1	2,7%
Capacitaciones	1	2,7%
Correo Electrónico	1	2,7%
Informativos	1	2,7%
Taller de Capacitación	1	2,7%
Video Conferencias	1	2,7%
Visitas Terreno	1	2,7%
<b>Total general</b>	<b>37</b>	<b>100,0%</b>

<b>Instancia de Comunicación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Reuniones	9	19,6%
Circulares	6	13,0%
Correo Electrónico	6	13,0%
Memorandos	7	15,2%
Informativos	4	8,7%
Instructivos	4	8,7%
Oficios	2	4,3%
Blog Institucional	1	2,2%
Capacitaciones	1	2,2%
Documentos	1	2,2%
Fax	1	2,2%
Formularios Interconsultas	1	2,2%
Llamadas Telefónicas	1	2,2%
Video Conferencia	1	2,2%
Vistas Terreno	1	2,2%
<b>Total general</b>	<b>46</b>	<b>100,0%</b>

6. Si usted es presidente de COMPÍN Regional y en su territorio existen Subcomisiones, identifique, de acuerdo a su percepción, las **instancias de coordinación y/o comunicación** entre:

A) La COMPÍN Regional y sus Subcomisiones

<b>Instancia de Coordinación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
INP, Mutual, ACHS, IST, Unidad LM	1	16,7%
Reuniones	4	66,7%
Video Conferencia	1	16,7%
<b>Total general</b>	<b>6</b>	<b>100,0%</b>

<b>Instancia de Comunicación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Comunicados	1	4,8%
Correo Electrónico	4	19,0%
Instructivos	5	23,8%
Llamadas Telefónicas	4	19,0%
Memorandos	2	9,5%
Reuniones	3	14,3%
Visitas Terreno	1	4,8%
Plataforma Trámite en línea	1	4,8%
<b>Total general</b>	<b>21</b>	<b>100,0%</b>

B) Subcomisiones entre sí (Por ejemplo, reuniones periódicas, instructivos, circulares, memorandos, etc.)

<b>Instancia de Coordinación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Reuniones de COMPÍN Regional	6	85,7%
Video Conferencia	1	14,3%
<b>Total general</b>	<b>7</b>	<b>100,0%</b>

<b>Instancia de Comunicación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Instructivos	2	22,2%
Memorandos	2	22,2%
Correo Electrónico	1	11,1%
Pasantías	1	11,1%
Resoluciones	2	22,2%
Visitas a Terreno	1	11,1%
<b>Total general</b>	<b>9</b>	<b>100,0%</b>

7. Si Ud. es presidente de Subcomisión, identifique de acuerdo a su percepción, las **instancias de coordinación y/o comunicación** entre:

A) La COMPÍN Regional y sus Subcomisiones

<b>Instancia de Coordinación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Reuniones	10	58,8%
Correo Electrónico	2	11,8%
Circulares	1	5,9%
Informativos	1	5,9%
Llamadas Telefónicas	1	5,9%
Oficios	1	5,9%
Talleres de Capacitación	1	5,9%
<b>Total general</b>	<b>17</b>	<b>100,0%</b>

<b>Instancia de Comunicación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Correo Electrónico	8	25,8%
Llamadas Telefónicas	6	19,4%
Memorandos	5	16,1%
Fax	2	6,5%
Instructivos	2	6,5%
Resoluciones	2	6,5%
Reuniones	2	6,5%
Circulares	1	3,2%
Instructivos	1	3,2%
Pasantías	1	3,2%
Video Conferencia	1	3,2%
<b>Total general</b>	<b>31</b>	<b>100,0%</b>

B) Subcomisiones entre sí (Por ejemplo, reuniones periódicas, instructivos, circulares, memorandos, etc.).

<b>Instancia de Coordinación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Reuniones	9	69,2%
Correo Electrónico	1	7,7%
Informativos	1	7,7%
Oficios	1	7,7%
Talleres Capacitación	1	7,7%
<b>Total general</b>	<b>13</b>	<b>100,0%</b>

<b>Instancia de Comunicación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Correo Electrónico	8	25,8%
Llamadas Telefónicas	5	16,1%
Memorandos	4	12,9%
Fax	3	9,7%
Instructivos	3	9,7%
Resoluciones	2	6,5%
Talleres Capacitación	2	6,5%
Circulares	1	3,2%
Oficios	1	3,2%
Pasantías	1	3,2%
Reuniones	1	3,2%
<b>Total general</b>	<b>31</b>	<b>100,0%</b>

8. ¿En su COMPÍN o Subcomisión de COMPÍN, se tramitan Licencias Médicas de menos de 30 días? (No considere las tramitaciones realizadas por Unidades de Licencias Médicas dependientes de los Servicios de Salud)

<b>Tramitan LM</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Sí	20	83,3%
No	3	12,5%
No responde	1	4,2%
<b>Total general</b>	<b>24</b>	<b>100,0%</b>

9. Se sabe que las Unidades de Licencias Médicas, dependientes de los Servicios de Salud, pueden contar con la colaboración de los profesionales de la COMPÍN y, que sus resoluciones pueden ser consultadas ante la Comisión pertinente. Dado el contexto anterior, en su COMPÍN ¿se generan estas instancias de colaboración?

<b>Instancias Coordinación ULM</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Sí	12	50,0%
No	9	37,5%
No Responde	3	12,5%
<b>Total general</b>	<b>24</b>	<b>100,0%</b>

10. Si la respuesta a la pregunta anterior fue afirmativa, mencione los casos más frecuentes en que las Unidades de Licencias Médicas acuden a la COMPÍN o Subcomisión en busca de apoyo o colaboración.

<b>ULM acuden a COMPÍN por:</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Consultas Técnicas	8	40,0%
Estado Licencias Médicas	2	10,0%
Fiscalizaciones	2	10,0%
Pasantías Funcionarios	2	10,0%
Peritaje a Empleadores	2	10,0%
Rechazo Licencias Médicas	2	10,0%
Término o Vínculo Laboral	2	10,0%
<b>Total general</b>	<b>20</b>	<b>100,0%</b>

11. En caso que su COMPÍN o Subcomisión se relacione con **Unidades de Licencias Médicas** dependientes de los Servicios de Salud, describa brevemente, de acuerdo a su percepción, los principales problemas y/o beneficios que se generan en cuanto a **Coordinación, Comunicación y Resultados**.

<b>Problema</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Escasa o Mala Comunicación	6	22,2%
Falta RRHH	6	22,2%
Falta Unificar Criterios	5	18,5%
Licencias Médicas	5	18,5%
Distancia Geográfica	3	11,1%
Sin Verificación Antecedentes FONASA	2	7,4%
<b>Total general</b>	<b>27</b>	<b>100,0%</b>

<b>Beneficios</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Cercanía Geográfica	3	12,0%
Accesibilidad	2	8,0%
Apoyo de los contralores y funcionarios UML	2	8,0%
Descentralización	2	8,0%
Ninguno	2	8,0%
Colaboración de SS con Subcomisiones	1	4,0%
Otorga Beneficios oportuna y correctamente	1	4,0%
No responde	12	48,0%
<b>Total general</b>	<b>25</b>	<b>100,0%</b>

12. Para efectos de las labores que realiza su COMPÍN o Subcomisión, ¿Cuál es la unidad encargada de realizar el cálculo, pago, registro y contabilidad de los subsidios de incapacidad laboral? (Marque sólo una opción)

Unidad Encargada del cálculo, pago y registro Subsidios	Frecuencia	%
COMPÍN o Subcomisiones	9	40,9%
Servicio de Salud	8	36,4%
Otra	5	22,7%
<b>Total general</b>	<b>22</b>	<b>100,0%</b>

13. En caso que su COMPÍN o Subcomisión se relacione con Unidades de Subsidios dependiente de los Servicios de Salud, describa brevemente, de acuerdo a su percepción, los principales problemas y/o beneficios que se generan en cuanto a **Coordinación, Comunicación y Resultados**.

Problema	Frecuencia	%
Emisión de Cheques	5	22,7%
Poca o Mala Comunicación	4	18,2%
Apelaciones mal calculo Usuarios ISAPRES	2	9,1%
Distancia Geográfica	2	9,1%
Falta RRHH	2	9,1%
No hay Registros	2	9,1%
No hay unidad de subsidio dependiente SS	2	9,1%
Problemas funcionarios SS	2	9,1%
Sin control de cheques no cobrados	1	4,5%
<b>Total general</b>	<b>22</b>	<b>100,0%</b>

Beneficio	Frecuencia	%
Ninguno	5	45,5%
Cooperación entre Administrativos	1	9,1%
Descentralización	1	9,1%
La unidad subsidio esta en la plataforma de Atención Público	1	9,1%
No es necesario fiscalizar	1	9,1%
Personal Capacitado	1	9,1%
Rapidez	1	9,1%
<b>Total general</b>	<b>11</b>	<b>100,0%</b>

14. De acuerdo a su **percepción**, ¿Cuáles son los reclamos más frecuentes que realizan los usuarios/beneficiarios/clientes en su COMPÍN? Ordene priorizando aquellos de mayor importancia.

<b>Los Reclamos más frecuentes son:</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Demora de resolución de LM	24	18,9%
Rechazo o reducción de LM	18	14,2%
Personal insuficiente	10	7,9%
Resolución de apelaciones de pacientes ISAPRE	10	7,9%
Demora pagos de subsidio o LM	10	7,9%
Reclamos por LM	9	7,1%
Se demoran o no contestan el teléfono	8	6,3%
Fiscalización de LM	6	4,7%
Problemas en sistema de correos	5	3,9%
Documentación excesiva	4	3,1%
Mala Atención	4	3,1%
Demora en resoluciones por falta de equipos FONASA	3	2,4%
Demora envió de LM	3	2,4%
Problemas en la recepción de citaciones	3	2,4%
Requerimiento de documentación para validación de respaldo de LM	3	2,4%
Falta de estructuras física adecuada	3	2,4%
Falta de horas especialistas	2	1,6%
Retraso pago en SIL por remesas insuficientes desde FONASA	2	1,6%
<b>Total general</b>	<b>127</b>	<b>100,0%</b>

15. Para las funciones que se desarrollan en su COMPÍN o Subcomisión, y según su percepción, ¿Cómo califica, en términos de competencia y cantidad, el personal disponible? (Marque en cada columna una respuesta)

<b>Nivel de Competencias</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Competente	12	52,2%
Muy Competente	6	26,1%
Medianamente Competente	5	21,7%
<b>Total general</b>	<b>23</b>	<b>100,0%</b>

<b>Cantidad Funcionarios</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Insuficiente	13	56,5%
Menos Suficiente	9	39,1%
Suficiente	1	4,3%
<b>Total general</b>	<b>23</b>	<b>100,0%</b>

16. Si en la pregunta anterior respondió “Menos que suficiente” o “Insuficiente”, ¿a qué atribuye usted esta falta de personal? (puede marcar más de una opción)

<b>La Falta de personal se atribuye:</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Aumento tramitaciones	19	45,2%
Escaso Presupuesto RRHH	12	28,6%
Otro	7	16,7%
Falta organización y procesos poco claro	3	7,1%
Elevado Nivel Ausentismo	1	2,4%
<b>Total general</b>	<b>42</b>	<b>100,0%</b>

17. Si su respuesta anterior fue afirmativa, ¿Cómo califica, de acuerdo a su percepción, las capacitaciones que han recibido sus funcionarios en el periodo 2007 - 2008? (marque en cada columna una respuesta)

<b>Nivel Utilidad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Adecuadas	10	50,0%
Muy Adecuadas	6	30,0%
Inadecuadas	4	20,0%
<b>Total general</b>	<b>20</b>	<b>100,0%</b>

<b>Cantidad de Capacitaciones</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Menos que Suficiente	9	40,9%
Suficiente	7	31,8%
Insuficiente	6	27,3%
<b>Total general</b>	<b>22</b>	<b>100,0%</b>

18. Para el cumplimiento de sus funciones, la COMPÍN puede requerir informes o más antecedentes a instituciones, empresas y personas. En este contexto, describa brevemente, cuando corresponda, los principales inconvenientes en la comunicación y coordinación con:

<b>Principales inconvenientes con FONASA</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Mal Sistema Computacional de LM	14	58,3%
Poca Comunicación	4	16,7%
Centralización de Decisiones	2	8,3%
Falta de capacitación en sistema FONASA	2	8,3%
Falta instancias Coordinación	1	4,2%
Sin Inconvenientes	1	4,2%
<b>Total general</b>	<b>24</b>	<b>100,0%</b>



<b>Principales inconvenientes con ISAPRES</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Demora envío antecedentes	9	37,5%
Demora o falta de respuesta	4	16,7%
Envío documentación incompleta	2	8,3%
Falta comunicación	2	8,3%
Contraloría Centralizada	1	4,2%
Deberían contar con Contraloría Médica	1	4,2%
Falta unificación criterios Dictámenes	1	4,2%
Mala información Usuarios	1	4,2%
No hay sistema informático ISAPRES	1	4,2%
Poca Disposición	1	4,2%
Sin Inconvenientes	1	4,2%
<b>Total general</b>	<b>24</b>	<b>100,0%</b>

<b>Principales Inconvenientes con SUSESO</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Demora en Dictaminar	5	20,8%
Falta unificación de criterios	3	12,5%
Rechaza casos que son AT y/o EP	3	12,5%
Difícil Comunicación	2	8,3%
Falta difusión de Jurisprudencias	2	8,3%
Alto volumen de trabajo solicitado	1	4,2%
Aprueba la mayoría de lo que COMPÍN rechaza	1	4,2%
Centralización	1	4,2%
Descoordinación envío correspondencia	1	4,2%
Diferencias criterios Legales	1	4,2%
Falta manejo informático	1	4,2%
Falta de antecedentes que demuestren toma de decisiones	1	4,2%
No se reciben actualización de Normativas	1	4,2%
Sin Inconvenientes	1	4,2%
<b>Total general</b>	<b>24</b>	<b>100,0%</b>

<b>Principales inconvenientes con Hospital Regional</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Pocas horas de atención especialista	4	20,0%
Sin Inconvenientes	4	20,0%
Demora o Negativa de Médicos en entrega de información	3	15,0%
Falta de comunicación o coordinación	3	15,0%
Lejanía y retraso de los envíos	2	10,0%
Demora en respuesta apelación de calculo de subsidios	1	5,0%
Falta especialistas	1	5,0%
Falta de prioridad solicitudes	1	5,0%
ULM no cuenta con dotación necesaria	1	5,0%
<b>Total general</b>	<b>20</b>	<b>100,0%</b>

<b>Principales inconvenientes con Dirección SS</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Pocas horas de atención especialista	7	41,2%
Sin Inconvenientes	5	29,4%
Falta de comunicación o coordinación	3	17,6%
Falta de especialistas	1	5,9%
Situación de las Unidades de Subsidio y Actividades derivadas	1	5,9%
<b>Total general</b>	<b>17</b>	<b>100,0%</b>

<b>Principales inconvenientes con Mutuales de Seguridad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Rechaza casos que son AT y/o EP	5	27,8%
Falta de comunicación o coordinación	3	16,7%
Sin Inconvenientes	3	16,7%
Demora en envío antecedentes	2	11,1%
Dificultad de obtener información	2	11,1%
Falta unificación en criterio AT y/o EP	2	11,1%
Apelaciones a COMERE de las resoluciones	1	5,6%
<b>Total general</b>	<b>18</b>	<b>100,0%</b>

19. Describa cuál es tipo de trabajo en relación a las COMPÍN que realizan las CCAF en el territorio de su COMPÍN o Subcomisión.

<b>Trabajo que Realizan las CCAF</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Recepcionan LM, envían a COMPÍN para dictaminen y luego CCAF paga	13	59,1%
Cálculo y pago Licencias Médicas	2	9,1%
Reciben recursos de reposición y solicitud de antecedentes afiliados	2	9,1%
Preparación de casos para responder a SUSESO	1	4,5%
Se relaciona con Contraloría Médica Centralizada	1	4,5%
Son Intermediarios de Calidad Menor	1	4,5%
Ninguna	2	9,1%
<b>Total general</b>	<b>22</b>	<b>100,0%</b>

20. ¿Existe alguna CCAF que aporte personal (de jornada parcial o completa) para la realización del trabajo de la COMPÍN, Subcomisión y/o Unidad de Licencias Médicas?

<b>Las CCAF facilitan RRHH</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
No	13	56,5%
Sí	10	43,5%
<b>Total general</b>	<b>23</b>	<b>100,0%</b>

21. En caso de que su respuesta haya sido afirmativa, describa las características de dicho aporte y las consecuencias (positivas y negativas) de él.

<b>Labor de personal CCAF en las COMPÍN</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Digita LM en red computacional	5	45,5%
Apoya tramitación LM	3	27,3%
Atiende Público	2	18,2%
Colabora Unidad Contraloría Médica	1	9,1%
<b>Total general</b>	<b>11</b>	<b>100,0%</b>

22. ¿Cuál es su opinión respecto del futuro de la relación entre las CCAF y su COMPÍN?

<b>Relación futura de CCAF y COMPÍN</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Buena Relación	4	19,0%
Conversaciones de facilitar un funcionario	1	4,8%
Generación Archivos Planos	6	28,6%
Se debe mejorar	10	47,6%
<b>Total general</b>	<b>21</b>	<b>100,0%</b>

## Cuestionario 2: Recursos Humanos

El cuestionario N°2 tiene una tasa de respuesta de 48.4%, es decir 15 de las 31 comisiones o subcomisiones respondieron este cuestionario. Cabe destacar que aquellas comisiones que se sabe tienen el mayor número de funcionarios no respondieron este cuestionario, lo que conlleva un posible sesgo de las respuestas.

### Datos Generales y de estructura jerárquica del Personal

#### Datos generales de personal de PLANTA

Edad	Hombres	Mujeres	Total general
18-30	1	-	1
31-40	1	4	5
41-50	2	3	5
51-60	-	19	19
51-65	6	-	6
más de 60	-	4	4
<b>Total general</b>	<b>10</b>	<b>30</b>	<b>40</b>

#### Estructura jerárquica de personal de PLANTA

	Licencia Media		Técnico		Universitario		Postgrado		Total general
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	
<b>Administrativo</b>	2	10	-	5	-	-	-	-	17
<b>Directivo</b>	-	-	-	-	1	1	1	-	2
<b>Profesional</b>	-	-	-	-	-	3	-	-	3
<b>Total general</b>	<b>2</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>23</b>
	<b>12</b>		<b>5</b>		<b>5</b>		<b>1</b>		

#### Datos generales de personal a CONTRATA

Edad	Hombres	Mujeres	Total general
18-30	9	30	39
31-40	22	53	75
41-50	8	24	32
51-60	-	24	24
51-65	8	-	8
más de 60	-	3	3
más de 65	5	-	5
<b>Total general</b>	<b>52</b>	<b>134</b>	<b>186</b>

### Estructura jerárquica de personal a CONTRATA

	Licencia Media		Técnico		Universitario		Postgrado		Total general
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	
Administrativo	10	54	6	30	4	2	-	-	106
Auxiliar	1	1	-	-	-	-	-	-	2
Directivo	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Profesional	-	-	-	1	26	21	-	2	50
<b>Total general</b>	<b>11</b>	<b>55</b>	<b>6</b>	<b>31</b>	<b>30</b>	<b>24</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>159</b>
	<b>66</b>		<b>37</b>		<b>54</b>		<b>2</b>		

### Datos generales de personal a HONORARIOS

Edad	Hombres	Mujeres	Total general
18-30	1	10	11
31-40	4	10	14
41-50	1	3	4
51-60	-	1	1
51-65	2	-	2
<b>Total general</b>	<b>8</b>	<b>24</b>	<b>32</b>

### Estructura jerárquica de personal a HONORARIOS

	Licencia Media		Técnico		Universitario		Postgrado		Otros		Total general
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	
Administrativo	2	15	1	5	-	-	-	-	1	-	24
Auxiliar	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Profesional	-	-	-	-	4	2	-	1	-	-	7
<b>Total general</b>	<b>2</b>	<b>16</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>32</b>
	<b>18</b>		<b>6</b>		<b>6</b>		<b>1</b>		<b>1</b>		

### Actividades de Capacitación.

i) Número de Capacitaciones por Año

Año	Nº Capacitaciones
2001	8
2002	5
2003	8
2004	10
2005	18
2006	32
2007	13
2008	31
2009	1
<b>Total general</b>	<b>126</b>

ii) Número de Funcionarios que asistieron

Nº Funcionarios que asistieron	Nº Capacitaciones	%
1 Persona	45	35,71%
2 Personas	30	23,81%
3 Personas	14	11,11%
4 Personas	14	11,11%
5 Personas	7	5,56%
6 Personas	5	3,97%
7 Personas	3	2,38%
8 Personas	1	0,79%
9 Personas	2	1,59%
11 Personas	2	1,59%
13 Personas	2	1,59%
22 Personas	1	0,79%
<b>Total general</b>	<b>126</b>	<b>100,00%</b>

## Licencias Médicas Funcionarios

### i) Por Sexo

Sexo	Frecuencia	%
Hombres	31	23,48%
Mujeres	101	76,52%
<b>Total general</b>	<b>132</b>	<b>100,00%</b>

### ii) Por Cargo

Cargo	Frecuencia	%
Administrativo	83	62,88%
Profesional	41	31,06%
Directivo	7	5,30%
Auxiliar	1	0,76%
<b>Total general</b>	<b>132</b>	<b>100,00%</b>

### iii) Por Tipo Contrato

Tipo de Contrato	Frecuencia	%
Contrata	83	62,88%
Planta	48	36,36%
Honorarios	1	0,76%
<b>Total general</b>	<b>132</b>	<b>100,00%</b>

### iv) Por Periodo, Cargo y Sexo

Periodo	Hombres				Mujeres			Total general
	Adminis trativo	Auxiliar	Directivo	Profesional	Adminis trativo	Directivo	Profesional	
Jun 2005 Jul 2004	-	-	1	1	9	1	6	18
Jun 2006 Jul 2005	6	-	-	1	17	1	7	32
Jun 2007 Jul 2006	8	-	-	1	18	1	8	36
Jun 2008 Jul 2007	6	1	1	5	19	2	12	46
<b>Total general</b>	<b>20</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>63</b>	<b>5</b>	<b>33</b>	<b>132</b>

### Detalle de Personal

#### i) Antigüedad Laboral

<b>Antigüedad Laboral</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Menos de 5	123	53,02%
Entre 5 y 10	20	8,62%
Entre 11 y 15	13	5,60%
Entre 16 y 20	18	7,76%
Entre 21 y 25	8	3,45%
Entre 26 y 30	11	4,74%
Entre 31 y 35	16	6,90%
Entre 36 y 40	7	3,02%
Entre 41 y 45	4	1,72%
Más de 45	1	0,43%
Sin Información	11	4,74%
<b>Total general</b>	<b>232</b>	<b>100,00%</b>

### Dedicación Horaria de funcionarios de Servicio de Salud en las COMPÍN

#### i) Dedicación Horaria por Cargo

<b>Horas dedicadas</b>	<b>Administrativo</b>	<b>Médico</b>	<b>Otro Profesional</b>	<b>Total general</b>
1 Hora	-	5	-	5
2 Horas	-	19	1	20
3 Horas	-	1	-	1
4 Horas	-	5	-	5
6 Horas	-	1	-	1
Menos de 11	-	5	-	5
11 Horas	-	7	-	7
22 Horas	-	4	-	4
44 Horas	26	2	-	28
<b>Total general</b>	<b>26</b>	<b>49</b>	<b>1</b>	<b>76</b>



### Cuestionario 3: Recursos Tecnológicos

El cuestionario N°3 tiene una tasa de repuesta 48.4%, es decir 15 de las 31 comisiones o subcomisiones respondieron este cuestionario. No hay evidencia para presumir presencia de sesgo en las respuestas.

#### i) Descripción por Comisión

Identificación	N° trabajadores	N° PC	N° Impresoras
Araucanía	34	31	11
Atacama	17	14	5
Aysén	14	14	4
Maule	37	25	11
Sub.Arauco	7	10	2
Sub.Osorno	13	6	6
Antofagasta	22	12	1
Sub.RM Oriente	17	12	4
Sub.RM Centro	25	20	6
Ñuble	Sin Información	11	4
Tarapaca	26	19	11
Arica	17	18	8
Los Ríos	12	15	6
Sub.RM en promedio	40	35	13
<b>Promedio</b>	<b>22</b>	<b>17</b>	<b>7</b>
<b>Mínimo</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>1</b>
<b>Máximo</b>	<b>40</b>	<b>35</b>	<b>13</b>

#### ii) Conexiones

Conexión Internet	Frecuencia	%
No	1	7,14%
Sí	13	92,86%
<b>Total general</b>	<b>14</b>	<b>100,00%</b>

Conexión Local	Frecuencia	%
Sí	14	100,00%
<b>Total general</b>	<b>14</b>	<b>100,00%</b>

## Aplicaciones o Servicios disponibles

1. ¿Sus empleados disponen de correo electrónico institucional? "@compin.cl"

Correo Institucional	Frecuencia	%
No	10	71,43%
Sí	4	28,57%
<b>Total general</b>	<b>14</b>	<b>100,00%</b>

2. Si su respuesta anterior fue **NO**, indique qué correo utiliza.

En caso que algunos funcionarios posean además, otro correo distinto al "@compin.cl" también indique cuál.

Correo Usado	Frecuencia	%
"@gmail.com"	3	27,27%
"@asrm.com"	1	9,09%
"@redsalud.gov.cl"	5	45,45%
"@hotmail.com"	1	9,09%
"@yahoo.com"	1	9,09%
<b>Total general</b>	<b>11</b>	<b>100,00%</b>

3. ¿Disponen de Software de Productividad (procesador de textos, hoja de cálculo, bases de datos)?

Software de productividad	Frecuencia	%
Sí	13	100,00%
<b>Total general</b>	<b>13</b>	<b>100,00%</b>

4. ¿Disponen de programas de contabilidad?

Programa de Contabilidad	Frecuencia	%
No	13	92,86%
Sí	1	7,14%
<b>Total general</b>	<b>14</b>	<b>100,00%</b>

5. ¿Disponen de programas de inventario mobiliario y equipos?

Programa de inventario mobiliario y equipos	Frecuencia	%
No	13	92,86%
Sí	1	7,14%
<b>Total general</b>	<b>14</b>	<b>100,00%</b>

6. ¿Los software instalados en los equipos cuentan con licencia?

Los software instalados cuentan con licencias	Frecuencia	%
No	9	69,23%
Sí	4	30,77%
<b>Total general</b>	<b>13</b>	<b>100,00%</b>

7. Marque en caso de contar con una red local. ¿Comparten documentos y recursos a través de la red local?

Comparte documentos en la red local	Frecuencia	%
No	3	21,43%
Sí	11	78,57%
<b>Total general</b>	<b>14</b>	<b>100,00%</b>

8. ¿Se dispone de equipamiento para la vigilancia de instalaciones y equipamiento de la empresa?

Disponen de equipamiento de vigilancia de instalaciones	Frecuencia	%
No	10	71,43%
Sí	4	28,57%
<b>Total general</b>	<b>14</b>	<b>100,00%</b>

9. ¿Disponen de herramientas de seguridad (Antivirus, Antispam, AntiSpyWare)?

Disponen de herramientas de seguridad	Frecuencia	%
No	7	50,00%
Sí	7	50,00%
<b>Total general</b>	<b>14</b>	<b>100,00%</b>

10. ¿Realizan copias de seguridad o respaldo de sus documentos?

Realizan copias de seguridad o respaldos de documentos	Frecuencia	%
No	11	78,57%
Sí	3	21,43%
<b>Total general</b>	<b>14</b>	<b>100,00%</b>

11. ¿Disponen de bases de datos de usuarios de la COMPÍN?

Disponen de bases de datos de usuarios de COMPÍN	Frecuencia	%
No	8	57,14%
Sí	6	42,86%
<b>Total general</b>	<b>14</b>	<b>100,00%</b>

12. ¿Existe una sola base de datos sobre la cual operan para todos sistemas de información?

Existe un única base de datos sobre la que operan los sistemas	Frecuencia	%
No	13	92,86%
Sí	1	7,14%
<b>Total general</b>	<b>14</b>	<b>100,00%</b>

13. En caso de que exista más de una base de datos, indique la razón por la cual las bases fueron diseñadas de esa forma.

Se puede recoger de las encuestas que la razón por la cual existe más de una base de datos, es debido a la necesidad de tener un registro histórico. Las bases de datos que más destacan son:

Bases de datos para:	Frecuencia	%
Reclamos ISAPRES	5	62,50%
Plataforma FONASA	2	25,00%
Trámites de Pensión	1	12,50%
<b>Total general</b>	<b>8</b>	<b>100,00%</b>

14. Indique y detalle las políticas más relevantes con respecto a la mantención y respaldo de las bases de datos.

Políticas de respaldo de datos	Frecuencia	%
Dependen de FONASA	3	27,27%
En cada computador	2	18,18%
Se guarda en ficheros	1	9,09%
Discos Externo	2	18,18%
No existen políticas de respaldo	3	27,27%
<b>Total general</b>	<b>11</b>	<b>100,00%</b>

## Anexo 1: Detalle de Computadores

### i) Sistema Operativo

<b>Sistema Operativo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Windows 2000	1	0,55%
Windows 98	13	7,14%
Windows XP	165	90,66%
No Contesta	3	1,65%
<b>Total general</b>	<b>182</b>	<b>100,00%</b>

### ii) Sistema Operativo y versión

<b>Sistema Operativo</b>	<b>Versión</b>			<b>Total general</b>
	<b>2002</b>	<b>Segunda Edición</b>	<b>No Contesta</b>	
Windows XP	109	-	56	165
Windows 98	-	8	5	13
Windows 2000	-	-	1	1
No Contesta	-	-	3	3
<b>Total general</b>	<b>109</b>	<b>8</b>	<b>65</b>	<b>182</b>

### iii) Actualizaciones

<b>Actualización</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Service Pack 2	129	70,88%
Service Pack 3	11	6,04%
UE	2	1,10%
Sin Información	36	19,78%
No Contesta	4	2,20%
<b>Total general</b>	<b>182</b>	<b>100,00%</b>

### iv) Marca Procesador

<b>Marca Procesador</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Intel	161	88,46%
Acer Incorporated	2	1,10%
AMD	3	1,65%
No Contesta	3	1,65%
Sin Información	13	7,14%
<b>Total general</b>	<b>182</b>	<b>100,00%</b>

v) Tipo Procesador

<b>Tipo Procesador</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Pentium 4	70	38,46%
Pentium D	40	21,98%
Sin Información	25	13,74%
Celeron	11	6,04%
Lenovo	10	5,49%
Pentium 3	10	5,49%
Core Duo	5	2,75%
Core 2	4	2,20%
Athlon XP 2000	1	0,55%
Pentium	1	0,55%
Sempron 2600	1	0,55%
X86 Family 15 Stepping3	1	0,55%
No Contesta	3	1,65%
<b>Total general</b>	<b>182</b>	<b>100,00%</b>

vi) Velocidad

<b>Velocidad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
2,80 GHz	42	23,08%
3,00 GHz	33	18,13%
1,60 GHz	25	13,74%
2,79 GHz	11	6,04%
1,80 GHz	8	4,40%
2,60 GHz	5	2,75%
2,86 GHz	4	2,20%
3,20 GHz	4	2,20%
1,70 GHz	3	1,65%
CPC 2,00 Ghz	3	1,65%
2,13 GHz	2	1,10%
2,26 GHz	2	1,10%
2,66 GHz	2	1,10%
2,00 GHz	1	0,55%
1,68 GHz	1	0,55%
1000 MHz	1	0,55%
1100 MHz	1	0,55%
2,00 MHz	1	0,55%
2,40 GHz	1	0,55%
3,06 GHz	1	0,55%
567 MHz	1	0,55%
999 MHz	1	0,55%
Sin Información	26	14,29%
No Contesta	3	1,65%
<b>Total general</b>	<b>182</b>	<b>100,00%</b>

vii) Memoria RAM

<b>Memoria RAM</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
504 MB	46	25,27%
248 MB	31	17,03%
512 MB	18	9,89%
1 GB	17	9,34%
256 MB	10	5,49%
960 MB	10	5,49%
384 MB	6	3,30%
992 MB	5	2,75%
64 MB	3	1,65%
120 MB	2	1,10%
128 MB	2	1,10%
192 MB	2	1,10%
224 MB	2	1,10%
63 MB	2	1,10%
1,87 GB	1	0,55%
1,93 GB	1	0,55%
240 MB	1	0,55%
3,76 MB	1	0,55%
359 MB	1	0,55%
448 MB	1	0,55%
704 MB	1	0,55%
Sin Información	16	8,79%
No Contesta	3	1,65%
<b>Total general</b>	<b>182</b>	<b>100,00%</b>

**Anexo 2:Detalle Sistemas Informáticos asociados  
a prestación de Servicio COMPÍN**

i) Sistema Informático

<b>Sistema Informático</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Sistema FONASA	11	57,89%
Reclamos ISAPRE	2	10,53%
Banco	1	5,26%
Parámetros	1	5,26%
Subsidios	1	5,26%
Tramitación de Beneficios ley de Discapacidad	1	5,26%
Tramitación de Beneficios Previsionales y Asistenciales y otros	1	5,26%
Gestión Integral Presidencia	1	5,26%
<b>Total general</b>	<b>19</b>	<b>100,00%</b>

ii) Plataforma de Ejecución

Plataforma de ejecución	Frecuencia	%
FONASA	3	15,00%
Intranet	9	45,00%
Red de Enlace	1	5,00%
Web	1	5,00%
En equipo	6	30,00%
<b>Total general</b>	<b>20</b>	<b>100,00%</b>

iii) Resumen sistemas informáticos, plataformas de ejecución por comisión

Sistema Informático	Plataforma ejecución	Año Utilización	Arquitectura
Sistema FONASA	En equipo	1995	Servidor Externo
	Intranet	1992	Servidor Externo
	Intranet	1998	otro : Fonasa
	Intranet	2001	Servidor Externo
	Intranet	2000	otro : Fonasa
	Red de Enlace	-	otro : Fonasa
	Fonasa	1998	-
	Fonasa	1997	Servidor Externo
	Intranet	2001	Servidor Externo
	Intranet	2002	Servidor Externo
Reclamos ISAPRES	En equipo	2005	Otro : PC
	Intranet	2007	Servidores Propios
Banco	En equipo	-	Otro : PC
Parámetros	Intranet	2002	Servidor Externo
Subsidios	Intranet	2002	Servidor Externo
Tramitación de Beneficios ley de Discapacidad	En equipo	siempre	-
Tramitación de Beneficios Previsoriales y Asistenciales y otros	En equipo	-	-
Gestión Integral Presidencia	En equipo	siempre	-



iv) Cumplimiento de los requerimientos

- **Sistema FONASA**

<b>Cumple los Requerimientos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
No	9	81,82%
Sí	2	18,18%
<b>Total general</b>	<b>11</b>	<b>100,00%</b>

- **Reclamos ISAPRES**

<b>Cumple los Requerimientos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
No	1	50,00%
Sin Información	1	50,00%
<b>Total general</b>	<b>2</b>	<b>100,00%</b>

- **Banco**

<b>Cumple los Requerimientos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
No	1	100,00%
<b>Total general</b>	<b>1</b>	<b>100,00%</b>

- **Parámetros**

<b>Cumple los Requerimientos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Sí	1	100,00%
<b>Total general</b>	<b>1</b>	<b>100,00%</b>

- **Subsidios**

<b>Cumple los Requerimientos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Sí	1	100,00%
<b>Total general</b>	<b>1</b>	<b>100,00%</b>

- **Tramitación de Beneficios Ley Discapacidad**

<b>Cumple los Requerimientos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Sí	1	100,00%
<b>Total general</b>	<b>1</b>	<b>100,00%</b>

- **Tramitación de Beneficios Previsionales, Asistenciales y Otros**

<b>Cumple los Requerimientos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Sí	1	100,00%
<b>Total general</b>	<b>1</b>	<b>100,00%</b>

- **Gestión Integral Presidencia**

<b>Cumple los Requerimientos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Sí	1	100,00%
<b>Total general</b>	<b>1</b>	<b>100,00%</b>

### Cuestionario 4: Recursos Físicos

El cuestionario N°4 tiene una tasa de respuesta de 71%, es decir 22 de las 31 comisiones o subcomisiones respondieron este cuestionario. No hay evidencia para presumir presencia de sesgo en las respuestas.

1. ¿Cuál es la ubicación de su COMPÍN (Subcomisión)? Señale con una X la respuesta correspondiente

Ubicación	Frecuencia	%
Centro de la Ciudad	21	91,30%
Periferia de la Ciudad	2	8,70%
<b>Total general</b>	<b>23</b>	<b>100,00%</b>

2. ¿De quién es la propiedad donde se ubica su COMPÍN (Subcomisión)?

Propiedad	Frecuencia	%
Arrendado	13	59,09%
Servicio Salud	7	31,82%
Otro	1	4,55%
SEREMI	1	4,55%
<b>Total general</b>	<b>22</b>	<b>100,00%</b>

3. ¿Cuántos m<sup>2</sup> posee la propiedad?  
4. ¿Cuántos m<sup>2</sup> son utilizados de la propiedad?

Identificación	Mts. <sup>2</sup> Propiedad	Mts. <sup>2</sup> construidos	% Utilización
Sub.RM Sur-Oriente	200	150	75,00%
Sub.RM Oriente	400	350	87,50%
Regional Los Lagos y Sub. Llanchipal	250	Sin Información	Sin Información
O Higgins	250	250	100,00%
ULM Ancud	150	20	13,33%
ULM Castro	400	36	9,00%
Maule	600	600	100,00%
Regional de Los Ríos	Sin Información	180	Sin Información
Atacama	270	140	51,85%
Aysén	600	200	33,33%
Arica y Parinacota	200	Sin Información	Sin Información
Sub.Malleco	400	400	100,00%
Sub. Cautín	900	147	16,33%
Sub.Osorno	234	234	100,00%
Sub.Arauco	409,17	55	13,44%

Identificación	Mts. <sup>2</sup> Propiedad	Mts. <sup>2</sup> construidos	% Utilización
Tarapaca	290	290	100,00%
Sub.Ñuble	307,51	307,51	100,00%
Sub.Valparaíso	Sin Información	Sin Información	Sin Información
Antofagasta	263	263	100,00%
Sub.RM Stgo Centro	800	500	62,50%
Sub.Viña del Mar	Sin Información	474	Sin Información
Sub.RM Norte	230	Sin Información	Sin Información
Región Metropolitana	600	600	100,00%
<b>Promedio</b>	<b>387,68</b>	<b>273,50</b>	<b>68,37%</b>
<b>Máximo</b>	<b>900</b>	<b>600</b>	<b>100,00%</b>
<b>Mínimo</b>	<b>150</b>	<b>20</b>	<b>9,00%</b>

5. ¿Cuál es su apreciación del estado general del mobiliario al interior de la propiedad? Para responder considere variables como: estado de los cajones, confortabilidad de las sillas, etc.

Estado Mobiliario	Frecuencia	%
Buen Estado	10	45,45%
Regular Estado	7	31,82%
Excelente Estado	4	18,18%
Mal Estado	1	4,55%
<b>Total general</b>	<b>22</b>	<b>100,00%</b>

6. ¿Cuál es el tipo de construcción de la propiedad?

Tipo Construcción	Frecuencia	%
Albañilería	10	43,48%
Otro	6	26,09%
Tabiquería	5	21,74%
Adobe	2	8,70%
<b>Total general</b>	<b>23</b>	<b>100,00%</b>

7. El acceso principal ¿está a nivel de calle? (es necesario subir o bajar escaleras)

Acceso principal a nivel calle	Frecuencia	%
Sí	12	52,17%
No	11	47,83%
<b>Total general</b>	<b>23</b>	<b>100,00%</b>

8. Si su respuesta a la pregunta anterior fue no responda: ¿Cuáles son las formas de acceso?

Formas de Acceso	Frecuencia	%
Escalera	10	90,91%
Escalera y Ascensor	1	9,09%
<b>Total general</b>	<b>11</b>	<b>100,00%</b>

9. ¿Posee facilidades de acceso a Minusválido?

Acceso Minusválidos	Frecuencia	%
Sí	15	65,22%
No	8	34,78%
<b>Total general</b>	<b>23</b>	<b>100,00%</b>

10. ¿Existe sala de reuniones para funcionarios?

Sala Reuniones Funcionarios	Frecuencia	%
Sí	12	52,17%
No	11	47,83%
<b>Total general</b>	<b>23</b>	<b>100,00%</b>

11. Indique el número de baños que existen en la instalación

Hombres sólo Funcionarios	Frecuencia	%
1 baño	10	66,67%
2 baños	2	13,33%
3 baños	2	13,33%
4 baños	1	6,67%
<b>Total general</b>	<b>15</b>	<b>100,00%</b>

Mujeres sólo Funcionarios	Frecuencia	%
1 baño	7	46,67%
2 baños	4	26,67%
3 baños	2	13,33%
4 baños	2	13,33%
<b>Total general</b>	<b>15</b>	<b>100,00%</b>

Hombres usuarios	Frecuencia	%
1 baño	5	83,33%
2 baños	1	16,67%
<b>Total general</b>	<b>6</b>	<b>100,00%</b>

Mujeres usuarios	Frecuencia	%
1 baño	4	80,00%
2 baños	1	20,00%
<b>Total general</b>	<b>5</b>	<b>100,00%</b>

Hombres funcionarios o usuarios	Frecuencia	%
1 baño	2	100,00%
<b>Total general</b>	<b>2</b>	<b>100,00%</b>

Mujeres funcionarios o usuarios	Frecuencia	%
2 baños	1	100,00%
<b>Total general</b>	<b>1</b>	<b>100,00%</b>

12. ¿Existe un área para calentar comida?

Área para calentar Comida	Frecuencia	%
Sí	16	69,57%
No	7	30,43%
<b>Total general</b>	<b>23</b>	<b>100,00%</b>

13. ¿Existe un área para que los funcionarios almuercen?

Área para almuerzo de funcionarios	Frecuencia	%
Sí	14	63,64%
No	8	36,36%
<b>Total general</b>	<b>22</b>	<b>100,00%</b>

14. ¿Existen áreas de descanso o patio de funcionarios (que no sea acceso de público)?

Área de descanso o patio funcionarios	Frecuencia	%
No	16	72,73%
Sí	7	31,82%
<b>Total general</b>	<b>22</b>	<b>100,00%</b>

15. ¿Existe algún tipo de calefacción?

Tipo Calefacción	Frecuencia	%
Estufa a gas	11	47,83%
Calefacción Central	5	21,74%
Otro	3	13,04%
Estufa a gas y Eléctrica	2	8,70%
Estufa a gas y Calefacción Central	1	4,35%
Estufa a gas y Otros	1	4,35%
<b>Total general</b>	<b>23</b>	<b>100,00%</b>

16. ¿Hay segundo piso?

Existe Segundo Piso	Frecuencia	%
Sí	13	56,52%
No	10	43,48%
<b>Total general</b>	<b>23</b>	<b>100,00%</b>

17. Si su respuesta a la pregunta anterior fue **Sí**, indique cuál es el uso del segundo piso.

El 2º Piso se usa para:	Frecuencia	%
Atención y recepción público	3	23,08%
Atención y recepción público-Oficinas Funcionarios	3	23,08%
Oficinas Funcionarios	5	38,46%
Todas las alternativas	2	15,38%
<b>Total general</b>	<b>13</b>	<b>100,00%</b>

18. ¿Hay subterráneo o sótano?

Hay Subterráneo o Sótano	Frecuencia	%
No	19	82,61%
Sí	4	17,39%
<b>Total general</b>	<b>23</b>	<b>100,00%</b>

19. Si su respuesta a la pregunta anterior fue **Sí**, indique cuál es el uso del subterráneo o sótano.

El sótano se usa para:	Frecuencia	%
Bodega	4	100,00%
<b>Total general</b>	<b>4</b>	<b>100,00%</b>

20. Si su respuesta a la **pregunta 19** fue **Sí** responda: El segundo piso o subterráneo ¿tiene escalas con pasamanos?

Tiene escaleras con pasamanos	Frecuencia	%
Sí	10	90,91%
No	1	9,09%
<b>Total general</b>	<b>11</b>	<b>100,00%</b>

21. Si su respuesta a alguna de las preguntas anteriores fue **Sí**, responda ¿El segundo piso o subterráneo tiene acceso para minusválidos (responder sólo en caso que estas dependencias sean utilizadas por usuarios)?

Tiene acceso para Minusválidos	Frecuencia	%
No	7	77,78%
Sí	2	22,22%
<b>Total general</b>	<b>9</b>	<b>100,00%</b>

22. En la tabla presentada a continuación responda para cada sección que existe en la oficina de la COMPÍN (ej. Contabilidad, informaciones, etc.) lo siguiente :

i) Número de Personas que trabajan en la sección

Nº de personas que trabajan por Sección	Frecuencia	%
1 Persona	44	32,84%
2 personas	37	27,61%
3 personas	18	13,43%
4 personas	12	8,96%
5 personas	6	4,48%
6 personas	7	5,22%
7 personas	3	2,24%
8 personas	1	0,75%
10 personas	1	0,75%
20 personas	1	0,75%
26 personas	1	0,75%
30 personas	1	0,75%
35 personas	1	0,75%
80 personas	1	0,75%
<b>Total general</b>	<b>134</b>	<b>100,00%</b>



ii) Metros Cuadrados de la Sección

<b>mts<sup>2</sup> de la Sección</b>	<b>Frecuencia</b>
De 1 a 10 mts <sup>2</sup>	44
De 11 a 20 mts <sup>2</sup>	33
De 21 a 30 mts <sup>2</sup>	15
De 31 a 40 mts <sup>2</sup>	4
De 41 a 50 mts <sup>2</sup>	3
De 51 a 60 mts <sup>2</sup>	4
De 61 a 70 mts <sup>2</sup>	1
De 71 a 80 mts <sup>2</sup>	1
De 91 a 100 mts <sup>2</sup>	2
más de 100 mts <sup>2</sup>	6
No responde	19
<b>Total general</b>	<b>132</b>

iii) Número Promedio de personas atendidas

<b>Nº de Promedio de personas Atendidas en por Sección</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
De 1 a 10 personas	31	23,48%
De 11 a 20 personas	24	18,18%
De 21 a 30 personas	14	10,61%
De 31 a 40 personas	5	3,79%
De 41 a 50 personas	2	1,52%
De 51 a 60 personas	7	5,30%
De 61 a 70 personas	2	1,52%
De 71 a 80 personas	1	0,76%
De 81 a 90 personas	3	2,27%
De 91 a 100 personas	9	6,82%
De 101 a 110 personas	1	0,76%
De 111 a 120 personas	3	2,27%
Más de 120 personas	19	14,39%
No se atiende Público	11	8,33%
<b>Total general</b>	<b>132</b>	<b>100,00%</b>

### **Cuestionario 5: Relación con otras Instituciones**

El cuestionario N°5 tiene una tasa de respuesta de 48.4%, es decir 15 de las 31 comisiones respondieron este cuestionario. No hay evidencia para presumir presencia de sesgo en las respuestas.

#### **Respecto a la relación entre la COMPÍN y las ISAPRES**

1. Enumere los antecedentes que debe presentar el usuario a la COMPÍN al interponer un reclamo contra ISAPRE.

<b>Antecedentes que presenta el usuario al COMPÍN para interponer reclamo contra ISAPRE</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Carta de Notificación	2	4,17%
Certificación de AFP o COMPÍN	1	2,08%
Comprobante recepción LM	1	2,08%
Formulario Apelación	7	14,58%
Formulario Reclamos	5	10,42%
Fotocopia Licencia o Colilla	2	4,17%
Histórico LM	1	2,08%
Informe Médico	5	10,42%
Notificación de ISAPRE	4	8,33%
Resolución ISAPRE	9	18,75%
Otros Antecedentes complementarios	11	22,92%
<b>Total general</b>	<b>48</b>	<b>100,00%</b>

2. Enumere los antecedentes que solicita la COMPÍN a la ISAPRE cuando se presenta un reclamo en su contra.

<b>Antecedentes que solicita la COMPÍN a ISAPRE cuando se presenta un reclamo contra ellos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Antecedentes Rechazo	2	4,55%
Bases de Calculo	1	2,27%
Cartola de Control	1	2,27%
Copia de informes Médicos	1	2,27%
Diagnóstico de LM	1	2,27%
FUN Subsidios	1	2,27%
Histórico Licencias Médicas	8	18,18%
Informes de Contraloría ISAPRE	1	2,27%
Informes de Peritaje	8	18,18%
Justificación de Resolución ISAPRE	1	2,27%
Nómina de despacho correo certificado	1	2,27%
Notificaciones	1	2,27%

<b>Antecedentes que solicita la COMPÍN a ISAPRE cuando se presenta un reclamo contra ellos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Otros antecedentes que permiten resolver peritajes	1	2,27%
Visitas Domiciliarias	3	6,82%
Fotocopia Licencia Médica	11	25,00%
Maestro Licencias Médicas	2	4,55%
<b>Total general</b>	<b>44</b>	<b>100,00%</b>

3. ¿Por qué medio se solicitan estos antecedentes? Señale con una x el (los) medio(s) empleados.

<b>Medio por el cual se solicita los antecedentes</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Correo Electrónico	6	23,08%
Correo Tradicional	11	42,31%
Otro	5	19,23%
Vía Telefónica	4	15,38%
<b>Total general</b>	<b>26</b>	<b>100,00%</b>

4. ¿Qué medio utilizan las ISAPRES para enviar los antecedentes a la COMPÍN? Señale con una x el (los) medio(s) empleados.

<b>Medio de envío antecedentes ISAPRE a COMPÍN</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Correo Electrónico	4	21,05%
Correo Tradicional	11	57,89%
Otro: Estafeta	4	21,05%
<b>Total general</b>	<b>19</b>	<b>100,00%</b>

5. ¿Los antecedentes solicitados a ISAPRE son recibidos por la COMPÍN dentro del plazo establecido en la normativa (3 días hábiles siguientes al requerimiento realizado por la COMPÍN)?

<b>Los antecedentes se reciben en el plazo (3 días)</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
No	12	92,31%
Sí	1	7,69%
<b>Total general</b>	<b>13</b>	<b>100,00%</b>

6. Si su respuesta a la pregunta anterior es **no** indique para cada uno de los antecedentes requeridos el número de días promedio de atraso con que estos son enviados a la COMPÍN.

Nombre Antecedente requerido que no cumple con el plazo de 3 días	Frecuencia	Días Promedio de retraso
Antecedentes Rechazo	1	14 días
Cartola de Control	1	7 días
Copia Peritajes	1	23 días
Cualquier Documento en general	2	19 días
Fotocopia Licencias Apeladas	4	12 días
Informe Peritajes	1	9 días
Informes solicitado por e-mail	2	7 días
Rechazo	1	4 días
Solicitud de peritaje ISAPRES	1	15 días
Histórico Licencias Médicas	3	15 días
<b>Total general</b>	<b>17</b>	

7. ¿Se tiene un registro de los reclamos en contra de ISAPRES presentados por los usuarios?

Existe un registro de los reclamos contra ISAPRES	Frecuencia	%
Sí	13	92,86%
No	1	7,14%
<b>Total general</b>	<b>14</b>	<b>100,00%</b>

8. Si su respuesta a la pregunta anterior es **sí** indique en que medio se almacena este registro.

Medio en el que se almacena los reclamos	Frecuencia	%
Digital	8	53,33%
Papel	7	46,67%
<b>Total general</b>	<b>15</b>	<b>100,00%</b>

9. Ante la consulta de un usuario respecto al estado de un reclamo (en trámite, fallado, pendiente) **presentado contra ISAPRE** ¿Es posible entregar una respuesta inmediata?

Si un usuario consulta por el estado del reclamo es posible entregar información inmediata	Frecuencia	%
Sí	14	100,00%
<b>Total general</b>	<b>14</b>	<b>100,00%</b>

10. ¿Qué medios utiliza la COMPÍN para comunicar al beneficiario y a la ISAPRE el resultado del reclamo?

Medio en el que se almacena los reclamos	Frecuencia	%
Correo Electrónico	2	11,11%
Correo Tradicional	10	55,56%
Vía Telefónica	3	16,67%
Otro	3	16,67%
<b>Total general</b>	<b>18</b>	<b>100,00%</b>

11. Qué actividades administrativas realiza la COMPÍN una vez que el médico contralor dicta la resolución que falla el reclamo? (Por ejemplo: se archiva la resolución original y se registra en planilla el resultado del reclamo)

Actividades Administrativas que realiza COMPÍN una vez que el médico contralor dictamina	Frecuencia	%
Confección de Dictamen	2	4,88%
Firma presidente	1	2,44%
Registro en programa	3	7,32%
Revisión y firma	2	4,88%
Se emite Resolución	8	19,51%
Se remite a la oficina de partes	1	2,44%
Despacho y/o notifica a las partes	11	26,83%
Ingreso al registro de actas	1	2,44%
Archivo dictamen y antecedentes	12	29,27%
<b>Total general</b>	<b>41</b>	<b>100,00%</b>

### **Respecto a la relación entre la COMPÍN y la SUSESO**

1. ¿Qué unidad funcional de la COMPÍN es la encargada de preparar los antecedentes y elaborar el informe solicitado por la SUSESO?

Unidad funcional encargada de preparar los antecedentes y elaborar informes para SUSESO	Frecuencia	%
Comisión Médica	1	5,00%
Contraloría Médica	3	15,00%
Secretaría Médica	5	25,00%
Otro	11	55,00%
<b>Total general</b>	<b>20</b>	<b>100,00%</b>

2. ¿Existe un registro de los dictámenes emitidos por la SUSESO relacionados con la COMPÍN?

Existe un registro de dictámenes emitidos por la SUSESO relacionados con la COMPÍN	Frecuencia	%
No	4	26,67%
Sí	11	73,33%
<b>Total general</b>	<b>15</b>	<b>100,00%</b>

3. Si su respuesta a la pregunta anterior es **sí**, indique **una estimación** del porcentaje de resoluciones que revocan total o parcialmente la resolución dictaminada en 1era instancia por la COMPÍN, respecto al total de reclamos fallados por la SUSESO, en el año 2007.

Porcentaje de resoluciones que revocan total o parcialmente la resolución en 1ª instancia	Frecuencia	%
Entre un 49 - 64%	1	12,50%
Entre un 65 - 64%	1	12,50%
Entre un 80 - 95%	6	75,00%
<b>Total general</b>	<b>8</b>	<b>100,00%</b>

4. ¿Qué medio utiliza la SUSESO para comunicar a la COMPÍN el resultado de sus fallos?

Medio que utiliza la SUSESO para comunicarse con COMPÍN el resultado de sus fallos	Frecuencia	%
Correo Electrónico	1	6,25%
Correo Tradicional	13	81,25%
Otro	2	12,50%
<b>Total general</b>	<b>16</b>	<b>100,00%</b>

5. ¿La SUSESO resuelve y comunica a la COMPÍN los resultados de los fallos dentro de los plazos establecidos en la normativa (30 días desde la recepción de antecedentes o desde la fecha en que el afectado se sometió a los exámenes dispuestos por la SUSESO)?

La SUSESO resuelve y comunica a la COMPÍN los resultados de los fallos dentro del plazo	Frecuencia	%
No	10	90,91%
Sí	1	9,09%
<b>Total general</b>	<b>11</b>	<b>100,00%</b>

6. Si su respuesta es **no** indique el número de días promedio de atraso con que estos son comunicados.

Días Promedio de Atraso en comunicación	Frecuencia	%
10 días	1	10,00%
30 días	1	10,00%
60 a 90 días	2	20,00%
90 días	4	40,00%
de 90 a 120 días	2	20,00%
<b>Total general</b>	<b>10</b>	<b>100,00%</b>

**Respecto a la relación entre la COMPÍN y las Direcciones de los Servicios de Salud**

1. Respecto a la dotación de personal de la COMPÍN que usted preside, ¿existen médicos contralores que dependen del Servicio de Salud (SS)?

Existen Médicos Contralores dependientes del Servicio Salud	Frecuencia	%
No	5	31,25%
Sí	11	68,75%
<b>Total general</b>	<b>16</b>	<b>100,00%</b>

2. Si su respuesta a la pregunta anterior es **sí** indique si estos realizan sus labores en dependencias de la COMPÍN o del Servicio de Salud, y cuántos médicos son.

Dependencias	Nº Médicos	Frecuencia
COMPÍN	1 médico	3
COMPÍN	2 médicos	3
COMPÍN	3 médicos	1
COMPÍN	4 médicos	1
Servicio Salud	3 médicos	1
Ambos	3 médicos	1
Ambos	1 médico	1

3. ¿Estos profesionales (los médicos contralores dependientes del SS) realizan labores distintas a las propias de la COMPÍN en los Servicios de Salud?

Los Médicos dependientes del SS realizan labores ajenas de la COMPÍN	Frecuencia	%
No	3	30,00%
Sí	7	70,00%
<b>Total general</b>	<b>10</b>	<b>100,00%</b>

4. Si tuviera que dar un % de tiempo que los contralores médicos dependientes del Servicio de Salud se dedican a labores propias de la COMPÍN

<b>% de Tiempo realizan labores ajenas de la COMPÍN</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Mayor que 25%	3	42,86%
Mayor que 75%	3	42,86%
No hacen labores para el SS	1	14,29%
<b>Total general</b>	<b>7</b>	<b>100,00%</b>

5. Según su percepción ¿Quién diría usted que define las prioridades en los deberes profesionales del médico contralor dependiente del Servicio de Salud?

<b>Quien define prioridades en los deberes profesionales del médico contralor</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Jefe del SS	3	25,00%
Presidente COMPÍN	8	66,67%
Propio Personal	1	8,33%
<b>Total general</b>	<b>12</b>	<b>100,00%</b>

6. Indique su grado de conformidad con la siguiente afirmación:  
 “Los médicos contralores dependientes del Servicio de Salud poseen los incentivos adecuados para cumplir con las funciones de contraloría médica.”

<b>Los médicos contralores dependientes del SS poseen incentivos adecuados para cumplir funciones</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Absolutamente de acuerdo	1	10,00%
Acuerdo	3	30,00%
Desacuerdo	2	20,00%
Indiferente	1	10,00%
Total Desacuerdo	3	30,00%
<b>Total general</b>	<b>10</b>	<b>100,00%</b>

7. ¿Qué medio utiliza el presidente de la COMPÍN y la Secretaría Médica para coordinar el trabajo y comunicarse con los médicos contralores que dependen del Servicio de Salud?

<b>Medios utilizados para coordinar el trabajo entre COMPÍN y los médicos contralores dependientes del SS</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Reuniones	1	6,25%
Memorandos	2	12,50%
Reuniones	2	12,50%
Vía telefónica	4	25,00%
Todas las anteriores	3	18,75%
Otro	4	25,00%
<b>Total general</b>	<b>16</b>	<b>100,00%</b>



**Respecto a la relación entre la COMPÍN y las Unidades de Licencias Médicas (ULM)**

1. ¿En su COMPÍN cuántas ULM dependen del Servicio de Salud y cuántas dependen de la SEREMI?

Comisión	Nº ULM dependientes SS	Nº ULM dependientes SEREMI
Araucanía	18	0
Antofagasta	0	3
Aysén	0	1
Atacama	5	0
Maule	1	0
Sub.Valparaíso	0	2
O higgins	14	0
Región Metropolitana	4	0
Los Lagos	0	2
<b>Total general</b>	<b>42</b>	<b>8</b>

2. ¿El personal de las ULM de los Servicios de Salud realiza labores distintas a las propias de la COMPÍN?

El personal de las ULM de los SS realiza labores distintas a las propias de la COMPÍN	Frecuencia	%
No	3	37,50%
Sí	3	37,50%
No posee conocimiento respecto al tema	2	25,00%
<b>Total general</b>	<b>8</b>	<b>100,00%</b>

3. Si tuviera que dar un % de tiempo **estimado** que el personal de las ULM del Servicio de Salud dedican a labores propias de éste, diría que es:

% de tiempo estimado que el personal de ULM del SS dedican a labores propias de éste	Frecuencia	%
Mayor que 25%	2	28,57%
Mayor que 50%	1	14,29%
Mayor de 75%	2	28,57%
No hacen labores para SS	2	28,57%
<b>Total general</b>	<b>7</b>	<b>100,00%</b>

4. ¿Quién diría usted que define las prioridades del personal de las ULM dependientes del Servicio de Salud?

Quien define las prioridades del personal de ULM dependientes del Servicio Salud	Frecuencia	%
Jefe del SS	3	37,50%
Presidente COMPÍN	2	25,00%
La misma ULM	1	12,50%
Otro	2	25,00%
<b>Total general</b>	<b>8</b>	<b>100,00%</b>

5. Indique su grado de conformidad con la siguiente afirmación:  
 “El personal de las ULM del Servicio de Salud posee los incentivos adecuados para cumplir con las funciones propias de la COMPÍN.”

El personal de las ULM del SS poseen incentivos adecuados para cumplir con las funciones	Frecuencia	%
Acuerdo	1	14,29%
Desacuerdo	1	14,29%
Total Desacuerdo	4	57,14%
Indiferente	1	14,29%
<b>Total general</b>	<b>7</b>	<b>100,00%</b>

6. ¿Qué medio utiliza el presidente de la COMPÍN y la Secretaría Médica para coordinar el trabajo y comunicarse con el personal de las ULM del Servicio de Salud?

Medios que utiliza COMPÍN para coordinar y comunicarse con el personal de las ULM del SS	Frecuencia	%
Vía Telefónica	2	20,00%
Visitas a Terreno	1	10,00%
Correo electrónicos	1	10,00%
Memorandos	1	10,00%
Todas las anteriores	4	40,00%
Otro	1	10,00%
<b>Total general</b>	<b>10</b>	<b>100,00%</b>

7. ¿Las ULM del Servicio de Salud tienen acceso al sistema informático de FONASA?

Las ULM del Servicio de Salud tienen acceso al sistema informático de FONASA	Frecuencia	%
No	4	66,67%
Sí	2	33,33%
<b>Total general</b>	<b>6</b>	<b>100,00%</b>

8. Si su respuesta a la pregunta anterior es **sí** indique si las LM son ingresadas al sistema de FONASA por el personal de las ULM.

Las LM son ingresadas al sistema FONASA por personal de las ULM	Frecuencia	%
Sí	2	100,00%
<b>Total general</b>	<b>2</b>	<b>100,00%</b>

9. Si su respuesta a la pregunta **número 7** fue **No** ¿Qué medio utilizan las ULM del Servicio de Salud para enviar a la COMPÍN las LM?

Medio que utiliza las ULM del Servicio Salud para enviar LM a la COMPÍN	Frecuencia	%
Correo Tradicional	3	50,00%
Por Medio Estafeta	3	50,00%
<b>Total general</b>	<b>6</b>	<b>100,00%</b>

10. ¿Existe una norma interna respecto al plazo que poseen las ULM para enviar las LM a las COMPÍN?

Existe una Norma interna respecto del plazo que poseen las ULM para enviar las LM a COMPÍN	Frecuencia	%
No	6	85,71%
Sí: 1 día	1	14,29%
<b>Total general</b>	<b>7</b>	<b>100,00%</b>

11. ¿Las LM enviadas por las ULM son recibidas por la COMPÍN dentro del plazo establecido?

Las ULM enviadas por las ULM son recibidas por la COMPÍN	Frecuencia	%
No	1	25,00%
Sí	3	75,00%
<b>Total general</b>	<b>4</b>	<b>100,00%</b>

12. Si su respuesta a la pregunta anterior es **no** indique el número de días promedio de atraso con que estos son enviados a la COMPÍN.

Nº días atraso: 

De 7 a 12
-----------

- ¿Se tiene un registro de las LM enviadas por las ULM?

Existe un registro de las LM enviadas por ULM	Frecuencia	%
Sí	8	100,00%
<b>Total general</b>	<b>8</b>	<b>100,00%</b>

13. Si su respuesta a la pregunta anterior es **sí** indique en que medio se almacena este registro.

Medio de almacenamiento	Frecuencia	%
Digital y Papel	1	12,50%
Papel	7	87,50%
<b>Total general</b>	<b>8</b>	<b>100,00%</b>

14. Ante la consulta de un usuario respecto **al estado de resolución de la LM** (en trámite, resuelta, pendiente) ¿Es posible entregar una respuesta inmediata?

Si un usuario consulta por el estado de resolución de la LM es posible darle una respuesta inmediata	Frecuencia	%
No	1	10,00%
Sí	9	90,00%
<b>Total general</b>	<b>10</b>	<b>100,00%</b>

15. ¿Qué medios utiliza la COMPÍN para comunicar al beneficiario la resolución de la LM?

Medios utilizado por COMPÍN para comunicar al beneficiario la resolución de LM	Frecuencia	%
Correo Tradicional	10	76,92%
Vía Telefónica	3	23,08%
<b>Total general</b>	<b>13</b>	<b>100,00%</b>

16. ¿Los criterios que emplean las ULM para resolver las licencias menores a 30 días coinciden con los utilizados por los médicos contralores de la COMPÍN?

Los criterios de las ULM coinciden con los médicos contralores en LM menores de 30 días	Frecuencia	%
Casi Siempre	4	50,00%
Rara vez	1	12,50%
Siempre	3	37,50%
<b>Total general</b>	<b>8</b>	<b>100,00%</b>

## **Respecto a la relación entre la COMPÍN y las Unidades de Subsidios, US**

1. ¿En su COMPÍN cuántas Unidades de Subsidios dependen del Servicio de Salud y cuántas dependen de la SEREMI?

<b>Comisión</b>	<b>US dependientes del SS</b>	<b>US dependiente de la SEREMI</b>
Araucanía	0	2
Antofagasta	3	1
Aysén	0	1
Atacama	2	0
Sub.RM Sur	0	1
Maule	1	0
Arica	0	1
Sub. Valparaíso	0	1
O'Higgins	15	0
Región Metropolitana	1	5
De los Ríos	0	1
Sub.RM Sur-Oriente	1	0
<b>Total general</b>	<b>23</b>	<b>13</b>

2. ¿El personal de las Unidades de Subsidios de los Servicios de Salud realiza labores distintas a las propias de la COMPÍN?

<b>El personal de las US realiza labores distintas a las propias de la COMPÍN</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Sí	5	45,45%
No	4	36,36%
No posee conocimiento del tema	2	18,18%
<b>Total general</b>	<b>11</b>	<b>100,00%</b>

3. Si su respuesta a la pregunta anterior es **sí** enumere alguna de las funciones distintas a las propias de la COMPÍN que realizan.

<b>Funciones distintas a las propias de COMPÍN</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Calculo Subsidios	2	16,67%
Cancelar cheques recurrentes	1	8,33%
Confección y entrega de cheques y reembolsos	1	8,33%
Contabilidad	1	8,33%
Cuadratura pecuniarias por pagos de subsidios	1	8,33%
Depósito Bancario	1	8,33%
Entrega de cheques Pagos Directo	1	8,33%
Estadísticas	1	8,33%
Informes de Cotizaciones	1	8,33%
Peritaje antecedentes	1	8,33%
Venta Talonarios LM	1	8,33%
<b>Total general</b>	<b>12</b>	<b>100,00%</b>

4. Si tuviera que dar un % de tiempo **estimado** que el personal de las Unidades de Subsidios del Servicio de Salud dedican a labores propias de éste, diría que:

<b>% de tiempo estimado que el personal de US dedican a labores propias de éste</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Mayor que 25%	1	12,50%
Mayor que 50%	3	37,50%
Mayor que 75%	3	37,50%
No hacen labores para el SS	1	12,50%
<b>Total general</b>	<b>8</b>	<b>100,00%</b>

5. ¿Quién diría usted que define las prioridades del personal de las Unidades de Subsidios dependientes del Servicio de Salud?

<b>Quien define las prioridades del personal de US</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Jefe del SS	5	45,45%
La misma unidad de Subsidios	5	45,45%
Presidente COMPÍN	1	9,09%
<b>Total general</b>	<b>11</b>	<b>100,00%</b>

6. Indique su grado de conformidad con la siguiente afirmación:  
“El personal de las Unidades de Subsidio del Servicio de Salud posee los incentivos adecuados para cumplir con las funciones propias de la COMPÍN.”

<b>El personal de las US poseen incentivos adecuados para cumplir con las funciones propias de COMPÍN</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Acuerdo	1	10,00%
Desacuerdo	2	20,00%
Total Desacuerdo	4	40,00%
Indiferente	3	30,00%
<b>Total general</b>	<b>10</b>	<b>100,00%</b>

7. ¿Qué medio utiliza el presidente de la COMPÍN y la Secretaría Médica para coordinar el trabajo y comunicarse con el personal de las Unidades de Subsidio del Servicio de Salud?

<b>Medios que utiliza COMPÍN para coordinar y comunicarse con el personal de las US</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Reuniones	2	18,18%
Memorandos	2	18,18%
Vía Telefónica	2	18,18%
Todas las anteriores	4	36,36%
Otro: Directa	1	9,09%
<b>Total general</b>	<b>11</b>	<b>100,00%</b>

8. ¿Mediante qué medio entrega la COMPÍN las LM aprobadas a las Unidades de Subsidios?

Medios por el que se entrega a la COMPÍN las Licencias Médicas aprobadas en US	Frecuencia	%
Digital y Papel	3	25,00%
Papel	9	75,00%
<b>Total general</b>	<b>12</b>	<b>100,00%</b>

9. ¿La Unidad de Subsidios comunica a la COMPÍN las LM cuyo pago fue retirado por los beneficiarios?

La US comunica a la COMPÍN las LM cuyo pago fue retirado por los beneficiarios	Frecuencia	%
No	10	83,33%
Sí	2	16,67%
<b>Total general</b>	<b>12</b>	<b>100,00%</b>

10. Si su respuesta a la pregunta anterior fue **sí** ¿cómo comunica la Unidad de Subsidios a la COMPÍN que el pago ya fue retirado por los beneficiarios?

Como Comunican las US el retiro	Frecuencia	%
Otro: Aparece en Sistema FONASA	1	50,00%
No Responde	1	50,00%
<b>Total general</b>	<b>2</b>	<b>100,00%</b>

### **Respecto a la relación entre la COMPÍN y las CCAF**

1. ¿En qué formato envían las CCAF a la COMPÍN el listado de LM?

Formato de envío de las CCAF a la COMPÍN el listado LM	Frecuencia	%
Papel	10	90,91%
Papel y Digital	1	9,09%
<b>Total general</b>	<b>11</b>	<b>100,00%</b>

2. Si fuese digital ¿El formato en que se envían los datos de las LM permite realizar el traspaso automático al sistema de FONASA?

El formato Digital permite realizar el traspaso automático al sistema FONASA	Frecuencia	%
Sí	1	9,09%
No Corresponde	10	90,91%
<b>Total general</b>	<b>11</b>	<b>100,00%</b>

3. Si fuese digital, describa en términos simples cómo es el tipo de archivo enviado (formatos, facilidad de manejo, características del archivo, etc.)

No responde

4. ¿En la COMPÍN se controla que los listados de las LM enviados por las CCAF no presenten errores como por ejemplo de tipografía?

Se controla que los listados de LM enviados de CCAF no tengan errores	Frecuencia	%
Sí	10	100,00%
<b>Total general</b>	<b>10</b>	<b>100,00%</b>

5. ¿Qué medios utiliza la COMPÍN para comunicar a las CCAF la resolución que recaiga sobre las LM de sus trabajadores afiliados?

Medio que utiliza COMPÍN para comunicar a CCAF la resolución que recaiga sobre LM	Frecuencia	%
Correo Electrónico	1	6,67%
Correo Tradicional	6	40,00%
Vía Telefónica	1	6,67%
Otro	7	46,67%
<b>Total general</b>	<b>15</b>	<b>100,00%</b>

6. ¿Las CCAF comunican a la COMPÍN las LM cuyo pago fue retirado por los beneficiarios?

Las CCAF comunican a COMPÍN las LM cuyo pago fue retirado por el beneficiario	Frecuencia	%
No	12	100,00%
<b>Total general</b>	<b>12</b>	<b>100,00%</b>

### **Respecto a la relación entre la COMPIN y las Mutuales**

1. ¿Existe un registro de las licencias médicas modificadas por la Mutua a tipo 1 que posteriormente la COMPÍN clasificó de tipo 5 ó 6?

Existe registro de LM modificada por mutua al tipo 1 que después COMPÍN clasifico en 5 ó 6	Frecuencia	%
No	9	64,29%
Sí	5	35,71%
<b>Total general</b>	<b>14</b>	<b>100,00%</b>



2. Si su respuesta a la pregunta anterior es **sí** indique el porcentaje **estimado** del total de LM modificadas a tipo 1 por la Mutua y que posteriormente la COMPÍN clasificó de tipo 5 ó 6. Considere el año 2007 para establecer este porcentaje.

% estimado del total de LM modificadas al tipo 1 por la mutua que después COMPÍN clasifico en 5 ó 6	Frecuencia	%
Un 0,1%	1	20,00%
Un 5%	1	20,00%
Un 10%	1	20,00%
Un 20%	1	20,00%
Un 50%	1	20,00%
<b>Total general</b>	<b>5</b>	<b>100,00%</b>

3. ¿Qué medio se utiliza para comunicar a la Mutua que debe realizar el reembolso del pago de LM tipo 5 o 6 tramitadas por la COMPÍN como tipo 1?

Medio que utiliza para comunicar a la Mutua que debe realizar el reembolso del pago de LM tipo 5 ó 6	Frecuencia	%
Correo Tradicional	8	80,00%
Otro	2	20,00%
<b>Total general</b>	<b>10</b>	<b>100,00%</b>

4. ¿La mutua reembolsa el pago de LM tipo 5 o 6 tramitadas por la COMPÍN como tipo 1 dentro de los plazos establecidos (10 días)?

La mutua reembolsa el pago de LM tipo 5 ó 6 tramitadas por COMPÍN como tipo 1 dentro del plazo	Frecuencia	%
No	4	66,67%
Sí	2	33,33%
<b>Total general</b>	<b>6</b>	<b>100,00%</b>

5. Si su respuesta es **no** indique el número de días promedio de atraso con que estos son reembolsados.

**No responden**

## Respecto a la relación entre la COMPÍN y el INP

1. ¿Qué medios utiliza la COMPÍN para comunicar al INP las certificaciones para acceder a beneficios previsionales?

Medio que utiliza COMPÍN para comunicar al INP las certificaciones para acceder a beneficios previsionales	Frecuencia	%
Correo Tradicional	13	68,42%
Correo Electrónico	2	10,53%
Vía Telefónica	1	5,26%
Otro	3	15,79%
<b>Total general</b>	<b>19</b>	<b>100,00%</b>

2. ¿Qué medios utiliza la COMPÍN para comunicar al INP la resolución que recaiga sobre las LM por ATEP de trabajadores afiliados al INP como Organismo Administrador del seguro de la Ley 16.744?

Medio que utiliza COMPÍN para comunicar al INP las certificaciones para acceder a beneficios previsionales	Frecuencia	%
Correo Electrónico	3	15,79%
Correo Tradicional	11	57,89%
Otro	5	26,32%
<b>Total general</b>	<b>19</b>	<b>100,00%</b>

3. ¿El INP comunica a la COMPÍN las LM por ATEP cuyo pago fue retirado por los beneficiarios?

INP comunica a COMPÍN las LM por ATEP cuyo pago fue retirado por los beneficiarios	Frecuencia	%
No	15	100,00%
<b>Total general</b>	<b>15</b>	<b>100,00%</b>

4. ¿Existe un registro de las LM por ATEP de trabajadores afiliados al INP tramitadas por la COMPÍN?

Existe registro de las LM por ATEP de trabajadores afiliados al INP tramitadas por COMPÍN	Frecuencia	%
No	5	35,71%
Sí	9	64,29%
<b>Total general</b>	<b>14</b>	<b>100,00%</b>

5. Si su respuesta a la pregunta anterior es **sí** indique en que medio se almacena este registro.

<b>Existe registro de las LM por ATEP de trabajadores afiliados al INP tramitadas por COMPÍN</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Digital	3	33,33%
Papel	4	44,44%
Digital y Papel	2	22,22%
<b>Total general</b>	<b>9</b>	<b>100,00%</b>

### **Cuestionario 6: Asignación de Recursos y mecanismo de auditorias**

El cuestionario N°6 tiene una tasa de respuesta de 45.1%, es decir 14 de las 31 comisiones respondieron este cuestionario No hay evidencia para presumir presencia de sesgo en las respuestas.

#### **Respecto a la Asignación de Recursos**

1. De acuerdo a su percepción, ¿cuál o cuáles son las áreas que representan mayor déficit en materia de recursos económicos? Señale con una X en la(s) casilla(s) correspondiente(s).

<b>Tipo de Recurso</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Adquisición de activos tecnológicos	11	35,48%
Remuneraciones	9	29,03%
Bienes y Servicios de Consumo	6	19,35%
Adquisición de activos Físicos	4	12,90%
Otro: Compra de Servicios	1	3,23%
<b>Total general</b>	<b>31</b>	<b>100,00%</b>

2. ¿Conoce Usted la cantidad de recursos monetarios o presupuesto total que dispone para administrar en el transcurso del año? Señale con una X en la(s) casilla(s) correspondiente(s).

<b>Conoce la cantidad de recursos monetarios que dispone para administrar durante el año</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
No	9	69,23%
Sí	4	30,77%
<b>Total general</b>	<b>13</b>	<b>100,00%</b>

3. Si su respuesta a la pregunta anterior fue **Sí**, por favor responda lo siguiente: ¿el monto presupuestario del que dispone se encuentra desagregado por subtítulos? Señale con una X en la casilla correspondiente.

El presupuesto se encuentra desagregado por Subtítulo	Frecuencia	%
Sí	4	100,00%
<b>Total general</b>	<b>4</b>	<b>100,00%</b>

4. Si en la respuesta anterior marcó **Sí**, favor indique si los subtítulos son los que se describen a continuación:

1. Remuneraciones Subtítulo 21
2. Gasto Corriente Bienes y servicios de consumo – Subtítulo 22
3. Adquisición de Activos No financieros

El desagregamiento es por Subtítulo 21 Subtítulo 22 y Subtítulo 29	Frecuencia	%
Sí	4	100,00%
<b>Total general</b>	<b>4</b>	<b>100,00%</b>

5. En caso que su respuesta a la pregunta anterior fue **No**, es decir que el presupuesto que Usted administra opera con más subtítulos, favor indicar cuáles son estos en el cuadro siguiente:

**No corresponde**

6. ¿Usted o algún representante de su COMPÍN (Subcomisión) participa en el cálculo o determinación de su presupuesto? Señale con una X en la casilla correspondiente.

Usted o algún representante de su COMPÍN participa en el calculo de su presupuesto	Frecuencia	%
No	13	100,00%
<b>Total general</b>	<b>13</b>	<b>100,00%</b>

7. Señale con una X la metodología que se efectúa en su COMPÍN (Subcomisión) para la **Rendición Presupuestaria**.

<b>7</b> (63.64%)	Todos los Ingresos y Gastos se registran y procesan a nivel de SEREMI y por tanto ellos efectúan la rendición presupuestaria. Posteriormente Usted recibe información de la ejecución del presupuesto.
	Existe un funcionario en su COMPÍN que hace los reportes de ejecución presupuestaria que son remitidos posteriormente a la SEREMI, por tanto Usted esta en pleno conocimiento de ello.
<b>4</b> (36.36%)	No se tiene información sobre este procedimiento.
	Otro. (Especifique)

8. Respecto de los mecanismos empleados en la COMPÍN en donde Usted se desempeña para asignar los recursos provenientes del presupuesto para los subtítulos 22 y 29, ¿éstos se realizan en base al gasto histórico?

Los recursos provenientes del subtítulo 22 y 29 se realizan en base al gasto histórico	Frecuencia	%
No	2	28,57%
Sí	5	71,43%
<b>Total general</b>	<b>7</b>	<b>100,00%</b>

9. Si su respuesta a la pregunta anterior fue **No**, indique en el siguiente cuadro si se realiza una asignación de recursos para cada producto y subproducto estratégico.

Se realiza una asignación de recursos para cada subproducto	Frecuencia	%
No (Todos los productos)	2	100,00%
<b>Total general</b>	<b>2</b>	<b>100,00%</b>

10. ¿Qué procedimiento se utiliza en la COMPÍN (Subcomisión) que Usted preside para realizar el pago del Subsidio por incapacidad laboral (SIL)? Nombre las unidades involucradas en el procedimiento de pago.

Procedimiento para el pago de Subsidios	Frecuencia	%
Antecedentes completo	2	6,90%
Autorización de LM por médico Contralor	1	3,45%
Caja	2	6,90%
Contabilización de SIGFE	1	3,45%
Contraloría Médica	2	6,90%
Emisión Cheques	3	10,34%
Entrega del cheque	3	10,34%
Envío documentos a la firma de los habilitados y entrega al público	1	3,45%
Finanzas Servicio Salud	1	3,45%
Informes para contabilizar el pago	1	3,45%
Pago de Cheques	2	6,90%
Resolución y autorización en Sistema FONASA	1	3,45%
Subsidios	1	3,45%
Unidad de apoyo Contraloría Médica	1	3,45%
Unidad de Calculo	1	3,45%
Verificar y calcular el subsidio	3	10,34%
Envío de las nóminas de Licencias Médicas	2	6,90%
Entrega a unidad del SS para firma	1	3,45%
<b>Total general</b>	<b>29</b>	<b>100,00%</b>

11. ¿Qué procedimiento se utiliza en la COMPÍN (Subcomisión) que Usted preside para realizar una compra? De ser posible, especifique acerca de la coordinación requerida con la SEREMI para realizar la compra.

<b>Pasos para realizar la compra</b>	<b>Frecuencia</b>
Se realiza solicitud escrita a DDI	6
La DDI solicita especificaciones técnicas del requerimiento	2
DDI ejecuta procesos de compra según norma	1
Se les informa el resultado del procedimiento	4
Se coordina a través del DEPGAR	1
Se realiza pedido a cargo de finanzas	1
Solicitud de Compra	1
Solicitud jefa Administrativa	1
Solicitud SEREMI	3
Formulario Interno de solicitud de compra	1
No sabe	1
<b>Total general</b>	<b>22</b>

### **Respecto a la Provisión de Productos**

1. Considerando las actividades realizadas para la provisión de los productos entregados a los usuarios, ¿Qué actividades identifica con fines de controlar la gestión interna de la COMPÍN al tramitar los productos?

Indique para cada producto estratégico las actividades de control.

<b>Actividades de Control para :”Evaluación y Pronunciamento por Incapacidades Transitorias”</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Control LM procesadas	3	10,34%
Evaluación de casos en comisión	3	10,34%
Resolución de reclamo en contra de ISAPRES	2	6,90%
Pesquisa Casos ATEP	2	6,90%
Solicitud informes médicos complementarios	2	6,90%
Verificación de antecedentes de acreditación	2	6,90%
Reuniones Médicas	2	6,90%
Capacitación	1	3,45%
Evaluación de Gestión	1	3,45%
Registro en cartola médica	1	3,45%
Sistema de registro	1	3,45%
Sistema FONASA	1	3,45%
Tiempo demora del trámite cada Licencia	1	3,45%
Uso de peritos del SS	1	3,45%

<b>Actividades de Control para :”Evaluación y Pronunciamento por Incapacidades Transitorias”</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Visitas a domicilio verificación cumplimiento	1	3,45%
Consultas a especialistas	1	3,45%
Acta Comisiones	1	3,45%
Control Asistente Social	1	3,45%
Contraloría Médica	1	3,45%
Citaciones Beneficiarios	1	3,45%
<b>Total general</b>	<b>29</b>	<b>100,00%</b>

<b>Actividades de Control para :”Evaluación y Pronunciamento por Incapacidades Permanentes”</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Evaluación de casos en comisión	6	33,33%
Solicitud informes médicos complementarios	2	11,11%
Acta Comisiones	2	11,11%
Verificación de antecedentes de acreditación	2	11,11%
No se hacen en la subcomisión	1	5,56%
Obtención de información básica acreditada	1	5,56%
Contraloría Médica	1	5,56%
Citaciones Beneficiarios	1	5,56%
Reuniones Médicas	1	5,56%
Evaluación Asistente Social	1	5,56%
<b>Total general</b>	<b>18</b>	<b>100,00%</b>

<b>Actividades de Control para :”Certificación de la Discapacidad”</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Evaluación de casos en comisión	6	31,58%
Verificación de antecedentes de acreditación	5	26,32%
Solicitud informes médicos complementarios	2	10,53%
Acta Comisiones	2	10,53%
No se hacen en la subcomisión	1	5,26%
Contraloría Médica	1	5,26%
Evaluación Asistente Social	1	5,26%
Citaciones Beneficiarios	1	5,26%
<b>Total general</b>	<b>19</b>	<b>100,00%</b>

<b>Actividades de Control para :”Otras funciones Médico Administrativas”</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Solicitud informes médicos complementarios	4	20,00%
Evaluación de casos en comisión	4	20,00%
Acta Comisiones	2	10,00%
Aplicación de criterios establecidos en comisión	1	5,00%
Citaciones a peritajes	1	5,00%
Formularios de solicitud antecedentes completos	1	5,00%
No se hacen en la subcomisión	1	5,00%
Solicitud Antecedentes	1	5,00%
Evaluación Asistente Social	1	5,00%
Contraloría Médica	1	5,00%
Controles Telefónicos	1	5,00%
Reuniones Médicas	1	5,00%
Verificación de antecedentes de acreditación	1	5,00%
<b>Total general</b>	<b>20</b>	<b>100,00%</b>

<b>Actividades de Control para :”Implementación y Monitoreo de Gestión”</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Reuniones	4	28,57%
Pesquisa Casos ATEP	2	14,29%
Archivos numerados de antecedentes	1	7,14%
Capacitaciones internas y externas	1	7,14%
Contestación de encuestas de capacitación	1	7,14%
Estadísticas diarias de cada funcionario	1	7,14%
Información entregada por el médico de la unidad discapacitados	1	7,14%
Participar en confección de perfiles de cargo y en el proceso de contratación	1	7,14%
Trabajo en conjunto con los funcionarios	1	7,14%
Verificación de funcionamiento de Base Datos	1	7,14%
<b>Total general</b>	<b>14</b>	<b>100,00%</b>



2. Para cada uno de los siguientes productos señale qué actividades se realizan con la intención de fiscalizar, monitorear o evaluar **EL DEBIDO USO Y ACCESO DE LOS USUARIOS A LOS PRODUCTOS**.

<b>Fiscalización para “Evaluación y pronunciamiento por incapacidades Transitorias”</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Fiscalización de LM	11	25,58%
Fiscalización en cobertura de Ley 16,744	11	25,58%
Fiscalización de la efectiva y oportuna recepción de antecedente por parte de todos los involucrados	9	20,93%
Fiscalización en el cumplimiento de resoluciones	7	16,28%
Otra	4	9,30%
No Responde	1	2,33%
<b>Total general</b>	<b>43</b>	<b>100,00%</b>

<b>Fiscalización para “Evaluación y pronunciamiento Por incapacidades Permanentes”</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Fiscalización de la efectiva y oportuna recepción de antecedentes, por parte de todos los involucrados	9	27,27%
Fiscalización en la cobertura de Ley 16,744	9	27,27%
Reevaluación de antecedentes médicos y administrativos al cumplimiento de 3 años desde la certificación de invalidez	9	27,27%
Otra	4	12,12%
No Responde	2	6,06%
<b>Total general</b>	<b>33</b>	<b>100,00%</b>

<b>Fiscalización para “Certificación de la Discapacidad”</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Fiscalización de la efectiva y oportuna recepción de Antecedentes por parte de todos los involucrados	8	50,00%
Otra	4	25,00%
No Responde	4	25,00%
<b>Total general</b>	<b>16</b>	<b>100,00%</b>

<b>Fiscalización para “Otras funciones Médico Administrativas”</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Fiscalización de la efectiva y oportuna recepción de antecedentes, por parte de todos los involucrados	6	50,00%
No Responde	4	33,33%
Otras:	2	16,67%
<b>Total general</b>	<b>12</b>	<b>100,00%</b>

<b>Fiscalización para “Implementación y Monitoreo de Gestión”</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Evaluación Interna del programa de pesquisa de ATEP	10	35,71%
Evaluación de las brechas de competencias del personal	7	25,00%
Monitoreo de la calidad de procesos internos	7	25,00%
Monitoreo de la correcta implementación del rediseño del sistema de valoración y certificación de la discapacidad	2	7,14%
Otra	1	3,57%
No Responde	1	3,57%
<b>Total general</b>	<b>28</b>	<b>100,00%</b>

**Respecto a las Auditorías sobre la gestión de la COMPÍN que usted preside**

1. Señale si Usted conoce o se le ha informado sobre la realización de auditorías operativas a procesos críticos (productos estratégicos y sus sub-productos) durante el periodo comprendido entre los años 2001 y 2008

<b>Se le informa sobre la realización de auditorías operativas a procesos críticos entre 2001-2008</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
No	6	46,15%
Sí	6	46,15%
No responde	1	7,69%
<b>Total general</b>	<b>13</b>	<b>100,00%</b>

2. Si su respuesta a la **pregunta anterior** fue **Sí** indique en el siguiente cuadro sobre qué productos o procesos se realizaron las auditorías y en qué año

<b>Comisión</b>	<b>Año</b>	<b>Auditoria</b>
La Araucanía	2006	Subsidios Malleco
	2008	Discapacidad
	2008	PASIS
Maule	2007	Comprobar la existencia y veracidad de los medios de verificación utilizados
Atacama	2002	Licencias Médicas
	2005	Proceso Interno COMPÍN
	2008	Proceso LM dentro lapso estipulado 7 días
Sub. RM Norte	2007	Incapacidades ley 16.744 realizada por SUSESO
Sub. Valparaíso	2007	Jubilación por invalidez
Los Lagos	2008	Fiscalización efectuadas 2007

3. ¿Cuáles fueron las medidas correctivas (de existir) que se implementaron a partir del (los) informe(s) de Auditoría realizado(s)?

Comisión	Acciones Correctivas
La Araucanía	Término contrato a funcionario y proceso judicial
	Cambio en Base de Datos
	Readecuación de procesos
	Modernización de procesos con implementación TIC
Maule	Clasificar los medios de verificación y realizar auditorías internas sobre el tema
Atacama	Llevar registro interno de ingreso y despacho LM
	Mejorar procedimientos internos de registros, respuestas y operaciones en general
Sub. RM Norte	Sin Información
Sub. Valparaíso	Mayor Fiscalización de los antecedentes clínicos presentados por el paciente
	Rigurosidad en la evaluación y peritaje clínico
Los Lagos	Sin Información

4. Señale si Usted conoce o se le ha informado sobre la realización de auditorías administrativas (aquellas orientadas a la revisión de las actividades administrativas y financieras, como son: licitaciones y contratos; revisión de cuentas para adquisiciones menores; control financiero, controles administrativos) durante el periodo comprendido entre los años 2001 y 2008.

Se le informa sobre la realización de auditorías administrativas entre 2001-2008	Frecuencia	%
No	11	84,62%
Sí	1	7,69%
No responde	1	7,69%
<b>Total general</b>	<b>13</b>	<b>100,00%</b>

5. Señale si usted conoce o se le ha informado sobre la realización de auditorías informáticas (aquellas orientadas a la revisión de sistemas informáticos y hardware) durante el periodo comprendido entre los años 2001 y 2008

Se le informa sobre la realización de auditorías informáticas entre 2001-2008	Frecuencia	%
No	13	100,00%
<b>Total general</b>	<b>13</b>	<b>100,00%</b>

## Acerca del Análisis de Gastos y Rendición de Cuentas

1. ¿La COMPÍN que usted preside administra sus propios recursos o lo hace la SEREMI a través de las unidades de soporte?

Administrador de Recursos	Frecuencia	%
SEREMI	13	100,00%
<b>Total general</b>	<b>13</b>	<b>100,00%</b>

2. ¿Utiliza Usted de alguna forma la información generada por el sistema SIGFE?

Utiliza la información del Sistema SIGFE	Frecuencia	%
No	7	53,85%
No conozco el sistema SIGFE	6	46,15%
<b>Total general</b>	<b>13</b>	<b>100,00%</b>

3. Si la respuesta anterior fue **Sí**, favor indique la finalidad de uso de la información provista por SIGFE:

**No Corresponde**

4. ¿Tiene Usted conocimiento de la existencia de un sistema de Control de Gestión en base a indicadores de presupuesto y gasto a nivel de cada producto estratégico que relacione los montos de recursos utilizados con los niveles de producción obtenidos?

Conoce un sistema de Control de Gestión en base a indicadores de presupuesto	Frecuencia	%
No	6	46,15%
No tengo conocimiento de ello	7	53,85%
<b>Total general</b>	<b>13</b>	<b>100,00%</b>

5. Si la respuesta a la pregunta anterior fue **Sí** indique

**No Corresponde**

## Acerca Transparencia en el Uso de Recursos en COMPÍN

1. ¿Cuenta Usted con uno o más sistemas (ej, Página WEB) para la generación y difusión de información de las operaciones?

Cuenta con uno o más sistemas para la generación y difusión de información a la comunidad	Frecuencia	%
No	8	61,54%
Sí	5	38,46%
<b>Total general</b>	<b>13</b>	<b>100,00%</b>

2. Si la respuesta a la pregunta anterior fue **Sí**, indique si este (os) sistema (s) es (son):

Los sistemas son	Frecuencia	%
Provisto por SEREMI	4	80,00%
Otro: MINSAL	1	20,00%
<b>Total general</b>	<b>5</b>	<b>100,00%</b>

3. En caso de poseer página WEB, indique si ésta permite realizar trámites en línea y/o bajar instructivos y formularios

Su página web permite realizar trámites y/o bajar instructivos	Frecuencia	%
No	5	71,43%
Sí	2	28,57%
<b>Total general</b>	<b>7</b>	<b>100,00%</b>

4. En caso de que su respuesta a la pregunta anterior fue **No** responda: ¿considera Usted que sería importante que la página web tuviera dichas opciones?

Sería importante que la página tuviera dichas operaciones	Frecuencia	%
Sí	8	100,00%
<b>Total general</b>	<b>8</b>	<b>100,00%</b>

5. En caso de que la respuesta sea **Sí**, indique qué trámites, instructivos y formularios serían necesarios que estuvieran disponibles al público

Indique qué trámite, instructivo y formulario serían necesarios que estuvieran disponibles al público	Frecuencia	%
Beneficios del área de seguridad social en salud	1	5,26%
y requisitos para acceder a ellos		
Formulario de reclamos contra ISAPRES	2	10,53%
Formulario de recurso Reposición	3	15,79%

Indique qué trámite, instructivo y formulario serían necesarios que estuvieran disponibles al público	Frecuencia	%
Seguimiento de los trámites	3	15,79%
Pago de subsidios	1	5,26%
Presupuesto	1	5,26%
Todos los formularios de solicitud trámite	4	21,05%
Documentación adjunta para presentar en la licencia	1	5,26%
Instructivos varios	3	15,79%
<b>Total general</b>	<b>19</b>	<b>100,00%</b>

6. ¿Existen publicaciones oficiales de la COMPÍN del tipo Boletín Informativo

Existe publicaciones oficiales de la COMPÍN del tipo Boletín Informativo	Frecuencia	%
No	11	84,62%
Sí	2	15,38%
<b>Total general</b>	<b>13</b>	<b>100,00%</b>

7. Si su respuesta a la pregunta anterior fue **Sí**, indique dónde se puede obtener el Boletín y la periodicidad con que se emite.

Comisión	Periodo de Emisión	Fuente de obtención
La Araucanía	1 vez al año	En estadísticas de la SEREMI
Aysén	único	se obtiene en oficina COMPÍN

8. Respecto de los mecanismos que utiliza la COMPÍN para evitar la corrupción y las malas prácticas en el servicio, sabe usted de la existencia de Sumarios al interior de su COMPÍN

Sabe si existen Sumarios al interior de su COMPÍN	Frecuencia	%
No	8	61,54%
Sí	5	38,46%
<b>Total general</b>	<b>13</b>	<b>100,00%</b>

9. Si su respuesta anterior fue **Sí**, indique el resultado de los sumarios realizados, rellenando el siguiente recuadro con el número de funcionarios sancionados en cada año

Comisión	Año	Tipo Sanción
Tarapacá	2007	Censura
Aysén	2007	Multa

### Cuestionario 7: Sistema FONASA

El cuestionario N°7 tiene una tasa de respuesta de 67.7%, es decir 21 de las 31 comisiones respondieron este cuestionario. No hay evidencia para presumir presencia de sesgo en las respuestas.

1. ¿En su COMPÍN (Subcomisión) se utiliza el sistema informático de FONASA para la tramitación de licencias médicas? Señale con una x su respuesta

Utiliza Sistema Informático FONASA	Frecuencia	%
Sí	21	100,00%
<b>Total general</b>	<b>21</b>	<b>100,00%</b>

2. ¿Si su respuesta a la pregunta anterior es **No** indique el nombre del sistema informático empleado por su COMPÍN (Subcomisión) para la tramitación de licencias médicas?

**No corresponde**

3. ¿Cada usuario de la COMPÍN, ULM, etc. cuenta con *login* o clave de acceso al sistema informático de FONASA?

Los Usuarios cuentan con login para Sistema FONASA	Frecuencia	%
No	8	57,14%
Sí	6	42,86%
<b>Total general</b>	<b>14</b>	<b>100,00%</b>

4. Durante el último año, considera que el sistema informático de FONASA es estable o por el contrario presenta fallos constantes.

Durante el último año considera que el Sistema FONASA es:	Frecuencia	%
Inestable, pues presentan fallas constantes	16	84,21%
Estable	3	15,79%
<b>Total general</b>	<b>19</b>	<b>100,00%</b>

5. Si su respuesta a la pregunta anterior fue **Inestable** señale con una x según corresponda:

Características de las caídas del Sistema FONASA	Frecuencia	%
Las caídas del Sistema son sistemáticas y dificultan el trabajo (más de una vez al mes)	12	70,59%
Las Caídas del Sistema son regulares (en promedio 1 vez al mes)	3	17,65%
Las Caídas del Sistema son esporádicas (entre 1 y 3 veces al año)	2	11,76%
<b>Total general</b>	<b>17</b>	<b>100,00%</b>

6. ¿El sistema se vuelve lento al realizar procesos? Por ejemplo el sistema tarda más de 5 minutos en verificar la afiliación del beneficiario a FONASA.

El Sistema se vuelve lento al realizar procesos	Frecuencia	%
Sí	16	84,21%
No	3	15,79%
<b>Total general</b>	<b>19</b>	<b>100,00%</b>

7. Si su respuesta a la **pregunta anterior** fue **Sí** evalúe el comportamiento del sistema en cuanto a la velocidad de proceso:

Evalúe el comportamiento del Sistema en cuanto a velocidad	Frecuencia	%
Es lento en forma periódica y constante, independientemente de la carga de trabajo que tenga	12	70,59%
Es lento <b>sólo</b> en períodos Peak	5	29,41%
<b>Total general</b>	<b>17</b>	<b>100,00%</b>

8. ¿Considera que el sistema entrega toda la información necesaria que para realizar su función en forma eficiente y eficaz?

El sistema entrega toda la información necesaria para realizar su función eficaz y eficientemente	Frecuencia	%
No	13	68,42%
Sí	6	31,58%
<b>Total general</b>	<b>19</b>	<b>100,00%</b>

9. Si su respuesta a la **pregunta anterior** la respuesta fue **No**, indique las falencias que Usted considera son necesarias de superar, para un correcto desarrollo de las labores.

Falencias del Sistema	Frecuencia	%
Otros	9	28,13%
Sistema poco Robusto	9	28,13%
Interfaz poco Amigable	8	25,00%
Problemas de Recuperabilidad	5	15,63%
Mala calidad de la información proporcionada por el Sistema	1	3,13%
<b>Total general</b>	<b>32</b>	<b>100,00%</b>



Debido a la alta frecuencia del ítem otros de desglose y se obtuvo lo siguiente:

<b>Desglose del Ítem Otros</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Dificultad de producir información estadística	2	22,22%
Falta capacitación para conocer mas las cualidades del Sistema	1	11,11%
Lentitud en los procesos, poca disponibilidad de puntos, historial muy reducido a años	1	11,11%
No esta diseñado para las actividades de fiscalización, no permite la obtención de datos regionales	2	22,22%
Presenta pocas opciones de tramitación y pendientes para el proceso de LM	1	11,11%
No entrega las salidas necesarias	2	22,22%
<b>Total general</b>	<b>9</b>	<b>100,00%</b>

## **ANEXO 12. Resolución de LM y Pago de SIL en ISAPRE, COMPIN y CCAF.**

En el presente apartado se describen y comparan los procedimientos de resolución de LM y pago del SIL en ISAPRES, COMPIN y CCAF. La descripción presentada a continuación se basa en información recopilada a través de entrevistas con funcionarios de ISAPRES, CCAF y COMPIN. Cabe señalar que, la descripción aquí presentada no incluye la resolución y pago de LM tipo 5 o 6.

En la actualidad, es posible distinguir tres modalidades de resolución y pago del SIL, como lo muestra la siguiente tabla.

	<b>Entidad que resuelve LM</b>	<b>Entidad que paga SIL</b>	<b>Beneficiarios</b>
<b>1. COMPIN (ULM) - US</b>	COMPIN (ULM)	US perteneciente a COMPIN o SS	Trabajadores afiliados a FONASA no adscritos a CCAF
<b>2. COMPIN (ULM) - CCAF</b>	COMPIN (ULM)	CCAF	Trabajadores afiliados a FONASA adscritos a CCAF
<b>3. ISAPRE</b>	ISAPRE	ISAPRE	Trabajadores afiliados a ISAPRE

En las primeras dos la contraloría médica de las LM es realizada en la COMPIN/Subcomisión o en la ULM, cuando corresponda, mientras que en la tercera ésta es realizada por profesionales de la ISAPRE.

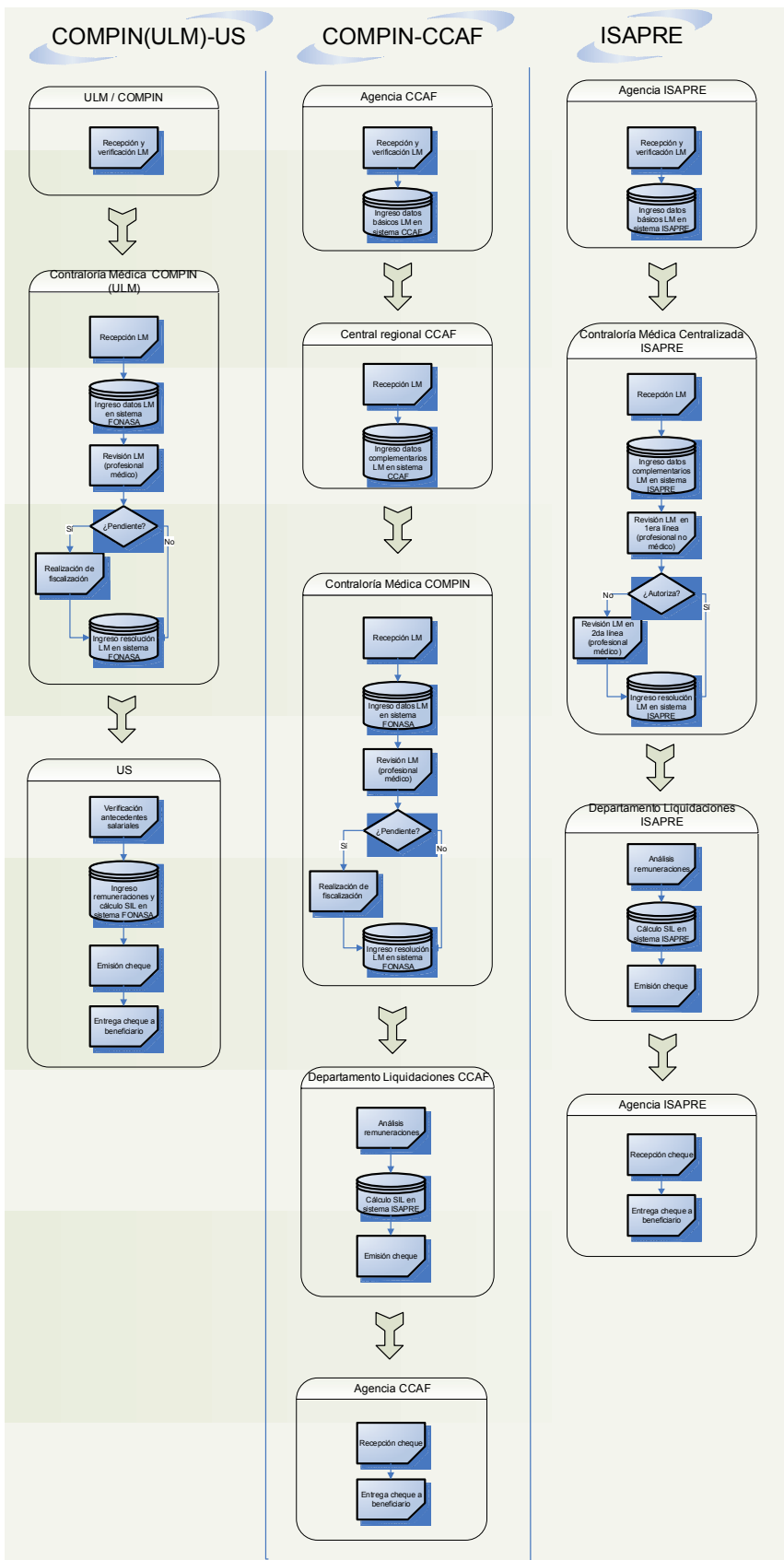
La entidad pagadora es distinta en cada caso, así los trabajadores afiliados a FONASA no adscritos a CCAF deben retirar su subsidio en las US, que pueden depender del SS o de la COMPIN, cuando han sido traspasadas a la autoridad sanitaria regional. En el caso de los afiliados a FONASA adscritos a CCAF, la entidad pagadora es la CCAF y para los afiliados a ISAPRE, es la misma ISAPRE quien cancela el SIL.

En este punto se aprecia una diferencia entre la resolución y pago del SIL en ISAPRE y en COMPIN. En la primera, la resolución y pago están radicados en una misma institución: la ISAPRE, mientras que en la segunda son dos los organismos que intervienen; la COMPIN y el SS.<sup>164</sup> en el caso de trabajadores no afiliados a CCAF, o la COMPIN y la CCAF en el caso de trabajadores afiliados a CCAF

En la siguiente figura se describen en mayor detalle los procesos de resolución y pago del SIL en ISAPRE, COMPIN y CCAF.

---

<sup>164</sup> Cuando la US no ha sido traspasada a la autoridad sanitaria regional.



A continuación se presentan dos tablas comparativas; la primera muestra las diferencias entre las contralorías médicas de ISAPRE y COMPIN originadas por las disposiciones legales en materia de autorización de LM y la segunda presenta diferencias generadas a partir del tipo de organización y operación en ISAPRE, COMPIN y CCAF. Cabe señalar que ésta última se basa en las realidades de las COMPIN, ISAPRES y CCAF entrevistadas.

	<b>COMPIN (ULM)</b>	<b>ISAPRE</b>
Tipos de resolución de LM	Rechazo, aprobación, modificación o estado pendiente.	Rechazo, aprobación o modificación.
Plazo para pronunciamiento sobre la LM	7 (3) días hábiles, pudiendo ser ampliado por otro periodo igual.	3 días corridos.
Prórroga del plazo para pronunciamiento de la LM debido a la necesidad de nuevo examen del trabajador, solicitud de informes o exámenes complementarios	Hasta 60 (30) días.	No existe prórroga.
Reclamo por LM modificada o rechazada	Reclamo se interpone ante la SUSESO. No hay plazo para presentar una apelación a las resoluciones de COMPIN ante la Superintendencia, el límite lo constituye la caducidad del plazo para hacer efectivo el pago del Subsidio por incapacidad laboral.	Reclamo se interpone ante la COMPIN en un plazo de 15 días hábiles contados desde la recepción del pronunciamiento del ISAPRE.
LM se entiende autorizada si transcurrido el plazo para el pronunciamiento la entidad competente no se pronuncia	Aplica.	Aplica.
Subsidios deben ser pagados con la misma periodicidad de la remuneración, sin que pueda ser en caso alguno superior a un mes.	Aplica.	Aplica.
Fiscalización del cumplimiento de plazos y demás actuaciones relativas a la tramitación de LM	Presidente de COMPIN, SUSESO.	Superintendencia de Salud.

	<b>COMPIN (ULM)- US</b>	<b>COMPIN (ULM)-CCAF</b>	<b>ISAPRE</b>
Apoyo sistema informático	✓	✓ (Sistema FONASA y sistema propio de la CCAF)	✓
Validación de afiliación al sistema de salud correspondiente al momento de recepción de la LM	✓	✓ (En base de datos de la CCAF, que podría estar desactualizada).	✓
Ingreso datos LM en sistema informático	✓	✓ (Tanto en sistema FONASA, como sistema de CCAF)	✓

	COMPIN (ULM)- US	COMPIN (ULM)-CCAF	ISAPRE
Visualización de histórico de LM en sistema informático	✓	✓	✓
Profesional no médico autoriza LM	No	No	✓
Protocolo interno respecto de número de días de reposo incorporado en sistema informático (no rígido)	No	No	✓
Ingreso resolución LM en sistema informático	✓	✓	✓
Ingreso informes, exámenes complementarios asociados a la LM en sistema informático	No	No	✓
Exigencia 3 <sup>165</sup> últimas liquidaciones de sueldo para cálculo y pago del SIL	✓	✓	✓
Análisis de remuneraciones	✓	✓	✓
Cálculo automático SIL mediante sistema informático	✓	✓	✓
Emisión de cheques para el pago de SIL en forma centralizada	Sólo en la RM.	✓	✓
Auditorías internas de proceso de pago de SIL	No formalmente.	✓	✓

En síntesis, de las tablas anteriores se desprende que en los plazos legales establecidos para el pronunciamiento sobre las LM existen diferencias importantes entre la controlaría médica de ISAPRE y COMPIN. En cuanto a la operación y organización destaca el hecho que en ISAPRE las LM sean autorizadas por profesionales no médicos (enfermeras) y que se encuentre incorporado en el sistema de visación de ésta un protocolo interno, no rígido, respecto del número de días de reposo. Otra diferencia importante, es que tanto en las CCAF como ISAPRES entrevistadas existen planes de auditoría definidos formalmente orientados al proceso de pago del SIL.

<sup>165</sup> En el caso de licencias maternales se exigen las 6 últimas liquidaciones de sueldo.

**ANEXO 13. Entrevistas realizadas.**

<b>Fecha</b>	10 de Noviembre
<b>Lugar</b>	Subcomisión Santiago Centro
<b>Entrevistados</b>	Presidente COMPIN Subcomisión Santiago Centro Ministro de Fe Médico Contralor

<b>Fecha</b>	11 de Noviembre
<b>Lugar</b>	Subcomisión Santiago Oriente
<b>Entrevistados</b>	Presidente COMPIN Subcomisión Santiago Oriente Jefe de Subsidios

<b>Fecha</b>	13 de Noviembre
<b>Lugar</b>	COMPIN O`Higgins
<b>Entrevistados</b>	Presidente COMPIN O`Higgins Coordinador Administrativo

<b>Fecha</b>	13 de Noviembre
<b>Lugar</b>	Hospital Graneros
<b>Entrevistados</b>	Encargado ULM Encargado US

<b>Fecha</b>	17 de Noviembre
<b>Lugar</b>	COMPIN Atacama
<b>Entrevistados</b>	Presidente COMPIN Atacama Coordinador Administrativo

<b>Fecha</b>	18 de Noviembre
<b>Lugar</b>	Hospital de Copiapó
<b>Entrevistados</b>	Encargado de ULM Encargado de US

<b>Fecha</b>	19 de Noviembre
<b>Lugar</b>	Subcomisión Viña del Mar
<b>Entrevistados</b>	Presidente Subcomisión Viña del Mar Encargado Administrativo

<b>Fecha</b>	20 de Noviembre
<b>Lugar</b>	Subcomisión Valparaíso
<b>Entrevistados</b>	Presidente Subcomisión Valparaíso

<b>Fecha</b>	21 de Noviembre
<b>Lugar</b>	COMPIN Regional Metropolitana
<b>Entrevistados</b>	Presidente COMPIN Región Metropolitana

<b>Fecha</b>	24 de Noviembre
<b>Lugar</b>	CCAF La Araucana
<b>Entrevistados</b>	Jefe División Previsional Supervisor Administrativo

<b>Fecha</b>	25 de Noviembre
<b>Lugar</b>	Subcomisión Concepción, COMPIN Bío Bío
<b>Entrevistados</b>	Presidente COMPIN Subcomisión Concepción Encargado US Encargado ULM

<b>Fecha</b>	26 de Noviembre
<b>Lugar</b>	Subcomisión Arauco
<b>Entrevistados</b>	Presidente Subcomisión Arauco Ministro de Fe

<b>Fecha</b>	26 de Noviembre
<b>Lugar</b>	Hospital de Lebu
<b>Entrevistados</b>	Encargado ULM Encargado US

<b>Fecha</b>	27 de Noviembre
<b>Lugar</b>	Hospital Coronel
<b>Entrevistados</b>	Encargado ULM Encargado US

<b>Fecha</b>	28 de Noviembre
<b>Lugar</b>	ISAPRE Colmena
<b>Entrevistados</b>	Jefe de Contraloría Médica

<b>Fecha</b>	01 de Diciembre
<b>Lugar</b>	ISAPRE Banmédica
<b>Entrevistados</b>	Jefe de Contraloría Médica y Subsidios

<b>Fecha</b>	26 de Enero
<b>Lugar</b>	CCAF La Araucana
<b>Entrevistados</b>	Jefe División Previsional Supervisor Administrativo

<b>Fecha</b>	28 de Enero
<b>Lugar</b>	Superintendencia de Salud
<b>Entrevistados</b>	Intendente de Fondos Previsionales Jefe Subdepto. de Control del Régimen Complementario

<b>Fecha</b>	24 de Febrero
<b>Lugar</b>	CCAF 18 de Septiembre
<b>Entrevistados</b>	Jefe Prestaciones Legales

<b>Fecha</b>	25 de Febrero
<b>Lugar</b>	ISAPRE Banmédica
<b>Entrevistados</b>	Jefe Contraloría Médica y Subsidios Jefe Departamento de Liquidaciones



## **ANEXO 14. Presupuesto y ejecución presupuestaria**

Para el año 2009:

### **Subtítulo 21:**

La subsecretaría de salud Pública solicitó a cada región el listado del personal de COMPIN, independientemente de su empleador (Servicio de Salud, SEREMI, HSA, horas extraordinarias y viáticos).

Para los funcionarios dependientes de los Servicios de Salud, que parcialmente ocupan su jornada laboral para COMPIN, se estimó en promedio el 50% de su remuneración.

### **Subtítulo 22 y 29:**

Se compone de los gastos identificados en el Programático COMPIN (SIGFE) más los gastos estimados que se cargan a la Operación Corriente (arriendos, gastos básicos, remodelaciones, habilitaciones, traslados de unidades que estaban en los Servicios de Salud, correo, materiales de oficina, entre otros) de la Subsecretaría.

También se consideró la estimación del gasto que realizan los Servicios de Salud por estos conceptos.

Para calcular el gasto COMPIN 2007 y 2008 se basó en la información del año 2009, ajustando con las expansiones presupuestarias en todos los subtítulos.