

MINUTA EJECUTIVA
EVALUACION COMPREHENSIVA DEL GASTO
COMISIÓN DE MEDICINA PREVENTIVA E INVALIDEZ - COMPIN

MINISTERIO DE SALUD

Elaborada por la Dirección de Presupuestos (DIPRES) en base al Informe Final de la Evaluación Comprehensiva del Gasto a la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez – COMPIN, realizada por el Centro de Asistencia Legislativa de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. Los juicios contenidos son de responsabilidad de la institución evaluadora y no representan necesariamente la visión de la DIPRES.

NOVIEMBRE 2009

MINUTA EJECUTIVA¹
EVALUACIÓN COMPREHENSIVA DEL GASTO
COMISIÓN DE MEDICINA PREVENTIVA E INVALIDEZ (COMPIN)

PERÍODO DE EVALUACIÓN: 2002-2008

PRESUPUESTO INSTITUCIÓN AÑO 2009: \$1.262 millones²

I. DESCRIPCION

1. Definiciones Estratégicas

1.1 Misión Institucional

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

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:

1. Evaluación y pronunciamiento por incapacidades transitorias.
2. Evaluación y pronunciamiento por incapacidades permanentes.
3. Certificación de la discapacidad.
4. Otras funciones médico administrativas³.

¹ Este informe ha sido elaborado por la Dirección de Presupuestos en base al Informe Final de la Evaluación Comprehensiva del Gasto de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez, realizada por el Centro de Estudios y Asistencia Legislativa de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, seleccionada por licitación pública. La Evaluación Comprehensiva del Gasto fue realizada por dicha Universidad en el marco del Programa de Evaluación de la DIPRES. Al ser una evaluación externa los juicios contenidos en el informe son de responsabilidad de la institución evaluadora y no necesariamente representan la visión de la DIPRES.

² Corresponde a la asignación específica del proyecto de modernización de COMPIN (programático COMPIN) que forma parte del presupuesto de la Subsecretaría de Salud Pública. Se excluye el presupuesto destinado a operación corriente de COMPIN por parte de cada SEREMI de Salud, así como el de las unidades y funcionarios dependientes de los Servicios de Salud.

³ Dictaminar imputabilidad por sumario administrativo de funcionarios públicos (Leyes N° 19.070; 19.378; 18.834; 18.883), certificación de ingreso a la Administración Pública, certificar estado de salud para acceder a beneficios del seguro de accidentes

5. 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. El subproducto de mayor relevancia en cuanto a 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 médicas⁴ (LM) de trabajadores afiliados a FONASA. Con la información disponible para esta evaluación, no fue posible estimar adecuadamente el volumen de recursos destinado a este subproducto estratégico de COMPIN.

2. Proceso de producción de la resolución de LM de trabajadores afiliados a FONASA

Se trata del subproducto más importante de la COMPIN, y su proceso se inicia cuando el médico indica el reposo y extiende la LM, que debe presentarse ante el empleador para que complete el formulario y lo remita a la Unidad de Licencias Médicas (ULM) o directamente ante la COMPIN correspondiente a la jurisdicción del lugar donde trabaja el beneficiario⁵.

Una vez recibida la LM junto a los antecedentes requeridos, se verifica el cumplimiento de los requisitos establecidos por ley para cursar la licencia⁶; y se inicia el trámite de resolución. En este punto procede a preparar la LM para la Contraloría⁷, 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 accidente del trabajo o enfermedad profesional (ATEP) 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 de 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 COMPIN o dependiente del Servicio de Salud, la Caja de Compensación (CCAF), el ISL o el Servicio Público donde trabaja el beneficiario⁸. Para el caso de la COMPIN, se revisan los antecedentes previsionales y confirma la pertinencia del pago según los requerimientos señalados en el Manual del Proceso de Licencias Médicas de FONASA⁹. Se destaca que para

escolares (Ley N° 16.744), 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), resolución en caso de enfermedad catastrófica solicitada por el SERVIU. (D.S. N° 105 de 2004 del Ministerio de Vivienda y Urbanismo), certificación de asignación familiar 5° mes de embarazo (DL N° 150).

⁴ Se entiende por LM el derecho que tiene el trabajador de ausentarse o reducir su jornada de trabajo, en cumplimiento de una indicación profesional 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 (FONASA, ISAPRE) o al Fondo de Prestaciones Únicas Familiares dependiendo del tipo de licencia médica. Las licencias se clasifican según patología o 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), y tipo 7 (patología del embarazo).

⁵ 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.

⁶ 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), si procede o no seguro de desempleo, 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.

⁷ Las LM menores o iguales a 30 días son resueltas por el médico contralor del Servicio de Salud y las mayores a 30 días son resueltas 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 esta misma vía.

⁸ Dependiendo del tipo de LM y la afiliación del trabajador a uno u otro sistema previsional.

⁹ 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

este cálculo se utilizan los últimos tres meses de cotizaciones para los trabajadores dependientes y seis meses para los trabajadores independientes. Luego se ingresan las rentas del trabajador en el sistema informático FONASA y se confirma el monto del Subsidio de Incapacidad Laboral¹⁰ (SIL) al que tiene derecho. 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 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 y verificación de antecedentes, revisión de casos y elaboración de propuesta de pronunciamiento por médico contralor, pronunciamiento de la Comisión Médica y notificación de dicho pronunciamiento.

En el caso del sub producto estratégico “Resolución de reclamo contra ISAPRE” el proceso de producción se ajusta en parte a los pasos anteriormente mencionados, 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.

3. Estructura Organizacional y Mecanismos de Coordinación

La Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez 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 COMPIN¹¹ encargada de asesorar, controlar y apoyar la gestión, colaborando también con la autoridad proveyéndola de información para la toma de decisiones en las materias de su competencia.

La COMPIN tiene presencia en las quince regiones a través de igual número de comisiones, y 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 región¹².

El principal aspecto diferenciador en las regiones corresponde a la existencia de subcomisiones (13 en todo el país), 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 físicamente en las propias COMPIN).

- **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.

siguientes requisitos: en el caso de trabajador(a) dependiente del sector privado: 6 meses de afiliación al sistema previsional, 3 meses de cotizaciones, y 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, y estar al día en el pago de cotizaciones.

¹⁰ 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, y los trabajadores independientes que coticen individualmente.

¹¹ Inserta en la División de Prevención y Control de Enfermedades de la Subsecretaría de Salud Pública.

¹² Artículo 45º del Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud, decreto N° 136-04, publicado en el diario Oficial el 21 de Abril del 2005.

4. Distribución de Funciones

No es posible identificar un modelo uniforme de distribución de funciones al interior de las COMPIN a lo largo del país, sin embargo se observa que la Comisión Médica, la Contraloría Médica y el Secretario de la Comisión cumplen los roles principales en la provisión de los Subproductos Estratégicos (SPE).

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 subcomisión, 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 ISL 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.

5. Recursos Humanos y Tecnológicos

Los recursos humanos que trabajan en COMPIN alcanzaban a julio de 2008 un total de 669 personas¹³, 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 (16%).

De acuerdo a los instrumentos aplicados por la Consultora¹⁴ en el marco de esta evaluación, 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 aproximadamente el 87% de los funcionarios de COMPIN cuenta en su oficina con un equipo computacional asignado, el acceso a puntos de red debe ser solicitado a FONASA, a través de un procedimiento que implica justificar la petición y esperar la autorización, pudiendo acceder a un módulo de la aplicación que tiene relación con la gestión general de las LM.

6. Mecanismos de Asignación y Transferencia de Recursos

6.1 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. Dentro de este modelo las COMPIN se insertan como programa financiero-presupuestario de las SEREMI, por tanto, los recursos asignados a cada COMPIN son transferidos al centro de responsabilidad de cada SEREMI.

6.2 Transferencias del SIL curativo común desde FONASA.

El SIL curativo común¹⁵ es financiado por FONASA, que distribuye los recursos entre los diferentes Servicios de Salud, los que a su vez realizan la transferencia a los hospitales de la

¹³ En las cifras aportadas por DIPRES, correspondiente al personal a Julio 2008, que pertenecen a la SEREMI y a los Servicios de Salud, incluye funcionarios de vacaciones, prenatal, en práctica y suplencias.

¹⁴ 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%.

¹⁵ Incluye los siguientes tipos de LM: Enfermedad o accidente común, prórroga medicina preventiva y patologías del embarazo.

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 ésta.

FONASA realiza el cálculo de los recursos necesarios para el pago del subsidio, a través de un modelo de estimación 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 en las CCAF, que pagan las licencias médicas de sus afiliados con cargo al 0,6% que por ley recaudan de las remuneraciones de los imponentes. Cuando la CCAF ha agotado dicho fondo, recurre a la SUSESO, que 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.

7. Actividades de seguimiento y fiscalización.

A nivel nacional se dispone de tres instrumentos o herramientas estandarizadas que apoyan el seguimiento y fiscalización de la evaluación y pronunciamiento por incapacidades transitorias, que corresponden a: i) Manual de proceso resolución LM, ii) Manual de pesquisas ATEP, y iii) Sistema informático FONASA. En este producto estratégico las actividades realizadas por la COMPIN destinadas a asegurar el adecuado uso y acceso son principalmente las siguientes:

- 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 peritajes¹⁶ y procedimientos de pesquisa de subsidios cruzados.
- Verificación de casos complejos por una Comisión Médica.

Respecto de los restantes subproductos provistos por la COMPIN, no existe documento formal que instruya el procedimiento estándar sobre el proceso de provisión, seguimiento o fiscalización, ni tampoco se cuenta con sistema informático para apoyar su gestión.

8. Presupuesto y Gasto

La Ley N° 19.937 de Autoridad Sanitaria¹⁷, 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 COMPIN¹⁸, 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.

¹⁶ En el caso de fiscalización de LM, esta puede incluir uno o más de los siguientes peritajes: contacto telefónico, visita domiciliaria, evaluación del médico contralor, solicitud de examen médico complementario al Servicio de Salud, interconsulta, verificación del vínculo laboral, entre otros peritajes.

¹⁷ Publicada en el D.O. del 24/02/2004.

¹⁸ 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.

Tabla 1. 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 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 2). No fue posible (por parte de la Subsecretaría de Salud Pública) estimar los gastos asociados a cada uno de los productos estratégicos de COMPIN.

Tabla 2. Gasto en COMPIN, años 2007-2009 (Miles \$ 2009)			
Año 2007	Subsecretaría de Salud Pública	Servicios de Salud	Total Gasto COMPIN
	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
Total Año 2007	\$ 5.749.652	\$ 2.734.873	\$ 8.484.525
Año 2008			
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
Total Año 2008	\$ 7.924.948	\$ 2.734.873	\$ 10.659.821
Proyectado Año 2009			
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
Total Año 2009 (Proyectado)	\$ 8.985.425	\$ 2.734.873	\$ 11.720.298

Fuente: Subsecretaría de Salud Pública.

II. RESULTADOS DE LA EVALUACION

1. Misión Institucional y Consistencia de Definiciones Estratégicas

La misión de la COMPIN es parcialmente consistente con la misión de la Subsecretaría de Salud Pública. Si bien ambas forman parte del sistema general de protección social, 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 social¹⁹.

Del análisis realizado en relación a la consistencia entre los objetivos y productos estratégicos de la institución se destaca lo siguiente:

¹⁹ 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.”

- Los objetivos estratégicos 1 y 2 constituyen redacciones alternativas de un mismo objetivo, por lo que deberían integrarse.
- 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, por lo tanto no deberían estar en la categoría de estratégicos.
- Falta formular un objetivo estratégico que de cuenta de la condición de árbitro que tiene la COMPIN respecto de las ISAPRE y sus afiliados.

En relación a la matriz institucional, esta 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 COMPIN propuso 7 indicadores de proceso, relacionados con el PE 1. 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 de los cuales 2 son de resultado y 2 de proceso) y 2 de eficiencia (los 2 de proceso).

2. Estructura Institucional y Organizacional

El cambio más importante que ha experimentado la COMPIN en términos institucionales se da al interior de la estructura del Ministerio de Salud, por cuanto se modificó su dependencia jerárquica a partir de la puesta en marcha de la Ley N° 19.937 en 2004. 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 atención²⁰.

En términos territoriales, la COMPIN se organiza de acuerdo al esquema que parece más apropiado a la realidad regional según la visión del superior jerárquico de esa Comisión o Subcomisión. Se estima que la flexibilidad con que cuenta cada Comisión para organizarse internamente tiene una doble consecuencia. Si bien permite una mejor adaptación a necesidades locales de la zona en que la COMPIN se encuentra ubicada; se dificultan las actividades de fiscalización, control, monitoreo y seguimiento ejercidas por el nivel central, siendo 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, y ha definido un nuevo modelo de gestión a cargo de la Unidad de Coordinación Nacional y una estructura básica funcional para su futura implementación en todas las COMPIN y Subcomisiones. Esta nueva estructura considera la especialización en funciones y la identificación de responsabilidades, lo que permitirá superar el problema de fiscalización que genera para el nivel central la desagregación por núcleos de actividad.

En otro aspecto, el subproducto “resolución de LM por enfermedad común de trabajadores afiliados a FONASA” podrá ser mejor gestionado a partir de la creación en 2009 de la sección de apoyo administrativo de contraloría médica de licencias, que hasta ahora no existía en las COMPIN. Se considera apropiado este modelo como una forma de avanzar en el mejoramiento de la gestión de los productos que provee la COMPIN.

3. Distribución de Funciones y Mecanismos de Coordinación

Respecto de las unidades presentes en la estructura organizacional actual, la constitución de comisiones médicas para la resolución de casos complejos se evalúa positivamente, ya que éstas facilitan el proceso de decisión y de juicio en grupo, y hacen posible la coordinación de distintos profesionales, lo que agiliza la transmisión de la información.

²⁰ 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, 2 de julio de 2002).

La existencia de unidades o instituciones externas, como son: las ULM (134 en total a nivel nacional), las US dependientes de los SS (8 de 25), 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. Adicionalmente, 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.

Por estas razones, se evalúa positivamente 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 físicamente en la COMPIN. Sin embargo, dicho esfuerzo debiera contemplar también el traspaso administrativo de las ULM a la COMPIN (SEREMI), logrando que el proceso de resolución de LM sea radicado y asumido como responsabilidad de un único organismo.

En relación al producto estratégico “resolución de LM para beneficiarios de FONASA”, en la gestión del SIL intervienen tres instituciones: COMPIN, CCAF y Servicio de Salud. Esta situación requiere un rediseño institucional global de la gestión del producto estratégico referido a la evaluación y pronunciamiento por incapacidades transitorias, lo que se fundamenta principalmente en los proyectos de ley presentados en el Congreso Nacional que dan cuenta de la necesidad de una nueva institucionalidad²¹; y las entrevistas a expertos y los instrumentos aplicados en el marco de esta evaluación. Este rediseño, a juicio de la Consultora, posee un entorno sociopolítico favorable.

4. Análisis de la Capacidad Institucional y Mecanismos de Gestión

4.1 Recursos Humanos, Tecnológicos, Infraestructura, Instrumentos de Monitoreo y gestión de la información

Los funcionarios de COMPIN aun no dependen en su totalidad de las SEREMI, lo que se acentúa en el estamento profesional. De acuerdo a cifras de 2008, un 41% de los profesionales médicos de COMPIN dependen administrativamente del Servicio de Salud, lo que representa un 14% del total de horas médico semanales utilizadas para contraloría médica. Esta contribución de horas médicas carece de respaldo administrativo (el contrato de estos profesionales no contiene ninguna cláusula que establezca esta obligación). Junto con esto, 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 médica²², la que permite fraccionar la jornada laboral, así como acceder a becas de especialidad. 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 más jóvenes tendrán la voluntad para seguir realizando la labor de contraloría médica.

Por otra parte, a partir del análisis del presupuesto del Proyecto de Modernización de COMPIN, más del 60% de los recursos destinados corresponden al aumento de recursos humanos, incluidos cargos médicos, por lo que se deduce que permiten apoyar el déficit de horas médicas.

Con respecto al soporte informático disponible en las COMPIN, 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

²¹ 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.

²² Ley N° 19.664, publicada en el D.O. el 11/02/2000.

400, y a que sólo pueden acceder a un módulo de la aplicación que tiene relación con la gestión general de las LM, sin poder acceder a información que permite desarrollar otro tipo de análisis (p. ej. el de morbilidad de la población en regiones específicas). Sin perjuicio de lo anterior, el sistema presenta deficiencias en términos de rapidez, como lo confirma el 71% de los encuestados²³ declara que el sistema es lento independiente de la carga de trabajo que tenga.

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, de acuerdo a información de los cuestionarios aplicados y visitas a terreno²⁴. 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 recordar que este estudio no abordó la opinión de los usuarios.

4.2 Mecanismos de Asignación y Transferencias de Recursos

No existen criterios de asignación de recursos para cada producto y subproducto estratégico. Esto implica la falta de una asignación de recursos consistente con las eventuales necesidades o carencias de cada producto o subproducto. En lo referido al Proyecto de Modernización, éste comprende un mecanismo de asignación basado en el análisis de las necesidades de un subproducto estratégico particular, que es “Resolución de LM de trabajadores afiliados a FONASA”.

La operación de las COMPIN es financiada con recursos de las SEREMI, por tanto, la COMPIN no cuenta con autonomía para la toma de decisiones en materia de gestión de gastos y tampoco conoce la cantidad de recursos de que dispone, lo que dificulta la gestión y planificación presupuestaria por parte de la COMPIN, 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, 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 mismo.

4.3 Actividades y mecanismos de Auditoría, Fiscalización

La realización de auditorías internas depende de la evaluación de la Matriz de Riesgo que desarrolle el Departamento de Auditoría del MINSAL, resultando en que los procesos de producción no son auditados de forma sistemática, como una manera de garantizar su correcta ejecución.

Las actividades de fiscalización realizadas por la COMPIN incluyen controles médicos y controles administrativos, lo que se evalúa adecuadamente debido a la necesidad de combinar ambos tipos de controles para realizar una fiscalización efectiva. No obstante lo anterior, se hace presente la necesidad de contar con un sistema de retroalimentación en base a indicadores que permitan tener una visión del sistema global, con enfoque a los resultados de cada producto, especialmente en la resolución de LM de trabajadores afiliados al FONASA.

Si bien la fiscalización está presente en la provisión de todos los Subproductos Estratégicos (SPE) de la COMPIN, en los últimos años ha aumentado la fiscalización a LM y ATEP. Lo anterior se refleja en la evolución del número y porcentaje de licencias médicas fiscalizadas, como se observa en la tabla 3.

²³ Encuesta catastro Recursos Tecnológicos aplicada en el marco de esta evaluación a Presidentes de comisiones y subcomisiones con una tasa de respuesta de 48,4%.

²⁴ Uno de los ámbitos que destacan en esta apreciación son los servicios higiénicos para funcionarios y usuarios. El 61% de las COMPIN encuestadas tiene baños para funcionarios hombres y el 57% tiene baños de mujeres. Por tanto, al no haber en la totalidad de los casos servicios higiénicos independientes y separados no se cumple con lo exigido por la normativa. Respecto de los baños para los usuarios se tiene que sólo entre 22% a 26% de las COMPIN catastradas tiene baños separados para usuarios.

Tabla 3. Evolución de LM fiscalizadas 2000-2007

Año	L.M. Tramitadas (1)	L.M. Fiscalizadas (2)	Variación % LM Fiscalizadas	Porcentaje de Fiscalización (2/1)
2000	825.053	33.002	-	4%
2001	929.510	51.123	55%	6%
2002	1.531.883	165.761	224%	11%
2003	1.685.071	202.208	22%	12%
2004	1.412.227	204.230	10%	14%
2005	2.219.301	263.159	29%	12%
2006	2.657.767	366.356	39%	14%
2007	3.326.291	581.611	59%	17%

Fuente: Subsecretaría de Salud Pública.

Se destaca el aumento de LM fiscalizadas desde 2000 al 2007. En efecto, el porcentaje de LM fiscalizadas pasó de un 4%, equivalente a 33.002 en 2000 a un 17,5%, equivalente a 581.611 LM fiscalizadas en 2007. Al comparar el porcentaje de fiscalización de las COMPIN con el de las ISAPRE se tiene que, en éstas últimas del total de LM presentadas aproximadamente el 17% es fiscalizado, considerándose esta proporción como un valor aceptable.

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, estableciéndose como meta que el 60% de la fiscalización debe dirigirse a licencias de este grupo²⁵. 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, corresponde a iniciativas en la línea de focalización del peritaje en patologías que requieren de mayor análisis y complementación técnica, lo que se considera adecuado.

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; siendo la ventaja de este tipo de control que centra los esfuerzos y recursos en atacar los problemas más reconocidos.

Se evalúa positivamente la utilización del control basado en grupos de “riesgo”, sin embargo, los grupos de riesgo deberían 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.

Del análisis de instrumento de terreno aplicado por la Consultora²⁶ 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% de las COMPIN entrevistadas 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 otras 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. Respecto de las principales materias o áreas de fiscalización, éstas corresponden a: Resolución de LM, Cobertura de la Ley 16.744, y

²⁵ Extraído de documento de la Coordinación Nacional de COMPIN: “COMPIN: Continuidad de la Modernización”.

²⁶ 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%).

fiscalización de la efectiva y oportuna recepción de antecedentes, por parte de todos los involucrados.

4.4. Seguimiento y Evaluación

Existe una urgente necesidad de levantar una base de datos que contenga la información estadística de los procesos y productos de la COMPIN, debiendo incorporar información que permita el cálculo de los indicadores asociados a la “Resolución de LM de trabajadores afiliados a FONASA”: día de ingreso y 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, pudiéndose así determinar las LM que fueron resueltas dentro de los plazos establecidos por ley, el número de días de atraso en la resolución, el día efectivo de pago de la LM, entre otros aspectos.

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

5. Análisis y explicación del comportamiento del gasto en SIL (licencias médicas) y sus determinantes

El gasto generado por los siete tipos de LM se puede agrupar 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 o SIL Curativo Común**, que incluye la LM por enfermedad o accidente común, prórroga medicina preventiva y patologías del embarazo, financiado con cargo a la cotización de FONASA o ISAPRE.
- **SIL por Reposo Maternal y Enfermedad Grave Hijo Menor de un Año**, que incluye la LM por reposo maternal pre y posnatal y enfermedad grave del niño menor a un año, financiado por el Fondo Único de Prestaciones Familiares (FUPF).
- **SIL de Origen Profesional**, que incluye la LM por accidentes del trabajo o trayecto y enfermedad profesional, financiado de acuerdo a la Ley N°16.744 por el Instituto de Seguridad Laboral (ISL) y por las Mutuales.

A continuación se analiza la evolución del gasto en subsidios por incapacidad laboral en el periodo comprendido entre los años 2002 – 2007. Del análisis se exceptúa el SIL de Origen Profesional.

Este análisis considera la misma metodología del estudio de Rodríguez y Tokman (2001)²⁷.

En el período 2002 – 2007 existió un aumento de un 48% 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, financiado por el FUPF, como el subsidio por enfermedad y medicina curativa con cargo al régimen de prestaciones de salud.

El gasto total creció en el periodo de análisis a una tasa promedio de 8,5% anual. Si bien el gasto en subsidio maternal y el gasto en enfermedad grave de niño menor a un año representa en promedio un 10% y 19% respectivamente del gasto total en SIL, el peso relativo de ambos subsidios ha disminuido, pasando de ser el 11% y 20% del gasto total en 2002 a un 10% y 17% respectivamente en 2007. Esto se debe a un crecimiento menor del gasto en Subsidio por

²⁷ Jorge Rodríguez C. y Marcelo Tokman R. “Análisis del Gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral y sus Determinantes”. Estudios de Finanzas Públicas. Departamento de Estudios, DIPRES, diciembre de 2001. De acuerdo al modelo desarrollado en este estudio, la tasa de crecimiento del gasto en subsidio por incapacidad laboral puede ser definida como: $G = N + Y + y + TIL + C$, 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), indicador que 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); y un último término EC que representa la variación en los efectos cruzados de las variables N, Y, y, TIL.

reposo maternal y enfermedad grave de niño menor a un año (32% y 27% respectivamente en el periodo analizado), en comparación al gasto en subsidio por enfermedad y medicina curativa que creció un 56%.

5.1 Evolución del Gasto en Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa

De acuerdo a cifras de SUSESO, en 2007 el país destinó \$424.569 millones al pago de Subsidios de Enfermedad y Medicina Curativa. Si bien esta cifra representa un crecimiento agregado de 56% con respecto al año 2002, se observan tasas de crecimiento diferenciadas al analizar el gasto de acuerdo a la clasificación de los beneficiarios si son cotizantes de FONASA afiliados a CCAF; si su empleador no está afiliado a una CCAF (cuya entidad pagadora del SIL son los Servicios de Salud), o si cotizan en una ISAPRE.

Se destaca el mayor crecimiento del gasto incurrido por los cotizantes de FONASA, en contraste con los cotizantes de ISAPRE (108,4% versus 15,5%). Del mismo modo el gasto de las ISAPRE pasa de tener un peso relativo de 56% en el año 2002, a 49% en el 2007, debido al crecimiento del gasto de cotizantes de FONASA (ver tabla 4).

**Tabla 4. Resumen de Indicadores Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa
Clasificación de acuerdo a entidad pagadora SIL. Cambio Porcentual 2002-2007**

Indicador	Cotizantes FONASA			Cotizantes ISAPRE	Total
	Servicio de Salud	CCAF	Total FONASA		
Gasto en subsidio por enfermedad y medicina curativa	58,0%	134,1%	108,4%	15,5%	56,4%
Número de días de subsidio por enfermedad y medicina curativa pagados	42,9%	130,2%	96,8%	22,7%	72,0%
Monto promedio pagado por día de subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa	10,5%	1,7%	5,9%	-5,9%	-9,1%
Número de subsidios por Enfermedad y Medicina Curativa Pagados	27,1%	131,3%	92,3%	17,5%	56,6%
Duración promedio de subsidios por Enfermedad y Medicina Curativa pagados (Días)	12,4%	-0,5%	2,3%	4,5%	9,9%
Número de Cotizantes	-2,2%	56,9%	33,2%	4,0%	23,2%
Tasa de Incapacidad Laboral por concepto de Subsidios por Enfermedad y Medicina Curativa	46,1%	46,7%	47,7%	18,0%	39,6%
Ingreso Imponible Promedio Diario de los Cotizantes	4,5%	10,2%	12,6%	15,5%	7,6%

Fuente: Informe Final Evaluación Comprehensiva del Gasto de COMPIN.

En términos agregados la duración promedio se incrementa de 12,1 días en 2002 a 13,3 en 2007. Se aprecian diferencias entre las distintas instituciones. En efecto en 2007 la duración promedio de los subsidios pagados a los cotizantes de FONASA no afiliados a CCAF es de 17,8 días, y para los afiliados a CCAF es de 15,8 días; mientras que en las ISAPRE 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. Esto refleja duraciones de reposo distintas para cada grupo, lo que puede estar asociado a tipos de patología más frecuente y a perfiles de salud distintos para estos grupos de beneficiarios. Lamentablemente, en esta evaluación no se contó con información de caracterización individual básica de los beneficiarios como sexo o edad, que permitiera aproximarse a explorar esta hipótesis.

Se observa que el número total de cotizantes 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 sólo 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).

Finalmente, se calculó la Tasa de Incapacidad Laboral (TIL) definida como el número de días

de subsidio pagados anualmente por cotizante²⁸, que se considera una medida de la intensidad de uso que se hace de los subsidios por enfermedad y medicina curativa²⁹, existiendo 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 ISAPRE, la TIL aumenta en un 18%, mientras que en el grupo de afiliados a CCAF y en el de los Servicios de Salud crece un 46,7% y un 46,1% respectivamente.

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

En términos de la descomposición del crecimiento del gasto, el factor de mayor peso corresponde a la TIL, que genera un aumento directo del gasto igual a 39,6% (ver tabla 5). 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.

Tabla 5. Descomposición Tasa de Crecimiento del Gasto en Subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa Período 2002 – 2007

Componente	Cotizantes FONASA			Cotizantes ISAPRE	Total
	Servicio Salud	CCAF	Total FONASA		
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: Informe Final Evaluación Comprehensiva del Gasto de COMPIN.

Al analizar la situación por entidad pagadora, se observa que la TIL es uno de los factores más importantes en el incremento del gasto independiente de la entidad, aún cuando en el caso de las CCAF el número de cotizantes es el factor de mayor peso en el aumento del gasto.

5.2 Evolución del Gasto en Subsidio por Reposo Maternal.

Tabla 6. Resumen de Indicadores Subsidio por Reposo Maternal Clasificación de acuerdo a entidad pagadora SIL. Cambio Porcentual 2002-2007

Indicador	Cotizantes FONASA			Cotizantes ISAPRE	Total
	Servicio de Salud	CCAF	Total FONASA		
Gasto en subsidio por Reposo Maternal	22,9%	84,9%	61,9%	7,2%	27,3%
Número de días de subsidio por Reposo Maternal pagados	9,3%	67,4%	41,9%	-19,4%	18,8%
Monto promedio pagado por día de subsidio por Reposo Maternal	12,4%	10,4%	14,1%	33,0%	7,2%
Número de subsidios por Reposo Maternal Pagados	14,0%	72,1%	46,6%	-6,2%	26,7%
Duración Promedio de subsidios por Reposo Maternal pagados (Días)	-4,1%	-2,7%	-3,2%	-14,1%	-6,2%
Número de cotizantes (mujeres 15-44 años)	18,4%	67,2%	43,4%	2,7%	31,0%
Tasa de Incapacidad Laboral por concepto de subsidios por Reposo Maternal	-7,7%	0,1%	-1,0%	-21,5%	-9,3%
Ingreso imponible promedio diario de las cotizantes (mujeres 15-44 años)	4,2%	6,5%	8,2%	20,0%	4,7%

Fuente: Informe Final Evaluación Comprehensiva del Gasto de COMPIN.

²⁸ 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.

²⁹ La TIL representa el efecto intensidad de uso del subsidio, el que depende de factores epidemiológicos que afectan la duración del subsidio y también del abuso del beneficio más allá de las razones médicas. Lamentablemente, dentro de este indicador no es posible identificar por separado estos dos factores.

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 (ver tabla 6).

El gasto de este subsidio asociado a los cotizantes de FONASA aumentó en un 61,9%, mientras para las ISAPRE 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 2002, el 36,8% del gasto por reposo maternal fue pagado a cotizantes FONASA, mientras que en 2007 representó el 46,7%.

Haciendo un análisis similar al del gasto por subsidio por enfermedad y medicina curativa, se tiene que en 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 ISAPRE lo han disminuido en un 19,4%. En cuanto a la duración promedio de los subsidios por reposo maternal, éste no tiene grandes variaciones, ya que su duración está fijada por ley.

De acuerdo a lo planteado por Rodríguez y Tokman (2001), la 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 edad³⁰.

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 en tabla 6 que el número de cotizantes mujeres en edad fértil de ISAPRE 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, concentrándose tal disminución en las ISAPRE (21,5%). Esto es consistente con el descenso de casi 9% en la tasa de natalidad de Chile en el período y con el aumento de las tasas de participación laboral femenina (número de cotizantes), que influye directamente en la disminución de la TIL.

Dentro de las variaciones en el gasto por reposo maternal que han tenido las distintas entidades pagadoras destaca el incremento experimentado en afiliadas a CCAF, equivalente al 84,9% (tabla 7). 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.

**Tabla 7. Descomposición Tasa de Crecimiento del Gasto en Subsidio por Reposo Maternal
Período 2002 – 2007**

Componente	Cotizantes FONASA			Cotizantes ISAPRE	Total
	Servicio Salud	CCAF	Total FONASA		
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: Informe Final Evaluación Comprehensiva del Gasto de COMPIN.

³⁰ 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.

5.3 Evolución del Gasto en Subsidio por Enfermedad Grave de Niño Menor a un Año

En 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 de 2002.

**Tabla 8. Resumen de Indicadores Subsidio por Enfermedad Grave del Niño Menor a un Año
Clasificación de acuerdo a entidad pagadora SIL. Cambio Porcentual 2002-2007**

Indicador	Cotizantes FONASA			Cotizantes	Total
	Servicio de Salud	CCAF	Total FONASA	ISAPRE	
Gasto en subsidio por Enfermedad Grave del Niño Menor a un Año	27,2%	102,6%	78,3%	8,6%	31,9%
Número de días de subsidio por Enfermedad Grave del Niño Menor a un Año pagados	9,2%	88,5%	61,3%	-14,9%	26,0%
Monto promedio pagado por día de subsidio por Enfermedad Grave del niño Menor a un Año	16,6%	7,5%	10,6%	27,6%	4,6%
Número de subsidios por Enfermedad Grave del Niño Menor a un Año Pagados	45,3%	62,0%	53,1%	44,1%	49,4%
Duración Promedio de subsidios por Enfermedad Grave del Niño Menor a un Año pagados (Días)	-24,9%	16,4%	5,3%	-41,0%	-15,7%
Número de cotizantes (mujeres 15-44 años)	18,4%	67,2%	43,4%	2,7%	31,0%
Tasa de Incapacidad Laboral por concepto de subsidios por Enfermedad Grave del Niño Menor a un Año	-7,8%	12,8%	12,5%	-17,2%	-3,8%
Ingreso imponible promedio diario de las cotizantes (mujeres 15-44 años)	4,2%	6,5%	8,2%	20,0%	4,7%

Fuente: Informe Final Evaluación Comprehensiva del Gasto de COMPIN.

Se observa en tabla 8 que el comportamiento este gasto en el período fue disímil entre las entidades pagadoras. En el caso de las ISAPRE 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%.

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 ISAPRE, igual tendencia muestran los beneficiarios de Servicios de Salud, cuya disminución alcanza el 24,9%. Contrariamente para el caso de afiliados a CCAF este valor presenta un aumento en el periodo de 16,4%.

En términos agregados, se observa una disminución de la TIL de un 3,8% en el período (tabla 9). Cabe destacar, sin embargo, la opuesta tendencia entre la evolución de la TIL de las ISAPRE respecto a la de FONASA, particularmente de las afiliadas a CCAF.

Tabla 9. Descomposición Tasa de Crecimiento del Gasto en Subsidio por Enfermedad Grave del Niño Menor a un Año Período 2002 – 2007

Componente	Cotizantes FONASA			ISAPRE	Total
	Servicio Salud	CCAF	Total FONASA		
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%	0,0%

Fuente: Informe Final Evaluación Comprehensiva del Gasto de COMPIN.

En términos de la descomposición de la tasa de crecimiento del gasto en subsidio por enfermedad grave de niño menor a un año para el período 2002-2007, el factor de mayor peso 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 ISAPRE, 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 ISAPRE 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 aumentó el gasto en un 18,4%, mientras que en las CCAF lo hizo en un 67,2%. Respecto a la TIL, ésta aumentó en un 12,8% en las CCAF durante el periodo 2002-2007, mientras que en los Servicios de Salud tuvo una variación negativa de 7,8%.

Dentro de las variaciones en el gasto por enfermedad grave de niño menor a un año que han tenido las distintas entidades pagadoras destaca el incremento experimentado en las CCAF, equivalente al 102,6%.

Es importante destacar que en periodo 1991-1999 el factor de mayor peso relativo en explicar el crecimiento en este subsidio fue el efecto de cruzado (421%) y la TIL (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 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 ISAPRE 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%).

III. RECOMENDACIONES

Diseño

1. Respecto del rediseño institucional global de la gestión del producto estratégico referido a la evaluación y pronunciamiento por incapacidades transitorias, se recomienda analizar la 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.

Organización y gestión

2. Implementar el nuevo modelo de gestión en dos regiones, a modo piloto, y luego de seis meses analizar el logro de los objetivos definidos por la Coordinación Nacional, para luego realizar las modificaciones pertinentes y decidir si corresponde extender dicho piloto.

3. 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 las distintas 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.

Gestión de Procesos

4. 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 licencias 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.
- 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.
- Realizar un estudio de los tiempos implicados en el procesamiento y pago 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 retrasos³¹. 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.

5. En el resto de los productos estratégicos de las COMPIN, se debe confeccionar un manual de procesos que incluya todos los subproductos, explicitando los plazos de realización de tareas, mecanismos de coordinación interna y externa y medios de comunicación. Asimismo se requiere 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 el convenio de desempeño colectivo.

Recursos Humanos

6. Continuar con la implementación de la política de recursos humanos explicitada en el Proyecto de Modernización de las COMPIN, prosiguiendo con el proceso de transición de personal desde los Servicios de Salud a las SEREMI respectivas. Sobre esta recomendación,

³¹ No fue posible contar con esta información durante la presente evaluación debido a que no existen sistemas informáticos o base de datos que registren en forma sistemática estos datos.

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.

Gestión Financiera

7. Se recomienda que el traspaso de fondos para el pago del SIL desde FONASA se realice bajo un esquema administrativo tal que garantice su uso en forma exclusiva y oportuna impidiendo el uso de estos recursos en otros fines. 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.

8. Por último, 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 ítems. 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.



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

Gabinete Ministro
Departamento Control de Gestión

EBC / IRV / VDM / TDM

[Handwritten signatures]

ORDINARIO A 12 N°: 4831

ANT. : No hay.

MAT. : Informe final de Evaluación
Comprehensiva del Gasto de COMPIN.

SANTIAGO, 11 DIC 2009

DE: SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA

A: DIRECTOR DE PRESUPUESTOS

A través del presente y junto con saludarle, informo a usted que se ha revisado el informe final de la Evaluación Comprehensiva del Gasto de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPÍN), realizado por el Centro de Estudios y Asistencia Legislativa (CEAL) y se han remitido las observaciones correspondientes al mismo, la mayoría de las cuales han sido incorporadas al informe final.

No obstante lo anterior, existiendo un natural desfase entre el período evaluado y la emisión de las recomendaciones, algunas de éstas ya se estaban implementando o se habían materializado durante los años 2008 – 2009.

Cabe señalar que, esta Subsecretaría se hará cargo de las recomendaciones en la medida que estén de acuerdo a los actuales lineamientos de gestión y se ajusten al marco normativo que rige a COMPIN.

Sin otro particular, atentamente a Ud.



[Handwritten signature]
JEANETTE VEGA MORALES
SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA

DISTRIBUCIÓN:

- Gabinete Sr. Ministro de Salud
- Depto. Control de Gestión Ministerial
- Oficina de Partes.