

Instituto de Seguridad Laboral

Estudio de Evaluación del modelo de gestión de prestaciones médicas del Instituto de Seguridad Laboral

INFORME FINAL

Octubre 2019



Estudio realizado entre
Noviembre de 2018 y Julio de 2019

DIRECTORES ACADÉMICOS

Javier Fuenzalida

Pablo González (A)

JEFA DE PROYECTO

Ximena Pizarro

EQUIPO

María José Pérez

Pablo Paredes

Javiera Bravo

CONTRAPARTE INSTITUCIONAL

Félix Arredondo

Departamento de Estudios y Gestión Estratégica

Juan Pablo Dussert

Departamento de Estudios y Gestión Estratégica

Las opiniones expresadas en el presente documento no representan necesariamente la posición de la Contraparte Institucional.



TABLA DE CONTENIDOS

1	Resumen del estudio	5
2	Análisis cuantitativo	7
2.1.1	Demanda: denuncia de accidentes y enfermedades	8
2.1.2	Diagnóstico de Denuncias	15
2.1.3	Oferta de prestaciones médicas	18
2.1.4	Ajuste de oferta y demanda por Prestaciones médicas	22
2.1.5	Hallazgos referentes a procesos y sistemas informáticos	28
3	Experiencias comparadas en clasificación de pacientes	30
3.1	Resource Utilization groups (RUG)	31
3.2	Grupos Relacionados por Diagnóstico (GRD)	32
3.3	Disease Staging (DS).....	36
3.4	Patient Management Categories (PMC)	38
3.5	Grupos Clínicos Ajustados (ACG)	39
3.6	Principales hallazgos	40
4	Diagnóstico	42
4.1	Valor público y posicionamiento.....	43
4.1.1	Segmentación de beneficiarios	45
4.1.2	Recepción de denuncias	47
4.1.3	Gestión de la calificación.....	48
4.1.4	Asignación inicial y derivación de los pacientes	50
4.1.5	Seguimiento de casos	51
4.2	Gestión de prestadores médicos	53
4.2.1	Modelo de compras y pago de prestaciones	53
4.2.2	Falta de evaluación de prestadores	54
4.2.3	Red de salud y oferta médica.....	55
4.3	Organización institucional	56
4.3.1	Estructura organizacional y dotación	56
4.3.2	Proceso de planificación estratégica.....	57
4.4	resumen del diagnóstico.....	58



5	Propuestas de mejora.....	63
5.1	Gestión de la información.....	63
5.1.1	Proyecto 1: Identificación oportuna de siniestros en prestadores médicos	65
5.1.2	Actividad 1: Inclusión de variable “Tipo de Ingreso de denuncia”	66
5.1.3	Proyecto 2: Sistema de Seguimiento de casos	67
5.1.4	Proyecto 3: Sistema de Red de Prestadores Médicos	70
5.1.5	Proyecto 4: Evaluación de Prestadores Médicos	72
5.1.6	Proyecto 5: Plataforma de visualización de datos.....	74
5.2	Gestión de prestaciones médicas	77
5.2.1	Proyecto 6: Caracterización de beneficiarios y definición de canales especializados	77
5.2.2	Proyecto 7: Gestión de prestadores médicos en convenio	79
5.2.3	Proyecto 8: Gestión de contratos	81
5.2.4	Proyecto 9: Caracterización de red de salud y oferta médica	83
5.3	Síntesis de hallazgos y recomendaciones	85
6	Anexos	90
6.1	Resumen de Actividades desarrolladas	90
6.1.1	Análisis documental	90
6.1.2	Análisis de experiencias comparadas en sistemas de clasificación de pacientes	91
6.1.3	Entrevistas.....	93
6.1.4	Focus groups en regiones	94
6.1.5	Talleres de diagnóstico y recomendaciones	94
6.1.6	Encuestas	96
6.2	Revisión documental	97
6.2.1	Principios de seguros de salud	97
6.2.2	Perspectiva de las instituciones	99
6.2.3	Rol del ISL.....	101
6.3	Encuestas a funcionarios y prestadores.....	102
6.3.1	Encuesta a funcionarios	103
6.3.2	Encuesta a prestadores.....	112
6.4	Reporte de levantamiento cualitativo	116
6.4.1	Metodología.....	116



6.4.2	Valor público	118
6.4.3	Beneficiarios de ISL	123
6.4.4	Gestión de Prestaciones Médicas (PM).....	125
6.4.5	Gestión de prestadores médicos	137
6.4.6	Organización interna.....	148
6.5	Bibliografía.....	159

1 RESUMEN DEL ESTUDIO

El presente informe presenta los resultados finales del trabajo “Estudio de Evaluación del modelo de gestión de prestaciones médicas del Instituto de Seguridad Laboral”, elaborado con recursos del Fondo de Proyectos de Investigación en Prevención de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO).

Este proyecto tuvo por objetivo general: “Describir y diagnosticar la gestión de las prestaciones médicas del ISL y proponer mejoras para avanzar hacia un nuevo modelo de gestión”. Esto se tradujo en un trabajo en torno a los siguientes objetivos específicos:

1. Analizar experiencias comparadas sobre el entorno institucional de entidades como el ISL, así como también, de forma más específica, sobre los modelos de gestión de prestaciones médicas por parte de mutualidades, otros seguros y agencias prestadoras de servicios de salud y seguridad en el trabajo.
2. Estudiar el ajuste que existe entre la demanda de las prestaciones de salud del ISL y la oferta de este a sus usuarios.
3. Diagnosticar y proponer mejoras específicas sobre:
 - El diseño institucional formal que existe en el ISL para orientar estratégicamente la gestión de prestaciones médicas, en particular la coherencia entre dichas directrices estratégicas y las brechas que existen entre lo que disponen y la gestión efectiva de las prestaciones.
 - La estructura organizacional que existe para la gestión de prestaciones médicas
 - Los procesos operativos de la entrega de prestaciones médicas y de gestión de prestadores médicos del ISL
 - El sistema de monitoreo de resultados del área de prestaciones médicas, particularmente en aquellos vinculados directamente con sus usuarios y con la gestión de prestadores.
4. Analizar, integrar y sintetizar los hallazgos del proyecto y proponer recomendaciones para el modelo de gestión de prestaciones en su conjunto.

Para el desarrollo de los objetivos del estudio se diseñaron una serie de categorías de análisis, que abarcaron desde el proceso de recepción de denuncias hasta la gestión de la información con respecto a los proveedores luego de la entrega de las prestaciones médicas. En torno a estos temas, se realizó un análisis de levantamiento y análisis de información primaria y secundaria que incluyó una revisión bibliográfica y de casos internacionales; reuniones con expertos; entrevistas y focus groups con funcionarios en regiones Metropolitana, Aysén, Valparaíso y Antofagasta; una encuesta electrónica a funcionarios y a prestadores, así como un análisis cuantitativo de oferta y demanda de prestaciones médicas cubiertas por el ISL.

Para la exposición de los resultados, este informe se presenta con la siguiente estructura:

1. Análisis de oferta y demanda: Caracterización cuantitativa de la actual demanda de prestaciones médicas por parte de afiliados del ISL así como un análisis de la oferta de prestadores con que cuenta el instituto a nivel nacional. A estas actividades se le añade un ejercicio de ajuste entre oferta y demanda, que por motivos de disponibilidad de información, se limita a la Región de Tarapacá.

2. Experiencias comparadas en clasificación de pacientes Se realiza un análisis de cinco metodologías de costeo de prestaciones médicas por parte de organismos aseguradores, así como de casos asociados a su implementación tanto en seguros nacionales de salud, como de seguridad y salud laboral.
3. Diagnóstico: Se presenta un diagnóstico del sistema de prestaciones médicas del ISL, a partir de una triangulación de información que incluye las diferentes metodologías utilizadas en el informe. Las actividades específicas realizadas, así como los reportes bibliográficos, de entrevistas, focus groups y encuestas, se pueden encontrar en el capítulo de Anexos del estudio.
4. Propuestas: En esta sección se plantea un total de 9 iniciativas, que se engloban en dos grandes espacios de trabajo: Gestión de la Información y Gestión de Prestaciones Médicas. Estas propuestas se organizan en torno a una estructura con los siguientes componentes:
 - Problema u oportunidad
 - Propuesta:
 - Objetivo general
 - Objetivos específicos
 - Horizonte temporal
 - Unidades asociadas
 - Recursos críticos
 - Actividades asociadas

Este capítulo finaliza con un capítulo de resumen de hallazgos y propuestas, donde se sistematizan los lineamientos generales y la arquitectura organizacional que debiese seguir un Nuevo Modelo de Gestión, a partir del conjunto de propuestas realizadas en el documento.

2 ANÁLISIS CUANTITATIVO

Este capítulo se orienta en torno al objetivo específico nº2 del proyecto, que tiene por fin *“Estudiar el ajuste que existe entre la demanda de las prestaciones de salud del ISL y la oferta de este a sus usuarios”*. De esta forma, se presenta el análisis realizado en torno a la oferta y demanda de prestaciones a partir de la información disponible proporcionada por el ISL, así como también otras fuentes institucionales. Además, se busca tener una apreciación de los órdenes de magnitud de la demanda y de la oferta, según distintas variables., como también la identificación de hallazgos de información relacionados con los ámbitos de indagación establecidos en el levantamiento cualitativo.

Para el análisis cuantitativo se utilizaron distintas bases de datos e información que dispuso el Instituto, entre las cuales se tienen las siguientes:

- “Supertabla”. Contiene datos con la denuncia con campo identificador, campos que caracterizan la denuncia (datos de DIAT/EP), al empleador, al(a) trabajador(a), accidente o enfermedad profesional, emisión de OPA y la calificación (en general este recurso es utilizado en el ISL para realizar distintos reportes y estadísticas, según requerimientos de información específica).
- Módulo 1 (del Sistema de Prestaciones Médicas). Contiene información de convenios, incluyendo datos sobre los propios aranceles de las prestaciones médicas de los prestadores en convenio.
- Módulo 5 – Cobros por beneficiario, el cual constituye un cruce entre los aranceles y los cobros que se hacen por prestaciones médicas de cada prestador. Este módulo tiene información acotada de los prestadores, ya que solo incluye a 20 prestadores privados y públicos que no pertenecen a la red de salud pública.
- Nómina total de Prestadores en Convenios 2019, incluye información de caracterización o descripción de la totalidad de prestadores de la red de prestadores en convenio que dispone el ISL.
- Prestadores Médicos a junio de 2019, que incluye la totalidad de establecimientos por región que están en convenio con el seguro, incluyendo la dirección y horario de atención. Esta información también se encuentra disponible en el sitio web del Instituto.
- Mapas de prestadores en convenio detallado 28-09-18, el cual sistematiza distintos ámbitos y prestaciones en convenio a nivel nacional, incluye solo 24 prestadores en convenio de dependencia privada y algunos públicos no pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud.
- 15 guías clínicas, realizadas por CAPREDENA, las cuales definen para un conjunto de diagnósticos, una estandarización y unificación del manejo clínico y procedimientos administrativos, definición de criterios de derivación a especialista, prevención secundaria y recomendaciones, y estandarización de las prestaciones médicas asociadas, incluyendo prestaciones opcionales dependiendo de la gravedad del caso, la indicación de especialista y su evolución.

Se utilizó como información adicional externa las estadísticas anuales de la Seguridad Social que publica la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO), las cuales constituyen tablas con información agregada según distintas variables de interés.

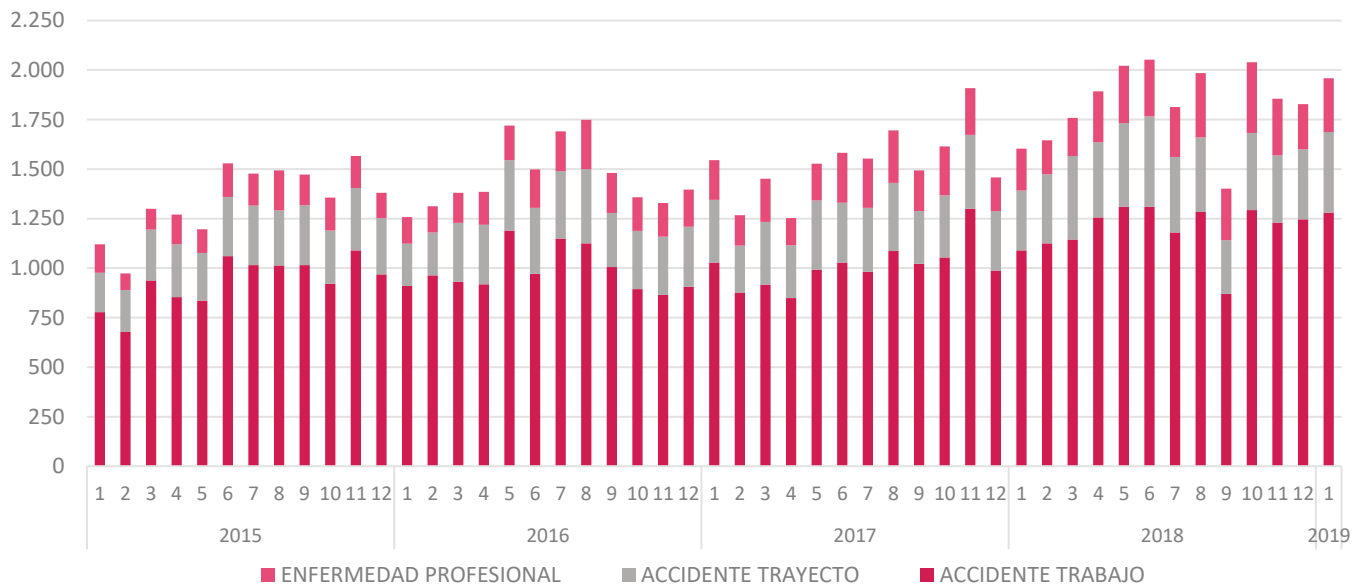
Además se tuvo una entrevista no estructurada con una persona del Departamento de Tecnologías de Información del Instituto, para entender la totalidad de sistemas de información que se utilizan para la gestión de prestaciones médicas, sus relaciones y estado de desarrollo de sistemas de información nuevos.

2.1.1 Demanda: denuncia de accidentes y enfermedades

El inicio del proceso para la gestión de prestaciones médicas por parte del ISL lo detona la denuncia presentada en los canales de atención que dispone el Instituto. Como se observa en la Ilustración 1, el número de denuncias mensuales va aumentando con los años, teniendo un promedio mensual de 1.345 denuncias el 2015, 1.463 el 2016, 1.529 el 2017 y 1.825 el 2018, lo que no incluye la incorporación de obreros a la administración del ISL producto de la ley 21054, ni el aumento de demanda por el ingreso de la totalidad de los trabajadores a honorarios en 2019.

También se ve que el evento con mayores denuncias son los accidentes del trabajo, con un porcentaje promedio de 67% entre los años 2015-2018, a diferencia de los accidentes de trayecto y las enfermedades profesionales, que concentran un porcentaje promedio de un 20% y 13%, respectivamente en el mismo periodo.

Ilustración 1: Número de denuncias mensuales por tipo de evento



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de denuncia (SPM)

Territorialmente estos eventos se distribuyen como se muestra en la Tabla 2-1. Las regiones que tienen mayor número de denuncias son la Región Metropolitana, concentrando casi un 45% de los casos del total de denuncias a nivel nacional en el año 2018, siguiéndole la Región del Biobío con un 10% de las denuncias y la Araucanía con aprox. un 8%. La Región Metropolitana tiene 4 veces más denuncias que la segunda región con más casos, lo que es esperable al concentrar casi el 42% de los(as) trabajadores(as) que cotizaron en ISL, según las estadísticas de la Seguridad Social del año 2018 que entrega SUSESO.

Viendo las regiones distintas de la Región Metropolitana de la Tabla 2-1, se puede apreciar que el número mensual de denuncias es bajo, donde se tiene un máximo de 6,4 denuncias diarias por Región y teniendo para

la región con mayor número de denuncias diarias un promedio de 6,4 denuncias y para otras 4 regiones un promedio de 1 denuncia al día, lo que demuestra que la gestión en la recepción de denuncias no es intensiva en término de números de denuncias.

Tabla 2-1. Número promedio de denuncias mensuales y número total de denuncias anuales por región y año

Región	2015		2016		2017		2018	
	\bar{x} mensual	Total Anual	\bar{x} mensual	Total Anual	\bar{x} mensual	Total Anual	\bar{x} mensual	Total Anual
Metropolitana de Santiago	578	6.940 (43%)	664	7.963 (45.4%)	673	8.074 (44%)	816	9.787 (44.7%)
Biobío	136	1.626 (10.1%)	130	1.558 (8.9%)	157	1.879 (10.2%)	194	2.322 (10.6%)
La Araucanía	97	1.162 (7.2%)	108	1.297 (7.4%)	122	1.465 (8%)	141	1.696 (7.7%)
Valparaíso	88	1.050 (6.5%)	91	1.096 (6.2%)	100	1.199 (6.5%)	118	1.414 (6.5%)
El Maule	77	919 (5.7%)	87	1.041 (5.9%)	91	1.097 (6%)	101	1.217 (5.6%)
Los Lagos	65	780 (4.8%)	82	982 (5.6%)	83	995 (5.4%)	106	1.270 (5.8%)
Libertador Gral. Bdo. O'Higgins	53	639 (4%)	68	815 (4.6%)	78	941 (5.1%)	91	1.092 (5%)
Los Ríos	65	776 (4.8%)	67	809 (4.6%)	58	698 (3.8%)	63	758 (3.5%)
Tarapacá	39	463 (2.9%)	39	462 (2.6%)	35	417 (2.3%)	45	542 (2.5%)
Coquimbo	30	361 (2.2%)	35	415 (2.4%)	32	381 (2.1%)	38	450 (2.1%)
Antofagasta	24	285 (1.8%)	28	332 (1.9%)	32	378 (2.1%)	39	469 (2.1%)
Magallanes y de la Antártica Chilena	28	332 (2.1%)	29	345 (2%)	31	370 (2%)	29	347 (1.6%)
Atacama	12	146 (0.9%)	17	202 (1.2%)	12	141 (0.8%)	15	177 (0.8%)
Arica y Parinacota	8	98 (0.6%)	11	134 (0.8%)	13	153 (0.8%)	13	156 (0.7%)
Aysén del Gral. Carlos Ibáñez del Campo	5	60 (0.4%)	6	76 (0.4%)	9	111 (0.6%)	14	162 (0.7%)
Nivel Central	50	498 (3.1%)	3	31 (0.2%)	7	62 (0.3%)	4	43 (0.2%)
Total general	1.353	16.135	1.463	17.558	1.532	18.361	1.825	21.902

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de denuncias (SPM) y Estadísticas de la Seguridad Social 2015-2018

La tasa de denuncias de accidentes y enfermedades profesionales se obtiene de la siguiente fórmula, utilizando la información de la "Supertabla" descargable del SPM para el numerador y las Estadísticas de la Seguridad Social de los años 2015 al 2018 que entrega SUSESO para el denominador:

n° promedio de denuncias mensuales

n° promedio mensual de trabajadores por los que se cotizó para el seguro de la ley N° 16.744 en ISL

Observando las tasas de denuncias de accidentes y enfermedades profesionales de cada región en la Tabla 2-2, se puede observar que la regiones con mayores tasas son la Región de Los Ríos, La Araucanía, Magallanes y Los Lagos, siendo Aysén la región con mayor crecimiento de sus tasas entre los años 2016 y 2018.

Tabla 2-2: Tasa de denuncia de accidentes por región y año

Región	2016	2017	2018
Arica y Parinacota	0,11%	0,13%	0,12%
Tarapacá	0,19%	0,19%	0,22%
Antofagasta	0,08%	0,11%	0,12%
Atacama	0,13%	0,10%	0,11%
Coquimbo	0,12%	0,13%	0,12%
Valparaíso	0,12%	0,14%	0,14%
Metropolitana de Santiago	0,20%	0,21%	0,23%
Libertador Gral. Bdo. O'Higgins	0,14%	0,17%	0,17%
El Maule	0,18%	0,20%	0,20%
Biobío	0,19%	0,21%	0,22%
La Araucanía	0,26%	0,31%	0,31%
Los Ríos	0,40%	0,36%	0,33%
Los Lagos	0,22%	0,23%	0,25%
Aysén del Gral. Carlos Ibáñez del Campo	0,16%	0,24%	0,29%
Magallanes y la Antártica Chilena	0,27%	0,27%	0,23%
Total	0,19%	0,20%	0,21%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de denuncias (SPM) y Estadísticas de la Seguridad Social 2016-2018

De total de denuncias ingresadas al sistema, entre los años 2015 y 2018, se puede apreciar en la Tabla 2-3 que la concordancia entre el evento denunciado y el efectivamente calificado como laboral por parte del ISL es alto para los accidentes, siendo cercano a un 65% y 72% de calificación de accidente del trabajo y trayecto, respectivamente. La segunda proporción que le sigue, son los accidentes sin incapacidad, siendo para los accidentes de trabajo y trayecto cercano a un 26% y un 20%, respectivamente. Los porcentajes cruzados entre accidentes de distinto tipo son marginales.

Se presenta un porcentaje bajo de accidentes calificados como comunes, siendo un 8% y un 5% para los accidentes de trabajo y trayecto respectivamente. No así las denuncias de enfermedad profesional, donde cerca de un 20% de las denuncias son calificadas como enfermedad profesional, y un 69% como enfermedad común. Cerca de un 10% de los casos no se detecta enfermedad.

Tabla 2-3: Número y porcentaje de denuncias ingresadas por tipo de evento según posterior tipo de calificación otorgada en primera instancia

Tipo de evento	Accidente de trabajo		Accidente de trayecto		Enfermedad profesional	
	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje
Accidente del trabajo	29.837	64,37%	350	2,48%	3	0,04%
Accidente de Trayecto	245	0,53%	10.115	71,68%		0,00%
Enfermedad Profesional	23	0,05%		0,00%	1.448	19,54%
Accidente de dirigente sindical en cometido gremial	3	0,01%		0,00%		0,00%
Incidente Laboral Sin Lesión	119	0,26%	32	0,23%		0,00%
Accidente ocurrido a causa o con ocasión del trabajo sin incapacidad	11.941	25,76%	100	0,71%		0,00%
Accidente ocurrido en el trayecto sin incapacidad	67	0,14%	2.740	19,42%		0,00%
Enfermedad Laboral sin incapacidad temporal ni permanente	2	0,00%		0,00%	104	1,40%
Accidente Común	3.703	7,99%	702	4,97%	1	0,01%
Siniestro de trabajador no protegido por la Ley 16.744	139	0,30%	19	0,13%	8	0,11%
Enfermedad Común	80	0,17%	4	0,03%	5.118	69,07%
No se detecta enfermedad	89	0,19%	26	0,18%	702	9,47%
Derivación a otro organismo administrador	104	0,22%	24	0,17%	26	0,35%
Total general	46.352	100,00%	14.112	100,00%	7.410	100,00%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de denuncias (SPM)

2.1.1.1 Caracterización de beneficiarios denunciantes

Del total de afiliados al seguro de la ley N°16.744, el ISL mantiene bajo su cobertura a un número promedio mensual de 873.034 de trabajadores asegurados (según datos del año 2018), lo que concentra el 14,3% del número promedio total de afiliados del sistema, valor menor en comparación al resto de las mutualidades, ACHS y Mutual de Seguridad, las cuales tienen un 41,65% y un 34,53%, respectivamente en el año 2018.

Caracterizando a los beneficiarios del seguro por edad, se puede ver en la Tabla 2-4 que se distribuyen en porcentajes similares entre las edades, a excepción de las personas mayores de 60 años, ya que es un rango que incluye menor cantidad de edades. Sin embargo al ver la distribución del tipo de evento dentro de los rangos de edad, se puede notar que en rango entre 15 y 30 años, tiene un mayor porcentaje en accidentes de trabajo, cercano al 71% del total de años considerados en la Tabla 2-4. Esto también pasa para las enfermedades profesionales para el rango de 46 a 60 años, que supera al promedio general, siendo el rango etario con mayor porcentaje en este tipo de evento. El rango de edad de más de 60 años tiene mayor porcentaje de accidentes de trayecto en los años 2017 y 2018 que el resto de rangos. Por el contrario, el rango etario de 15 a 30 años, tiene la menor proporción de denuncia de Enfermedades Profesionales.

Esto puede dar indicios de falta de conocimiento del seguro o del procedimiento del seguro para denunciar las enfermedades profesionales por parte de los beneficiarios menores a 31 años, más allá de una mejor salud por la edad. Esta causalidad no se puede determinar solo con el análisis de los datos de las denuncias, sino que necesita de un estudio de ese rango etario.

Tabla 2-4: Número de denuncias y porcentaje en el año según rango de edad del beneficiario

Rango de edad	2015		2016		2017		2018	
	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje
15-30	4.651	28,83%	5.005	28,51%	5.117	27,87%	6.053	27,64%
Accidente de trabajo	3.413	73,38%	3.596	71,85%	3.600	70,35%	4.244	70,11%
Accidente de trayecto	942	20,25%	1.033	20,64%	1.058	20,68%	1.269	20,96%
Enfermedad profesional	296	6,36%	376	7,51%	459	8,97%	540	8,92%
31-45	5.686	35,24%	6.269	35,70%	6.528	35,55%	8.024	36,64%
Accidente de trabajo	3.940	69,29%	4.204	67,06%	4.329	66,31%	5.217	65,02%
Accidente de trayecto	1.092	19,21%	1.252	19,97%	1.250	19,15%	1.490	18,57%
Enfermedad profesional	654	11,50%	813	12,97%	949	14,54%	1.317	16,41%
46-60	4.842	30,01%	5.192	29,57%	5.508	30,00%	6.358	29,03%
Accidente de trabajo	3.191	65,90%	3.326	64,06%	3.442	62,49%	3.988	62,72%
Accidente de trayecto	1.008	20,82%	1.086	20,92%	1.134	20,59%	1.322	20,79%
Enfermedad profesional	643	13,28%	780	15,02%	932	16,92%	1.048	16,48%
más de 60	950	5,89%	1.085	6,18%	1.197	6,52%	1.459	6,66%
Accidente de trabajo	618	65,05%	700	64,52%	743	62,07%	888	60,86%
Accidente de trayecto	176	18,53%	225	20,74%	275	22,97%	361	24,74%
Enfermedad profesional	156	16,42%	160	14,75%	179	14,95%	210	14,39%
Sin información	6	0,04%	7	0,04%	11	0,06%	8	0,04%
Total general	16.135	100,00%	17.558	100,00%	18.361	100,00%	21.902	100,00%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de denuncias (SPM)

Si se comparan los porcentajes del número promedio mensual de trabajadores protegidos por el seguro de la ley N°16.744 según organismo administrador y sexo del año 2018, como se muestra en la Tabla 2-5, se puede ver que los beneficiarios del ISL tienen mayor proporción de mujeres que el resto de los organismos administradores, lo cual podría ser un indicio de la vulnerabilidad de los beneficiarios del Instituto.

Tabla 2-5: Porcentaje del número promedio mensual de trabajadores protegidos por el seguro según organismo administrador y sexo del año 2018

Organismos Administradores	Hombres	Mujeres
Asociación Chilena de Seguridad	58,37%	41,63%
Mutual de Seguridad C.Ch.C.	65,67%	34,33%
Instituto de Seguridad del Trabajo	59,27%	40,73%
Total Mutualidades	61,41%	38,59%
Instituto de Seguridad Laboral	49,45%	50,55%

Organismos Administradores	Hombres	Mujeres
Total	59,70%	40,30%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de las Estadísticas de la Seguridad Social 2018

Segregando las denuncias por la variable sexo se puede ver en la Tabla 2-6, que la proporción para el sexo femenino va aumentando en los años del total de denuncias. También se puede observar que la tasa de denuncia va creciendo en los años, siendo la tasa femenina mayor que la masculina y con un crecimiento mayor.

Tabla 2-6: Número y porcentaje total de denuncias y tasa (entre paréntesis) de denuncia mensual en el año según sexo

Sexo	2015		2016		2017		2018	
	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje
F	8.483 (0,17%)	52,6%	9.562 (0,20%)	54,5%	10.388 (0,22%)	56,6%	12.352 (0,23%)	56,4%
M	7.652 (0,16%)	47,4%	7.993 (0,17%)	45,5%	7.965 (0,18%)	43,4%	9.544 (0,18%)	43,6%
Sin información	0	0,0%	3	0,0%	8	0,0%	6	0,0%
Total	16.135	100,0%	17.558	100,0%	18.361	100,0%	21.902	100,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de denuncias (SPM) y Estadísticas de la Seguridad Social del año 2015 al 2018

Comparando el número total de trabajadores protegidos por el seguro del sistema, se ve en la Tabla 2-7 que los afiliados a las Mutualidades se concentra en las entidades de gran tamaño de 1.000 y más trabajadores, y que el porcentaje de independientes es casi marginal. El ISL concentra casi el 70% de sus afiliados en entidades de 1 a 9 personas, muy por sobre el 12,28% de las mutualidades.

Tabla 2-7: Número y porcentaje de promedio mensual de trabajadores protegidos por el seguro según organismo administrador y tamaño de la entidad del año 2018

Tamaño de la entidad	Total Mutualidades		ISL	
	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje
01 a 9	642.599	12,28%	606.866	69,51%
10 - 25	493.542	9,43%	82.058	9,40%
26 - 100	845.122	16,15%	33.338	3,82%
101 - 499	1.129.447	21,58%	16.080	1,84%
500 - 999	544.723	10,41%	12.682	1,45%
1.000 y más	1.552.547	29,67%	93.615	10,72%
Independientes	24.914	0,48%	28.395	3,25%
Total	5.232.893	100,00%	873.034	100,00%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de las Estadísticas de la Seguridad Social 2018

En la Tabla 2-8 se puede ver que la mayor concentración de denuncias es de las microempresas de tamaño 1-9, superando el 40% del total de denuncias, sin embargo, si observamos la tasa podemos ver que es el segmento que realiza, en términos relativos, menos denuncias. El segundo rango con mayor proporción es de más de 1.000 trabajadores y más, correspondiendo a los empleadores de mayor tamaño, siendo estas empresas grandes. Sin embargo, las empresas con mayores tasas mensuales de denuncias son los empleadores de mayor tamaño, concentrándose en el rango de 101-499 trabajadores, siguiéndole el rango de 500-999 trabajadores, correspondientes a empresas medianas y grandes. Estas deben corresponder al segmento de empleadores del sector público, uno de los segmentos de los beneficiarios identificados por el Instituto. Sin embargo, esta aproximación no es exacta ya que contiene otro tipo de beneficiarios, ya que al agregar por actividad económica filtrando los rangos de tamaño de la entidad con menores de 101 trabajadores, se obtienen otras actividades privadas, que incluye a las clínicas, como se muestra en la

Tabla 2-9. La actividad económica de Hospitales y clínicas, incluye a entidades privadas y públicas, por lo que hace imposible calcular exactamente el número de beneficiarios denunciante del segmento, sin tener que ir caso a caso definiendo el tipo de empleador por su razón social.

Este mismo problema ocurre al ver las estadísticas de seguridad social de SUSESO; donde en la actividad económica de Servicios Sociales y de Salud, también puede contener empleadores privados, que tienen otra caracterización.

Tabla 2-8: Número y porcentaje total de denuncias y tasa (entre paréntesis) de denuncia mensual en el año, según rango de tamaño del empleador

Rango tamaño del empleador	2015		2016		2017		2018	
	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje
1-9	6.731	41,72%	7.245 (0,12%)	41,26%	7.799 (0,12%)	42,48%	10.330 (0,14%)	47,16%
10-25	2.115	13,11%	2.440 (0,21%)	13,90%	2.024 (0,22%)	11,02%	2.301 (0,23%)	10,51%
26-100	1.162	7,20%	1.037 (0,18%)	5,91%	1.080 (0,32%)	5,88%	1.105 (0,28%)	5,05%
101-499	1.378	8,54%	1.520 (0,70%)	8,66%	1.590 (1,17%)	8,66%	1.737 (0,90%)	7,93%
500-999	552	3,42%	914 (1,36%)	5,21%	841 (1,09%)	4,58%	946 (0,62%)	4,32%
1.000 y más	3.792	23,50%	4.052 (0,4%)	23,08%	4.714 (0,43%)	25,67%	5.113 (0,46%)	23,34%
independientes	405	2,51%	350 (0,4%)	1,99%	313 (0,11%)	1,70%	370 (0,11%)	1,69%
Total general	16.135	100,00%	17.558	100,00%	18.361	100,00%	21.902	100,00%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de denuncias (SPM) y Estadísticas de la Seguridad Social de los años 2015 al 2018

Tabla 2-9. Número y porcentaje de denuncias por actividad económica relacionada al Sector público en el año

Actividad Económica	2015		2016		2017		2018	
	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje
Gobierno Central	896	15,6%	1.189	18,3%	1.291	18%	1.313	16,8%
Hospitales y Clínicas	4.367	75,95%	4.968	76,36%	5.517	77,06%	6.076	77,84%
Municipalidades	0	0,00%	0	0,00%	1	0,01%	5	0,06%
Otras actividades	487	8,47%	349	5,36%	350	4,89%	412	5,28%
Total	5.750	100,00%	6.506	100,00%	7.159	100,00%	7.806	100,00%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de denuncias (SPM)

Si bien la proporción de trabajadores independientes es pequeña, se espera un crecimiento marcado para julio del año 2019, de alrededor de unos 600.000 trabajadores(as) adicionales de acuerdo a estimaciones de ISL sobre la operación renta del 2019, por la incorporación de los honorarios en el sistema de seguridad laboral.

Del total de denuncias se puede apreciar en la Tabla 2-10 que las nacionalidades extranjeras, si bien tienen una baja proporción comparado a las nacionales (94,2% en 2018), aumentan con el transcurso de los años, siendo las con mayor crecimiento la nacionalidad venezolana, siguiéndole la haitiana y colombiana.

Tabla 2-10: Número y porcentaje de denuncias en el año según nacionalidad

Nacionalidad	2015		2016		2017		2018	
	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje
Chile	15.746	97,59%	16.965	96,62%	17.585	95,77%	20.631	94,20%
Perú	173	1,07%	262	1,49%	254	1,38%	324	1,48%
Colombia	73	0,45%	113	0,64%	196	1,07%	248	1,13%
Venezuela	8	0,05%	19	0,11%	104	0,57%	289	1,32%
Haití	17	0,11%	50	0,28%	62	0,34%	185	0,84%
Bolivia	43	0,27%	65	0,37%	70	0,38%	101	0,46%
Otros	75	0,46%	81	0,46%	82	0,45%	118	0,54%
Sin información	0	0,00%	3	0,02%	8	0,04%	6	0,03%
Total general	16.135	100,00%	17.558	100,00%	18.361	100,00%	21.902	100,00%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de denuncias (SPM)

2.1.2 Diagnóstico de Denuncias

De acuerdo a las denuncias con calificaciones, existen 1.108 diagnósticos que se han calificado dentro de algún evento de origen laboral entre los años 2015 a 2018. Sin embargo, al mirar la Tabla 2-11, se puede ver que en los años rodea los 100 diagnósticos que concentran el 80% del número de denuncias, un número muy lejano al número total de diagnósticos por año, lo que hace que sea más manejable en términos de gestión de prestaciones médicas y análisis por diagnóstico.

Tabla 2-11 Número de diagnósticos distintos según año, tipo de calificación y concentración del número de denuncias

Año	2015	2016	2017	2018
Total de denuncias				
N° de diagnósticos	694	852	886	905
Accidentes de trabajo y trayecto	559	649	666	678
Enfermedad profesional	37	60	53	67
Concentración del 80% de denuncias				
N° de diagnósticos	98	108	107	105
Accidentes de trabajo y trayecto	78	86	88	87
Enfermedad profesional	12	16	10	15

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de denuncias (SPM)

En los accidentes de trabajo y de trayecto, se tiene como diagnóstico más recurrente el esguince y torcedura del tobillo, seguido por traumatismos superficiales múltiples y heridas de dedo(s) de la mano, sin daño de la(s) uña(s). Se observa que en los años se repiten los mismos diagnósticos con mayor número de denuncias, por lo que facilita la estimación de la demanda de prestaciones médicas necesarias para la compra de las prestaciones, y eventualmente, la elaboración de convenios con los prestadores médicos. Sin embargo, de los 25 diagnósticos frecuentes de la Tabla 2-12, se puede ver que 12 diagnósticos no tienen asociada una guía clínica, la cual trata de estandarizar el paquete de prestaciones médicas asociadas a cada diagnóstico, entre otras cosas. Esto constituye una dificultad para realizar esta estimación de oferta, ya que no se puede traducir completamente la demanda de diagnósticos a demanda de prestaciones médicas.

Tabla 2-12 Número y porcentaje de denuncias calificadas como accidente del trabajo o trayecto según diagnósticos más frecuentes del año 2018, y de los años 2015 al 2017.

Diagnóstico	2015		2016		2017		2018		¿Tiene guía?
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
esguinces y torceduras del tobillo	743	7,73%	1148	8,02%	1184	8,18%	1455	8,51%	Sí
traumatismos superficiales múltiples, no especificados	403	4,19%	666	4,65%	674	4,66%	907	5,30%	No
herida de dedo(s) de la mano, sin daño de la(s) uña(s)	916	9,53%	892	6,23%	748	5,17%	861	5,03%	No
contusión de la rodilla	395	4,11%	543	3,79%	506	3,50%	605	3,54%	Sí
incidente durante otras atenciones médicas y quirúrgicas	0	0,00%	0	0,00%	1	0,01%	426	2,49%	No
contractura muscular	175	1,82%	269	1,88%	303	2,09%	388	2,27%	No
traumatismo superficial de la cabeza, parte no especificada	170	1,77%	282	1,97%	328	2,27%	368	2,15%	Sí
contusión de otras partes de la muñeca y de la mano	217	2,26%	365	2,55%	306	2,12%	356	2,08%	Sí
contusión del hombro y del brazo	161	1,67%	271	1,89%	288	1,99%	347	2,03%	Sí
fractura de otro dedo de la mano	163	1,70%	290	2,02%	272	1,88%	346	2,02%	Sí

Diagnóstico	2015		2016		2017		2018		¿Tiene guía?
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
lumbago no especificado	192	2,00%	310	2,16%	278	1,92%	315	1,84%	No
contusión de la región lumbosacra y de la pelvis	193	2,01%	294	2,05%	250	1,73%	305	1,78%	Sí
contusión de dedo(s) de la mano, sin daño de la(s) uña(s)	250	2,60%	278	1,94%	231	1,60%	271	1,58%	No
cuerpo extraño en la cornea	87	0,90%	159	1,11%	191	1,32%	256	1,50%	No
esguinces y torceduras de otras partes y las no especificadas de la rodilla	124	1,29%	209	1,46%	227	1,57%	250	1,46%	Sí
herida de la muñeca y de la mano, parte no especificada	245	2,55%	221	1,54%	169	1,17%	234	1,37%	Sí
contacto con y exposición a enfermedades transmisibles no especificadas	112	1,16%	220	1,54%	350	2,42%	232	1,36%	No
herida de dedo(s) de la mano, con daño de la(s) uña(s)	38	0,40%	102	0,71%	147	1,02%	225	1,32%	No
esguinces y torceduras de dedo(s) de la mano	159	1,65%	200	1,40%	198	1,37%	220	1,29%	Sí
contusión del tórax	130	1,35%	202	1,41%	186	1,29%	218	1,27%	Sí
Total	4.873	50,7%	6.921	48,3%	6.837	47,3%	8.585	50,2%	
Otros diagnósticos frecuentes en los años 2015, 2016 y 2017									
esguinces y torceduras de la muñeca	95	0,99%	173	1,21%	179	1,24%	204	1,19%	Sí
punción o laceración accidental durante un procedimiento, no clasificadas en otra parte	36	0,37%	95	0,66%	205	1,42%	188	1,10%	No
contusión de otras partes y de las no especificadas del pie	114	1,19%	175	1,22%	162	1,12%	160	0,94%	No
herida de región no especificada del cuerpo	146	1,52%	284	1,98%	387	2,68%	149	0,87%	Sí
herida penetrante del globo ocular con cuerpo extraño	159	1,65%	119	0,83%	29	0,20%	38	0,22%	No

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de denuncias (SPM)

Para el caso de las denuncias con calificación de enfermedad profesional, se ve en la Tabla 2-13 que existen pocos diagnósticos determinados en la calificación de las denuncias, y que en los años 2016 a 2018 los 10 diagnósticos con mayor número de denuncias concentran más del 50% de las denuncias. No obstante, ningún diagnóstico posee una guía clínica con la que se pueda traducir la demanda de diagnóstico a prestaciones médicas.

Para los casos de mayor dificultad para estandarizar los paquetes de prestaciones médicas asociadas sobre cierto tipo de diagnósticos, se requiere un mayor análisis de las prestaciones médicas históricas, incorporando una mirada técnica para incorporar la pertinencia de las prestaciones para los diagnósticos.

Tabla 2-13. Número y porcentaje de diagnósticos más frecuentes para enfermedades profesionales. Años 2015 a 2018.

Diagnóstico	2015		2016		2017		2018	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
trastornos de adaptación	9	5,56%	65	17,62%	160	32,45%	207	37,50%
síndrome de manguito rotatorio	14	8,64%	17	4,61%	22	4,46%	33	5,98%
dermatitis de contacto por irritantes, debida a detergentes	1	0,62%	13	3,52%	62	12,58%	30	5,43%
trastorno mixto de ansiedad y depresión	5	3,09%	16	4,34%	26	5,27%	29	5,25%
dermatitis de contacto por irritantes, de causa no especificada	9	5,56%	15	4,07%	6	1,22%	20	3,62%
epicondilitis lateral	7	4,32%	33	8,94%	25	5,07%	18	3,26%
neumoconiosis debida a otros polvos que contienen sílice	11	6,79%	23	6,23%	10	2,03%	17	3,08%
fiebre q		0,00%		0,00%	1	0,20%	17	3,08%
hipoacusia mixta conductiva y neurosensorial, bilateral	0	0,00%	7	1,90%	16	3,25%	15	2,72%
episodio depresivo moderado	3	1,85%	14	3,79%	10	2,03%	13	2,36%
Total	59	36,42%	203	55,0%	338	68,6%	399	72,28%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de denuncias (SPM)

2.1.3 Oferta de prestaciones médicas

Se tiene solo información de los prestadores médicos que están actualmente en convenio con ISL y no del total de prestadores médicos que existen en el sistema de salud (Tabla 2-14).

Se ve que existe un mayor número de convenios públicos (179) que privados (54), siendo la Región Metropolitana con mayor número de ambos. También existen regiones que no tienen prestadores privados, como es el caso de Arica y Ñuble. Sin embargo, como más adelante se desarrolla, el convenio con la Asociación Chilena de Seguridad (ACHS), que esta contabilizado en la Región Metropolitana, incluye todas las sedes y centros de salud de la ACHS desplegados en todas las regiones del país, por lo que la información de la Tabla 2-14 estaría incompleta en términos de números de establecimientos médicos desplegados por región.

Tabla 2-14: Número de prestadores médicos en convenio según Región y Sector

Región	Sector Privado	Sector Público	N° prestadores médicos	N° prestadores con prestaciones ambulatorias	N° prestadores con prestaciones hospitalarias
Región de Arica y Parinacota		1	1	1	1
Región de Tarapacá	1	1	2	2	2



Región	Sector Privado	Sector Público	N° prestadores médicos	N° prestadores con prestaciones ambulatorias	N° prestadores con prestaciones hospitalarias
Región de Antofagasta	1	6	7	6	6
Región de Atacama	4	5	9	9	8
Región de Coquimbo	2	9	11	11	11
Región de Valparaíso	7	22	29	28	24
Región Metropolitana	18	23	41	37	32
Región Libertador B. O'Higgins	5	15	20	19	17
Región del Maule	2	14	16	15	14
Región del Ñuble		8	8	8	8
Región del Biobío	5	21	26	25	23
Región de la Araucanía	3	21	24	22	22
Región de los Ríos		7	7	7	7
Región de Los Lagos	3	18	21	20	19
Región de Aysén	1	5	6	5	5
Región de Magallanes	2	3	5	5	4
Total general	54	179	233	220	203

Fuente: Elaboración propia a partir de planilla Convenios en Vigencia 2019

Viendo los tipos de prestadores en convenio con el ISL, se aprecia que la mayoría de estos atiende los tipos de prestaciones ambulatorias y hospitalarias. Sin embargo, al ver los tipos de prestación, se ve que existen pocos prestadores que atiendan áreas de especialización, solo un 13% de ellos. Además, los peritajes clínicos de patología de la voz y respiratorias, las prestaciones de neuro-rehabilitación y traumatológicas, y el servicio de llenado bomba de Baclofeno solo están disponibles en la Región Metropolitana.

Tabla 2-15: Número de prestadores en convenio por tipo de prestación

Tipo de Prestación	N° de prestadores
Ayudas Técnicas y Ortesis	2
Cuidados Domiciliarios	11
Exámenes Vigilancia	1
Peritajes Clínicos	3
Peritajes Clínicos (Patologías de la Voz)	1
Peritajes Clínicos (Patologías Musculo Esqueléticas)	2
Peritajes Clínicos (Patologías Respiratorias)	1
Prestaciones Médicas	203
Prestaciones Médicas de Rehabilitación	1
Prestaciones Médicas de Salud Mental	3



Tipo de Prestación	N° de prestadores
Prestaciones Médicas Kinesiología a Domicilio	1
Prestaciones Médicas Neuro-rehabilitación	2
Prestaciones Médicas Traumatológicas	1
Serv. Llenado Bomba de Baclofeno	1
Total general	233

Fuente: Elaboración propia a partir de planilla Convenios en Vigencia 2019

En cuanto a los prestadores en convenio que ofrecen prestaciones médicas en establecimientos, excluyendo a los prestadores de peritajes, prestaciones preventivas y prestaciones de cuidados posteriores al tratamiento médico de caso, se tiene el número de 211 prestadores, los cuales se despliegan territorialmente como se muestra en la Tabla 2-16. Este número considera como 1 solo prestador de la Región Metropolitana a la ACHS, la cual tiene 87 establecimientos de salud en todas las regiones de Chile, según la información de prestadores en convenio presentada en el sitio web de ISL, que no se contabilizan en esta tabla.

Tabla 2-16: Número de prestadores en convenio con prestaciones médicas

Región	Privado	Público	Total general
Región de Arica y Parinacota		1	1
Región de Tarapacá	1	1	2
Región de Antofagasta		6	6
Región de Atacama	4	5	9
Región de Coquimbo	2	9	11
Región de Valparaíso	5	22	27
Región Metropolitana	8	23	31
Región Libertador B. O'Higgins	3	15	18
Región del Maule	1	14	15
Región del Ñuble		8	8
Región del Bio Bio	3	21	24
Región de la Araucanía	1	21	22
Región de los Ríos		7	7
Región de Los Lagos	2	18	20
Región de Aysén		5	5
Región de Magallanes	2	3	5
Total general	32	179	211

Fuente: Elaboración propia a partir de planilla Convenios en Vigencia 2019

Viendo la información más detallada de los prestadores en convenio sistematizada en los mapas de prestadores en convenio, se puede ver en la Tabla 2-17 que existen distintos ámbitos de prestaciones médicas con sus

respectivos tipos de prestación en 12 Regiones de Chile, por lo que es la información necesaria para realizar el cálculo de la oferta de prestaciones médicas.

Los 24 prestadores médicos son en su mayoría privados, a excepción del Hospital Militar del Norte de Antofagasta, y dos establecimientos de CAPREDENA en Limache y La Florida. Este número de prestadores con la información sistematizada y detallada de los convenios es bastante menor al número total de prestadores en convenio de la Tabla 2-16, siendo 32 prestadores privados y 179 públicos. Además, tampoco considera la oferta de prestaciones médicas de los establecimientos de la ACHS que están desplegados en todas las regiones. Este cálculo limitado de la red de prestadores que actualmente tiene el ISL dificulta el cálculo real de la oferta por prestaciones médicas, y por ende, del ajuste real de oferta y demanda.

Tabla 2-17: Detalle del total de prestadores en convenio de mapas de prestadores en convenio por ámbito y tipo de prestación médica

Ámbitos de Prestaciones médicas	Tipo de prestación	Detalle
N° camas Críticas	Camas UCI/UTI	87 camas 14 prestadores
	Camas Intermedio	110 camas 13 prestadores
Intervenciones Quirúrgicas	Baja complejidad o Ambulatorias	18 prestadores
	Mediana Complejidad	17 prestadores
	Gran complejidad	14 prestadores
Rehabilitación	Kinesioterapia	19 prestadores
	Terapia Ocupacional	15 prestadores
	Psicología	19 prestadores
	Fonoaudiología	16 prestadores
Especialidades	Fisiatras	25 profesionales 12 prestadores
	Traumatólogos	217 profesionales 19 prestadores
	Neurólogos	33 profesionales 19 prestadores
	C. Plásticos	28 profesionales 13 prestadores
	Internista	76 profesionales 20 prestadores
	Psiquiatra	38 profesionales 16 prestadores
	Otros (otorrino, Máxilo facial, dental, oftalmología)	16 prestadores
Imagenología	RNM (Resonancia)	16 prestadores
	Scanner (TAC)	19 prestadores
Urgencia	Atención de Urgencia	18 prestadores
	N° de Box urgencia	219 box 18 prestadores
Nivel Complejidad	Baja	7 prestadores

Ámbitos de Prestaciones médicas	Tipo de prestación	Detalle
	Mediana	13 prestadores
	Alta	4 prestadores
	Total	24 prestadores

Fuente: Elaboración propia a partir de mapas de prestadores en convenio

2.1.4 Ajuste de oferta y demanda por Prestaciones médicas

En esta sección se propone un modelo de análisis para el ajuste de oferta y demanda real de prestaciones médicas del ISL. Si bien existen distintas fuentes de información y bases de datos pertenecientes al Instituto, éstas no son completas para realizar el ajuste de la demanda y oferta completa. Por el lado de la oferta, se utilizó la planilla de mapas de prestadores médicos con información sistematizada de distintos tipos de prestaciones médicas, la cual no tiene el total de la red de prestadores médicos en convenio por establecimientos a nivel nacional, por lo que sería un cálculo de oferta incompleto por prestaciones médicas.

Para calcular la demanda de prestaciones médicas, se utiliza la información de las denuncias de la “Supertabla” y la información de las guías clínicas desarrolladas por CAPREDENA para las prestaciones ambulatorias. Las guías de CAPREDENA se utilizaron para poder traducir la demanda de diagnósticos por denuncias calificadas de origen laboral a demanda de prestaciones médicas, ya que estas definen paquetes estandarizados de prestaciones médicas para un conjunto de diagnósticos, con prestaciones necesarias y opcionales dependiendo del caso y opinión médica del profesional tratante. Sin embargo, como se indicó anteriormente, las guías clínicas no incluyen la totalidad de diagnósticos, por lo cual limita también el cálculo de la demanda por prestaciones médicas.

Dado el tiempo acotado para la realización del análisis, se escogió una región para realizar el ajuste de oferta y demanda, la cual fue escogida en función de un bajo número de prestadores privados en convenio (2 prestadores) y número de estos prestadores que se encuentran sistematizados en los mapas de prestadores.

2.1.4.1 Región de Tarapacá

La Región de Tarapacá cuenta con un solo prestador médico privado que tiene sistematizada la información de su oferta por prestaciones médicas, que tiene las siguientes características:

Tabla 2-18: Detalle de tipos de prestación en convenio con la Clínica Iquique

Ámbitos de Prestaciones médicas de Prestador	Tipo de prestación	En Convenio Clínica Iquique
N° camas Críticas	Camas UCI/UTI	0
	Camas Intermedio	5
Intervenciones Quirúrgicas	Baja complejidad o Ambulatorias	SI
	Mediana Complejidad	SI
	Gran complejidad	SI
Rehabilitación	Kinesioterapia	SI

Ámbitos de Prestaciones médicas de Prestador	Tipo de prestación	En Convenio Clínica Iquique
	Terapia Ocupacional	NO
	Psicología	SI
	Fonoaudiología	NO
Especialidades	Fisiatras	0
	Traumatólogos	1
	Neurólogos	1
	C. Plásticos	1
	Internista	3
	Psiquiatra	0
	Otros (otorrino, Máxilo facial, dental, oftalmología)	NO
Imagenología	RNM (Resonancia)	NO
	Scanner (TAC)	SI
Urgencia	Atención de Urgencia	SI
	N° de Box urgencia	10
Nivel Complejidad del Prestador en Convenio		Mediana

Fuente: Elaboración propia a partir de información de mapas de prestadores en convenio

Las características de la Clínica Iquique presentadas componen la oferta de prestaciones médicas por número de camas disponible y nivel de complejidad para intervenciones quirúrgicas, que se disponen para una demanda de mayor gravedad o complejidad; terapias de rehabilitación para los casos que requiera un tratamiento; especialistas y servicios disponibles, como lo es el servicio de imagenología y de urgencia.

Se destaca que esta oferta es incompleta, ya que falta incorporar la información detallada del resto de prestadores médicos con establecimientos en esta Región, que son el establecimiento de la ACHS en Iquique, que dispone de prestaciones médicas ambulatorias, y el Hospital de Iquique Ernesto Torres Galdames, que si bien este último puede tener una oferta limitada para prestaciones médicas ambulatorias, puede ser considerado para los casos críticos en evento más graves.

Por el lado de la demanda, se realiza un filtro del total de denuncias según la comuna de ocurrencia de los tipos de eventos perteneciente de la Región, obteniendo los siguientes números de denuncias según guía clínica asociada a cada diagnósticos con calificación del evento de origen laboral en el año 2018, como se muestra en la Tabla 2-19. Del total de diagnósticos con de origen laboral, se tiene que el 51,8% está incluido en alguna guía clínica, por lo que este es un cálculo de demanda incompleto de prestaciones médicas.

Tabla 2-19: Número de denuncias mensuales con diagnósticos que se incluyen en las guías clínicas en el año 2018

N°	Nombre Guía Clínica	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.	Total
1	Cuerpo extraño ocular (externo)	1							1					2
2	Esguince de tobillo grado I-II	4		5	5	3	3	1	1	4	4	4	4	38
3	Contusiones músculos-esqueléticas	3	10	9	6	4	10	6	3	6	10	3	2	72
4	Lumbago mecánico					1	1	3	1	1	3	1		11

N°	Nombre Guía Clínica	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.	Total
5	Contusión simple de cabeza	2					1	2	3		1	1	2	12
6	Fractura costal		1				1							2
7	Heridas de los dedos de la mano	1	2	2	1	1	2	1	2	11	5	9	3	40
8	Fracturas de los dedos de la mano				2	2	1				1	1		7
9	Heridas de muñeca y mano	3	1	1	2		2	2	1		3			15
10	Esguince de muñeca			1	1			1			1	3	1	8
11	Esguince cervical			1			3		1					5
12	Esguince de rodilla		1	2			1					1	1	6
13	Heridas de extremidad inferior		1						1	1	2			5
14	Esguince dedos de la mano	1					1		2					4
15	Heridas de cabeza y cuero cabelludo		1	1						1			1	4
	Sin guía	20	18	22	28	26	17	18	14	14	17	7	14	215
	Total general	42	38	49	54	53	51	47	37	49	53	40	28	541

Fuente: Elaboración propia a partir de las guías clínicas y los datos de denuncias de SPM

En la Tabla 2-20, se puede apreciar las prestaciones médicas asociadas a cada ficha clínica, según ámbito de prestación, dependiendo de si es una prestación necesaria para el tratamiento del diagnóstico asociado, o si es opcional dependiendo de la opinión médica según la complejidad o gravedad del caso. Las prestaciones médicas necesarias se consideran como la demanda fija que debe requerir el Instituto, y las prestaciones opcionales como la demanda variable que depende de distintas condiciones del paciente.

En las prestaciones de Rehabilitación, se tiene la opción de requerir entre un rango de sesiones de Kinesioterapia, lo que significa agregar el número de sesiones como otra variable a considerar en el cálculo de la demanda variable.

Tabla 2-20: ámbito y prestaciones médicas asociadas a cada N° de guía clínica según prestaciones médica necesarias y opcionales

Prestación médica /N° de guía clínica	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	Total general
Prestaciones médicas necesarias																
Consulta	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	2	15
Atención de Urgencia		1	1	1	1	1	1		1	1	1	1		1	2	13
Consulta médica general	1												1			2
Curación	1						1	2								4
Especialidades	1										1	1				3
Consulta médica especialidad (traumatólogo)											1	1				2
Otros (otorrino, máxilo facial, dental, oftalmología)	2															2
Imagenología					1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	9
Radiografía						1	1		1	1	1	1	1	1		7
TAC															1	1

Prestación médica /N° de guía clínica	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	Total general
TAC/Radiografía					1											1
Prestaciones médicas opcionales																
Consulta		1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	16
Atención de Urgencia								1					1			2
consulta médica general (de seguimiento)		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	13
Curación													2			2
Especialidades		1	1		1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	12
N° neurólogos					1										1	2
N° traumatólogo		1	1	1		1	1	1	1	1	1	1		1		11
Imagenología		1	1	2		1	1	1	1	1	2	3		2		16
Otra (Ultrasonografía, RNM)												2		1		3
Radiografía		1	1	1			1	1	1		1	1				8
TAC						1				1						2
TAC/RNM				1							1					2
Intervenciones Quirúrgicas														1		1
Tratamiento quirúrgico ambulatorio														1		1
Rehabilitación		1	1	1	1			1	1	1	1	1		1	1	10
Kinesioterapia		1	1	1	1			1	1	1	1	1		1	1	10
Kinesioterapia					1							1			1	3
Kinesioterapia (2-10 sesiones)		1														1
Kinesioterapia (3-10 sesiones)			1													1
Kinesioterapia (5 -10 sesiones)				1												1
Kinesioterapia (5-10 sesiones)								1	1							2
kinesioterapia (5-7 sesiones)											1			1		2

Fuente: Elaboración propia a partir de las guías clínicas y los datos de denuncias de SPM

Al hacer el análisis de los casos de gravedad, se observa que la clínica no cuenta con camas disponibles para este tipo de atenciones (UCI/UTI), sino solo intermedias. Sin embargo, los datos del año 2018 muestran que se produjeron un total de 24 casos de gravedad, para los cuales se tiene el supuesto que se requerirían camas UCI/UTI. En efecto, se registran entre 1 y 6 casos por mes, para los que no habría existido cobertura. Sin embargo, este análisis puede ser una aproximación inexacta, ya que existe un caso en el mes de mayo registrado como “accidente ocurrido a causa o con ocasión del trabajo sin incapacidad”, que podría no haber requerido este tipo de camas, por lo que habría que realizar un análisis detenido de los casos para identificar alguna otra variable relevante para identificar la necesidad de estas camas críticas. Los datos se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 2-21. Número de denuncias, accidentes graves.

Gravedad del accidente	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic	Total
Grave	1	4	4	2	3	6	2	1				1	24
Accidente de Trayecto	1	1			2	1	2						7
Accidente del trabajo		3	4	2		5		1				1	16
Accidente ocurrido a causa o con ocasión del trabajo sin incapacidad					1								1

Fuente: Elaboración propia a partir de las guías clínicas y los datos de denuncias de SPM

Para calcular la capacidad efectiva de atención que tendría la Clínica Iquique, y por ende, el ajuste de la oferta con la demanda, se realizó un cruce de la demanda mensual de diagnóstico con las prestaciones fijas y variables asociadas a cada diagnóstico de la ficha clínica, obteniendo la Tabla 2-22, y una comparación con la existencia o no del tipo de prestación en convenio con la Clínica Iquique y la cantidad de cupos o capacidad para dicha prestación, en caso de existir.

El caso más complejo de estimar corresponde a la rehabilitación de kinesioterapia, la cual tiene un carácter opcional. En esta prestación, los pacientes requieren un rango de sesiones, por lo que no se tiene certeza del número exacto demandado en caso de requerirse esta rehabilitación.

En este caso, las estimaciones se dividieron en dos tipos: la demanda inferior considerando que todos los pacientes requirieron el mínimo de sesiones del rango, y la demanda superior considerando que todos los pacientes requirieron el máximo de sesiones. Por ejemplo, si el rango es de 2 a 10 sesiones, la demanda mínima es de 2 sesiones y la demanda máxima de 10 sesiones. Se tomó como supuesto que las sesiones se distribuían equitativamente en cada mes del año, considerando una sesión por mes. De este modo, los pacientes ingresados en enero recibían sesiones en enero, febrero, marzo, y así sucesivamente hasta llegar al número de sesiones requerida.

De este modo, la estimación de sesiones entre los meses de julio y diciembre ya consideraba un historial de sesiones pendientes del primer semestre, por lo que constituirían una estimación más realista de la demanda mínima y máxima por atenciones de kinesioterapia, con lo que se calculó un promedio mensual de sesiones: entre 44 y 114 sesiones mensuales. Sin embargo, al contrastar este valor de la demanda con la oferta, se observa que si bien existe convenio del servicio de kinesioterapia, no es posible conocer la capacidad de la clínica de dar respuesta a esta posible demanda, dado que no se cuenta con información de la cantidad de kinesiólogos disponibles para la atención de los pacientes de ISL.

En segundo lugar, se analizan las especialidades de traumatología y neurología, que cuentan con un profesional cada una. Los promedios mensuales muestran que existe menos de una consulta mensual bajo el formato de prestación necesaria para ambas especialidades, mientras existe un promedio de demanda variable de 1,3 atenciones de neurología y 17 atenciones de traumatología. Con esto, se estima que sí es posible cubrir la demanda, considerando una demanda estable de atenciones entre mes y mes (un profesional podría atender 17 atenciones al mes).

En tercer lugar, se analizan las especialidades agrupadas en la categoría “Otros”. En este caso, la demanda es menor a una atención por mes, pero se trata de una prestación sin convenio, por lo que dicha demanda no está cubierta.

En cuarto lugar, se estima la demanda por imagenología. En el caso de scanner (TAC) y Radiografía, existe convenio que puede cubrir la demanda, pero para las resonancia (RNM) no existe un convenio, pese a que sí existe una posible demanda variable por dicha prestación (16 casos en el año 2018).

Finalmente, se analizan las atenciones de urgencia. En este tipo de prestación, la clínica tiene un total de 10 box, que dan abasto para las atenciones de urgencia observadas (18 atenciones mensuales promedio de demanda fija).

Tabla 2-22: Número de prestaciones médicas necesarias y opcionales mensual de la Región de Tarapacá en el año 2018

Mes	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.
Prestaciones médicas necesarias												
Consulta	15	18	23	15	9	25	16	16	25	29	22	15
Atención de Urgencia	14	17	23	15	9	25	16	14	24	27	22	15
Consulta médica general	1	1	0	0	0	0	0	2	1	2	0	0
Curación	8	4	4	5	1	6	5	5	11	11	9	3
Especialidades	1	1	1	0	0	3	0	3	1	2	0	0
Consulta médica especialidad (traumatólogo)	0	1	1	0	0	3	0	2	1	2	0	0
Otros (otorrino, Máxilo facial, dental, oftalmología)	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0
Imagenología	3	4	5	3	2	8	3	7	2	5	6	5
Radiografía	1	3	4	3	2	7	1	4	1	4	5	2
TAC	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1
TAC/Radiografía	2	0	0	0	0	1	2	3	0	1	1	2
Prestaciones médicas opcionales												
Consulta	14	17	22	19	13	27	16	15	24	31	24	14
Atención de Urgencia	0	1	0	2	2	1	0	1	1	3	1	0
consulta médica general (de seguimiento)	14	16	22	17	11	26	16	14	23	28	23	14
Curación	0	2	0	0	0	0	0	2	2	4	0	0
Especialidades	14	16	22	17	10	25	13	13	22	25	22	14
N° neurólogos	2	1	1	0	0	1	2	3	1	1	1	3
N° traumatólogos	12	15	21	17	11	25	14	11	22	27	22	11
Imagenología	13	17	26	17	12	32	17	15	23	30	25	13
Otra (Ultrasonografía, RNM)	1	2	4	0	0	3	0	2	0	0	2	2
Radiografía	11	14	20	16	11	23	13	9	22	26	19	10
TAC	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	3	1
TAC/RNM	0	0	1	0	1	4	3	2	1	3	1	0



Mes	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.
Intervenciones Quirúrgicas	1	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0
Tratamiento quirúrgico ambulatorio	1	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0
Rehabilitación (Kinesioterapia) máxima	10	20	37	48	58	98	90	98	107	125	131	130
Rehabilitación (Kinesioterapia) mínima	10	20	33	41	36	42	44	44	39	48	48	43

Fuente: Elaboración propia a partir de las fichas clínicas y los datos de denuncias de SPM

2.1.5 Hallazgos referentes a procesos y sistemas informáticos

Viendo las fechas de las denuncias y la fecha del accidente efectivo denunciado, ya sea de trabajo o trayecto, se puede apreciar en la Tabla 2-23 que cercano a un 60% de las denuncias realizadas se realizan entre 1 y 15 días después de ocurrido el accidente. No obstante, existen porcentajes altos de denuncias con más días, siendo cercano a un 10% denuncias que se realizaron con más de 3 meses de diferencia.

Lo anterior puede deberse a que existen accidentes sobre los que ISL no tiene conocimiento, hasta que el beneficiario tiene un problema respecto del proceso de uso del seguro, como el rechazo de licencia médica o la necesidad de reembolso, o requerimiento de nueva prestación médica por secuela.

Tabla 2-23: Número y porcentaje de denuncias de accidentes en el año según rango de días después en que se realiza la denuncia de ocurrido el accidente

Días después de denuncia día de accidente	2015		2016		2017		2018	
	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje
día de accidente	934	6,49%	979	6,35%	735	4,64%	729	3,88%
1-15	8.627	59,97%	8.662	56,14%	9.797	61,84%	12.201	64,95%
15-30	1.445	10,04%	1.834	11,89%	2.044	12,90%	2.323	12,37%
30-60	1.321	9,18%	1.772	11,49%	1.333	8,41%	1.303	6,94%
60-90	592	4,12%	840	5,44%	523	3,30%	496	2,64%
más de 3 meses	1.467	10,20%	1.341	8,69%	1.410	8,90%	1.733	9,23%
Total general	14.386	100,00%	15.428	100,00%	15.842	100,00%	18.785	100,00%

Fuente: Elaboración propia a partir de las guías clínicas y los datos de denuncias de SPM

Observando las primera atenciones recibidas luego de ingresada la denuncia, se puede ver en la Tabla 2-24 que más del 80% de las denuncias realizadas en el año emiten la orden de primera atención el mismo día que se realiza la denuncia. Sin embargo, existe un porcentaje importante de denuncias en donde no se tiene información sobre esta primera atención, sobrepasando el 10% de las denuncias ingresadas, sin conocer si se debe a que no era pertinente la prestación médica, error manual de ingreso u otra razón.

Tabla 2-24: Número y porcentaje de denuncias en el año según rango de días después en que se realiza primera atención (OPA)

Días después de denuncia	2015		2016		2017		2018	
	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje
Mismo día	13.995	86,74%	14.607	83,19%	15.268	83,15%	18.006	82,21%
1-5 días	78	0,48%	201	1,14%	208	1,13%	457	2,09%
6-30 días	71	0,44%	92	0,52%	84	0,46%	313	1,43%
Más de 30 días	47	0,29%	73	0,42%	83	0,45%	148	0,68%
Sin información	1.944	12,05%	2.585	14,72%	2.718	14,80%	2.978	13,60%
Total general	16.135	100,00%	17.558	100,00%	18.361	100,00%	21.902	100,00%

Fuente: Elaboración propia a partir de las fichas clínicas y los datos de denuncias de SPM

Si se ven los plazos cumplidos para la emisión de la calificación, se puede ver las diferencias entre los accidentes o las enfermedades profesionales, siendo estas últimas con plazos mayores a los accidentes, teniendo cercano a un 38% de denuncias con calificaciones emitidas después de 3 meses, a diferencia de un 8% de los accidentes. Para el año 2018 en particular, se tuvo un 26,79% del total de denuncias de enfermedades profesionales con una calificación realizada después mayor a 3 meses.

También se puede ver que existe un alto porcentaje para todo tipo de evento, siendo este mayor para los accidentes, con calificaciones emitidas previas a la fecha de la denuncia, lo cual no tiene una causa clara que se pueda deducir de los datos.

Tabla 2-25: Número y porcentaje de denuncia en el total de años de SPM según rango de días de emisión de calificación

Días posteriores de denuncia para calificación	Accidente de Trabajo		Accidente de Trayecto		Enfermedad Profesional	
	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje
Calificación antes de denuncia	12.402	20,58%	3.257	18,10%	1.159	10,36%
0-4 días	14.536	24,13%	3.979	22,11%	55	0,49%
4-10 días	12.824	21,29%	3.941	21,90%	73	0,65%
11-30 días	9.520	15,80%	3.343	18,58%	451	4,03%
31-90 días	2.821	4,68%	874	4,86%	2.617	23,40%
mayor a 90 días	4.326	7,18%	1.526	8,48%	4.213	37,67%
Sin calificación	3.820	6,34%	1.074	5,97%	2.617	23,40%
Total general	60.249	100,00%	17.994	100,00%	11.185	100,00%

Fuente: Fuente: Elaboración propia a partir de las fichas clínicas y los datos de denuncias de SPM

3 EXPERIENCIAS COMPARADAS EN CLASIFICACIÓN DE PACIENTES

Los seguros de accidentes y enfermedades laborales, al igual que los seguros de salud en general, operan en condiciones de fuertes asimetrías de información, donde el prestador de salud no necesariamente tiene acceso a toda la información para la intervención del paciente. Por otro lado, el asegurador tampoco cuenta con toda la información necesaria para costear adecuadamente las acciones realizadas por los prestadores (Cano y Cano, 2009).

A nivel nacional, el seguro de accidentes y enfermedades laborales se encuentra gestionado en su mayor parte por las mutualidades adscritas a la ley N°16.744, como el Instituto de Seguridad Laboral, que en la práctica actúa como una mutualidad estatal (Miranda, 2016). En el caso de las mutualidades privadas, se trata de instituciones que con el tiempo han desarrollado capacidades hospitalarias propias, aunque con mayor énfasis en el tratamiento de accidentes y no en la prevención o las enfermedades laborales. En el caso del Instituto de Seguridad Laboral, se trata de un organismo que carece de infraestructura propia, y por tanto depende de los precios fijados por la red pública de salud y por prestadores privados como los pertenecientes a las mutualidades.

La estructura del seguro de accidentes laborales en Chile, que no considera copago y se financia de manera solidaria, ha sido tradicionalmente bien evaluada por los trabajadores, pero ha sido evaluada de manera negativa en cuanto a sus incentivos a aumentar los costos del sistema (Miranda, 2016). Por un lado, las mutualidades tendrían una mayor tendencia a quedarse con los segmentos económicamente más atractivos y de menor riesgo y, por otra, se encuentra el ISL, que opera como opción “por defecto”, que acoge al segmento de empresas de menor atractivo y mayor riesgo (Miranda, 2016).

Como una forma de aproximarse al costo de los tratamientos financiados por los seguros, y de esta forma poder hacer gestión sobre ellos, desde la década de 1970 se han venido desarrollando a nivel internacional una serie de Sistemas de Clasificación de Pacientes (SCP) que permiten agrupar patologías similares, dando lugar a posteriores estimaciones de los costos que implican su tratamiento (González, 2010). Estas clasificaciones pueden ser de dos tipos: 1) dependientes del diagnóstico e 2) independientes del diagnóstico. Entre los primeros aparecen los Grupos Relacionados por Diagnóstico (GRD), Disease Staging (DS), Patient Management Categories (PMC) y Adjusted Clinical Groups (ACG), entre otras metodologías. Entre las pertenecientes al segundo grupo aparecen principalmente los Resource Utilization Groups (RUG) y sus derivados. Es importante señalar que estos métodos, en general, se construyen a partir de la tipología de enfermedades de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Si bien en un principio los SCP se orientaban principalmente a generar categorizaciones para la gestión clínica de los pacientes, con el tiempo su uso se amplió, al servir de aproximaciones funcionales al costeo de los servicios de salud. De esa forma, se plantea como una alternativa intermedia al micro-costeo basado en cada una de las actividades realizadas por paciente, así como al costeo medio del total de intervenciones realizadas por un establecimiento de salud (Lenz-Alcayaga, 2010).

Para efectos de estructura, este capítulo presenta cuatro metodologías de clasificación, presentando en cada caso una revisión a casos aplicados a política pública¹.

3.1 RESOURCE UTILIZATION GROUPS (RUG)

Los Grupos por Utilización de Recursos (Resource Utilization groups, RUG) corresponden a una metodología de clasificación de pacientes desarrollada inicialmente a mediados de la década de 1980, y que se distinguen por su conformación de grupos de manera independiente al diagnóstico de los pacientes (Björkgren et al., 1999).

A diferencia de otras metodologías como GRD, la metodología de construcción de grupos se asocia al nivel de dependencia de los pacientes con respecto a actividades tales como movilidad, cuidados y alimentación. Este método ha sido principalmente utilizado para cuidados de la tercera edad, donde los periodos de hospitalización suelen ser más largos, y por tanto los costos no necesariamente se correlacionan con el diagnóstico de ingreso (Björkgren et al, 1999).

En su versión IV, la construcción de los RUG se basa en ocho categorías primarias²:

- Rehabilitación y servicios extensivos
- Rehabilitación
- Servicios extensivos
- Cuidado especial alto
- Cuidado especial bajo
- Clínicamente complejo
- Síntomas del Comportamiento y Desempeño cognitivo
- Funcionamiento físico reducido

De forma adicional, a los ocho grupos RUG se le suma el uso de un indicador secundario, el índice ADL (*Activities of Daily Living*). Este índice se construye a partir de una escala variable cuyo mínimo y máximo por grupo va de la nota 0 a 16, y que especifica el nivel de intensidad de uso de recursos dentro de cada categoría. De esta forma, se llega a la construcción de los 66 grupos que hoy componen la metodología RUG-IV.

En términos de su presencia en la literatura, RUG cuenta con cerca de 1.960 referencias en Google Scholar.

¹ Si bien en un principio se esperaba realizar un análisis de experiencias comparadas de instituciones similares al ISL en relación a sus modelos de gestión de prestaciones médicas, en reunión del día 14 de mayo se acordó una nueva orientación hacia un análisis comparado de metodologías de costeo de prestaciones médicas, con profundización en al menos un caso de sistema de salud ocupacional donde se encuentren características institucionales similares a las enfrentadas por el ISL.

² RUG-IV CLASSIFICATION SYSTEM (66 Group) WITH MEDICARE CASE MIX INDICES FOR 10/1/2011. <https://nursinghomehelp.org/wp-content/uploads/2017/11/RUG-IVMedicareSNFPSCMI100111.pdf>

Tabla 3-1: Casos de implementación de RUG

RUG en Finlandia

Björkgren et al. (1999) analizan la precisión de una metodología de costeo RUG III simplificado a 22 grupos en Finlandia, para un total de 1.964 pacientes en instalaciones de cuidados de salud de largo plazo de dependencia municipal. Para el estudio del uso de recursos y la dedicación de los profesionales, se realizó un levantamiento de información primaria a partir del tiempo dedicado por los equipos de los centros de salud en el cuidado de pacientes.

El estudio realizado concluye que los RUG contribuyen a explicar el 38,2% de la varianza en el costo del cuidado de pacientes, considerando costos de enfermería y staff auxiliar. Se percibe además que los costos al interior de cada grupo son relativamente homogéneos (Björkgren, 1999).

3.2 GRUPOS RELACIONADOS POR DIAGNÓSTICO (GRD)

Una de las metodologías utilizadas para el control de costos en seguros de salud, es la creación de Grupos Relacionados por Diagnóstico (GRD). Si bien en un principio se orientaba a apoyar la revisión de casos, con el tiempo adoptó la forma de una metodología de pagos entre seguros y prestadores médicos (Bentes et al., 1996). Esta metodología, surgida a partir del mercado de seguros de salud de Estados Unidos, se expandió internacionalmente a partir de la década de los 80', y actualmente cuenta con un uso relevante a nivel de seguros públicos de salud con el objetivo de contener costos de los servicios. Es también la metodología con mayor literatura dedicada, contando con cerca de 41.600 referencias académicas en Google Scholar.

Pese a su origen común, la implementación de sistemas de GRD varía de manera importante entre distintos países. Por ejemplo, mientras en los Países Bajos el número de códigos de GRD alcanzó los 4.000 al año 2011, el sistema Medicare en Estados Unidos contaba con 990 al año 2018³.

Para la implementación de GRD, se consideran como requisitos cuatro elementos (Paolillo et al, 2012):

- Recopilación de datos al alta del paciente (egresos).
- Generación de un número acotado de grupos.
- Cada grupo debe tener coherencia clínica.
- Cada grupo debe consumir un monto similar de recursos.

Una diferencia histórica, que configuró la forma en cómo se implementaron los GRD en Estados Unidos y en países de la Unión Europea. Por un lado, en Estados Unidos se transitó a los GRD desde un sistema de mercado con actores públicos y privados, donde predominaba el pago por servicios en salud (*fee-for-service*). Por el contrario, en países europeos el tránsito ocurrió mayoritariamente desde una política de presupuestos globales (*global budgets*), en el contexto de servicios nacionales de salud propios del Estado de Bienestar. Esta diferencia se asociaría al hecho de que, mientras en Estados Unidos los GRD ha contribuido a controlar costos, en la Unión Europea este no ha sido el resultado y los costos continúan al alza.

Una de las principales críticas realizadas a los GRD en la década de los 80' fue su foco inicial en el diagnóstico con exclusión de la severidad de la condición de salud. Esto dio lugar a metodologías como Disease Staging

³ Appendix A List of MS-DRGs Version 28.0, <https://www.cms.gov/icd10manual/fullcode/cms/P0029.html>

(DS), y a que versiones futuras de los GRD incorporaran una variable explícita de severidad para el costeo de pacientes (Calore & Iezzoni, 1987). Así toma forma, por ejemplo, la metodología MS-GRD (Medicare severity GRD) introducida en Estados Unidos el año 2008. Se debe llamar la atención, no obstante, que ya en la década de los 80' GRD aparecía como la metodología de agrupación de pacientes que explicaba con mayor precisión los costos de salud en Estados Unidos, representando un 33% de los costos observados (Calore & Iezzoni, 1987).

El uso de GRD en el aseguramiento de la salud ocupacional resulta un ámbito menos evidente de desarrollo. Nyszkiewicz (2018) plantea que, en el caso de Alemania, el uso de GRD para el seguro de accidentes laborales debiese ser tomado con precaución, por sus diferentes objetivos en relación al cuidado de los pacientes. En el caso de los seguros de salud, se espera que los GRD contribuyan a aligerar la creciente presión que ejercen sobre el erario fiscal, a la vez que no descuiden las prestaciones necesarias según el conocimiento médico generalmente aceptado. En el caso de los seguros de salud laboral, el objetivo es más amplio, ya que junto con el objetivo de cuidar la eficiencia económica de las prestaciones, se espera compensar económicamente al asegurado o sus sobrevivientes, restaurar la salud, y también el rendimiento laboral del beneficiario en el largo plazo. En este aspecto, Nyszkiewicz señala que incorporar GRD de forma acrítica al mercado de seguros laborales, puede conllevar una reducción de costos en el corto plazo producto de una menor intensidad en las prestaciones de salud, que redunde en el largo plazo en una mayor presión fiscal sobre los seguros de salud. En ese aspecto, la incorporación de GRD en la salud laboral conllevaría un mayor riesgo de generar un impacto negativo en términos de salud pública, comparado a la utilización de la misma metodología en los seguros de salud tradicionales.

Tabla 3-2: Casos de implementación de GRD

GRD en Portugal
Desde 1989, en Portugal se introduce la metodología GRD en los establecimientos de salud del Estado, inicialmente para la gestión del seguro ofrecido por el Servicio Nacional de Salud. Aunque inicialmente excluidos, el esquema de seguros ocupacionales de Portugal fue incluido a partir de 1991, estableciéndose desde entonces como la metodología de pago de estos seguros a la red pública de salud (Busse et al., 2011: 383-384).
Desde el año 2006 se implementa la metodología All-Patient GRD (AP-GRD) v.21, que opera en toda la red pública de salud, con excepción de tratamiento psiquiátricos y de rehabilitación. La metodología GRD no opera en la red privada de salud, que corresponde a cerca de la mitad de la capacidad hospitalaria del país.
Actualmente existen 669 grupos GRD, dentro de 25 categorías de grandes diagnósticos. La supervisión y administración de estos grupos recae en la Administración Central del Sistema de Salud (ACSS), dependiente del Ministerio de Salud (Busse et al., 2011: 383-384).
Entre el 75 y el 85% del presupuesto de los hospitales proviene de pagos asociados a GRD del Servicio Nacional de Salud, mientras que el porcentaje restante se atribuye a otros seguros, incluyendo accidentes laborales. Como mecanismo de control de costos, los montos asociados a categorías de pacientes pueden ajustarse para que no se exceda el presupuesto total (Busse et al., 2011: 383-384). Es importante señalar que la metodología GRD se utiliza para el pago de servicios de hospitalización y cirugía ambulatoria, pero no para servicios ambulatorios, donde se opera a través de pago por servicios (Simoes et al, 2017: 73).

En el caso del seguro de accidentes laborales, se trata de una exigencia a los empleadores, que deben acudir al mercado en busca de aseguradoras que presten este servicio, el cual se encuentra especificado en la Ley 98/2009. De esta forma, distintas empresas de seguro compiten entre sí por la entrega de este servicio, aunque para efectos de costos en la red pública, deben acogerse a las tarifas GRD ya fijadas para cada grupo. Seguros complementarios que operen fuera de este esquema pueden utilizar otros métodos de pago, incluyendo políticas particulares de reembolsos a usuarios, y también incentivos para la atención en prestadores preferentes (Bentes et al, 2004: 84).

Una particularidad del sistema portugués de protección laboral es la distinción que realice en el tratamiento de enfermedades y accidentes laborales. En el primer caso, la cobertura opera a través del seguro social administrado por el Departamento de Protección de Riesgos Profesionales (DPRP), que cubre todas las enfermedades incluidas en la Lista Nacional de Enfermedades Ocupacionales. La lista vigente, regulada por el Decreto Reglamentario 76/2007, incluye los siguientes capítulos:

- Dolencias provocadas por agentes químicos – 31 entidades patológicas
- Dolencias del sistema respiratorio – 5 entidades
- Dolencias cutáneas y otras – 22 entidades
- Dolencias provocadas por agentes físicos - 14 entidades
- Dolencias infecciosas y parasitarias - 42 entidades

En el caso de los accidentes laborales, se trata de un mercado de seguro regulado a través de la Ley 98/2009, así como los decretos-ley 100/97 y 143/99. Los beneficios obligatorios que por ley deben ofrecer las aseguradoras son:

- Atenciones
 - Asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica, clínica y de enfermería.
 - Alojamiento y transporte para observación, tratamiento y asistencia a procesos judiciales.
 - Suministro de prótesis y/o orto-prótesis, y renovación/repación respectiva.
 - Rehabilitación funcional.
- Pagos monetarios
 - Compensación por incapacidad temporal.
 - Pensiones permanentes por invalidez permanente.
 - Pensiones de supervivencia para los familiares / apoderados.
 - Asignaciones por discapacidad de alto grado, para remodelación de viviendas, por discapacidad y por muerte y gastos de funeral.

Entre las principales empresas aseguradoras del mercado se encuentran Fidelidade, Ageas, Allianz, Liberty, Zurich, Generali y Tranquilidade, las que poseen la participación de cerca de la mitad de este mercado, considerando sus dos productos obligatorios: seguro de accidentes para trabajadores por cuenta propia y trabajadores por cuenta de otros (Moura, 2017).

El mercado laboral portugués se caracteriza por la alta presencia de micro y pequeñas empresas de hasta 9 trabajadores, que representan en torno al 80% de las empresas del país, pero que emplean en torno al 25% de la población económicamente activa (Sousa, 2009). De acuerdo a la OCDE (2019), el 12% de los trabajadores se desempeña en la economía informal.

GRD en Medicare, Estados Unidos

Medicare es un seguro estatal de salud de Estados Unidos, cuyo foco son las personas mayores de 65 años y jóvenes en situación de discapacidad.

Creado en 1965, a partir de 1983 comienza a incorporar el principio de Grupos Relacionados por Diagnóstico, con el objetivo de apoyar la gestión de los casos clínicos y como metodología de pago a prestadores de salud adscritos al seguro.

El año 2008 se realiza una reforma al sistema GRD de Medicare, mediante la introducción de Medicare Severity – Diagnosis Related Groups o MS-DRGs.

Para su operación, MS-DRG cuenta con 990 códigos o diagnósticos comunes, siendo el último una categoría de casos no clasificables. Anualmente estima el costo promedio de cada uno de estos diagnósticos comunes, que es el precio que Medicare luego está dispuesto a pagar a los prestadores de servicios por su tratamiento. De esta forma se intenta reducir la dispersión de costos frente a diagnósticos similares entre pacientes.

Junto al costo promedio por cada DRG, Medicare cuenta con tres niveles de severidad: 1) MS-DRG base, 2) MS-DRG con presencia de complicación, y 3) MS-DRG con presencia de una complicación mayor (AHD, 2018).

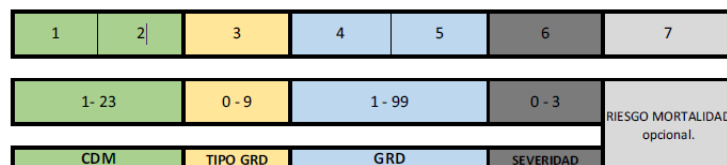
Existen críticas por su impacto en la reducción de ingresos de hospitales rurales o pequeños muy dependientes de Medicare. No obstante, esto también se atribuye a la tendencia de los establecimientos de adquirir tecnologías de alto costo (Davis, 2018).

GRD en FONASA, Chile

En Chile la implementación de los Grupos Relacionados por Diagnóstico se inicia el año 2009, a través del proyecto “Implementación de Sistema de Grupos Relacionados al Diagnóstico en Hospitales de Alta Complejidad”, que da inicio a la incorporación piloto de la metodología GRD en los contratos de salud entre Fonasa y una serie de prestadores públicos. De esta forma se inicia con 16 establecimientos de salud, a lo que se suman otros 23 el 2011 y 18 adicionales el 2012. Es importante señalar que previo a la incorporación de los GRD en Fonasa, ya existían hospitales que utilizaban dicha metodología para su gestión clínica. En ese sentido, su implementación como mecanismo de costeo por parte de Fonasa no resultó ser algo nuevo en muchos establecimientos.

Antes de su implementación en el sector público, el mecanismo de valorización tradicional era el de pago per capita en el caso de la atención primaria, y de prestaciones valorizadas en los hospitales de mayor complejidad. GRD se incluyó principalmente para egresos hospitalarios, hospitalización diurna y camas ambulatorias, pero no para atenciones ambulatorias, que siguen valorizándose de forma tradicional.

Figura: Lógica de Numeración de los IR-GRD



Fuente: Zapata (2018)

En términos metodológicos, en un principio el proyecto piloto se realizó mediante el uso de GRD-AP (All Patients). Sin embargo, al año 2010 se realizó un cambio a la metodología IR-GRD (Internacionales refinados), que presentaba una mayor compatibilidad en la forma de codificación del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud.

Para el pago a prestadores de la red pública de salud, se considera una comparación entre el valor del GRD, frente a los presupuestos vigentes de sus programas actuales. La diferencia resultante produce un déficit o un superávit para los establecimientos. De acuerdo al BGI 2017, para 25 establecimientos de alta complejidad, 7 presentaban superávit y 18 déficit asociados a los pagos vía GRD. De esta forma al 31 de diciembre de 2017 se había pagado M\$ 55.700.363 en convenios por egresos adscritos a GRD. Se debe destacar, no obstante, que la actual operación de los GRD en el sector público, resulta de una valorización de pagos mediante metodología GRD, a partir de los presupuestos de los establecimientos de salud, y no un sistema de pago mediante dicha metodología. Debido a ello, el software de clasificación GRD para el sector público es propiedad del Ministerio de Salud, y no interopera con el software orientado a los prestadores privados, propiedad de Fonasa.

Donde sí existe una implementación completa de un sistema de pago mediante metodología GRD es en la red privada, donde la operación se realiza a través de licitaciones GRD desde el año 2017. En las dos primeras licitaciones de este tipo se logró incorporar a 36 prestadores privados, logrando una reducción estimada de 19% en relación al precio base contratado hasta entonces por Fonasa, que era fundamentalmente a través del pago por día cama. En el sector privado esto se entendió como una lógica de que asegurador y prestador debían compartir riesgos, además de servir como una herramienta de gestión clínica que no en todos los establecimientos privados existía.

En términos de la calidad de la implementación, para verificar la correcta codificación de casos GRD por parte de los prestadores en convenio, en 2018 se implementó un modelo de auditorías (DIPRES, 2017: 27). No obstante, el seguimiento de la calidad en la atención es algo que desde Fonasa se considera que pertenece al ámbito del Ministerio de Salud. En cualquier caso, se plantea que el agrupamiento de casos, al facilitar la gestión clínica por parte de los establecimientos de salud, permitiría también identificar de manera menos compleja la desviación de casos particulares en relación al nivel de la atención recibida.

Finalmente, en su relación con el aseguramiento de accidentes y enfermedades laborales, desde Fonasa se señala que en el caso de los accidentados de urgencia, ocurre ocasionalmente que se ingresan a las urgencias hospitalarias como un caso agrupado mediante GRD, y que luego son identificados como accidentes laborales al ser trasladados a un prestador privado en convenio. En el caso de las enfermedades esto no resulta evidente, ya que a las urgencias sólo llegan agudizaciones producto de enfermedades, y es de forma posterior que se logra identificar la enfermedad subyacente. En términos de caracterización, se señala que este tipo de problemas ocurren, por ejemplo, en accidentes de empresas forestales, y en enfermos crónicos por ejemplo asociados a la silicosis.

3.3 DISEASE STAGING (DS)

La metodología de Disease Staging (DS, estratificación de enfermedades) corresponde a una técnica de clasificación de pacientes desarrollada inicialmente en 1970 por Gonnella et al⁴, y que tiene por objetivo crear clústeres de pacientes a partir de la severidad de su principal problema de salud, así como de sus

⁴ Gonnella JS, Goran MJ, Williamson JW, et al. Evaluation of patient care. An approach. JAMA. 1970; 214(11): 2040-3

comorbilidades. Para este desarrollo inicial se basó en el concepto de severidad proveniente de la oncología, y por tanto tenía un fin de distinción clínica de pacientes, y no uso de recursos (Calore & Iezzoni, 1987)

En su origen, DS se realizaba en torno a cuatro grados de severidad: 1, indicando una enfermedad sin complicaciones; 2, indicando una enfermedad con complicaciones locales; 3, enfermedad con complicaciones múltiples o sistémicas; y 4, muerte del paciente. Estas clasificaciones se aplican, a su vez, a conjuntos de enfermedades, que a nivel conceptual corresponde a 480 diagnósticos desarrollados en su versión 5.27. Estos diagnósticos se construyeron a partir de ICD-9-CM, incorporando en cada grupo uno o más códigos de dicha clasificación.

A diferencia de las primeras versiones de GRD, DS permitía la clasificación de los pacientes hasta en un máximo de doce categorías de admisión, seleccionándose como principal grupo para el ingreso la enfermedad con mayor nivel de severidad. A partir de esta clasificación, se realiza posteriormente la distinción entre complicaciones de la clasificación principal, y las comorbilidades asociadas a otros diagnósticos con menores grados de severidad (Calore & Iezzoni, 1987).

De acuerdo a Calore & Iezzoni (1987), a partir de un análisis de pacientes de Medicare en el Estado de Michigan durante 1982, los grupos conformados a partir de DS contribuía a explicar el 17% de los costos observados.

En términos de su presencia en la literatura, DS cuenta con cerca de 3.440 referencias en Google Scholar, representando un número menor a otras alternativas.

Tabla 3-3: Caso de Disease Staging

DS en Agencia de Salud Regional de Emilia-Romagna

En Smith et al (2006) se realiza un estudio donde se desarrolla un modelo predictivo de costos para los hospitales y servicios farmacéuticos de la Agencia de Salud Regional de Emilia-Romagna en Italia.

Para la fecha del estudio, los costos intrahospitalarios se financiaban mediante una metodología de agrupación de pacientes GRD, mientras que las atenciones ambulatorias se financiaban mediante una metodología de pago por servicios. Por otro lado, los costos farmacéuticos operaban bajo precios fijados a nivel central, con derecho a los servicios regionales de poder establecer copagos. En el caso de Emilia-Romagna, no existían copagos a la fecha.

El modelo planteado por Smith et al., construido a partir de datos hospitalarios y farmacéuticos de cerca de cuatro millones de pacientes, buscó construir un modelo que permitiese estimar con mayor confianza los costos del servicio de salud. En términos metodológicos, se usaron Disease staging groups (DSG) para costos hospitalarios y una metodología de grupos de medicamentos por condición crónica (Chronic condition drug groups, CCDG). Como variable dependiente, se utilizaron los costos totales de hospitales y de medicamentos al año 2001. Los DSG incluyen la construcción de 100 grupos, y los CCDG otros 30 a partir de información farmacéutica. De manera adicional se incorporan 19 variables de control por sexo, edad y otras características.

Los resultados del estudio elaborado por Smith et al presentan un cuadro en que la estimación vía CCDG resulta de mayor precisión al uso de DSG. No obstante, esto es atribuido a la menor dispersión en los costos de medicamentos, comparado a la atención hospitalaria.

El estudio de Smith et al (2006) atribuye a los DSG un R^2 de 7,7% en cuanto a la capacidad de predicción de gastos hospitalarios, y un 25,3% en gastos farmacéuticos. Como explicación de gastos pasados el R^2 llega entre 42 y 45% respectivamente, pero se desaconseja como práctica de política pública.

3.4 PATIENT MANAGEMENT CATEGORIES (PMC)

La metodología Patient Management Categories (PMC, Categorías de Gestión de Pacientes) corresponde a una técnica desarrollada en 1985 por Young, Joyce, Schuchert, et al., y cuyo principal objetivo fue lograr una clasificación de los pacientes a partir de su problema de salud, junto con obtener una medida comparable de utilización de recursos en distintos tipos de pacientes. En su versión 5.0 (1992), se estructura en torno a 830 categorías, que se codifican de acuerdo al estándar ICD9-CM (International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification).

A diferencia de otras metodologías como GRD, PMC identifica más de una categoría por paciente, a partir de las distintas combinaciones de síntomas manifestados por el paciente. Posteriormente, para analizar la intensidad en el uso de recursos de los casos, se desarrolló el instrumento PMC Relative Intensity Score, que pondera las distintas categorías analizadas, generando un indicador de intensidad de uso de recursos.

Un desarrollo complementario de los PMC se relaciona a las “estrategias tipo” a seguir por cada categoría. Estas “estrategias” reciben el nombre de “Patient Management Paths”, y permiten identificar posteriormente el costo de tratar cada categoría de la metodología. Los autores de la metodología señalan que su uso es para efectos de agregación de casos, y no representan en ningún caso una prescripción para casos particulares.

Un desarrollo posterior de la metodología incluyó la PMC Severity Scale, una escala que va del 1 al 7, y que permite medir la severidad de cada categoría asignada al paciente, según su riesgo de mortalidad a partir de sus comorbilidades y complicaciones.

En términos de su presencia en la literatura, PMC cuenta con cerca de 700 referencias en Google Scholar, siendo una metodología con poca presencia en ese tipo de espacios.

Tabla 3-4: Casos de implementación de PMC

PMC en el Servicio Vasco de Salud

Aróstegui, Quintana y Aracely (1997) analizaron el uso de PMC en siete hospitales del País Vasco, con el fin de analizar su impacto en la variabilidad en la práctica médica. Para este análisis, se revisó la variabilidad en el alta de tres patologías frecuentes del sistema: Hernia inguinal (HI), hipertrofia benigna de próstata (HBP) y sustitución total de cadera (STC), según su categorización en grupos conformados a a partir de una metodología PMC, y haciendo uso de los PMC Relative Intensity como índice de gravedad de los pacientes.

A partir del trabajo realizado por los autores, se identifica que los grupos PMC dan cuenta de un 28% de la variabilidad en la práctica médica, aunque con diferencias entre las diferentes patologías analizadas. Por ejemplo, en el caso de la Hernia inguinal sólo alcanza a predecir un 16% de los casos.

Si bien el estudio de Aróstegui et al no analiza en particular la explicación de costos, un estudio anterior de Calore & Iezzoni (1987) identifica, a partir de un análisis de pacientes de Medicare en el Estado de Michigan durante 1982, que los PMC contribuía a explicar el 26% de los costos observados.

3.5 GRUPOS CLÍNICOS AJUSTADOS (ACG)

El sistema de Grupos Clínicos Ajustados o ACG (de Adjusted Clinical Groups) es una metodología de clasificación de pacientes desarrollado por Starfield et al. (1991) en la Universidad de John Hopkins de Estados Unidos.

ACG facilita el agrupamiento de pacientes según sus características de morbilidad, así como sus condiciones de riesgo y predictibilidad de consumo de recursos, lo que también permite evaluar la posterior calidad en la entrega de servicios (Santelices et al, 2014). A diferencia de otras metodologías como GRD, ACG se utiliza preferentemente en la clasificación de pacientes ambulatorios. Es por ello que también recibía originalmente el nombre de Ambulatory care groups (Starfield et al, 1991). Las principales características que, de acuerdo a los autores originales de esta metodología, hacían necesario un nuevo método de agrupamiento orientado a pacientes ambulatorios, era la mayor variabilidad de casos ingresados mediante esta modalidad, la relativa escasez de sus antecedentes, así como la presencia de una gran cantidad de proveedores de insumos que muchas veces resultaban de bajo costo.

En el desarrollo original por Starfield et al, se realizó un ejercicio de caracterización de pacientes en torno a 34 grupos, a partir de un criterio general de persistencia de una condición de salud a lo largo del tiempo. Otros criterios utilizados fueron la probabilidad de una visita futura de un paciente, la probabilidad de consulta a especialista, costos de procedimientos esperados, probabilidad de hospitalización asociada, probabilidad de discapacidad y de caída en la expectativa de vida (Starfield et al, 1991: pp 55-56). Para la clasificación inicial se utilizaron 4.068 códigos ICD9, que fueron posteriormente entre 30 y el 50% de la varianza en términos de número de visitas y costos ambulatorios de los pacientes (Starfield et al, 1991: p 66).

La actual versión de ACG es la 12.0, publicada el 13 de marzo de 2019.

Tabla 3-5: Estudio piloto de ACG en Chile

ACG en Atención Primaria de Salud

Santelices et al (2014) analizaron el uso de ACG en 16 centros de atención primaria con registro clínico electrónico, a partir de datos de 253.953 pacientes durante el año 2011. Por cada paciente se identificaron variables de edad, sexo, tipo de profesional que lo atendió, así como también diagnósticos clasificados según CIE-10. Para el costeo se analizaron costos directos, basados en el tiempo dedicado por los profesionales y los insumos utilizados, así como indirectos, identificados como los costos administrativos asociados a la atención.

El estudio piloto hizo uso de la metodología ACG v. 9.01, que utiliza diagnósticos CIE-10 clasificados en torno a 93 categorías, según morbilidad y patrón de consumo de recursos. Esta clasificación, junto a variables de sexo y edad, permitieron lograr un ajuste del 60% en el costo total de las visitas, siendo mayor en relación al costo médico (64%) que en el del costo directo de atención primaria (28,6%).

Dados los resultados del estudio, así como la incorporación paulatina de los Grupos Relacionados por Diagnóstico (GRD) en atención hospitalaria, los autores de este trabajo consideran pertinente avanzar hacia nuevos estudios que permitan evaluar los beneficios de incorporar ACG a los servicios de salud del país.

3.6 PRINCIPALES HALLAZGOS

Los Sistemas de Clasificación de Pacientes llevan ya cerca de cuatro décadas de desarrollo, en los cuales distintas metodologías se han planteado como opciones tanto su utilidad en la gestión clínica de los pacientes, como por su uso potencial para optimizar los recursos transferidos entre aseguradoras y prestadores médicos en condiciones de asimetrías de información.

En la actualidad el sistema que ha logrado una mayor aceptación es el de Grupos Relaciones por Diagnóstico (GRD), que cuenta con la experiencia pionera en Medicare en Estados Unidos, y que gradualmente se fue exportando a la Unión Europea y finalmente a Chile, donde desde el año 2009 se encuentra operando en contratos con prestadores públicos y privados a través de Fonasa en cuanto a atención principalmente hospitalaria. Es importante destacar que en el ámbito público, Fonasa opera a través de una valorización de pagos mediante metodología GRD, a partir de los presupuestos de los establecimientos de salud. En ese sentido la implementación más genuina de la metodología GRD en Fonasa corresponde a los contratos con prestadores privados, donde la institución cuenta con su propio software de gestión.

Si bien GRD es la principal metodología de clasificación de pacientes utilizada en la actualidad, no es la única. También basados en la lógica del diagnóstico, en este documento se presentaron las metodologías de Disease Staging (DS), y Patient Management Categories (PMC), que buscaron ser alternativas a GRD a partir de la incorporación de diferencias metodológicas relevantes, tales como la inclusión de múltiples categorías de diagnóstico, y el grado de severidad de las condiciones de salud. No obstante, con la evolución de GRD, por ejemplo con el desarrollo de GRD-IR, varias de las críticas tempranas realizadas por dichas metodologías fueron también incorporadas dentro del mismo sistema.

A diferencia de las alternativas de clasificación basadas en diagnóstico, la metodología RUG (Resource Utilization Groups) se presenta como un sistema orientado a medir la intensidad de uso de recursos en aquellos contextos de salud donde el diagnóstico no es necesariamente el criterio más relevante para el costeo de un servicio. En particular, su uso se ha dado fundamentalmente en estadías prolongadas y cuidados de tercera edad, donde son los servicios auxiliares y de enfermería los que concentran los costos de los cuidados. Por otro lado, los Grupos Clínicos Ajustados (ACG) han demostrado un alto grado de predictibilidad de costos para la atención ambulatoria, pero su incorporación al sistema de salud chileno aún se encuentra en fase de estudio.

Dentro de los sistemas analizados, no resulta sorprendente que sea GRD el que tenga una mayor disponibilidad de literatura, así como mejores resultados en cuanto a la precisión de su costeo en comparación a otras metodologías alternativas. No obstante, su expectativa como mecanismo de control de costos debe ponderarse con respecto a los antecedentes institucionales del sistema de aseguramiento donde opera. Si bien en Estados Unidos, donde los GRD surgieron a partir de un mercado basado en pagos por prestaciones, ha

logrado un impacto en cuanto a reducción de costos, en diversos países de la Unión Europea, donde los GRD sucedieron a sistemas de presupuestos globales, no ha sido el caso.

Si bien la literatura sobre sistemas de clasificación de pacientes tiene un importante desarrollo en cuanto a su uso en el mercado de seguros de salud, su vinculación al mercado de seguros de salud laboral resulta menos evidente. En relación a GRD, se ha cuestionado que al ser un sistema de costeo orientado a los seguros de salud tradicionales, lleve a un desmedido control de costos en el corto plazo, que genere un riesgo en la recuperación del rendimiento laboral en el largo plazo (Nyszkiewicz, 2018). Esto redundaría, en el largo plazo, en una transferencia de costos desde los seguros de salud ocupacional a los seguros generales de salud.

Como caso de implementación de GRD en un sistema de aseguramiento laboral, se presenta el seguro obligatorio de accidentes laborales de Portugal, donde existe un mercado competitivo de seguros privados, y que en el caso de las enfermedades profesionales, opera a través de una Lista Nacional de Enfermedades Ocupacionales. La interacción entre estos seguros y la red pública de salud opera a través de una metodología de costeo GRD, implementada varios años después de iniciado su uso en el sistema de aseguramiento público de salud. Esta tardanza inicial se atribuyó a la complejidad política de realizar un cambio en la forma de operación de un beneficio social con fuerte adhesión en el espacio sindical portugués. También es importante destacar que el caso portugués limita la aplicación de GRD a hospitalización y cirugía ambulatoria, manteniéndose el pago por servicio para las atenciones ambulatorias en general.



4 DIAGNÓSTICO

En este capítulo se resumen los principales hallazgos relativos al diagnóstico de la gestión de prestaciones médicas del ISL que ha identificado el Centro de Sistemas Públicos. La información se ordena en función de las dimensiones utilizadas en el estudio.

Las dimensiones a analizar en este diagnóstico abarcan los siguientes ámbitos:

- **Valor público y posicionamiento del ISL:** Esta dimensión se enfoca en identificar las características distintivas del ISL, su posicionamiento institucional, así como el grado de alineamiento de sus objetivos con su desempeño en el sector de seguridad y salud en el trabajo de Chile.
- **Proceso de gestión de pacientes:** Se orienta a analizar las características y nudos críticos del proceso por el que pasan los pacientes adscritos al ISL, para recibir las prestaciones médicas cubiertas por el seguro de accidentes y enfermedades laborales.
- **Proceso de gestión de prestadores médicos:** Esta dimensión se orienta a la forma en cómo el ISL se relaciona con los prestadores médicos, incluyendo aspectos como el conocimiento del mercado, la gestión de los contratos y los mecanismos de pago involucrados.
- **Organización institucional:** Incluye una revisión a las capacidades de planificación estratégica de la institución, así como a su estructura organizacional interna.
- **Gestión de la información:** Considera la forma en cómo se relaciona la comunicación de información hacia el exterior e interior del ISL.

Para el desarrollo de este capítulo se realizó una triangulación de información procedente de las distintas fuentes de información consultadas a lo largo del estudio, que incluyen:

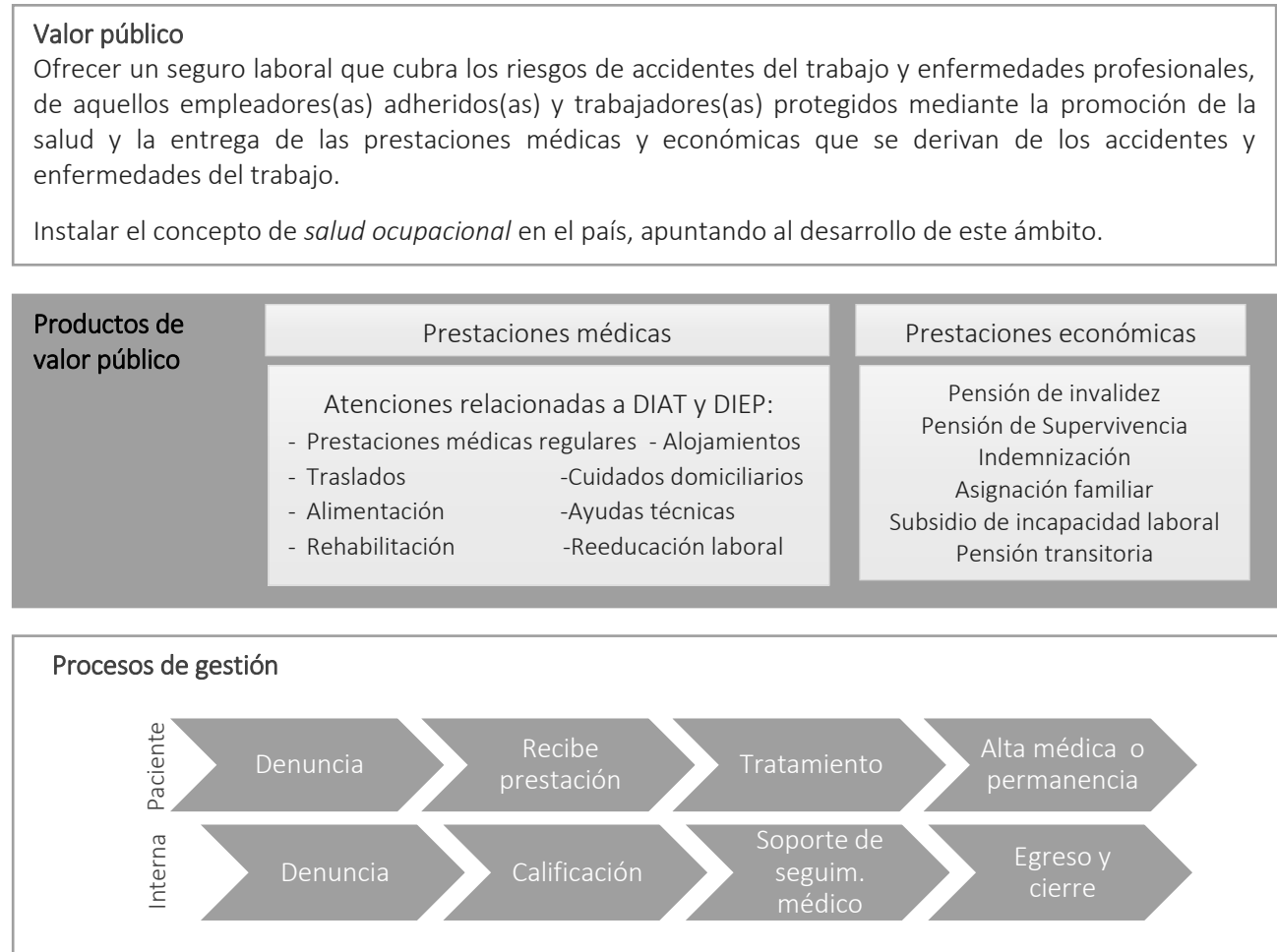
- Análisis de oferta y demanda de prestaciones médicas
- Experiencia internacional en seguros de salud laboral
- Bibliografía y documentación institucional
- Entrevistas a expertos y directivos ISL
- Focus groups a funcionarios ISL
- Talleres de diagnóstico y recomendaciones
- Encuestas aplicadas a prestadores y funcionarios.

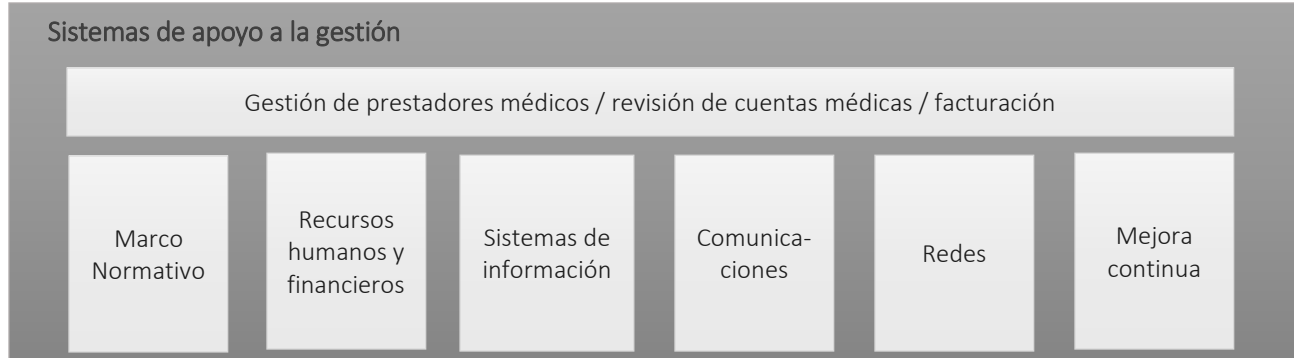
Con la excepción de las dos primeras fuentes, que se abordan como productos específicos del proyecto, los resultados de los demás insumos puedan encontrarse en la sección de documentos anexos al presente informe. A modo de resumen, al final de este capítulo de encontrará un diagrama resumen de los distintos elementos identificados en el diagnóstico.

4.1 VALOR PÚBLICO Y POSICIONAMIENTO

Como se aprecia en la Ilustración 2, ISL tiene la misión de contribuir a un *valor público* específico, lo que se consigue a través de los productos que ofrece: la prevención de riesgo orientada a las empresas y sus perfiles (adheridos), y por otro lado, las prestaciones médicas y/o prestaciones económicas orientadas a personas (beneficiarios protegidos).

Ilustración 2: Mirada de cadena de valor asociada al proceso de Gestión de Prestaciones Médicas





Fuente: Elaboración propia.

Para que ISL logre asegurar la producción de este valor público, debe asegurar el funcionamiento de los procesos de gestión que permiten dicha entrega.

A su vez, resulta relevante tener en consideración qué se espera de la gestión de prestaciones médicas, lo que se muestra en la Ilustración 3:

Ilustración 3: Conceptualización de CSP de la gestión de prestaciones médicas

Gestión de Prestaciones médicas	¿Qué es?	Capacidad de ofrecer una determinada prestación cuando es requerida
	Características de la oferta	Que sea oportuna, geográficamente accesible, conocida y con buena capacidad resolutive
	Características de la prestación	Que sea de calidad, universal para los asegurados, que se realice seguimiento al caso del paciente
	Resultados esperados	Eficiencia operacional, eficacia y calidad hacia el usuario

Fuente: Elaboración propia

En el levantamiento realizado, se identifica que, no obstante, el valor público reconocido por CSP en el trabajo realizado por ISL, la definición de valor público se da de manera muy diferencia entre los actores internos y el entorno del ISL. A esta división, se suma la tensión en tanto su rol de asegurador (pagador) y garante de salud y seguridad laboral (incidir en las condiciones de salud y factores de riesgo laborales de la población).

Se debe tener en consideración que, si bien el sistema de seguro obligatorio de salud laboral existe en muchos países, el modelo de mutualidades también coexiste con otros, tales como de competencia de mercado y de oferente único estatal. La cobertura de accidentes y enfermedades también es un elemento distinto del caso chileno, frente a otros modelos donde ambos fenómenos se encuentran cubiertos por seguros diferentes. Esto ayuda a entender la coexistencia de distintas visiones ideológicas entre los funcionarios, con respecto al valor del ISL en el sistema de seguridad laboral en el país. En cualquier caso, la salud laboral, tanto en Chile como el

mundo, comparte el fin de devolver al trabajador su capacidad de recuperar sus competencias laborales, a través de una oferta de servicios distinta a la de los seguros generales de salud y a partir de un enfoque integral de derechos (que deja de lado la mirada del gasto público).

Para llevar adelante su rol, el ISL actualmente cuenta con objetivos tales como promover el acceso universal al seguro de salud en el trabajo, posicionarse como referente en materia de seguridad laboral, así como asegurar la pertinencia de las prestaciones entregadas. Por otro lado, desde la perspectiva del levantamiento cualitativo realizado en este estudio, los funcionarios destacan que, al ser una institución pública, el ISL cuenta con capacidad de generar sinergias y articulación con otros organismos públicos (FONASA, por ejemplo), así como de “marcar la pauta” en términos técnicos y de necesidades del sistema. También podría generar una alianza con la SUSESO para garantizar la mejora, calidad y eficiencia del sistema. En el caso de FONASA, resulta relevante su experiencia como el principal asegurador de salud pública del país, con su consiguiente experiencia gestionando contratos con la red pública y privada de salud.

Es importante señalar la alta valoración exhibida por los funcionarios del ISL con respecto a la labor realizada por la institución. En ese aspecto se cuentan diversas expresiones de adhesión en el levantamiento cualitativo, así como también los resultados de la encuesta a funcionarios realizada, donde en general se percibe un alto nivel de importancia del ISL en el sistema de seguridad y salud en el trabajo del país, así como una alta valoración sobre las prestaciones entregadas por la institución, especialmente en segmentos de usuarios a los que las mutualidades generalmente no llegan, como micro y pequeñas empresas. Gestión de pacientes

4.1.1 Segmentación de beneficiarios

Por mandato legal, se presume que todos los empleadores del país son afiliados al Instituto de Seguridad Laboral respecto de la totalidad de sus trabajadores, salvo que se adhieran a alguna mutualidad de empleadores (Ley N° 16.744, art. 4). De esa forma, el ISL se distingue de las mutualidades por contar con una cartera de clientes afiliada “por defecto”, y que por tanto no llega por iniciativa del empleador.

La afiliación por defecto, si bien otorga una importante responsabilidad al ISL, fue caracterizada en el levantamiento cualitativo realizado como variada y compleja de gestionar, con dos grandes grupos muy diferenciados: los beneficiarios pertenecientes a los servicios públicos y los beneficiarios empleados de Mipymes precarias y vulnerables y trabajadores(as) de casa particular.

En el levantamiento cualitativo describen a los beneficiarios de servicio público con conocimiento de la normativa de la seguridad laboral y exigentes a la hora de la otorgación de los productos de valor del ISL, y que además cuentan con herramientas y/o condiciones laborales mejores que los beneficiarios del otro segmento, como prevencionistas, comités paritarios, entre otros. En el análisis cuantitativo se estima que en el 2018 un 10,72% del total de denuncias podrían caer en este segmento, sin embargo, no existe el cálculo exacto de denuncias de este segmento, como tampoco de cantidad total de trabajadores asegurados por el ISL.

Por otro lado, el beneficiario empleados de Mipymes y las trabajadoras(as) de casa particular es más vulnerable, con bajo nivel educativo, menor alfabetización digital, y son empleados en empresas y/o lugares de mayor riesgo. En el análisis cuantitativo se puede apreciar un 69% del total de trabajadores protegidos con tamaño entre 1 a 9. También se menciona un aumento el número de trabajadores inmigrantes en este

segmento, que si bien todavía constituyen un porcentaje bajo del total de denuncias (5,7% en el año 2018), su tasa de denuncia ha aumentado con los años, según se vio en el análisis cuantitativo.

Este segmento tiene un desconocimiento respecto a sus derechos y beneficios en materia de seguridad laboral, desconociendo incluso en algunos casos la existencia del seguro y/o de su afiliación con el ISL. Generalmente llegan a los hospitales de la red de salud pública, sin conocimiento de la normativa de funcionamiento del seguro, lo que constituye un desincentivo para denunciar algún tipo de evento, ya que para este tipo de beneficiario no hacen distinción en la atención entre un evento de origen común o laboral. Lo anterior recae en una dificultad para identificarlo y localizarlo al momento de ocurrir algún tipo de evento laboral para que ISL inicie las gestiones del seguro.

A los segmentos anteriores se agregan a partir del mes de julio del 2019 a los honorarios por la Ley 21.133, que cotizaron por cobertura parcial o total de su declaración de impuestos de 2019. De acuerdo al Informe Anual SUSESO 2018, el ISL contó en promedio con 873.034 beneficiarios, a los que se debe sumar una cifra proyectada de alrededor de 600.000 trabajadores a honorarios, más del 50% del total de trabajadores del ISL. Si bien la participación de los independientes era una alternativa voluntaria existente, esta inclusión obligatoria representa un cambio relevante en la cartera de usuarios del ISL, en cuanto a números y desconocimiento de su caracterización y comportamiento.

En el levantamiento cualitativo los funcionarios del ISL piensan que el segmento de los honorarios debiese haber mayor porcentaje de profesionales y trabajadores con mayor conocimiento de la normativa, pero manejan poca información sobre su caracterización, sobre todo en las Direcciones Regionales.

Un aspecto relevante a destacar es la dualidad cliente/beneficiario que existe en el ISL. Los clientes son las empresas adherentes y empleadores que pagan por la cobertura de sus trabajadores, y los beneficiarios son los trabajadores afiliados que están protegidos por el seguro laboral y que reciben las prestaciones médicas en la eventualidad de algún evento de origen laboral. Para los honorarios esta dualidad recae en la misma persona, ya que el honorario es, en principio, su propio empleador.

La dualidad cliente/beneficiario como la caracterización de los segmentos de usuario descritos anteriormente, genera un desafío en cuanto a la definición de distintas estrategias de relación y entrega de propuestas de valor para cada segmento, como la definición de canales de comunicación, atención, procesos y cartera de servicios específicos para cada tipo de usuario.

Entre algunos grupos de funcionarios existe la percepción de que las formas o estrategias de alcanzar la cobertura nacional serían la habilitación de oficinas y usar alternativas digitales como son las apps, pero también recuperar los medios tradicionales, que son la alternativa para trabajadores rurales sin conectividad y que la radio es la única alternativa para informar, o utilizar mensajería para notificar horas médicas agendadas como una alternativa de recordatorio para los tratamientos. Esta percepción constituye un aproximamiento a las definiciones de estrategias diferenciadas para cada segmento definido.

En términos de los puntos de atención al usuario, actualmente el ISL cuenta con distintas modalidades de atención presencial: convenio con Chile Atiende, oficinas en el IPS, oficinas propias, y módulos en los centros de salud que son prestadores, esto último se incluyó dentro de los contratos de prestadores médicos para el 2019. No obstante, de acuerdo a algunos(as) funcionarios(as) de regiones, esta diversidad de puntos de

atención presenta dificultades en algunas localidades, lo que redundaría en problemas como el retraso en las denuncias de accidentes o enfermedades profesionales. De acuerdo a lo descrito en el valor público, existe una oportunidad de un despliegue territorial más amplio articulando con otros Servicios Públicos.

Un nuevo desafío u oportunidad que enfrenta el ISL en la absorción de los honorarios, que son usuario y cliente a la vez, es poder definir estrategias de comunicación, aunando esfuerzos junto con Prevención, para una comunicación más efectiva y eficiente. Por parte de algunos funcionarios participantes en el levantamiento cualitativo, se percibe que estos trabajadores serán absorbidos principalmente a través de plataformas electrónicas del servicio. No obstante, junto a ello también existen otras iniciativas, como la contratación de personal adicional en Plataforma y la habilitación de una línea telefónica de atención. La posibilidad de optar respecto a distintas alternativas de relación con este segmento de usuario es un elemento fundamental.

Desde el levantamiento cualitativo, la calidad de la atención se enfoca en dar cuenta de las necesidades de trabajadores vulnerables y en una situación de crisis, como son las enfermedades o accidentes, considerando su diversidad, dispersión territorial e integralidad. En esta línea, los desafíos para mejorar la calidad de la atención y comunicación están dados por el desconocimiento respecto de la Ley y la falta de información de los beneficiarios del funcionamiento del seguro, donde el riesgo de no recibir la cobertura o la deserción de los tratamientos son altos. Para este tipo de trabajador(a) es importante destacar que sin una relación previa como asegurado(a), conlleva a que la primera aproximación con el ISL sea frente a la ocurrencia de algún accidente o padecimiento de una enfermedad, es decir, a una situación difícil y negativa para el trabajador(a).

Desde el punto de vista del cliente o empleador(a) con trabajadores asegurados por el ISL, se tiene el interés que el trabajador(a) se reincorpore al trabajo, en el menor tiempo posible y en las mejores condiciones. Esto requiere de parte del ISL una estrategia de relación para entregar información y sensibilización con los empleadores, pues la recuperación del(la) trabajador(a) depende de la adhesión a los tratamientos, lo que implica horas médicas, exámenes y reposo.

Se percibe que otro elemento que juega un rol importante para la relación con los distintos segmentos es la evaluación de las prestaciones médicas. En las evaluaciones a usuarios(as), los resultados positivos pueden tener el sesgo de la gratuidad en la entrega, pero es importante la entrega de información para que la evaluación permita un feedback para el Instituto. Se da como ejemplo lo que realiza la ACHS, donde se realizan llamados telefónicos a los pacientes luego de la prestación médica y visitas a los pacientes propios que se encuentran en sus centros.

4.1.2 Recepción de denuncias

La recepción de las denuncias es la fase inicial de la atención, cuando el ISL es notificado, ya sea por empleadores como por trabajadores independientes, sobre la ocurrencia de un accidente de trabajo (DIAT) o enfermedad profesional (DIEP). En el primer caso, las denuncias deben ser realizadas dentro de 24 horas de ocurrido el accidente, y en el caso de las enfermedades, desde 24 horas una vez que el(la) empleador(a) es notificado(a) por el(la) trabajador(a) de sospechar de una enfermedad profesional⁵. En cualquier caso, una denuncia fuera de plazo no puede privar al(la) trabajador(a) de su derecho a la atención, por lo que en la

⁵ ISL. ¿Qué hacer en caso de accidentes? <https://www.isl.gob.cl/accidentes-y-enfermedades/>

práctica esta indicación no tiene relación con los plazos reales de denuncia. Asimismo, no resulta claro como esta normativa aplica a trabajadores a honorarios, que no cuentan con empleador(a) formal a cargo de realizar denuncias.

En base a la información revisada, se ve un claro aumento en la cantidad de denuncias en los años, pasando de 1.345 denuncias promedio mensual en 2015, a 1.825 en 2018, y estos datos no incluyen aún el aumento de demanda por el cambio de la Ley 21.054. Considerando el aumento en el número de beneficiarios del ISL en el mismo periodo, se logra identificar un alza desde 0,17 denuncias por cada 100 trabajadores al año 2015, 0,21 al año 2018.

A partir del análisis realizado en el capítulo 2 a las denuncias recibidas del periodo 2015-2018, se identifica que al año 2018 sólo el 3,88% de las denuncias se realizó el mismo día del accidente, y que el 64,59% se realizó en un plazo de 1 a 15 días, lo que limita las posibilidades del ISL de tomar decisiones en torno a la atención que recibirán los beneficiarios en caso de accidentes del trabajo. Esto no ocurre con las enfermedades profesionales, donde la denuncia es requisito para emitir la orden de primera atención de enfermedad laboral (OPA EP). Desde el punto de vista del levantamiento cualitativo, los funcionarios perciben que a esta demora en la entrega de la información se suma que en muchas ocasiones la información viene incompleta, por lo que se da inicio a un proceso de iteración con los prestadores, a través de los empleadores, que se retrasa la gestión de las denuncias por parte del ISL. En la percepción de funcionarios de regiones, esto se ve agravado en territorios sin presencia de oficinas del ISL. De esa forma, se identifican una serie de situaciones que contribuyen a una falta de información relevante para el inicio del proceso de prestaciones médicas, que inciden posteriormente en el proceso de calificación, donde la información precisa y oportuna es necesaria para su correcta realización.

Un elemento adicional identificado en la literatura, es el vinculado a un importante número de casos de enfermedades profesionales que no son denunciados a través del sistema de seguridad laboral, sino que son asumidos íntegramente por el sistema Fonasa/Isapre. En este sentido, Bitrán y Escobar (2011) realizan una revisión, a través de peritaje experto, de 158 casos de patologías de salud mental, osteomusculares y de columna cubiertos por el sistema Fonasa/Isapres. Su análisis concluye que un 37% de estos casos se tratarían de enfermedades profesionales no cubiertas por el seguro de accidentes y enfermedades laborales. Llevando esta cifra al sistema de salud, esto implicaría un costo de \$ 16.700 millones de pesos que el sistema de salud estaría absorbiendo desde el sistema de seguridad y salud en el trabajo. Estos resultados, no obstante, deben ser tomados con cautela dado el tamaño de la muestra y de los grupos de patologías seleccionados.

4.1.3 Gestión de la calificación

La calificación de la denuncia es el proceso a través del cual ISL valida que las denuncias realizadas por los empleadores califiquen efectivamente como accidentes o enfermedades laborales, según lo estipulado por la ley 16.744.

De acuerdo a algunos funcionarios que participaron en el levantamiento cualitativo realizado en el contexto de este estudio, la calificación de los accidentes no presenta mayores complejidades, pero en las enfermedades profesionales el tiempo es mucho mayor y no siempre se concluye con una clasificación correcta. Esta

percepción es verificable también a través de la información cuantitativa analizada en el capítulo 2, donde se identifica que el 38% de las denuncias de enfermedades profesionales reciben calificaciones después de 3 meses, frente a un 8% de denuncias de accidentes en la misma situación. En contraposición, la normativa apunta a que accidentes laborales y de trayecto debiesen obtener la resolución de su calificación (RECA) en un plazo de 15 días corridos, y las enfermedades profesionales 30 días corridos⁶.

Un aspecto destacado positivamente por funcionarios consultados en el levantamiento cualitativo ha sido el de la ventanilla única del ISL, que ha ayudado a identificar más oportunamente los casos con licencia médica. No obstante, en algunas direcciones regionales, también se señala que existen problemas administrativos para despachar las Resoluciones de las Calificaciones (en un mes desfasado), que repercute en los tiempos de apelación del empleador y el empleado.

Un factor adicional, que surgió a partir del levantamiento de focus groups con funcionarios del ISL, es que en el retraso en los tiempos de calificación influye la falta de antecedentes médicos que permitan calificar adecuadamente, por no tener un diagnóstico claro, a lo que se sumaría la percepción de una deficiencia de horas profesionales para realizar las calificaciones. En relación a este punto, la encuesta a funcionarios del ISL realizada encontró opiniones divergentes al interior de la institución, con un 33% de los funcionarios señalando que la cantidad de personas no permite asegurar respuestas oportuna, frente a un 40% que está de acuerdo o muy de acuerdo en que si lo permite. Donde sí existe mayor acuerdo es con respecto a la capacidad de los profesionales actualmente existentes, donde un 56% de los funcionarios señaló que la formación de estos profesionales asegura los criterios técnicos necesarios del proceso. A esto se debe agregar el requisito de la normativa de la SUSESO por incorporar médicos del trabajo al proceso de calificación, cuya especialización es escasa en Chile, con la consiguiente dificultad de ISL para incorporarlos a estas actividades dentro de los plazos exigidos por la normativa para la calificación de las denuncias.

Finalmente, funcionarios apuntan como un problema adicional el desconocimiento de la normativa de enfermedades profesionales por parte de los prestadores, lo que contribuye a que en ocasiones no se realicen pesquisas de forma oportuna para la investigación de sus condiciones de origen. En este sentido, se apunta a la posibilidad de establecer un vínculo con las áreas de Prevención del ISL como una fuente de información que podría complementar la capacidad del área de Prestaciones Médicas.

Un elemento adicional identificado en la literatura, es el vinculado a un importante número de casos de enfermedades profesionales que no son denunciados a través del sistema de seguridad laboral, sino que son asumidos íntegramente por el sistema Fonasa/Isapre. En este sentido, Bitrán y Escobar (2011) realizan una revisión, a través de peritaje experto, de 158 casos de patologías de salud mental, osteomusculares y de columna cubiertos por el sistema Fonasa/Isapres. Su análisis concluye que un 37% de estos casos se tratarían de enfermedades profesionales no cubiertas por el seguro de accidentes y enfermedades laborales. Llevando esta cifra al sistema de salud, esto implicaría un costo de \$ 16.700 millones de pesos que el sistema de salud estaría absorbiendo desde el sistema de seguridad y salud en el trabajo. Estos resultados, no obstante, deben ser tomados con cautela dado el tamaño de la muestra y de los grupos de patologías seleccionados.

⁶ SUSESO, Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, <https://www.suseso.cl/613/w3-propertyname-647.html>

4.1.4 Asignación inicial y derivación de los pacientes

La asignación inicial se entiende como la acción del personal de ISL para determinar el prestador inicial al que los trabajadores debiesen acudir en caso de accidentes o enfermedades profesionales, y la derivación de pacientes como el cambio de pacientes que ya han ingresado a algún prestador médico a otro prestador médico que esté en convenio con el ISL.

En el caso de las enfermedades profesionales la asignación inicial como también la derivación es facilitada por el requerimiento de la denuncia previo a la emisión de la orden de primera atención de enfermedad laboral (OPA EP). No obstante, en el caso de los accidentes del trabajo y trayecto es recurrente que ISL reciba la denuncia con los trabajadores ya ingresados en algún centro de salud. En esos casos puede producirse una derivación de un centro asistencial a otro por parte del ISL, según las necesidades de salud del paciente.

Al nivel de los prestadores médicos del sector público, existe un problema en la identificación y localización de los pacientes de ISL accidentados que ingresan directamente a la red pública, ya que si el caso no es de extrema gravedad para que ingrese por urgencias, el beneficiario queda en lista de espera del establecimiento, que repercute directamente en la entrega oportuna de sus prestaciones médicas. Para asegurar la entrega oportuna, los(as) funcionarios(as) de las Direcciones Regionales deben realizar la pesquisa de estos pacientes para derivarlos a otro prestador de la red en convenio.

El proceso de derivación está relacionado con la oferta de prestadores y sus capacidades, en esto las regiones tienen mayores problemas, especialmente para la atención de los pacientes de zonas rurales o extremas. El tema de los tiempos de traslados y el abandono de los tratamientos es algo que debería diagnosticarse y considerarse en términos de análisis de costo efectividad para definir estrategias de abordaje específicas para este segmento de beneficiario.

La eliminación de la distinción obrero/empleador se identifica como una oportunidad para realizar oportunamente la pesquisa de pacientes en la red de salud pública, ya que al eliminarse la distinción se interrumpió el traspaso directo de recursos presupuestarios al servicio de salud público, por lo que a partir del año 2019 deberán realizar la totalidad de procedimientos formales establecidos de la gestión de los pacientes para cobrar y recibir el pago por las prestaciones médicas brindadas. Gracias a esto se podrá tener una ventaja para solicitar toda la información relevante y recibirla oportunamente para realizar las derivaciones pertinentes y seguimiento de casos.

De acuerdo al levantamiento cualitativo, no se identifican criterios claros y/o formales (pautas, manuales) para la asignación inicial del(la) trabajador(a) a un prestador médico de la red de prestadores en convenio con el ISL. Para el caso de la derivación de pacientes, esta se realiza caso a caso según la contingencia del caso y utilizando como criterio de derivación la disponibilidad de cupos en los prestadores médicos en convenio, generalmente a través de una comunicación directa (por teléfono) de cada prestador en convenio de la región, cuando la Dirección Regional está gestionando el caso, o a nivel nacional, cuando el caso se deriva o se requiere ayuda del nivel central. Esta es una gestión diaria, que conlleva una serie de procedimientos administrativos, como es la solicitud de informe del prestador que está brindando la atención, presentar caso y/o informe en cada prestador en convenio.

En el levantamiento cualitativo y cuantitativo, se señala que existen pocos prestadores médicos que realicen una oferta extensa de servicios, lo que resulta especialmente relevante en regiones por la limitación en la disponibilidad de especialistas y/o sub especialistas. Esto implica una dificultad adicional, pues en caso de ser necesaria una derivación, no existen muchos prestadores hacia donde esto se pueda realizar. Esto se ve reflejado en que actualmente la ACHS recibe cerca del 60% de los pacientes del ISL. Se señala en el levantamiento cualitativo que la red de prestadores no siempre puede cumplir con la entrega de una prestación integral.

La dificultad para asignar y derivar pacientes también se relaciona con la falta de una sistematización dinámica detallada de la oferta disponible y en uso, para realizar una asignación intencionada de la demanda que considere criterios claros y establecidos, y que esté articulada a nivel nacional, especialmente para los casos de mayor complejidad y, por ende, de mayor costo. Dependiendo de distintas variables del caso, como lo es el diagnóstico, se deben considerar criterios de localización, capacidad y disponibilidad de la red, eficiencia del gasto, disponibilidad de especialización, comportamiento anterior del prestador, satisfacción usuaria, entre otras.

4.1.5 Seguimiento de casos

4.1.5.1 Información para realizar seguimiento de casos

El seguimiento de casos se entiende como el conjunto de actividades que permiten al ISL mantener control sobre los trabajadores en tratamiento por prestadores de salud adheridos a su red. En el relato de los directivos entrevistados, el seguimiento de casos hasta el 2015 estaba entregado a los prestadores y a partir del término del contrato con Mutual se inició un proceso creciente de mayor control y seguimiento de los casos por parte del ISL. Esto es reconocido por los prestadores privados y por los actores internos del ISL.

La sub-notificación de casos, la falta de información clínica y de incentivos para facilitar el seguimiento por parte de los prestadores son las principales trabas percibidas por los funcionarios durante el levantamiento cualitativo, además de la toma de decisiones en la contingencia por parte de los prestadores.

Sin embargo, como se mencionó anteriormente, existe la oportunidad de la incorporación de la gestión de los obreros por parte de los Servicio de la red de salud, por la eliminación de la distinción obrero-empleado, que proporcionará incentivos a los prestadores públicos para informar los casos y su seguimiento. Además, para mejorar el seguimiento, se destaca a los jefes de recaudación de los hospitales como actores claves y, desde la experiencia de los equipos regionales, se les destaca como un apoyo para informar a los trabajadores, entregar orientación y facilitar el seguimiento.

EL ISL debería tener la capacidad de hacer seguimiento de casos, sin embargo muchos de sus prestadores no están en condiciones de entregar información, ya sea porque no tienen esa información ordenada o sistematizada, o porque sus sistemas de información no dialogan con los del Instituto, por lo que el seguimiento queda en gran parte de los casos en manos de los prestadores. Sin embargo, en el capítulo de análisis cuantitativo se reconoció un avance en este ámbito en el Departamento de Tecnologías de información (TI) al iniciar el desarrollo de una integración de sistemas de información, inicialmente con la ACHS, y teniendo como proyecto el desarrollo de una plataforma para registro de la información de los prestadores sin sistemas, lo

que mejoraría el manejo de información, la entrega oportuna de esta, y facilidades para realizar el seguimiento y control. El desafío futuro luego de este desarrollo de sistemas será transformar el dato en información para tomar decisiones basadas en evidencia.

También se identificó con el Departamento de TI que existe un módulo 4 en el SPM que soporta el seguimiento de casos registrando el historial de actividades o contacto, comentarios, diagnóstico y antecedentes adicionales, además de poder generar ODAS. Se menciona que lo único que se registra en el módulo 4 son las órdenes administrativas (ODA) del proceso de seguimiento. Sin embargo, se menciona que este módulo tiene escaso uso, ya sea porque no se adecúa a las funciones que realizan las personas de seguimiento, por desconocimiento del módulo, u otra razón. La clara orientación al ámbito administrativo por sobre el ámbito médico que posee este sistema puede ser otra razón del bajo uso del módulo seguimiento, dada la alta componente médica del proceso.

Adicionalmente, se identifica también como oportunidad de mejora que 12 prestadores (83% del total de respuestas) declaren que el desarrollo de un portal de prestadores, que permita cargar directamente la información de los pacientes ISL, contribuiría en la relación y gestión con el ISL.

A lo anterior se suma la limitación legal de acceso a fichas médicas por parte del Instituto, en cuanto esta acción podría transgredir los derechos de confidencialidad del paciente (Ley 20.584), la cual se contrapone con lo dictaminado por SUSESO sobre el acceso de los organismos administradores a la información clínica de los pacientes atendidos en sus prestadores en convenio. Para paliar esta problemática se identifica en el levantamiento cualitativo que en algunas de las Direcciones Regionales aconsejan a los pacientes que soliciten su ficha clínica directamente con el prestador médico para que luego pueda remitir esta información al ISL de forma más rápida que la solicitud del Instituto al prestador médico.

4.1.5.2 Relación con prestadores e inclusión de mirada técnica

La falta de pesquisa física, la capacitación a los equipos médicos respecto de la Ley y la construcción de protocolos para estructurar la relación con los prestadores, son elementos en los que se percibe que se puede avanzar en el trabajo cotidiano y en la vinculación entre equipos. En relación a estos temas, los profesionales del ISL tienen una opinión técnica y pueden aportar al prestador para la mejor resolución de los casos, considerando el marco legal y mandato.

No obstante, del levantamiento cualitativo se menciona por parte de prestadores en convenio con ISL que falta una mejor contraparte técnica en el ISL para la gestión de pacientes. Se identifica que el ISL es experto gestionando la parte administrativa y normativa de la gestión de pacientes, pero no en incluir la mirada técnica en esta gestión. Dentro del ISL se levantó la necesidad de incluir la mirada técnica transversalmente a la gestión de prestaciones médicas e incorporar indicadores de salud a la evaluación de la gestión propia y de la red de prestadores.

Actualmente la Unidad de compras que gestiona los cobros por prestaciones médicas y la Unidad de seguimiento encargada del seguimiento de casos están separadas, las cuales conversan y se apoyan ante contingencias de casos de mayor costo o complejidad, sin embargo, en la Unidad de seguimiento solo se

cuentan con pocas o insuficientes horas de profesionales del área de la salud dentro de la dotación de ISL. En efecto, cuenta solo con 4 profesionales de salud en el nivel central y que se concentran en la división de salud y seguridad en el trabajo. En las Direcciones Regionales es distinta la relación administrativa-médica, ya que la gran parte de los profesionales de la salud que trabajan para el ISL son prestadores de servicios externos a la dotación permanente del Instituto.

Esta separación de la gestión administrativa y técnica se presenta también en los sistemas de información pertenecientes al ISL, ya que existe el módulo 5 que contiene la información de los pagos de las prestaciones médicas, pero no existe algún tipo de variable más agregada que pueda estimar los tipos de prestaciones médicas de modo de analizar su pertinencia.

4.2 GESTIÓN DE PRESTADORES MÉDICOS

4.2.1 Modelo de compras y pago de prestaciones

El modelo de compras del ISL se sustenta en la existencia de convenios con prestadores públicos y privados, que dan atención de salud financiados luego a través del seguro de accidentes y enfermedades laborales.

De acuerdo al levantamiento cualitativo realizado, en la mayoría de los convenios los requerimientos de atención son levantadas desde las regiones por el nivel central, para el posterior diseño de licitaciones, adjudicación y elaboración de convenios que regirán las relaciones entre ISL y los prestadores. No obstante, algunos(as) funcionarios(as) señalan que los convenios resultantes no siempre dan cuenta de los problemas enfrentados a nivel local, por aspectos tales como la falta de especialidades o subespecialidades en el territorio, o bien a problemas de especificidad en los procesos. En este aspecto, el personal participante del levantamiento cualitativo, así como también profesionales provenientes de los prestadores, apuntan a la necesidad que un mayor número de profesionales de salud se involucren en los procesos de elaboración de convenios de la institución. Dentro de las deficiencias identificadas por los funcionarios aparecen, por ejemplo, la inexistencia de cláusulas que hagan exigible a los prestadores médicos la entrega de información al ISL. Si bien en la encuesta de funcionarios un importante porcentaje de personas señaló que la relación con los prestadores es fluida y la información suficiente para la toma de decisiones, en el levantamiento cualitativo se constató que esto ocurre más bien por iniciativa local, y no necesariamente por contar con instrumentos que lo permitan. En ese sentido, se apunta como deseable la incorporación futura de cláusulas de este tipo, que haría necesaria a su vez la dedicación de horas de profesionales de salud con capacidades para su elaboración.

En la indagación de tipo cualitativa también emergen observaciones con respecto al grado de conocimiento que tienen los prestadores sobre el funcionamiento del seguro de salud, y que redundan en eventuales problemas para la gestión de los pagos por parte del ISL. A través del mismo levantamiento se propuso, por ejemplo, que ISL realice de manera sistemática actividades de capacitación de la normativa de seguridad y salud en el trabajo a equipos profesionales y directivos, de forma de lograr una gestión más fluida de los convenios vigentes.

Finalmente, se señala que no existe una unidad que coordine cierres de convenios, y que tampoco existe una unidad comercial que busque a los prestadores médicos para negociar tarifas. Generalmente estas funciones

son asumidas por un número acotado de funcionarios, sin la capacidad de realizar adecuadamente todas esas labores.

En términos del modelo de pago, este se desarrolla principalmente a través del pago por servicios, aunque se han comenzado a introducir “empaquetamientos”, así como a estudiar la posibilidad de introducir Grupos Relacionados por Diagnóstico (GRD), siguiendo la implementación vía licitaciones realizada en FONASA. A nivel internacional el uso de GRD no es la norma a nivel de seguros laborales, pero hay experiencias de interés en su implementación, por ejemplo, en Portugal. En la encuesta realizada a prestadores, la mayoría señaló operar fundamentalmente a través de pago por servicios, pero a la vez mostró una alta disponibilidad por incorporar o estudiar un sistema de pago vía GRD para los convenios con el ISL. Asimismo, dos de los prestadores contactados ya habían incorporado GRD para la gestión de otros seguros.

Es importante destacar, a partir de la experiencia de FONASA, que la eventual incorporación de GRD como mecanismo de pago para prestaciones hospitalarias, si bien trae beneficios en términos de simplificación administrativa y un potencial control de costos en prestaciones de alto costo para la institución, implica también la conformación de una unidad específica que trate tanto con la gestión de los grupos, como la realización de los pagos realizados bajo estas categorías. Esto requeriría un aumento en la dotación de profesionales de salud del ISL, y una modificación relevante de la actual situación del ISL, donde la elaboración y gestión de convenios por un lado, y de pago de servicios por otro, funcionan como espacios separados.

4.2.2 Falta de evaluación de prestadores

El Instituto de Seguridad Laboral no tiene una sistematización completa ni dinámica sobre la caracterización e información administrativa y técnica incluida en los convenios respecto de la red de prestadores, lo que corresponde a la oferta de prestaciones médicas. Conocer la red en todos sus ámbitos facilitaría la asignación y derivación de pacientes, y el control y seguimiento de las prestaciones médicas, al poder realizar un ajuste de demanda y oferta real y que sea dinámico ante las contingencias de casos, sobre variables territoriales, de prestaciones médicas, de costo-eficiencia, entre otras.

Teniendo conocimiento detallado e informado para todas las Direcciones Regionales y las unidades que realicen cualquier gestión de prestaciones médicas, se tendrían las condiciones para desarrollar un sistema que registre la evaluación de prestadores médicos en convenio, que sistematice y registre todas las situaciones (positivas y negativas) asociadas a algún comportamiento del prestador con el ISL y los beneficiarios.

La falta de registro del comportamiento de los prestadores impide o dificulta el uso o aprovechamiento del conocimiento tácito de las personas del ISL que gestionan a los prestadores, además no tienen herramientas que permitan una retroalimentación para el proceso de contratación de los prestadores para la renovación de convenios y la incorporación de nuevos prestadores a la red, de forma de ir mejorando continuamente en la gestión de la red.

La falta de registro de los distintos comportamiento de los prestadores hace que sea difícil de aplicar ciertos procedimientos ante eventuales situaciones, como por ejemplo aplicación de multas; realizar análisis de demanda no suplida o con altos costos, debido a la tercerización de servicios a través de un prestador en convenio; y ayudar en el proceso de elaboración de los convenios y en la negociación de éstos con los

prestadores médicos. Sería necesario entonces registrar la información respecto al comportamiento administrativo y técnico del prestador.

Falta información tanto de contratos previos como de una evaluación a los contratos actuales que permitan realizar el correcto seguimiento de los contratos actuales y la elaboración licitaciones para nuevos convenios o renovaciones, que incluyan aspectos técnicos y administrativos. (Evaluación, para hacer nueva licitación y el seguimiento con una mirada técnica y administrativa)

Por otro lado, existe una fuerte dependencia de la ACHS en algunas regiones, por lo que hay una tendencia a omitir ciertas críticas hacia el prestador, dificultando aún más la evaluación de su gestión. Una amplia red y construida estratégicamente aumenta la posibilidades de negociación con los prestadores en convenio.

Una necesidad no cubierta es la de evaluar la calidad de las prestaciones. Para ello hace falta una definición preliminar: estándares de calidad en las prestaciones. Con ello, se puede incluir la variable de calidad de prestadores médicas en una eventual evaluación del prestador en convenio, la cual incluya la evaluación del paciente sobre los servicios percibidos en el prestador.

4.2.3 Red de salud y oferta médica

En la actualidad existe un mayor número de convenios públicos (173) que privados (60), siendo la Región Metropolitana el territorio con mayor número de ambos. En el otro extremo, existen regiones que no tienen prestadores privados, como es el caso de Arica y Ñuble. Para la expansión de esta red, en el levantamiento cualitativo realizado se identificaron sugerencias como, por ejemplo, de realizar un trabajo de catastrar y capacitar periódicamente a nuevos prestadores en regiones, de forma de identificar posibles nuevas incorporaciones a la red ISL, así como identificar nuevas prestaciones en los prestadores ya vigentes.

La mayoría de los prestadores ofrecen prestaciones ambulatorias y hospitalarias. Sin embargo, al analizar los tipos de prestación que atienden los prestadores en convenio, existen pocos que atiendan áreas de especialización, siendo solo un 13% del total. Por otro lado, algunas prestaciones solo están disponibles en la Región Metropolitana (ejemplos: los peritajes clínicos de patología de la voz y respiratorias, las prestaciones de neuro-rehabilitación y traumatológicas, y el servicio de llenado bomba de Baclofeno, entre otros), esto conlleva una asimetría en el poder de negociación entre ISL y prestadores y un exceso de traslados dentro de las redes de algunos prestadores, como ACHS. Pese a ello, en la encuesta de funcionarios realizada en el contexto de este estudio, un 51% de los funcionarios señaló que los prestadores entregaban una atención de calidad a los pacientes ISL, y el 50% apuntó a que existía una relación fluida con los prestadores.

Funcionarios del ISL señalan problemas de acceso a las redes de salud, ya que la oferta se concentra en las ciudades principales. En ese sentido, la red de urgencias del sector público es la que reacciona realizando el rescate y traslado de los pacientes al producirse accidentes graves en zonas aisladas, aunque generalmente los pacientes prefieren atenderse en la red privada, de ser posible. Esto es corroborado en dos ámbitos por la encuesta de funcionarios: por un lado, ante la pregunta de si los prestadores públicos son los que entregan mejor calidad de atención, un 54% se manifestó en desacuerdo o muy en desacuerdo. Por otro lado, frente a la pregunta sobre una eventual mejor disponibilidad de prestaciones entre los prestadores públicos un 57% de los funcionarios señaló estar en desacuerdo o muy en desacuerdo. En ese sentido, existe una mayor percepción tanto de disponibilidad como de calidad en los prestadores privados que, sin embargo, tienden a concentrarse

en mayor medida en la Región Metropolitana. A nivel más general, frente a la pregunta de si los prestadores en convenio presentan disponibilidad de prestaciones cuando se requieren, un 56% manifestó estar de acuerdo o muy de acuerdo. Una opinión más positiva es la presentada por los prestadores encuestados, quienes señalan que la ocurrencia de rechazo a pacientes ISL por falta de disponibilidad de recursos ocurría rara vez o nunca en sus instalaciones.

Se debe destacar la importancia del Programa de Resolutividad en Atención Primaria, aprobado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales en noviembre de 2014, y que tiene por objetivo mejorar el nivel de los cuidados tanto preventivos como curativos ofrecidos por la red de atención primaria del país. Esta orientación fue valorada por algunos funcionarios durante el levantamiento cualitativo, dado el importante despliegue territorial con que cuenta esta red de atención.

Finalmente, se señala que, a nivel de las mutualidades se ha visto una reducción de accidentes laborales que repercute en una subocupación de la infraestructura hospitalaria de las mutuales, y que se refleja en la oferta de nuevos servicios en sus centros clínicos (como partos y seguro escolar para sus afiliados), así como en la externalización de la compra de sus prestaciones en regiones. Esto redundará en un aumento en la disponibilidad de capacidad instalada en los centros clínicos de las mutualidades, que pudiese ser utilizada en nuevos convenios entre estas instituciones y el ISL.

4.3 ORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL

4.3.1 Estructura organizacional y dotación

En términos institucionales, el BGI 2016 da cuenta de una dotación de 465 funcionarios durante el periodo. No obstante, el número de personas por Dirección Regional no se relaciona con la demanda de denuncias que tiene cada región.

Se constata que existe un bajo número de profesionales de salud a tiempo completo que trabajan en el ISL, habiendo solo 4 regiones en las cuales hay profesionales a tiempo completo y que son trabajadores(as) exclusivos(as) del Instituto, que corresponden a las profesiones de kinesiología y enfermería. Si bien es un número bajo, estas regiones corresponden a las regiones con mayor demanda de denuncias.

Si se cuentan las horas contratadas de profesionales de la salud por el subtítulo 23, se aprecia que aumentan los profesionales de salud y las horas totales para las regiones que tienen personas contratadas dentro de la dotación de ISL, sin embargo, existen 7 regiones que no cuentan con un total de horas contratadas que equivalgan siquiera a una jornada completa de un profesional de la salud. Es importante destacar que las únicas áreas de la salud que existen en las regiones son: enfermería, que está en todas las regiones; y medicina general, donde solo 4 regiones disponen de horas de esta área.

Por otro lado, si se cuentan las horas contratadas de profesionales de la salud por el nivel central, se aprecia un mayor abanico de áreas de la salud, predominando la enfermería, sumando 7 jornadas completas de horas contratadas. Solo existen dos médicos trabajando con una jornada completa en el nivel central.

Un aspecto negativo relevante en el ámbito de la dotación corresponde a la contratación de personal de salud por subtítulo 23, que se realiza a partir de licitaciones para la contratación de servicios profesionales. Al

respecto, sorprende que exista personal de salud del ISL que sea considerado legalmente “prestador de servicios”, dado el rol que tienen estos trabajadores en la operación de la institución.

A nivel más institucional, el levantamiento cualitativo identifica cierta crítica a una excesiva departamentalización del ISL, donde las distintas unidades de la institución no siempre conversan entre sí. Se percibe que una mayor interacción entre unidades podría, en determinados casos como el proceso de calificación de origen, contribuir a una gestión más expedita al interior del ISL.

4.3.2 Proceso de planificación estratégica

El concepto de estrategia en sistemas públicos se entiende como *“el resultado de las elecciones que los ejecutivos públicos y gobiernos corporativos hacen, en materia de **dónde jugar y cómo ganar**, con el fin de maximizar el valor público de largo plazo, de cara a la sociedad y los ciudadanos”*⁷. De esta forma, el proceso de planificación estratégica de una institución debiese orientarse a definir sus áreas de acción y objetivos a largo plazo, de forma de maximizar el valor que entregan a la sociedad. Sin embargo, en el ISL ocurren una serie de situaciones que dificultan esta tarea.

De acuerdo a la Evaluación del Gasto Institucional (EGI) del ISL realizado al año 2014, a ese año existían tres principales problemas de gestión del ISL que dificultaban el proceso de planificación estratégica en el largo plazo, estos eran: una falta de coherencia entre el mandato institucional del ISL y del Ministerio de Trabajo, un déficit de capacidades de planificación estratégica del ISL, y una falencia en las capacidades de gestión de la información de la institución; esto último basado en un importante grado de dependencia de fuentes externas de información, lo que incidía en la capacidad de toma de decisiones por parte de la autoridad.

Estos cuestionamientos también surgen a partir del levantamiento cualitativo realizado en este estudio, donde distintos funcionarios señalan que en el ISL se responde en general a la contingencia, y que si bien en el nivel central se realizan buenos levantamientos de requerimientos, en la práctica se responde poco a ellos. Informantes externos también apuntan a una falta de definiciones estratégicas y de procesos integrados.

Un elemento importante identificado en el levantamiento cualitativo es el hecho de que si bien el seguro administrado por el ISL financia prestaciones médicas, institucionalmente es una institución dependiente institucionalmente del Ministerio del Trabajo. En ese sentido, su capacidad de vinculación política y de alcanzar acuerdos, por ejemplo con el Ministerio de Salud, es acotada comparado a otras instituciones de seguridad social, como podría ser FONASA.

⁷ Favaro Ken y Rangan Kasturi. The Executive Guide to Strategy. Booz & Company, 2014, págs. 7-10.

4.4 RESUMEN DEL DIAGNÓSTICO

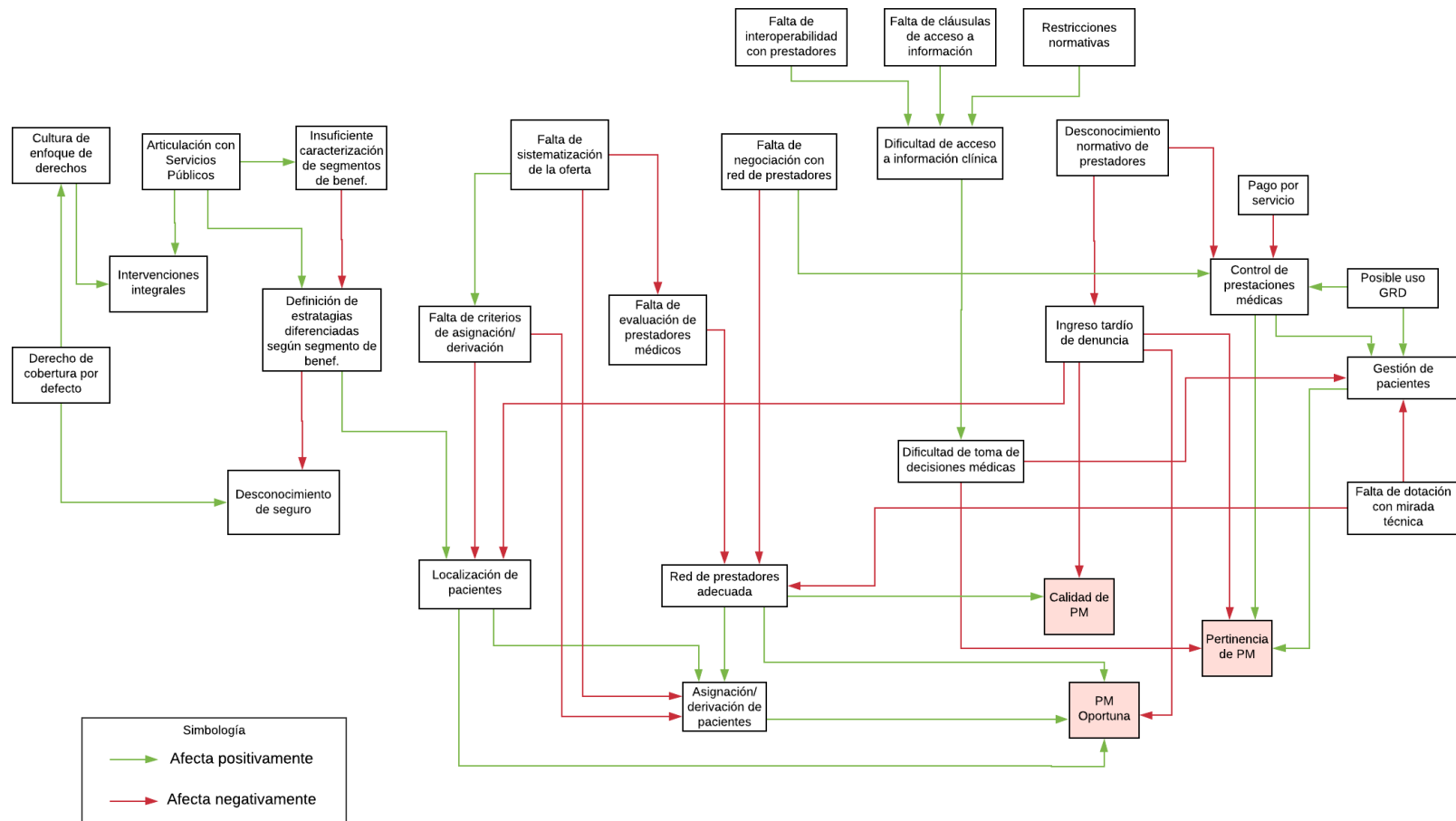
El diagnóstico realizado en las páginas precedentes permite configurar un diagrama de sistema complejo, donde se identifican los principales elementos que configuran el actual funcionamiento de la gestión de las prestaciones médicas al interior del ISL.

De acuerdo a Weissbluth (2008: 3), un sistema complejo es aquel donde no sólo existe una multiplicidad de partes conectadas entre sí, sino que además cada una de esas partes puede tomar decisiones por sí misma y organizarse de forma más o menos autónoma. Esta definición lleva a que la comprensión de las organizaciones públicas pueda entenderse como un sistema complejo, donde confluyen no sólo dificultades técnicas al interior de la organización, sino también la realidad de que no se cuenta con el control de todos los elementos que permiten mantener la operación institucional. De esta forma, a nivel central se debe tomar decisiones con información incompleta.

A partir de la definición anterior, el autor plantea el diagrama de sistemas complejos como una herramienta holística que permite visualizar las principales variables que influyen en la operación de una institución, y que deben ser tomadas en consideración por la autoridad para la toma de decisiones. Estas variables no necesariamente corresponden a una misma categoría de fenómenos, pudiendo incluir elementos técnicos u organizacionales, así como internos o externos a la institución.

Siguiendo el modelo propuesto, y tomando los distintos elementos identificados en el capítulo de diagnóstico, se construyó un diagrama simplificado con 29 elementos que, de forma interrelacionada, configuran en gran medida la actual operación del sistema de prestaciones médicas del ISL. Una mayor desagregación de cada uno de estos fenómenos puede verse en el diagrama extendido que le sigue.

Ilustración 4: Diagrama simplificado de sistema complejo del modelo de gestión de prestaciones médicas de ISL



Fuente: Elaboración propia

En términos del valor público generado por el ISL, se percibe una cultura organizacional orientada a los derechos de los usuarios, que se vincula en el hecho de que el ISL es la institución por defecto para usuarios que no son de interés para las mutualidades, ya sea por su alto riesgo o sus bajos ingresos. La entrega de prestaciones integrales por parte del ISL, al alero de un seguro de accidentes laborales de larga data en el país, se une al hecho de que la orientación institucional del ISL permite cierta articulación, ya sea de manera formal o informal, con otros organismos estatales que entregan prestaciones sociales. En desmedro de esta orientación, se encuentra el hecho de que al ser una entidad aseguradora por defecto, cuenta con un importante nivel de desconocimiento entre beneficiadores, y se percibe que actualmente no cuenta con estrategias suficientemente desarrolladas para llegar a cada uno de sus segmentos de usuarios. Este desconocimiento normativo se vincula en términos operacionales a cierto retraso en el ingreso de denuncias de accidentes y enfermedades laborales, en inconvenientes al momento de localizar y hacer seguimiento a los beneficiarios que han sufrido algún accidente o enfermedad, y por consiguiente a la calidad, pertinencia y oportunidad de las prestaciones que reciben estos pacientes.

Se identifica una insuficiente caracterización de los distintos segmentos de beneficiarios(as), especialmente con la incorporación del nuevo segmento de los honorarios, que afecta negativamente en la definición de estrategias diferenciadas según los segmentos identificados. La articulación con los servicios públicos puede beneficiar la caracterización de segmentos al relacionarse con servicios que pueden proveer información relevante de los beneficiarios, como por ejemplo el SII para la caracterización de los independientes. A su vez, puede beneficiar también la definición de estrategias diferenciadas al relacionarse con servicios que interactúen con los beneficiarios del ISL, como lo es el IPS o FONASA, por lo que se pueden crear distintas líneas de acción. Esta definición de estrategias afecta negativamente al desconocimiento del seguro e ISL de parte de los(as) beneficiarios(as) y facilita la localización de pacientes al crear distintos canales para la relación de los(as) beneficiarios(as).

Con respecto a la asignación/derivación de pacientes, se puede ver que se identifica que es afectada negativamente por la falta de criterios de asignación/derivación y la falta de sistematización de la oferta actual de la red de prestadores en convenio, y es beneficiada por la localización de pacientes y la construcción de una red de prestadores médicos adecuada. La buena asignación/derivación de pacientes beneficia en la entrega de prestaciones médicas oportuna.

El seguimiento de casos depende del acceso a la información clínica del caso, el cual es dificultoso por la falta de interoperabilidad con prestadores, la falta de cláusulas de acceso a esta información de los prestadores médicos en convenio y las restricciones normativas de la ley de protección de datos del paciente. Esta dificultad de acceso dificulta la toma de decisiones médicas que puede realizar el ISL en el seguimiento, y a su vez, a la pertinencia de las prestaciones médicas entregadas al paciente. La dificultad en la toma de decisiones médicas afecta negativamente a la gestión de pacientes que realiza el ISL. Esta a su vez se ve afectada negativamente por la falta de dotación con mirada técnica que pueda realizar la gestión, y afecta positivamente a la pertinencia de las prestaciones médicas.

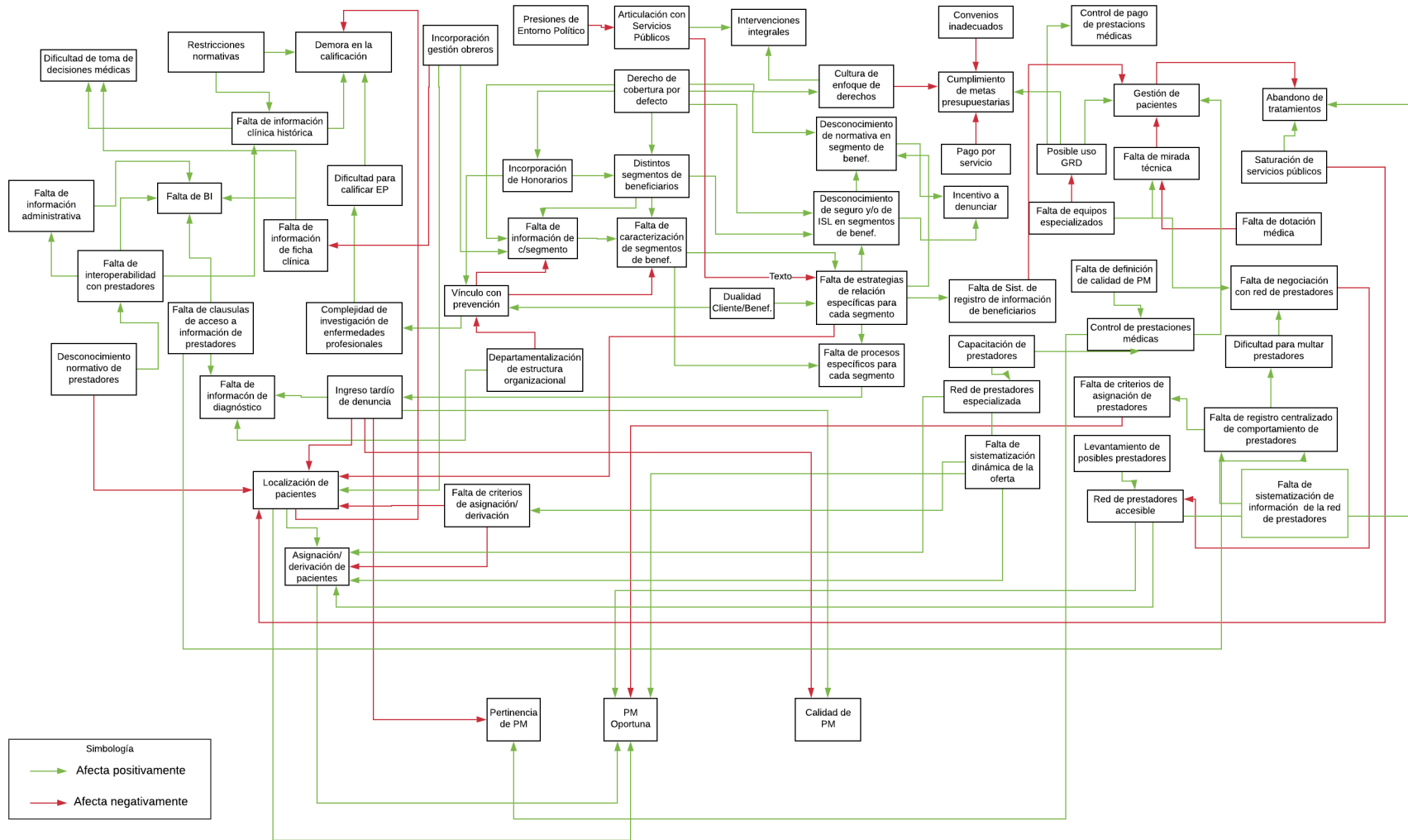
Para la creación de valor público, el ISL actualmente cuenta con un modelo de compras sustentado en convenios con prestadores públicos y privados elaborados a nivel central, a partir de un levantamiento de antecedentes a nivel regional. Este esquema, sin embargo, cuenta con debilidades técnicas en cuanto a la información con la que se cuenta, así como con las capacidades disponibles para la gestión de los convenios

existentes. En términos del pago de los convenios, el actual modelo se sustenta en una lógica de pago por servicios, que si bien permite financiar prestaciones de manera efectiva, no necesariamente permite un control adecuado de su eficiencia. Como alternativa se estudia la posibilidad de incorporar una metodología de Grupos Relacionados por Diagnóstico (GRD), a partir de la experiencia de FONASA con prestadores públicos y privados del país, que permitiría mejorar el control de costos, a la vez que permitir una mejor gestión clínica de los pacientes beneficiarios del seguro.

Actualmente el ISL cuenta con una importante red de prestadores tanto públicos como privados, pero no existe una metodología que permita mantener un registro sistematizado de información de oferta de servicios tanto de parte de proveedores en convenio como de potenciales nuevos proveedores a ser incorporados a la red del ISL. Esta falta de información, junto a las limitaciones normativas y técnicas de la institución, redundan en una relativa debilidad del ISL en materia de negociación con prestadores privados al momento de la elaboración de convenios, dificultando con ello la entrega del valor público esperado por su misión institucional. Por otro lado, la elaboración y mantención de una red de prestadores médicos adecuada se ve negativamente afectada por la falta de un sistema de evaluación de dichos prestadores, dada la ya mencionada falta de sistematización de la oferta. En el largo plazo, la construcción de una red adecuada de prestadores médicos redundan en una mejora en la calidad, oportunidad y pertinencia de las prestaciones médicas, siendo fundamental para el desarrollo de un modelo de gestión de prestaciones acorde a la misión institucional del ISL.

Para mayor detalle, se presenta el siguiente esquema detallado que incorpora todos los elementos mencionados en el desarrollo del diagnóstico.

Ilustración 5: Diagrama extendido de sistema complejo del modelo de gestión de prestaciones médicas de ISL



Fuente: Elaboración propia

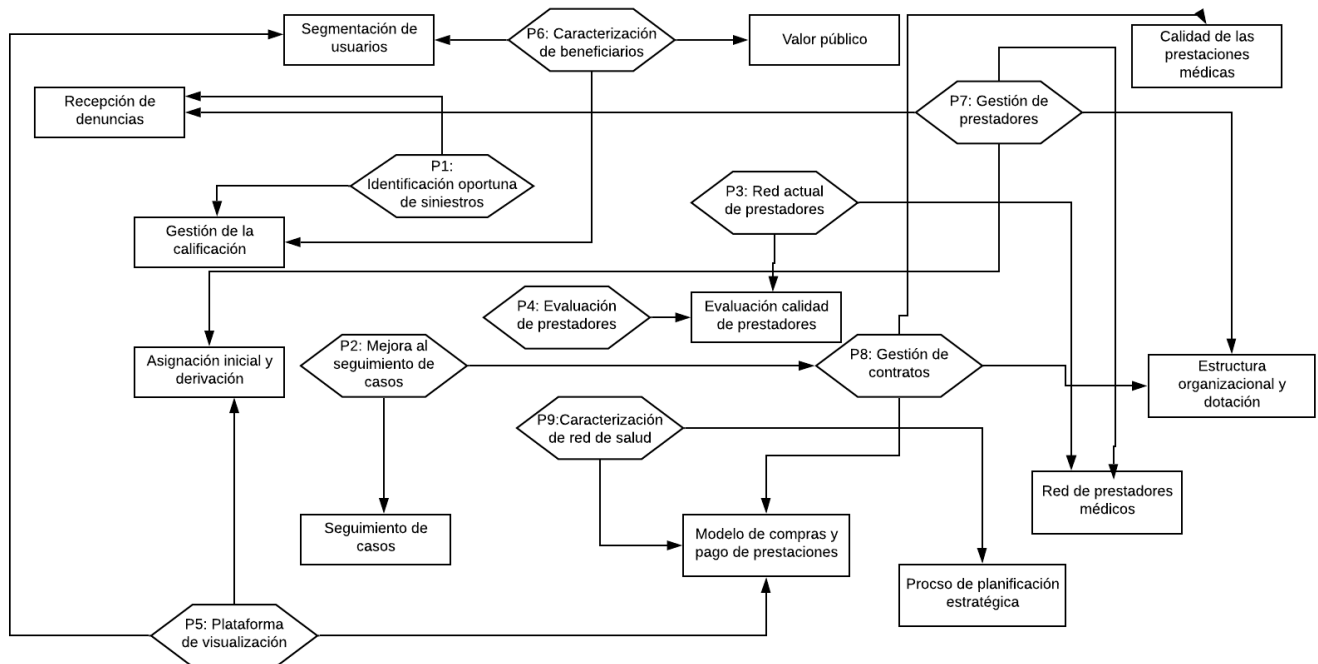
5 PROPUESTAS DE MEJORA

A partir del diagnóstico levantado y consensuado en las instancias de taller realizadas, emergen una serie de recomendaciones en las distintas dimensiones utilizadas durante el estudio.

En esta sección se detalla un total de nueve iniciativas divididas en aquellas vinculadas a Gestión de la Información y Gestión de Prestaciones Médicas, que apuntan a las distintas dimensiones consideradas prioritarias por parte de ISL y el Centro de Sistemas Públicos y que fueron analizadas en mayor detalle en el capítulo de Diagnóstico. Este capítulo finaliza con una síntesis de las propuestas identificadas, donde se presentan los principales elementos a considerar en el desarrollo de un nuevo modelo de gestión de prestaciones médicas.

La relación entre las principales dimensiones del diagnóstico y las propuestas puede identificarse en el siguiente gráfico:

Tabla 5-1: Relación entre principales dimensiones de diagnóstico y propuestas de mejora



Fuente: Elaboración propia

5.1 GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

La gestión de la Información se puede definir como el conjunto de actividades realizadas con el fin de controlar, almacenar y, posteriormente, recuperar adecuadamente la información producida, recibida o retenida por la organización en el desarrollo de sus actividades⁸. Dentro de ésta se pueden desarrollar la gestión de la

⁸ Ruesta, C. B., & Iglesias, R. A. (2001). Gestión del conocimiento y gestión de la información. *Boletín del Instituto de Andalucía de Patrimonio Histórico*, 8(34).

documentación y el desarrollo de sistemas de información e informáticos, que pueden incluir información interna, externa y pública, que hace referencia a la información que la organización produce para comunicar al público.

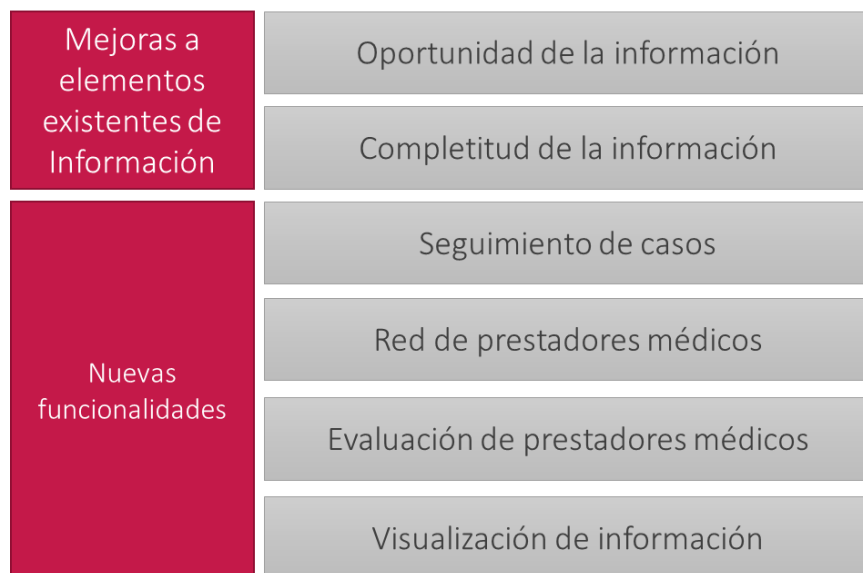
Los sistemas de información cumplen un rol de sistemas de apoyo a la gestión, por lo que todas las recomendaciones en este ámbito consisten en actividades y proyectos que ayudarán a soportar procesos y actividades para permitir la toma de decisiones rápidas e informadas, por lo que serán considerados como condiciones necesarias, no así suficientes, para mejorar el macro proceso de la gestión de las prestaciones médicas.

Recién para este año se encontrará disponible la información de la totalidad de los beneficiarios del ISL con respecto a sus siniestros. En efecto, a contar de enero de este año se podrá obtener la información de la totalidad de los siniestros de los obreros, y a contar de julio del 2019 se incorpora una gran masa de los honorarios que se afilian por defecto al seguro, por lo que se empieza a presentar siniestros desde julio, lo que permitirá conocer el comportamiento de este gran segmento nuevo de usuarios.

Dado esto, se proponen cambios que apuntan, por una parte, a mejorar elementos ya presentes en las plataformas actuales de ISL, y por el otro, a incorporar nuevas funcionalidades. La mejora de elementos existentes se relaciona directamente con la obtención de información relevante y pertinente que permita la operación correcta de los procesos y una mejor toma de decisiones.

El proyecto 1 corresponde a mejoras en plataformas actuales de ISL, y el resto, que corresponden a los proyectos 2 a 5, son propuestas de nuevas funcionalidades que debiese tener ISL para una mejor gestión de prestaciones médicas.

Ilustración 6: ámbitos considerados en la propuesta de ajustes de Gestión de la Información



5.1.1 Proyecto 1: Identificación oportuna de siniestros en prestadores médicos

Problema u oportunidad

En los siniestros de accidentes, se identifican casos con ingresos de denuncias tardíos con respecto a la fecha de los accidentes, con un 18,8% de los casos con fecha de ingreso de la denuncia realizado en más de 30 días posteriores al accidente, por lo que existe una gestión tardía del caso, dificultando la incidencia de las decisiones médicas para gestionar oportunamente las prestaciones médicas para el caso.

Las Direcciones Regionales reciben tardíamente las denuncias, por lo que en algunos casos realizan contactos directos con el personal de algunos prestadores médicos de la red, específicamente con los servicios de salud pública, de modo de obtener la información de la denuncia en los tiempos oportunos para iniciar las gestiones de ISL, como lo son la calificación, seguimiento del caso, los pagos de las prestaciones económicas correspondientes, entre otros, dependiendo de las características del accidente.

Existe una dificultad mayor en el caso de los prestadores médicos públicos por la alta demanda que poseen. Además, anteriormente no había necesidad de gestionar los casos de los beneficiarios de tipo obrero(a), sin embargo, desde la eliminación de la distinción obrero(a)/empleado(a), si el Establecimiento de Salud requiere el pago de las atenciones realizadas con cargo al seguro, se tendrá que formalizar el procedimiento de cobro al igual como se hacía con empleados.

Propuesta

Se propone el desarrollo de un sistema informático que permita a la Red de Prestadores médicos del Instituto ingresar la información del siniestro para realizar la denuncia pertinente en el tiempo oportuno para iniciar la gestión de las prestaciones médicas.

Se espera que todos los prestadores de la red, ya sean públicos o privados, estén integrados al sistema, de modo tal que se logre pesquisar la totalidad de los siniestros denunciados en los plazos oportunos.

La funcionalidad de ingreso de las denuncias está en desarrollo dentro de un proyecto más grande que engloba gran parte las funciones técnicas y administrativas que los prestadores médicos realizan para el Instituto. Se está desarrollando en paralelo: (1) una plataforma para el acceso general de los prestadores médicos que no disponen de sistemas informáticos; (2) una vinculación del sistema informático de la ACHS, la cual concentra el 64% del monto de las prestaciones médicas que compra el Instituto.

Objetivo general: Diseñar, desarrollar e implementar un sistema informático que integre la totalidad de la red de prestadores médicos y permita ingresar la información de un siniestro ocurrido, para completar la denuncia en un plazo acotado.

Objetivos específicos:

- Diseñar y desarrollar un sistema informático y plataforma de acceso general para los prestadores médicos sin sistemas informáticos desarrollados.
- Identificar a los prestadores médicos con sistemas informáticos propios que incluyan la información de las denuncias y realizar una vinculación de sus sistemas al sistema informático de la plataforma general.

- Realizar las gestiones administrativas para la obtención de la información por parte de los prestadores médicos.
- Implementación progresiva del sistema informático de acuerdo a una planificación de implementación para cada prestador médico.

Horizonte temporal: Mediano Plazo.

Unidades asociadas: Departamento de Prestaciones Médicas, Direcciones Regionales, Unidad de gestión de prestadores y cuentas médicas, Unidad de compras y gestión de contratos.

Recursos críticos: Financieros, Informáticos, Administrativos.

Actividades:

- Segmentación de prestadores médicos de acuerdo a volumen de denuncias emitidas y con mayor número de denuncias no presenciales.
- Identificación de los prestadores médicos que tengan sistemas informáticos para la gestión de la información de las denuncias de los siniestros que ingresan a sus dependencias.
- Planificar la implementación del sistema en distintos prestadores médicos de la red.
- Desarrollo del sistema informático y de la plataforma para que los prestadores médicos tengan acceso.
- Vinculación entre los sistemas de prestadores y sistemas propios, que contengan la información de las denuncias.
- Definición de los plazos de ingreso de la información con respecto a la fecha del accidente.
- Solicitar al prestador la definición de personas administrativas de este que tendrán el rol de ingresar la información de la denuncia.
- Capacitar a las personas definidas con el rol de ingreso de la información de la denuncia.
- Realizar las distintas modificaciones a los contratos, aprobación de normativa o lo pertinente, para asegurar el ingreso oportuno de la información.
- Rediseñar y diseñar los procesos de los distintos tipos de ingreso de las denuncias.
- Comunicar implementación de sistema al Instituto, con un especial instructivo a las unidades asociadas y a todas las Direcciones Regionales.
- Implementar el sistema informático a los prestadores acorde a la planificación.
- Monitorear el ingreso de la información de los prestadores médicos con el sistema implementado con respecto a la fecha de accidente.

Las actividades enumeradas están ordenadas cronológicamente, por lo que cada actividad depende del cumplimiento de la anterior.

Dentro de este proyecto 1, se incluyen actividades en relación a la completitud de la información necesaria para realizar los análisis y gestiones pertinentes.

5.1.2 Actividad 1: Inclusión de variable “Tipo de Ingreso de denuncia”

Problema u oportunidad

Considerando que de implementarse el ingreso de denuncia por parte del prestador médico al sistema, y teniendo el antecedente del desarrollo de la plataforma virtual para el ingreso de la denuncia vía web, se tendrían aún más canales de ingreso de denuncias, se identifica la necesidad de incluir la variable que registre la forma de ingreso de la denuncia.

Actualmente no se tiene el registro de la forma de ingreso de la denuncia, lo que no permite conocer las reales magnitudes de siniestros de ingresos presenciales y no presenciales, sino más bien solo se puede calcular un valor aproximado realizando ciertos cruces de campos de información. Esto no permite conocer y analizar la forma de actuar de los beneficiarios con respecto a los distintos canales de atención y comunicación, y formalizar de manera clara los distintos procesos de ingreso de las denuncias.

Propuesta

Incluir la variable tipo de ingreso de denuncia, de modo tal que se puedan identificar los distintos canales de llegada de los beneficiarios con ocurrencia de siniestros, y el tipo de interacción que tienen los distintos grupos de “clientes” que tiene identificado el Instituto.

Se debería tener los siguientes tipos:

- Sucursal, opción única que se muestra en la “Supertabla” de reportabilidad.
- Prestador Médico
- Plataforma Web
- Prestador Médico, sin implementación, tomando en cuenta que el proceso de implementación de los sistemas integrados a los prestadores médicos será progresivo, por lo que en la etapa de transición al sistema se tendrá las dos posibilidades de tipo de ingreso.

Junto con lo anterior, dado que existirán otros canales de ingreso, se debe vincular al lugar de ingreso de denuncia, ya que no solo será en las sucursales de ISL, como se tiene actualmente en el Módulo 2, sino también en los prestadores médicos, por lo que el campo de sucursal debe cambiarse e incluir también el establecimiento del prestador.

5.1.3 Proyecto 2: Sistema de Seguimiento de casos

Problema u oportunidad

Actualmente el seguimiento de los casos se realiza de forma manual, caso a caso, prestador por prestador, a través de contactos directos y/o ingresando a los sistemas de cada prestador, lo que hace que la gestión sea lenta y difícil para la obtención de la información relevante para el seguimiento.

Existe una dificultad importante con la información de la ficha clínica de los pacientes del ISL tratados en los respectivos prestadores, la cual no se obtiene oportunamente, por lo que repercute en la dificultad de asegurar la pertinencia de las prestaciones médicas. Por una parte existen limitaciones legales por la ley de protección de datos del paciente dificulta el acceso a la información, y por otra parte, gran parte de los prestadores médicos no está en condiciones de entregar esta información por la escasa existencia de sistemas de información para esta gestión o la falta de integración de sus sistemas con los de ISL.

Al no tener el registro integrado de la información del seguimiento, se dificulta el análisis sobre la pertinencia de las prestaciones médicas, derivación a prestadores médicos, situaciones complejas de resolución, como tampoco facilitar la identificación y monitoreo de los casos críticos y/o de alto costo, y de prestaciones médicas que no están en convenio.

Se tiene el antecedente de la existencia del módulo 4 del SPM que soporta el seguimiento de casos con escaso uso. Una razón posible puede ser la orientación al ámbito administrativo por sobre el ámbito de salud que posee este sistema, dada la alta y necesaria componente médica del proceso.

Propuesta

Desarrollo de un sistema integrado para todos los prestadores médicos donde se ingrese la ficha médica del paciente, la solicitud de las OPAS y ODAS, y facturación de las prestaciones médicas, en una lógica de proceso, para facilitar el control y monitoreo de las prestaciones médicas que realizan las Direcciones Regionales y la Unidad de Seguimiento, de modo que los profesionales de la salud velen para que el tratamiento sea suficiente y pertinente, mientras que los administrativos velen por el aseguramiento de la entrega de las prestaciones médicas y el cumplimiento de los procedimientos.

El sistema debe incorporar la funcionalidad de identificación de casos críticos que alerte a los equipos sobre los casos necesarios de realizar el seguimiento, como los casos de los que no es necesario. Se tiene el antecedente de que existe el protocolo con los criterios de definición de criticidad de los casos. Esta caracterización debe incorporarse como un a variable adicional a los casos, como también del estado de este, de forma que se indique el estado actual del paciente. Algunas categorías del estado podrías ser: paciente dado de alta, paciente fallecido, paciente renuncia a recibir prestaciones, paciente con secuela, paciente con atención médica, paciente con tratamiento de rehabilitación, paciente a la espera de derivación de prestador médico, paciente reincorporado, entre otros. Para los pacientes reincorporados, es importante definir el procedimiento a seguir para estos, de modo de no generar duplicidad de información.

Esta nueva funcionalidad es más bien un rediseño del módulo 4 ya existente, que soporta el proceso de seguimiento de casos, pero que por algún motivo no se utiliza en las unidades encargadas del seguimiento.

Este rediseño del módulo 4 se debe integrar al desarrollo del proyecto 1 con respecto a la obtención de la información externa de los prestadores médicos, tal que se elaboren las actividades de aseguramiento de la información por parte de los prestadores de forma conjunta para no duplicar actividades. También se busca vincular la información de este sistema con el sistema de identificación oportuna de siniestros en prestadores médicos, para vincular las denuncias a todo el seguimiento del caso.

Actualmente, la construcción conjunta de los proyectos 1 y 2 propuestos ya están en desarrollo por el Departamento de tecnologías de información, como se mencionó anteriormente en la propuesta del proyecto 1. El sistema ya estaría en vías de implementarse, por lo que el desarrollo de este en su totalidad puede lograrse en un mediano plazo.

Se considera relevante la habilitación de acceso a la información al Departamento de estudios y gestión estratégica, ya que de este modo pueden obtener información detallada de todas las prestaciones médicas para cada caso, o de forma agregada dependiendo del ámbito a estudiar.

Objetivo general: Diseñar, desarrollar e implementar un sistema informático que integre la totalidad de la red prestadores médicos que les permita ingresar la ficha médica del paciente y realizar los procedimientos administrativos con el Instituto de Seguridad Laboral.

Objetivos específicos:

- Diseñar y desarrollar sistema informático y plataforma de acceso general para los prestadores médicos sin sistemas informáticos desarrollados.
- Identificar a los prestadores médicos con sistemas informáticos propios que incluyan la información del seguimiento clínico y administrativo de los casos y realizar una vinculación de sus sistemas al sistema informático al sistema de la plataforma general.
- Realizar las gestiones administrativas para la obtención de la información por parte de los prestadores médicos.
- Implementación progresiva del sistema informático de acuerdo a una planificación de implementación para cada prestador médico.

Horizonte temporal: Mediano Plazo.

Unidades asociadas: Direcciones Regionales, Unidades de Departamento de Prestaciones Médicas, Unidad de gestión de prestadores y cuentas médicas, Unidad de compras y gestión de contratos, Departamento de estudios y gestión estratégica.

Recursos críticos: Financieros, Informáticos, Administrativos, Soporte Político para asegurar el uso del sistema.

Actividades:

- Identificación de los prestadores médicos con mayores números de prestaciones médicas, como insumo de la definición de la planificación de implementación.
- Identificación de los prestadores médicos que tengan sistemas informáticos en donde realicen la gestión de la información clínica y trámite administrativo del seguimiento de los pacientes del Instituto atendidos en sus dependencias.
- Rediseño del sistema del módulo 4 e integración con el resto de los módulos, realizando un levantamiento a nivel nacional de las necesidades y procesos ejecutados las personas que realizan el seguimiento en las Direcciones Regionales y el Nivel Central.
- Definición de una planificación de implementación de los prestadores médicos de la red.
- Desarrollo del sistema informático rediseñado y de la plataforma general en que los prestadores médicos tengan acceso.
- Vinculación de los sistemas de los prestadores con sistemas propios que contengan la información de las denuncias.
- Definir a las personas administrativas del prestador médico que tendrá el rol de ingresar la información clínica y administrativa.
- Capacitar a las personas definidas con el rol de ingreso de la información de cada ámbito.
- Realizar las distintas modificaciones a los contratos, aprobación de normativa, o lo pertinente, para asegurar el ingreso oportuno de la información.
- Rediseñar las licitaciones incluyendo las cláusulas de ingreso oportuno de la información.

- Rediseñar los procesos de seguimiento de casos, de modo tal que se incluyan las tareas del seguimiento dentro del sistema para asegurar el registro de la información.
- Comunicar implementación de sistema al Instituto, con un especial instructivo a las unidades asociadas y a todas las Direcciones Regionales.
- Implementar el sistema informático a los prestadores acorde a la planificación.
- Monitorear el ingreso de la información de los prestadores médicos con el sistema implementado con respecto a las cláusulas establecidas en los convenios, licitaciones y/o normativa emitida.

5.1.4 Proyecto 3: Sistema de Red de Prestadores Médicos

Problema u oportunidad

Existe un desconocimiento sobre la red actual de los prestadores que están en convenio por parte del ISL, en cuanto al detalle de la información incluida en los convenios y de la caracterización de estos mismos, como también de aquellos prestadores públicos que forman parte de los servicios de salud. Lo anterior provoca una dificultad para la gestión de los prestadores, en función de la asignación inicial y derivación de los pacientes dentro de la región o a nivel nacional dependiendo del caso, ya que no existe un criterio claro e informado para realizar tales derivaciones.

Además se identifica una dificultad para calcular la oferta real de las prestaciones médicas, con información completa y detallada que permita identificar prestaciones faltantes en la red o prestaciones que superan la demanda de prestaciones, realizando un ajuste de oferta y demanda real de prestaciones médicas.

Por otro lado, en la información disponible a los beneficiarios, se ve una oportunidad para mejorar la información comunicada sobre la red de prestadores, de modo que se pueda disponer de información suficiente para los beneficiarios y comunicada de forma amigable y sencilla para su entendimiento.

Propuesta

Desarrollo de un sistema que soporte la información de la actual red de prestadores médicos que dispone el Instituto, con completitud de todas las variables relevantes para realizar el cálculo de oferta detallado de las prestaciones médicas, en cuanto a capacidad, especializaciones, cobertura geográfica, entre otros. Debe tener información detallada de los convenios firmados, la cual incluye información médica y de otras condiciones administrativas y operativas de cada prestador.

Es importante tener una información clínica detallada de cada establecimiento en convenio con el Instituto, de modo de poder identificar la oferta para cada Región y disponer de toda la información agregada para realizar las derivaciones de pacientes y/o definir un modelo de derivación. Dentro de esta lógica, se debe tener un campo que indique el tipo de prestación en convenio, como lo son prestaciones médicas, los cuidados domiciliarios, los exámenes de vigilancia, peritajes clínicos, entre otros; de modo de segmentar a los prestadores de acuerdo a las prestaciones que entregan. Algunas categorías de prestaciones son: preventivas, prestaciones de investigación, médicas de tratamiento, o médicas posteriores al alta, las cuales pueden ser de recuperación o de rehabilitación, como también cuidados permanentes en los pacientes con secuelas permanentes. De este modo se puede diferenciar a los prestadores médicos a los cuales se pueden realizar

derivaciones de pacientes para su tratamiento, como también identificar la oferta de prestadores para cada área de los distintos productos de valor público del Instituto.

Se releva la importancia de la inclusión de variables menos agregadas y más detalladas, como lo son las subespecialidades de los profesionales en convenio, como por ejemplo “traumatólogo de cadera o rodilla”.

De igual forma, se debe tener información que caracterice al establecimiento, incluyendo información sobre su ubicación geográfica en caso de ser pertinente, tipo de establecimiento (clínica, centro médico, entre otros), tipo de dependencia (privado, Servicio de Salud Público, público no perteneciente al S.N.S.S.), Nivel de Atención, entre otros. Parte de la caracterización se podría obtener con una vinculación a la base de establecimientos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio, lo que necesitaría agregar el campo ID de código de establecimiento a las actuales bases de convenio que maneja actualmente el Instituto.

El sistema debe permitir a la Unidad de gestión de prestadores y cuentas médicas y a la Unidad de compras y gestión de contratos, ingresar la información detallada de los convenios, lo cual debe incluirse como una tarea adicional en el proceso de gestión de contratos, una vez que se formalice el convenio.

Además, el sistema debe permitir una visualización de la información detallada en objetos visuales e interactivos que permitan disponer la oferta de prestaciones para cada tipo de producto, de modo que permita al Departamento de Prestaciones Médicas analizar constantemente la oferta disponible de prestaciones médicas, junto con las Direcciones Regionales y las Plataformas de atención, las cuales se consideran áreas relevantes para el uso de la visualización de datos de la red de prestadores médicos.

Para obtener la disponibilidad real actualizada de los distintos tipos de prestación, se debe realizar una integración con el sistema de identificación de siniestros y seguimiento de casos, para cruzar la información de la capacidad total de la red de prestadores, y la ocupación de los prestadores, para luego poder visualizarla de manera dinámica por las Dirección Regionales, especialmente, y las demás áreas pertinentes. Dependiendo de la urgencia de la asignación o derivación del caso, se tienen distintos tipos de prestaciones médicas.

Objetivo general: Diseñar, desarrollar e implementar una plataforma que sistematice la información de los convenios y caracterización de la totalidad de la red actual de prestadores médicos en convenio con el Instituto de Seguridad Laboral de modo que permita una visualización de los datos accesible a todas las áreas pertinentes.

Objetivos específicos:

- Diseñar la base de datos con los campos pertinentes y relevantes para los usuarios de la información.
- Desarrollar sistema informático y plataforma de visualización de datos eficaz que se adecúe a las necesidades de las áreas pertinentes de la organización.
- Poblar base de datos con los datos de la red actual de prestadores médicos del Instituto.
- Implementar el sistema informático y plataforma de visualización de datos.

Horizonte temporal: Sistematización de red de prestadores: Corto Plazo. Visualización de oferta: Mediano Plazo, dependiendo del desarrollo del resto de sistemas propuestos..

Unidades asociadas: Unidad de gestión de prestadores y cuentas médicas, Unidad de compras y gestión de contratos, Unidades de Departamento de Prestaciones Médicas, Direcciones Regionales.

Recursos críticos: Informáticos, Administrativos.

Actividades:

- Definir usuarios de la información de prestadores en convenio y la utilidad de dicha información.
- Diseño de la base de datos de la red de prestadores médicos, realizando un levantamiento a nivel nacional de las necesidades de información de la red de prestadores médicos
- Desarrollo del sistema e integración con el resto de los módulos del SPM.
- En caso de vinculación con el DEIS, realizar convenio y vinculación de las bases de datos.
- Diseño y desarrollo de la plataforma de visualización de datos, realizando levantamiento de las necesidades de las áreas relevantes para su uso e iteraciones del diseño de la visualización.
- Definir equipo de personas encargadas de poblar inicialmente la base de datos de los convenios actuales a la fecha.
- Definir a las personas de la Unidad de gestión de prestadores y cuentas médicas y a la Unidad de compras y gestión de contratos encargadas del ingreso y actualización de los datos del sistema para los ámbitos técnicos y administrativos.
- Capacitar a las personas definidas con el rol de ingreso de la información.
- Comunicar implementación de sistema y plataforma de visualización al Instituto, con un especial instructivo para su uso a las áreas relevantes para el uso de la plataforma.

5.1.5 Proyecto 4: Evaluación de Prestadores Médicos

Problema u oportunidad

No existe un control de los prestadores médicos con información suficiente y sistematizada para tomar decisiones sobre qué acciones tomar para distintos casos de situaciones, y que permita una retroalimentación de los desempeños de cada prestador médico para la elaboración de licitaciones y convenios.

El conocimiento sobre desempeño de los prestadores que poseen las Direcciones Regionales y en el Depto. de Prestaciones Médicas no está siendo registrado, por lo que se siguen firmando convenios con los mismos prestadores médicos a pesar de tener problemas de disponibilidad real de los ítems acordados en la licitación, al extremo de extender convenios que nunca se utilizaron. También se identifica que existen convenios sin las especialidades técnicas necesarias para la región, lo que también conlleva al no uso del convenio. Esta problemática se levantó en base a la percepción de los funcionarios, no existiendo registros que permitan la validación de esos juicios para su correcta resolución.

Por otro lado, también se tiene la oportunidad de registrar las buenas prácticas de los distintos prestadores, que también permita la retroalimentación en la elaboración de las licitaciones y convenios.

Propuesta

Se propone un sistema informático que registre evaluaciones de los prestadores médicos, donde se identifiquen posibles problemas y buenas prácticas de los prestadores en términos técnicos y administrativos, que permitan la toma de decisiones informada sobre tomar ciertas acciones con el desempeño particular del prestador, y la retroalimentación para la elaboración de las licitaciones y convenios, en las cuales eventualmente se pueda incorporar un factor de comportamiento en el diseño de las nuevas licitaciones de prestaciones médicas.

La evaluación debería contener al menos la información sobre la disponibilidad “real” o de facto de los ítems contratados, pertinencia de las prestaciones en base al diagnóstico y seguimiento de los procesos administrativos, como también registrar la acción realizada al identificar algún problema o incumplimiento de contrato. También podría eventualmente vincularse al sistema de reclamos, para obtener información sobre la satisfacción usuaria.

Se busca que el sistema de seguimiento de casos se pueda vincular a éste, de modo de que el registro del desempeño en los casos puntuales se relacione con el siniestro y las distintas gestiones del seguimiento. Además, debe integrarse con la base de la red de prestadores médicos, de modo que se vinculen los distintos ítems clínicos contratados con el real uso de éstos.

Las Direcciones Regionales y las Unidades que interactúan con los prestadores deben tener acceso a una plataforma de ingreso de la información del desempeño.

Objetivo general: Diseñar, desarrollar e implementar un sistema informático de evaluación de prestadores médicos pertenecientes a la actual red del Instituto de Seguridad Laboral que permita el registro del comportamiento de estos para evaluar el comportamiento y tomar decisiones en base a evidencia.

Objetivos específicos:

- Determinar ámbitos, definir estándares, diseñar el contenido de la evaluación a los prestadores.
- Diseñar la base de datos y vinculación con el sistema de seguimiento y red actual de prestadores médicos.
- Desarrollar sistema informático de registro del comportamiento de los prestadores médicos.
- Implementar sistema informático en las áreas pertinentes del ingreso de las evaluaciones.

Horizonte temporal: Mediano Plazo, considerando las vinculaciones con el sistema de seguimiento de casos.

Unidades asociadas: Unidades de Departamento de Prestaciones Médicas, Direcciones Regionales Unidad de gestión de prestadores y cuentas médicas, Unidad de compras y gestión de contratos.

Recursos críticos: Informáticos, Administrativos.

Actividades:

- Diseño de la base de datos para el registro del comportamiento, considerando los tipos de vínculos con el sistema de la red actual de prestadores médicos y de seguimiento de casos, en base a levantamiento de necesidades de unidades pertinentes.
- Desarrollo del sistema y del vínculo con los sistemas de red actual de prestadores médicos y de seguimiento de casos.

- Analizar los distintos procesos que incluyan interacciones y gestión de prestadores para definir las personas con posibles razones para ingreso de comportamientos de prestadores e incluir esas tareas en los procesos respectivos.
- Rediseñar el proceso de elaboración de licitaciones y convenios, agregando la retroalimentación de la evaluación de los prestadores médicos.
- Capacitar a las personas definidas con el rol de ingreso de la información.
- Comunicar la implementación del sistema al Instituto, con un especial instructivo para su uso a las áreas relevantes para el registro y uso de la información.

5.1.6 Proyecto 5: Plataforma de visualización de datos

Problema u oportunidad

En base a las recomendaciones anteriores que incorporan el registro y gestión de información adicional a la actualmente posee el ISL que sea pertinente, relevante y estructurada para su uso eficaz, por ser diseñadas en base a un levantamiento de necesidades de las áreas pertinentes, se reconoce una oportunidad para implementar una plataforma de visualización de datos, interactiva y agregada, que permita optimizar el proceso de toma de decisiones en las distintas áreas respectivas.

En relación a la Actividad 1: Inclusión de variable “Tipo de Ingreso de denuncia” desarrollada en las recomendaciones, se reconoce una oportunidad para visualizar de forma dinámica y rápida los distintos usos de los canales de ingreso de demanda.

Se identifica el desconocimiento de beneficiarios por parte del ISL, en cuanto a su caracterización, tendencias y comportamiento, lo que dificulta la estimación de la demanda potencial y proyectada de prestaciones médicas, para la toma de decisiones con respecto a las distintas estrategias de canales de comunicación de los distintos procesos, formalización de procedimientos administrativos efectivos, y procesos de mejora continua generales relacionados con los beneficiarios, entre otros.

También se reconoce el desconocimiento del **ajuste de oferta y demanda** real de las prestaciones médicas con información completa para este análisis, el cual debe ser desarrollado periódicamente para tener el conocimiento de la demanda real de las prestaciones médicas y que la oferta se ajuste a estos requerimientos de las prestaciones médicas, de modo de que si no existe ajuste se tomen las decisiones pertinentes para resolver esa problemática.

Como se identificó en el Proyecto 4: Evaluación de Prestadores Médicos y relacionado con el punto anterior, se identifica una falta de control con respecto al uso real de los convenios, con información que permita decidir sobre la red de prestadores médicos que se necesita para asegurar la entrega oportuna y de calidad de las prestaciones médicas, y con qué prestadores médicos construir la red.

Finalmente, se identifica que no existe un proceso continuo y accesible a todas las áreas pertinentes del control de costos de las prestaciones médicas, agregados por variables relevantes para realizar análisis de costo-eficiencia de la gestión de las prestaciones médicas.

Propuesta

Se propone desarrollar e implementar una plataforma de visualización de datos que permita la analítica presentada de forma visual para identificar tendencias, patrones, entender conceptos complejos, controlar variables, entre otras funciones. Los datos que se deben analizar ya están en algunas bases de datos de los sistemas que opera el ISL y/o se incluyen a alguna de las propuestas de proyecto anteriores.

La visualización de datos ayuda en la toma de decisiones informadas y en tiempo real, ya que procesa grandes cantidades de información para una interpretación de los datos, además de optimizar la propagación de la información, al ahorrar tiempo en el procesamiento de la información y compartirlo en toda la organización. Dependiendo de la herramienta utilizada para la visualización, también facilita la utilización de la información permitiendo que usuarios inexpertos puedan crear visualizaciones de datos significativos, sin necesidad de poseer conocimientos técnicos profundos del tratamiento de datos.

Dada la identificación de los problemas se recomienda incluir las siguientes visualizaciones de datos:

- Identificación de canales de ingreso de demanda, que permita la identificación y tendencia de los canales por segmento de beneficiarios para la toma de decisiones informada de las distintas estrategias de comunicación con los pacientes.
- Caracterización de beneficiarios, la cual tenga análisis de las distintas segmentaciones identificadas y a nivel regional, para tener un cálculo detallado de la demanda potencial e identificar tendencias de la composición de la cartera de beneficiarios, lo cual constituye un insumo en la estimación de la demanda proyectada. De igual forma, sirve como insumo para la toma de decisiones respecto a los canales de comunicación y de los procedimientos administrativos que interactúan con los beneficiarios. Es relevante el acceso de esta visualización a las Direcciones Regionales, para que conozcan periódicamente a sus beneficiarios reales y puedan desarrollar procesos de mejora continua en cuanto a sus atenciones, procedimientos, entre otros.
- Ajuste de demanda y oferta real de prestaciones médicas, que permita monitorear la demanda, en cuanto a los diagnósticos frecuentes, a distintas variables sociodemográficas y las magnitudes de las distintas partes del proceso de gestión de prestaciones médicas, para identificar fallas e insuficiencias en la oferta de las prestaciones médicas, e identificar tendencias que levanten necesidades de modificaciones o elaboraciones nuevas de convenios. De igual forma que la caracterización de los beneficiarios, es importante darle el acceso a las Direcciones Regionales para que tengan disponibilidad de la demanda, de modo que puedan identificar en base a evidencia nodos críticos en la gestión de prestaciones médicas, como también identifican necesidades médicas para incluir en la red de prestadores médicos. Si bien las Direcciones Regionales pueden realizar análisis de oferta y demanda locales para elaborar el levantamiento de necesidades locales, se debe considerar la red de prestadores médicos como un sistema articulado de forma que el Departamento de Prestaciones Médicas realice el análisis total del ajuste para la toma de decisiones operativas y de más largo plazo.
- Uso de contratos, que visualice información de las cuentas médicas del Módulo 5, junto con los otros mecanismos de registro de cuentas médicas para analizar el uso real de los contratos de la red de prestadores en función de las variables definidas en el desarrollo del sistema de red actual de Prestadores Médicos.
- Control de costos, que permita el control de los costos que efectivamente debe pagar el Instituto por concepto de prestaciones médicas de los casos, sin considerar los cobros rechazados, caracterizándolos por distintas variables relevantes, como el diagnóstico, segmento de beneficiario,

tipo de prestador médico, entre otros. En esta visualización se considera relevante utilizar la fecha real del gasto de las prestaciones médicas, como lo son las fechas de emisión de las OPA/ODA y no la fecha de facturación, que solo indica gestiones administrativas del cobro y pago, para realizar el análisis de gasto de la demanda por prestaciones médicas utilizadas en cada mes.

Objetivo general: Diseñar, desarrollar e implementar una plataforma de visualización de datos interactiva, sencilla y agregada que **permita facilitar el análisis** de la información disponible en los sistemas de prestaciones médicas del Instituto de Seguridad Laboral.

Objetivos específicos:

- Levantar necesidades de las Unidades pertinentes de cada visualización de datos propuestos.
- Diseñar e iterar el diseño, en base a prototipos, de la plataforma de visualización de datos propuestos de acuerdo a las necesidades de la Unidades usuarias.
- Desarrollar e implementar la plataforma de visualización de datos para el uso de las unidades usuarias.

Horizonte temporal: De corto a mediano plazo, dependiendo del desarrollo de los proyectos listados anteriormente.

Unidades asociadas: Departamento de Estudios y Gestión Estratégica, Unidad de Gestión de Prestadores y Cuentas Médicas, Unidad de Compras y Gestión de Contratos, Unidades de Departamento de Prestaciones Médicas, Direcciones Regionales, Unidad de Plataformas de Atención.

Recursos críticos: Financieros, Informáticos, Administrativos.

Actividades:

- Definir a las unidades pertinentes para el uso de cada visualización de datos propuesta.
- Levantar las necesidades específicas de las Unidades usuarias definidas.
- Diseñar e iterar el diseño de prototipos de las distintas visualizaciones propuestas con las Unidades usuarias.
- Identificación e incorporación del uso de las visualizaciones de datos en las actividades de los procesos pertinentes.
- Desarrollo del diseño final de la plataforma de las visualizaciones propuestas.
- Capacitar en los casos necesarios a las personas que utilizarán con mayor frecuencia las distintas visualizaciones.
- Confeccionar instructivo de uso de cada visualización propuesta, identificando los potenciales usos de cada una.
- Comunicar la implementación de la plataforma de visualización al Instituto, adjuntando instructivo confeccionado.

5.2 GESTIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

A partir del diagnóstico presentado en los ámbitos de gestión de prestaciones y de prestadores médicos, se plantea una estructura de mejoras, cuyo objetivo general debiese ser contar con un sistema de prestaciones médicas que permita entregar un servicio con altos estándares de calidad a beneficiarios(as) y empresas afiliadas, en un marco de contratación eficiente de prestadores médicos. En términos específicos, se plantean los siguientes objetivos:

- Desarrollar actividades que incidan en mejorar la calidad de la entrega de las prestaciones médicas cubiertas por el seguro de la Ley N°16.744 de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, con foco en un mayor conocimiento de la cartera de afiliados del ISL, el desarrollo de un sistema de seguimiento de los usuarios y la definición de estándares de calidad en la atención.
- Desarrollar actividades que incidan en una contratación más eficiente de prestadores de servicios de salud, cuyos equipos directivos tengan conocimiento de la normativa y de la forma de relacionarse con la institución, y cuya experiencia histórica pueda ser evaluada por el ISL para efectos de la elaboración de convenios.

Para el desarrollo de los objetivos propuestos, se plantea el desarrollo de las siguientes actividades, estructuradas en torno a ocho proyectos que cubren las áreas de gestión de prestadores y de prestaciones médicas.

5.2.1 Proyecto 6: Caracterización de beneficiarios y definición de canales especializados

Problema u oportunidad

La cartera de beneficiarios del ISL es descrita por los funcionarios del ISL como atomizada y compleja de gestionar, con dos grandes grupos muy diferenciados: por un lado personas que trabajan en el servicio público, que conocen la normativa y son exigentes, y personas que trabajan en mipymes precarias y vulnerables por otro. En este último sector se presentan ciertos rasgos distintivos: hay mayor presencia de personas con bajo nivel educativo, empresas con trabajos de mayor riesgo, un creciente número de trabajadores inmigrantes, En general llegan a los hospitales y tienen desconocimiento de la normativa laboral y del seguro en sí mismo y de su forma de operar. Además, en sectores rurales se suma una menor alfabetización digital.

Por otro lado, se destaca la inclusión a partir de enero de 2019 de aquellos trabajadores que tenían la condición jurídica de “obreros”, así como también la inclusión desde julio de 2019 de los trabajadores independientes que emiten boletas de honorarios, lo que podría significar un cambio relevante en la cartera de usuarios del ISL. En este último rubro se piensa que hay mayor porcentaje de profesionales, pero se maneja poca información sobre su caracterización.

La complejidad de la cartera incide en elementos tales como un ingreso tardío de las denuncias, así como el relativo desconocimiento de la normativa por parte de algunos segmentos de empleadores y trabajadores. En ese sentido, se hace necesario un trabajo focalizado a través de canales específicos para cada uno de estos segmentos, requiriendo previamente de una caracterización para la definición de estos medios.

Propuesta

Para enfrentar el problema de las limitaciones en el grado de conocimiento del ISL sobre sus usuarios, se plantea realizar un levantamiento de antecedentes que contribuya, en el mediano plazo, a alimentar un sistema de información propio, y que contribuya a definir canales específicos para cada segmento de usuario.

Objetivo general:

Aumentar el grado de conocimiento del ISL acerca de sus distintos segmentos de trabajadores beneficiarios, tanto del sector privado, sector público e independientes afiliados, de forma de poder definir canales específicos y estándares de calidad para aproximarse a cada uno de ellos, según sus riesgos y necesidades.

Objetivos específicos:

- Desarrollo de un estudio de caracterización de beneficiarios finales de ISL, incluyendo los nuevos honorarios incluidos desde julio de 2019.
- Desarrollo de un sistema de bases de datos que contribuya a alimentar un sistema de visualización e inteligencia de clientes.
- Definición de productos estratégicos y formas de entrega para cada segmento, según sus características y perfil de riesgo.
- Definición de estándares de calidad en la atención a usuarios, tanto clientes como beneficiarios.
- Desarrollo de un sistema de seguimiento a los estándares desarrollados.
- Socialización de protocolo y estándares y charlas de capacitación en sucursales.

Horizonte temporal:

- Corto a mediano plazo

Unidades asociadas:

- Departamento de Estudios y Gestión Estratégica
- Departamento de Clientes y Entorno

Recursos críticos

Los recursos críticos necesarios para el desarrollo de este proyecto con horas de trabajo de profesionales de las Unidades asociadas, así como recursos monetarios necesarios para la realización de los estudios necesarios para el desarrollo del objetivo.

Actividades:

- Desarrollo de bases de licitación de un estudio de caracterización de beneficiarios finales de ISL, incluyendo los nuevos honorarios incluidos desde julio de 2019.
- Licitación, adjudicación y seguimiento a propuesta adjudicada.
- Socialización de resultados a nivel de sucursales regionales
- Análisis de los requerimientos técnicos para incorporar los nuevos antecedentes a los sistemas de información ya existentes en el ISL, así como fórmulas de alimentación continua de dichas variables.

- Diseño de estrategia de rediseño de canales de servicio a segmentos específicos a partir de los hallazgos de los estudios realizados.
- Implementación de la estrategia.
- Levantamiento cualitativo y cuantitativo de criterios de calidad valorados por los distintos grupos de usuarios del ISL.
- Desarrollo de estándares de calidad medibles a partir de resultados del levantamiento previamente realizado. Desarrollar lineamientos y protocolos en la atención que permitan asegurar la calidad de las prestaciones.
- Desarrollo de un sistema de seguimiento a los estándares mediante indicadores verificables por sistema.
- Desarrollo de guías y divulgación mediante charlas de capacitación en sucursales, de forma que los estándares propuestos se apliquen en los mismos espacios de atención de público
- Revisar las estadísticas de reclamos recibidas asociadas a prestaciones médicas, identificando patrones en prestadores o reiteración de reclamos en algunos.
- Gestionar la realización de reuniones con prestadores médicos que se encuentren entre aquellos con más reclamos para hacer visitas a sus instalaciones, y revisar los protocolos y estándares de atención.
- Desarrollo de mesas de trabajo entre representantes de distintas unidades del ISL, donde se identifiquen espacios de colaboración que potencialmente puedan redundar en mejoras en los procesos de las distintas unidades. A modo de ejemplo, se considera que la información proveniente del área de prevención del ISL podría contribuir a mejorar las pesquisas en relación a la calificación de enfermedades profesionales.
-

5.2.2 Proyecto 7: Gestión de prestadores médicos en convenio

Problema u oportunidad

Actualmente el ISL cuenta con un importante número de convenios con prestadores tanto públicos como privados, que permiten una entrega generalmente bien valorada de las prestaciones, en el contexto del seguro de accidentes y enfermedades laborales. Sin embargo, desde el ámbito de los funcionarios se percibe en general un desconocimiento de la normativa del seguro por parte de los prestadores en convenio, menos conocido por los equipos directivos y profesionales que el seguro de salud común del sistema Isapre/Fonasa.

Por otro lado, informantes entrevistados de la red pública de prestadores apuntan a que existe un diálogo no siempre fluido con el ISL, lo que sería en parte una dinámica de relación heredada de la antigua distinción obrero/empleo que, dificultada la relación directa, pero también por el distinto perfil de profesionales de ambos servicios, que no siempre facilita la existencia de un lenguaje técnico común. Este desconocimiento normativo en los prestadores, así como las eventuales dificultades en el diálogo entre ISL y prestadores, contribuye según algunos informantes, a demoras administrativas innecesarias, por ejemplo, en el proceso de calificación, cuyos plazos definidos por la normativa hoy se encuentran ampliamente excedidos, en particular en el caso de las enfermedades profesionales. Un elemento adicional identificado es el relacionado al limitado

diálogo existente al interior del ISL, que es descrito como una institución muy departamentalizada, donde la información no siempre fluye con facilidad entre departamentos.

A partir de estos elementos, ya descritos con mayor detalle en el capítulo de Diagnóstico, se percibe que una mejor articulación con la red de prestadores podría contribuir a una mejora en la fluidez de la información con el ISL, así como en procesos específicos que hoy enfrentan demoras, como el proceso de calificación, con la consiguiente falta de control en las prestaciones médicas y económicas entregadas mientras dicho proceso ocurre. A ello se suma la oportunidad de mejorar tiempos de gestión a partir de un mejor diálogo entre las mismas unidades del ISL.

Propuesta

Fortalecimiento de competencias internas al interior del ISL, de forma que pueda contar con mayores competencias en el área de salud, y que a la vez le permita desarrollar un plan estandarizado de capacitaciones a equipos directivos y profesionales de prestadores en convenio.

Objetivo general:

Desarrollar competencias internas en el ISL, que permitan mejorar el diálogo con los prestadores en convenio, así como lograr un mayor grado de conocimiento sobre el proceso administrativo y médico del ISL en la red de prestadores en convenio, de forma de agilizar su relación con el ISL.

Objetivos específicos:

- Fortalecimiento de las competencias internas del ISL en materia de gestión de prestadores.
- Mejorar la comunicación inter-departamental al interior del ISL.
- Dar a conocer la normativa y los procedimientos administrativos asociados a salud laboral en la red de prestadores en convenio
- Facilitar la comunicación entre personal del ISL y los prestadores públicos y privados, de forma de hacer más eficientes los procedimientos administrativos asociadas a las prestaciones cubiertas por el ISL.
- Generar instancias de diálogo con el Ministerio de Salud y directivos de los Servicios de Salud, de forma de facilitar el acceso a los equipos directivos y profesionales de la red pública de salud.

Horizonte temporal:

Las instancias de colaboración inter-departamental del ISL, así como el desarrollo de una metodología de capacitación a prestadores, son elementos que se pueden desarrollar en el corto plazo. Sin embargo, la creación de instancias de diálogo con el Ministerio de Salud, así como el fortalecimiento de las competencias internas del ISL, son elementos que pueden ir del mediano a largo plazo debido a eventuales dificultades en materia de prioridades políticas y presupuestarias.

Unidades asociadas:

Depto. Estudios y Gestión Estratégica, Depto. de Clientes y Entorno y Unidades Regionales

Recursos críticos

Capacidad y voluntad política de la dirección de ISL para acercar posiciones con los prestadores, tanto públicos como privados, en convenio, así como al interior del propio ISL.

Recursos monetarios para posibles nuevas incorporaciones con competencias de salud.

Actividades:

- Elaboración de un programa de capacitaciones diferenciado a prestadores públicos y privados.
- Presentación del plan al Ministerio de Salud y diseño de un plan de implementación conjunta en red pública.
- Desarrollo de un plan piloto de capacitaciones para identificar elementos de mejora.
- Ajuste metodológico al plan a partir de los resultados del plan piloto.
- Evaluación de competencias faltantes al interior del ISL para el fortalecimiento de las capacidades de gestión de prestadores.
- Implementación a nivel nacional de plan de capacitación a prestadores.

5.2.3 Proyecto 8: Gestión de contratos

Problema u oportunidad

El modelo de compras del ISL se desarrolla principalmente a través de la elaboración de convenios con prestadores de la red pública y privada a la que posteriormente se paga a través de un modelo de pago por servicios. En años recientes se ha comenzado a introducir “empaquetamientos”, así como a estudiar la posibilidad de introducir Grupos Relacionados por Diagnóstico (GRD), siguiendo la implementación vía licitaciones, realizada en FONASA.

A nivel internacional el uso de GRD no es la norma a nivel de seguros laborales, pero hay experiencias de interés en su implementación, por ejemplo, en Portugal⁹. Asimismo, existen metodologías como Grupos Clínicos Ajustados (ACG), que sin ostentar grados de implementación similares en el país, resultan opciones dignas de estudio para efectos del costeo y contratación de servicios ambulatorios.

Acerca de los convenios vigentes, en el levantamiento se ha señalado que estos no necesariamente dan cuenta de todas las necesidades del perfil de los beneficiarios, existiendo la percepción de que no existen las competencias adecuadas para su gestión y negociación. En ese sentido, la potencial incorporación de GRD como mecanismo de pago, con la consiguiente necesidad de conformación de un área especializada en este tipo de contrataciones, abre una oportunidad para el fortalecimiento de competencias internas del ISL en materia de gestión de contratos, que llevaría a un mayor control de las prestaciones entregadas, así como de los costos incurridos en ellos.

Propuesta

⁹ Busse, R., Geissler, A., Aaviksoo, A., Cots, F., Hakkinen, U., Kobel, C., Mateus, C., Or, Z., O'Reilly, J., Serden, L., Street, A., Tan, S. & Quentin, W. (2013). Diagnosis related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals?. *BMJ (Clinical research ed.)*, 347 (7916), 1-7.

Desarrollar actividades que incidan en una contratación más eficiente de prestadores de servicios de salud, con el fortalecimiento asociado de las capacidades técnicas del ISL para gestionar este tipo de contrataciones.

Objetivo general:

Desarrollar un modelo eficiente de contratación de prestadores médicos, donde se pueda realizar control de costos, a la vez que garantice una adecuada calidad en la atención.

Objetivos específicos:

- Evaluar un cambio en el modelo de contratación, pasando de un sistema de pago por servicio a uno de agrupamiento.
- Validación clínica de los servicios comprometidos en los contratos.

Horizonte temporal:

Se espera que los estudios pilotos se puedan realizar en un horizonte de corto plazo. No obstante, la implementación de nuevas modalidades contractuales se espera que sea de mediano a largo plazo.

Unidades asociadas:

- Depto. de Prestaciones Médicas
- Depto. de Administración
- Depto. de Clientes y Entorno
- Depto. Estudios y Gestión Estratégica

Recursos críticos

- Recursos monetarios para la contratación de horas de profesionales de salud, así como para hacer los estudios piloto propuestos.
- Voluntad política institucional para lograr un acercamiento con el Ministerio de Salud, que permita incorporarse al sistema de GRD actualmente en uso en los servicios de salud.

Actividades:

- Evaluación de la necesidad de horas de profesionales de la salud para efectos de validación de servicios comprometidos en contratos.
- Elaboración de un Estudio piloto de metodología GRD-IR para prestaciones hospitalarias, a partir de experiencia institucional ya observada en FONASA.
- Evaluación de los perfiles requeridos para la creación de una nueva unidad GRD al interior del ISL, que cuente con las competencias internas para la gestión de este tipo de contratos.
- Implementación de software y metodología GRD-IR para licitaciones de prestaciones hospitalarias con el sector privado.
- Desarrollo de un convenio con el Ministerio de Salud para el uso de GRD-IR en prestaciones hospitalarias con el sector público.
- Elaboración de un Estudio piloto de metodología de costeo para prestaciones ambulatorias y de otros servicios de apoyo a la gestión clínica.

Adicionalmente, en paralelo a avanzar al nuevo modelo de contratación, se puede avanzar en el corto plazo con las siguientes actividades:

- Evaluar la forma de hacer efectivas las multas cuando un prestador no cumple con la disponibilidad de infraestructura contratada en su contrato.
- Realizar un plan estandarizado de capacitaciones a los prestadores con los que se trabajará para que conozcan la forma de operar del seguro laboral y la normativa asociada (especialmente pensando en prestadores pequeños o nuevos con los que se logre establecer una relación).
- Solicitar en las licitaciones de prestaciones, que los prestadores designen una contraparte que será la encargada de relacionarse con ISL por cualquier solicitud y facilitará las gestiones entre ambos.
- Es importante que el área de contratos, y en jurídica, tenga horas de profesionales de la salud que ayuden a revisar cómo quedan solicitadas las prestaciones, para que sea fiel a lo que realmente se quiere comprar.

5.2.4 Proyecto 9: Caracterización de red de salud y oferta médica

Problema u oportunidad

La mayoría de los prestadores ofrecen prestaciones tanto ambulatorias como hospitalarias. Sin embargo, al analizar los tipos de prestación que atienden los prestadores en convenio, existen pocos que atiendan áreas de especialización, y es frecuente que estén disponibles en la Región Metropolitana, lo que conlleva una asimetría en el poder de negociación entre ISL y prestadores, y un exceso de traslados dentro de las redes de algunos prestadores, como ACHS.

A partir del levantamiento cualitativo se valora el proceso de fortalecimiento e incremento del nivel de resolutivez de las postas rurales y de los CESFAM, desarrollado a través del Programa de Resolutivez en Atención Primaria de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Esta medida ha sido prioritaria en las regiones y zonas más aisladas, en donde se implementaron servicios de telemedicina y laboratorio público.

Desde el ámbito privado, la tendencia a la reducción de accidentes laborales por parte de las mutualidades, repercute en una subocupación de la infraestructura hospitalaria de sus centros clínicos, lo que se refleja en una oferta de nuevos servicios (como partos y seguro escolar para sus afiliados) y en la externalización de la compra de sus prestaciones en regiones. Este fenómeno, junto al surgimiento de nuevos centros médicos o la disponibilidad de nuevos servicios en prestadores existentes, es actualmente identificado por las Direcciones Regionales del ISL, aunque el uso de esta información no se encuentra sistematizado.

A partir de la concentración de prestadores especializados, la creciente disponibilidad de nuevos servicios y la labor de indagación de mercado que ya viene realizando el personal de las direcciones regionales, se observa una oportunidad de expansión territorial de la red a partir de una mayor sistematización del trabajo de investigación de mercado por parte del ISL.

Propuesta

Construir una metodología de investigación de mercado, que permita mantener un mapa actualizado de la red de salud y oferta médica, facilitando la identificación de nuevos servicios y prestadores, de forma de poder expandir gradualmente la red del ISL en el tiempo.

Objetivo general:

Desarrollar una metodología que permita contar con información actualizada de la red de prestadores en convenio y de su oferta de servicios, así como de probables o potenciales nuevos prestadores, que permitan aumentar el tamaño de la red del ISL.

Objetivos específicos:

- Levantamiento de actividades de indagación de mercado actualmente desarrolladas por las direcciones regionales para la identificación de nuevos prestadores a nivel local.
- Identificación y caracterización de prestadores que actualmente no estén en convenio.
- Desarrollo de un plan de divulgación del ISL a prestadores que actualmente no estén en convenio.
- Desarrollo de una metodología de actualización periódica de la información disponible
- Evaluación de un fortalecimiento y/o creación de una unidad de trabajo al interior del ISL, que permitan formalizar un espacio orientado a la investigación de mercado.

Horizonte temporal:

- Mediano a largo plazo.

Unidades asociadas:

- Depto. de Clientes y Entorno
- Depto. Estudios y Gestión Estratégica
- Direcciones regionales

Recursos críticos

- Información actualizada de prestadores vigentes a nivel nacional.
- Recursos humanos disponibles para realizar el mapa de prestadores actualmente en convenio, así como otros que potencialmente pudiesen adherirse al ISL.
- Recursos monetarios para el fortalecimiento y/o creación de una unidad dedicada a la investigación de mercado.

Actividades:

- Sistematizar la información de los prestadores actualmente en convenio, para tener claridad de qué es exactamente lo que tienen contratado con cada uno de ellos.
- Levantamiento anual de información sobre capacidad instalada de prestadores en convenio.
- Revisión de bases de datos del Ministerio de Salud, de forma de identificar aquellos prestadores no adheridos al ISL, y que potencialmente pudiesen ser incorporados en futuros convenios.

- Levantamiento desde las unidades regionales sobre prácticas de indagación de mercado a nivel local, así como de potenciales prestadores no adheridos previamente identificados a partir de información del Ministerio de Salud
- Desarrollo de una metodología de divulgación del ISL a potenciales nuevos prestadores en aquellas regiones donde se identifique una relativa escasez de prestadores en convenio, de forma de fomentar la extensión de la red a nuevos prestadores.
- Definir las tareas que corresponden a regiones y las que corresponden al nivel central en relación a la formación y crecimiento de una red de prestadores. Esto permitirá que los directores regionales sepan con certeza qué tareas corresponden a su gestión para asegurar la presencia regional de prestaciones.

5.3 SÍNTESIS DE HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES

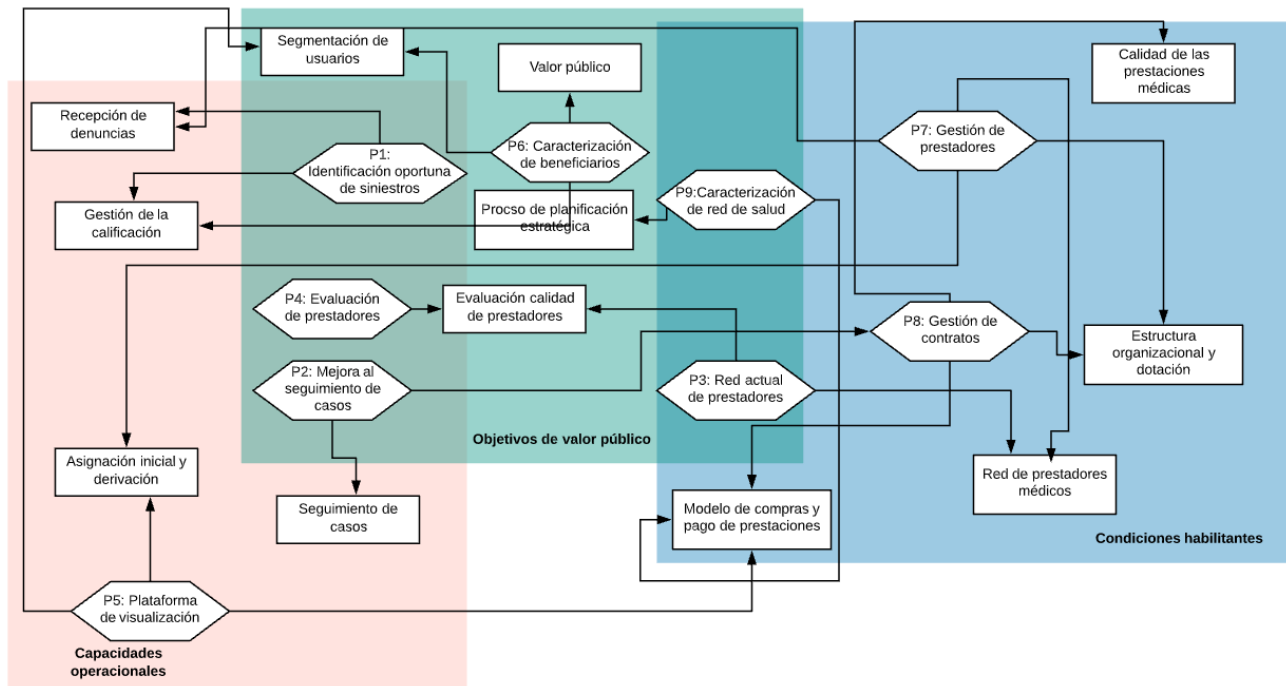
El diagnóstico realizado durante el estudio permitió identificar una serie de prácticas de gestión de prestaciones médicas que actualmente operan al interior del ISL. Estas prácticas, si bien normadas institucionalmente bajo el Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales de la SUSESO, así como por lineamientos internos del ISL, no permiten dar cuenta de la existencia de un modelo de gestión de prestaciones médicas como un cuerpo estructurado de prácticas. Al respecto, Moore (2013: 103-106) plantea la idea del triángulo estratégico compuesto por tres procesos interdependientes, que constituye la estructura necesaria para la creación de valor público:

- Definición de objetivos estratégicos asociados al valor público que se espera de una situación determinada.
- Existencia de capacidad operacional, tanto en términos tecnológicos como humanos, así como dentro y fuera de la organización, que permita desarrollar la idea de valor público definida.
- Existencia de un ambiente habilitante, donde los distintos stakeholders asociados al proceso de política pública permitan el logro continuo de los objetivos de valor público esperados.

En el caso del ISL, si bien existen ciertas capacidades instaladas en términos de equipos técnicos y profesionales con trayectoria en materia de gestión de prestaciones médicas, la alta dependencia de la institución en relación a terceras instituciones (prestadores médicos, IPS, otros proveedores) impone restricciones importantes para la gestión del ISL en términos de gestión documental, procesos y plataformas tecnológicas, complejizando de esa forma la capacidad operacional real de la institución para orientar sus procesos en torno a una definición estratégica de valor público. En estas condiciones operativas, la reflexión sobre valor público, así como la percepción de los funcionarios del ISL que participan de sus actuales procesos, tiene márgenes acotados de acción.

De forma de contribuir al desarrollo de un modelo de gestión, el presente estudio entrega un conjunto de iniciativas que apuntan a 1) mejorar la comprensión del ISL sobre el valor público que actualmente entrega al sistema de seguridad y salud laboral del país, 2) mejorar la capacidad operacional de la institución a partir de una serie de propuestas de mejora tecnológica y 3) contribuir a desarrollar un ambiente habilitante, que permita una comunicación más fluida a nivel tecnológico e institucional con la red de prestadores médicos del ISL. Las iniciativas propuestas se alinean de acuerdo al siguiente esquema:

Ilustración 7: Síntesis de diagnóstico y propuestas en torno a modelo conceptual de valor público



Fuente: Elaboración propia










Para el desarrollo de estas iniciativas es necesario hacer frente a una serie de dificultades identificadas en el capítulo de diagnóstico, donde se identifican elementos tales como una alta dependencia en fuentes de información externa, una débil articulación con el sistema de salud pública, así como una falta de definición de canales especializados para la diversidad de segmentos de clientes y beneficiarios atendidos por el ISL. Frente a estas dificultades, el estudio identifica una serie de oportunidades y espacios de mejora que pueden ser utilizados por la institución para transitar hacia un nuevo modelo de prestaciones.

El primer conjunto de cinco iniciativas, agrupadas bajo el subtítulo de “Gestión de la información”, tienen por objetivo mejorar la forma en como el ISL trabaja con fuentes de información generadas usualmente de manera externa a la institución, así como hacer un mejor uso de información actualmente disponible en el ISL, pero cuyo acceso no es siempre viable por motivos ya sea tecnológicos u organizacionales. El desarrollo de mejores sistemas de información permitiría, de esta forma, lograr un acceso más expedito a la información por parte del ISL, mejorando con ello la velocidad de los procesos internos y una toma de decisiones más informada por parte de los equipos directivos y profesionales de la institución.

Por otro lado, un segundo conjunto de iniciativas agrupadas bajo el subtítulo de “Gestión de prestaciones médicas”, tiene por objetivo introducir cambios a nivel de prácticas de gestión, competencias internas y estructura organizacional, de forma de que los sistemas de información descritos en el subtítulo anterior, sean utilizados por equipos profesionales con mandatos claros y competencias adecuadas, así como por prestadores públicos y privados informados de la normativa vigente en materia de seguridad y salud en el trabajo. Adicionalmente, la existencia de sistemas de información y competencias adecuadas al interior de la institución, pueden contribuir potencialmente a la incorporación de nuevos mecanismos de contratación, por

ejemplo a través de GRD, permitiendo un mayor control por parte del ISL sobre la pertenencia de las prestaciones entregadas por los prestadores, así como un mayor control en el nivel de costos incurridos en el seguro de accidentes y enfermedades laborales.

Tabla 5-2: Elementos para la construcción de un nuevo modelo de gestión de prestaciones médicas, relacionados con las propuestas de mejora desarrolladas

ACTORES CLAVE 	ACTIVIDADES CLAVE 	PROPUESTA DE VALOR PÚBLICO 	RELACIÓN CON USUARIOS 	SEGMENTO DE USUARIOS 
<ul style="list-style-type: none"> - Ministerio de Salud - Prestadores médicos - Servicios de Salud - FONASA - ChileAtiende - IPS - Servicios públicos 	<ul style="list-style-type: none"> - Difusión del seguro ISL P6 - Inteligencia e investigación de mercado P9 - Vínculo entre Prestaciones Médicas y Prevención P6 - Entrega y control de prestaciones médicas P1-2-5 - Gestión de Prestadores Médicos P3-4-5-7 - Capacitaciones a prestadores médicos P7 - Integración con otros servicios públicos P7 	<ul style="list-style-type: none"> - Ofrecer seguro laboral que cubra los riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, de aquellos(as) trabajadores(as) protegidos(as) mediante la entrega de las prestaciones médicas que se derivan de los accidentes y enfermedades laborales - Intervenciones integrales - Derecho de cobertura - Enfoque de derechos - Red de prestadores médicos 	<ul style="list-style-type: none"> - Campañas de difusión - Atención personal en ingreso de denuncia y otras consultas - Asistencia virtual - Portal de autoatención - Seguimiento de caso - Oficina de Información, Reclamos y/o sugerencias - Medidas de prevención a través de empleador(a) 	<ul style="list-style-type: none"> - Empleados(as) de micro y pequeñas empresas - Trabajadores(as) de casa particular - Trabajadores(as) del sector público - Trabajadores independientes
ESTRUCTURA DE COSTOS  <ul style="list-style-type: none"> Prestaciones médicas Costos de operación 	RECURSOS CLAVE  <ul style="list-style-type: none"> - Sistemas de información A1 P1-2-3-4-5 - Dotación de salud P7 - Soporte político 	FUENTES DE INGRESO  <ul style="list-style-type: none"> Cotizaciones de afiliados(as) 	CANALES P6  <ul style="list-style-type: none"> - Línea telefónica - Sitio web - Atenciones presenciales en oficinas - Atenciones de salud en prestadores médicos 	

Fuente: Elaboración propia a partir de Modelo Canvas propuesto por Laboratorio de Gobierno de Chile¹⁰

Los elementos que se mencionan para la construcción del nuevo modelo de gestión de prestaciones médicas describen la forma en la que el Instituto crea valor a sus usuarios, al considerar todas las propuestas de mejoras descritas en el informe presente.

La propuesta de valor público refiere a los productos y servicios que crean valor público para los usuarios, los cuales se definen y describen en Valor público y posicionamiento del Diagnóstico. Se incluye el elemento de red de prestadores médico por la ventaja de contactar con una red de prestadores desplegada a nivel nacional, la cual puede construirse y gestionarse de manera tal que asegure la entrega de prestaciones médicas a los(as)

¹⁰ Laboratorio de Gobierno, Herramientas para la innovación pública. Disponible en: https://lab.gob.cl/uploads/filer_public/bb/fa/bbfa1819-ade4-4dad-9692-a7f305139b7d/bitacora_herramientas_para_la_innovacion_publica.pdf

beneficiarios(as) de forma oportuna, pertinente y de calidad, y que se adecúe a la caracterización de los distintos segmentos de usuarios.

El segmento de usuarios indica a los grupos de personas usuarias de la propuesta de valor ofrecida por el Instituto de Seguridad Laboral, es decir, los(as) trabajadores(as) afiliados(as) al seguro laboral del ISL. Éstos se clasifican en segmentos específicos de usuarios ya identificados por el Instituto. Las propuestas de mejora que ayudan a identificar y caracterizar los segmentos de usuarios son los proyectos: Proyecto 1: Identificación oportuna de siniestros en prestadores médicos, Proyecto 5: Plataforma de visualización de datos y Proyecto 6: Caracterización de beneficiarios y definición de canales especializados.

Los canales indican la forma en la cual la institución llega a comunicarse con los segmentos de usuarios y la forma en la que entrega una propuesta de valor directa o indirectamente, por lo que incluye la entrega de prestaciones en los prestadores médicos en convenio como una comunicación indirecta con el usuario. La propuesta que refuerza este elemento es el Proyecto 6: Caracterización de beneficiarios y definición de canales especializados.

La relación con los usuarios se vincula con los canales, ya que constituye la relación que la institución quiere establecer con los segmentos de usuarios. En este elemento se indican las relaciones actuales que el Instituto posee con sus afiliados(as), sin embargo, las propuestas Actividad 1: Inclusión de variable “Tipo de Ingreso de denuncia”, Proyecto 5: Plataforma de visualización de datos y Proyecto 6: Caracterización de beneficiarios y definición de canales especializados, contribuyen a la definición de estrategias diferenciadas de relación para cada segmento de usuario.

Los recursos clave incluyen los recursos necesarios para entregar la propuesta de valor y están relacionados con las actividades clave. Se identifica como recurso a los sistemas de información, en cual incluye a todas las propuestas de mejora de la sección Gestión de la información, y la dotación de salud, que incluye una parte del Proyecto 7: Gestión de prestadores médicos en convenio. Adicionalmente, se incluye el soporte político, que sería necesario para realizar la integración con otros servicios públicos y la entrega de intervenciones integrales.

Las actividades claves son las actividades importantes para que el modelo de gestión funcione, las cuales se enlistan junto con cada una de las propuestas relacionadas a cada punto.

- Difusión del seguro ISL se relaciona con el Proyecto 6: Caracterización de beneficiarios y definición de canales especializados, al definirse estrategias diferenciadas de difusión para cada segmento de usuario.
- Inteligencia e investigación de mercado se incluye en el Proyecto 9: Caracterización de red de salud y oferta médica.
- Vínculo entre Prestaciones médicas y prevención, se menciona en el Proyecto 6: Caracterización de beneficiarios y definición de canales especializados.
- Entrega y control de prestaciones médicas se facilita y mejora con las propuestas de Proyecto 1: Identificación oportuna de siniestros en prestadores médicos, Proyecto 2: Sistema de Seguimiento de casos y Proyecto 5: Plataforma de visualización de datos.

- Gestión de prestadores médicos se mejora con el desarrollo de las propuestas Proyecto 3: Sistema de Red de Prestadores Médicos, Proyecto 4: Evaluación de Prestadores Médicos, Proyecto 5: Plataforma de visualización de datos y Proyecto 7: Gestión de prestadores médicos en convenio.
- Capacitaciones a prestadores médicos se desarrolla y propone en la propuesta Proyecto 7: Gestión de prestadores médicos en convenio.
- Integración con otros servicios públicos es actividad clave para realizar la propuesta Proyecto 7: Gestión de prestadores médicos en convenio.

Los actores claves son los actores con los cuales se deben realizar alianzas estratégicas y/o asociaciones que permitirán desarrollar el modelo, potenciar la propuesta de valor y optimizar el uso de recursos.

La estructura de costos incluye los costos importantes efectuados que permiten llevar a cabo el modelo y la fuente de ingresos como los ingresos de financiamiento que percibe el Instituto. No se realiza mayor reflexión sobre estos elementos al no estudiarse en profundidad en el presente estudio.

6 ANEXOS

6.1 RESUMEN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

6.1.1 Análisis documental

Se revisó la documentación asociada al funcionamiento de la gestión de prestaciones médicas, considerando informes previos de consultorías realizadas en ámbitos relacionados, además de información que fue compartida posteriormente a realizadas las entrevistas a informantes clave.

En concreto, la Tabla 6-1 muestra la documentación estudiada:

Tabla 6-1: Documentación utilizada como base principal de este informe

Título	Autor(es)	Año
Análisis de costos de las prestaciones médicas – montos facturados entre agosto 2016 y agosto 2017	Unidad de Estudios y Estadísticas ISL	2017
Balance de Gestión Integral (BGI) 2016	ISL	2016
Informe anual: Estadísticas de Seguridad Social	Superintendencia de Seguridad Social	2018
Prestaciones médicas y casos de alto costo: Lineamientos para su detección a través de un modelo estadístico predictivo	Unidad de Estudios y Estadísticas, ISL	2018
Prestaciones médicas del Seguro de la Ley N° 16.744: Imparte instrucciones a las mutualidades de empleadores, Instituto de Seguridad Laboral y a las Empresas de Administración Delegada.	Superintendencia de Seguridad Social	2017
Evaluación del Gasto Institucional Instituto de Seguridad Laboral 2009 - 2013	Santiago Consultores DIPRES	2014
Informe Final, “Integración y Desarrollo de Nuevas Prácticas de Trabajo División de Operaciones” Instituto de Seguridad Laboral	SCI	2018
Esquemas de procesos BPMN compartidos por ISL	DEGE	2012-2018
Análisis de Gasto en Subtítulo 23 – Prestaciones Médicas	ISL	2017
Análisis de la situación de las enfermedades laborales en Chile y sus repercusiones en el sistema ISAPRE	Bitrán R, Escobar L	2011
Problemas y desafíos del seguro de salud y su financiamiento en Chile: el cuestionamiento a las ISAPRE y la solución funcional.	Cid Pedraza, C.	2011
Marco conceptual para la regulación de seguros de salud. Inter-American Development Bank.	Ferreiro, A., Saavedra, J. J., & Zuleta, G.	2004
Factores Asociados a Accidentes, Enfermedades y Ausentismo Laboral: Análisis de una Cohorte de Trabajadores Formales en Chile. Cienc Trab. Ene-Abr; 16 [49]: 21-27	Hoffmeister L, Vidal C, Vallebuona C, Ferrer N, Vásquez P, Núñez G,	2014
Conocimiento y Evaluación Acerca de las Mutuales de Seguridad en Chile. Cienc Trab. Sep-Dic; 16 [51]: 146-15	Oyanedel J, Sánchez H, Inostroza M, Mella C, Vargas S	2014
Dimensión económica de la seguridad y la salud en el trabajo: una revisión de literatura. Revista Gerencia y Políticas de Salud, 15(30), 24-37.	Riaño-Casallas, M. I., & Palencia-Sánchez, F.	2016

Título	Autor(es)	Año
Desafíos y algunos lineamientos para el sistema de seguros de salud en Chile. Propuestas de Política Pública, (3).	Velasco, C.	2014
Salud laboral en Chile. Arch prev riesgos labor, 13(3), 150-6.	Vives, A., & Jaramillo, H.	2010

6.1.2 Análisis de experiencias comparadas en sistemas de clasificación de pacientes

En base a las orientaciones y solicitudes de ISL, se hizo una revisión de casos comparados, considerando ejemplos de seguro no integrado verticalmente con prestadores, de manera que se dé cuenta de cómo se resuelven desafíos de gestión similares al del ISL, mirando elementos como la forma en que se distribuye el riesgo (financiero) entre prestador y aseguradora, forma en que se monitorea (evalúa) la gestión y entrega de prestaciones médicas y la forma en que se resuelven deficiencias de oferta territorial de prestaciones médicas.

La literatura revisada fue la siguiente:

Tabla 6-2: Documentación utilizada como base para el benchmark

Título	Autor(es)	Año
Statistics by Base MS-DRG, Disponible en https://www.ahd.com/definitions/app_dept_cost_basemsdrgrg_fy08.html	American Hospital Directory, AHD	2018
All patient refined diagnosis related groups (APR-DRGs): Methodology overview.	Averill, R. et al	2003
DRGs in Portugal: a decade of experience. In National Casemix Conference (8th). Casemix and Change—International Perspectives: the Eighth Casemix Conference in Australia. Darling Harbour, Sydney: Sydney Convention and Exhibition Centre (pp. 16-18).	Bentes, M., Mateus, M. C., & Goncalves, M. L	1996
Models for paying providers: DRGs (the national tariff). Health policy and economic research unit.	BMA	2015
Validity and reliability of Resource Utilization Groups (RUG-III) in Finnish long-term care facilities. Scandinavian Journal of Public Health, 27(3), 228-234. Disponible en https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/68924/10.1177_14034948990270030201.pdf?sequence=2&isAllowed=y	Björkgren, M. A., Häkkinen, U., Finne-Soveri, U. H., & Fries, B. E	1999
Diagnosis related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals?. BMJ (Clinical research ed.), 347 (7916), 1-7.	Busse, R., Geissler, A., Aaviksoo, A., Cots, F., Hakkinen, U., Kobel, C., Mateus, C., Or, Z., O'Reilly, J., Serden, L., Street, A., Tan, S. & Quentin, W.	2013
Disease staging and PMCs: Can they improve DRGs?. Medical Care, 724-737.	Calore, K. A., & lezzoni, L.	1987
Los contratos, las asimetrías de la información en la salud, el riesgo moral y la selección adversa. Revista EAN, (67), 5-19. Disponible en http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-81602009000300002	Cano Plata, E. A., & Cano Plata, C. A.	2009



Título	Autor(es)	Año
How a DRG Determines How Much a Hospital Gets Paid, Verywellhealth.com, Disponible en https://www.verywellhealth.com/how-does-a-drg-determine-how-much-a-hospital-gets-paid-1738874	Davis, Elizabeth	2019
Balance de Gestión Integral (BGI) Fonasa	DIPRES	2017
Sistemas de clasificación de pacientes. Revista Española de Geriatria y Gerontología. Vol. 35. Núm. 5. Pp. 249-307. Disponible en https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-sistemas-clasificacion-pacientes-10017925	González, J.L	2000
El seguro chileno contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales: Lecciones y desafíos a 45 años de su creación. Derecho y Justicia, N°6. Disponible en http://ediciones.ucsh.cl/ojs/index.php/derechoyjusticia/article/download/1408/1263	Miranda H., G.	2016
Seguro de accidentes de trabalho: diferença de custos entre ofertas pode ascender a 80%. Compareja.pt. Disponible en https://www.comparaja.pt/blog/seguro-de-acidentes-trabalho	Moura, F.	2017
Berufsgenossenschaftliche Patienten im DRG-System. Trauma und Berufskrankheit, 20(2), 98-101.	Nyszkiewicz, R.	2018
Análisis de costos en evaluaciones económicas en salud: Aspectos introductorios. Revista médica de Chile, 138, 88-92. Disponible en https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010001000006	Lenz-Alcayaga, R	2010
OECD Review of Pension Systems: Portugal, OECD Reviews of Pension Systems, OECD Publishing, Paris.	OECD (2019)	2019
Costes por proceso (GRD) en cardiología, Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios, Vol. 4 - Número 2. Disponible en https://www.fundacionsigno.com/archivos/publicaciones/13.pdf	Padial et al	2013
La Gestión Hospitalaria y los GRD, http://tendenciasenmedicina.com/Imagenes/imagenes41/art_05.pdf	Paolillo et al	2012
Análisis de Gestión Clínica asociada a la Producción Hospitalaria, Unidad Análisis de Registros Clínicos GRD, Servicio de Salud Metropolitano Central.	Rivera et al	2012
Importancia del sistema GRD para alcanzar la eficiencia hospitalaria. Revista Médica Clínica Las Condes, 29(3) 347-352.	Zapata, M.	2018
Aplicación de grupos clínicos ajustados como herramienta de ajuste de riesgo: evaluación en la distribución de recursos en programa de enfermedades crónicas. Revista médica de Chile, 142(2), 153-160.	Santelices, E., Muñiz, P., Arriagada, L., Delgado, M., & Rojas, J.	2014
Ambulatory care groups: a categorization of diagnoses for research and management. Health services research, 26(1), 53.	Starfield, B., Weiner, J., Mumford, L., & Steinwachs, D.	1991

6.1.3 Entrevistas

Indagatorias con actores clave

Se realizaron 6 entrevistas semiestructuradas, con el objetivo de caracterizar las distintas áreas del Instituto y su relación con las prestaciones médicas. Se entrevistaron las siguientes personas:

- Carolina Flores, Encargada Unidad de Contraloría Médica, División de Salud y Seguridad en el Trabajo
- Patricia Osorio, Encargada Unidad de Seguimiento Médico, División de Salud y Seguridad en el Trabajo
- Sandra Arriagada, Jefa de Unidad de Gestión de Prestadores y Cuentas Médicas, División de Operaciones
- Elsa Silva, Analista a cargo de Gestión de Prestadores, División de Operaciones.
- Ruth Espejo, Encargada de Unidad de Atención y operaciones (Dirección regional Metropolitana)
- Karmina Valenzuela, Departamento de Estudios y Gestión Estratégica.

La información de estas entrevistas permitió identificar dimensiones de análisis que fueron relevantes a tener en consideración, diseñando a partir de ellas, las hipótesis a ser estudiadas.

Entrevistas de levantamiento

Junto a las entrevistas de indagación, se realizó el siguiente levantamiento de información cualitativa:

Entrevistas a Directivos ISL (4)

- Carolina Pereira – Departamento Cliente y Entorno
- Daniela Gutiérrez – Unidad de Operaciones
- Arnaldo Ibarra – Unidad Prestaciones Médicas
- Enrique Carrasco – Director Regional RM

Entrevistas a Directivos del Sistema de Salud y Seguridad en el Trabajo (4)

- Pamela Gana – Intendente de Seguridad y Salud en el Trabajo – SUSESO
- Marcelo Mosso – Director Nacional – FONASA
- Héctor Jaramillo – Gerente Corporativo SST – Mutual de Seguridad
- Jorge Olivero – Gerente Hospital del Trabajador – ACHS

Entrevistas a Expertos (2)

- Manuel Inostroza – Médico Master de Salud Pública en Financiamiento y Gestión
- Alejandro Ferreiro – Académico y ex superintendente de Isapres

Entrevistas a Directores Regionales (3)

- Samuel Chávez – Región de Valparaíso
- Katherine Kingma – Región de Aysén
- Luis Alberto Aracena – Región de Antofagasta

6.1.4 Focus groups en regiones

Se realizaron los siguientes focus groups:

- Dirección Regional – Región Metropolitana
- Dirección Regional – Región de Valparaíso
- Dirección Regional – Región de Aysén
- Dirección Regional – Región de Antofagasta

6.1.5 Talleres de diagnóstico y recomendaciones

Durante el desarrollo del estudio se realizaron dos talleres con funcionarios del ISL. El primero orientado a validar el diagnóstico preliminar desarrollado por el CSP, y el segundo con foco en la validación de las recomendaciones preliminares de mejora institucional.

El taller de diagnóstico se realizó el día 1 de julio de 2019 y contó con la siguiente estructura:

Hora	Actividad
09:10 – 09:30	Presentación: diagnóstico por dimensiones Explicación de metodología de trabajo del taller
09:30 – 10:00	Reflexión grupal priorización problemáticas: gestión de prestaciones médicas
10:00 – 10:45	Reflexión plenaria
10:45 – 11:15	Reflexión grupal priorización problemáticas: Organización institucional interna
11:15 – 12:00	Reflexión plenaria
12:00 – 12:15	Cierre

En esta actividad participaron los siguientes 11 profesionales, que fueron organizados en dos grupos de trabajo:

- Joaquín Acuña
- Sandra Arriagada
- Félix Arredondo
- Sandra Briones
- Daniela Costa
- Daniela Gutiérrez
- Juan Pablo Dussert
- Rodrigo Gutiérrez
- Francisco Villenas
- Karmina Valenzuela
- Arnaldo Labarra

El principal resultado de este taller fue una validación del diagnóstico preliminar preparado por el CSP, así como el levantamiento de insumos adicionales que permitieron complementar los antecedentes recopilados en entrevistas y focus groups.

El taller de recomendaciones se realizó el día 8 de julio de 2019 y contó con la siguiente estructura:

Hora	Actividad
09:00 – 09:45	Presentación: recomendaciones de mejora Explicación de metodología de trabajo del taller
09:45 – 10:00	Aplicación de encuesta de priorización de recomendaciones de mejora
10:00 – 10:15	Break / Análisis de respuestas de encuesta
10:15 – 10:30	Presentación de respuestas priorizadas
10:30 – 12:00	Reflexión grupal de discusión en torno a recomendaciones priorizadas
12:00 – 12:15	Palabras finales y cierre

En esta actividad participaron los siguientes 15 profesionales, que fueron organizados en dos grupos de trabajo:

- Patricia Osorio
- Carolina Pereira
- Carlos Marín
- Sandra Arriagada
- Yulissa Galvez
- Arnaldo Labarra
- Daniela Costa
- Daniela Gutierrez
- Felix Arredondo
- Joaquín Acuña
- Juan Pablo Dussert
- Karmina Valenzuela
- Manuel Cañón
- Rodrigo Gutiérrez

El principal resultado de este taller fue una priorización de diez recomendaciones extraídas a partir de un conjunto de 26 propuestas de mejora presentados por el CSP. Junto a ello se realizó una validación general de las recomendaciones presentadas, junto con sugerencias de mejora en su presentación.

6.1.6 Encuestas

La utilización de una encuesta electrónica se explica por la necesidad de validar los hallazgos levantados en las etapas cualitativas anteriores. Aunque los esfuerzos de levantamiento de información mediante las entrevistas semiestructuradas y focus groups son intensivos, se trata de un número limitado de informantes con características específicas y con una visión sobre el funcionamiento de la gestión de prestaciones médicas que está sesgada por el rol que desempeñan en el modelo. Frente a esta situación, una estrategia con costos de implementación razonable es la aplicación de una encuesta electrónica a distintos *stakeholders* (ver Remler & Van Ryzin, 2011). Solo de esta manera es posible saber si el diagnóstico sobre el modelo actual de gestión de prestaciones médicas del ISL puede extenderse a la mayoría de los actores que participan del mismo (funcionarios, prestadores y otros *stakeholders* clave). Es más, a partir de los hallazgos de la encuesta sería posible entender si los problemas que existen en la actualidad tienen efectos distintos sobre dichos actores.

En línea con el último punto, relativo a la búsqueda de la mayor validez externa posible (generalizaciones de los diagnósticos sobre la gestión de prestaciones médicas del ISL)¹¹ y el bajo costo de implementación de encuestas electrónicas (Evans & Mathur, 2005), el número de actores a considerar debe ser amplio.

En términos de su implementación, al 22 de julio de 2019 se contó con los resultados de una primera encuesta aplicada a funcionarios del Instituto de Seguridad Laboral, que tuvo por objetivo conocer su percepción con respecto a una serie de variables de interés en relación a la gestión de las prestaciones médicas por parte de la institución, de forma de validar los hallazgos de las fases preliminares del estudio.

Esta encuesta se desarrolló mediante una metodología con las siguientes etapas:

- Diseño de la encuesta, que consideró la validación de las preguntas por parte del equipo de la contraparte institucional del ISL.
- Definición de estrategia de difusión, a partir de la información de contacto disponible
- Pre-testeo de la encuesta a un número acotado de funcionarios
- Ajustes a la encuesta a partir del pre-test
- Lanzamiento de la encuesta, mediante la plataforma Qualtrics a través de un enlace anónimo distribuido de forma institucional por el ISL a sus funcionarios.
- Cierre de la encuesta
- Análisis de datos, a partir de las respuestas obtenidas al 19 de julio de 2019.

La encuesta se mantuvo abierta en la plataforma Qualtrics entre los días 11 y 19 de julio de 2019, periodo en el cual se registró un total de 160 ingresos por parte de funcionarios del ISL. De este total se registraron 150 respuestas válidas, con participación de funcionarios de todas las regiones del país, aunque con mayor presencia de las regiones de Biobío, Maule y Libertador Bernardo O'Higgins. En términos de género, el 45% de las respuestas correspondió a hombres y el 55% a mujeres. En términos de perfil laboral, la mayoría se identificó como profesional sin funciones de jefatura, seguido de profesionales con jefatura.

¹¹ Para más información sobre la validez externa y estrategias para aumentarla en diseños metodológicos, ver Remler & Van Ryzin (2011).

6.2 REVISIÓN DOCUMENTAL

6.2.1 Principios de seguros de salud

Al igual que en otros países, el aseguramiento de la salud en Chile se encuentra dividida en dos ámbitos de acción. Por un lado se encuentra el sistema Fonasa/Isapre, que cubre las prestaciones generales de salud de la población y que se financia a través de una cotización mensual de 7% de los salarios (en el caso de la población asalariada) regulada por el DFL 1 Minsal 2005. Por otro lado, se cuenta con el sistema de aseguramiento de la salud ocupacional, que se encuentra en manos de las Mutualidades y del Instituto de Seguridad Laboral, y que se encuentra regulado por el DL 744, que crea el seguro social y encarga su administración a través de una cotización mensual con cargo al empleador.

De acuerdo a Ferreiro, A., Saavedra, J. J., & Zuleta, G. (2004), quienes elaboran un marco conceptual asociado a los seguros de salud a partir de fundamentos teóricos de la economía de la regulación aplicables al mercado de la salud, así como la política de los procesos regulatorios y las fallas de mercado existentes en este ámbito, las principales recomendaciones de política en este ámbito son:

- Regulación de los planes de salud
- Regulación de los contratos de adhesión.
- Introducción de mecanismos de compensación de riesgos
- Control de la calidad de los prestadores,
- Promoción de políticas preventivas en salud
- Educación al usuario en cuanto a sus derechos y el modo de ejercerlos

Por otro lado, en la dimensión del regulador se encuentran:

- Educación al usuario en cuanto a sus derechos y el modo de ejercerlos
- Educación al usuario en cuanto a sus derechos y el modo de ejercerlos
- Independizar al regulador de presiones políticas o de grupos de interés
- Exigencia de transparentar la información y los fundamentos de las decisiones adoptadas por el regulador

En el caso de los seguros de salud en Chile, Cid Pedraza (2011) señala que el país cuenta con un sistema de aseguramiento de la salud que se encuentra agotado y que resulta ineficiente e inequitativo. Un elemento crítico de este problema corresponde al del descreme de la salud privada, con pocos incentivos a mejorar indicadores de eficiencia.

La idea de una reforma mediante la inclusión de un Plan Garantizado de Salud se plantea como insuficiente y que no considera en su conjunto el sistema de salud. Como alternativa, se plantea como única salida al sistema actual la construcción de un pool de riesgos y pagador único, que centralice las capacidades actualmente disponibles en el sistema.

A un similar diagnóstico llega Velasco (2014), quien apunta a que la existencia de un sistema dual compuesto por seguros privados –isapres- y un seguro social público –Fonasa- plantea la existencia de un sistema que no es del todo coherente, y que para su reforma debiese avanzarse en cinco ámbitos:

- Garantizar que todos tengan acceso a las acciones de salud en igualdad de condiciones.
- Garantizar un financiamiento adecuado de cada subsistema de seguros.
- Fomentar una atención de calidad para todos.
- Establecer mecanismos que permitan contener los costos en salud.
- Generar políticas y estrategias integrales y permanentes de prevención.

Este trabajo busca analizar el problema de los seguros y el financiamiento de la salud en Chile a partir de un análisis del mercado de aseguramiento público y privado en Chile, así como plantear posibles propuestas de reforma a la luz de la experiencia internacional.

En el caso de la salud laboral, Vives & Jaramillo (2010), a partir de documentación institucional y estadísticas nacionales, apuntan a que el sistema chileno de seguridad y salud en el trabajo carece de indicadores confiables para su evaluación, así como presenta dificultades continuas en la participación de los trabajadores. Asimismo, se señala que el sistema hoy se orienta fundamentalmente hacia el tratamiento de los accidentes laborales, y que a futuro debiese darle una mayor relevancia también a las enfermedades, tanto en la prevención como en la rehabilitación, de forma de no ver sólo los riesgos inmediatos al trabajador, sino también su organización del trabajo y sus condiciones de vida.

En relación a la operación efectiva del seguro de accidentes y enfermedades laborales, Oyanedel et al (2014) aplicaron una encuesta a 300 trabajadores de la zona urbana de Santiago, identificando un mayor reconocimiento con respecto a los beneficios no laborales de estar asociado a una mutualidad, así como la cobertura en caso de accidentes. En el caso de aquellos trabajadores que han sufrido accidentes, se valora la atención médica y de rehabilitación, mientras que lo peor valorado en este estudio es el traslado hacia los centros asistenciales, así como los procedimientos administrativos asociados al tratamiento del accidente.

Los seguros de accidentes y enfermedades laborales, junto a su dimensión del trato a los usuarios, cuenta también con una complejidad mayor relacionada a la gestión de las prestaciones y la lógica económica detrás de su operación. En este sentido, Riaño-Casallas y Palencia-Sánchez (2016) identifican que si bien ha habido un aumento en la literatura asociada a las políticas públicas sobre seguridad y salud en el trabajo, existen aún pocos estudios sobre costo-efectividad de las intervenciones, así como pocos estudios que realicen trabajo de campo y levantamiento de información primaria. De esta forma faltaría mayor desarrollo metodológico en este campo para hacer frente a problemas como los costos de las enfermedades laborales o la pérdida de productividad de los trabajadores.

Un caso de estudio en donde se analiza cuantitativamente el uso del seguro de accidentes y enfermedades laborales es el de Hoffmeister et al (2014). Si bien en este trabajo no se evalúa el impacto de las intervenciones, sí se realiza una evaluación de las principales variables que impactan en riesgo y la ocurrencia de enfermedades, accidentes y ausentismo laboral en trabajadores formales. De este trabajo se concluye que variables no modificables, como el sexo y la edad, estarían fuertemente asociadas a eventos laborales no deseados, a lo que se sumarían variables que serían modificables, como el sedentarismo y el estado nutricional.

Si bien la relación entre los sistemas Fonasa/Isapres e ISL/Mutualidades no resulta evidente, existe al menos un estudio en donde se plantea el problema sobre la interacción entre ambos seguros. En particular, Bitrán y Escobar (2011) plantean, a través de una revisión de casos cubiertos por el sistema Fonasa/Isapres, se identifica

que al menos el 37% de los casos analizados, con un costo de \$ 16.700 millones de pesos, se tratarían de enfermedades profesionales no cubiertos por el seguro de accidentes y enfermedades laborales. Esto se debería a razones tales como que el empleador busca evitar aumentar sus primas con las mutuales, la comodidad del trabajador con su asegurador de salud, profesionales de salud no desearían deflactar demanda, y finalmente los incentivos de Mutuales e ISL a contener gasto. Como recomendación, los autores plantean que debe existir mayor coordinación entre los actores, y que se debe hacer énfasis en la producción de estos problemas de salud.

6.2.2 Perspectiva de las instituciones

La supervisión del sistema de Mutualidades e ISL recae en Chile en la Subsecretaría de Seguridad Social (Suseso), que imparte instrucciones a las mutualidades de empleadores, Instituto de Seguridad Laboral y a las Empresas de Administración Delegada, a fin de uniformar las actividades y servicios ofrecidos por dichas instituciones. A agosto de 2017, las dimensiones uniformadas por Suseso son:

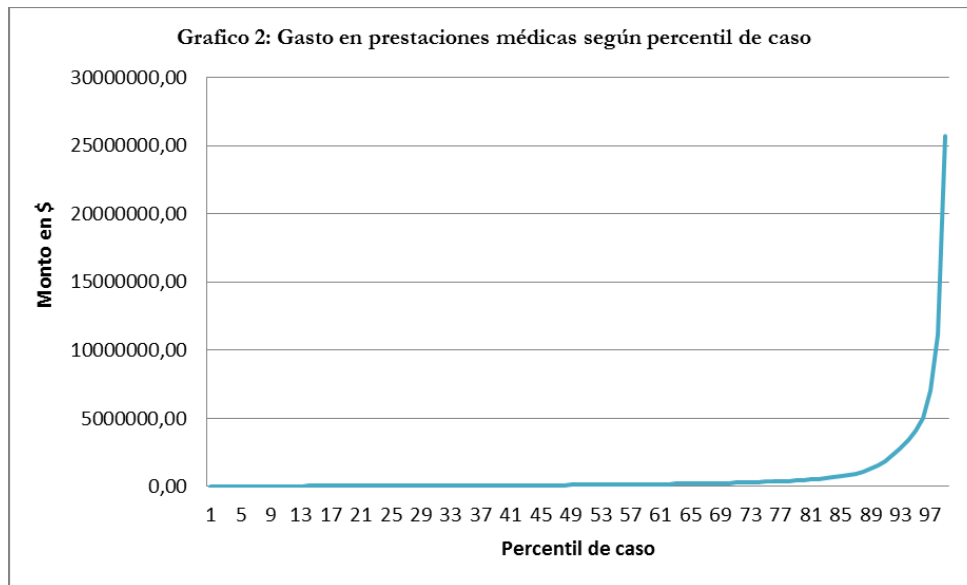
- Definiciones e instrucciones generales
- Atención en servicios de urgencia
- Atención en dependencias de salud ubicadas en la entidad empleadora
- Atención en centros ambulatorios de las agencias del organismo administrador
- Hospitalización
- Derivaciones
- Interconsultas
- Rehabilitación
- Reintegro laboral progresivo
- Adecuación domiciliaria y contratación de cuidador
- Vigencia

Las entidades reguladas por SUSESO debieron responder a este documento en un plazo de 180 días, de forma de uniformar sus protocolos y servicios a los lineamientos emanados desde la institución reguladora.

En el caso de Chile, el Instituto de Seguridad Laboral (ISL) ha realizado diversos estudios con el objetivo de analizar los costos de las prestaciones médicas de la institución, así como identificar las principales variables que impactan en ellos. Uno de ellos se realizó en torno al periodo comprendido entre agosto 2016 y agosto 2017 a partir de una integración de datos provenientes del Sistema de Prestaciones Médicas (SPM), Sistema de Información de Apoyo a las Prestaciones (SIAP), montos facturados del ISL, así como una base de datos asociada a FONASA. A partir de estas bases se construyó una Base de Datos de Costos Médicos con 12.908 Rut únicos de usuarios.

Considerando un monto total gastado en prestaciones médicas de \$ 16.260.602.822, se identifica un gasto promedio de \$ 1.259.731, pero mediano de \$ 117.314, debido a la concentración de costos en una minoría de casos, frente a una mayoría de casos de bajo costo. De esta forme, el informe señala que *“en el 10% más caro de casos se concentra más de un 85% de los recursos gastados en materia de prestaciones médicas en el último año.”*

Tabla 6-3: Gasto en prestaciones médicas según percentil de caso



Fuente: ISL, 2017

A partir de la estadística anterior, ISL identifica tres grupos casos:

- Casos de bajo costo, que concentra el 90% de los casos y menos del 15% del costo institucional
- Casos de alto costo, que concentran el 9% de los casos y el 39% del costo institucional
- Casos de muy alto costo, que concentran el 1% de los casos y el 46,4% del costo total.

En términos de variables que impactan en el costo, se identifican los siguientes hallazgos:

En términos de variables del trabajador:

- Sexo: Los hombres tienden a tener una mayor representación en los casos de costos altos y muy altos en comparación a las mujeres. Asimismo, tanto la mediana como el promedio del costo de las prestaciones suele ser mayor en hombres que en mujeres.
- Edad: Los costos tienden a aumentar con la edad.
- Regiones: Se identifican las regiones de Antofagasta, Coquimbo, Metropolitana y de Valparaíso como territorios con mayor presencia de casos de costos altos y muy altos, frente a regiones como Tarapacá, Arica y Parinacota y Magallanes, que presentan los menores costos del sistema.

En término de la ocupación:

- Rama de actividad económica: Se identifican mayores costos en los rubros de explotación de minas y canteras; transporte, almacenamiento y comunicaciones; y agricultura, ganadería, caza y silvicultura.
- Clasificación del trabajador: Obreros tienen mayores costos, tanto promedios como medianos, que aquellos trabajadores clasificados como empleados.

En términos de la caracterización del caso:

- Tipo de evento: Accidentes laborales y de trayecto resultan más caros que las enfermedades laborales.
- Tipo de clasificación: Accidentes o enfermedades laborales tienden a ser más costosos que accidentes o enfermedades comunes.
- Tipo de enfermedad o accidente: Mayores costos en traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas, así como en enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo.
- Año de resolución: Se señala que hay un alto costo para el ISL proveniente de casos de arrastre de años anteriores. En el periodo analizado, un 38% del costo proviene de casos anteriores al año 2013.

Un segundo estudio en junio de 2018, buscó identificar, a través de un análisis estadístico, las principales variables que permitieran identificar a usuarios de alto costo para la institución. De esta forma se construye un modelo prospectivo de regresión logística, donde la variable dependiente son los costos por caso, y las variables independientes una serie de registros asociados a las características del usuario, de su empleo y el rubro de su empleador. Los datos del modelo provienen del Sistema de Prestaciones Médicas (SPM), Sistema de Información de Apoyo a las Prestaciones (SIAP), montos facturados del ISL, así como una base de datos asociada a FONASA. A partir de ello, se construye una base de datos de 6.663 casos únicos.

El estudio concluye corroborando en gran medida el estudio de Análisis de costos del año 2017, identificando que variables como ser hombre, de edad adulta, del rubro del transporte y telecomunicaciones, de pequeñas y medianas empresas, con accidentes relacionados con traumatismos -principalmente en el área del tronco y las extremidades- y/o acumular tres meses o más en días perdidos, son variables que influyen de manera significativa en la probabilidad de encontrarse en el 10% de usuarios de mayor costo del sistema.

De acuerdo a las Estadísticas Nacionales de Seguridad Social correspondientes al año 2017, presentado por la Subsecretaría de Seguridad Social (SUSESO), se identifica que el Instituto de Seguridad Laboral (ISL) tiene cobertura sobre el 13% de los trabajadores con seguridad laboral en el país, y que estos tienen una remuneración promedio significativamente más baja que aquellos que son parte de las mutualidades (\$ 494.796 contra \$ 755.971).

6.2.3 Rol del ISL

El ISL corresponde a la única entidad pública con mandato para administrar el seguro social, como alternativa a las mutualidades privadas, en este aspecto, resulta relevante conocer las características de su operación y gestión interna. Con este objetivo, el Balance de Gestión Integral (BGI) elaborado por el ISL al año 2016 entrega los siguientes elementos:

- El gasto en prestaciones médicas y económicas asociado a los trabajadores afiliados del periodo, que llegó a M\$ 45.852.287.
- El gasto en prestaciones preventivas, que durante el periodo alcanzó los M\$ 7.928.774
- Las actividades de capacitación a trabajadores de los ámbitos públicos y privados, que llegaron a 30.351 personas en el periodo.

Durante el año 2016 se registró una cartera promedio de 792.386 afiliados/as, asociadas a 361.173 entidades empleadoras o cotizantes. Asimismo, se da cuenta de 52 centros de atención presenciales a lo largo del país.

El informe da cuenta además de los tres objetivos buscados por la institución para el periodo 2016-2018:

- Promover y potenciar el acceso universal de todos los trabajadores y trabajadoras al Seguro de Salud y Seguridad en el Trabajo, particularmente a independientes, pertenecientes a pequeñas empresas, informales y aquellos (as) con un mayor grado de vulnerabilidad, a través de actividades de información, difusión y capacitación
- Posicionar al Instituto como el Servicio Público que impulsa la promoción y fomento del derecho a la Seguridad y Salud Laboral, mediante propuestas técnicas para el diseño y aplicación de Políticas Públicas en materia de Seguridad y Salud Laboral.
- Asegurar la pertinencia, oportunidad y calidad de las prestaciones y servicios entregados a todos los trabajadores y trabajadoras, a través del mejoramiento de procesos internos y participación ciudadana.

En términos institucionales, el BGI da cuenta de una dotación de 465 funcionarios durante el periodo, y un presupuesto anual de M\$ 83.929.480, de los cuales el 36% correspondió a prestaciones económicas, el 18% a prestaciones médicas y el 9,4% a prestaciones preventivas.

Finalmente, se plantea que durante el periodo analizado por el BGI, la institución cumplió con el 98% de sus compromisos de gestión con la DIPRES, lográndose el 100% de los indicadores de desempeño correspondientes al Formulario H.

Junto a su caracterización institucional, resulta relevante identificar las falencias previamente identificadas en la institución, donde destaca lo señalado por el Informe de Evaluación del Gasto Institucional (EGI) de 2014, que identifica tres principales problemas de gestión en esta entidad, a partir del análisis del gasto institucional del periodo 2009-2013:

- Falta de coherencia entre el mandato institucional del ISL y del Ministerio de Trabajo, entidad a la que pertenece. Esto resultaba particularmente relevante en cuanto al objetivo de universalidad de la institución, y la dificultad práctica de cobertura a trabajadores independientes, que sólo comenzó a ser subsanado al año 2019.
- Se cuestionan las capacidades de planificación estratégica del ISL, que si bien entonces contaba con ejercicios documentales previos, no contaba con instrumentos ni una política clara para hacer seguimiento a sus compromisos.
- Se identificó una falencia en cuanto a la gestión de la información de la institución, y a una fuerte dependencia con fuentes externas, lo que incidía en la capacidad de toma de decisiones por parte de la autoridad.

6.3 ENCUESTAS A FUNCIONARIOS Y PRESTADORES

Con el objetivo de validar los hallazgos del levantamiento cualitativo, así como identificar elementos no observados en dicha fase, se ideó el levantamiento de dos instrumentos de índole cuantitativo: Por un lado, una encuesta a funcionarios y otra a prestadores médicos. Ambas encuestas tuvieron por objetivo conocer la

percepción desde esos sectores con respecto a una serie de variables de interés en relación a la gestión de las prestaciones médicas por parte del ISL.

La encuesta a funcionarios fue aplicada a funcionarios del Instituto de Seguridad Laboral entre los días 11 y 19 de julio de 2019, y consistió en un formulario web de 20 preguntas orientadas en torno a tres grandes categorías: 1) Gestión general de ISL, 2) Gestión de pacientes, y 3) Gestión de prestadores médicos. Esta encuesta tuvo un total de 150 respuestas.

En el caso de la encuesta a prestadores, su aplicación se realizó entre los días 19 de julio y 20 de agosto y contó con cuatro módulos de preguntas, orientados en torno a 1) capacidad instalada de los prestadores, 2) identificación de pacientes ISL, 3) plataformas tecnológicas y 4) modelo de cobro de atenciones. Esta encuesta, aplicada de forma electrónica con apoyo de ISL, obtuvo un total de 15 respuestas.

6.3.1 Encuesta a funcionarios

Perfil de los encuestados

Durante la realización de esta encuesta se recibieron un total de 150 encuestas finalizadas, con participación de funcionarios de todas las regiones del país, aunque con mayor presencia de las regiones de Biobío, Maule y Libertador Bernardo O'Higgins. En términos de género, el 45% de las respuestas correspondió a hombres y el 55% a mujeres.

Región	Nº de respuestas	Porcentaje
Arica y Parinacota	4	2,7%
Tarapacá	7	4,7%
Antofagasta	2	1,3%
Atacama	12	8,0%
Coquimbo	6	4,0%
Valparaíso	7	4,7%
Metropolitana	10	6,7%
Libertador General Bernardo O'Higgins	15	10,0%
Maule	21	14,0%
Ñuble	6	4,0%
Biobío	26	17,3%
Araucanía	4	2,7%
Los Ríos	4	2,7%
Los Lagos	12	8,0%
Aisén del G. Carlos Ibáñez del Campo	6	4,0%
Magallanes y de la Antártica Chilena	8	5,3%
Total	150	100,0%

En relación al perfil de los funcionarios encuestados, la mayoría se identificó como profesional sin funciones de jefatura, seguido de profesionales con jefatura.

Perfil de cargo	Nº de respuestas	Porcentaje
Administrativo	15	10,0%
Directivo	10	6,7%
Otro	7	4,7%
Profesional (con funciones de jefatura)	31	20,7%
Profesional (sin funciones de jefatura)	71	47,3%
Técnico	16	10,7%
Total	150	100,0%

Revisión de respuestas

1. La gran mayoría de los funcionarios encuestados están de acuerdo o muy de acuerdo con que **el ISL juega un rol relevante en el sistema de seguridad laboral del país**. Es significativo que menos del 10% de las respuestas se inclinaron por opciones donde hubiese algún grado de desacuerdo ante esta pregunta, lo que muestra una alta valoración por el rol del ISL en el sistema de seguridad y salud laboral.

El ISL juega un rol relevante en el sistema de seguridad laboral del país	Nº de respuestas	Porcentaje
Muy en desacuerdo	8	5%
En desacuerdo	3	2%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	10	7%
De acuerdo	29	19%
Muy de acuerdo	99	66%
NS/NC	1	1%
Total	150	100%

2. Ante la pregunta sobre lo interesante de la oferta del ISL para sus beneficiarios, sigue existiendo una valoración alta por parte de los funcionarios, donde cerca de dos de cada tres funcionarios respondieron estar de acuerdo o muy de acuerdo con respecto a que la oferta institucional era interesante a sus beneficiarios. Sin embargo, en esta oportunidad el 19% se inclinó por alternativas de desacuerdo, lo que es cerca del doble a la identificada en la pregunta anterior sobre la importancia del rol del ISL.

El ISL tiene una oferta interesante que ofrecer a sus beneficiarios	Nº de respuestas	Porcentaje
Muy en desacuerdo	8	5%
En desacuerdo	21	14%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	20	13%
De acuerdo	53	35%



Muy de acuerdo	47	31%
NS/NC	1	1%
Total	150	100%

3. Ante la tercera pregunta sobre la tramitación eficiente de las denuncias en regiones, más del 75% de los funcionarios señaló estar de acuerdo o muy de acuerdo, existiendo cerca de un 12% de funcionarios quienes se inclinaron por las opciones de desacuerdo.

La presencia de ISL en regiones asegura a sus beneficiarios la tramitación eficiente de la documentación de sus denuncias	N° de respuestas	Porcentaje
Muy en desacuerdo	7	5%
En desacuerdo	11	7%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	16	11%
De acuerdo	52	35%
Muy de acuerdo	63	42%
NS/NC	1	1%
Total	150	100%

4. Si bien en el ámbito de la denuncia hubo bastante consenso entre los encuestados, en el ámbito de la calificación las respuestas tienden a mostrar una mayor divergencia. En este caso, cerca de un 40% de los funcionarios señaló que la cantidad de personas que revisan las calificaciones es óptima, frente a cerca de un 33% que señala estar en desacuerdo o muy en desacuerdo. También hay un importante número de funcionarios que señala no estar de acuerdo ni en desacuerdo frente a esta pregunta. En este aspecto, pareciera ser una variable relevante a considerar en el proceso de la gestión de prestaciones.

La cantidad de personas que revisan las calificaciones de denuncias, permite asegurar una respuesta oportuna	N° de respuestas	Porcentaje
Muy en desacuerdo	13	9%
En desacuerdo	36	24%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	39	26%
De acuerdo	40	27%
Muy de acuerdo	20	13%
NS/NC	2	1%
Total	150	100%

5. Si bien no hay consenso frente al número de profesionales dedicados a la calificación, si hay mayor acuerdo frente a la pregunta de la formación de estos profesionales. En este aspecto, el 56% de los encuestados manifestó estar de acuerdo o muy de acuerdo con que la formación de estos

profesionales asegura los criterios técnicos necesarios del proceso, frente a un 18% de funcionarios que estuvo en desacuerdo o muy en desacuerdo frente a esta pregunta.

La formación de los(as) funcionarios(as) disponibles para revisar las calificaciones de denuncias asegura los criterios técnicos necesarios para que esta labor se realice oportunamente	N° de respuestas	Porcentaje
Muy en desacuerdo	10	7%
En desacuerdo	16	11%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	37	25%
De acuerdo	59	39%
Muy de acuerdo	26	17%
NS/NC	2	1%
Total	150	100%

6. En relación a si la información con la que cuenta el ISL permite hacer seguimiento a sus pacientes, en torno al 62% de los funcionarios manifestó estar de acuerdo o muy de acuerdo, frente a un 17% que manifestó lo contrario. Un 20% de los funcionarios encuestados manifestó no estar de acuerdo ni en desacuerdo frente a esta pregunta.

La información con la que cuenta ISL permite hacer seguimiento a los casos de pacientes que son asegurados(as) por la institución	N° de respuestas	Porcentaje
Muy en desacuerdo	6	4%
En desacuerdo	19	13%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	30	20%
De acuerdo	69	46%
Muy de acuerdo	24	16%
NS/NC	2	1%
Total	150	100%

7. En relación a la información entregada por prestadores para el posterior contacto con el paciente, un 50% manifestó estar de acuerdo o muy de acuerdo con que permite hacer las gestiones posteriores de contacto por parte del ISL, frente a un 25% de funcionarios que se manifestó en contra. En ese sentido, si bien una mayoría de funcionarios no muestra reparos en este punto, si existe un mayor grado de desacuerdo comparado a la evaluación de la información de seguimiento del propio ISL, manifestado en la pregunta anterior.



La información recibida de los prestadores permite hacer las gestiones posteriores que son necesarias para contacto con el paciente	N° de respuestas	Porcentaje
Muy en desacuerdo	9	6%
En desacuerdo	28	19%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	35	23%
De acuerdo	62	41%
Muy de acuerdo	14	9%
NS/NC	2	1%
Total	150	100%

8. Frente al grado de conocimiento del ISL, es relevante notar que para un 48% de los funcionarios de la institución, los beneficiarios de la institución no conocen al ISL. Sólo un 21% de los funcionarios manifestó estar de acuerdo o muy de acuerdo en que los beneficiarios conocen al ISL. En ese aspecto, hay un trabajo pendiente en relación a una divulgación más amplia de la labor institucional entre sus beneficiarios.

Los beneficiarios conocen a ISL	N° de respuestas	Porcentaje
Muy en desacuerdo	14	9%
En desacuerdo	59	39%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	43	29%
De acuerdo	24	16%
Muy de acuerdo	7	5%
NS/NC	3	2%
Total	150	100%

9. El acotado grado de conocimiento de los beneficiarios del ISL con respecto a la institución también tendría un correlato en la distinción que pueden hacer sobre la gestión del ISL en las prestaciones que reciben. De acuerdo a un 36% de los funcionarios, los beneficiarios no pueden hacer esta distinción, frente a un 32% de funcionarios que piensa que si pueden hacerlo.

Los beneficiarios pueden distinguir la gestión de ISL en las prestaciones que reciben	N° de respuestas	Porcentaje
Muy en desacuerdo	9	6%
En desacuerdo	45	30%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	47	31%
De acuerdo	38	25%
Muy de acuerdo	10	7%
NS/NC	1	1%
Total	150	100%

10. Pese al grado de desconocimiento de los beneficiarios del ISL, un 43% de los funcionarios del ISL señalan estar de acuerdo con que la imagen que tienen los beneficiarios acerca del ISL es positiva, frente a un 21% que manifiesta distinto grado de desacuerdo frente a esta pregunta. En ese sentido, de acuerdo a una mayoría de funcionarios, de haber conocimiento sobre el ISL entre los beneficiarios, la percepción sería más bien positiva entre ellos.

La imagen que tienen los beneficiarios acerca de ISL es positiva	N° de respuestas	Porcentaje
Muy en desacuerdo	12	8%
En desacuerdo	19	13%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	53	35%
De acuerdo	51	34%
Muy de acuerdo	13	9%
NS/NC	2	1%
Total	150	100%

11. En relación a la relación los prestadores médicos regionales, un 57% de los funcionarios declaró estar de acuerdo o muy de acuerdo con haber logrado trabajar en red con los prestadores de su región. Un 20% de los funcionarios manifestó algún grado de desacuerdo al respecto.

En mi región, se ha conseguido un trabajo en red con prestadores.	N° de respuestas	Porcentaje
Muy en desacuerdo	8	5%
En desacuerdo	22	15%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	32	21%
De acuerdo	60	40%
Muy de acuerdo	25	17%
NS/NC	3	2%
Total	150	100%

12. Pese al grado de acuerdo sobre el trabajo en red con prestadores, ante la pregunta sobre la suficiencia de la oferta de prestadores, un 46% de los funcionarios manifestó estar en desacuerdo o muy en desacuerdo sobre la existencia de una oferta suficiente de prestadores para atender a trabajadores afiliados. En contraposición, un 36% de los funcionarios señaló estar de acuerdo o muy de acuerdo con que la oferta actual es suficiente.

En mi región, hay suficiente oferta de prestadores para atender a los trabajadores afiliados.	N° de respuestas	Porcentaje
Muy en desacuerdo	23	15%
En desacuerdo	46	31%



Ni de acuerdo ni en desacuerdo	27	18%
De acuerdo	40	27%
Muy de acuerdo	13	9%
NS/NC	1	1%
Total	150	100%

13. En relación a si la información recibida de los prestadores permite supervisar la entrega de prestaciones médicas, un 41% de los funcionarios señaló estar de acuerdo o muy de acuerdo, frente a un 26% que señala estar en desacuerdo o muy en desacuerdo. Esto es concordante con lo planteado en la pregunta 7 en relación a la suficiencia de la información entregada por prestadores para el contacto con los beneficiarios.

La información recibida de los prestadores permite supervisar la entrega de prestaciones médicas.	N° de respuestas	Porcentaje
Muy en desacuerdo	8	5%
En desacuerdo	32	21%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	47	31%
De acuerdo	52	35%
Muy de acuerdo	9	6%
NS/NC	2	1%
Total	150	100%

14. En relación a la fluidez de la relación con los prestadores, un 50% de los funcionarios manifestó estar de acuerdo o muy de acuerdo, frente a un 20% que señaló lo contrario.

La relación con los prestadores es fluida	N° de respuestas	Porcentaje
Muy en desacuerdo	9	6%
En desacuerdo	18	12%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	46	31%
De acuerdo	63	42%
Muy de acuerdo	12	8%
NS/NC	2	1%
Total	150	100%

15. En relación a la calidad de la atención, un 51% de los funcionarios señaló estar de acuerdo o muy de acuerdo con que los prestadores otorgan atención de calidad a los pacientes ISL, frente a un 22% que muestra algún grado de desacuerdo.



En mi región, los prestadores otorgan atenciones de calidad a los pacientes ISL	N° de respuestas	Porcentaje
Muy en desacuerdo	8	5%
En desacuerdo	26	17%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	37	25%
De acuerdo	61	41%
Muy de acuerdo	15	10%
NS/NC	3	2%
Total	150	100%

16. Frente a la pregunta de si los prestadores privados son los que entregan mejor calidad de atención, un 65% de los funcionarios señaló estar de acuerdo, frente a un 12% que se mostró en desacuerdo o muy en desacuerdo.

Los prestadores privados son los que entregan mejor calidad de atención	N° de respuestas	Porcentaje
Muy en desacuerdo	7	5%
En desacuerdo	11	7%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	33	22%
De acuerdo	70	47%
Muy de acuerdo	27	18%
NS/NC	2	1%
Total	150	100%

17. Como complemento a lo anterior, ante la pregunta de si los prestadores públicos son los que entregan mejor calidad de atención, un 54% se manifestó en desacuerdo o muy en desacuerdo. En ese sentido, si bien existe en general una alta valoración sobre la calidad de la atención de los prestadores a los beneficiarios del ISL, esto pareciera concentrarse principalmente en la red privada de prestadores asociadas al ISL.

Los prestadores públicos son los que entregan mejor calidad de atención	N° de respuestas	Porcentaje
Muy en desacuerdo	23	15%
En desacuerdo	59	39%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	40	27%
De acuerdo	21	14%
Muy de acuerdo	5	3%
NS/NC	2	1%
Total	150	100%



18. La percepción negativa se mantiene frente a la pregunta sobre una eventual mejor disponibilidad de prestaciones entre los prestadores públicos. En este caso, un 57% de los funcionarios señaló estar en desacuerdo o muy en desacuerdo, frente a un 15 % que señaló estar de acuerdo o muy de acuerdo.

Los prestadores públicos tienen mejor disponibilidad de prestaciones	N° de respuestas	Porcentaje
Muy en desacuerdo	27	18%
En desacuerdo	58	39%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	37	25%
De acuerdo	18	12%
Muy de acuerdo	5	3%
NS/NC	5	3%
Total	150	100%

19. Como correlato de la pregunta anterior, un 64% de los funcionarios señaló estar de acuerdo o muy de acuerdo en que los prestadores privados tienen la mejor disponibilidad de prestaciones, frente a sólo un 11% de funcionarios que manifestó lo contrario.

Los prestadores privados tienen mejor disponibilidad de prestaciones	N° de respuestas	Porcentaje
Muy en desacuerdo	6	4%
En desacuerdo	11	7%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	36	24%
De acuerdo	73	49%
Muy de acuerdo	22	15%
NS/NC	2	1%
Total	150	100%

20. Finalmente, frente a la pregunta de si los prestadores en convenio presentan disponibilidad de prestaciones cuando se requieren, un 56% manifestó estar de acuerdo o muy de acuerdo, frente a un 16% que se manifestó por algún grado de desacuerdo. Sin embargo, dadas las respuestas de las preguntas anteriores, es altamente probable que este grado de acuerdo se concentre en relación a los prestadores privados.

Los prestadores en convenio presentan disponibilidad de prestaciones cuando se requieren	N° de respuestas	Porcentaje
Muy en desacuerdo	6	4%
En desacuerdo	18	12%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	41	27%
De acuerdo	75	50%
Muy de acuerdo	9	6%
NS/NC	1	1%
Total	150	100%

6.3.2 Encuesta a prestadores

Perfil de los encuestados

Durante la realización de esta encuesta se recibieron un total de 12 encuestas finalizadas, con participación de prestadores de 9 regiones. En términos institucionales, se trata de diez prestadores privados y dos prestadores públicos.

El perfil de los participantes de la encuesta es el siguiente:

Cargo	Cargo
Gerente	2
Subgerente Comercial/Control de gestión	4
Director/a	1
Jefe comercial	2
Gestor de convenio	1
Médico encargado de pacientes ISL	1
Otros	1
Total general	12

Revisión de respuestas

- Las primeras dos preguntas de la encuesta consisten en enunciados, vinculados a la capacidad instalada de los prestadores, con cinco posibles respuestas: Muy en desacuerdo, En desacuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, De acuerdo y Muy de Acuerdo. Los dos enunciados y sus respectivas respuestas son las siguientes:

Enunciado	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	Total
Contamos con la capacidad instalada para atender los requerimientos de pacientes de alta complejidad que nos solicita ISL	-	-	-	7	5	12
Contamos con la capacidad instalada para atender los requerimientos de pacientes de baja complejidad que nos solicita ISL	-	-	-	4	8	12

- En relación a la capacidad instalada de los prestadores, las siguientes cuatro preguntas de la encuesta buscan identificar la frecuencia con la que se percibe la ocurrencia de una serie de situaciones vinculadas a la entrega de prestaciones a trabajadores ISL. En esta ocasión, las alternativas son: Nunca, Rara vez, Ocasionalmente, Frecuentemente y Muy frecuentemente. Los cuatro enunciados y sus respectivas respuestas son las siguientes:

	Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Total
Rechazar un paciente ISL por falta de disponibilidad de camas	7	4	1	0	-	12
Rechazar un paciente ISL por no tener disponibilidad de infraestructura especial solicitada	4	7	-	1	-	12
Rechazar un paciente ISL por falta de horas profesionales de especialistas	6	5	-	1	-	12
Solicitar la derivación o retiro de un paciente ISL de nuestras instalaciones	4	7	-	1	-	12

3. En relación a la identificación de los pacientes en sus instalaciones, se solicita a los pacientes indicar el momento en el cual se entera que el paciente atendido es beneficiario de ISL. Para esto se presentan cinco opciones definidas, junto al espacio para señalar otras respuestas no presentadas.

Opción	Frecuencia
El personal administrativo identifica si es beneficiario de ISL ya que es parte del protocolo de ingreso de pacientes	10
Los profesionales de salud consultan a cada paciente, como parte del protocolo de atención	-
El personal administrativo identifica si es beneficiario de ISL ya que es parte del protocolo de egreso	2
Los profesionales de salud consultan a cada paciente como parte del protocolo de egreso	-
No existe un protocolo de identificación de pacientes	-
En otro momento <ul style="list-style-type: none"> • Al momento de agendar o definir profesional, se asignan profesionales en convenio ISL • Cuando coordinamos la EPT directamente con las empresas 	2

4. En relación a las plataformas tecnológicas con las que operan en sus instituciones, en su opinión, se solicita indicar el grado de desarrollo o incorporación de nueve funcionalidades, con cuatro posibles respuestas.

	No se encuentra considerado en los planes de desarrollo actuales	Existe interés y disponibilidad para su desarrollo e implementación futura	Se encuentra en desarrollo actualmente	Se encuentra en funcionamiento ya	NS/NR
Licencia médica electrónica	1	1	4	6	-
Ficha clínica electrónica	1	2	2	7	-
Información de reposo de los pacientes	1	2	2	6	1



Alta médica	1	2	1	7	1
Alta laboral	2	2	1	6	1
Información de diagnóstico	1	-	-	11	-
Órdenes de primera atención (OPA)	3	3	1	5	-
Órdenes de atención (ODA)	3	3	1	5	-
Cuentas médicas	1	1	1	8	1

5. La siguiente pregunta se relaciona a la interoperabilidad de los sistemas de los prestadores con otros servicios. Frente a ello se hace la pregunta “¿Sus plataformas informáticas interoperan con las de otras instituciones?”

Alternativa	Frecuencia
No tengo información	3
No	6
Sí <ul style="list-style-type: none">• Con ISL en cobros• IMED• I-MED, FONASA, ISAPRES	3
Total	12

6. En el caso de que ISL desarrolle un Portal de Prestadores, que permita cargar directamente la información de los pacientes ISL, ¿Consideraría usted que esto contribuiría en su relación y gestiones con ISL?

Alternativa	Frecuencia
Sí	10
No estoy seguro	2
No	-
Total	12

7. En la actualidad, ¿qué modelo de cobro de atenciones médicas se encuentra instalado en su institución? (se puede seleccionar más de una opción)

Alternativa	Frecuencia
Pago contra prestación	10
Canastas de prestaciones	3
Grupos relacionados por diagnóstico	2
Otro	1

8. En caso que ISL lo solicitase, ¿existiría disponibilidad de su institución en aceptar modelos de cobros distintos de las prestaciones realizadas, como el de GRD? Explique por favor.

Actualmente contamos con convenio GRD con Fonasa	1
--	---



Estamos dispuestos a pago de prestaciones por GRD	1
Requiere de un estudio más acabado	1
Sería factible de revisar	1
Sí	2
Si existiría disponibilidad a evaluar la propuesta.	1
Si existiría disponibilidad en aceptar modelos de cobros distintos. El caso del GRD.	1
Sí, se podría implementar, teniendo en cuenta consideración de ajuste por tecnológica aparte, tal como hemodiafiltración.	1
Sí, siempre que todo quede claro y no haya dificultad en los procesos.	1
Sí, siempre y cuando facilite los procesos. Evaluando factibilidad con nuestros sistemas informáticos y de gestión interna, además de necesitar capacitación.	1
Toda la disponibilidad de aceptar modelos de cobros distintos a los actuales, previa evaluación técnica y económica.	1
Total general	12

9. En caso que ISL solicitase mayores requerimientos administrativos y técnicos hacia el prestador médico, ¿existiría disponibilidad de su institución en aceptar? Marque los que estaría dispuesto a aceptar:

Exigencias en establecer una Admisión especializada para pacientes de ISL.	6
Paneles o indicador de gestión de ingresos de pacientes en línea.	6
Reportar una ficha técnica-administrativa especializada para pacientes ISL.	7
Reservar prestaciones específicas que son requeridas por ISL en forma constante (ejemplo: Cama UTI/UCI).	6

10. Cuentas de Indique algún servicio extraordinario a los requerimientos actuales que exige el ISL y que estaría dispuesto a ofrecer (respuesta en formato libre):

- En caso de un aumento extraordinario de pacientes, la creación de un Policlínico ISL exclusivo.
- En general como clínica podemos dar todos los servicios que nos solicitan.
- Exámenes ocupacionales
- Farmacia Interna para despacho de medicamentos, con receta interna de la institución
- Formación continua y asesoría técnica al equipo interno.
- Reserva de camas médico quirúrgicas y camas críticas previo prepago establecido.

6.4 REPORTE DE LEVANTAMIENTO CUALITATIVO

6.4.1 Metodología

En este capítulo se resumen los principales hallazgos relativos al diagnóstico de la gestión de prestaciones médicas del ISL que ha identificado el Centro de Sistemas Públicos a partir del levantamiento de información primaria. Este trabajo se realizó con metodología cualitativa y con el uso de dos instrumentos, entrevistas a actores levantes del sistema y entrevistas grupales a profesionales vinculados a la gestión de prestaciones médicas de los equipos regionales.

Las entrevistas tuvieron como objetivo capturar la mirada general de la institución y profundizar en los ámbitos de gestión identificados a partir de fuentes secundarias y primarias (entrevistas a informantes claves de la fase exploratoria). A esto se sumó, la caracterización del conjunto del sistema de seguridad y salud en el trabajo, tanto con la red de instituciones públicas, como privadas, siendo estas mutualidades o prestadores médicos.

Con esto, se buscó caracterizar la posición del ISL en el sistema a nivel nacional, relevando su especificidad respecto de los distintos operadores de la red, para generar la propuesta de valor y potenciar los aspectos que son más valorados por el tipo de beneficiarios que atiende, la red prestadores públicos y privados, junto con las relaciones que establece con sus contrapartes institucionales.

Descripción de entrevistas realizadas

Posición	Entrevistados
Directivos ISL	<ul style="list-style-type: none"> • Jefatura Prestaciones Médicas, de la División de Seguridad y Salud en el Trabajo • Jefatura División de Operaciones • Jefaturas Dirección Región Metropolitana, Aysén, Antofagasta y Valparaíso. • Jefatura de Departamento de Clientes y Entorno
Directivos entorno institucional del ISL	<ul style="list-style-type: none"> • Jefatura SUSESO • Jefatura FONASA • Directivos prestadores privados: ACHS y Mutual.
Expertos en Seguridad y Salud en el trabajo	<ul style="list-style-type: none"> • Manuel Inostroza: Se desempeñó como Superintendente de Salud y de Isapres, Director del Centro de Referencia de Salud Peñalolén Cordillera Oriente. Consultor de la Organización Panamericana de la Salud en Washington DC y Secretario Regional Ministerial de Planificación de la Región Metropolitana. • Alejandro Ferreiro: Se desempeñó como ministro de Economía, asesor del Ministerio Secretaría General de la Presidencia. Ha dirigido diversos entes reguladores, como superintendente de Isapres, Electricidad y Combustibles, Administradoras de Fondos de Pensiones y Valores y Seguros.

Para la realización de las entrevistas grupales, se realizaron en cuatro regiones del país y las que se seleccionaron considerando la diversidad y heterogeneidad del país, del Instituto y del mercado laboral. Respecto de la composición de los grupos, se definió una muestra de tipo estructural, donde se seleccionó a los participantes en función del rol o posición en una estructura, como se detalla en el siguiente diagrama:

Descripción de entrevistas grupales realizadas

Grupo	Categoría de la región	Cargos profesionales
Grupo 1	Región de gran tamaño	- Encargado/a de operaciones (Jefe de atención y operaciones) - Encargado/a DAF
Grupo 2	Región extrema	- Encargado/a de prestaciones médicas (en el caso de que sí exista en la región)
Grupo 3	Región de gran tamaño	- Profesional de salud (puede ser externo, que presta servicios al ISL).
Grupo 4	Región compleja	

El trabajo de terreno se realizó entre la segunda quincena de abril y la primera quincena de julio del 2019. Las entrevistas, a informantes claves y las grupales de los equipos regionales, fueron grabadas en audio y transcritas para facilitar el trabajo de análisis. Cada una de las personas que participaron de esta investigación firmó un consentimiento informado.

El análisis se realizó con el software NVivo, que permite el manejo de grandes volúmenes de información y facilita su análisis, independientemente del método de investigación que se utilice.

De manera general, el software permite organizar la información en tres estructuras:

- Los nodos: que permiten agrupar en temas o conceptos la información, opiniones e interpretaciones que están presentes en los relatos de las personas, entrevistadas o participantes de entrevistas grupales. Estos contenedores permiten recopilar material relacionado en un lugar o bajo un concepto, de modo que puede buscar patrones e ideas emergentes. Los nodos representan temas, tópicos, conceptos, ideas, opiniones o experiencias.
- Los casos: Son las 'unidades de observación', en este caso personas entrevistadas y entrevistas grupales, que corresponden a tipos de región seleccionadas

Con esto, es posible considerar en el análisis qué se dice, quién lo dice y el peso o preponderancia que los temas (nodos) tiene en el relato de cada persona, del conjunto de personas y sus interacciones.

Las dimensiones de análisis consideradas en los instrumentos y por ende en este análisis son las siguientes:

- Valor público
- Caracterización de beneficiarios
- Gestión de prestaciones médicas
 - Gestión de beneficiarios
 - Gestión de los prestadores médicos

- Gestión interna
 - Coordinación con el nivel central y organización interna del ISL
 - Manejo de información, planificación y evaluación.

6.4.2 Valor público

6.4.2.1 Visión de valor público

La definición de valor público se da de manera muy diferente entre los actores internos y el entorno del ISL. A esta división, se suma la tensión en tanto su rol de asegurador (pagador) y garante de salud y seguridad laboral (incidir en las condiciones de salud y factores de riesgo laborales de la población).

Desde el entorno, la mirada es crítica y se evalúa su desempeño dentro de las particularidades del mercado, donde los privados que intervienen se definen como instituciones sin fines de lucro y donde la función subsidiaria del Estado no tendría el mismo peso. Desde esa perspectiva su rol se asocia más a la colaboración y apoyo.

Los actores públicos entrevistados difieren respecto de la imagen del sector privado en la seguridad social. Sin embargo, hay consenso que esto no afecta de igual manera en materia de seguridad laboral. A diferencia de las Isapres, desde el entorno se evalúa que las mutualidades no tienen el cuestionamiento y crítica de la opinión pública. Por el contrario, conocen el negocio, tienen sustentabilidad y legitimidad sociales. En este espacio, el rol del ISL es presentar una alternativa dentro del sistema.

*“El tener una opción pública, así como salud lo tiene FONASA, está FONASA, así como en pensiones se está discutiendo dentro de lo que es la reforma previsional el establecer un ente público, acá también existe, y es parte del establecimiento de la **credibilidad del sistema**. Que la gente también, si no crees en algo privado que te lo está entregando, bueno, tienes la opción pública que te lo entregue” (Directivo Público).*

Esta alternativa, se ve como complementaria al sector privado y en esto comparten miradas actores internos y externos del ISL. Es consenso que la industria ha sido liderada por el sector privado, que ellos han desarrollado y especializado en salud laboral, pero que hay segmentos a los que no llegan. Dentro del relato de la historia institucional está presente esta idea, respecto de lo joven y en desarrollo de la institución.

“Entonces vas a tener que tener una solución, para un tipo que no tenga un incentivo del mercado. Nosotros somos sin fin de lucro, pero tampoco tenemos afán de pérdida, entonces tenemos que administrar eficientemente los recursos, pero eso no significa que nos podemos hacer cargo de todo” (Directivo Privado).

El valor de cubrir los segmentos o nichos que no son atractivos para el sector privado, es el mayor punto de acuerdo entre los entrevistados y para los directivos del ISL, el valor está en entregarles la cobertura con los mismos o mejores estándares de calidad que los privados.

“El tema aquí es que sabemos que el Instituto tiene un nicho y que el organismo privado no lo quiere, no le interesa, no va a ir a buscarlo y es ahí donde hay que ser impecables porque se trata de un tema país, de valor público” (Directivo ISL)

Se marca una diferencia de la gestión del ISL, relacionada con el cumplimiento de la ley y el enfoque de derechos, y su foco es entregar “al trabajador las prestaciones que les corresponden con la oportunidad y la calidad que necesite”. El foco está en el trabajador y no en el resguardo de los gastos. Esta visión, de mirar al trabajador de acuerdo a sus necesidades y de manera integral, incorporan dentro del valor público dos elementos: Rol social y marcar pauta respecto de las necesidades en materia de salud laboral.

El rol social, está dado por el perfil de beneficiarios que atiende y por el derecho **cobertura** desde el primer día de ingreso a la empresa, más allá del tipo de empresa, su tamaño, rubro o ubicación. Así, las características del mercado laboral inciden en el valor público del ISL, especialmente con los niveles de informalidad que en Chile alcanza el 40% (OIT, 2019). A esto se suma la atomización de ciertos rubros como las trabajadoras de casa particular, de la construcción y mipymes. Esta forma de aseguramiento es lo propio del valor público, donde se privilegia garantizar la cobertura de atención médica, concebida como un derecho, sin diferenciar por factores de riesgos, las dificultades del trabajo con una cartera atomizada de clientes o en lugares apartados.

Los directivos vinculados al sector público enfatizaron en el valor del ISL el desafío de marcar pauta, lo que está muy relacionado con la **calidad** del seguro y que este entregue las prestaciones requeridas por el trabajador. Esto se vislumbra como un desafío y no algo evidente para la institución. Para cumplir este rol se requiere de liderazgo técnico en un contexto de alta especialización del sector privado.

*“Nos sentamos con la subsecretaría de previsión, que es quien coordina desde el punto de vista político el sector, y también está sentado el ISL, por lo tanto, el ISL también tiene que tener una **opinión técnica** del punto de vista del ejecutor, del que tiene el cable a tierra, del que hace, del que lleva acabo la acción” (Directivo público).*

*“Porque principalmente acá el tema es un tema económico, un proyecto siempre va a ser con costos y las mutuales siempre van a decir que no hay plata y que están súper estresados...Entonces cuando el Instituto dice ya, porque **esto es justo**, le va a dar más transparencia al proceso, le va a dar más transparencia a la información que recibe el trabajador, etc., y si hay que generar inversiones estamos dispuestos a hacerlo... eso le da más empuje a la Suseso como para poder seguir haciendo estas normativas” (Directivo ISL)*

*“para ser autoridad tengo que ganármelo, y eso no me lo da el cargo, me lo dan las cosas que voy haciendo y cómo el resto me va mirando...distinto es cómo ejerzo el liderazgo de forma tal de convertirme en alguien en quien se vea como **referente**, que indique una forma y que vaya liderando (Directivo público).*

En esto, el vínculo con el mercado de salud es la otra presión para la generación de valor público identificado en las entrevistas, y de manera especial, las restricciones y limitaciones del sistema público de salud que inciden de manera directa en la oferta de prestaciones médicas. Los problemas de la salud pública son los problemas del ISL, son problemas de recursos, de ingresos, de administración y de gestión. Este tema se profundiza en el apartado de prestaciones médicas.

“A mí me encantaría que el sistema público pudiera responder mejor y bien, pero solo por crear una institucionalidad pública que obligaba teórica, pero sin los recursos adecuados...De hecho, al poco tiempo se le dieron modificaciones para que tuviera la posibilidad de convenios con los prestadores privados, para poder responder” (Experto)

Otro de los elementos a destacar de la producción de valor de una institución de seguridad y salud laboral pública se relaciona con la importancia de resguardar procesos de largo plazo, y que no pueden quedar sujetos a las fluctuaciones del mercado. Las posibilidades de quiebra de una aseguradora privada y la necesidad de entregar cobertura a los trabajadores durante todo su ciclo laboral, más allá del desarrollo o vigencia de cada industria están vinculados al valor público.

Además de eso, en el caso de quiebra de una mutualidad o de una empresa con administración delegada del seguro, alguien tiene que hacerse cargo de garantizar los derechos de los trabajadores, la cobertura de enfermedades y el pago de pensiones. Este es un riesgo que el sistema debe resguardar. Ejemplo de esta situación fue lo ocurrido con ENACAR (Empresa Nacional del Carbón), que dentro de la figura de empresa con administración delegada, al momento de la crisis de carbón, pese a ser una empresa gigantesca quebró. Los trabajadores vinculados a la empresa y que recibían algún tipo de cobertura debían mantener sus beneficios y fueron cubiertos por el seguro estatal.

*“Los **procesos son de largo** aliento y tú tienes que asegurar cobertura, por ejemplo, un señor trabaja en un puesto 20 años en sílice, y desarrolla al año 25 Silicosis, entonces necesitas tener, pensar en un horizonte largo, de unos periodos de tiempos largos” (Directivo privado)*

Esto refleja la importancia de mirar los ciclos y procesos de largo plazo como un elemento de generación de valor, vinculados al análisis y anticipación de transformación ante los riesgos del mercado del trabajo. Junto con la activación y generación de condiciones en el mercado de la salud laboral. La historia del ISL muestra que en sus diez años ha debido asumir desde la seguridad social estas transformaciones y el desafío para incrementar la producción de valor está en la capacidad de anticiparse.

“Lo único que busca el instituto es hacerlo bien. Hacerlo bien con esa cartera, una cartera atomizada y compleja, en este ámbito (salud laboral). Y hoy día estamos en un contexto de crecimiento vertiginoso del instituto, tomando en consideración la ley 21.054, y ahora que estamos ad portas de la ley de honorarios” (Directivo ISL).

Esta mirada de ciclo largo, debería reflejarse en el manejo de información de los beneficiarios, las empresas, los rubros y las especificidades regionales. La información es la herramienta de análisis de los riesgos y el ISL gestiona la producción de valor público en dos mercados altamente afectados por el cambio tecnológico.

“A nosotros nos llegan los casos que nadie recibe, ninguna mutual...existiendo contrato de trabajo, aunque no tenga ni las cotizaciones al día, pero la idea siempre es proteger al trabajador ante todo y nosotros, como ejecutivas de plataforma, lo tenemos súper presente siempre, el trabajador en el centro para entregarles todas las prestaciones y tratar de hacerlo lo más rápido posible también... y derivarlos, todos los días son derivar a prestadores privados, que ahí se le da la atención como corresponde, se le emite la licencia

médica y... eso es como en el fondo nuestro objetivo, brindarle una atención de calidad al trabajador y digna ante todo

6.4.2.2 Potencialidad y posición del ISL

Una de las principales potencialidades del Instituto es la posibilidad de moverse y gestionar prestaciones con el sector público y privado. Esto le permite entregar una oferta diversa y variada, con mayor flexibilidad para cubrir el territorio nacional o desplegar estrategias de gestión para sus casos. Lo que antes se veía como una debilidad, que era la falta de prestadores propios, y que afectaba la capacidad de negociación del ISL hoy se considera uno de sus principales atributos.

Para las mutualidades privadas los costos de mantención de su infraestructura médica se han absorbido por la ampliación a otros segmentos de beneficiarios y la externalización un porcentaje relevante de sus prestaciones. Esto tiene que ver con los cambios en el mercado del trabajo y la rápida caída de los accidentes laborales.

“Cuando las redes, cuando el instituto tiene que adoptar una red de prestadores, en las cuales yo le doy las características o las variables que son más críticas, que son la oportunidad, la calidad y otras. Y tiene que ver con el crecimiento del país en estos ámbitos, si quieren los privados trabajar con nosotros, si somos atractivos, si la red pública va mejorando también las calidades por las prestaciones que requerimos nosotros. Hay una cantidad de variables que al final lo único que hacemos nosotros como instituto es ir trazando de dónde vamos ejerciendo un rol intermediario, como esto va haciendo eficiente nuestra red”

Así, mientras el ISL se ha visto tensionado a ampliar su oferta a nivel de seguridad y salud laboral, sus pares del sector privado han abierto a nuevos segmentos para su oferta médica. La oferta de las mutualidades se amplía al conjunto del grupo familiar de los trabajadores y, por ende, a enfermedades o atenciones propias de salud común. Mientras, los segmentos atendidos por el ISL tienen necesidades de **mayor especialización y de articulación con el conjunto de la red pública para intervenciones más integrales.**

Los segmentos del Instituto son difíciles de acceder por sus altos niveles de atomización y dispersión territorial. Concentran, además los riesgos del empleo precario y bajos niveles educacionales de los trabajadores, por ende están al margen de los servicios públicos y requieren de intervenciones integrales.

“El ISL finalmente tiene un nicho de trabajadores y empresas afiliadas que es bien específico y poco compartido con las otras mutuales, entonces muchas veces generar políticas de intervención para este grupo es un problema. Hemos ido visualizando finalmente que en Chile la población más vulnerable no es la que está en las grandes empresas, sino que es en aquellas empresas pequeñas donde es mucho más difícil hacer prevención, donde es mucho más difícil, donde es mucho más costoso, donde es mucho más arriesgado todo tipo de trabajo” (Jefatura regional ISL)

Por lo mismo, la articulación con el conjunto de la red de servicios públicos es una de las potencialidades del ISL, donde es posible vislumbrar las necesidades del trabajador(a) y de su familia considerando su ciclo vital y

su potencialidades. La integralidad es uno de los desafíos que hoy enfrentan los problemas de salud, que requieren de cambios sistémicos para generar modificaciones en las conductas y hábitos.

En esto la red pública de salud primaria, con su énfasis en la promoción y prevención puede ser un aliado importante para el ISL. Especialmente por la instalación del modelo de salud familiar a nivel nacional, donde la mirada de los factores de riesgo se asocia a la familia como sistema y de las trayectorias de sus integrantes. Sin embargo, la atención primaria (pública y privado) no participa del espacio laboral y la falta de tiempo para llegar a la población trabajadora es una de sus grandes dificultades.

Esta mirada de ciclo vital implica también pasar de la entrega de prestaciones médicas a enfocarse en el trabajador como un caso, que requiere un conjunto de atenciones para recuperar su salud. Esto ya está en el abordaje que desde el ISL se realiza de la gestión de prestaciones médicas y es un desafío que actualmente están abordando las mutualidades privadas.

La demanda por mayores niveles de especialización, es algo que enfrenta el conjunto de la industria y los desafíos por entregar los incentivos adecuados para su desarrollo, están alineados entre los actores públicos y privados.

“Pero es que sí, en algunos lugares donde no hay especialidad, pero donde no hay especialidad, no hay especialista para el ISL, ni hay especialista para la Mutual. Y tampoco hay en el sistema público. Es un elemento importante, para saber si lo hace bien o lo hace mal, es con respecto a qué”. (Directivo privado)

Los desafíos son compartidos, pero uno de los ámbitos de desarrollo para incrementar o evaluar el incremento del valor público es la adhesión al sistema no por defecto sino por elección. Esto no implica el incorporar la competencia o búsqueda de clientes por parte del ISL, pero sí la mantención y fidelización de su cartera. Indicadores de esto pueden ser los niveles de rotación, traslado o retiro de empresas.

*“Hoy día, a lo mejor el ISL actúa por defecto, de que, si no lo eliges, te vas por defecto hacia allá. Pero lo ideal sería que el instituto tuviera una posición, no una política comercial, pero una política de seducción hacia los trabajadores o los empleadores **para que optaran** y dijeran: **sabes que, somos del ISL**” (Directivo público).*

Otro de los ámbitos en que ISL puede desarrollar valor son las acciones de cobertura universal a beneficiarios del seguro. Un ejemplo de ello y que ha sido valorado por el sector privado fue el campus virtual de capacitación, que se abrió al público y que hoy es utilizado por universidades en sus procesos de aprendizaje. La entrega de formación y capacitación sobre derechos laborales, prevención y promoción de la salud laboral es algo consistente con el perfil de beneficiarios del Instituto y con su mandato de institución pública.

*“Cumplimos otro rol también, que es colocar sobre la mesa la ley, la protección y la prevención con respecto al accidente del trabajo. Entonces a veces hay empresas que se acercan que no están adheridas a nosotros y yo les digo: “a mí me da lo mismo si están con nosotros o están con otras mutuales. Lo que me interesa a mí es que estén protegidos”...Nosotros como instituto **tenemos una responsabilidad legal con nuestros adherentes, pero también con la sociedad, porque somos el Estado**. Yo en el fondo, lo que*

quiero decir es que todos los trabajadores de la región estén protegidos por esta ley, que conozcan sus beneficios y derechos que tienen y cómo evitar también que la accidentabilidad y enfermedades profesionales pasen. Ese es el rol del Estado” (Directivo regional)

6.4.3 Beneficiarios de ISL

*“Pero en el caso de lo médico, de lo económico, **se encuentra con un siniestro**. Algo desafortunado le ocurre y se encuentra con el instituto. Por tanto, hay que tomarlo desde la perspectiva de la experiencia traumática”*

Lo primero que es importante de señalar es que los beneficiarios del ISL, en la gran mayoría de los casos llegan a la institución cuando han sufrido un accidente o padecen una enfermedad. Esta es su primera aproximación y se encuentran en una situación de crisis y vulnerabilidad. A esto se suma, que por el tipo de empresas beneficiarias son personas que se ha movido dentro del empleo formal e informal, no necesariamente conocen o están vinculadas a la red de servicios públicos y por ende tienen poco conocimiento respecto de sus derechos y beneficios en materia de seguridad social, de legislación laboral y salud en el trabajo.

*“**Acá se le da la opción de educar al paciente**, re educarlo y re educarlo y re educarlo, incluso nos convertimos en algún momento en alguna especie de soporte más allá de una relación de usuario prestador, sino que un soporte, una llamada por teléfono, un hola cómo estás, que en otras mutualidades no sucede. En otras mutualidades tu incurres en algún error, simplemente te quitan el beneficio y hasta aquí no más llegó la conversación. Uno tiene esa empatía con las personas, porque entendiendo...que es el tema de que la gente tiene poca escolaridad” (Grupo de discusión norte)*

Esto plantea la dificultad de partir desde elementos muy básicos en la atención de los beneficiarios del seguro y no poder desarrollar una estrategia estándar para el trabajo con las empresas adscritas. El abordaje caso a caso, que se mencionó anteriormente, se da también respecto de las empresas y empleadores clientes del seguro.

*“Nosotros tenemos la parte más compleja, entre la **formalidad e informalidad** en Chile del trabajo. De las empresas familiares, esas pymes. Nosotros tenemos 220 mil empresas, y si sumas los 160 mil, en promedio, de trabajadoras de casa particular...Tenemos 8 mil trabajadores en promedio en los servicios de salud hasta una empresa unipersonal. Eso hace compleja nuestra gestión porque no podemos enfocarnos en un tipo de empleador” (Directivo ISL)*

Esta cartera es descrita por los funcionarios del ISL como atomizada y compleja de gestionar, con dos grandes grupos muy diferenciados: por un lado servicios públicos, que conocen la normativa y son exigentes a nivel de atención, y mipymes precarias y vulnerables por otro.

“Acá hay dos polos bastantes definidos. En las empresas privadas nosotros tenemos pequeñas empresas. Se sabe que al menos 2,7 es el promedio de los trabajadores de las empresas, y tenemos los servicios públicos que son grandes empleadores... Los servicios públicos tienen la gracia de que son grandes, y que por normativa cuentan con cosas que

no cuentas las (empresas) privadas como prevencionistas, comités paritarios, con funcionarios súper empoderados con el derecho o el seguro” (Directivo ISL)

A diferencia del sector público, en la mipymes hay mayor presencia de personas con bajo nivel educativo, así como empresas con trabajos de mayor riesgo. También se menciona un creciente número de trabajadores inmigrantes en este segmento.

“El instituto tiene a los trabajadores más riesgosos de Chile, porque son las empresas más vulnerables. El promedio de trabajadores de nuestras empresas son de dos a tres. Son empresas que se inician, están un tiempo y desaparecen. Son aquellas empresas que tienen un perfil muy riesgoso, son las empresas que prestan servicios... (En la industria del Salmón) las tareas riesgosas de sacar la mortalidad, de hacer la costura de maya que está a bajo 20 metros de profundidad las hacen empresas de servicios que son precarias y esas empresas están con nosotros” (Directivo regional ISL).

En general llegan a los hospitales y tienen desconocimiento de la normativa laboral, esto lleva a que no consideren importante o necesario informar que consultan por un accidente laboral. Para este tipo de beneficiario no existe diferencia en la atención que recibiría si es un accidente o enfermedad común o una laboral. Por costumbre, cercanía y accesibilidad se atiende en la red pública. Tienen poco conocimiento del seguro en sí mismo y de su forma de operar. Además, en sectores rurales se suma una menor alfabetización digital.

“Entonces nosotros estamos hablando, por ejemplo, de un agricultor que ni siquiera, a lo mejor se maneja con un teléfono... celular, con la página web, con la tecnología y por tanto llega y dice: “me mando mi contador...” y te pasan un papel “me mando a esto...” , no tienen idea a lo que vienen” (Directivo ISL)

*“Y nos genera también este **problema de acceso a la salud**, porque son finalmente muchas empresas rurales, pirquineros que andan en los cerros, el trabajador agrícola que vive alejado de las ciudades principales, por lo tanto vive alejado de los centros privados de salud” (Directivo ISL).*

*“En Renaico **no hay oficina de la mutual y no va a haber**. Ni de ACHS, ni del IST, pero en Renaico hay un consultorio, un centro de salud familiar donde probablemente si alguien tiene un accidente lo primero que va a hacer es ir ahí, por lo tanto, para esas personas es obvio estar en el ISL, porque les queda al lado” (Directivo privado).*

Se destaca la inclusión en julio de 2019 de los trabajadores y trabajadoras independientes que emiten boletas de honorarios, lo que representará un cambio relevante en la cartera de usuarios del ISL. Se piensa que hay mayor porcentaje de profesionales en este segmento, pero se maneja poca información sobre su caracterización.

“Creo que se está sumando otra, que es muy importante, que es dar acceso a los innovadores ya, porque son jóvenes que si bien son, también personas con una educación, han empezado a hacer sus micro empresas, sus medianas empresas y eso también es

*totalmente distinto porque no solamente tenemos a la misma persona con escasos estudios que fue en su inicio, sino que ahora también se están recibiendo y yo lo estoy viendo en los innovadores...los millennials... eso se está notando y uno lo ve, digamos, con las prestaciones que se están dando y antes no lo veíamos, entonces es **más transversal en el fondo**" (Grupo de discusión región compleja)*

Un aspecto relevante del ISL es que si bien los "clientes" con quienes se relaciona son las empresas adherentes que pagan por la cobertura de sus trabajadores, la prestación médica es un servicio asociado a estos últimos, lo que genera una disyuntiva en cuanto al foco de gestión de las prestaciones. Esta tensión se expresa en que el trabajador no se reconoce como beneficiario de un seguro y muchas veces, en la percepción de los equipos del ISL, existe miedo a denunciar el accidente laboral porque puede perjudicar a su empleador. Por otro lado, dentro de los equipos de salud de la red pública, no existen incentivos para que pesquisen o informen a los trabajadores. Finalmente, dentro del ISL la gestión de los clientes empresas corre por un carril distinto a la gestión de prestaciones médicas a los beneficiarios del seguro.

"Si bien el trabajador está desinformado, también tenemos el problema que los médicos de atención de las postas rurales no le informan al paciente...Porque yo me imagino que ellos igual pesquisan" (Grupo de discusión región extrema)

"Son asesoras del hogar, personas que trabajan de agricultores y sobre todo estas personas que nosotros también hemos tenido bastantes reuniones en los hospitales, donde nos decían que ellos por miedo y por desconocimiento de la ley, muchas veces dicen que no es un accidente laboral y llegan con el uniforme del trabajo, llegan con contusiones pero a ellos les da como miedo denunciar porque piensan que van en contra del empleador, entonces también está este desconocimiento por parte de este perfil de trabajadores, de denunciar un accidente laboral" (grupo de discusión región de gran tamaño)

Por otro lado, desde los equipos regionales, existe la visión que las empresas y empleadores que tienen mayor preocupación y sensibilidad respecto de las condiciones de sus trabajadores reconocen en el ISL un buen asegurador. Esto puede relacionarse con el carácter de empresas más pequeñas, más familiares y de zonas rurales donde existen vínculos de amistad y cercanía entre trabajadores y el dueño de la empresa.

"El empresario o el usuario del ISL que se queda con nosotros, la característica es que es muy preocupado de sus empleados. Eso me ha llamado la atención, las empresas medianas, más grandes, que se han quedado con nosotros, que están a la fecha con nosotros desde sus inicios o que han vuelto, están más pendientes de eso, que sus empleados estén bien resguardado, son muy cumplidores con el tema de prevención y, que se yo. Son buenas empresas, a pesar que son chicas, son buenas empresas (Jefa regional)

6.4.4 Gestión de Prestaciones Médicas (PM)

6.4.4.1 Recepción de denuncias.

Dentro del diagnóstico cualitativo se levantaron problemáticas que tienen que ver con el diseño del seguro y articulación con la red de prestadores. La gestión de las denuncias por parte de los prestadores en la gran

mayoría de los casos es un aspecto del diseño mismo del sistema y que se puede resolver con mejoras en el sistema de información.

*“La complejidad que hay desde la recepción, es cuando **el trabajador se atiende directamente en un prestador médico...** Nosotros tenemos formularios de declaración de accidentes del trabajo y el formulario de advertencia que solicitan de la Suseso, pero muchas veces vienen incompletos o no vienen con todos los antecedentes. Si es un accidente de trayecto más todavía porque la Suseso exige más antecedentes entonces después tenemos un tiempos, que hay que buscar a la persona, llamarla, pedirle que se acerque y que nos traiga los documentos que son faltantes” (Grupo de discusión V)*

El proceso de denuncia y su eficiencia afecta de manera directa al beneficiario del seguro, pues limita su acceso o las apelaciones posteriores ya sea del empleador o del trabajador. La recepción de la denuncia no afecta sólo la cobertura del seguro en la atención misma, sino en las secuelas que pueda tener para la persona afectada. Esta es la puerta de entrada a un conjunto de prestaciones y es la activación de la línea del seguro. El sistema de ventanilla única permitió avanzar en mejorar los tiempos, el control y seguimiento del proceso. También ha incidido los cambios en la legislación laboral, que ha obligado a las grandes empresas a exigir a sus empresas prestadoras de servicios que cumplan con el pago de las cotizaciones, lo que ha reducido la informalidad y la cobertura del seguro.

“Tienes 14 días desde que recepciones las denuncias para despacharla, hoy, ese proceso se demora un mes por lo menos, porque recibimos la denuncia. Ya, estamos ingresando la denuncia a tiempo, también por el proceso del back, estamos calificando a tiempo super bien, se va a firma del director, se sube al sistema más o menos a tiempo, dos o tres días, o sea, dos o tres días desde que se calificó, yo debería notificarlo en 24 horas. Entonces tengo que imprimir el documento, timbrarlo, que el director lo firme, subirlo a un sistema y despacharlo” (Grupo de discusión RM)

La importancia de recabar toda la información en el proceso de recepción de la denuncia fue uno de los aspectos más importantes que se levantaron en el diagnóstico, en este primer contacto o ingreso al sistema la calidad de la información permitirá la pertinencia de la calificación y orientar de manera adecuada al beneficiario del seguro respecto del procedimiento a seguir. En esto el manejo de los tiempos es fundamental y el cierre del proceso se da con la notificación, que tiene que estar ajustada para permitir al trabajador o al empleador la apelación.

“Hablando operativamente, hay mucha instrucción que no es muy clara entre los dos departamentos, como es prestaciones médicas a nivel nacional y el área de operaciones, que es plataforma, porque de acuerdo a la instrucción, por ejemplo, que se le dice a la gente de plataforma: “denuncia que llegue se recepciona”. En cambio prestaciones médicas, porque ellos son los que analizan. Pero un plataformista, si ya hay una instrucción de por medio, recepción la ingresa, lamentablemente la pérdida de tiempo es mucha” (Grupo de discusión Norte)

En el proceso de recepción de la denuncia es clave el rol de plataforma y se identificó un problema de falta de claridad en las instrucciones que reciben las personas que cumplen esta función, desde prestaciones médicas y de operaciones. La tensión está dada por la definición del rol del plataformista quién debe recibir todas las denuncias y que un tercero califique o debe jugar un rol de filtro en este ingreso, seleccionando las denuncias de acuerdo a su pertinencia. La demanda por capacitación a los equipos de plataforma es evidente, pues para evaluar la pertinencia se requiere de información, criterios o protocolos de actuación que no se han entregado. Ejemplo de ello fue una alta recepción de denuncias de enfermedades profesionales, que si bien fue un problema acotado, implicó activar una serie de procedimientos que sobrecargaron al equipo de calificación.

6.4.4.2 Gestión de la calificación

La gestión de los beneficiarios es un proceso continuo, donde la calidad del ingreso determina el abordaje del conjunto del caso. Esto se evidenció en la relación entre recepción de la denuncia y calificación, el rol de plataformas y la importancia de canales, protocolos y procedimientos coordinados con Prestaciones Médicas es fundamental. Dentro del levantamiento cualitativo esto fue señalado por los equipos, donde se releva la importancia de la información solicitada y el trabajo de back office, para especializarse en ciertos ámbitos del proceso.

“El tema de ingreso de denuncia y calificación no es tanto el problema, además hay un equipo de back que hace que se centralice el ingreso de denuncias en un grupo más pequeño y ellos están más acostumbrados, ya saben cuál es el procedimiento que van a pedir si es que falta algún documento” (Grupo de discusión RM)

*“Calificación va muy de la mano de plataforma porque acá se gestionan los documentos que tenemos para calificar... Lo más importante es el antecedente clínico, porque si yo no tengo un diagnóstico, no puedo acoger como laboral, y el mecanismo lesional, entonces en esos casos se ha tenido que **calificar por falta de antecedentes** y luego cuando el trabajador vuelve porque no le pagaron la licencia médica, porque fue calificado común, ahí se hace una re calificación y ahí el trabajador trae los antecedentes, son pocos casos pero ocurre” (Grupo de discusión V)*

Para esto es necesaria la coordinación del nivel central, la mirada del proceso en su conjunto por parte de la jefatura y la entrega de orientaciones fueron destacados por los equipos a cargo de la implementación. Se requieren definiciones de tiempos acordes a las necesidades de cada fase del proceso y claridad en los roles de los profesionales involucrados.

*“Muchas veces no se conversan las instrucciones, por ejemplo, pueden calificar al siguiente día que se hizo la denuncia, pero plataforma tiene hasta cinco días para ingresar todos los antecedentes, pero ellos también tienen periodos que tienen que hacer la calificación, entonces **tampoco conversan**. Plataforma la instrucción es que tienen hasta cinco días, pero el sistema que nosotros tenemos actualmente te pide mucha información” (Grupo de discusión Norte)*

Una mayor complejidad, en la visión de los equipos, es la calificación de enfermedades profesionales, donde la cantidad de antecedentes, requisitos y evaluaciones, hacen estos procesos mucho más extensos y demandantes para los profesionales.

*“(para calificar) tú tienes que tener ciertos requisitos, evaluación del puesto de trabajo, informes médicos y todo eso lleva un tiempo y mientras está **ese tiempo de evaluaciones, el paciente está con licencias...** como ISL tenemos que dar una opinión que tiene que ir al Compín, que te pueden citar para el otro mes, para el tercer mes. Entonces eso te lleva más tiempo y mientras tanto la persona está recibiendo toda esa plata y esa plata no la recuperamos de ninguna manera” (Grupo de discusión Norte)*

*“Empezamos a informar a los organismos públicos, **fuimos casi golpeando puerta a puerta para que les informaran a los usuarios** respecto de la nueva norma y empezamos a pedirle a los hospitales que nos reportaran mensualmente los obreros que tenían y que hasta ese tiempo no tenían derecho todavía, pero que van a tener el próximo año. Entonces cuando se promulgo la ley y empezamos a materializar el proceso, muchos de los obreros que llegaron ya estaban en nuestro sistema, entonces para el equipo fue seguimiento más que incorporación nueva, ya estaban en la base de incorporación de pacientes” (Grupo de discusión Norte)*

Más allá de las dificultades del proceso de calificación que actualmente se evidencien, este es un ámbito crítico del seguro, es ahí donde se define la pertinencia o no de entrega de beneficios. Esta actividad dentro del proceso define lo que entra o no a la línea del seguro, es el core de la gestión de prestaciones médica y por lo mismo, se debe garantizar la dotación y especialización de profesionales en esta tareas.

*“Y en calificaciones: Médicos, contralor, si, médico... 44, es que necesitamos un médico porque todos esos **casos complejos van a nivel central**. Y se demoran” (Grupo de discusión V)*

6.4.4.3 Derivación de pacientes

En términos concretos, actualmente la ACHS recibe cerca del 60% de los pacientes del ISL. Eso refleja la falta de prestadores y la no resolución de la dependencia con el fin del contrato con la Mutual. Las limitaciones del ISL son las limitaciones del conjunto de prestadores de salud.

*“Una de las principales dificultades que tenemos hoy es **que tenemos pocos prestadores médicos para la cantidad de pacientes que tenemos y prestadores médicos que no siempre nos pueden entregar una prestación integral...**” (Grupo de discusión V)*

A nivel del sector público, cuando los pacientes ISL son ingresados, topan con las listas de espera para prestaciones y con los problemas de derivación que tiene actualmente la red pública. Lo que impactó al ISL, con el fin de la distinción obrero- empleado, en la demanda de pacientes que eran atendidos en el sector público por un cambio al sector privado.

*“Además, muchos pacientes al saber que ellos también tenían derecho, llegaron a pedir **cambios de prestador**, sacarlos desde el hospital a los privados. Nuestra labor era revisar si*

el paciente lo teníamos que sacar, porque igual el hospital era prestador, entonces no podemos sacar a todos los pacientes... no tenemos capacidad... evaluar cada caso a caso y ahí recién nosotros empezar a cambiar y si es que ameritaba cambiar pacientes” (Grupo de discusión RM)

*“Nuestros pacientes generalmente se accidentan grave, o sea, grave, un corte de una mano, amputaciones o cosas muy graves y que para eso requieren especialistas y algunos prestadores no tienen esos especialistas, entonces una vez que los tienen que ingresar, **tenemos que intentar buscarle cama** en otros lados para poder trasladar, entonces es doble trabajo y ese es un trabajo que nos implica a nosotros mucho tiempo, mucho tiempo” (Grupo de discusión RM)*

La derivación de pacientes se produce buscando asociar la demanda con la oferta disponible, sin embargo también se utiliza el “rescate” de pacientes de prestadores de mayor costo, pero que no pueden resolver la totalidad de las prestaciones médicas por falta de especialidades que sí cuenta el sector público. Existen ámbitos de especialización donde la oferta pública es de mejor nivel que la privada, pero no siempre se encuentra el cupo u oferta para la atención. A esto se suma, la especialización de la oferta de prestaciones a nivel regional y en relación a los rubros laborales o características de la zona. Un ejemplo es en el norte, el desarrollo en relación a las mineras y cómo se han especializado los prestadores en los accidentes del rubro. Falta de prestadores

*“Podemos tener un paciente en un hospital, con una especialidad específica y de alta complejidad, pero a los cuatro o cinco días si identifican que tenía ISL, **simplemente lo mantienen con atenciones para que nosotros lo rescatemos**” (Grupo de discusión V)*

*“Ha cambiado los últimos 10 años, **han llegado muchos especialistas y personas capaces de resolver**, hay casos puntuales como los sub especialistas en traumatología de repente de casos puntuales que no podamos resolver, y esos hay que enviarlos a Santiago” (Grupo de discusión V)*

Del levantamiento cualitativo se desprende que no existe una estrategia de derivación de pacientes por región por patología que esté explicitada y concertada a nivel nacional. Se aborda el caso a caso y se resuelve de manera específica y contingente. Como criterios que se deducen de lo señalado en las entrevistas y grupos de discusión, está la búsqueda de prestadores públicos y de optimización de costos como elemento de la estrategia de derivación.

*“El convenio que tenemos con el ISL garantiza las primeras 48 horas de atención, **porque no puede correr el riesgo de no darle la atención a alguien**... esto es como la ley de urgencias, la ley de urgencias te dice: Atiéndelo y después FONASA te va a cubrir hasta tanto, pero cuando se establezca me tienes que avisar porque yo veo donde se sigue atendiendo, hacen lo mismo, ante la duda atiéndemelo, yo te voy a cubrir 48 horas de prestaciones, mientras verifico si es de trabajo el accidente” (Directivo privado)*

“Un ejemplo, tenemos un trabajador que ingresó por un accidente en una clínica privada, nos avisan y podemos estar fácilmente dos o tres semanas tratando de sacarlo de la clínica

*porque nuestros prestadores o no tienen cama o no son resolutivos. Y es una gestión que no se hace una sola vez, **es una gestión diaria**, es pedir un informe de donde está el paciente, recibirlo, presentarlo a los otros prestadores y que todos responden no” (Grupo de discusión V)*

Otro problema que se levantó del análisis de derivaciones, fueron las dobles atenciones o la búsqueda de segunda opinión por parte de algunos pacientes. Esto se relaciona con los beneficiarios del seguro que pertenecen a los servicios de salud, que son atendidos en los mismos centros en que trabajan, pero luego son derivados a sus prestadores por el ISL. También a los pacientes que llegan por urgencia y que son atendidos, pero ahí no reciben la atención completa que requieren y/o la licencia médica asociada al tratamiento.

*“El principal inconveniente es que en urgencias no te dan licencia, por lo tanto ese trabajador tiene que ingresar al SOME para que le agenden la hora en el poli. Si, si, en el poli y ahí entra a la fila, él se tiene que poner a la fila de todos los otros pacientes para que, en el fondo en el poli, lo puedan revisar o hacerle un control y entregarle además la licencia, entonces en esa **hora que te dan en el poli puede ser un mes, una semana, tres meses más, venga el próximo mes a pedir hora**)*

*“O también porque no le remiten la **licencia médica**. Los médicos, en general en los servicios públicos, no tienen conocimiento de la ley. No saben que, si les llega una persona, no les pueden emitir, si es laboral, una licencia electrónica porque no tiene contemplado el campo cinco ni seis que son accidentes o enfermedad profesional. Entonces les emiten una licencia electrónica que nosotros no podemos procesar ni pagar... ¿Qué pasa? Viene para acá, no, la tiene que cambiar para que vaya a urgencias de nuevo y alguien, un médico le ponga atención y le dé una licencia médica de nuevo...Llega prestador en convenio, entonces ahí al final se están pagando dos prestaciones, una primero en el hospital y otra de prestador en convenio para emisión de licencia médica y también como continuo de prestaciones médicas” (Grupos de discusión V)*

Los prestadores privados aportan en el proceso de derivación y son parte de este proceso, entregando información por mandato del ISL. Lo que refleja la potencialidad del trabajo coordinado con una red de prestadores, donde la derivación se apoye en una estrategia y que esta sea compartida con los prestadores

*“Ahora, hemos estado trabajando con ellos para que usen sus convenios, ya tienen un convenio preferente con el Hospital Clínico del Sur, entonces cuando hay resolución quirúrgica, en Concepción les dicen: Hasta aquí llegamos nosotros, ahora usted vaya con este papelito a atenderse en el Hospital Clínico del Sur que ellos van a arreglar con el ISL todas las atenciones, etcétera y yo salgo de intermediario. **Lo decimos nosotros como mandato del ISL, el ISL nos manda un mensaje al procedimiento, una carta**” (Directivo privado)*

“Sí, se avisa en un tiempo, no así instantáneo pero se envía la DIAT, la declaración del siniestro al ISL y nosotros seguimos con la atención de ese paciente. Si el paciente es una urgencia, necesita resolución quirúrgica inmediata, se le va a mandar si o si a la clínica para

que no tenga secuelas ni pérdida de capacidad física. La autorización de la intervención quirúrgica aquí no corre porque es una urgencia, después se evalúa si se anduvo bien o no, pero siempre tenemos que verificar que ese paciente esté afiliado al ISL, ahora, la agencia, si esto ocurre a las tres de la mañana, la agencia no está abierta, por lo tanto, va a ir directo a prestador que tiene la capacidad quirúrgica, así funciona. Nosotros tenemos en algunos lugares, ejecutivas ISL que verifican la identidad” (Directivo privado)

El proceso de derivación está relacionado con la oferta de prestadores y sus capacidades, en esto las regiones tienen mayores problemas, especialmente para la atención de los pacientes de zonas rurales o extremas. El tema de los tiempos de traslados y el abandono de los tratamientos es algo que debería diagnosticarse y considerarse en términos de análisis de costo efectividad para definir estrategias de abordaje específicas.

*“Porque hacerlo perder todo un día (por traslados) para que haga una sesión de kine de 15 minutos. La verdad que tampoco es una lógica de base y a nosotros nos encarece. Entonces ahí hay todo un nicho que hay que ir abordando mejor y ver cómo armamos esta **red de acceso**” (Directivo ISL)*

*“Porque como se veían en la AChS, habían sido operados en la AChS, es muy difícil cuando un paciente ha estado operado con un equipo de traumatólogos y que está con problemas, que lo acepte otro de otra área. Porque ellos reclaman y dicen: Oye, **me lo traes secuelado** con problemas y nosotros tenemos que poner la cara de toda esa frustración en el paciente. Entonces si fueron inicialmente operados y han sido de AChS, siguen en la cadena AChS, lo que nosotros tenemos que hacer es pesquisarlos antes que los agarre la AChS” (Grupo de discusión Norte)*

6.4.4.4 Seguimiento de casos

En el relato de los directivos entrevistados, el seguimiento de casos hasta el 2015 estaba entregado a los prestadores y a partir del término del contrato con Mutual se inició un proceso creciente de mayor control y seguimiento de los casos por parte del ISL. Esto es reconocido por los prestadores privados y por los actores internos del ISL.

*“Cuando los pacientes nuestros caen en dos tipos de prestadores: uno, la Asociación Chilena, que lo digo yo, los traen acá y no sabemos más hasta que nos llega la factura lo otro es el servicio público. Porque con el servicio público ¿qué es lo que pasa? Llega un accidentado y a ellos les da lo mismo si es de origen laboral. Le van a dar la prestación igual....Eso es lo que me interesa, **porque si está en lista de espera, y no me pueden dar la atención, no importa, yo lo mando a esta otra clínica** o a la Asociación Chilena, y le doy un mejor servicio” (Directivo ISL)*

*“Y existe una comodidad con respecto a la asociación chilena, que nos soluciona todo, pero quiere decir que nosotros **no le damos valor agregado al tema**. "Hay un accidente, para allá con la Asociación chilena, y me olvido". Pero no hacemos un seguimiento. Y ahí es donde*

tenemos que crecer, nosotros tenemos que preocuparnos si nosotros tenemos enfermeras, médicas” (Jefe regional)

La falta de información y de incentivos para facilitar el seguimiento por parte de los prestadores son las principales trabas. Sin embargo, los cambios en el sistema ofrecen oportunidades para el ISL. En primer término con el fin de la distinción obrero-empleado ya no se hará una transferencia global a salud, esto presenta la oportunidad de mayor control por parte del ISL y los incentivos de los prestadores público para informar los casos. Para mejorar el seguimiento los jefes de recaudación de los hospitales son actores claves y desde la experiencia de los equipos regionales se les destaca como un apoyo para informar a los trabajadores, entregar orientación y facilitar el seguimiento.

Por otro lado, con los prestadores privados o al menos con el de mayor peso, se han realizado avances significativos en términos de manejo de información, seguimiento y control. El desafío parece estar puesto en transformar el dato en información para tomar decisiones.

*“Tuvimos que montar revisiones de la tabla e ir viendo, tomando a los pacientes del ISL y solicitando el permiso, al principio la respuesta no era oportuna, entonces eso nos significaba tener suspensiones, cambiar la tabla quirúrgica, etcétera, si, yo diría que hace... esto lo implementamos yo diría hace como dos años y medio, en el último año no hemos tenido ningún problema, incluso **hemos centralizado todas las autorizaciones** a nivel nacional (Directivo privado)*

*“Hay un control a nivel central, pero yo creo que nos podría ayudar un poco más en la región, pero cuando tenemos a **una persona que ve las regiones** y ve todas las regiones siempre, ahí tenemos una debilidad...Entonces yo creo que sería bueno tener a alguien, por ejemplo en el norte, porque no apoya mucho en ese sentido, porque están saturadas con otros sistemas” (Grupo de discusión Norte).*

El manejo de la información y la coordinación se relevan como piezas importantes en estos avances, pero hay un tema de centralización y concentración en el nivel nacional que parece importante revisar. Esto puede ser resultado de falta de profesionales en las regiones, pero también de prácticas heredadas de una institución más pequeña y que actualmente se ve tensionada.

*“**Hacemos seguimiento** a los pacientes, somos un grupo de enfermeras que estamos a cargo de los pacientes y hay una enfermera que está dedicada con los pacientes de domicilio, todos los pacientes que tenemos con hospitalización domiciliaria, entonces ella está encargada de velar que reciban sus atenciones, de supervisar al prestador, visitan el domicilio” (Grupo de discusión RM)*

*“Nosotros somos organismo administrador, significa que **nosotros controlamos**, nosotros compramos servicios. Por lo tanto, cuando yo compro servicios es un interlocutor, me puede dar una opinión más llevadera, que yo la puedo tomar o desechar, yo puedo estar de acuerdo o no estar de acuerdo. Pero como ISL, como equipo médico si tengo dudas razonables, le pediré a nivel central y que lo vuelva a revisar el comité, porque me puedo*

equivocar. Pero no puede ser que alguien de AChS o de la esquina o el vecino que es médico: Ya, tiene que ir, no puede ser” (Grupo de discusión Norte)

El calibrar los procesos de empoderamiento de las regiones con las necesidades e incremento de la demanda del Instituto son parte de la adecuación de estructura organizacional, de la generación de instancias de trabajo ampliadas entre jefaturas nacionales y regionales, del intercambio de buenas prácticas y parte del proceso de madurez de una institución joven.

Un problema relacionado con el seguimiento es la subnotificación de casos y la toma de decisiones en la contingencia por parte de los prestadores. Ambos problemas, pueden relacionarse con la necesidad de mayor control en terreno por parte del instituto. La falta de pesquisa física, la capacitación a los equipos médicos respecto de la Ley y la construcción de protocolos para estructurar la relación con los prestadores, son elementos en los que se puede avanzar en el trabajo cotidiano y en la vinculación entre equipos. En seguimiento los profesionales del ISL tienen una opinión técnica y pueden aportar al prestador para la mejor resolución de los casos, considerando el marco legal y mandato.

*“Entonces gente que se va a atender al hospital, se le hace la atención y después le perdemos la pista, después, tratamos de hacer pesquisas, pero hay veces que llega después y piden: Oye ¿me pueden reembolsar lo que gasté en una clínica particular?. Se nos produce **una sub-notificación en los hospitales**, porque ellos también conocen la ley y si tienen seguro, cae al tiro en nuestras redes, pero como no hay una pesquisa física allá, suelen aparecer los casos más tarde” (Grupo de discusión V)*

*“Todo lo que está programado se puede cambiar, **cuando el prestador pide sobre la marcha lo lamentamos**, pero nosotros no podemos mandar un paciente sobre la marcha, tenemos que tener el informe, tiene que pasar por contraloría o por enfermería, como tú quieras, cuando son cuadros agudos que lo tenemos en pabellón, que tenemos complicado, no tenemos más opción que mandarlo cuando lo requiere, ya, pero si son programados, alguien que tuvo un accidente en 2006, el 2012, nadie se muere por eso, podemos reprogramar las horas” (Grupo de discusión Norte)*

6.4.4.5 Calidad en la atención

Uno de los temas más relevantes y distintivos del ISL es la atención al caso y el foco en el trabajador. Esta marca es parte de la identidad de los equipos de trabajo y define el valor público de la institución. Desde el levantamiento cualitativo, la calidad de la atención se enfoca en dar cuenta de las necesidades de trabajadores vulnerables y en una situación de crisis, como son las enfermedades o accidentes, considerando su diversidad, dispersión territorial e integralidad.

“¿Vamos a ser administrativos o vamos a gestionar? Pero si nosotros queremos gestionar, necesitamos crecer en recursos. No solamente recursos humanos, sino que también en herramientas de gestión. Tener plataforma, tecnología, cosas que nos permitan gestionar. Y no solamente desde el punto de vista financiero, sino gestión clínica en lo que debe ser para nosotros lo más importante que son los trabajadores” (Jefe regional)

En esta línea, los desafíos para mejorar la calidad de la atención están dados por la falta de información de los beneficiarios del seguro y el desconocimiento respecto de la Ley, donde el riesgo de no recibir la cobertura o la deserción de los tratamientos son altos. El seguimiento es una pieza fundamental de la atención en la perspectiva de los profesionales del ISL.

*“Armé una reunión con el área de recaudación, pero lo que busco no es solamente pagarle. Si yo le pago, es porque me están cobrando y **me significa saber dónde está ese paciente.** ¿Qué es lo que intuyo? si le hemos pasado, 93 accidentados, y me están cobran 8, ¿dónde están los otros? que prestaciones están haciendo, no sabemos” (Jefe regional)*

El proceso de calificación se asume como pertinente y esta es la puerta de entrada al sistema. Los énfasis están puestos en la cobertura y cómo se garantiza el acceso dentro del territorio nacional. No sólo en regiones extremas, donde se concentra la atención de los prestadores en las grandes ciudades y las distancias implican tiempos de traslados de más de 12 horas, sino también en regiones de la zona central. En esto el perfil de los beneficiarios es muy relevante.

*“Le falta algo ahí entre La Ligua y Cabildo porque de repente estas mismas personas prefieren atenderse de forma particular, porque lo mismo que les sale entre ir a Quillota y la distancia y el tiempo y lo que pagan en pasaje de repente, te atienden o se atienden en el CESFAM. Y ahí de repente se nos pierden un poco. Entonces después aparece el paciente cuando ya recibió todas las prestaciones en el CESFAM o cuando está secuestrado y pide por favor otra prestación. **Deberíamos tomarlo antes, pero esa persona no ingreso antes por un tema de distancia**” (Grupo de discusión región de gran tamaño)*

Las formas o estrategias de alcanzar la cobertura nacional se expresan en la necesidad de habilitar oficinas, usar alternativas digitales como son las apps, pero también recuperar los medios tradicionales y que son la alternativa para trabajadores rurales, donde no existe la conectividad y la radio es la única alternativa para informar. Utilizar las “horas de mensajes” parece la alternativa para la difusión e información en zonas extremas.

Esta cobertura nacional se acompaña de una búsqueda proactiva de canales de comunicación con los beneficiarios parte de los equipos, donde la necesidad de considerar los tiempos de traslados, las dificultades climáticas y la estacionalidad de los rubros son elementos que se deben considerar en la planificación y asignación de metas.

*“En la región metropolitana existe la Unidad Social, que es un equipo de dos o tres personas que son asistentes sociales, y que está enfocado a las personas que quedan con algún nivel de incapacidad y que por tanto, tienen la opción de tener una reeducación laboral y una readecuación habitacional... sólo estamos atendiendo a nuestros beneficiarios que vinieron, se enfermaron, en otras alternativas se te terminó **el “ciclo de atención”** y son como devueltos a su ámbito social... Esa unidad (Social de RM) debiera ser algo transversal para todo el país y debiera considerar la patita de atención al usuario cuando llega.*

La integralidad de la atención se relaciona con la importancia de vincular a los beneficiarios a la red de servicios públicos y avanzar en la reeducación para la reinserción laboral, o en el mejoramiento de las condiciones de

vida de los casos críticos, que si bien no se dan en gran porcentaje, demandan a los equipos gestiones diversas y muchas veces permanentes.

La equidad es otro de los aspectos asociados a la atención de clientes y se relaciona con el establecimiento de estándares de atención, tanto a nivel de entrega de información, como de infraestructura.

“A veces hay mal olor, entonces un tema de iluminación, entonces la gente no se merece eso, tal vez tener mucha gente que va y es discapacitada, entonces ya bajar escalas es un tema, la luz” (Grupo de discusión V)

El tema de las oficinas fue uno de los más discutidos y si bien los equipos regionales tendieron a priorizar este canal, también se ponía énfasis en la búsqueda de canales o medios alternativos. Las posibilidades de apoyarse en la red de servicios públicos y en alternativas digitales fueron las más reconocidas por directivos. Pero el conocimiento del usuario, el contacto directo con los beneficiarios, identificaba a los medios tradicionales, como la atención presencial en oficinas, el llamado telefónico y las visitas como lo más valorado por el perfil de beneficiarios del ISL.

*“El core del negocio nuestro es cuando la persona se accidenta o se enferma, porque debe permanecer acá, en el fondo **“vengo a hacer uso del seguro”**, pero todo el resto sí puede ser parte de Chile Atiende”(Directivo ISL)*

*“A la gente no le interesa donde se atiende, le interesa que lo atiendan. **Si lo importante es que exista y que pueda llegar**. Me parece que la mejor opción que tiene es que Chile Atiende, atienda y reciba todos los casos, y se lo derive. Eso sí, debe tener un BackOffice potente” (Directivo privado).*

Las nuevas demandas del ISL, como es la ventanilla única y la incorporación de los independientes ha modificado su cartera de clientes, con mayor preeminencia del cliente-beneficiario. A esto se suma el cambio tecnológico que ofrece alternativas para mejorar la atención al usuario, dar cuenta de la diversidad de clientes, sus necesidades y expectativas.

*“De hecho, tenemos un back Office acá, más las contrataciones regionales, estamos apostando aquí a un tema de crecimiento que tiene que ver directamente con esta ley... Queremos instalar el concepto de **atención diferenciada** completamente. Un trabajador que es independiente desde el prestador hasta los puntos de entrada, queremos que tenga una ruta totalmente distinta de atención. Estamos abriendo los canales, el tema presencial, el tema de back Office y la plataforma electrónica, todo tiene que entrar ahí digitalmente” (Directivo ISL)*

*“Tienes que tener una red de atención y esa red de atención, si existe algo presencial tiene que tener un equivalente no presencial y todos los trámites pudiesen ser vía electrónica, sin excepción. No hay ningún trámite que tú hoy necesites ir presencialmente, si estas yendo es porque tienes un problema de diseño, o sea, **si te están obligando a ir** y es por un problema de diseño, no es porque no se pueda hacer” (Directivo privado)*

6.4.4.6 Definición de cliente

La definición de cliente es algo importante de distinguir, considerando la estructura del seguro donde el cliente o contratante del seguro es la empresa y el beneficiario es el trabajador. Esto obliga a mantener construir estrategia de relación distinta pues la empresa es la unidad de riesgo y el trabajador aparece como beneficiario en caso de requerir prestaciones. La prevención se orienta a las empresas y a los trabajadores, por ende ambos son usuarios del ISL

*“Recuerden que nuestros usuarios no son solo nuestros pacientes y eso es un lenguaje que tenemos que empezar a cambiar, cada vez que tenemos entrevistas hablamos de nuestro **usuario-paciente, nosotros tenemos usuarios-empleadores** y esos son los clientes del Instituto de Seguridad Laboral, son los que pagan las cotizaciones para que este instituto funcione y ese es otro tipo de cliente, requiere otras cosas, tiene otros intereses” (Grupo de discusión RM)*

Lo específico del Instituto se relaciona con la cartera de clientes, donde un porcentaje relevante de empresas son pequeñas empresas y ahora con la incorporación de los trabajadores independientes el peso de los clientes unipersonales va a incrementar. Si consideramos a los independientes y las trabajadoras de casa particular, la importancia de este tipo de clientes es mayor y por su forma sus ámbitos de desempeño laboral requieren estrategias específicas.

*“Si yo comparo estos 80.000 trabajadores que son de 35.000 empresas, o sea tenemos **promedio de 2,3 más o menos trabajadores por empresa**. Pero si lo comparo con las mutuales, nosotros tenemos más empresas que las 4 en la región, pero tenemos 38 funcionarios. Y como te digo el ISP el medio edificio, veo la asociación Chilena un edificio, veo la mutual. Entonces ¿qué quiero decir? cuando te digo los pantalones largos ¿estamos a la par? y no el punto de vista competitivo, sino que le estamos dando nosotros una prestación que le están dando las mutuales a sus trabajadores, y ahí yo creo que nos falta un poco, entonces lo que busco es eso, nosotros tenemos que asegurarle lo mínimo” (jefe regional).*

*“Nosotros hemos hecho capacitaciones a **trabajadoras de casa particular** y a diferencia del año pasado, que nos reuníamos con las agrupaciones para que nos juntara 30 trabajadoras y nosotros hacíamos la capacitación. El año pasado capacitamos como a 30, 50 personas. Este año ya llevamos 400. El modelo que hemos ocupado, es que nos estamos comunicando con la empleadora. No tenían idea que estaban adheridas al ISL. “No sabía que tenía estas prestaciones o estos beneficios, porque ¿sabe qué? yo pago solamente porque tengo las cotizaciones, porque no quiero tener problemas con la inspección del trabajo” (jefe regional).*

Desde la gestión de prestaciones médicas, el foco está puesto en el usuario-paciente, es un trabajador accidentado o enfermo que requiere un conjunto de atenciones en un momento de crisis. La importancia de llegar con información respecto de sus derechos, de las prestaciones que requiere y cómo estas se realizarán no pueden quedar en manos del prestador. Especialmente porque existen incentivos distintos entre el rol del ISL como asegurador y el prestador médico. La resolutivez y el seguimiento del caso son claves, el interés del

seguro es que la persona se recupere y vuelva en las mejores condiciones a su trabajo. El prestador médico cubre la primera atención, pero no tiene garantizada la continuidad en la entrega de prestaciones ni los resultados o evaluación de ellas. El usuario en tanto paciente, es un paciente del ISL.

Los incentivos del ISL, del usuario-empleador y del usuario-paciente están alineados en la entrega de prestaciones médicas. Este cruce tiene potencialidades para garantizar que las prestaciones médicas sean las adecuadas. El ISL a partir de una compra pertinente y de seguimiento de los casos puede garantizar la calidad. Por su parte, el usuario –empleador tiene el interés que el trabajador se reincorpore al trabajo, en el menor tiempo posible y en las mejores condiciones. Esto requiere de parte del ISL de entrega de información y sensibilización con los empleadores, pues la recuperación del trabajador depende de la adhesión a los tratamientos. Lo que implica horas médicas, exámenes y reposo.

La mayor convergencia de intereses es con el usuario-paciente, pues su capacidad ganancial depende de la recuperación efectiva y en esto también puede jugar un rol respecto de la evaluación de las prestaciones médicas. En las evaluaciones a usuarios, los resultados positivos pueden tener el sesgo de la gratuidad en la entrega, pero es importante la entrega de información para que la evaluación permita un feedback para el Instituto. Desde la ACHS se realizan llamados telefónicos a los pacientes luego de la prestación médica y visitas a los pacientes propios que se encuentran en sus centros.

“Si, por el tipo de usuario también, el usuario acá es presencial, la gente acá es bien alejada de los temas de internet, teléfono. Acá la mayor población es rural, y viene para acá a hacer sus trámites ¿tú crees que el caballero de 40 años, que vive en el campo se va meter en el computador? No, es difícil... Y la gente acá es mas a la antigua, no sé cómo explicarte, pero es como lo tangible, yo voy a hablar, me siento, que me digan, lo firmo, que lo vean. (Jefa regional)

Por las características de los usuarios, la cercanía y el vínculo puede ser importante para el grupo de mayor vulnerabilidad social, trabajadores rurales y de zonas extremas. Con los trabajadores independientes la posibilidad de acceder a información respecto de las alternativas y optar pueden ser elementos fundamentales.

6.4.5 Gestión de prestadores médicos

6.4.5.1 Modelo de compras

La falta de un modelo de compras se ha relacionado con los dos tipos de prestadores que tiene el ISL, públicos y privados. Donde con cada uno se opera con criterios distintos, mientras al privado se le paga por prestación médica, al público se le entregaba por transferencia directa un monto definido no por la cantidad ni tipo de prestación. A lo que se suma la dependencia histórica de dos grandes prestadores privados, con experiencia en el rubro y del ISL como contraparte joven y de menor tamaño.

“Ahora hace cinco años atrás hemos empezado a darle un poco más de auge por necesidad de prestadores y porque el aumento de pacientes es muy alto que nos obliga a contratar prestaciones. Entonces la inexperiencia es muy alta, los procesos no son fáciles, hacer

licitaciones públicas, uno tiene que anticiparse seis meses antes que el acto ocurra” (Grupo de discusión RM)

*“Tenemos muchas falencias en el proceso de compras, **no hay un equipo ocupado de los procesos reales de compra desde el inicio al final**, no puede ser ni unipersonal, ni unilateral, tiene que haber un equipo. No puede ser una persona la que tenga que entender todo el proceso administrativo legal, técnico y médico, es imposible” (Grupo de discusión RM)*

Es difícil manejar un sistema que opere con estos dos tipos de prestadores y permita generar información para la toma de decisiones internas. A lo que se suman todas las rigideces que el instituto tiene en tanto ente público, donde su capacidad para reaccionar ante el mercado están limitadas, al igual que los procesos de contratación de profesionales y servicios.

*Ahora, hay otra variable también, nosotros tenemos dos paraguas, o cuatro ojos: **dos ojos que es la SUSESO, para ver todo lo de Mutual; y los otros dos ojos son de Contraloría**. La mutual tiene más movildades, yo tengo que ver "oye no, esto tiene que pasar por contraloría; son tantos montos" porque somos un servicio público, y eso nos amarra un poco” (Jefe regional)*

Por estas restricciones, los procesos han sido centralizados y llevados por el nivel nacional. Con el prestador más grande se maneja la relación desde el nivel central. A esto se suma, algo que ya se constató, que es la tendencia al centralismo y la falta de herramientas para delegar responsabilidades en las regiones.

*“Hay un tema de servicio público. Yo mis contratos los puedo hacer solamente hasta 1000 UTM, 48 millones de pesos. Acá estamos haciendo contratos... el más bajo es de 200, los otros son los 500, 550 y 600 millones. Entonces cuando se le hace el levantamiento, se hace desde acá. Quien tiene que hablar con las clínicas, que de la documentación, quien viene con los precios, los aranceles, todo el tema contractual; incluso en la región nosotros no tenemos abogados. Esta acá el departamento. **Entonces nuestro único rol que cumplimos es "me interesa este prestador"**. (Jefe regional)*

*“La **costumbre que llegaba el contrato listo**. Claro, si me llega del jurídico, una licitación, modelo. Listo, lo tiro y se lo adjudica, pero ahí no decía que el prestador tenía la obligación de darlo en distintas zonas. Entonces, cuando se quejaban mucho "o es que este prestador no da la prestación acá". Bueno vamos a las bases "no, en ningún lado está". Bueno ahí está el problema. Entonces cuando todas las licitaciones que he hecho pasan por mí. Me reúno con la parte técnica, por ejemplo si es de prevención, viene el prevencionista, si es prestaciones médicas el jefe de prevención y le digo "¿qué es lo que quiere, necesita?". (Jefe regional)*

Sin embargo se han constatado cambios y desarrollo en este ámbito, pese a las rigideces internas. Lo primero se relaciona con ampliar la red de prestadores, que fue un esfuerzo significativo y que ha permitido generar de manera incipiente alternativas para contener la dependencia de un prestador único. También se han

desarrollado mejoras en los contratos y esto ha sido a partir de la constatación de problemas, no de manera anticipada o planificada, sino desde el aprendizaje y la experiencia.

También se han generado estrategias para buscar prestadores en ámbitos que se constatan necesidades emergentes.

*“Los lineamientos que han venido a nivel nacional, cubren como todo, hace poco tiempo se incorporaron todos los temas psicosociales, entonces que digamos. Lo que ha avanzado más a nivel país, todos los temas de las **enfermedad profesionales relacionadas con psicosocial**, eso es lo que ha aumentado, no sé si sabes eso. Pero me refiero a depresión, estrés y todo ese tipo de cosas. Y eso justamente, se abordó. Hace más de un año que se está implementado a nivel nacional, 2 creo ya. Se han capacitado todos nuestros prevenciónistas, se incorporó dentro de todas nuestras regiones que contratáramos psicólogos para atender ese tema, entonces igual todo eso ha funcionado muy bien” (Jefa Regional).*

Los cambios actuales ofrecen un nuevo escenario con oportunidades para mejorar el modelo de compras, el sector público empieza a operar con la misma modalidad que los prestadores privados y los incentivos para la subnotificación se reducen.

*“Y es una cultura que viene de antes. Al hospital le daba lo mismo, si era o no de origen laboral, porque ellos no cobraban, porque nosotros le pasábamos la plata completa por la administración de los obreros, le pasábamos 12.000 millones de pesos anuales. No contra rendición, prestación, y ellos distribuían. Pero nosotros como ministerio del trabajo, le pasábamos al ministerio de Salud 12.000 millones de pesos. Entonces a ellos les daba lo mismo, ¿cuál era el atractivo? llega un accidentado, ¿es de origen laboral? me da lo mismo, **porque me van a pagar y tengo que darle la atención igual**” (Directivo ISL)*

A esto se suman los avances realizados por el sector público en materia de seguros de salud, donde la experiencia de FONASA es trasladable al ISL, al igual que las innovaciones de algunos servicios de salud.

*“Por lo tanto tengo que **cambiar las formas de compra**, de pago que hago con ellos, eso tengo que hacer yo, para que eso funcione. Ahora ellos tienen la labor de que una vez que eso, le estén pasando la plata así, por ejemplo, yo te pago por atención integral de cáncer. Tu desde el diagnóstico hasta que la persona esté de alta, tu lo tratas y yo te voy a pagar tanta plata” (Directivo público).*

*“Yo se estas gastándote la plata en eso. Y si considero que para tratarlo y diagnosticarlo, y considero que la plata es este, porque ese señor tiene que tener 3 sesiones de quimioterapia, porque tiene que tener una intervención quirúrgica, tiene que estar a los más 3 días en el hospital. Si él en vez de 3 días lo tiene 10 días, si él en vez de 3 quimioterapia da 4 o lo que sea, **empieza a correr él los riesgos, entonces le pongo el incentivo adecuado al pagarle de esa forma, para que el gestione a su vez mejor**. Entonces yo como financiador, tengo que poner la plata de forma tal de que yo logre los objetivos que necesito. Ahora la gestión propia es de él, en este caso” (Directivo público)*

Se suma también el desarrollo de herramientas tecnológicas y de manejo de información, que a nivel internacional se han implementado y el sector privado las ha estado incorporando. Los desafíos para el ISL es la incorporación de estas herramientas en los procesos de licitación, el manejo de información propia y mejorar la caracterización de sus beneficiarios. A esto se suma el control de los procesos, donde el seguimiento de casos es relevante para la evaluación de las prestaciones y puede incorporar esa dimensión como parte de su quehacer.

*“Estamos estudiando en atención primaria implementar otros modelos, como el ACG, que son el equivalente en el per capitado de la atención primaria a los GRD, son cuidados de población, modelos de software, que ya están instalados. Por ejemplo, hay distintos software, digo el ACG porque es el más conocido, está instalado en 27 países. Entonces, lo que hace es tomar a la población y estratificarla, la pasas por un programa computacional **y estratificas normalmente en 5 tipos de riesgo**. El servicio de salud metropolitano sur oriente ya viene hace 5 años trabajando con ACG y tiene estadísticas y ha trabajado con eso, se ha implementado ya” (Directivo público)*

*“Es ir a **paquetización de prestaciones**, o sea, en general todas las industrias de la salud están yendo a paquetes, FONASA tiene paquete, las Isapre les interesa que los prestadores les ofrezcan paquetes, FONASA además, ahora licita por GRD, por complejidad diagnóstica y el ISL tiene información y data para comprar paquetes al sistema, no cuenta abierta, ya, nosotros le hemos explicado como nosotros manejamos paquetes, nuestros GRD y están bien interesados, siempre nos han dicho que las próximas licitaciones van a ir en esa línea” (Directivo privado)*

La información propia y la caracterización de la cartera de clientes del ISL es fundamental para la identificación de los factores de riesgo en la gestión. Los riesgos están asociados a perfiles ocupacionales, rubros, tamaños de empresas, entre otros. Su gestión implica no sólo la contratación de servicios pertinentes a sus necesidades, sino la configuración del conjunto del quehacer institucional para manejar los riesgos. En esto, el ser parte de la red de servicios públicos permite alianzas estratégicas para abordar de manera sistémica los cambios en el mercado laboral, en el perfil demográfico y epidemiológico.

*“Pero si vamos a los hospitalizados y vemos cuales son los accidentes, te va a salir que más de **la mitad son de trayecto** y casi todos andan en moto, ya, entonces... y un impacto en moto es súper impredecible, no tiene un comportamiento eh, predecible respecto a cuál va a ser la consecuencia, oye, puede ser de perder la mano, mortal o simplemente una fractura, que es distinto porque nosotros tenemos con analytics predecimos casi todo...”*

“Somos capaces de decir cuántos accidentes vamos a tener y qué tipo vamos a tener porque tenemos mucha historia, entonces sabemos que tal día, antes de los fin de semana, los viernes baja la carga, pero el lunes aumenta en la mañana por esto otro o previo a un feriado también aumenta y que cuando hay lluvia, sabemos que hay más trayectos, o sea, tenemos mucha historia y cada vez los de trayecto son los más complejos, son los que demandan, por ejemplo, camas críticas, los que demandan más operaciones” (Directivo privado)

*“El otro cambio es la demanda por **enfermedades profesionales** y sobre todo temas de salud mental. Hay un montón de cosas, los lumbagos, las tendinitis, esas son las patologías músculo esqueléticas, esas tienen menor ingreso y de hecho la tasa de calificación es más alta que las de salud mental, las de salud mental son súper masivas y la tasa de aceptación de enfermedad profesional laboral de salud mental es súper baja, debe ser el catorce por ciento” (Directivo privado)*

6.4.5.2 Gestión y administración de contratos

En relación a la suscripción de contratos, existe la percepción por parte de algunos funcionarios de que existen rigideces para que las regiones puedan realizar esta actividad. En ese sentido, se percibe de que la dependencia con Santiago para la firma de contratos con grandes prestadores vuelve más lento el proceso de incorporación de dichos prestadores a la red del ISL, y termina incidiendo en que las redes regionales sean más acotadas de lo que potencialmente podrían ser.

“(Los contratos) no se pueden tramitar acá en la región, entonces hay que elevar todas esas licitaciones a nivel central, porque son más de, no sé, 4.000, 5.000, 200.000.000 por cada uno de esos contratos y ahora están en trámite el contrato con la clínica Valparaíso, clínica Reñaca, también Los Carrera y Río Blanco, y con eso nosotros ya podríamos decir que tenemos una cobertura más o menos cercana al 30, 40% de la región, y ahí estaríamos bien pero actualmente tenemos una sola que es Los Carrera... Estamos atados de manos, porque si dependiera de nosotros, nosotros haríamos acá la licitación, si tuviéramos autorización para los montos, digamos, pero estamos restringidos a 48.000.000, que son 1.000 UTM” (Grupo de discusión V)

La relación con las regiones no se vincula sólo a que su capacidad para la firma de contratos sea acotada, sino que también cuando se realizan contrataciones nacionales, no siempre hay una mirada con respecto a las distintas realidades territoriales que enfrenta el ISL fuera de Santiago. En ese sentido, algunos funcionarios consideran que sería relevante incluir a representantes de regiones en este tipo de decisiones.

“Un factor importante es que no se tomen decisiones a puertas cerradas, (que sea) frente a las regiones. Si el equipo que se cree para poder hacer compras y convenios por prestadores médicos u otro, tiene que incluir a lo menos un representante por unidad de cada región, no puede tomar decisiones desde la Metropolitana para un prestador de Punta Arenas, de Arica, de la quinta región y de la Metro, no puede porque las realidades son absolutamente distintas, o puede pretender creer que los números le están diciendo exactamente lo que la región necesita” (Grupo de discusión RM)

Un problema distinto a la dimensión regional es el relacionado a la capacidad para negociar precios en los contratos. Esta negociación requiere expertise de negociación y por tanto conocimiento del mercado, lo que de acuerdo a algunos funcionarios, no es algo que necesariamente existiría en la actualidad en el ISL.

*“Si el problema es el precio, negociar precio, **alguien tiene que negociar precio**, no vamos a ir nosotros: Ah, es que esto es muy caro, yo no te voy a contratar en la clínica Las Condes porque es muy caro. Bueno, es la única clínica que me da lo que mis pacientes necesitan*

¿qué hacemos? Alguien tiene que tener la expertise para ir a negociar precios...Tienen que tener a alguien que lo haga, si todo esto finalmente es ir mejorando los procesos. Nos van a disminuir los costos, nos van a disminuir los reclamos, nos va a disminuir la gente en las plataformas y eso es lo que nosotros entendemos que no lo están viendo” (Grupo de discusión RM)

Más adelante en el proceso, cuando se ha logrado un acercamiento con un proveedor se avanza en la firma de nuevos contratos, una situación que surge es la relacionada a cómo el ISL administra sus contratos vigentes. De acuerdo al levantamiento realizado, a nivel regional la administración pasa fundamentalmente por el tema de la facturación, donde en ocasiones ocurren desbalances administrativos entre las prestaciones entregadas por las instituciones, y las órdenes emitidas por el ISL.

“(Administración regional de contratos) Principalmente para el tema de facturación, junto con ver la pertinencia de las prestaciones, chequeamos que las prestaciones que se dan y que vienen detalladas en las facturas, correspondan realmente. Que tengan principalmente una DIAT para poder atenderlos, que tengan horas también. Porque lo que nos ha pasado con AchS, y vuelve a salir, es que ellos muchas veces dan prestaciones, pero no tienen la orden nuestra. La orden es la orden de atención para que nos puedan facturar, entonces eso es como la garantía, que se llama también, para que puedan operar. Pero llega la factura, nosotros chequeamos las atenciones contra las horas, si están en orden eso, se procede a la facturación, así funciona” (Grupo de discusión V)

Por otro lado, cuando una clínica no tiene la especialidad necesaria, también está en manos del ISL regional entregar la autorización para que el paciente sea trasladado a otra clínica con la que se tenga convenio.

“Si quiero tal prestación, digamos algo específico, se puede hacer algo a nivel regional cuando una de estas clínicas no tiene la especialidad requerida, por ejemplo, cirujano plástico. Entonces lo que hay que hacer ahí, si usted tiene un convenio con otra clínica, en otro lado, podemos hacer eso y nosotros gestionamos eso, damos la autorización” (Grupo de discusión V)

De acuerdo a los funcionarios consultados, también puede ocurrir que existan prestadores cuyos contratos no cubran todas las prestaciones que ellos ofrecen. En esas ocasiones, y según requerimiento del ISL regional, se pueden levantar requerimientos para incorporar dichas prestaciones como anexos de contrato.

“Se hizo acá en la región, se hizo la pesquisa, se levantó a nivel central y luego hubo un anexo de contrato, lo mismo con la clínica Los Carrera, que tampoco dentro del contrato estaba terapia ocupacional, también se hizo un anexo dentro del contrato, entonces igual lo hemos realizado” (Grupo de discusión V)

Las actividades descritas por los funcionarios, si bien reconocen un marco para la gestión de contratos con el que se encuentran familiarizados, contrastan con respecto a la capacidad que perciben de anticipar y proyectar la gestión por parte del ISL. En ese aspecto, se reconocen limitaciones en cuanto a planificar un cronograma

de convenios que permitan mantener una cartera permanente de servicios cubiertos, y que puedan reaccionar frente a cambios en las condiciones de los prestadores médicos.

*“tiene que haber alguien que ordene, alguien del área de la salud, alguien que sea conocedor de las compras públicas por licitación, alguien que **pueda anticiparse estadísticamente respecto a los gastos** y tiempo que cumple o no cumple una licitación. Para que no tenga que llegar ese periodo y quedarnos sin prestadores para recién licitar, tiene que ser un equipo potente, un equipo eficiente, con herramientas tecnológicas que los acompañe y que los permita adelantarse a la acción y poder resolver las temáticas de las regiones, para nosotros hoy día, los procesos de licitación son un problema, no es ninguna solución” (Grupo de discusión RM).*

La situación de los prestadores médicos es un elemento de particular interés para algunos funcionarios del ISL, y donde apuntan a la necesidad de que futuros convenios incorporen cláusulas en relación a los problemas que puedan generar en la institución. Esto se relaciona, por ejemplo, a lo que ocurre cuando caducan convenios en regiones con una relativa escasez de prestadores en ciertos ámbitos, y que implica un traslado importante de pacientes hacia otras regiones, con el consiguiente desgaste económico para el ISL. En ese sentido, debiesen existir mecanismos contingentes a este tipo de situaciones que no necesariamente pasen por el exceso de traslados.

*“Una de las cosas que para nosotros sería ideal es que si se hace un convenio, esos **convenios hablen de los problemas que puedan tener como institución con los prestadores**. Se fijen un poco más en el beneficio del trabajador o trabajadora. Porque se tomaron medidas por razones que ellos estimen, pero a nosotros nos perjudicó mucho la atención de nuestros trabajadores, o sea, el gasto que ha tenido esta región mandando casos, entre comillas, hubo incluso una orden que yo estaba con ataque, se acuerdan, que todo había que mandar a Santiago y yo decía ¿cómo se les ocurre? Ya, y más encima no tenemos pasaje, tenemos que comprar pasajes caros, era, pero prácticamente fundir cualquier sistema” (Grupo de discusión V)*

La existencia de convenios entre prestadores y el ISL debiese asegurar la entrega de las prestaciones en los términos acordados entre ambas partes, de forma de garantizar la entrega de atención médica de calidad a los beneficiarios del ISL. Sin embargo, en la práctica algunos funcionarios señalan que existen áreas grises que no quedan del todo cubiertas en los convenios, y que se deben ir adecuando sobre la marcha cuando ya la documentación se encuentra firmada. En esa línea, plantean que sería de utilidad contar con protocolos o planes de contingencia establecidos para las situaciones que, con mayor frecuencia, puedan ocurrir inmediatamente después de la firma de un convenio con un prestador.

*“Debiese haber **una unidad que cuando se cierra un convenio**, tenga un protocolo establecido por cada una de las temáticas que se van a abordar, técnica y administrativa, a la administrativa irán los profesionales similar a la administrativa y la técnica nuestra, a los médicos de ese instituto, porque finalmente si no les entregamos la información le van a seguir dando licencias médicas tipo uno, que los estamos mandando al común, electrónica,*

que significa todo un cuento para nosotros después encontrarla y que ellos mismos no la quieren devolver” (Grupo de discusión RM)

“Participamos normalmente cuando quieren hacer el nexa con algún prestador, después se generan los convenios y nos dicen: Aquí está el convenio, véanlo, y cuando llegamos a ese punto, convenios firmados por todos lados, nos damos cuenta que existen cosas que no estaban contempladas en el convenio, pero que para nosotros son vitales para la gestión y empezamos con problemas y empezamos a hacer anexos de contratos y empezamos a ver... por lo tanto un convenio operativo no es al tiro” (Grupo de discusión RM)

6.4.5.3 Calidad de los prestadores

Desde una perspectiva médica, los prestadores deben estar acreditados por el Servicio de Salud, su acreditación es la garantía de calidad y sobre esa base es posible estructurar la red. Otros aspectos para la evaluación de calidad se deben generar a partir de las definiciones del ISL y de generar feedback con los prestadores, para compartir las expectativas.

“De todas maneras, en general nosotros acá trabajamos bien con los hospitales ¿por qué? porque la cantidad de usuarios tampoco es tan grande, cuando tenemos alguna emergencia mayor acudimos inmediatamente a la Achs para traslado, ese tipo de cosas. Pero si nos complica, como te vuelvo a repetir, el hecho de no tener una clínica privada externa con la que podamos pactar otro tipo de cosas” (Jefa Regional)

La calidad también se relaciona con las especificidades regionales, pues algunos prestadores privados se especializan en los rubros o sectores laborales de la zona. La importancia de contar con un diagnóstico de la oferta, sus especificidades, los niveles de resolutivez es un requerimiento de los equipos regionales. Esto también puede ser devuelto a estos equipos, en el sentido de cómo ellos alimentan este diagnóstico a partir de su experiencia y conocimiento local.

“Que podamos elegir más, tenemos la obligatoriedad de Achs u hospital, nada más. Entonces a mayor oferta de prestadores con los cuales podamos hacer convenio hacer, lógicamente podemos elegir de acuerdo al mejor servicio, pero si no hay mayor oferta” (Jefa regional)

Otra dificultad en términos de calidad de prestadores es la diversidad que existe dentro del sector público y el desconocimiento respecto de la Ley. Dos elementos importantes que se mencionan y que pueden orientar la gestión del ISL respecto de los prestadores públicos, es la existencia de Unidades de Salud Ocupacional (USO) en algunos hospitales o servicios. Estas unidades permiten la pesquisa y la pertinencia de los tratamientos por parte de los equipos de salud, además son aliados importantes para el conjunto del trabajo del ISL. La experiencia de Valdivia se reconoce a nivel de los equipos regionales, pero también lo limitado de su replicabilidad, pues depende de la estructuración del servicio.

“Su lenguaje es que para mí todos los pacientes son iguales, ese es un craso error, porque todos los pacientes son iguales por concepto de diagnóstico, pero no por concepto de procedimientos legales. Entonces, cuando ellos reciben un paciente por seguro de

accidentes de trabajo y lo tratan como FONASA, están perjudicando al paciente y desorientan al paciente y hacen que el paciente tenga que pagar y hacen que nosotros nos tengamos que cobrar y hacen que nosotros tengamos que rechazar el cobro porque” (Grupo de discusión RM)

La necesidad de capacitar a los equipos médicos en el seguro y el efecto amplificador que pueden tener con los beneficiarios es fundamental, su impacto no se limita sólo a la cobertura, sino también a las posibilidades de evaluar la calidad de la atención. Otro elemento, es acercarse e informar a los usuarios y empoderarlos en su rol de beneficiarios del seguro.

6.4.5.4 Evaluación de prestadores

La dependencia de los prestadores ha incidido en la falta de evaluaciones, los esfuerzos por sistematizar los reclamos y hacerlos llegar, no tienen una base real sino pueden materializarse. La dependencia implica la imposibilidad de consecuencias y como dicen los equipos: “se está amarrado al prestador”

*“Que por un lado hacemos levantamientos en términos de oportunidad, de calidad y de eficiencia de atenciones, sobre todo que hace la AChS, considerando que es uno de los prestadores que atiende a nuestros trabajadores en un 80%. **Las observaciones que se hacen, la verdad es que no se traducen en mayores cambios”** (Grupo de discusión V)*

“Si he tenido reclamos en ciertos puntos de atención, que se sienten más tramitados, discriminados, etcétera, eso siempre los tomamos y los levantamos y reforzamos los procedimientos en la operación, pero no puedo descartar, que en algunos puntos, de forma errática suceda, sobre todo cambios de personas, no entendimiento del convenio, etcétera, ahí de repente perdemos como adhesión a nuestro protocolo, pero si para mi es un tema muy contingente” (Directivo privado).

Desde los prestadores privados, esto se considera problemas puntuales y no parte de la oferta general. Sus servicios, especialmente del prestador más relevante están estandarizados por ende no existe diferenciación entre la atención a los beneficiarios ISL respecto de cualquier otro paciente.

La evaluación y sus implicancias es algo a incorporar en los contratos, pero con el nivel de concreción accesible para los usuarios, los equipos de los prestadores y los administradores de contrato. Esto por la asimetría de información propia del mercado de la salud y por las características de la cartera de clientes del ISL.

Incorporar incentivos y sanciones en los contratos, además de estrategia de supervisión y canales institucionales de recepción, que permitan orientar mejoras y no sólo enfrentar denuncias ante la SUSESO.

*“Tampoco tenemos la herramienta para poder exigírselo con más ímpetu, si te estoy mandando cinco paciente de rodilla y a los cinco me dices que no ¿Qué tienes que hacer? Contratar al traumatólogo de rodilla. **Porque nosotros le estamos diciendo: Esto es lo que yo necesito, pero no existe un real interés** y no tenemos cómo exigirle al administrador la contratación de un profesional” (Grupo de discusión RM)*

La evaluación de la calidad de las prestaciones, no puede centrarse en la hotelería de los prestadores, o como se ha señalado por directivos ISL en “elefantes blancos”, tienen que estar alineada con los requerimientos técnicos y clínicos. Por lo mismo, la necesidad de incorporar la visión de salud en la elaboración de los contratos y en la definición de indicadores de calidad de prestaciones médicas.

“Dentro de esto se hace una especie de amonestación a la empresa, por no cumplimiento de contrato, eso podría ligarlo a una especie de evaluación. No sé si eso corre para los otros contratos, porque no participo en esos contratos, no sé qué puntos tocan, generalmente es una mesa donde participan, no sé, jefe de operaciones, alguien de prevención, el director, alguien de salud, quizás para contribuir en alguna opinión, pero que tenga arte y parte, no la tiene”

*“Además hay un gasto institucional extra de personas, de personal para poder ordenar, hacer ordenamiento de pagos de prestaciones médicas. **Hay un problema que es los pagos, pero qué pasa con la oportunidad y la eficiencia de esas atenciones**, no sabemos porque ya hay hechos consumados y desde esa perspectiva no hay mayores retroalimentación y se han hecho levantamientos de eso, pero es un problema que a nivel central lo ve o lo que nos ha dicho formalmente la jefa de prestaciones médicas” (Grupo de discusión V)*

6.4.5.5 Red de salud y oferta médica

La mayoría de los prestadores ofrecen prestaciones ambulatorias y hospitalarias. Sin embargo, al analizar los tipos de prestación que atienden los prestadores en convenio, existen pocos que atiendan áreas de especialización, siendo solo un 13% del total. A esto se suma la dispersión en las regiones de gran tamaño o en las regiones extremas, donde los tiempos de traslado afectan en la entrega de las prestaciones

*“Y relacionado con los prestadores también, nosotros somos una **región muy dispersa**, que si bien tenemos prestadores de calidad, buenos prestadores privado, pero no en toda la región. Tenemos zonas que son complejas...Si bien las clínicas no las puedo inventar, porque no hay clínicas en todos lados, si hay ciertos tipos de prestaciones, por ejemplo, las prestaciones mentales, psicólogo y psiquiatra. ¿qué ocurría hasta el año pasado? teníamos solo prestador” (Jefe regional)*

Por otro lado, algunas prestaciones solo están disponibles en la Región Metropolitana (ejemplos: los peritajes clínicos de patología de la voz y respiratorias, las prestaciones de neuro-rehabilitación y traumatológicas, y el servicio de llenado bomba de Baclofeno, entre otros), esto conlleva una asimetría en el poder de negociación entre ISL y prestadores y un exceso de traslados dentro de las redes de algunos prestadores, como ACHS.

Respecto de la red de prestadores, los problemas son diferenciados, según tipo de prestador y requieren estrategias de negociación o entrega de incentivos diferenciados. En el caso de los prestadores públicos, el incentivo para la calificación está puesto en la posibilidad de derivar a prestadores privados que tiene el ISL y por ende facilitar la reducción en las listas de espera. Con los prestadores privados la principal dificultad es la falta de oferentes, que hacen la negociación muy difícil, en particular en regiones.

*“Estamos tratando de trabajar con el servicio de salud, de decirles: a lo mejor a ustedes la plata no les interesa mucho, porque tiene otros problemas”, y en el **fondo ¿cuál es su***

***problema? las listas de espera.** Dígame, si es de origen laboral y no puede darle atención, yo lo puedo sacar, y usted va a tener la tranquilidad que está sacando a alguien de su hospital, y no lo está mandando para la casa, lo está mandando a un lugar donde nosotros vamos a darle una prestación” (Jefe regional)*

*“Nosotros fuera de Santiago tenemos problemas de oferta de todas las especialidades, la gente, los especialistas médicos no van a regiones, y cuando van a regiones además cuesta mucho negociar con ellos **porque tienden a acartelarse** y en algunas zonas, definitivamente no llegan, o sea, el caso del oncólogo en Punta Arenas que no estaba, el caso de oftalmología en Chiloé que tampoco hay, etcétera” (Directivo privado).*

*“No hay prótesis y no lo va a haber, porque yo traté por todos los medios y la verdad es que la necesidad es muy baja para armar un mercado acá, estuve incluso hablando con los traumatólogos, porque muchos de ellos tienen una clínica, dije a lo mejor ellos pueden traerla acá, no, porque dicen que **el mercado es muy bajo para ellos**” (Grupo de discusión región compleja)*

Funcionarios del ISL señalan problemas de acceso a las redes de salud, ya que la oferta se concentra en las ciudades principales. En ese sentido, la red de urgencias del sector público es la que reacciona realizando el rescate y traslado de los pacientes al producirse accidentes graves en zonas aisladas, aunque generalmente los pacientes prefieren atenderse en la red privada, de ser posible.

Actualmente se desarrolla un proceso de fortalecimiento e incremento en el nivel de resolutivez de las postas rurales y de los CESFAM dependientes de los servicios de salud. Esta medida ha sido prioritaria en las regiones y zonas más aisladas, en donde se implementaron servicios de telemedicina y laboratorio público.

Desde la perspectiva de los prestadores privados se reconoce al ISL como un buen comprador, pese a las rigideces administrativas y la demora en los pagos. Se valora su peso en el mercado, su volumen de compra, y confiabilidad en el pago, en tanto es el Estado.

*“**No es oportuno, pero es ultra confiable**, oye de repente se demoran unas facturas, se demoran esto otro, pero siempre cumple. No es el óptimo de oportunidad de pago pero no hay problemas de morosidad con el ISL” (Directivo prestador privado).*

“Si, el área de facturación central de esta mutual se comunica con una contraparte que tienen en el ISL, ahora, cuando no llegan a acuerdos, saltan a como los gestores del contrato, tanto yo me entero de que esa factura no la han pagado porque la objetaron, etcétera” (Directivo prestador privado).

Por parte del prestador de mayor tamaño se valora en tener una interlocución directa con el nivel central y que ante cualquier diferencia o conflicto esto se canaliza de manera directa entre sus puntos de contacto.

Respecto de su capacidad técnica, los prestadores valoran que el ISL ha evolucionado de manera creciente, especialmente en materia de control de los procesos de compra y pago de las prestaciones médicas. Esto se enuncia más como ponerse al día con los seguros privados, lo que es consistente con la percepción de los directivos y equipos del ISL.

*“No (no son referente de gestión), pero sí **los he visto evolucionar mucho...** Antes yo sentía que esa contraparte estaba a años luz de tener eso y lo otro que también he visto, hay mucho avance en el control. Cada vez consensuamos mecanismos de control, antes prácticamente yo sentía que, o sea, no tenían posibilidad de discutirme nada” (Directivo prestador privado).*

*“El ISL hacia acto de fe con lo que le decíamos, a pesar de que tenía mucha información porque teníamos el sistema antiguo que le da a todos los paneles, fue hasta el 2015, del 2016 en adelante eso ha cambiado, **cada vez más interacción y más observaciones de gestión, más**” (Directivo prestador privado).*

Desde esta mirada, pareciera que el Instituto evoluciona a nivel de operaciones, pero no de la misma manera respecto de la mirada técnica y propiamente de salud, donde pareciera existir mayor rezago y falta de interacción con las contrapartes. Si consideramos lo señalado por las jefaturas y equipos regionales, respecto del seguimiento de casos, esto podría ser diferenciado según las regiones y las competencias técnicas de los equipos.

*“El ISL no tiene subespecialistas y si tiene médicos especialistas, son médicos que ya no ejercen, que se han dedicado ya como a la parte, a la gestión, no a lo clínico... **la opinión técnica que sale de aquí, es como lo que se considera al lado de la salud...** no existe una contraparte que discuta” (Directivo prestador privado).*

6.4.6 Organización interna

6.4.6.1 Estructura organizacional y dotación

Dentro de los temas más relevados en las entrevistas, está la falta de definición de perfiles profesionales y de la estructura de responsabilidades. Esto se da en dos niveles respecto de las prestaciones médicas.

Un primer nivel tiene que ver con las responsabilidades del nivel central y del nivel regional respecto de la gestión y administración de contratos con prestadores médicos. Si bien, se definió que los administradores de contratos son los equipos regionales, no son estos los que establecen las negociaciones y los contratos. Algunos intervienen en el proceso de elaboración del contrato, otros realizan búsquedas proactivas de prestadores médicos y otros se ciñen a las posibilidades que desde el nivel central se les entregan. El principal problema para los equipos regionales, es que al no existir la posibilidad de sanciones o multas, la administración o gestión de los contratos no es efectiva.

“La división de operaciones hace tres años atrás se partió en dos y ahí dejó una estructura mal hecha. Una deformación y esa deformación se pasa a todos los procesos que tenemos hoy día. Todos los estudios hablan de eso, el problema de quién y cómo lo resuelve, ahí tenemos un tema” (Directivo ISL)

El otro nivel, se relaciona con la diferenciación de funciones en la búsqueda de prestadores entre lo que compete a la División de Operaciones (DIVOP) y a los equipos regionales. Los equipos regionales hacen un

levantamiento de necesidades y están son canalizadas al nivel central para la gestión de contratos, el desafío está en la búsqueda del prestador más idóneo y pertinente.

*“Si esa persona que sabe que yo tengo la necesidad (de determinadas prestaciones), se tiene que juntar conmigo y con mi equipo para explicarle lo que realmente necesito. Si quiere que complemente porque le falta (información), lo complementamos y que nos pregunte ¿ustedes conocen algún prestador que pueda entregar esta prestación? Le podemos decir que sí y lo hacemos, como lo hemos hecho algunas otras veces. **Pero también le podemos decir que no y cuál va a ser su pega, buscar un prestador que entregue esa prestación, porque esa es parte de la unidad comercial, no es parte de las unidades operativas que están permanentemente en el problema**” (Grupo de discusión región de gran tamaño)*

Desde los equipos regionales se señala que no existe una unidad que coordine cierres de convenios, y que tampoco existe una unidad comercial que busque a los prestadores médicos para negociar tarifas. Desde su perspectiva, estas funciones son asumidas por muy poca gente sin la capacidad de realizar adecuadamente todas esas labores.

Con esto, al problema de definición de roles, se suma la falta de dotación y de profesionales capacitados para asumir esta responsabilidad. La principal debilidad se señala en la DIVOP y se relaciona con su baja dotación, la importancia de su función y el liderazgo que a nivel nacional debe ejercer para garantizar la contratación de prestadores médicos.

*“Pero es que la jefatura tiene que tener gente técnica que conozca el tema para que lo ayude a tomar las mejores decisiones, porque ese es el tema, ya, entonces yo voy que **el equipo de trabajo tiene que tener las competencias técnicas**, porque si no tiene las competencias técnicas, por último, dárselas, formarlas” (Grupo de discusión región compleja)*

*“Es importante revisar los perfiles, capacitar más aquellos perfiles que se requieran, pero darle herramientas porque tú **puedes tener excelentes procedimientos pero si no le diste herramientas va a ser odiado por nosotros**, por ejemplo esta chiquilla, excelente profesional pero si tu no la capacitas y empiezas a meter enfermeras en otro lado, la voy a odiar, entonces” (Grupo de discusión región compleja)*

La falta de dotación a nivel de los equipos regionales es un tema que se percibe por ellos como invisibilizado para las jefaturas. Existen las programaciones, los cálculos de horas persona y las metas ha cumplir. Sin embargo, desde los equipos regionales se plantea que no se considera la complejidad de los casos, los tiempos de atención a público, los procesos de digitalización y en las regiones de mayor tamaño o con problemas de accesibilidad los tiempos de traslado. Otro factor que incide en la sobrecarga de los equipos es el manejo de casos críticos, que por su complejidad plantean desafíos de coordinación y búsqueda de alternativas específicas. Este tema se levantó en las entrevistas preliminares a las profesionales entrevistadas.

“No tienen idea de lo que pasa abajo, a todos los invito a que se sienten a mi lado y vea lo que hacemos, lo invito, porque no creía, siempre decía que éramos muchas personas, que

habían muchas enfermeras, siempre decían que éramos muchas y resulta que nosotros estábamos hasta aquí con el cuello, así de pega” (Grupo de discusión región de gran tamaño)

*“Es que una de las particularidades de la región es el flujo que tiene, que es tres, cuatro veces más de la región que le sigue, por lo tanto **hay un manejo que ha tenido que ser mucho más rápido para poder resolver los casos**, porque no tenemos tres o cuatro veces la dotación que tienen las otras regiones. Por lo tanto, se ha generado que los procesos se tengan que acelerar o estrategias internas para poder dar cumplimiento” (Grupo de discusión RM)*

*“Pero saltan y resaltan mucho estos casos sociales, o sea, tiene la particularidad de que...Por lo complejo que son, involucra que **medio instituto se tenga que mover** para poder resolver el problema, incluso consultas al proceso, al departamento jurídico, operaciones, para poder resolver donde le podamos dar el alta o donde podemos llevar este paciente que esta de alta y no puede estar en la clínica, pero dónde va”*

Para enfrentar estos desafíos los equipos regionales han desarrollado estrategias propias y desde el nivel central se permite esta flexibilidad a las jefaturas. Para enfrentar los cambios de este año, las regiones han implementado diversas estrategias que dan cuenta de las especificidades de cada localidad y de las necesidades de mayores niveles de especialización, responsabilización e incremento en la atención de público.

*“A diferencia de otras regiones, a nivel interno, está fusionado lo que son la parte operaciones, prestaciones médicas, que era el encargado de operaciones. Entonces cuando yo llegué a la región me di cuenta que eran súper importantes las prestaciones médicas. Porque estaba junto con los operativos de plataforma y **solicité a nivel central crear la unidad de prestaciones médicas**. Antes teníamos jefe de prevención, jefe de administración y finanzas y la jefa de operaciones que tenía hacia abajo los ejecutivos de plataforma y prestaciones medicas” (Jefe regional).*

“Pero permítanme reestructurar. Y ¿qué es lo que decidí? saqué dos ejecutivos, los traje para que se dedicaran solamente al tema de licencias. El que está en la sucursal, revisa no más, recibe la documentación y se la manda al nivel central. A parte tengo el control con 2 ejecutivos y no con 13 porque de repente entraban a las planillas, no tenía el control yo de cuáles son las licencias que se estaban pagando o no se estaban pagando” (Jefe regional)

Dentro de estos ajustes regionales, es posible vislumbrar mayor importancia a prestaciones médicas que la entregada dentro del organigrama del nivel central. Esto puede explicarse por la carga de trabajo a nivel operativo que tienen los equipos regionales y la responsabilidad de los profesionales a cargo de esta tarea.

*“Cree la unidad de prestaciones médicas y coloqué una jefatura y armamos un equipo, le fuimos dando funciones, responsabilidades. Porque era lógico, **si prestaciones médicas es clave. no puede ser que alguien que maneja 2.200 millones no tenga una responsabilidad, una jefatura**. Son responsabilidades distintas y está organizacionalmente mal hecho” (Jefe Regional).*

“Dentro de operaciones está prestaciones médicas. Esa es una sola jefatura, yo la separé ahora... Entonces va a haber una persona solamente a cargo de atención de plataforma. Para sacar un poco de carga a prestaciones” (Jefa regional).

Estas adecuaciones a nivel local, requieren de un proceso de evaluación y seguimiento desde el nivel central, especialmente para el levantamiento y extrapolación de buenas prácticas. También plantean el desafío de repensar la estructura de los equipos y los perfiles de profesionales que los componen. El hecho de orientar la contratación de profesionales del área social, como son las asistentes sociales para el trabajo de plataformas, es bien evaluado por los equipos, pero también señalan que en esto se podría avanzar un poco más.

*“Que un enfermero sea parte del equipo, que esté a contrata, y no solamente por la mañana, sino todo el día. Es muy importante, evalúa un montón de temas. Seguimiento y también, es que **prestación médica, interviene en todos los procesos casi...** Es un externo, con media jornada, entonces eso también da limitaciones” (Jefa regional)*

*“Lo que saca recursos humanos, son para todo el país iguales, da lo mismo que estemos en Punta Arenas o que estemos en Arica, o en Antofagasta o en Santiago, el perfil de cargo es el mismo, entonces hay un problema que **las áreas de prestaciones médicas no han conversado tampoco con el área de recursos humanos para poder cambiar lo que se necesita**” (Grupo de discusión región compleja)*

Otro aspecto, señalado por los equipos y las jefaturas regionales, es la externalización y contratación de servicios para apoyar la gestión, especialmente en tareas que sacan a los equipos de los ámbitos propiamente técnicos. Esto ya se realiza en muchos casos, el desafío está en vislumbrar espacios de mejora, en la delegación de tareas administrativas y en la evaluación de lo que puede o no ser externalizable. A esto habría que sumar un esfuerzo desde el nivel central para la realización de mejores contratos, donde se establezcan incentivos, indicadores y sanciones para asegurar el mejor resultado de estas tareas.

“Una cosa tan simple, que como cuando arman capacitación, tienen que ver el listado de los asistentes a la capacitación, subirla uno a uno a una plataforma. Listo, próxima licitación se lo adjudicó una empresa de capacitación, pero le dije: "a usted no le basta solo con capacitar, la lista de asistencia me la tiene que ingresar a este modelo". Listo, se lo quité a los prevencionistas. A mí me interesa que hagan prevención, no el tema administrativo” (Jefe regional)

6.4.6.2 Planificación

Dentro del proceso de entrevistas preliminares se constató que no existía un proceso institucional y coordinado de planificación interna, entre las unidades y equipos no se implementa un procedimiento compartido. Ni tampoco existe documento centralizado que estructure el quehacer institucional.

*“(Las directrices) Primero lo materializo con la jefatura, como le puedo transmitir eso a la jefatura que yo tengo, y en base a eso todas las planificaciones. **Las planificaciones las llevamos más por el lado del presupuesto, pero lo que logro transmitirlo en todo**” (Jefe regional)*

Si bien no existe una definición de priorización o estrategias desde la Dirección Nacional respecto de las prestaciones médicas, que sea compartido por los equipos operativos, si se constató en las entrevistas a las jefaturas nacionales y regionales el trabajo de priorización estratégica que está desarrollando la actual dirección, a partir de los proyectos que lidera el Comité Directivo.

*“Todos los directores hemos tenido dos o tres encuentros nacionales, con todos los directores de las regiones y el director nacional. Además, en esos encuentros hemos tenido capacitaciones, jornadas con toda la gente a nivel central, haciendo como el periplo con todos. Además, **hay comunicación fluida**” (Jefa regional)*

*“Dos temas (son prioridades del director): **Que nos preocupemos de nuestros trabajadores y lo otro que tenemos que transformarnos en referente...** esas dos normas o directrices tienen que estar siempre impresas en todo, en la licitación, en cómo me relaciono con los prestadores. Es la variable, cómo trato de medir lo que es importante acá” (Jefe regional)*

Lo más homologable a un proceso de planificación, respecto de las prestaciones médicas es el plan anual de compras de Prestaciones Médica que se realiza en la DIVOP y se envía a la Dirección de Administración y Finanzas (DAF) para su aprobación, siendo un procedimiento radicado en las divisiones. Hasta el 2017 se basaba en el presupuesto ejecutado y se estructuraba en dos niveles: regional y nacional. Las direcciones regionales formulan su plan de compra y son licitaciones menores que se realizan a nivel local. Las grandes compras se planifican y operan a nivel central, focalizadas principalmente en la renovación de contratos con los prestadores de mayor tamaño. El ejercicio de arrastre o costeo de gastos permanentes (relacionado con pacientes secuestrados o de mayor gravedad) comenzó el 2017 y desde ese año se cuenta con información para la formulación del plan.

La articulación entre unidades se da en el proceso de licitación, ese es el momento clave de definición y revisión de necesidades a nivel de gestión de prestaciones. En las licitaciones participa como referente técnico el DPM para la elaboración de las bases, el levantamiento de necesidades y la validación de los requerimientos. Este proceso, se sustenta en conversaciones y, en el relato de las entrevistadas, se caracteriza por su informalidad.

De esto, se entiende que el plan de compras es lo que DAF informa en mercado público y es el instrumento de navegación de la Unidad de Gestión de Prestadores y Cuentas Médicas (UGP).

El proceso de planificación de las unidades y departamentos involucrados en la gestión de prestaciones se realiza a partir de las denuncias recibidas el año anterior. Con esto se costean los requerimientos para el presupuesto del año siguientes y se planifica a partir de la cantidad de horas de RRHH necesarios.

En todas las entrevistas se señala que “falta conversar con las divisiones para consensuar que información se necesita para planificar”, “no hay tiempo para analizar y anticipar” y que “DEGE (Departamento de Estudios y Gestión Estratégica) tiene que conversar más respecto de las necesidades”.

6.4.6.3 Gestión presupuestaria

Uno de los principales aspectos críticos de la gestión presupuestaria institucional pasa por la rigidez que tiene el ISL en tanto institución pública, que recibe un presupuesto anual y en el marco presupuestario del Estado. Esto obliga a una gestión con la Dirección de Presupuestos para la obtención de recursos adicionales y la autorización para aumentar las glosas presupuestarias.

*“La semana pasada nos juntamos con la DIPRES, el viernes pasado nos juntamos con la DIPRES, que otorga los recursos más allá que esté en la línea del presupuesto, porque nosotros podemos tener mucha plata, **pero tenemos que pedir autorización para que la gastemos, no podemos tomarla nosotros.**” (Directivo ISL)*

*“Tienes un servicio como el ISL que se autofinancia hoy día, es autofinanciado con las cotizaciones, **el Estado no le provee recursos extras, pero tampoco le da espacio para que gestione libremente cómo se gasta esas platas,** porque está en un marco del presupuesto de la nación, donde está claramente establecido cada una de las partidas presupuestarias” (Directivo público)*

Sin embargo, en un escenario de nuevos requerimientos y de cambios en el sistema de seguridad y salud laboral, la capacidad de reaccionar de la institución es mucho más lenta que sus pares del sector privado. Esto afecta principalmente los cambios y requerimientos en la contratación de profesionales, en las dotaciones y soporte para las nuevas funciones.

*“Hace tres años nosotros sacamos una circular, que es una circular de calificación de protocolo de origen de las enfermedades, en la cual se requería el establecimiento primero de los procesos establecidos, pero también de comités de calificación, y el ISL no tenían eso. **No tenían presupuesto como para contratación de la cantidad de médicos que nosotros estábamos poniendo como requisito,** por lo tanto, no tenían en el espacio presupuestario para hacer esas contrataciones” (Directivo público)*

*“Entonces eso, **si necesito mayor dotación, contrato una mutual,** para una mejor atención, si lo que necesito es más plata de prevención, necesito mejor las cotizaciones con un porcentaje de administración de acuerdo a lo que ingresen a las cotizaciones” (Jefe regional)*

Esta rigidez es percibida como un cuestionamiento o limitación por parte del Estado a la gestión del ISL, especialmente por el tema de la autosustentabilidad o autofinanciamiento de la institución. Como se señaló en otro apartado, los múltiples controles que afecta al ISL, generan problemas de agencia, que en este caso se explica por la demanda de múltiples principales. De esta tensión hay lecturas críticas y otras más conservadoras a nivel interno

*“Somos autónomos... **eso no significa que se pueda ser siempre autónomo...** Pero sí puedes ser autosustentable, esas brechas deben ser las mínimas” (Directivo ISL).*

“No lo hacemos porque somos un organismo público que es descentralizado y que en la práctica entregamos la plata a Hacienda y Hacienda nos entrega un presupuesto anual

mínimo, mínimo, pero no corresponde. Si administramos mal, castíguenos, pero si administramos bien, dennos esa posibilidad de administración distinta a la que tenemos hoy en día” (Jefe regional)

A esto se suma la importancia de tomar decisiones en términos de gestión, que implican dar cuenta de los nuevos requerimientos para la institución. Es una oportunidad la entrega de mayores atribuciones, por lo mismo se requiere de información, de diagnósticos y propuestas pertinentes para enfrentarla. Lo que resulta evidente, es que se partió con rezagos, sin presupuesto y la dotación en el plazo más oportuno para enfrentar este nuevo escenario

*“Los estudios de los impactos financieros de los proyectos de ley (Fin de la distinción obrero-empleado), es haciendo supuestos.... Ahora viene, obviamente, **el desafío de gestionar que se cumplan supuestos** como: Hacer buenos contratos, los servicios de salud provean de una forma preferencial la atención, a hacer un trabajo para instalar estas unidades de costos” (Directivo público)*

*“Sí. Recursos hay... hoy día estamos en la discusión de qué recursos existen y lo que estamos poniendo en el tapete **es cómo usarlos planificada y oportunamente**. O sea, la experiencia de la ley 21.054, es que no se contempló recursos el 2018, que debieron haber sido recursos para contratación, no había recursos. La ley parte el primero de enero y desde ahí parten los recursos” (Directivo ISL)*

Esto también plantea críticas a la capacidad de gestión y liderazgo actual de la institución, pues todas las instituciones públicas enfrentan las mismas dificultades y algunas han logrado innovar. La gestión con la DIPRES y superar estas restricciones son piezas claves del proceso de desarrollo institucional. La innovación en el sector público plantea estos desafíos y la tarea en el caso del ISL pareciera vincularse con el desarrollo de una mirada estratégica de largo plazo, para trazar el camino en un contexto de transformaciones vertiginosas en el mercado del trabajo, en la estructura poblacional del país y por ende en el perfil de riesgos.

“Eso es gestión institucional, eso es gestión de gobierno, eso significa ir a conversar con Hacienda. Parte de tu pega regular y obligatoria es conversar con Hacienda, no puedes hacerlo sin conversar con hacienda. Tú encargado de finanzas y administración es un tipo que tiene que saber eso, y que tiene que saber cómo llevar la relación con Hacienda, si el tipo no conversa con hacienda, ahí sí que hay un problema” (Directivo privado)

*“Si no tienes un buen abogado, que conozca derecho público, y si no tienes un buen administrador financiero, que conozca de administración pública financiera, estas súper amarrado, estas súper complicado, **puedes tener muy buenas ideas, pero no van a flotar**” (Directivo privado)*

6.4.6.4 Gestión de la información

Dentro de la gestión de la información se identificaron dos problemas relevantes en el levantamiento cualitativo. El primero es la falta de información y de sistemas de información propios para abordar los nuevos desafíos del ISL. El acceso a la ficha clínica o médica de los pacientes ha sido un problema

permanente dentro de la institución, lo que se vio agudizado con el término del contrato con la Mutual y la no entrega de las fichas de pacientes ISL.

“Acceder a una ficha clínica para mí es imposible, no es que no sé por qué no lo atienden...Hablemos desde los recursos, si tú eres el hospital y me estás atendiendo por una fractura expuesta de fémur, estamos hablando de seis meses por lo bajo, pero usted solamente me entrega el documento de urgencias ¿qué pasa con esos seis meses posteriores de atención? ¿Quién los paga? Ni siquiera se dan cuenta de eso, que esa plata nosotros no podemos pagar. Somos buenos pagadores, pagamos al mes, a 30 días, pero no, no quieren pasar la ficha. Entonces qué pasa, yo resguardo recursos, yo no puedo decir: Si, les vamos a hacer una orden de atención válida por dos meses y si yo no tengo la documentación clínica, a mí no me lo justifica nadie, entonces yo ahí me quedo” (Grupo de discusión norte)

*“En el fondo nosotros mismos con nuestra experiencia, **no tenemos sistemas informáticos que permitan generar o mantener un control**, un control de nuestros adheridos, independiente que haya un pequeño lapsus y que no estemos al día con los usuarios que se van incorporando, porque al final este sistema es muy similar a lo que es las Isapres y FONASA, lo mismo acá, el ISL con las Mutuales, si la persona no está adherida a una Isapre, por descarte es FONASA, es un sistema muy similar, pero eso no quita que nosotros debiéramos tener sistemas informáticos de mayor rigurosidad de control” (Grupo de discusión V)*

Existen aspectos estructurales que limitan el acceso a la información, como es la falta de proceso de afiliación a la institución por parte de la institución y que impide llevar un registro preciso de las empresas adscritas, pero también el acceso a la documentación básica de las personas beneficiarias del seguro, como son el contrato de trabajo, el certificado de pago de cotizaciones, entre otras.

*“Nosotros no le podemos dar acceso a la información de nuestra red de afiliados a los prestadores médicos, porque no es un sistema nuestro, **es un sistema de IPS**. Entonces es súper complejo porque la verdad deberíamos tener turnos, tenemos la línea 600, pero hay una dificultad grande ahí, que para saber que un prestador nos pueda atender a un paciente porque está afiliado al ISL es complejo” (Grupo de discusión V)*

*“Porque además no son nuestros, por ejemplo, para el tema de las licencias médicas **ocupamos el sistema SIF de FONASA** y que además no es de Fonasa, sino que de un sistema externo, SONDA” (Grupo de discusión Aysén)*

Para los equipos de trabajo la falta de un sistema propio, que les permita tener el conjunto de la información y al cual puedan acceder es un tema que limita su desempeño. A nivel interno existen sistemas, pero que muchas veces o ante diversas situaciones no conversan entre ellos y para tener la información necesaria se duplican esfuerzo llevando sistemas de registro paralelo o generando bases de datos a partir de distintos insumos del sistema.

*“La carga de trabajo que tiene el equipo, sobre todo en el área de seguimiento, donde hoy la unidad propiamente tal tiene su talón de Aquiles, es en el área administrativa, porque nuestros trámites no son a través de un sistema. El hecho de que ellas hagan una autorización o generen un trámite clínico necesariamente lleva a un trámite administrativo que alguien lo tiene que hacer y eso hoy estamos al debe, porque **es mucho papel, es mucho proceso**, tiene muchos pasos que no es llegar y despachar un documento, entonces eso hoy es nuestro talón de Aquiles, nuestro de la unidad propiamente tal” (Grupo de discusión RM)*

A esto se suma, la permanencia requisitos o documentación de la administración burocrática más tradicional, como son los memos, las autorizaciones y las firmas todo en físico. La convivencia de ambos sistemas el físico y el digital implica demoras, dobles esfuerzos y muchas veces tiempos de espera extensos.

La segunda debilidad en gestión de la información, se relaciona con la asignación de tiempos y profesionales para la gestión de la información. La falta de back office fue un tema levantado por los equipos de trabajo y dentro de esto, se constató desgaste de los equipos por los nuevos requerimientos que ha enfrentado la institución

*“Era como la tercera vez que lo pedíamos, que atendiéramos hasta las una y media para tener tiempo, porque **la gente no almorzaba**, no salía, o sea, era, de verdad que era algo súper poco saludable para los que estaban en el front y luego de eso, cuando vino la ventanilla única, se pudo concretar, a propósito de la propia necesidad. Y además hicimos grupos de back office, hay equipos detrás de la oficina que apoyan al proceso que hace el equipo que está al frente del usuario, que es lo más difícil” (Grupo de discusión RM)*

*“Imagínate que el sistema que teníamos cuando yo llegué acá era el SIAG y era súper amigable para el área de plataforma para ingresar la información, llenaba una planilla. Ahora como el área de salud está con más filtro, **tienes que pasar por varios pasos el área de plataforma, donde demoras más en ingresar**, que la misma gente de plataforma dice, o sea, en vez de facilitarnos es peor, eso es para el área de plataforma” (Grupo de discusión Norte)*

Para enfrentar esta necesidad, desde los equipos regionales se implementaron varias estrategias complementarias a la medida dispuesta por el nivel nacional, de adelantar el cierre de atención a público en las sucursales donde fuese posible. De estas iniciativas se destaca la necesidad de especialización de los equipos, las dificultades que enfrentan las oficinas unipersonales para enfrentar estas tareas y la importancia de contar con canales digitales o de autoatención.

*“Falta un **gran sistema de gestión**, porque tenemos muchos sistemas, que hay que ingresar muchas veces lo mismo y claro, nosotros necesitamos como institución, un gran sistem... que de la oficina puedas ver cuando ingresa una persona hasta que fallece o hasta que tiene una pensión, pasa a pensión de invalidez o... Creo que se puede hacer, porque tenemos un departamento sumamente grande” (Grupo de discusión Norte)*

6.4.6.5 Coordinación interna

Desde los funcionarios de regiones existe la percepción de que la gestión del ISL es centralista, y que desde Santiago no siempre conocen las condiciones en que se trabaja en las regiones. Asimismo, destacan que falta identificar procesos críticos de su trabajo, así como la distribución de responsabilidades de la estructura organizacional.

“No podemos esperar procesos o procedimientos emanados de nuestro nivel de central, acá ocurren primero las cosas, informamos y después se hacen los procesos, porque el flujo y la necesidad del paciente está en ese momento, no está mañana, está hoy día” (Grupo de discusión región de gran tamaño)

Los tiempos y las presiones por parte de los equipos que tiene el trato directo con los beneficiarios parecieran ser distintos, por ende la coordinación siempre se genera luego del levantamiento de un problema. La importancia de sistematizar la experiencia, las buenas prácticas y el abordaje de casos de mayor complejidad pueden ser buenas herramientas para anticipar escenarios, elaborar protocolos y tener instancias de coordinación colaborativas y no sólo reactivas

También señalan que no existe instancia para explicación de administradores de contrato, sólo llega una orden. Señalan que se tienen que "golpear mil puertas" para conocer qué hacer frente a los casos específicos, como cobrar una multa, y que muchas veces se toman decisiones a puertas cerradas. Esto se abordó en la gestión de contratos y las dificultades que enfrentan los equipos regionales para su administración. Para los problemas de coordinación la explicación es similar, la sobrecarga de trabajo de los equipos del nivel central y la falta de claridad en los roles.

*“Creo que va de la mano entre tiempo y gente, no sé si especialización porque hay gente que es bastante experta en el tema, pero se los termina comiendo el tiempo, porque **una misma persona ve muchas cosas**” (Grupo de discusión región de gran tamaño)*

Los problemas de coordinación parecen acotados y dependen de las unidades del nivel central con quienes se relacionen. Por lo mismo, esto refleja falta de articulación entre unidades y divisiones del nivel central. Lo que termina afectando el trabajo a nivel operativo y de los equipos regionales.

*“Plataforma con prestaciones médicas que ahí a la unidad generalmente le dan una indicación, pero a plataforma le dan otra indicación y **como que no se hablan, no se coordinan**, de hecho están en el mismo edificio...porque en realidad nosotros tenemos dos informaciones, no nos concuerdan. Y ahí está, nunca llegó la retroalimentación, pero sí ellos llaman constantemente para diferentes personas” (Grupo de discusión región compleja)*

“Nosotros no tenemos un tema de la unidad de seguimiento, entonces hay un equipo de enfermeras que si uno tiene un caso bastante difícil, que no se le puede dar solución, se envía para allá. Entonces cada una hace su análisis y tengo una contraparte en Santiago, que si entre las dos el tema no se puede solucionar o algo satisfactorio como respuesta, llegamos a la unidad de seguimiento en la cual está ya la persona con mayor expertiz y ya nos dan una indicación directa, incluso hemos terminado ya con casos que termina preguntándole a

*jurídica, por ejemplo, pero sí, hay un tema fluido, si, **para arriba hay un tema bien fluido**, por lo menos de mi parte” (Grupo de discusión región compleja)*

6.5 BIBLIOGRAFÍA

- American Hospital Directory, AHD (2018), Statistics by Base MS-DRG, Disponible en https://www.ahd.com/definitions/app_dept_cost_basemsdrgrg_fy08.html
- Averill, R. et al (2003). All patient refined diagnosis related groups (APR-DRGs): Methodology overview.
- Bentes, M., Mateus, M. C., & Goncalves, M. L. (1996, September). DRGs in Portugal: a decade of experience. In National Casemix Conference (8th). Casemix and Change—International Perspectives: the Eighth Casemix Conference in Australia. Darling Harbour, Sydney: Sydney Convention and Exhibition Centre (pp. 16-18).
- BMA (2015). Models for paying providers: DRGs (the national tariff). Health policy and economic research unit.
- Björkgren, M. A., Häkkinen, U., Finne-Soveri, U. H., & Fries, B. E. (1999). Validity and reliability of Resource Utilization Groups (RUG-III) in Finnish long-term care facilities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 27(3), 228-234. Disponible en https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/68924/10.1177_14034948990270030201.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Busse, R., Geissler, A., Aaviksoo, A., Cots, F., Hakkinen, U., Kobel, C., Mateus, C., Or, Z., O'Reilly, J., Serden, L., Street, A., Tan, S. & Quentin, W. (2013). Diagnosis related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals?. *BMJ (Clinical research ed.)*, 347 (7916), 1-7.
- Calore, K. A., & Iezzoni, L. (1987). Disease staging and PMCs: Can they improve DRGs?. *Medical Care*, 724-737.
- Cano Plata, E. A., & Cano Plata, C. A. (2009). Los contratos, las asimetrías de la información en la salud, el riesgo moral y la selección adversa. *Revista EAN*, (67), 5-19. Disponible en http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-81602009000300002
- Davis, Elizabeth (2019), How a DRG Determines How Much a Hospital Gets Paid, Verywellhealth.com, Disponible en <https://www.verywellhealth.com/how-does-a-drg-determine-how-much-a-hospital-gets-paid-1738874>
- DIPRES (2017), Balance de Gestión Integral (BGI) Fonasa
- González, J.L. (2000). Sistemas de clasificación de pacientes. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. Vol. 35. Núm. 5. Pp. 249-307. Disponible en <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-sistemas-clasificacion-pacientes-10017925>
- Miranda H., G. (2016). El seguro chileno contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales: Lecciones y desafíos a 45 años de su creación. *Derecho y Justicia*, N°6. Disponible en <http://ediciones.ucsh.cl/ojs/index.php/derechoyjusticia/article/download/1408/1263>
- Moura, F. (2017). Seguro de accidentes de trabalho: diferença de custos entre ofertas pode ascender a 80%. *Compareja.pt*. Disponible en <https://www.comparaja.pt/blog/seguro-de-acidentes-trabalho>
- Nyszkiewicz, R. (2018). Berufsgenossenschaftliche Patienten im DRG-System. *Trauma und Berufskrankheit*, 20(2), 98-101.
- Lenz-Alcayaga, R. (2010). Análisis de costos en evaluaciones económicas en salud: Aspectos introductorios. *Revista médica de Chile*, 138, 88-92. Disponible en https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010001000006
- OECD (2019). OECD Review of Pension Systems: Portugal, OECD Reviews of Pension Systems, OECD Publishing, Paris.
- Padial et al, (2013), Costes por proceso (GRD) en cardiología, *Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios*, Vol. 4 - Número 2. Disponible en <https://www.fundacionsigno.com/archivos/publicaciones/13.pdf>
- Paolillo et al, (2012), La Gestión Hospitalaria y los GRD, http://tendenciasenmedicina.com/Imagenes/imagenes41/art_05.pdf
- Rivera et al, (2012), Análisis de Gestión Clínica asociada a la Producción Hospitalaria, Unidad Análisis de Registros Clínicos GRD, Servicio de Salud Metropolitano Central.

- Zapata, M. (2018). Importancia del sistema GRD para alcanzar la eficiencia hospitalaria. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(3) 347-352.
- Bitrán, R y Escobar, L. (2011) Análisis de la situación de las enfermedades laborales en Chile y sus repercusiones en el sistema ISAPRE. Bitrán y Asociados, Agosto 2011
- Cid, C (2011) Problemas y desafíos del seguro de salud y su financiamiento en Chile: el cuestionamiento a las ISAPRE y la solución funcional. *Escuela de Medicina, Temas de la Agenda Pública*, No 49. diciembre 2011.
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4th edition). Thousand Oaks, CA: Sage
- CSP (2017) Evaluación Plan de Prevención del Instituto de Seguridad Laboral. Universidad de Chile, Departamento de Ingeniería Industrial, Centro de Sistemas Públicos. Santiago de Chile, 2017.
- Dirección del Trabajo (2014) ENCLA 2014. Informe de resultados octava Encuesta Laboral. Departamento de Estudios de la Dirección del Trabajo. Santiago de Chile, 2014.
- Ferreiro, A. et al (2004) Marco conceptual para la regulación de seguros de salud. Inter-American Development Bank. Serie de Estudios Económicos y Sociales. Mayo 2004
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*, 15(9), 1277-1288.
- Instituto de Seguridad Laboral (2017) Análisis de costos en prestaciones médicas ISL. Ministerio del Trabajo y Previsión Social, Unidad de Estudios y Estadísticas Instituto de Seguridad Laboral. ISL, Octubre, 2017.
- Instituto de Seguridad Laboral (2016) Balance de Gestión Integral ISL. Ministerio del Trabajo y Previsión Social, Unidad de Estudios y Estadísticas Instituto de Seguridad Laboral. Marzo, 2016.
- Instituto de Seguridad Laboral (2018) Prestaciones médicas y casos de alto costo: Lineamientos para su detección a través de un modelo estadístico predictivo. Ministerio del Trabajo y Previsión Social, Unidad de Estudios y Estadísticas Instituto de Seguridad Laboral. Mayo, 2018.
- Ley 21.054 (2017), Disponible: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1112814&idVersion=2019-01-01>
- Lavanderos, M. (2013) Estrategias para el desarrollo de una Red de prestadores clínicos eficientes. Instituto de Seguridad Laboral. 2013.
- Losada, C. (Editor) (1999) ¿De burócratas a gerentes? Las ciencias de la gestión aplicadas a la administración del Estado. Banco Interamericano de Desarrollo. Washington, 1999
- Lohr, S. (2009). *Sampling: design and analysis*. Arizona State University, 2009
- Moore, M. (1998) *Gestión estratégica y creación de valor en el sector público*. Editorial Paidós. Barcelona, 1998.
- Oyanedel, J. et al (2014) Conocimiento y Evaluación Acerca de las Mutuales de Seguridad en Chile. *Revista Ciencia y Trabajo.cl | AÑO 16 | NÚMERO 51 | SEPTIEMBRE / DICIEMBRE 2014*
- Riaño-Casallas, MI y Palencia-Sánchez, F. (2016) Dimensión económica de la seguridad y la salud en el trabajo: una revisión de literatura. *Revista Espacio Público*. Universidad Javeriana, Gerenc. Polít. Salud. Colombia, 2016.
- Santelices, E., Muñiz, P., Arriagada, L., Delgado, M., & Rojas, J. (2014). Aplicación de grupos clínicos ajustados como herramienta de ajuste de riesgo: evaluación en la distribución de recursos en programa de enfermedades crónicas. *Revista médica de Chile*, 142(2), 153-160.
- Santiago Consultores (2013) Evaluación del Gasto Institucional Instituto de Seguridad Laboral 2009 – 2013. División de Control de Gestión. Dirección de Presupuesto Ministerio de Hacienda. Noviembre 2014.
- Superintendencia de Seguridad Social (2018) Prestaciones Preventivas del Compendio de normas del Seguro Social de Accidentes del trabajo y enfermedades profesionales de la Ley N°16.774. Santiago, Abril 2018.
- Superintendencia de Seguridad Social (2018) Informe Anual 2017. Estadísticas sobre seguridad y salud en el trabajo. SUSESO 2018.
- Superintendencia de Seguridad Social (2017) Prestaciones Médicas del seguro de la Ley n° 16.744 imparte instrucciones a las Mutualidades de empleadores, al Instituto de Seguridad Laboral y a las empresas con administración delegada. SUSESO, Agosto, 2018.
- Starfield, B., Weiner, J., Mumford, L., & Steinwachs, D. (1991). Ambulatory care groups: a categorization of diagnoses for research and management. *Health services research*, 26(1), 53.

- Velasco, C. (2014) Desafíos y algunos lineamientos para el sistema de seguros de salud en Chile. Propuestas de Política Pública. CEP, Centro de Estudios Públicos. Número 3, Octubre 2014.
- Vives, A. y Jaramillo, H. Salud laboral en Chile. Revista Archivos de Prevención de Riesgos Laborales. Santiago de Chile, 2010.
- Waissbluth, M. (2008) Sistemas Complejos. Documento de Trabajo N°99. Serie Gestión. Departamento de Ingeniería Industrial, Magister en Gestión y Políticas Públicas



www.sistemaspublicos.cl
República 701, Santiago