Evaluación del Gasto Institucional
Instituto de Seguridad Laboral
2009 - 2013

División de Control de Gestión
Dirección de Presupuesto
Ministerio de Hacienda

Resumen Ejecutivo
Informe Final

Noviembre 2014

CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN 2

II. EVALUACIÓN DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD LABORAL 2

1. CONTEXTO 2
2. ÁMBITOS DE LA EVALUACIÓN 2
   - *2.1. Justificación 2*
   - *2.2. Calidad y Coherencia de las Definiciones Estratégicas 3*
   - *2.3. Análisis de los indicadores del periodo 5*
   - *2.4. Producción del periodo 5*
   - *2.5. ISL y las Mutuales 7*
   - *2.6. Procesos de trabajo 11*
   - *2.7. Uso de recursos: formulación y ejecución presupuestaria 2009-2013 ..... 12*
   - *2.8. Análisis de Productividad 14*
3. PROYECCIÓN DEL PRESUPUESTO 2015-2020 17
4. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO 18
5. MEDICIÓN DEL DESEMPEÑO EN UN CONTEXTO DE GESTIÓN ESTRATÉGICA PARA EL INSTITUTO 21

III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 22

1. CONCLUSIONES 22
2. RECOMENDACIONES 31
   - *2.1. Recomendaciones Generales 31*
   - *2.2. Propuestas por Componente de la Gestión Estratégica 31*
   - *2.3. Plan de Acción Preliminar 33*

INDICE DE TABLAS

TABLA Nº 1. Nº DE INDEMNIZACIONES Y PENSIONES CONCEDIDAS ISL, POR AÑO 6
TABLA Nº 2. Nº DENUNCIAS, ACCIDENTES DEL TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES 6
TABLA Nº 3. Nº SOLICITUDES DE SERVICIOS DE PREVENCIÓN DE RIESGOS POR PLATAFORMA ISL 6
TABLA Nº 4. ACCIDENTABILIDAD COMPARADA 2013 7
TABLA Nº 5. Nº DE PRESTACIONES ECONÓMICAS EN RÉGIMEN 2013 7
TABLA Nº 6. HORAS DE CAPACITACIÓN EN PREVENCIÓN DE RIESGOS 8
TABLA Nº 7. GASTO MEDIO Y TASA GASTOS ADMINISTRATIVOS COMPARADOS 8
TABLA Nº 8. PARTICIPACIÓN RELATIVA DE LAS UNIDADES ORGANIZACIONALES 15
TABLA Nº 9. PERSONAL EFECTIVO 15
TABLA Nº 10. BALANCE DE RECURSOS EN HORAS HOMBRE, AÑO 2013 16
TABLA Nº 11. SITUACIÓN CON COSTO ACTUAL 18
TABLA Nº 12. SITUACIÓN CON COSTO MENOR 18
TABLA Nº 13. PLAN DE ACCIÓN PRELIMINAR 34

I. INTRODUCCIÓN

En el marco de la aprobación de la Ley de Presupuestos del Sector Público para el año 2013, con fecha 24 de noviembre de 2012 se suscribió un Protocolo de Acuerdo que, entre otras materias, incluye la realización de una Evaluación del Gasto Institucional del Instituto de Seguridad Laboral (en adelante el Instituto o ISL), materializado a través del Decreto Exento Nº32, de 22 de enero de 2013, que identifica Instituciones a Evaluar en la línea del Gasto Institucional durante el año 2013, y Establece el Procedimiento que Indica. El periodo evaluado cubre los años 2009 al 2013.

Este estudio se realizó entre el junio y noviembre del año 2014, y sus resultados se presentan en el documento principal organizado en 9 capítulos: I. Introducción, II Diseño institucional y organizacional, III. Análisis definiciones estratégicas e indicadores 2009 – 2013, IV. Producción y procesos de la institución, V. Evaluación del desempeño de la institución, VI. Análisis de ámbito y evaluación comparada, VII. Análisis del uso de recursos, VII. Análisis y evaluación de la productividad y Conclusiones y recomendaciones.

Este Resumen Ejecutivo sintetiza los resultados de los principales ámbitos evaluados.

II. EVALUACIÓN DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD LABORAL

1. Contexto

La norma central de ordenamiento del Instituto es la Ley 16.744 (1968) que crea el "Seguro Social Obligatorio contra Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales". Esta norma ha sido sucesivamente modificada y en lo principal por la Ley N° 20.255 (2008), que creó, a partir del anterior Instituto de Normalización Previsional,[1] el Instituto de Seguridad Laboral como gestor público focalizado a la administración del seguro social contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.[2]

Este seguro, con carácter de "obligatorio", implica que todos los trabajadores, independiente de su condición contractual, se encuentran por defecto protegidos por el Instituto en el caso que estos no estén contratados por una empresa adherida a una Mutualidad o a una empresa con Administración Delegada.[3]

El Instituto cuenta con una dotación de 455 funcionarios y un presupuesto de $71.897 millones para el año 2013. Su estructura organizacional consta de un Director General, dos Divisiones y 10 departamentos.[4]

2. Ámbitos de la Evaluación

2.1. Justificación

La primera pregunta que se hace en este tipo de evaluaciones es si se justifica la intervención del Estado, y de ser positiva si la forma en que esta se realiza es adecuada. Al respecto, es opinión de la consultora que la solución para enfrentar privadamente el problema de los riesgos de salud y

[1] Creado por la Ley N° 3.502 (1980).

[2] La misma Ley creó, también a partir del ex INP, el Instituto de Previsión Social (IPS).

[3] Esto es estrictamente cierto a partir del año 2015, cuando todos los trabajadores independientes formales quedan bajo cobertura, haciéndose obligatoria su cotización al seguro. Los únicos trabajadores que quedan sin cobertura son los informales no dependientes y los trabajadores familiares sin remuneración.

[4] Ver Organigrama en Anexo.

enfermedades laborales no es factible, al menos, por dos circunstancias: i) Existen importantes fallas de mercado;[5] y, ii) Existe un factor ético-normativo que, independiente de las valoraciones económicas, permite a la autoridad política actuar en resguardo de la equidad y otros valores sociales, que en este caso se expresan en la voluntad de organizar institucionalmente una forma de reducir la ocurrencia de accidentes y enfermedades laborales y mitigar su efectos cuando éstos se producen, para todos los trabajadores, independiente de su situación contractual y tamaño o tipo de empresa o actividad económica.

En este caso la forma que adopta la intervención del Estado está contenida en la Ley N°16.444, la cual no ha variado sustantivamente a la fecha, y consiste en la creación de un seguro obligatorio y universal que cubre los riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, financiado por el empleador como un porcentaje del total de las remuneraciones imponibles pagadas a sus trabajadores, cuyos beneficios están determinados por ley. Este seguro puede ser administrado y provisto por: i) Corporaciones Privadas, con giro exclusivo, que no persigan fines de lucro, pertenecientes a agrupaciones empresariales y que cumplan condiciones de tamaño y disponibilidad de infraestructura que dispone la ley (Mutualidades), con afiliación voluntaria; o, ii) por la o las organizaciones públicas o sus delegados que determina la ley, que dan cobertura a todos aquellos trabajadores no afiliados a alguna Mutual (cobertura universal del complemento, sin discriminación). Tanto las cotizaciones (aportes), como los servicios recibidos por los afiliados son los mismos, independiente del administrador, y están estipulados por ley.

Esta solución mixta ha resuelto la provisión del seguro, con un costo fiscal mínimo para el Estado relacionado fundamentalmente con el ejercicio de su función fiscalizadora, y en estos últimos años cubriendo un pequeño porcentaje del financiamiento del Instituto. No se encuentra evidencia o estudios que avalen un cambio radical al modelo existente, más allá de las críticas de diverso orden a todo régimen en funcionamiento. En efecto, desde su creación no se han promovido cambios fundacionales a su organización.

2.2. Calidad y Coherencia de las Definiciones Estratégicas

A continuación se analiza la cascada de objetivos estratégicos de las definiciones estratégicas institucionales que ha declarado anualmente el Instituto durante el periodo de evaluación (2009 - 2013) analizando su contenido y proponiendo mejoras cuando se identifican vacíos.

Objetivos Estratégicos Ministeriales

Se observa que entre el año 2009 y 2011 el Ministerio no entregó lineamientos claros del valor que se esperaba del Instituto como institución púbica. Se identifica una variedad de declaraciones que no sirvieron de orientación a la institución, e inclusive se observa una prioridad gubernamental[6] que lo desenfoca totalmente del rol de administrador del seguro social de salud y seguridad laboral. A partir del año 2012 las orientaciones ministeriales tuvieron un cambio importante, sin embargo, los objetivos ministeriales definidos para el periodo 2012-2014 no representan un mandato de cambio del valor público que debería producir el Instituto.

En conclusión, hasta la fecha el Instituto no dispone de objetivos ministeriales respecto a otros temas que fija la ley como son: i) cobertura universal y equidad social en la reparación del daño a los trabajadores y sus familias, cuando ocurre un accidente laboral. En opinión de la consultora esto se debe en gran medida a que no existe a la fecha una Política Sectorial respecto de la Salud y Seguridad Laboral, que oriente el quehacer del sector público y en especial del Instituto. Los

[5] Capítulo justificación económica de la intervención del Estado en: "La economía del Sector Público" J. Stiglitz (1992).

[6] "2. Formar parte del Sistema de Protección Social y contribuir a la protección de la salud de los trabajadores más pobres y de las empresas más pequeñas y desprotegidas".

instrumentos orientadores de las instituciones públicas y privadas de este sistema de seguridad laboral han sido las Leyes N° 16.744 y N° 20.255.[7]

Misión y Objetivos estratégicos del Instituto

La misión declarada del Instituto vigente desde su creación es: "Otorgar Seguridad y Salud Laboral a nuestros (as) afiliados (as), a través de acciones de prevención destinadas a mejorar la gestión de riesgos y la entrega de servicios de recuperación de la salud y mitigación económica de los daños derivados de los accidentes y enfermedades del trabajo". En esta definición está identificado Qué hace y Cómo lo hace el Instituto, pero no se establece Para qué lo hace, deficiencia que no identifica el logro a obtener.

Los objetivos estratégicos del Instituto en sus primeros años (2009-2010) corresponden a una etapa de implementación y por ende se refieren principalmente al mejoramiento de capacidades técnicas, buscando avanzar a su autonomía de gestión respecto del Instituto de Previsión Social. En el año 2011 se produce un cambio importante en los objetivos estratégicos institucionales, los que se han mantenido sin cambios sustantivos hasta el presente (2014). La formulación de estos objetivos se orientó a resultados alineados con los objetivos estratégicos ministeriales 2012 – 2014, y se enfocan en asegurar la pertinencia y oportunidad de las prestaciones médicas y económicas otorgadas a trabajadores afiliados en caso de siniestro, y en fortalecer la gestión de prevención de riesgos laborales de las empresas afiliadas al Instituto, mediante la entrega de servicios de capacitación, asesoría y evaluación. Este último corresponde a un objetivo a nivel de producto y no un de nivel de resultados (intermedios), como sería, por ejemplo, evitar la ocurrencia de accidentes o enfermadas laborales.

Productos estratégicos del Instituto

a) Prevención de riesgos. En lo sustantivo este producto y sus subproductos estratégicos se mantienen en todo el periodo. Para el periodo 2012 – 2014 se mejora la declaración del producto ya que se define el objetivo del mismo. Sin embargo, se observa que el objetivo declarado señala cuál es el fin de la prevención de riesgo en la empresa, impacto o resultado final o de largo plazo al que el Instituto sólo contribuye, pero no se identifica claramente el objetivo de las acciones que realiza el Instituto, generando un resultado inmediato (fortalecer gestión) e intermedio o de mediano plazo (mejorar la gestión en las empresas).

b) Prestaciones médicas. En lo sustantivo este producto estratégico y sus subproductos se mantienen sin cambios en todo el periodo de evaluación. Solo en el año 2009 se observan diferencias en algunos de los subproductos respecto al resto de los años. El objetivo de este producto no está claramente definido: se identifica claramente lo "qué se hace" pero no "para qué".

c) Prestaciones Económicas. Para este producto se observa que a partir del año 2010 se produce un ajuste de los subproductos pero sin cambios sustantivos. En el periodo 2012 – 2014 se agrega el subproducto "Asignación Familiar como beneficio pecuniario que se paga mensualmente a las personas que tienen calidad de beneficiarios (as) cuyo ingreso mensual no exceda del máximo fijado anualmente por Ley. Falta precisión en la definición del producto ya que la acción "velar" no se asocia con una responsabilidad clara de producir algo, por tanto no es pertinente para definir un producto estratégico institucional.

[7] El programa de Gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet manifiesta la intención de "avanzar hacia una cultura que previene, controla y reduce los riesgos laborales, implementando una Política Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo que incorpora activamente a los actores y moderniza la institucionalidad".

Clientes / Beneficiarios / Usuarios del Instituto

En el periodo evaluado se observa variación en la identificación de los clientes del Instituto, lo cual no es plenamente consistente con la estabilidad de los productos y subproductos estratégicos durante todo el periodo. Los clientes más permanentes que define el Instituto son Empleadores Adheridos, Trabajadores de las empresas adheridas e independientes adheridos, Trabajadores accidentados de empresas e independiente adheridos, Pensionados de las empresas e independientes adheridos al Instituto y de las empresas con administración delegada. Como se aprecia, estos dos últimos están contenidos en el segundo definido. En el periodo evaluado también se han definido otros clientes, que incluye a organismos mandantes o fiscalizadores,[8] Empresas con Administración Delegada, otros beneficiarios.[9] Se considera que esta falta de claridad respecto de la población cliente del Instituto es una expresión de la falta de claridad en sus objetivos y productos.

2.3. Análisis de los indicadores del periodo

1. Existen deficiencia en la identificación y definición de los indicadores de resultados de la institución que, en opinión de la consultora, se deben en gran medida a la falta de un proceso de planificación estratégica de la institución. La consecuencia de este vacío explica en gran parte las siguientes deficiencias de los indicadores:
   - ✓ No están claramente identificados los objetivos a los que se asocian los distintos indicadores que dispone actualmente la institución para la medición de su desempeño (Formulario H y PMG).
   - ✓ No se conoce la relación de causalidad entre la gestión/producción del Instituto y el mandato del principal que muestre la cadena de efectos por ejemplo: producción de servicios, efectos inmediatos, de mediano y largo plazo para el grupo objetivo (empresas y trabajadores).
   - ✓ Se hace notar que el mandato del principal debería estar expresado en los objetivos ministeriales los que se consideran poco precisos.
   - ✓ Los indicadores no tienen línea base, en general los logros se miden respecto a lo planificado para un año.

2. Una evaluación del desempeño precisa, considerando la evolución de la institución y logros con metas que realmente muestren desafíos de crecimiento de la institución y mejoras en la calidad y oportunidad de su producción orientados por el valor público que debe entregar a sus clientes, no es posible realizar por varias razones como son:
   - ✓ No existe continuidad de los indicadores, es decir no se mantienen en el tiempo.
   - ✓ De algunos indicadores que se mantienen por algún periodo, se observan cambios en su algoritmo de cálculo perdiendo la posibilidad de análisis de evolución en el tiempo.
   - ✓ Hay una notoria falta de indicadores de resultados (pertinencia, calidad y oportunidad) de los productos estratégicos 2 y 3.

2.4. Producción del periodo

La cuantificación de la producción del periodo muestra lo siguiente:

[8] Ministerio del Trabajo, Subsecretaría Previsión Social, SUSESO, Dirección del Trabajo, entre otros.

[9] Huérfanos y viudas de trabajadores que fallecieron por accidente o enfermedades del trabajo, Trabajadores secuelados de Empresas con Administración Delegada, Escolares que reciben pensión por secuela de accidente escolar, Titulares beneficiarios de la Ley Nº 16.744, que cotizan o cotizaron en el Instituto, Beneficiarios de asignación familiar.

Prestaciones económicas

- En Prestaciones económicas los beneficios concedidos anualmente, de mayor a menor en cantidad, son Indemnizaciones, prensiones de invalidez y pensiones de supervivencia.

Tabla Nº 1. Nº de Indemnizaciones y Pensiones Concedidas ISL, por año

Beneficio	2009	2010	2011	2012	2013
Indemnización	383	374	413	324	433
Pensión de Invalidez	304	325	284	208	237
Pensión de Supervivencia	278	308	313	272	224
Total	965	1.007	1.010	804	894

Fuente: Departamento de Prestaciones Económicas ISL

- Los montos promedios de estos beneficios, al 2013, son: Indemnización, M$1,764; Pensión de invalidez, M$2.576 anual; y, Pensión de supervivencia, M$531 anual.

Prestaciones médicas[10]

- La mayoría de las denuncias (92%) corresponden a accidentes del trabajo,[11] por sobre enfermedades profesionales. La reducción en las denuncias es consistente, a partir del 2011, con una caída en el número de afiliados al ISL:

Tabla Nº 2. Nº Denuncias, Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales

Denuncia	2009	2010	2011	2012	2013
DIAT	s.i.	s.i	s.i	19.138	14.783
DIEP	s.i.	s.i	s.i	1.730	1.319
Total	s.i.	s.i	s.i	20.868	16.102

Fuente: Dpto. de Prestaciones Médicas.
s.i = Sin información.

Prevención de riesgos

- La demanda espontánea por servicios de prevención es la siguiente:

Tabla Nº 3. Nº Solicitudes de servicios de Prevención de riesgos por Plataforma ISL

Solicitudes prevención 2013	Nº
Asesorías en Prevención de Riesgos	4.636
Capacitaciones en Prevención de Riesgos	311
Evaluaciones en Prevención de Riesgos	644

Fuente: Departamento de Prevención ISL

- Los servicios efectivamente entregados por el Instituto incluyen, al 2013: 4.297 cursos presenciales, con 32.771 trabajadores capacitados, 10.275 asesorías realizadas, 4.381

[10] El Instituto no tiene información sobre el servicio de reeducación laboral para el periodo evaluado.
[11] DIAT incluye accidentes del trabajo y del trayecto.

mediciones técnicas (ambientales y exámenes ocupacionales),y 83 investigaciones de accidentes graves y fatales.

2.5. ISL y las Mutuales

A continuación se presentan las principales dimensiones que permiten comparar la situación del Instituto con la de las mutuales en la industria del seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales:

a) Tamaño promedio de empresas asociada (Nº personas afiliadas): muestra una relación de 1/15 del ISL respecto de la mutualidades en todo el periodo de evaluación, observándose un reducción del promedio en el tiempo especialmente en la mutualidades, lo que muestra un avance de algunas mutuales a abarcar independientes a partir del año 2012.
b) Población atendida por el ISL: ha decrecido en más de 100 mil trabajadores, en tanto que las mutualidades han crecido en prácticamente 1 millón de afiliados. El resultado de esta situación es que el ISL pasa de tener el año 2009 un 22% (1.073.804) de los afiliados al sistema a un 16% el año 2013 (901.779).
c) Remuneración imponible promedio por afiliado: para ISL ha evolucionados desde $287 mil (2009) hacia $360 mil (2013), por lo que se observa que comparativamente ha cambiado desde un 58% superior para los afiliados a las mutuales en 2009 ($454 mil) a un 64% ($584 mil) en el 2013.
d) Accidentabilidad comparada: la siguiente tabla ilustra la situación al 2013

Tabla Nº 4. Accidentabilidad comparada 2013

Org. Administrador	Nº Accidentes	Acc. / 10.000 Afiliados
Asoc. Chilena de Seguridad	107.716	479
Mutual de Seguridad C.Ch.C.	99.394	508
Ins. de Seguridad del Trabajo	39.420	690
ISL	16.102	283
Total Sistema	262.680	491

Fuente: cálculo propio a partir de datos SUSESO e ISL.
Nota: la accidentabilidad de ISL se calculó sobre los afiliados no obreros.

e) Prestaciones económicas: la siguiente tabla ilustra la situación al 2013

Tabla Nº 5. Nº de Prestaciones Económicas en régimen 2013

Tipo beneficio	ISL	ACHS	Mutual CCHC	IST
Pensión de Invalidez	5.051	4.289	3.255	988
Pensión de Supervivencia	7.298	5.027	5.120	1.812
Asignación Familiar	4.624	5156	2420	696

Fuente: Departamento de Prestaciones Económicas ISL; SUSESO, estadísticas mensuales 2103.

f) Prevención de riesgos: la siguiente tabla ilustra la situación al 2013

Tabla Nº 6. Horas de Capacitación en Prevención de riesgos

Capacitación 2013	ISL	ACHS
Total Horas cap.	16.059[12]	144.014
Hrs. cap. / Trabajador	0,49[13]	21,90
Hrs. cap. / 10.000 afiliados	282[14]	640

Fuente: Memoria ACHS 2013; Departamento de Prevención ISL

g) Modalidad de contratación de las prestaciones médicas: A diferencia de las mutuales, que cuentan con servicios médicos propios, para otorgar las prestaciones médicas el Instituto opera con 8 prestadores (5 privados y 3 públicos), con los cuales tienen suscritos convenios de prestación de servicios en los que se han establecido las condiciones respecto de los tipos de prestaciones, lugares de atención, aranceles, duración del contrato y su forma de renovación, mecanismo para asegurar la aplicación de las condiciones establecidas en cada convenio, mecanismo de activación de la atención, procedimiento para gatillar los pagos, entre otros aspectos. A la fecha se tienen tres generaciones de contratos, antes del año 2003, entre 2003 y 2013 y a partir del año 2014, con diseños diferentes.

Respecto de la eficiencia administrativa y la gestión de suministros, se efectuó una comparación entre ACHS, Mutual e ISL, para lo cual se consideraron las siguientes variables:

- ✓ Monto de gastos en prevención año 2013 referidos a la aplicación de la ley n° 16.744, considerando la Transferencia que se realiza a la Subsecretaría de Salud
- ✓ Monto de gastos en prestaciones médicas año 2013 referidos a la aplicación de la ley n° 16.744, considerando la Transferencia que se realiza a la Subsecretaría de Salud
- ✓ Número de empleados afiliados a los organismos administradores de la ley n° 16.744
- ✓ Número de obreros afiliados a los organismos administradores de la ley n° 16.744
- ✓ Gastos administrativos de los tres organismos administradores
- ✓ Ingresos por cotizaciones previsionales
- ✓ Para determinación de accidentes obreros del Instituto Seguridad Laboral, se aplicó tasa bruta de accidentabilidad de un 2,83%

Tabla Nº 7. Gasto medio y tasa gastos administrativos comparados
Miles $ 2013

Variable	ACHS (1)	Mutual CCHC (2)	ISL (3)
Gastos Prevención	49.611.405	35.036.248	6.406.228
EMPLEADOS			3.737.068
OBREROS			2.669.160
Gastos Médicos	94.123.324	93.776.669	23.645.497
EMPLEADOS			17.342.905
OBREROS			6.302.592

[12] Cálculo de la consultora sobre datos de ISL. Considera 4.297 cursos presenciales y las siguientes proporciones de horas: 62% Relatoría de Capacitación hasta 2 horas; 32% Relatoría de Capacitación de 2 a 8 horas; 6% Relatoría de Capacitación mayor a 8 horas.

[13] ISL no entregó datos de horas de capacitación, por lo que se realizó una estimación sobre la base de información de los años 2010 y 2011, con la cual se simuló la composición de horas para el total de cursos presenciales realizados el 2013 (4.297).

[14] Considera sólo afiliados en categoría "empleados".

N° de Afiliados (4)	2.229.920	1.861.163	868.964
EMPLEADOS (Q)			569.061
OBREROS (Q)			299.903
N° de accidentes (5)	107.716	99.394	24.589
EMPLEADOS (Q)			16.102
OBREROS (Q)			8.487
Gasto Prevención /Afiliados	22	19	7
Gasto Prevención /Afiliados empleado			7
Gasto Prevención/ Afiliados obreros			9
Gastos médicos/ denuncias	874	943	962
Gastos médicos/ denuncias EMPLEADOS			1.077
Gastos médicos/ denuncias OBREROS			743
Gastos médicos/ afiliados	42	50	27
Gastos médicos/ afiliados EMPLEADOS			30
Gastos médicos/ afiliados OBREROS			21
Gasto administrativo (6)	21.906.499	15.761.957	7.658.405
Total ingresos por cotizaciones	250.732.000	216.433.312	62.632.600
tasa (gasto administrativo /ingresos cotizaciones)[15]	8,7%	7%	12%

Notas:
(1) Información financiera extraída de Memoria Integrada 2013 ACHS.
(2)Información financiera extraída de Estados Financieros al 31 de diciembre 2013.
www.mutual.cl/Portals/0/PDF/estados_financieros/DEF_2014_EF_Mutual_de_Seguridad_CHC
(3) Información Financiera ISL extraída de Ejecución Presupuesto 2013. Documentos entregados por ISL.
Gastos de Prevención del ISL: Valor total extraído del BGI año 2013 cuyo total informado es M6.406.228. Este valor se desagrega en M2.669.160, de transferencia a la Subsecretaria de Salud según Decreto N° 29 punto N° 5 de Subsecretaria de Previsión Social de 18.03.03 para financiar actividades de prevención a los obreros afiliados al ISL y por diferencia respecto del total nos da un monto de M3.737.068 para actividades de prevención en ISL para empleados (Subt. 21 y 22 presupuesto ejecutado al 31.12.13) que sería todo el centro de costos asignables a dicho producto estratégico.
Gastos médicos del ISL: Considera M$ 6.302.592 que se transfiere a la Subsecretaría de Salud según lo señalado en Decreto N° 29 punto N° 4, para financiar prestaciones a trabajadores calificados como obreros y M$17.342.907 presupuesto ejecutado del Subt 23.009 Bonificaciones de Salud.
(4) Fuente: SUSESO Boletín 2013 para mutuales.
(5) ISL: datos de Accidentes de empleados corresponden a Nº denuncias (DIAT y DIEP).Dpto. de Prestaciones Médicas ISL. El número de accidentes de obreros se calculó considerando la tasa bruta de accidentabilidad de 2,83% multiplicada por el número de obreros (número de obreros 299.903 considerando un total afiliados ISL de 868.964 extraído de Estadísticas de la SUSESO).
(6) Gastos Administrativos del ISL corresponden a la suma de los Subt 21 y 22 de la ejecución del presupuesto 2013, excluido el monto de M$ 3.737.068 asociado a Gastos en Prevención en empleados.

[15] Si se midiera respecto del ingreso total del ISL el valor para el año 2013 se modifica a 10,6% en lugar del 12%. No obstant, la consultora considera que lo relevante es medir cuánto se consume en gastos administrativos en relación a los ingresos propios, que corresponde a la principal fuente de financiamiento del ISL, para financiar las prestaciones que debe realizar como administrador del seguro de accidentes laborales y enfermedades profesionales. El gasto administrativo considera todo el gasto administrativo asociado a regiones.

Se puede apreciar que las mayores diferencias entre las dos mutuales y el ISL están en lo relativo a gastos de prevención, donde el gasto por afiliado de las mutuales supera entre 3,4 veces y 2,12 veces en relación al gasto que realiza el ISL. En los gastos médicos, considerando el número de denuncias, se observa una situación más parecida en términos de los niveles de gasto, siendo el gasto del ISL más alto al tomar la cifra de los empleados. Si consideramos el número de afiliados el ISL muestra menor gasto que, en términos relativos solo se produce una diferencia importante en el universo de los obreros, que probablemente tiene su explicación porque el monto de la Transferencia a la Subsecretaria de Salud que se asigna para el financiamiento de las prestaciones médicas de los obreros no cubre necesariamente el gasto efectivo que hacen los servicios de salud para recuperar su salud.

Respecto de los gastos administrativos,[16] en el caso de ambas mutuales la tasa en relación a los ingresos por cotizaciones previsionales se encuentra por debajo del definido en la ley N° 16.744,[17] mientras que el ISL supera dicho porcentaje.

h) Costo médico de canasta. Una estimación del costo medio efectivo de una canasta de atenciones médicas de alto impacto financiero,[18] medido contra la misma canasta valorada por el arancel FONASA, indica que:
   - ✓ En relación al paquete FONASA el que tiene el mayor valor es el de "Amputación de dedos" tanto respecto de los valores de la Mutual de la Cámara Chilena de la Construcción y CAPREDENA, que de acuerdo a información recabada desde estudios del ISL[19] este no tiene un número importante de denuncias en un año, que para el caso del análisis realizado por el ISL se consideró información de facturación del año 2012.
   - ✓ Los valores de CAPREDENA son todos menores en relación a los de la Mutual, y se mueven en rangos que implican porcentajes entre un 33% y 57%. Respecto de los valores FONASA, CAPREDENA muestra valores inferiores en 3 de los 5 paquetes.
   - ✓ Esta forma de definir paquetes de prestaciones es una alternativa recomendable de implementar en futuras licitaciones de prestaciones, ya que permite dimensionar costos y asignar riesgos a los prestadores de servicios médicos bajo un patrón conocido, y además disminuir costos de las prestaciones de salud del ISL.
   - ✓ Es importante destacar que una evaluación operativa destinada a gestionar este tipo de contratos debe poner especial atención a la línea de "días perdidos" , que en este caso hemos supuesto igual para todos los casos, pero que evidencia circunstancial (entrevistas) señala que podría ser distinta según el prestador. Asumiendo igual resultado clínico, mayor número de días de licencia, podrían anular los ahorros obtenido en el valor de las prestaciones.

[16] Se ha considerado como gasto administrativo los recursos ejecutados al 31 de diciembre del 2013 en gastos en personal (Subt 21) y bienes y servicios de consumo (Subt 22), excluido lo referido a los gastos en prevención que se han calculado a partir de la información que se posee.

[17] Que establece un límite de 10%, porcentaje que se regula cada año en la resolución que dicta la Subsecretaría de Previsión Social y que para el año 2013 la fijó en un 9%.

[18] Para la estimación de la canasta se han considerado prestaciones de alta frecuencia e impacto en los gastos totales de las mutuales, considerando algunas que se pueden "paquetizar" asociadas a la solución de una dolencia o un diagnóstico (Pago asociado a diagnóstico AD). Para ello se ha considerado la cantidad de unidades requeridas en la prestación, el tipo de prestación específica, y considerando además el valor de los días de licencia que se producen en cada uno de los eventos. Se han recogido a la fecha los valores de la Mutual de la Cámara Chilena de la Construcción que cobra al ISL, los de CAPREDENA a partir del anexo borrador del convenio con ISL en proceso de negociación y se han comparado con el equivalente en FONASA.

[19] Segundo Informe: Propuesta para una red de prestadores eficiente. Mónica Lavandero. Marzo 2013

2.6. Procesos de trabajo

La información disponible indica que los procesos del ISL en la actualidad están documentados principalmente en lo que respecta a las áreas de apoyo (gestión de personas y TIC), y mínimamente documentados en el caso de las áreas de negocio de Prestaciones Económicas y Prevención. En el caso de Prestaciones Médicas existe un modelamiento y documentación suficiente a efectos de la presente evaluación.

Los procesos y procedimientos formalizados mediante resoluciones exentas del Instituto no cubren el total de los subproductos estratégicos, por lo que a efectos de la presente evaluación la consultora efectuó un levantamiento de procesos del negocio a partir de la información recopilada en entrevistas con profesionales del Departamento de Prestaciones Económicas, del Departamento de Prestaciones Médicas, del Departamento de Prevención, y de equipos de trabajo de las regiones de Valparaíso, O´Higgins y Metropolitana.

La evaluación de los procesos de trabajo es la siguiente:

- Plataforma de atención de público. Hay esfuerzo positivo del Departamento de Clientes y Entorno (DCE) por ordenar la atención de público y producir ciertos estándares a nivel país, y destaca la capacidad de los recursos humanos de las plataformas de atención para manejar una diversidad importante de situaciones y condiciones asociados a la prestación de servicios tan diversos como prestaciones médicas, económicas y de prevención. No obstante, la dispersión en la capacidad de resolución que tiene el recurso humano en la plataforma de atención afecta de manera importante la carga de trabajo del back office (esencialmente, prestaciones económicas y prestaciones médicas del nivel central), produciendo reprocesos o rechazos que podrían haberse previsto y evitado en la mesa de atención (front office).
- Prestaciones económicas. El Departamento de Prestaciones Económicas ha implementado una línea de producción que permite la tramitación de beneficios (análisis, concesión, liquidación y pago) en forma y plazos conocidos. No obstante, no cuenta con una plataforma tecnológica de sistemas robusta, que evite reprocesos, sustente el control, que se efectúa manualmente, y disponga de los estándares adecuados para lograr la interoperabilidad con sistemas de otras instituciones. La debilidad señalada se hace mayor al considerar las tareas de mantención mensual de un conjunto sustantivo de beneficios en régimen (cerca de 18.000), que implica un manejo fino y preciso de la información que sustenta el pago oportuno y correcto de cada uno de dichos beneficios, a lo que se añade su reporte detallado a la SUSESO. Estas tareas son llevadas a cabo con procesamientos manuales (apoyados en aplicaciones para manejo de base de datos o planillas Excel) sobre reportes extraídos de sistemas externos (AVB Menu), y no sobre datos fuente de sistemas del ISL.
- Prestaciones médicas. El proceso se inicia con el ingreso de una denuncia (DIAT o DIEP), cuyo soporte informático no es adecuado, lo que se refleja en la dificultad para el Instituto de generar estadísticas válidas y comparables para todo el periodo evaluado. Adicionalmente, en el ingreso de la denuncia en la plataforma de atención de público se clasifica la calidad de obrero y empleado, con el objeto de derivar o no al accidentado al prestador médico pertinente, proceso que no está claramente especificado, por lo cual no hay certeza de la clasificación realizada, ni vinculado a los sistemas de registro de afiliados del Instituto. Esta debilidad no permite posteriormente realizar cruces de información claves para la gestión del Instituto: en relación a los beneficios médicos, que son realizados por prestadores médicos externos al ISL, el Instituto no dispone aún de procedimientos estandarizados a través de regiones para realizar el "seguimiento", tarea que incluye tanto el monitoreo y control del oportuno y correcto procedimiento médico proporcionado al paciente, como el acompañamiento que los propios profesionales del ISL otorgan al paciente para su óptima recuperación. El Seguimiento no tiene aún un nivel de estructuración como proceso institucional, debido a que la práctica, hasta el 2013, ha sido que cada región defina sus modalidades de trabajo, con bastante independencia

del nivel central. Un efecto no deseado de la relativa independencia procedimental en regiones es que los soportes y registros de información tienen estructuras distintas, capturándose datos distintos para un mismo tipo de actividad, impidiendo que el Instituto disponga de sistematizaciones de las patologías más relevantes, y poder definir estrategias institucionales para su abordaje, tanto médicas como en prevención.

Modalidad de contratación de las prestaciones médicas: dos aspectos no están bien tratados en ISL: el proceso de adquisiciones de los servicios de prestaciones médicas y Proceso de gestión de contratos. En lo primero, se concluye que la relación contractual se ha construido en base a definiciones de demanda de servicios por tipo de prestaciones, con cláusulas de renovación que en la práctica tienen la característica de ser indefinidos, lo que atenta contra la existencia de espacios de innovación, adecuación de precios acorde a los cambios en los precios relativos y una natural tendencia a mantener a esos prestadores, por el tiempo en que se ha desarrollado la relación, independiente si estos entregan servicios en calidad, oportunidad y a precios razonables. En lo segundo, la gestión de contratos se verifica el cumplimiento administrativo de los servicios prestados, y no de la pertinencia de las prestaciones médicas informadas por los prestadores de los convenios, no obstante que los convenios señalan en sus cláusulas una serie de requisitos que deben cumplirse tanto para generar la atención de los afiliados, su seguimiento, información del paciente, visitas inspectivas entre otros aspectos, que de ser aplicados podrían asegurar en parte que las atenciones fueron realizadas, que los insumos, medicamentos y otros fueron aplicados, y que el beneficiario efectivamente requirió de todas las atenciones declaradas en las facturaciones que emiten los prestadores. Las prestaciones médicas que se generan por las órdenes de atención no tienen registro de la obligación devengada,[20] lo que implica un desconocimiento de las obligaciones financieras que en términos del hecho económico que se gatilla por las atenciones no queda en los registros contables. Ello puede significar que se tengan obligaciones de pago no facturadas, obligaciones facturadas no registradas, obligaciones facturadas y registradas no controladas por encontrarse en tránsito. Se concluye que el Instituto no cuenta con un proceso formal definido de planificación, contratación, control y verificación del cumplimiento en completitud de las condiciones establecidas en los contratos y tampoco ha realizado un análisis de la información que le permita focalizar y anticipar mejoras en las condiciones contractuales.

- Prevención de riesgos. Es el proceso que presenta mayores debilidades en su realización: no hay un proceso estructurado para definir la estrategia de prevención. El sentido común en los profesionales de prevención es que la demanda por prevención es básicamente espontánea, no planificable, por lo que el etilo de trabajo es reactivo y se define esencialmente en regiones. No existe una estandarización en sistemas para almacenar la información que se genera regionalmente, de modo que el nivel central requiere reprocesar dicha información para su utilización y análisis, no siendo totalmente confiable los datos anteriores al 2012. No existe una estrategia, en particular, respecto de la modalidad "asesorías", su potencialidad, alcances, limitaciones, pertinencia según población (empleadores / trabajadores) atendidos. En la caso de mediciones técnicas no se tienen procedimientos definidos y claros para la supervisión técnica de las actividades de vigilancia que se realizan en regiones, y el seguimiento y verificación de las medidas prescritas en las empresas, a cargo de los prevencionistas en regiones, descansa en soportes de información parciales (planillas, y documentos de trabajo) de cada prevencionista, no existiendo un soporte institucional para tal efecto.

2.7. Uso de recursos: formulación y ejecución presupuestaria 2009-2013

Los antecedentes presupuestarios permiten señalar lo siguiente:

- Al momento de formular el presupuesto, es decir, los objetivos y metas programadas y el plan operativo que deben dar sustento al presupuesto, en todo el período se ha propuesto una

[20] Excepto para los casos de rehabilitación, donde el inicio de atención requiere la aprobación previa del tratamiento y el presupuesto.

sistemática reducción del excedente en la operación del seguro. Los ajustes al presupuesto en el curso del ejercicio (modificaciones presupuestarias) se han efectuado no siempre de acuerdo a las circunstancias reales (ejecución).

- Los ingresos por Imposiciones Previsionales (subtítulo 04) constituyen la principal fuente de financiamiento del ISL (promedio 88% en el período 2010-2013). Los ingresos efectivamente percibidos (devengados) entre 2011 y 2013 estaría indicando que el efecto positivo del aumento (9%) de la remuneración imponible ha sido superior al efecto negativo de la disminución (11%) del número de afiliados que cotizan en el mismo período. No obstante, es necesario analizar cuan razonable es formular los presupuestos sobre la base de una sistemática reducción de afiliados, y la factibilidad de implementar una estrategia que plantee un desafío que cambie esta situación al colocar metas de mayor recaudación por cotizaciones previsionales, para lo cual el ISL tendría que desarrollar acciones destinadas por una parte a mantener sus afiliados (fidelización) y por otra a lograr nuevos afiliados que aumenten la base de cotizantes.
- El aporte fiscal es un ingreso complementario (promedio 4% del ingreso del ejercicio), que presenta una gran variación entre ejercicios (9,6% en el 2012 del total de Ingresos, participación muy superior a la observada en los otros años del período), y entre presupuesto inicial y final.
- La gestión de inversión en el mercado de capitales (adquisición y venta de activos financieros) se hace sobre la base de los montos que contempla el presupuesto más que gestionar los excedentes estacionales de caja. El nivel de los recursos en depósitos a plazo es una parte bastante menor de lo que se mantiene en disponibilidades (como máximo el 27%), las que a su vez seguramente están muy por encima de lo que podría ser el nivel óptimo de efectivo disponible para garantizar la operación institucional (permitir liquidar cuentas a pagar).
- Los ingresos por recuperación de asignaciones familiares constituyen sólo una parte del total del gasto en Asignación familiar del período en análisis; se ha acumulado un monto por recuperar equivalente al 10,6%. La diferencia tiende a reducirse sistemáticamente al año 2013, que señala un mejoramiento en el proceso de recuperación del gasto en la asignación familiar.
- Las Prestaciones de Seguridad Social (subtítulo 23, directamente relacionados con las prestaciones económicas, médicas y asistenciales) y Transferencias Corrientes (subtítulo 24, recursos destinados a la Subsecretaría de Salud y en un monto menor a concurrencias) representan la parte más significativa del gasto del presupuesto institucional del ISL (82% del gasto ejecutado del ejercicio en el período 2010-2013).
- Los gastos de Prestaciones de Seguridad Social se conforman básicamente por las Prestaciones Previsionales (más del 98%) y Prestaciones de Asistencia Social. A su vez, los componentes (asignaciones) de mayor relevancia de Prestaciones Previsionales según la ejecución presupuestaria del período 2010-2013 son Jubilaciones, Pensiones y Montepíos (53%), Bonificaciones de Salud (38%) y Subsidios por Accidentes del Trabajo (7%).
- En ningún ejercicio se ha ejecutado totalmente la Transferencia a la Subsecretaría de Salud Pública, estos recursos asignados en el presupuesto y no transferidos a la Subsecretaría de Salud Pública corresponderían a menores traspasos por seguro escolar, producto que el nivel de ejecución del presupuesto (ingreso devengado) de imposiciones previsionales en todos los años ha sido inferior al proyectado en el presupuesto inicial.
- La Transferencia para Concurrencia presenta una tendencia a disminuir tanto en el Presupuesto (inicial y final) como en su ejecución.
- Entre el 2011 y 2013 el rango de variación entre la estimación en el presupuesto inicial, el presupuesto final y la ejecución del gasto en Jubilaciones, Pensiones y Montepíos, es pequeño (promedio del orden de 3%), con una leve tendencia a disminuir; en parte a contribuido a esta disminución en el gasto el cese de pensiones en régimen más oportuno producto de cruce de base de pensionados con base del Registro Civil y mayor control en la revisión, reclamación y apelación del porcentaje de invalidez de nuevos pensionados que ha implementado el ISL, reforzando el efecto de la disminución de las tasas de accidentabilidad y cantidad de afiliados.

- El gasto en Bonificaciones de Salud presenta gran variación entre lo programado en el presupuesto inicial y el presupuesto final y ejecución en el período 2010-2013; hay un significativo aumento del gasto en Bonificaciones de Salud en el año 2012 por una acción especial de pago de deudas de arrastre contraídas en ejercicios anteriores, sin embargo los registros contables no reflejan la existencia de este tipo de deudas.
- El gasto en Subsidios por Accidentes del Trabajo presenta gran variación entre lo programado en el presupuesto inicial y el presupuesto final y ejecución en el período 2010-2013; la diferencia del presupuesto final en relación al inicial fue de + 7% el 2010, + 7% el 2011, + 12% el 2012 y + 10% el 2013, sin embargo, en los años 2011 y 2013 la ejecución varió en relación al presupuesto inicial en sólo +1%. Este gasto presenta significativa variación año a año, pero sin que se pueda identificar una tendencia a mayor o menor gasto (necesario observar un período más prolongado).
- Los componentes del gasto en Prestaciones de Asistencia Social son el gasto en Asignación Familiar, que en promedio corresponde en el período al 56%, y el gasto en Pensiones Asistenciales (44%). Salvo el año 2011, las Pensiones Asistenciales no tiene modificaciones del presupuesto inicial en el curso del ejercicio; la ejecución muestra una tendencia a reducir el nivel de gastos a una relación de aproximadamente de $18 millones al año.
- Se han ejecutado gasto en algunos ítems por sobre el límite establecido en el presupuesto en ciertos años (Bonificaciones de Salud el 2010 y 2013, Subsidios por Accidentes del Trabajo el 2010 y 2012, Desahucios e Indemnizaciones el 2013, Asignación por muerte el 2011).
- El gasto de operación (subtitulo 21: gasto en personal y subtitulo 22: bienes y servicios de consumo) ejecutado en el período es aproximadamente del orden del 16% del gasto total del ejercicio.
- El gasto en personal ejecutado ha crecido a una tasa aproximada del 5,5% en el período 2010-2013, mientras que la dotación autorizada de 449 personas se mantuvo constante hasta el 2012 y aumento marginalmente en 6 cupos el 2013. El gasto aumenta en el "Personal a Contrata" y no tiene gran variación en el "Personal de Planta", por tanto, el gasto adicional correspondería en general a mantener la cantidad de personal a contrata con mayor nivel de remuneraciones.
- El gasto en Bienes y Servicios de Consumo presenta una tendencia a disminuir como política (presupuesto inicial) que se corresponde con el gasto ejecutado; en todos los ejercicio del período 2010-2013 el gasto ejecutado fue inferior al presupuesto inicial, incluso en los años 2010 y 2012 en que las modificaciones presupuestarias fueron para aumentar el subtítulo 22 (93% el 2010, 87% el 2011, 98% el 2012 y 92% el 2013). Para los años 2011-2013 la relación con el gasto del ejercicio ejecutado es constante equivalente al 5%; este nivel es siempre inferior a la relación programada en la formulación del presupuesto (indicador calculado con las cifras del presupuesto inicial: 6,4% el 2010, 5,9% el 2011, 5,6% el 2012 y 5,3% el 2013).

2.8. Análisis de Productividad

En esta sección se presenta el modelo de costos desarrollado según la oferta de la consultora para la estimación de los costos totales de los subproductos requeridos, una descripción somera de las técnicas aplicadas para el levantamiento y análisis de la información, y los resultados de la aplicación del modelo.

1) El Costo anual distribuido por unidad organizacional, fue posible de construir casi completamente, considerando que se identificó el 100% del gasto presupuestario correspondiente a los subtítulos 21 y 22, que aglutinan los recursos utilizados como insumos de producción. Este primer resultado es destacable, pues a pesar de los defectos de los sistemas de información, se demuestra que es posible organizar la información presupuestaria aplicada por unidad organizacional, permitiendo una primera apertura analítica. Respecto de los gastos imputados, correspondientes principalmente al uso de infraestructura y equipo, representan un bajo nivel del uso total de recursos, que en parte se explica por la estimación de uso de

infraestructura, sobre la cual no se tuvo información precisa y podría sr revisada.

Respecto de la participación relativa de las unidades organizacionales, la mayor proporción en el gasto de las unidades es de Prevención de Riesgos (33,9%) y Clientes y Entorno (23,0%).

Tabla Nº 8. Participación relativa de las unidades organizacionales

Estructura organizacional	% del costo total
Prestaciones Económicas	4.7%
Prestaciones Médicas	10.5%
Prevención de Riesgos	33.9%
Cliente y Entorno	23.0%
Dirección	6.0%
Jurídico	2.2%
Administración, Finanzas, Cotizaciones y Prestadores y Convenios	13.0%
Gestión de Personas y Tecnología de la Información	6.8%
Total	100,0%

Fuente: Elaboración propia

2) La determinación de la oferta de horas de trabajo (t) por unidad organizacional consistió en obtener el mejor estimador de horas como disponibilidades netas que la organización tiene para efectuar el trabajo. Para ello se recurrió a las bases de datos de personal del ISL. El total de dotación promedio de permanencia efectiva, según contratos, en el año 2013 fue la siguiente:

Tabla Nº 9. Personal efectivo

Estructura Organizacional	Promedio personal efectivo año
Prestaciones Económicas	32,5
Prestaciones Médicas	45,6
Prevención de Riesgos	115,3
Cliente y Entorno	135,6
Dirección	16,0
Jurídico	7,4
Administración, Finanzas, Cotizaciones y Prestadores y Convenios	65,2
Gestión de Personas y Tecnología de la Información	30,4
Total	448,0

Fuente: Elaboración propia

Se consideraron los días hábiles del 2013 según contrato de cada persona y se descontaron las ausencias justificadas según la normativa vigente. Finalmente, para obtener el total resultante se redujo 1 hora la jornada diaria, estimada cualitativamente como el tiempo fraccional de la jornada normal de trabajo. Al igual que en la información financiera se destaca que, a pesar de los defectos de los sistemas de información analizados separadamente, es posible obtener

información precisa sobre la asignación de personal y tiempos disponibles por unidad organizacional suficiente para el cálculo de costos.

3) El costo promedio por hora laboral se calcula en $15.769 para el año 2013, destacándose una brecha que oscila entre el máximo $25.069 para la Unidad Funcional de Dirección y un mínimo de $11.014 para la Unidad Funcional de Prestaciones Médicas.

4) La demanda por recursos del sistema productivo fue estimada sumando las horas consumidas por actividades asociadas al proceso de generación de cada producto. En el proceso de levantamiento de información de los tiempos utilizados en las actividades, se registró el hecho que los funcionarios realizaban un conjunto de tareas adicionales a la función de producción directa. Dichos tiempos se computaron como productos no declarados, que corresponden a lo que se definió como Asesoramiento Diverso. Asimismo, fue necesario incorporar un cálculo para todo el resto de los productos (otros declarados) que no se identificaron individualmente en el levantamiento de procesos pero que implican uso de recursos al ISL.

5) El balance de recursos indica que fue posible asignar en forma directa el 56% de los recursos disponibles, a nivel de producto y unidad productiva, lo que constituye la mejor base para conocer cómo se distribuyen los esfuerzos por producto y unidad organizacional (estructura de costos). En términos resumidos, y considerando la métrica de horas de trabajo, los resultados son los siguientes:

Tabla Nº 10. Balance de recursos en Horas Hombre, Año 2013

Detalle	Producción	DEyA	Total
Oferta de Horas netas	546,597	194,685	741,283
Horas utilizada en productos	373,308	40,563	413,872
% horas asignadas	68%	21%	56%
% no asignadas	32%	79%	44%

Fuente: Elaboración propia

Los recursos no asignados en las unidades productivas, aun asumiendo una alta tasa de error de cómputo (10%), tienen dos explicaciones posibles: por una parte, que se destine ese tiempo a actividades no identificadas las cuales, de identificarse, no necesariamente corresponderían a productos de interés del ISL; y, por otra, a tiempos muertos no utilizados.

Dentro de esta asignación, en las áreas productivas, se logró reconocer de mejor manera la utilización de recursos en prestaciones económicas, en donde la mayor utilización de recursos se centra en los productos de Asignación Familiar, Indemnizaciones y Pensiones (95% de las HH reconocidas en la demanda).

En la unidad funcional de Cliente y Entorno (que sólo agrupa a los trabajadores productivos de la plataforma de atención al público), se logró la menor tasa de asignación de recursos disponibles en el modelo de productividad (37%). La principal razón de esta baja utilización se puede suponer como una sobreoferta de recursos para atender las solicitudes de público en regiones, privilegiando cobertura antes que eficiencia en la utilización de estos recursos.

El balance de recursos muestra que hay un 63% de los recursos de Cliente y Entorno no utilizados directamente en la generación de algún subproducto estratégico, que valorados suman $1.437 millones. Esto significa que la operación de la plataforma de atención en direcciones regionales y sucursales, necesariamente tiene tiempos muertos sustantivos o que genera productos que no ha declarado.

Se puede apreciar que para Prevención de Riesgos se utilizan aproximadamente un 67% de los recursos humanos (horas) en la generación de Asesorías, siendo el producto que más recursos demanda en esta unidad funcional.

Respecto de las unidades de apoyo, la situación es distinta por cuanto hay una cantidad de actividades de Dirección y Planificación que, generando productos internos eventualmente necesarios para el desempeño global de la institución, no es posible identificarlos y asociarlos directamente a la generación de un Subproducto Estratégico (por ejemplo, la generación de informes específicos ante la solicitud de autoridades).

6) Respecto al costo promedio por hora, la unidad funcional con el valor más alto es Prevención de Riesgos (que incluye el nivel central y prevencionistas en regiones). Esto se debe a que presenta el gasto presupuestario más alto de personal (con 129 funcionarios) y de operación. El gasto de operación se compone de arriendos, publicidad y difusión y otros servicios técnicos. Cualquier esfuerzo de optimización debiera observar detenidamente estos gastos.

7) El producto que tiene el costo unitario más alto son las investigaciones de accidentes graves y fatales. Esto se debe a que tiene el costo por hora más alto de todas las unidades (Prevención de Riesgos) y el costo unitario más alto en horas (25 horas). Sin embargo, el impacto final de este producto en la utilización de recursos es bajo, debido a la baja cantidad de investigaciones que se realizan al año (83 investigaciones).

   Similarmente, el tercer costo unitario más alto es el Asesorías (Prevención), que comparte el mismo costo por hora promedio de Prevención de Riesgo, y una alta utilización de horas para generarlas (11.4 horas).

   El costo unitario más bajo se observa Pensiones (con $1,336 por pensión al año) en Prestaciones Económicas. Esto contrasta fuertemente con el costo unitario de producir Indemnizaciones, que alcanza los $361,828 por Indemnización al año. La diferencia se debe a que la cantidad producida difiere bastante, ya que el número de Pensiones incluye tanto las nuevas pensiones otorgadas en cada año, junto con las que se mantienen cada mes. Debido a que esta mantención es un proceso masivo una vez al mes, significa que comparativamente utiliza pocos recursos por cada pensión.

3. Proyección del Presupuesto 2015-2020

A partir de las proyecciones actuariales basadas en tasas de riesgo y en las tendencias de estas, se realizó una proyección del presupuesto del ISL para el período 2015-2020. Esta proyección se hace sobre los siguientes supuestos generales, y se considera la situación base:

- Se utilizan las proyecciones oficiales de población.
- Los trabajadores(as) protegidos(as) a futuro se simulan utilizando la tasa de protegidos sobre población observada en el 2012.
- Incorporar la caída sostenida en el número total de trabajadores protegidos observada durante los últimos años (5%).
- Los accidentes se simulan en conjunto (trabajo, trayecto y enfermedad profesional) en base a la tasa de accidentes sobre protegidos observada en el año 2012.
- Los beneficios económicos nuevos se simulan utilizando el promedio mensual 2012 del ratio de número de beneficios económicos nuevos sobre accidentes totales.
- Las pensiones antiguas se suponen todas correspondientes a mujeres de 45 años de edad en el año 2012.
- El monto de los beneficios se supone igual al monto promedio mensual observado el 2012.
- Los salarios futuros se asumen crecientes en un 2% real anual.

- La cotización al ISL se asume en 1,5% de la masa salarial total (ratio observado en el 2012 entre ingresos por cotizaciones y masa salarial en el 2012).
- No se incluye: la obligación a cotizar a los trabajadores independientes, los beneficios médicos y efecto inflación.

A la situación base se agregaron dos proyecciones adicionales: incorporación de trabajadores independientes y la incorporación de prestaciones médicas a obreros directamente a cargo del ISL, vale decir, ya no existiría derivación de obreros a los servicios de salud públicos. La tabla que consolida las proyecciones es la siguiente:

- En el primer escenario (mantención valor de prestación actual) se requiriere un aporte fiscal adicional significativo a partir del año 2016 con respecto a la situación base (en promedio del orden de los $ 34.600 millones).

Tabla Nº 11. Situación con costo actual
(Miles $)

Detalle	Base		Con Independientes		Con Independientes y Obreros	
	2015	2020	2015	2020	2015	2020
Ingresos	68.914.534	64.859.186	79.000.540	73.907.517	79.000.540	102.346.036
- Propios	67.214.434	60.415.639	75.790.526	68.093.582	75.790.526	68.093.582
- Aporte Fiscal	1.700.100	4.443.547	3.210.014	5.813.935	3.210.014	34.252.454
Gastos	68.914.534	64.859.186	79.000.540	73.907.517	79.000.540	102.346.036
- Operación	11.776.322	11.389.236	11.776.322	11.389.236	11.776.322	11.389.236
- Prestaciones	55.402.355	51.293.122	65.488.361	60.341.453	65.488.361	88.779.972
- Otros	1.735.857	2.176.828	1.735.857	2.176.828	1.735.857	2.176.828

Fuente: elaboración propia.

- En el segundo escenario (valor de prestación reducido en 50%) se necesitaría también de aporte fiscal, pero en un nivel equivalente a un tercio del primer escenario (del orden de $ 11.100 millones).

Tabla Nº 12. Situación con costo menor
(Miles $)

Detalle	Base		Con Independientes		Con Independientes y Obreros	
	2015	2020	2015	2020	2015	2020
Ingresos	68.914.534	64.859.186	73.194.094	68.709.164	73.194.094	79.949.916
- Propios	67.214.434	60.415.639	75.790.526	68.093.582	75.790.526	68.093.582
- Aporte Fiscal	1.700.100	4.443.547	-2.596.432	615.582	-2.596.432	11.856.334
Gastos	68.914.534	64.859.186	73.194.094	68.709.164	73.194.094	79.949.916
- Operación	11.776.322	11.389.236	11.776.322	11.389.236	11.776.322	11.389.236
- Prestaciones	55.402.355	51.293.122	59.681.915	55.143.100	59.681.915	66.383.852
- Otros	1.735.857	2.176.828	1.735.857	2.176.828	1.735.857	2.176.828

Fuente: elaboración propia.

Estos dos escenarios se pueden considerar como límites superior e inferior para la proyección del presupuesto del ISL con la incorporación de los independientes.

4. Evaluación del desempeño

El análisis de desempeño realizado permite concluir que el Instituto presenta deficiencias o vacíos

que comprometen su gestión. Las principales deficiencias o vacíos que se identifican son:

- Falta de lineamientos estratégicos unívocos que bajen desde el principal, que le dé sentido y dirección a la Planificación Estratégica Institucional.
- Dificultad para gestionar el seguro desde la lógica de los incentivos internos para mantener el valor patrimonial de la institución, gestionando las variables claves del funcionamiento sistémico que presenta en este tipo de industria, como se describe en el punto 5. 1.1
- Vacíos y deficiencias en su gestión operativa, principalmente en los procesos de Prevención de Riesgo y de Gestión de Contratos de Prestadores de Salud.
- Vacíos y deficiencias importantes de procesos, herramientas y disponibilidad de información; para desarrollar funciones de desarrollo y control de gestión.
- Falta de conocimiento de sus clientes lo que significa que el Instituto hace una gestión a ciegas.

En términos específicos, la evaluación del desempeño del instituto de Seguridad Laboral es la siguiente:

La calidad de las definiciones estratégicas no ha sido suficiente para orientar claramente la gestión del Instituto:

- El principal (Ministerio, en representación del Gobierno, y éste de los ciudadanos) no ha entregado lineamientos claros respecto del valor esperado del Instituto en tanto institución púbica, inclusive ha pronunciado orientaciones que lo desenfocaron de su rol de administrador del seguro ATEP.
- El Instituto, por su parte, no ha tenido claridad para precisar su aporte (valor, logro) y quiénes son los destinatarios de éste. Ello se expresa en definiciones incompletas o erráticas de su misión institucional, objetivos estratégicos institucionales, productos estratégicos y clientes o beneficiarios.

La métrica para medir el desempeño del Instituto es deficiente en su diseño e implementación, a excepción de Prestaciones Económicas cuya métrica es pertinente:

- En general, la evaluación del desempeño a través de indicadores no es posible de realizar porque: hay deficiencias en la identificación y definición de los indicadores de resultados de la institución, no hay continuidad de los indicadores, y aquellos indicadores que se mantienen modifican el algoritmo de cálculo, y no hay indicadores de resultados para 2 de 3 productos estratégicos.
- Prevención de Riesgos: el conjunto de indicadores existentes podría entregar información relevante para una evaluación de los resultados en el periodo evaluado, sin embargo se verifican cambios en el algoritmo de estimación o la unidad de referencia (empresa adherida vs. unidad laboral), no permitiendo comparabilidad en la medición.
- Prestaciones Médicas: de los cinco indicadores existentes, sólo dos corresponde a resultados, pero no tienen continuidad en el periodo, no permitiendo comparabilidad en la medición. De los tres indicadores restantes dos corresponden a gestión financiera de corto plazo, no relacionados directamente con la calidad y oportunidad de los servicios adquiridos para las personas, y un tercero refiere a una tarea.
- Prestaciones Económicas: presenta los indicadores más pertinentes para la medición de resultados, aunque se podrían ajustar orientándolos, por ejemplo, a la medición de tiempos de concesión o al tiempo total de tramitación de los beneficios económicos más relevantes (pensión de invalidez y de supervivencia).

Los resultados del Instituto comparados con la industria (mutuales) muestran un desempeño deficiente en el periodo evaluado:

- Al 2013 el Instituto posee el mayor stock de pensiones vigentes en el sistema, con 12.349 (invalidez y supervivencia), le siguen la ACHS (9.316), la Mutual de Seguridad CCHC (8.375) y el IST (2.800). Los datos muestran que en periodos anteriores probablemente predominaron

criterios sociales por sobre los de eficiencia en la administración del seguro, que llevaron al ISL a acumular un pasivo importante de pensiones vigentes. Si bien el número de pensiones concedidas anualmente por el Instituto ha caído en el periodo 2009-2013 (-22% pensiones de invalidez y -19% pensiones de supervivencia), la carga de pasivos que debe sostener su población cotizante es creciente en el tiempo, pasando de una tasa de 2,21 veces (2009) respecto de las mutuales a 3,09 veces (2013). En síntesis, aunque la carga de pensiones fue generada en periodos anteriores, dada esa situación el elemento que debió ser gestionado a favor del ISL en el periodo era la retención de cotizantes, que a juzgar por su caída constante, no ha ocurrido.

- El pago de pensiones es un indicador de la calidad de la gestión puesto que es un reflejo, en tanto resultado, de un conjunto de variables de dominio del Instituto: calidad de la prevención y calidad de la prestación médica. Al considerar el monto de las pensiones pagadas por el Instituto y las mutuales se observan comportamientos diferenciados: al 2013 ISL paga pensiones de invalidez un 15% en promedio más altas que las pagadas por las mutuales ($214.262 vs. $187.082).[21] Dado que en el monto de la pensión de invalidez confluyen esencialmente dos variables, la gravedad del siniestro (calificado vía Pérdida de Capacidad de Ganancia, PCG) y la remuneración del afectado, se concluye que las mayores pensiones de invalidez que ha pagado el ISL en relación a las mutuales obedecería a una atención médica de menor calidad, menos oportuna, y a una calificación PCG que incluye criterios sociales, que si bien es realizada por una entidad externa (COMPIN), no se advierte en ISL un proceso sistemático de revisión y reclamación en caso en corresponda de dichas calificaciones.
- Prevención de riesgos: Pocos son los aspectos que se puedan comparar contra los otros actores del sistema (mutuales). No obstante dos indicios confirman que la prevención que ha realizado el Instituto ha sido deficiente: por un lado, al comparar las horas de capacitación según organismo administrador se observa que la ACHS, que supera 4:1 el número de afiliados del ISL, realiza más del doble de las horas de capacitación que ISL por cada 10.000 afiliados. Por otro lado, en los Exámenes ocupacionales el volumen realizado durante el 2013 por la ACHS (1.239 / 10.000 afiliados) supera largamente a lo realizado por ISL (72 / 10.000 afiliados), y se puede atribuir, entre otros factores, a que la ACHS restructuró su oferta mediante un diagnóstico de sus empresa adheridas y la formulación de un plan de transformación del servicio.[22]

En términos de procesos de trabajo el desempeño del Instituto ha sido en general deficiente, con algunas áreas mejor posicionadas:

- Formalmente no se dispone de un manual organizacional ni de procedimientos del negocio, lo cual revela la seria carencia a nivel de diseño organizacional que presenta el Instituto. Suelen existir procedimientos administrativos, que por su naturaleza, no aportan a ordenar en la institución el funcionamiento del foco del negocio.
- Gestión de clientes: la unidad a cargo del registro de afiliados (Unidad de Control de Cotizaciones) no tiene los sistemas informáticos adecuados, ni ha recibido un mandato específico de sistematizar, conocer y mantener los clientes del ISL, limitándose al control administrativo de las cotizaciones mensuales. Esta información es la base a partir de la cual ordenar el conocimiento sobre los clientes del Instituto, y la gestión de los servicios, y presenta serias falencias como para ser útil en la gestión del Instituto.
- La Plataforma de atención al público ha enfocado la atención de clientes desde la perspectiva "experiencial", sin un respaldo de procesos y sistemas adecuados desde el back office. Esta unidad no administra la información clave sobre los clientes del ISL. Lo que puede ser una buena iniciativa (homogeneizar un estilo de atención de público) podría terminar afectando negativamente la imagen del Instituto en la medida que sus clientes no obtengan las

[21] Al 2010 dicho diferencial fue 20%.

[22] Creando una subgerencia a cargo de la provisión de Servicio de Exámenes Preventivos y del mantenimiento del Centro Integral de Evaluación Laboral (CIEL).

respuestas de servicio adecuadas (calidad, plazos, precisión), que el Instituto no puede hoy garantizar.

- Prestaciones Médicas presenta serias deficiencias en la gestión de procesos claves: sistemas de información de soporte (SPM, SIAP) que no interoperan con otros sistemas claves del Instituto (contable, financiero) registro de denuncias no confiable, dificultad para la identificación de obreros y empleados (según lo exige la Ley vigente) y su vinculación con otras prestaciones (por ejemplo, económicas), falta de sistematización y homologación de los criterios de actuación para el seguimiento en regiones, que diferencie claramente el rol contralor frente a los prestadores médicos y el rol de facilitador de la recuperación física del paciente, definiendo protocolos mínimos de gestión. En la relación con proveedores de servicios médicos, si bien desde septiembre del 2013 se ha comenzado a ordenar el proceso de control de la facturación por prestaciones médicas, a la fecha sólo se realiza un análisis administrativo, no existiendo un protocolo de control de riesgo de la pertinencia médica de los servicios facturados.
- Prevención de Riesgos. No se verifica una reducción en la accidentabilidad a causa de las acciones de prevención realizadas por el Instituto, básicamente debido a que en el periodo evaluado no se desarrolló una estrategia sostenida para la prevención de riesgos. La tónica fue el cambio de sujeto de las acciones (la empresa vs. los trabajadores), y el diseño de las acciones no tuvo una base sólida para su formulación. Al contrario, la mala calidad de las bases de datos sobre los afiliados y sus características no permitieron disponer de diseños robustos y pertinentes para la prevención, sumado a que en la práctica en materia de prevención las regiones han sido bastante autónomas. La gestión del proceso prevención de riesgos (diseño, ejecución y evaluación) ha sido débil y reactiva. Débil, puesto que a excepción de las acciones de capacitación, que son definidas en el nivel central para su realización en regiones, el grueso de las acciones de prevención dependen de los criterios que defina cada región, los cuales no cuentan con una política ni una estrategia comprensiva que las enmarque. Y reactiva, puesto que en el ISL predomina la concepción que la demanda es esencialmente espontánea o derivada (por ejemplo, la que surge de los protocolos de vigilancia que dicta el MINSAL), y por tanto, habría poco espacio para la planificación. Más aun, la falta de gestión en esta área es evidente pues en el caso de las demandas por prevención que tienen origen interno en el Instituto, el Departamento de Prevención no dispone de un registro respecto de la entidad que lo generó (Dirección del Trabajo, SUSESO, MINSAL, o el propio ISL). En este sentido el estilo de trabajo del Departamento corresponde más bien a un proveedor técnico de servicios de prevención que a un administrador que organiza una estrategia y su implementación.

5. Medición del Desempeño en un contexto de Gestión Estratégica para el Instituto

La evaluación permite señalar lo siguiente:

1. Las actuales autoridades del sector o principal declaran los siguientes mandatos de los cuales el Instituto debe hacerse cargo:[23] i) que el Instituto tenga como foco "realizar una administración eficiente del seguro", tal como la mejor mutual, y, ii) que en el caso que el Instituto deba generar algunos productos de valor público, éstos deben estar fuera del contexto de la administración del seguro, que implica otra materia y consecuentemente otro tipo de financiamiento.
2. Se identifica en la Ley vigente que el Instituto tiene un mandato legal que lo diferencia de las mutuales privadas, que señala que el Instituto debe asegurar cobertura y equidad en los servicios ofrecidos, con acceso universal y sin aplicar criterios de selectividad.

La consultora ha identificado propuestas para superar estos vacíos y deficiencias, pero se considera que estas propuestas específicas sin una propuesta global de mejora de la gestión no llevarán al Instituto a un cambio sustantivo de su gestión y desempeño. Estas propuestas se articulan en cuatro componentes: i) Planificación Estratégica Institucional; ii) Estructura Organizacional; iii)

[23] Notas de la entrevista a asesor del Subsecretaria de Previsión Social.

Procesos Productivos y de Apoyo; y, iv) Medición del desempeño, que significa que la Institución disponga de un Sistema de Medición de Desempeño formado por un Sistema de Seguimiento y Evaluación de la Implementación de la Planificación Estratégica Institucional, un Sistema de Monitoreo de la Gestión y, como base de los dos sistemas anteriores, un Sistema de Información de Gestión.

III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Conclusiones

Respecto de la Gestión Estratégica

- Tanto fallas de mercado (información incompleta, asimetrías de poder negociador, incompleta de mercado, externalidades negativas) así cómo como razones ético-normativo justifican la existencia del Seguro Social de Salud y Seguridad Laboral, de carácter obligatorio y de cobertura universal. Las primeras justifican la intervención del estado, en tanto las segundas dan base para la existencia del Instituto que provee servicios de Salud y Seguridad Laboral, con carácter de servicio público, que realiza sus funciones de administrador del seguro, capaz de hacerse cargo de los mandatos de universalidad y no discriminación, complementariamente a otras instituciones privadas sin fines de lucro a las cuales se les encarga similares servicios.

- No obstante lo anterior, la institucionalidad clarifica los mandatos de "ser un seguro eficiente" como cualquier otro y "atender las necesidades de universalidad y no discriminación" en cuanto a ejercicios de derechos. Un ordenamiento de estos mandatos, podría zanjar productivamente el dilema, distinguiendo entre funciones de derecho de funciones de seguro, con financiamiento fiscal separado y controlado para las segundas y la exigencia de autofinanciamiento para la primera.

- Durante el periodo revisado es difícil identificar una línea conductora respecto de las declaraciones estratégicas, que deben guiar la acción de la Institución. En efecto, a pesar que la Misión permanece estable, los mandatos surgidos del ámbito del Principal, es decir del Ministerio del Trabajo y Previsión Social y de la Presidencia, (Prioridades Gubernamentales, Objetivos estratégicos Ministeriales, programas de Gobierno) son ambiguos y en general no entregan lineamientos claros que orienten la acción estratégica del Instituto. En opinión de la consultora esto se debe en gran medida a que no existe hasta la fecha una Política Sectorial en el tema de Salud y Seguridad Laboral que oriente el quehacer del sector público y en especial al Instituto. Esta falta de lineamientos estables de conducción estratégica, son un factor limitante a cualquiera gestión operativa, incluyendo por cierto la elaboración y medición de objetivos precisos orientado al mejor servicio del cliente y satisfacción de los mandantes. Sin embargo los objetivos estratégicos institucionales han mostrado mayor estabilidad entre el 2011 y 2014, orientándose a lograr resultados con mayor alineamiento con los Objetivos Estratégicos Ministeriales (OEM).

- Un ejemplo de esta desintonía es el hecho que el Instituto considera un objetivo la pertinencia y oportunidad de las "prestaciones médicas y económicas, reparativas de los daños de accidentabilidad y enfermedades laborales", lo que no encuentra correlato en el mandato ministerial, no obstante es una obligación legalmente descrita. Por otra parte, el Instituto no incorpora objetivos de cobertura, universalidad y equidad social, que por su carácter público es el único que podría realizar el encargo de afiliar a independientes[24] y trabajadores sin ningún

[24] Se estima que el Instituto deberá incorporar aproximadamente 226 mil independientes a partir del año 2015.Capitulo 2.1.1

tipo de exclusión y con igualdad de calidad en los servicios, lo que a su vez es un mandato programático del gobierno.

- Se hace presente que hasta el 2014 solo se han atendido algunos independientes que voluntariamente se han afiliado al Instituto, situación que cambiará a partir del 2015, que en forma obligatoria tendrán que cotizar en el sistema de previsión todos los independientes y por consecuencia cotizar para el Seguro Social Laboral y por tanto, deberán elegir si cotizan en el Instituto o en una Mutual. Esta situación será un cambio importante para el Instituto, situación que consideramos debería reflejarse en los objetivos ministeriales e institucionales del Instituto a partir del 2015, por ejemplo definirse un producto o subproducto estratégico del Instituto que diera cuenta de este cambio.

- Un aspecto no menor de la Institucionalidad, es la eventual inhibición práctica de la SUSESO para tratar al Instituto, en lo que corresponde a administrador de seguro social, con igual rigor que a las Mutualidades, ambas instituciones son coordinadas por la misma autoridad política. Este efecto analítico se confirma en la práctica en la ausencia de sanciones u obligaciones perentorias para disponer de información detallada de pago por servicios médicos por ejemplo.[25]

Respecto a la <u>organización y los procesos y prácticas de trabajo</u> necesarios para producir, entregar y cuidar del valor que le esta encomendado al Instituto.

- El Instituto no muestra capacidades suficientes de planificación estratégica permanentes que sean la base para una adecuada alineación entre el nivel estratégico sectorial, institucional y operativo. La consultora fue informada que la institución realizó en el año 2009 un ejercicio de planificación estratégica, pero no dispuso de un documento que describiera dicho ejercicio, así como tampoco se observaron instrumentos o herramientas de implementación, seguimiento, evaluación y actualización de ésta.

- Desde su creación no ha contado con una plataforma robusta de gestión de la información, lo que junto a la dependencia de fuentes externas (IPS, Prestadores médicos) y a una estructuración de procesos parciales guiados por las urgencias y necesidades coyunturales, lo pone en la situación de no disponer información sistemática, firme y veraz respecto de las actividades criticas de producción. El ejemplo más patente es la no disponibilidad de una identificación detallada y permanente de sus clientes, disponiendo de una verdadera hoja de vida de la empresa y sus trabajadores atendidos. Sin esta información organizada y sistemática, no se puede gestionar el servicio a los clientes y anticiparse a lo que puede ocurrir con ellos (cambio a mutualidad por ejemplo)[26] Otro ejemplo crítico es la falta de interoperabilidad de los sistemas para soportar el proceso financiero principal del negocio, cual es el control de cotizaciones y su cobranza. El hecho que el IPS no pueda en la práctica actuar como un mero proveedor de servicios, con la obligación de servir a su mandante (esto es el ISL), dificulta los procesos de trabajo haciéndolos más onerosos[27] además de dejar un vacío de responsabilidad en que el "dueños de los datos" en la práctica no tiene soberanía sobre ellos.

Respecto de los procesos de trabajo:

Plataforma de atención al público

[25] No es posible la aplicación de multas u otro tipo de sanciones entre instituciones pública.

[26] Las bases de datos disponibles no nos parecen confiables, varían de mes en mes y no estabilizan la información de empresas y trabajadores.

[27] Oneroso, en el sentido de: Pesado, molesto o gravoso que define la RAE. , no necesariamente de flujo financiero,

- Desde el 2013 se destaca el esfuerzo del Departamento de Clientes y Entorno (DCE) por ordenar la atención de público introduciendo estándares de procesos a nivel país en la plataforma de atención respecto de procesos de prestaciones médicas, quedando para el 2014 la implementación de procesos de atención de solicitudes de prestaciones económicas y de atención ciudadana. Esta reciente implementación de los primeros estándares de atención debiera reflejarse a fututo en una disminución en los errores de ingreso de solicitudes y en menores reclamos (o aumento de satisfacción) de usuarios por la atención recibida en la plataforma de atención de público. A la fecha, esta implementación no ha sido acompañada por la definición de indicadores de desempeño ni metas específicas (por ejemplo, reducción en tiempos de tramitación de beneficios). Además, debe tenerse presente que estos rediseños afectan sólo al front desk del ISL, y no incluyeron un rediseño u optimización de los procesos del back office, esto es aquellos de las áreas clave del ISL (prestaciones médicas, prestaciones económicas y prevención).
- El uso intensivo de diversos sistemas y aplicaciones informáticas para producir la atención requerida es un condicionante del perfil del recurso humano que se requiere en la plataforma de atención que implica determinadas habilidades en TIC a nivel de usuario avanzado, lo cual no se cautela desde la gestión recursos humanos, pues sólo se define el perfil de ingreso (nivel usuario intermedio). Las entrevistas realizadas en regiones dan cuenta de una dispersión importante en los tiempos de atención para idénticas solicitudes, lo que indicaría dispersión en los perfiles efectivos disponibles en las plataformas de atención. Las habilidades TIC, junto a un conocimiento acabado de la normativa relevante, determinan de manera importante la capacidad de resolución que tenga el recurso humano en la plataforma de atención y la posterior carga de trabajo del back office (esencialmente, prestaciones económicas y prestaciones médicas del nivel central)

Prestaciones Económicas

- Tras un proceso de aprendizaje para ISL, a partir del 2011, año en el cual IPS deja de procesar beneficios económicos de la Ley 16.744, el Departamento de Prestaciones Económicas (DPE) ha logrado montar un equipo de trabajo afianzado, consolidando un mecanismo de trabajo que le permite tramitar la concesión de beneficios comprometiendo plazos con el solicitante (en la Web ISL se declara entre 30 y 60 días dependiendo del beneficio económico), e incorporando estos parámetros en los indicadores de desempeño: el indicador de tiempo promedio de respuesta se ha reducido de 39 días (2009) a 32 días (2013).
- No obstante, existen riesgos asociados a los mecanismos de control utilizados, los que se soportan en procesos manuales, apoyados en planillas Excel que cada unidad o responsable mantiene y descansan en buena medida en la "buena memoria" del recurso humano del Departamento de Prestaciones Económicas más que en sistemas automatizados de control. El control cruzado que se realiza con el Departamento de Finanzas apunta a la línea final de pago, verificándose que lo pagado corresponda a lo señalado en la respectiva resolución que asignó o modificó el beneficio. Debido a la operación manual de los controles en el Departamento de Prestaciones Económicas los riesgos consisten en la no detección o detección tardía de los mismos (por ejemplo, una vez pagado el beneficio), no existiendo una rutina de control (monitoreo) permanente de casos según estado de procesamiento, identificando en particular casos en que se solicitó información adicional, casos finiquitados, rechazados, con errores en el cálculo, liquidación o pago.
- El mecanismo de procesamiento de solicitudes descansa en el registro y control manual de antecedentes y no tiene un soporte informatizado adecuado, no existiendo un tratamiento de expedientes digitales. El procesamiento manual concentra los recursos humanos del DPE (28 personas) en periodos peak del año para procesar volúmenes importantes de beneficios. Principalmente las asignaciones familiares, que se concentran en los meses de marzo y agosto, con un volumen el 2013 cercano a las 28.000 solicitudes en cada uno de dichos meses del 2013, y que deben procesarse (análisis hasta liquidación) dentro de un mes para que el pago se ejecute a la brevedad. Este gran volumen de solicitudes se añade a las que mensualmente

ingresan a tramitación por los demás beneficios (173 indemnizaciones y pensiones), y a la mantención, control y reporte a SUSESO de todos los beneficios (581 SIL, 12.350 pensiones y 4.600 asignaciones familiares cada mes del 2013).

- Los requerimientos intensivos de información detallada por parte de SUSESO respecto de los beneficios concedidos y pagados, y en particular para asignaciones familiares, implica la realización de doble registro, en los sistemas del ISL (o IPS) y en los sistemas de la SUSESO (SIELAF).
- La concesión de prestaciones económicas producto de enfermedades profesionales genera un volumen de trabajo importante para el DPE en la determinación y control de concurrencias, que para el 2013 corresponde al 49% de las indemnizaciones y pensiones de invalidez por enfermedad profesional concedidas por el ISL. Esto es, se rehace el trabajo de análisis y cálculo de beneficios en cerca de la mitad de los casos concedidos. El trabajo que se realiza en el ISL constituye un subsidio financiero cruzado hacia las mutuales, que en estos momentos no es factible de cuantificar. Sin embargo, las estadísticas del sistema del seguro ATEP muestran que al tiempo que el ISL ha ido disminuyendo el número de pensiones e indemnizaciones por enfermedad profesional de manera sistemática desde el 2009 (de 241 casos el 2009 a 132 casos el 2013), lo que se ha traducido en un número relativamente estable de casos de concurrencias a cobrar a mutuales (155 casos el 2009 vs. 166 casos el 2013), por su parte las mutuales han incrementado el cobro de concurrencias al ISL (de 146 casos el 2009 a 225 casos el 2013). Estas cifras revelarían que el sistema del seguro ATEP tiene incentivos que descansan la determinación de concurrencias en la entidad pagadora y no en la que cobra. No hay antecedentes que permitan discriminar si es un comportamiento que las mutuales tienen sólo con ISL, o si también ocurre entre las propias mutuales. Por último, los datos también evidencian que para el 2013 de las cobranzas de las mutuales recibidas en el ISL sólo el 4% fueron aceptadas 100%. Por su parte, los datos para el 2013 indican que el 100% de las cobranzas emitidas por el ISL a las mutuales fueron aceptadas totalmente en forma y montos.
- Las tareas de mantención mensual de un conjunto sustantivo de beneficios (cerca de 18.000), que implica un manejo fino y preciso de la información que sustenta el pago oportuno y correcto de cada uno de éstos y los reportes requeridos por la SUSESO, se basan en procesamientos manuales apoyados en aplicaciones para manejo de base de datos o planillas Excel, que por esta condición añaden un componente de riesgo operacional que bien podría evitarse. Lo anterior tiene su origen en que la operación se sustenta en sistemas no propios del ISL, CoreAgil y AVBmenu del IPS, para los cuales debe requerir la extracción de data y luego procesarla para efectuar, por ejemplo, cuadraturas. Los antecedentes del Departamento de Prestaciones Económicas indican que en la cuadratura mensual no se han detectado diferencias con los pagos realizados por el Departamento de Finanzas.

Prestaciones Médicas

- La secuencia lógica de atención de un trabajador afiliado ante un siniestro (accidente laboral o enfermedad profesional) no tiene un soporte de información claro en el ISL: la cuenta de solicitudes de denuncias (DIAT – DIEP), o de órdenes de atención (OPA, ODA) no es plenamente confiable, y la consultora verificó que requerimientos de información distintos generaron distintas salidas del SPM. Las dudas sobre la validez de la información generada desde el soporte operacional (antes SIAP, hoy SPM) es una debilidad sustantiva para el Instituto. Sin embargo, la última cifra de denuncias (DIAT y DIEP) entregada por el Instituto es consistente con otras cifras, como es el número total de tratamientos brindados el 2013, y que generaron facturaciones.
- Si bien el diseño del ingreso de una denuncia, DIAT o DIEP, contempla una vía presencial y otra virtual, esta última no está operativa debido a la migración desde SIAP hacia SPM, por lo cual el denunciante debe acudir a la plataforma del ISL para iniciar su tramitación. Esta flexibilidad para realizar denuncias, por el trabajador, un tercero o el empleador, hace que en la práctica por cada caso (paciente) se ingrese en promedio dos denuncias, que más tarde el Instituto debe identificar y validar como una sola denuncia unívocamente relacionada a un caso

(persona). A la fecha la asociación denuncia - persona presenta inconsistencias debido a que los datos del periodo 2010-2013 están contenidos en dos sistemas distintos (SIAP y SPM), donde el primero no entrega resultados de querys consistentes con las estadísticas oficiales de DIAT y DIEP. Por ejemplo, para el 2013 de un total de 30 mil denuncias se logra identificar 23 mil casos únicos (21 mil DIAT y 2 mil DIEP), pero las estadísticas oficiales señalan sólo 16.102 denuncias (14.783 DIAT y 1.319 DIEP) validadas por el organismo administrador (ISL). Parte del fenómeno se atribuye a que la calificación de las denuncias se va modificando a través del año, ya sea porque el proceso RECA cambia accidente laboral por accidente común, o bien un accidente laboral migra a enfermedad profesional. También debido a que las reclamaciones a que tienen derecho los afectados, y que son resueltas por la COMERE en primera instancia o la SUSESO en última instancia, pueden modificar dictámenes de calificación previas (RECA), obligando a corregir las estadísticas previamente informadas. Para estos cambios el ISL no tiene un proceso de identificación preciso, no pudiendo dar cuenta de los cambios de estado de una denuncia. Debe señalarse que estas inconsistencias de estadísticas no implica que al momento del pago facturas médicas se paguen más de una vez algún beneficio o a un prestador de servicios médicos, ya que la relación final de denuncia validada por el organismo administrador (ISL), código único de atención (CUN, asignado por SUSESO) y RUT paciente son controlados en la línea de pago del ISL.

- No existe en el periodo evaluado (2009 - 2013) una clara y sistemática identificación de afiliados en calidad de empleados y de obreros, no publicando el ISL estadísticas oficiales al respecto (lo que sí se observa en el caso de la mutuales). Notorio es que el formulario oficial de denuncia no contiene dicha clasificación, y en la plataforma de atención de público del ISL se aplica verbalmente al denunciante un set de preguntas sobre aspectos operativos del trabajo del trabajador siniestrado que le permite realizar la diferenciación. Como se aprecia, no hay registro de la aplicación de este método excepto la marca que en el sistema SPM se deja para tal efecto: es obrero o es empleado. En caso que el ejecutivo de plataforma equivoque la clasificación respecto de un trabajador accidentado o enfermo no es posible detectarlo a posteriori. Adicionalmente, todos los trabajadores accidentados o enfermos que acuden directamente a los Servicios de Salud públicos no son detectados ni clasificados por el ISL, ni al momento de la primera denuncia ni en su posterior tratamiento. En el caso de los trabajadores que acuden a la plataforma ISL para efectuar la denuncia y recibir una orden de atención médica durante el periodo 2009-2013 se observa una inconsistencia en el criterio de atención a obreros: hasta el 2012 se proporcionaba una primera atención médica (generación de OPA) a todo afiliado accidentado o enfermo, y en el caso de un obrero inclusive podía ser derivado a un prestador en convenio (mutual, clínica, hospital) distinto de un Servicio de Salud. A partir del 2013 se cambió el criterio excluyéndose a los obreros de la emisión de OPA, derivándolos inmediatamente a los Servicios de Salud. En la actualidad se ha repuesto el criterio de atención a empleados y obreros, al menos en una primera atención (OPA), situación que plantea el problema de la improcedencia ya advertido por la SUSESO con anterioridad, y de una potencial duplicación de costos en el sistema.[28]
- El tratamiento diferenciado para trabajadores calificados como obreros introduce problemas operativos para el ISL para la ejecución de sus obligaciones, ya que antecedentes clave (como los contenidos en la ficha clínica) para la tramitación de beneficios económicos (como indemnizaciones o pensiones) pueden demorar a causa de la falta de información que produce el prestador médico, que en este caso es el Servicio de Salud. La dificultad mayor para ISL en estos casos es la pérdida de la traza de la información sobre el tratamiento entregado. Lo cual es más crítico en las enfermedades profesionales, donde el proceso de calificación que lleva a cabo un médico especialista requiere conocer el historial de atención médica a que ha sido sometido previamente el trabajador. En la práctica, y de requerirse, los especialistas del Departamento de Prestaciones Médicas del nivel central en conjunto con los radicados en las

[28] Por un lado, se le transfieren recursos a los Servicios de Salud para que atiendan a pacientes obreros, y, por otro lado, ISL paga a prestadores médicos por las OPA emitidas en estos casos.

Direcciones Regionales deben iniciar una pesquisa del o los médicos tratantes y obtener copia de las fichas clínicas, lo cual toma tiempo, y que impacta directa y negativamente en el trabajador accidentado o enfermo alargando el tiempo de resolución de su caso y el acceso a los beneficios económicos a que eventualmente tenga derecho.

- El servicio de prestación médica que en la práctica provee el Instituto, tiene un alto componente de "seguimiento", denominación incluye tareas diversas como atención de pacientes, apoyo a mediciones técnicas (prevención), gestión de prestadores, relación con COMPIN, prevención, y registro y estadísticas. El seguimiento esconde así dos servicios diferenciados, que debieran reconocerse como tales para un mejor perfilamiento del Instituto: por un lado, realiza un monitoreo y control del oportuno y correcto procedimiento médico proporcionado al paciente; y, por otro lado, realiza un acompañamiento al paciente para su óptima recuperación, inclusive desempeñando tareas operativas como compra y entrega de insumos y medicamentos a domicilio.
- Desde el punto de vista de la gestión el seguimiento no tiene aún un nivel de estructuración como proceso institucional, puesto que en la práctica, hasta el 2013, cada región ha definido sus modalidades de trabajo con bastante independencia del nivel central, no reconociéndose estándares comunes de funcionamiento. El seguimiento a pacientes en la práctica sigue un criterio práctico: monitoreo permanente de los equipos regionales enfocado en pacientes complejos y postrados (hospitalizados o al cuidado en sus domicilios) y atención de pacientes que reclaman, tanto ambulatorios como hospitalizados. Esto hace que el seguimiento en general no tenga una percepción evaluativa respeto de los pacientes ambulatorios (sobre el 80% del total de atendidos), a menos que éstos reclamen.
- El soporte tecnológico, SPM, está en migración desde el anterior (SIAP), pero aún carece de un catálogo par el registro de patologías y tratamientos, que posteriormente permita la sistematización y análisis de la información para una mejor administración de las prestaciones médicas. Si en la actualidad se quisiera realizar un análisis de este tipo el Departamento de Prestaciones Médicas debería realizar la categorización manualmente para generar la data necesaria.
- Sobre el reembolso de gastos médicos y compra de insumos, no existe un sistema de soporte tecnológico para su verificación, cálculo y registro, realizándose de manera manual y basada en el criterio del responsable de la atención (Ejecutivo de Plataforma). Si bien los montos individuales no son significativos en la mayoría de los casos, en el agregado no se dispone de capacidad de control.
- Sobre la relación con prestadores médicos, los equipos regionales de seguimiento tienen como responsabilidad velar por el cumplimento de estándares de tiempo y la calidad de atención, para lo cual no disponen de protocolos estandarizados ni un mecanismo de registro, de modo que la unidad a cargo en el nivel central (Prestadores y Convenios) debe requerir información específica para realizar sus procesos de trabajo. En la práctica cada región ha implementado una modalidad de relación, que incluye desde el control hasta la cooperación para la atención del paciente.
- Previo a septiembre del 2013 el proceso de control de facturación de prestadores médicos no tenía un protocolo unificado, de modo que cada región determinaba cómo realizarlo. Esto se tradujo en que la información existente a esa fecha está dispersa (en regiones) y desagregada (en soporte físico: expedientes de casos en un lado, facturas en otro y pagos en otro), no se conoce cuál es el universo total de facturas recibidas y analizadas por ISL a nivel región, y en consecuencia el Instituto se exponía al riesgo de cobros duplicados. A partir de esa fecha el control de la facturación se centraliza y se logra implementar un ordenamiento básico que permite dar cuenta semanalmente del volumen de documentos en facturación y responder en plazos acotados si procede o no el pago. El uso de facturación electrónica es menor respecto del total facturado, en proporción 90% física vs. 10% electrónica, predominando aun el uso de

facturación física,[29] lo cual no contribuye al mejoramiento del Instituto en sus estándares de operación en esta materia.

- A pesar del ordenamiento en el proceso de control de la facturación, y considerando que sólo se realiza un análisis administrativo, persiste un riesgo (estratégico) importante al no controlarse la pertinencia médica de lo facturado. Por su parte el seguimiento que realizan los equipos técnicos en regiones no está vinculado a la facturación, de modo que aunque estos profesionales consideren adecuados los tratamientos médicos entregados, el cobro de estos servicios que efectúa el prestador no es aprobado por los equipos de seguimiento. Sólo si en el nivel central se detectan anomalías en alguna facturación se consulta al nivel regional.

Prevención de Riesgos

- En el periodo evaluado no existe una estrategia sostenida del Instituto en relación a la prevención de riesgos, la constante ha sido el cambio de foco, por lo que no es razonable esperar impactos en la dirección deseada (reducción en la accidentabilidad y morbilidad) a causa de la acción del Instituto. El cambio de foco se refleja en que la gestión de riesgos laborales ha apuntado a objetivos y sujetos distintos: por ejemplo, la acreditación de empresas (MIPYME Activa) se orientó a formalizar un mecanismo de gestión de higiene y seguridad (basado en comités paritarios) y el sujeto de la acción es el empresario y la estructura organizativa de los comités paritarios, lo cual no necesariamente se traduce en una trasferencia de prácticas preventivas al trabajador; por otro lado, Empresas prioritarias se orientó a desarrollar competencias de prevención en los trabajadores, entrenándolos y montando un esquema de trabajo con monitores en prevención, sin proponerse la acreditación o certificación de la empresa como tal, por lo que su debilidad es el potencial desinterés del empresario en esta forma de trabajo. Una variante en lo formal fueron las acciones preventivas para empresas del rubro agrícola, orientadas a facilitar el ordenamiento de los antecedentes administrativos que cada empleador debe mantener en registro como respaldo del cumplimiento de sus obligaciones legales en materia de salud y seguridad en el trabajo y para potenciar su imagen frente al mercado nacional e internacional.
- El Instituto no dispone de un proceso estructurado de diseño, ejecución y evaluación de sus a intervención.
- En el Instituto falta planificación de la prevención, particularmente de diseño conceptual: El instituto no ha generado antecedentes que avalen las opciones que ha tomado respecto de la modalidad de asesorías implementada, su potencialidad, alcances, limitaciones y pertinencia según población atendida (empleadores / trabajadores). De manera análoga, la capacitación no cuenta con diseños que avalen las opciones que se han implementado (cursos presenciales y virtuales), así como las metas fijadas cada año, que corresponden básicamente a desafíos de cobertura.
- La falta de una base de datos sólida respecto de sus adherentes y afiliados no le permite conocer y abordar adecuadamente a su población objetivo. No ha existido un proceso de investigación o estudio que determine la población a la cual el ISL deba abordar proactivamente. Las fuentes de información que utiliza el ISL provienen de sus actividades, y no son totalmente confiables a efectos de caracterización de poblaciones.
- No existe un proceso ni un soporte informático que permita identificar el origen de las solicitudes para el área de prevención, interno o externo al ISL. Además, en las solicitudes de origen interno al ISL no hay un registro de si éstas provienen de obligaciones derivadas de denuncias efectuada por las instituciones fiscalizadoras (Dirección del Trabajo, SUSESO, MINSAL) o de la acción proactiva del área de prevención del ISL. Esta carencia produce la

[29] La utilización de cuenta electrónica comenzó a nivel de Región Metropolitana con ACHS en septiembre de 2013, se unió Mutual CChC en octubre de ese año, y a partir de agosto del 2014 se incorpora el total de país en el sistema de cuentas ACHS y en octubre 2014 el resto del país en Mutual CChC. A septiembre de 2014 en ACHS se tiene un 100% de revisión electrónica, mientras que para Mutual CChC es de 50% aproximadamente. Por último, según normativa del SII a noviembre de 2014 todas las empresas que emitan factura deberán hacerlo vía electrónica, por lo que efectivamente la facturación manual dejará de ser la modalidad que se acepte por ISL.

interpretación en los profesionales de Prevención respecto que sus demandas son espontáneas, no planificables.

- No hay un soporte institucional para la verificación y seguimiento de las recomendaciones hechas a las empresas, que voluntaria u obligatoriamente, han utilizado los servicio del Instituto. El seguimiento de las acciones realizadas en empresas adheridas no se soporta con dispositivos tecnológicos de modo que la verificación de las medidas prescritas descansa en soportes de información parciales (planillas, y documentos de trabajo) de cada prevencionista.
- No existe una estandarización en sistemas para almacenar la información que se genera regionalmente. El nivel central requiere reprocesar la información capturada en regiones para su utilización y análisis, no siendo totalmente confiable los datos anteriores al 2012. Desde el punto de vista del manejo de la información resultante de las asesorías, no existe un registro digitalizado de los diagnósticos y evaluaciones, ni medidas prescritas a las empresas adheridas, ni sistematización de buenas prácticas, por lo cual se dificulta el análisis y la planificación institucional.

Respecto de la producción

- El número de afiliados ha venido bajando sistemáticamente durante el periodo en evaluación, sin que se haya observado una gestión sistemática al respecto. De hecho no hay metas de cobertura que apuntaran a salvar esta situación.

Respecto de los Resultados

- Existen fallas importantes en la identificación y definición de los indicadores de resultados de la institución que en opinión de la consultora se deben en gran medida a la falta de un proceso de planificación estratégica de la institución. La consecuencia de este vacío explica en gran parte las siguientes deficiencias de los indicadores:
  - ✓ No están claramente identificados los objetivos a los que se asocian los distintos indicadores que dispone actualmente la institución para la medición de su desempeño (Formulario H y PMG).
  - ✓ No se conoce la relación de causalidad entre la gestión/producción del Instituto y el mandato del principal que muestre la cadena de efectos por ejemplo: producción de servicios, efectos inmediatos, de mediano y largo plazo para el grupo objetivo (empresas y trabajadores).
  - ✓ Se hace notar que el mandato del principal debería estar expresado en los objetivos ministeriales los que se consideran poco precisos.
  - ✓ Los indicadores no tienen línea base, en general los logros se miden respecto a lo planificado para un año.
- La evaluación del desempeño, considerando la evolución de la institución y logros con metas que realmente muestren desafíos de crecimiento de la institución y mejoras en la calidad y oportunidad de su producción orientados por el valor público que debe entregar a sus clientes, no es posible realizar por varias razones como son:
  - ✓ No existe continuidad de los indicadores, es decir no se mantienen en el tiempo.
  - ✓ De algunos indicadores que se mantienen por algún periodo, se observan cambios en su algoritmo de cálculo perdiendo la posibilidad de análisis de evolución en el tiempo.
  - ✓ Hay una notoria falta de indicadores de resultados (pertinencia, calidad y oportunidad) de los productos estratégicos 2 y 3.

Respecto del uso de Recursos

Respecto de la formulación presupuestaria se puede observar que:

- No está explícitamente considerado el consumo del capital fijo, como factor para mantener o aumentar la capacidad de operación y generación de los productos institucionales (que el neto de variación de activo fijo institucional sea positivo en el ejercicio). El consumo de Activo Fijo (depreciación) según las cifras de los balance del ISL fueron el 2011 M$ 52.019, el 2012 M$ 88.186 y el 2013 M$ 90.298.

- En el período 2010- 2013 el resultado operativo proyectado de las actividades del seguro de accidentes (ingresos menos gastos asociados directamente) es positivo, sin embargo el resultado operacional total institucional se proyecta con una pérdida acumulada, que si se incorpora el consumo del activo fijo tendría una magnitud aún mayor.

Respecto de la ejecución presupuestaria
Las principales conclusiones del análisis de los gastos del período 2010-2013 son:

- La parte del gasto del ejercicio destinada a los gastos de seguridad Social y transferencias corrientes se ha reducido tanto en la instancia del presupuesto inicial, presupuesto final y ejecución presupuestaria.
- En ningún ejercicio se ha ejecutado totalmente la Transferencia a la Subsecretaría de Salud Pública, estos recursos asignados en el presupuesto y no transferidos a la Subsecretaría de Salud Pública corresponderían a menores aportes para el financiamiento del seguro escolar, traspaso que está asociado a los ingresos recaudados por el ISL, los cuales en el período analizado fueron inferiores en todos los años en relación a lo proyectado".
- La Transferencia para Concurrencia presenta una tendencia a disminuir tanto en el Presupuesto (inicial y final) como en su ejecución.
- El gasto en Bonificaciones de Salud presenta gran variación entre lo programado en el presupuesto inicial y el presupuesto final y ejecución en el período 2010-2013; hay un significativo aumento del gasto en Bonificaciones de Salud en el año 2012 por una acción especial de pago de deudas de arrastre contraídas en ejercicios anteriores, sin embargo los registros contables no reflejan la existencia de este tipo de deudas.
- Se han ejecutado gastos en algunos ítems por sobre el límite establecido en el presupuesto en ciertos años.

Respecto de la productividad

- Las principales unidades organizacionales que explican el 55% de los costos del Instituto son Prevención de Riesgos y Cliente y Entorno. Prestaciones Médicas y Prestaciones Económicas tienen menor incidencia en los costos relativos del Instituto, a pesar de ser unidades de negocio,
- El costo hora para la generación de productos del Instituto oscila entre $11 mil y $25 mil, con un promedio de $15,7 mil.
- El balance de recursos indica que fue posible asignar en forma directa el 56% de los recursos disponibles, a nivel de producto y unidad productiva,
- Los recursos no asignados en las unidades productivas, aun asumiendo una alta tasa de error de cómputo (10%), tienen dos explicaciones posibles: por una parte que están destinados a actividades no identificadas, las cuales de identificarse no necesariamente corresponderían a productos de interés del ISL, y por otra, que corresponden a tiempos muertos no utilizados. Dentro de esta asignación, en las áreas productivas, se logró reconocer de mejor manera la utilización de recursos en prestaciones económicas, en donde la mayor utilización de recursos se centra en los productos de Asignación Familiar, Indemnizaciones y Pensiones (95% de las horas - hombre reconocidas en la demanda).

- Al contrario, para la unidad funcional de Cliente y Entorno (que sólo agrupa a los trabajadores productivos de la plataforma de atención al público) se obtuvo la menor tasa de asignación de recursos disponibles en el modelo de productividad (37%), sugiriendo la presencia de una sobreoferta de recursos para atender las solicitudes de público en regiones.
- La unidad funcional con el costo promedio por hora más alto es Prevención de Riesgos (que incluye el nivel central y el prevencionistas en regiones), lo cual se atribuye a que presenta el gasto presupuestario más alto de personal y de operación y relativa baja producción.
- En términos de costos unitarios el producto de mayor monto es investigaciones de accidentes graves y fatales ($570 mil / unidad), le sigue indemnizaciones ($361 mil / unidad) y luego asesorías en prevención de riesgos ($256 mil / unidad).

- En términos de contribución a los costos totales las asesorías en prevención de riesgos explican el 38% y tratamientos médicos el 20%. Todas las prestaciones económicas contribuyen con menos del 15% de los costos totales de producción.
- En términos de balance de recursos, sólo prestaciones económicas presenta un déficit de recursos (1%), las demás áreas presentan superávit de recursos que va desde un 7% (prevención de riesgos) hasta un 63% en Cliente y Entorno (regiones).

2. Recomendaciones

A continuación se presentan las recomendaciones para que la institución formule un Plan de Actividades definitivo que le permita llevar a delante las mejoras presentadas como elementos indispensables para iniciar un proceso de cambio que lleve a la institución a una "gestión estratégica" y por consecuencia un mejor desempeño.

La síntesis de las recomendaciones que la consultora propone, con base a los resultados del trabajo, se agrupa en; 1) Recomendaciones generales y 2) especificas por cada componente de la alineación de la Gestión Estratégica.

2.1. Recomendaciones Generales

- Que el Instituto realice las gestiones necesarias con la Subsecretaria de Previsión Social para validar o rectificar los mandatos que el Instituto debe hacerse como son: i) el Instituto debe tener como foco "realizar una administración eficiente del seguro" y, otros pedidos que realice el principal respecto a bienes públicos serán financiados por transferencia de recursos púbicos, ii) el instituto se diferencia de las mutuales privadas ya que su misión es asegurar cobertura universal sin criterios de selectividad y iii) si se valida este último mandato el Instituto no tendrá la exigencia de autofinanciamiento.

- El Instituto debe desarrollar estrategias de gestión de clientes asociadas a evitar la deserción y capturar nuevos clientes especialmente los independientes a partir del 2015.

- Diseñar, documentar e implementar un Sistema de Gestión de Calidad de la institución que alinee los objetivos estratégicos de la institución, los atributos y estándares de calidad esperada de los productos estratégicos y de apoyo, los procesos asociados para el logro de dichos objetivos y los mecanismos control y auditoría de la gestión, que retroalimente todo el proceso.

- Establecer un sistema de gestión de la información y conocimiento, interno y externo orientado a aumentar el capital de conocimiento estratégico de la Institución que permita incrementar el valor comprometido con el principal y clientes.

- Establecer estrategias de acción eficaces para enfrentar la incorporación de independientes al sistema y de la posible asignación de responsabilidad de otorgar las prestaciones médicas a los obreros afiliados al Instituto.

2.2. Propuestas por Componente de la Gestión Estratégica

1. Mejoras Componente: Planificación Estratégica Institucional.

- Iniciar un proceso de cambio de cultura institucional que de un marco de reglas clara de comportamiento individual y corporativo acorde con los mandatos del principal.

- Iniciar un proceso de validación de los resultados de la planificación estratégica institucional realizada recientemente con los hallazgos de esta evaluación.

- Diseñar, documentar e implementar una Base de Datos de Clientes "Inteligente", con el objeto de registrar las características de todos sus clientes (empresas y trabajadores) y la historia completa respecto de los servicios otorgados por el Instituto.

2. Mejoras Componente: Estructura Organizacional

- Actualizar y documentar los roles y funciones de las Unidades de trabajo incorporando los resultados de la planificación estratégica institucional validad en relación a: Responsabilidades y autoridad de las distintas Unidades Operativas y de Apoyo para la implementación de la PEI, Fortalecimiento de Unidades Operativas existentes, Creación de nuevas Unidades operativa, Creación de instancias de coordinación entre distintas Unidades Operativa y de Apoyo.

- Diseñar, documentar e implementar una nueva estructura organizacional acorde con los roles y funciones actualizadas.

3. Mejoras Componente: Procesos Productivos y de Apoyo

Mejoras de Procesos Productivos:

- Diseñar, documentar e implementar las mejoraras en el proceso de diseño y ejecución de los programas de prevención de riesgos, utilizando: i) criterios de focalización asociadas a los niveles de riesgo de las empresas y ii) el concepto de intervenciones integradas para empresas de acuerdo a un plan de actividades con objetivos claros a alcanzar en un tiempo determinado y metas medibles. Dicho plan debe ser el referente para dar seguimiento a las actividades de prevención y medir los resultados logrados en cada empresa.

- Diseñar, documentar e implementar un proceso de gestión de contratos licitados en forma competitiva y en base a paquetes de atenciones con tipo y cantidad de prestaciones predefinidas.

- Fortalecer las capacidades técnicas de la Unidad de Convenios Médicos de modo de crear capacidades para dar soporte al nuevo proceso de gestión de contratos.

Mejoras de Procesos Estratégicos

- Diseñar, documentar e implementar un proceso para formular, implementar, dar seguimiento y evaluar los resultados de la implementación de la PEI.

- Rediseñar y fortalecer la Unidad Planificación existente de manera de transformarla en una Unidad de Desarrollo con las capacidades técnicas y metodológicas para dar soporte al nuevo proceso de formulación, implementación de la PEI. Esta unidad tendrá la responsabilidad del funcionamiento del Sistema de Seguimiento de la PEI

- Rediseñar y documentar el proceso mejorado de control de gestión en base a las nuevas exigencias de control de gestión, producto de la implementación de la PEI en las distintas unidades operativas.

- Fortalecer la Unidad de Control de Gestión que deberá diseñar e implementará el SIG, con las capacidades técnicas y metodológicas para: i) dar seguimiento del cumplimiento de los objetivos e indicadores por unidad operativa, ii) el análisis de cumplimiento o no de las metas definidas y verificación de las justificación de desviaciones, iii) formulación de recomendaciones para corregir desviaciones y evaluar en coordinación con la unidad de desarrollo el

mantenimiento de la alineación de los objetivos de gestión con los objetivos estratégicos. Esta Unidad será responsable del funcionamiento del módulo de Control de Gestión, soportado por el SIG.

Mejoras de Procesos de Apoyo

- Diseñar, documentar e implementar un proceso de gestión de la información asociada a las prestaciones de salud y económicas y los servicios de prevención de riesgo otorgadas por el Instituto, en base a protocolización de los procesos de trabajo, la fijación de criterios y estándares comunes de actuación a través de regiones, particularmente para las labores de seguimiento. Este sistema debe proporcionar información que de soporte para el seguimiento del ciclo de vida completo de los clientes del Instituto.

- Diseñar, documentar e implementar un proceso de formulación y ejecución presupuestaria por centros de gestión, que proporcionen información sobre costo de generación de los productos (terminales e intermedios) que permita: i)aumentar la eficiencia de la programación y ejecución presupuestaria, ii) apoyar la búsqueda de la optimización de la administración del seguro y iii) facilitar la visión de mediano plazo y establecimiento de objetivos de cobertura y eficacia, en una perspectiva de sostenibilidad institucional (impacto sobre patrimonio de ISL – estado de operaciones).

4. Mejoras componente: Medición del desempeño

- Diseñar, documentar e implementar un Sistema de Medición de Desempeño integrado con los siguientes módulos: i) Sistema de Seguimiento y Evaluación de la Implementación de la PEI, ii) Sistema de Monitoreo de la Gestión y iii) como base de los dos sistemas anteriores el Sistema de Información de Gestión (SIG).

Las bases de la propuesta de diseño del Sistema son:
- Objetivos de cliente y comunidad ordenados en la lógica de causalidad de estos objetivos.
- Objetivos de Gestión ordenados por proceso y Unidad Operativa.
- Definición de indicadores y metas que miden el logro de cada objetivo.
- Diseño e implementación de un proceso para dar seguimiento a los indicadores y elaborar informes de cumplimiento.
- Diseño e implementación de un proceso para evaluar el logro de los objetivos de nivel de cliente y comunidad.

2.3. Plan de Acción Preliminar

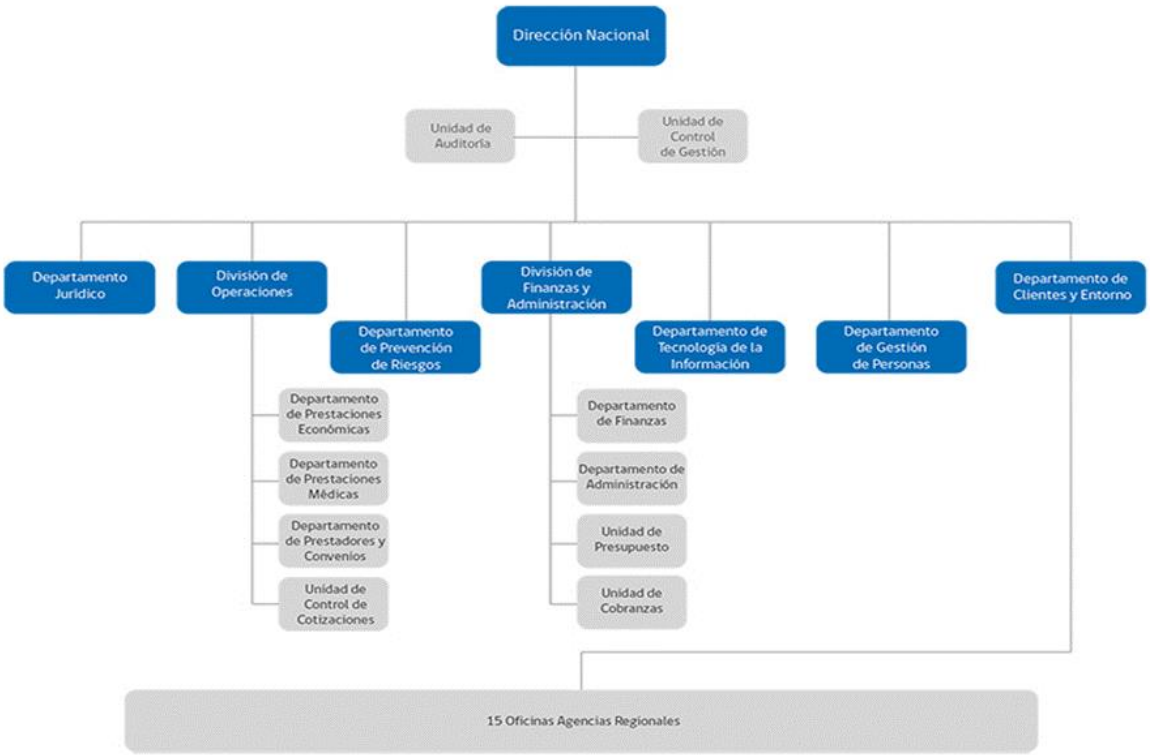
En la tabla siguiente se presenta un Plan de Acción Preliminar de las principales mejoras propuestas agrupadas por las cuatro componentes de la Gestión Estratégica. El costo total de la ejecución de estas propuestas de mejora es $ 637.875.000. Cabe destacar que aproximadamente el 50% de este costo corresponde a la implementación del sistema de información que se propone como herramienta fundamental del cambio de la gestión y sus resultados en el Instituto. Dicho sistema esta costeado en la columna del componente Medición del Desempeño pero es transversal a todos los procesos.

Tabla Nº 13. Plan de Acción Preliminar

Nombre	Planificación Estratégica Institucional	Estructura Organizacional	Procesos Productivos		Medición del desempeño
Objetivos	Alinear la organización para enfrentar los desafíos producto de los cambios institucionales en estudio.	Ajustar el diseño organizacional a las necesidades estratégicas y a los procesos rediseñados.	Disponer de una metodología de intervención sistemática que ordene las actividades de gestión de riesgos en las empresas afiliadas.	Montar un proceso integrado de gestión de costos de prestaciones médicas	Instalar u sistema de medición del desempeño basado en la lógica de Gestión de Calidad
Componentes	1. Alineamiento Organización-Principal e Interno. 2. Definiciones estratégicas validadas con el Principal y el personal. 3. Mapa de objetivos e indicadores de desempeño. 4. Plan operativo de mediano plazo.	1. Plan de roles y funciones. 2. Plan de perfiles de competencia. 3. Plan de cargos 4. Diseño y organización de mecanismos de coordinación. 5. Asignación de personal.	1. Probar e implementar una metodología de gestión de riesgos pertinente a las características de los clientes del ISL (micro, mediana y grandes empresas). 2. Redefinir acciones de mayor impacto en la prevención de riesgos de afiliados. 3. Estandarizar acciones de prevención orientadas al impacto en tasa de accidentabilidad. 4. Generar herramientas de control periódicas de monitoreo de la tasa de accidentabilidad (paneles de control y auditorías). 5. Generar instancias periódicas de gestión de la accidentabilidad y mejora continua	1. Mapeo de los procesos que afectan la gestión de costos de las prestaciones médicas: a) Licitaciones y Adjudicación de Prestadores b) Ingreso y seguimiento de pacientes atendidos por cada prestador c) Pago de atenciones médicas. 2. Diseñar e implementar un proceso gestión de costos médicos transversal del ISL. 3. Ejecutar procesos de seguimiento y evaluación	1. Diseño del proceso de medición del desempeño institucional. 2. Diseñar e implementar un Sistema de Información Gerencial (SIG). 3. Probar e Implementar el sistema de medición del desempeño.
Factores Críticos	1. Obtener el respaldo político. 2. Generar liderazgo de los Directivos 3. Obtener recursos para el proyecto.	1. Disponibilidad de competencias internas e inflexibilidad para proveerla de forma externa. 2. Salarios poco atractivos para traer gente capacitada.	1. Generar liderazgo de los Directivos Regionales (reportaría). 2. Herramientas Estandarizadas utilizadas por todas las regiones 3. Obtener recursos para el proyecto.	1. Herramientas Estandarizadas utilizadas por todas las regiones. 2. Obtener recursos para el proyecto. 3. Dejar establecida instancia periódica de reportaría de resultados de la gestión de la prestaciones médicas.	1. Personal interno especializado. 2. Cooperación de las autoridades de gestión pública centrales.
Riesgos	1. Cambios de prioridades	1. Obtener el respaldo	1. Resistencias internas por	1. Resistencias internas por	1. Resistencias internas

	gubernamentales. 2. Resistencias internas por sensibilidad de riesgo al cambio.	político. 2. Generar liderazgo de los Directivos	sensibilidad de riesgo al cambio. 2. Poca disponibilidad de especialistas de alto nivel para ejecutar el proyecto.	sensibilidad de riesgo al cambio. 2. Poca disponibilidad de especialistas de alto nivel para ejecutar el proyecto. 3. Baja jerarquía organizacional que dificulte la supervisión de cumplimiento-	por sensibilidad de riesgo al cambio. 2. Inadecuado posicionamiento organizacional de la unidad gerencial a cargo. 3. Falta d socialización del contenido estratégico de la función de medición del desempeño.
Oportunidad y Duración	Inicio: 1er Trimestre 2015 Duración: 6 meses	Inicio: 3er Trimestre 2015 Duración: 4 meses	Inicio: 3er Trimestre 2015 Duración: 5 meses	Inicio: 3er Trimestre 2015 Duración: 3 meses	Inicio: 1er Trimestre 2016 Duración: 9 meses
Costo	Externos: 6 meses, 3 personas. 110 MM$ Internos: 5 directivos, 1 jornada a la semana por 6 meses	Externos: 4 meses, 2 personas. 49 MM$ Internos: 5 directivos, 1 jornada a la semana por 4 meses	Externos: 5 meses, 2 personas. 60 MM$ Internos: 3 directivos, 1 jornada a la semana por 5 meses	Externos: 3 meses, 3 personas. 55 MM$ Internos: 5 directivos, 1 jornada a la semana por 3 meses	Externos: 6 meses, 5 personas. 365 MM$ Internos: 8 directivos, 1 jornada a la semana por 9 meses

Anexo
Estructura Organizacional del Instituto de Seguridad Laboral



Fuente: ISL