

Propuesta Comunicacional

Senador Rabindranath Quinteros

I. CONTEXTO

Tomando en consideración que el senador Rabindranath Quinteros ya cuenta con un equipo que lo asesora y ayuda en la ejecución de tareas comunicacionales, Insigna realiza la presente propuesta con el fin de complementar el trabajo que ya se está haciendo en materia de estrategia digital y monitoreo/análisis de temas relevantes.

Antes de especificar el trabajo que proponemos desarrollar, se incluye a continuación una breve descripción de la importancia que tienen las redes sociales en la política a nivel mundial y local, junto con el uso que los senadores chilenos le están dando a diversas plataformas digitales. También se realiza una breve descripción de los temas de interés del senador Quinteros que están siendo abordados por los medios de comunicación.

El creciente rol de las redes sociales en la política

- La comunicación ha cambiado de escenario y las redes sociales se han convertido en una oportunidad para establecer un nuevo y efectivo canal de comunicación entre los líderes políticos y los ciudadanos.
- A mediados de mayo, la Casa Blanca lanzó una nueva cuenta en Twitter: @POTUS ("President of the United States"). A diferencia de la cuenta antigua (@BarackObama) – que era manejada por diversos funcionarios–, @POTUS está siendo utilizada exclusivamente por el Presidente Obama.
- Considerando el creciente rol que tienen las redes sociales, la decisión tomada por la Casa Blanca de "permitirle" al Presidente realizar sus propios tuits es un paso acertado, lógico y estratégico.
- Según una encuesta desarrollada por el Pew Research Center,¹ a fines de 2014, el 16% de los votantes registrados en Estados Unidos "siguen" a personas que forman parte del mundo político en las redes sociales. Cuatro años antes, esta cifra solamente llegaba al 6%.
- Los votantes más jóvenes no son los únicos que "siguen" a los políticos en las redes sociales. Mientras que el 24% de los jóvenes entre 18 y 29 años "siguen" a los políticos, la cifra llega al 21% entre las personas que fluctúan entre los 30 y los 49 años (durante el año 2010, la cifra solamente llegaba al 6% dentro de este grupo etario).
- Según el mismo estudio realizado por el Pew Research Center, el 41% de las personas señala que una de las principales razones por las que "siguen" a las figuras políticas es porque lo ven como una oportunidad de enterarse sobre noticias políticas antes que las

¹ <http://www.pewinternet.org/2014/11/03/cell-phones-social-media-and-campaign-2014/>

demás personas. Por otra parte, **el 35% considera que entre sus principales motivos se encuentra el poder sentirse conectado de forma personal con el grupo o el individuo al que “siguen”.**

Uso de las redes sociales en Chile

- Según el último estudio realizado por Comscore sobre el uso de las redes sociales en Chile, nuestro país se ubica en el tercer lugar en alcance de redes sociales entre los internautas de América Latina, con un 96,9%.
- La audiencia de social media en Chile alcanzó los 6,16 millones de usuarios, y Facebook siguió siendo la mayor plataforma social.
- Los chilenos pasan en promedio, 17,6 horas online al mes.
- El 60,7% de la audiencia online en Chile tiene menos de 34 años. Sin embargo, es relevante destacar que al igual que en los Estados Unidos y en el mundo en general, las personas de mayor edad están cada vez más insertas dentro de las redes sociales.

Senador Quinteros en las redes sociales

- Actualmente, el senador Quinteros cuenta con una página web y tiene presencia en diversas redes sociales tales como Facebook, Twitter, YouTube y Flickr.
- Aunque el senador participa activamente en las redes sociales, cuenta con una menor cantidad de seguidores que el promedio de sus colegas en el Senado. Como se puede apreciar en la Tabla 1, el Senador Quinteros tiene 2.156 seguidores en Twitter (el promedio en el Senado es de 60.846). En Facebook cuenta con 2.998 seguidores (el promedio en el Senado es 4.915).²
- Dado que la cantidad de seguidores es sólo una de muchas variables que se pueden medir y no tiene correlación directa con la influencia que una persona tiene en la red social, también se ha incluido el puntaje Klout de cada senador. A modo de explicación, Klout se enfoca en medir la habilidad para generar acción o “influenciar” a las personas. Cuanta más puntuación tenga una persona en Klout, mayor es su influencia. Klout mide la influencia, en un rango de 1 a 100, y toma datos de sitios como Twitter, Facebook, Google+, LinkedIn, Foursquare, YouTube, WordPress, Instagram, Tumblr y Blogger, entre otros.
- El senador Quinteros tiene un puntaje Klout de 52. El puntaje promedio en el Senado es de 56 y el senador actualmente tiene un puntaje mayor que nueve de sus colegas en el parlamento. Los restantes senadores lo superan en puntaje.

² Estas cifras corresponden al 25 de agosto de 2015.

TABLA 1: SENADORES EN LAS REDES SOCIALES

Senador	Partido	Circunsc.	Región	Seg. Twitter	Seg. Facebook	Klout
Fulvio Rossi	PS	1	XV y I	124,000	4,651	62
Jaime Orpis	UDI	1	XV y I	434	42	44
Pedro Araya	Ind	2	II	3,751	3,635	49
Alejandro Guillier	Ind	2	II	44,400	2,534	58
Isabel Allende	PS	3	III	99,500	6,076	60
Baldo Prokurica	RN	3	III	3,623	4,938	57
Adriana Muñoz	PPD	4	IV	3,925	4,899	14
Jorge Pizarro	DC	4	IV	9,570	5,740	55
Ignacio Walker	DC	5	V	82,300	6,605	62
Lily Pérez	Ind	5	V	156,000	4,251	64
Francisco Chahuán	RN	6	VI	74,500	3,266	62
Ricardo Lagos Weber	PPD	6	VI	308,000	4,999	61
Guido Girardi	PPD	7	RM	116,000	4,828	61
Andrés Allamand	RN	7	RM	204,000	13,815	63
Carlos Montes	PS	8	RM	33,400	4,714	59
Manuel José Ossandón	RN	8	RM	84,500	4,458	65
Alejandro García-Huidobro	UDI	9	VI	3,226	902	45
Juan Pablo Letelier	PS	9	VI	38,200	11,125	59
Juan Antonio Coloma	UDI	10	VII	22,600	5,061	50
Andrés Zaldívar	DC	10	VII	8,222	2,134	48
Hernán Larraín	UDI	11	VII	58,900	4,864	61
Manuel Antonio Matta	DC	11	VII	777	813	42
Alejandro Navarro	MAS	12	VIII	114,000	6,673	65
Jacqueline Van Rysselberghe	UDI	12	VIII	40,500	4,496	63
Víctor Pérez	UDI	13	VIII	2,476	3,942	48
Felipe Harboe	PPD	13	VIII	181,000	2,129	61
Alberto Espina	RN	14	IX	69,100	2,833	61
Jaime Quintana	PPD	14	IX	27,100	2,152	59
José García Ruminot	RN	15	IX	865	1,182	N/A
Eugenio Tuma	PPD	15	IX	7,010	419	51
Alfonso de Urresti	PS	16	XIV	11,700	2,744	58
Ena von Baer	UDI	16	XIV	233,000	28,645	77
Iván Moreira	UDI	17	X	55,200	9,340	62
Rabindranath Quinteros	PS	17	X	2,156	2,998	52
Antonio Horvath	Ind	18	XI	16,900	4,607	53
Patricio Walker	DC	18	XI	52,900	4,999	60
Carlos Bianchi	Ind	19	XII	697	300	40
Carolina Goic	DC	19	XII	17,700	4,970	56
PROMEDIO SEGUIDORES/KLOUT				60,846	4,915	56

II. ¿QUÉ PROPONE INSIGNA?

Considerando que el principal objetivo del equipo comunicacional de Rabindranath Quinteros es posicionarlo ante sus públicos de interés como un senador que está trabajando de forma activa en impulsar la descentralización, el desarrollo económico y la calidad de vida de los habitantes de la Región de Los Lagos, Insigna propone contribuir a este fin mediante el establecimiento del siguiente objetivo:

Aumentar el nivel de “engagement” de la ciudadanía hacia el Senador Quinteros en las redes sociales, incrementando su nivel de influencia online (puntaje Klout) en un 5% de aquí a fines de año.

- A. Para aumentar el “engagement” es importante comenzar por investigar qué están haciendo diversas autoridades parlamentarias y regionales para conversar e interactuar con sus audiencias a través de las redes sociales. Para esto, proponemos realizar un **estudio cualitativo y cuantitativo del comportamiento online sostenido durante los meses de junio, julio y agosto entre los siguientes grupos de interés:**
 - a. Los 5 senadores con el mayor puntaje Klout.
 - b. Los 3 senadores con el menor puntaje Klout.
 - c. Los 6 senadores de la XIV, X y XI Región independiente de su puntaje Klout. En esta sección se incluirá un detallado análisis sobre el comportamiento (fortalezas y debilidades) del Senador Quinteros en las redes sociales.
 - d. Los 8 diputados de la X Región de Los Lagos.
 - e. Breve análisis cuantitativo sobre el uso de redes sociales entre los 4 Gobernadores Provinciales, 30 alcaldes y 16 Cores de la X Región de Los Lagos que incluye un análisis cualitativo sobre el Gobernador, alcalde y Core con mayor influencia en las redes.
- B. Basándonos en los resultados obtenidos durante el estudio cualitativo y cuantitativo, se entregará un documento adicional en el que se incluirán las **recomendaciones que Insigna propone para aumentar el puntaje Klout del senador Quinteros.**

III. TIEMPOS DE TRABAJO

- El estudio cualitativo y cuantitativo junto con las recomendaciones se entregarán en un plazo de cinco semanas (cuatro semanas para el estudio y una semana para las recomendaciones y pasos a seguir).

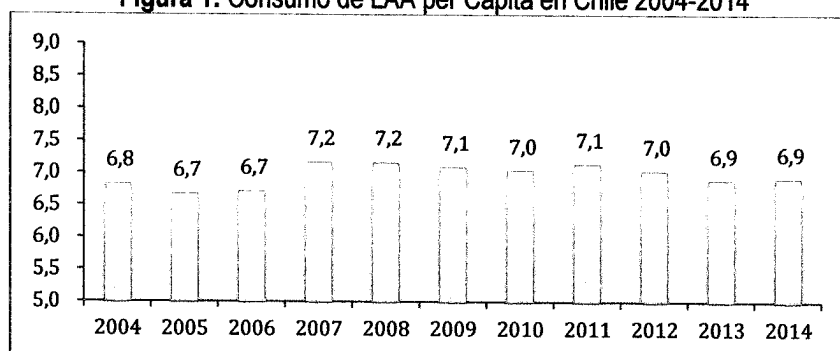
Informe Consumo de Alcohol en Chile

Análisis Histórico

Para poner en cuestión la noción de que Chile es uno de los mayores consumidores de alcohol en el mundo, es importante realizar un análisis histórico del consumo per cápita. Para realizar este análisis, se utiliza como unidad de medida los litros de alcohol absoluto (o LAA) que registran el contenido alcohólico de cada bebida. Así, un litro de whisky de 40 grados equivale a 0,4 LAA mientras que 1 litro de cerveza de 5 grados equivale a 0,05 LAA.

Al analizar la tabla histórica, vemos que el consumo per cápita de Chile en LAA se ha mantenido relativamente constante en los últimos diez años. Para el año 2004 el registro es de 6.8 LAA per cápita, y en el 2014 es de 6.9 LAA per cápita. Las mediciones más altas fueron el año 2007 y el 2008, con una 7.2 LAA per cápita. Por tanto, la década no ha presentado grandes fluctuaciones en el consumo, debido a que en diez años el cambio solo ha sido de 0.1 LAA.

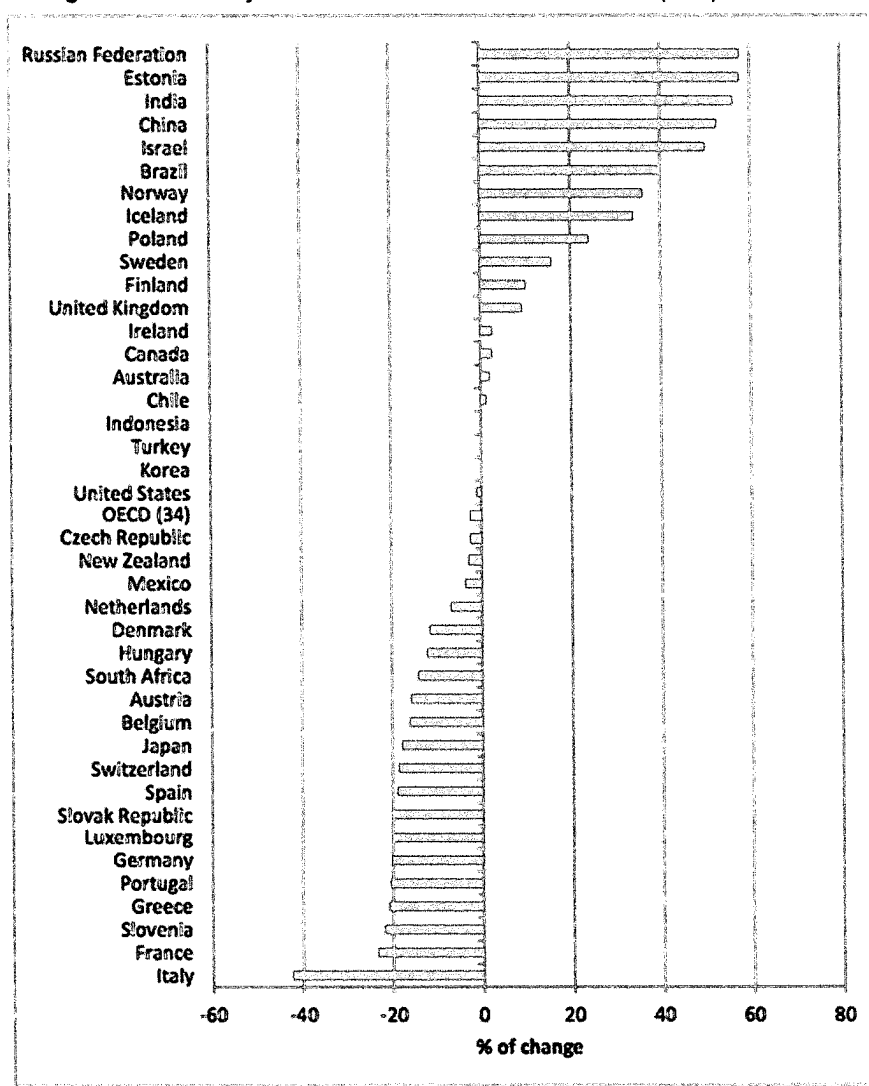
Figura 1: Consumo de LAA per Cápita en Chile 2004-2014



Fuente: Elaboración propia a partir de datos IWSR

La información publicada por la OMS, permite determinar que la estabilización del consumo se extiende desde hace 20 años. En el siguiente gráfico, vemos que el consumo en Chile tuvo un aumento cercano a 0 durante las últimas dos décadas:

Figura 2: Porcentaje de Cambio en Consumo de Alcohol (LAA) 1992-2012

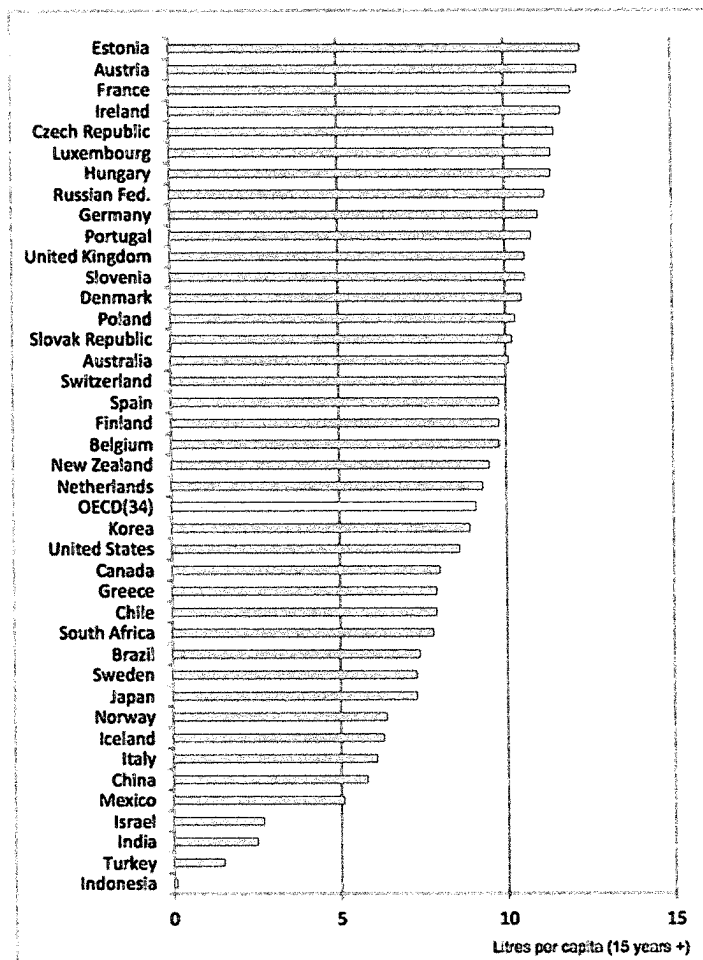


Fuente: OCDE, Estadísticas de Salud, 2014

Comparación de consumo con países OCDE

Al comparar el consumo de LAA per cápita de Chile, es posible afirmar que el valor de 7,0 LAA per cápita registrado el 2012 se encuentra por debajo de los 9,1 litros que registran como promedio los países OCDE para el mismo período.

Figura 3: Consumo de Alcohol (LAA) per Cápita de Países OCDE – 2012



Fuente: OCDE, Estadísticas de Salud, 2014

Comparación de consumo con países del continente Americano

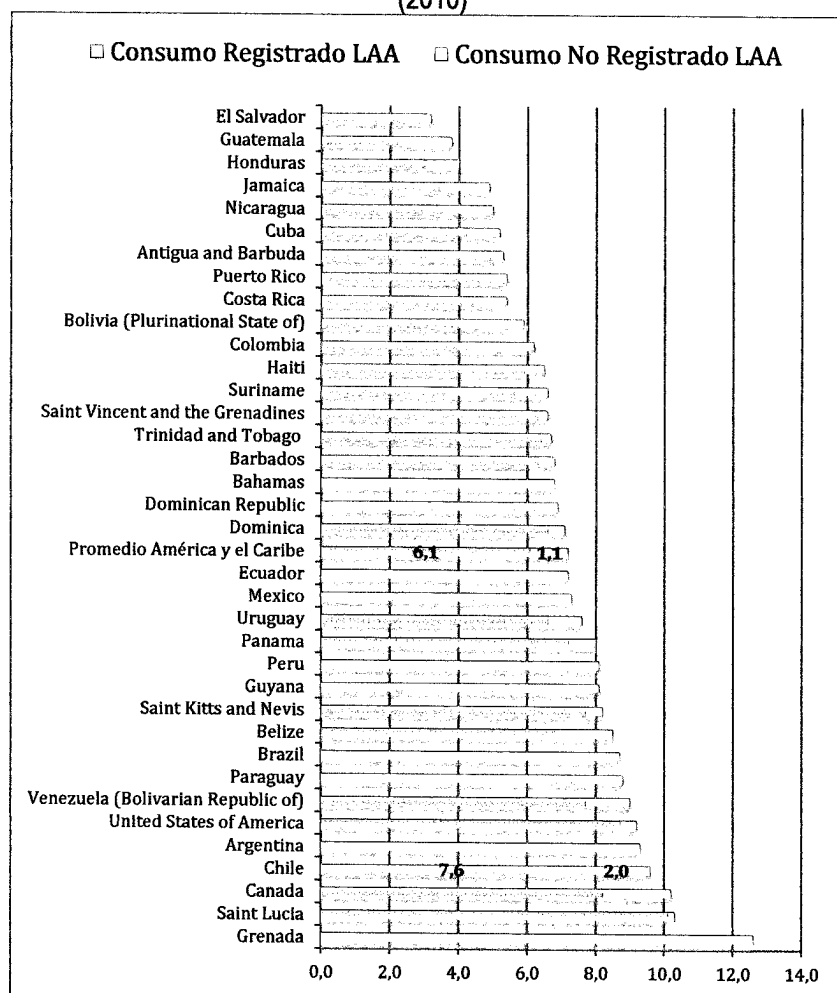
El informe de la OMS del año 2014 presenta datos de consumo de alcohol, separando el consumo oficial, o registrado ("recorded consumption") del consumo no oficial o no registrado ("unrecorded consumption"). El consumo no registrado se refiere al alcohol que no es sujeto a impuestos en el país donde se consume, porque transita por canales que están fuera del control gubernamental. Este tipo de alcohol a menudo es fabricado y consumido dentro de los hogares, o bien puede ser contrabandeado ilegalmente de distintas jurisdicciones o robado. Por contraposición, el consumo

legal incluye el alcohol que se traslada, vende, y consume según las regulaciones legales vigentes, y por tanto queda estipulado en estadísticas oficiales sobre impuestos o ventas.

Tomando el promedio de consumo de Chile de 9.6 LAA, podemos determinar que efectivamente Chile tiene uno de los mayores niveles de consumo en el continente. En comparación con los países del continente americano, Chile demuestra diferencias estadísticamente significativas con la mayoría de ellos. En solamente 12 casos de los 32 países no hay diferencias importantes.

Haciendo un análisis de diferencias más específico, puede observarse que dentro del continente sudamericano existen diferencias significativas en el consumo de alcohol con países como Bolivia, Uruguay, Perú, Colombia y Ecuador. Por otro lado, no aparecen diferencias importantes con Argentina, Brasil, Venezuela o Paraguay.

Figura 4: Consumo LAA per cápita en continente Americano y el Caribe de la población de más de 15 años (2010)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos OMS, 2014

Dado lo anterior y considerando el alto consumo de alcohol en Chile en comparación a otros en la región, es importante hacer la pregunta: ¿qué influye en el consumo de alcohol en un país? Así se

hace relevante poder hacer un análisis socioeconómico del consumo de alcohol, dado que en gran medida el consumo puede estar determinado por una variedad de factores, desde psicológicas o biológicos, hasta fenómenos sociales y culturales. Sin embargo, centrándonos en el tema socioeconómico, se puede establecer que hay una variable económica importante que está dada por el nivel adquisitivo de la población.

Según la OMS, mientras más riqueza económica haya en un país, más alcohol será consumido y menores serán los niveles de abstinencia. En países de altos ingresos solo un 8.5% del alcohol consumido consiste de alcohol no registrado, mientras que en los países de ingresos bajos y medianos, más del 40% del alcohol consumido es no oficial. Una explicación para esta asociación es que el alcohol ilegal es más barato que el legal.¹ Por lo tanto, en general, al haber ingresos más altos, es difícil que el consumo de este producto disminuya. En su contraposición, en los países de ingresos más bajos el alcohol ilegal sería más común, dado que la producción tendría un menor costo.

Los datos anteriormente presentados revelan que Chile registra uno de los mayores niveles de consumo al interior del continente Americano, lo que podría ser un reflejo de su PIB per cápita.

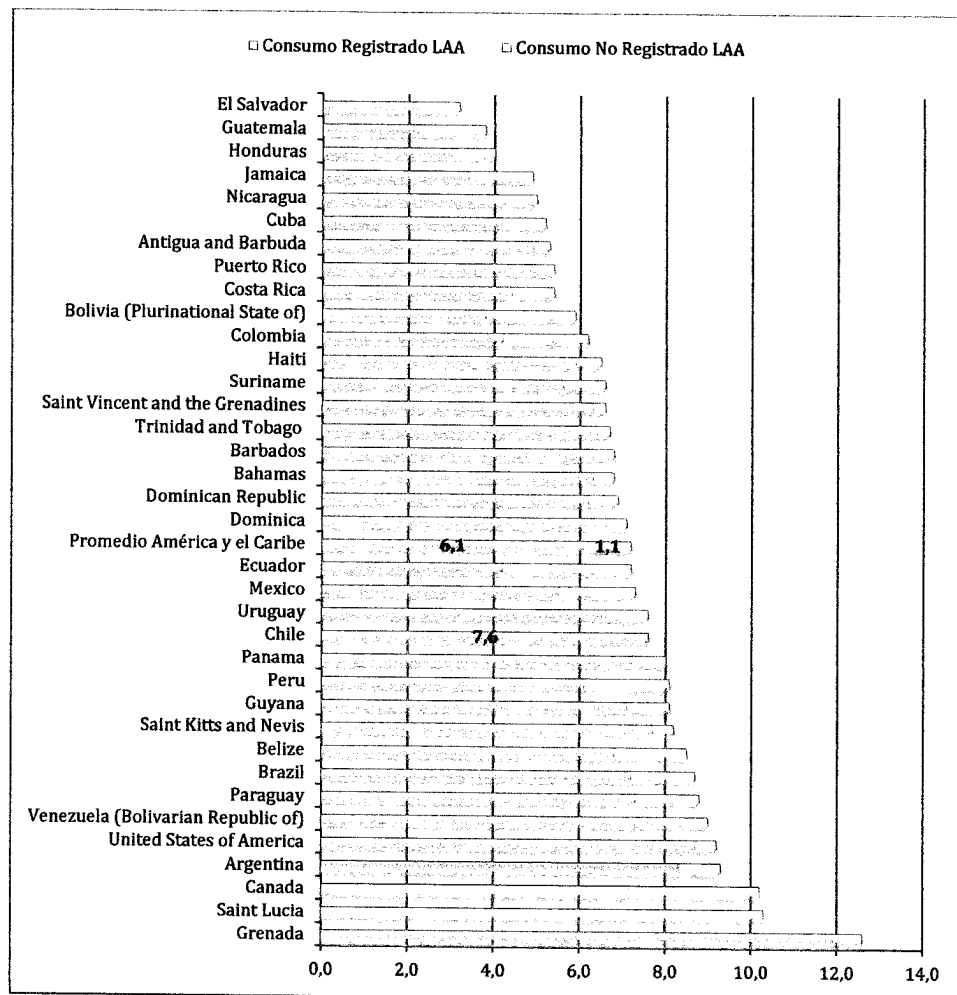
Otro factor que incide sobre el alto índice de consumo de Chile es el registro de consumo de alcohol ilegal que le atribuye la OMS. Al comparar estos valores con los presentados en otros estudios, pareciera que los valores de consumo ilegal atribuidos a Chile pueden estar sobredimensionados. Un estudio de EuroMonitor International determinó que 6,1% de las bebidas alcohólicas consumidas en Chile eran de índole ilegal, valor que estaría por debajo del promedio latinoamericano de 26%². Por eso, extraña que la OMS le haya atribuido a Chile niveles de consumo no oficial superiores a la media del continente americano (1,1 LAA). Los 2.0 LAA de consumo no oficial en Chile superaría el consumo registrado en países como El Salvador, Guatemala, Honduras, Jamaica, Nicaragua, Cuba, República Dominicana, Belice, Brasil y Paraguay, entre otros. Es más, nuestros niveles de consumo no oficial de alcohol solamente serían superados por aquellos registrados en Bolivia (2,1 LAA) y Ecuador (3,0 LAA), siendo similares a aquellos atribuidos a Perú, Canadá y Colombia.

Si solamente se considerara el valor de consumo oficialmente registrado en Chile, éste pasaría a ser el 14° con mayor consumo en la Región, ubicándose apenas a 0,4 litros por sobre el promedio, tal como lo refleja el siguiente gráfico:

¹ OMS. Global Status Report Alcohol and Health 2014. p.40

² María José Tapia. Economía y Negocios. <http://www.economiaynegocios.cl/noticias/noticias.asp?id=124349>. 28 de octubre, 2014.

Figura 5: Consumo LAA per cápita en continente Americano y el Caribe de la población de más de 15 años (2010), sin considerar consumo no registrado en Chile



Fuente: Elaboración propia a partir de datos OMS, 2014

Proyecto de ley, iniciado en moción de los Honorables Senadores señores _____, _____ y Quinteros, que modifica la ley N° 20.585, sobre Otorgamiento y Uso de Licencias Médicas y el Decreto Supremo N° 3, que aprueba Reglamento de Autorización de Licencias Médicas por las Compín e Instituciones de Salud Previsional, para trasladar la responsabilidad de certificar y corroborar el reposo fijado por una licencia médica desde el cotizante/paciente a la Isapre, Fonasa o Compín.

Ideas matrices o fundamentales

En Chile, el Subsidio de Enfermedad y Medicina Curativa¹, regulado en el Decreto con Fuerza de Ley N° 44 de 1978 del Ministerio de Trabajo y Previsión Social sobre Subsidios por Incapacidad Laboral, tiene por objetivo fundamental proteger al trabajador dependiente o independiente frente a una enfermedad común (cuyo origen no sea profesional o un accidente que no sea del trabajo), que lo incapacite total o parcialmente para trabajar, con el objeto de reemplazar los ingresos que el trabajador deja de percibir durante los días no trabajados.

El Decreto N° 3 de 1984, del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento de Autorización de Licencias Médicas por las Compín e Instituciones de Salud Previsional, dispone que las entidades encargadas de visar las licencias médicas son la Comisión Médica, Preventiva e Invalidez (entidad pública denominada Compín) respecto de los cotizantes del seguro de salud público (Fonasa); y las Contralorías Médicas de las Instituciones de Seguridad Previsional (Isapres), para los cotizantes de las aseguradoras privadas y, en caso de apelación por parte del beneficiario, las Compín (en segunda instancia).

Así, las Compín son las encargadas de realizar la contraloría médica de las licencias de todos los cotizantes de Fonasa, además de ser la instancia de apelación de las resoluciones que emitan las Isapres.² Además, “la Superintendencia de Seguridad Social actúa como la última instancia de apelación en todos los casos”.³

La Compín, finalmente, es el organismo que vela “por el cumplimiento de las normas médico legales en materias de seguridad social; además de actuar como garante de la fe pública en la certificación de estados de salud y en la gestión de procesos técnicos y administrativos; y garantizar en forma eficaz el acceso a los beneficios de la protección social en salud”. De acuerdo al inciso primero, del artículo 39 del Decreto N° 3, que aprueba el Reglamento de autorización de licencias médicas por las Compín e instituciones de salud previsional, en caso que una Isapre rechace o modifique la licencia médica, el trabajador, o sus cargas familiares podrán recurrir ante la Compín que corresponda. La Compín correspondiente al domicilio que el cotizante haya fijado en el contrato es competente para conocer de estos reclamos. A su vez, el plazo para interponer un reclamo es de quince días hábiles contados desde la recepción del pronunciamiento de la Isapre.⁴

¹ Rige por DFL N° 44 de 1978 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social sobre Subsidios por Incapacidad Laboral <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=4252> (Julio, 2015)

El respectivo reclamo deberá ser presentado por escrito directamente a la Compin competente, señalando en forma precisa sus fundamentos. Éste deberá acompañarse de una copia autorizada del pronunciamiento emitido por la Isapre que autorizó, rechazó o modificó la licencia médica original y los demás antecedentes que se estimen conveniente agregar.⁵

Además, en el evento que la Isapre no cumpliera lo resuelto por la Compin, el cotizante podrá solicitar el pago a la Superintendencia de Salud.⁶

El procedimiento es similar para los trabajadores que consideren que el monto del subsidio por licencia médica obtenido de la Isapre es inferior a lo establecido en la Ley N° 18.469, que regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud.⁷

Es competencia privativa de la Unidad de Licencias Médicas de la Compin o de la Isapre en su caso, ejercer el control técnico de las licencias médicas.⁸

De acuerdo al Decreto N° 7, que aprueba el Reglamento sobre Guías Clínicas referenciales relativas a los exámenes, informes y antecedentes que deberán respaldar la emisión de licencias médicas, se resalta dentro de los considerandos, la necesidad de contar con una normativa universal que facilite el quehacer de la contraloría médica, en la evaluación técnica de los casos relacionados con el uso de la licencia médica y el otorgamiento del Subsidio de Incapacidad Laboral, de los beneficiarios de Fonasa y de las Instituciones de Salud Previsional, y de la verificación de las declaraciones contenidas en las certificaciones médicas. Además, se resalta la necesidad de restablecer criterios homogéneos para enfrentar la diversidad de situaciones que derivan de una misma dolencia sobre diferentes individuos, lo que contribuirá al perfeccionamiento de la calidad de la gestión clínica administrativa.

Esta guía referencial, establece los días de reposo según grupos de patologías y patologías para la primera licencia y los exámenes, informes y antecedentes que la justifiquen. En el caso de las segundas licencias médicas continuadoras de la primera, se pueden exigir nuevos exámenes, informes y antecedentes. Si se llega a una tercera licencia médica, el artículo 3 de este Decreto N° 7 establece que "Tratándose de pacientes que tengan indicación de reposo continuo, **deberán** tomarse algunas de las medidas contempladas en las letras a), b), d) y e) del artículo 21 del decreto N° 3, de 1984, del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento de autorización de licencias médicas por las Compin e Instituciones de Salud Previsional a contar de la tercera licencia médica".

Las letras a), b), d) y e) del artículo 21 del decreto N° 3, de 1984, del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento de autorización de licencias médicas por las Compin e Instituciones de Salud Previsional, señala lo siguiente: "Para el mejor acierto de las autorizaciones, rechazos, reducción o ampliación de los períodos de reposo solicitados y otras modificaciones a las licencias, la Compin, la Unidad de Licencias Médicas o la Isapre correspondiente, **podrán** disponer de acuerdo con sus medios, alguna de las siguientes medidas: a) Practicar o solicitar nuevos exámenes o interconsultas; b) Disponer que se visite al trabajador en su domicilio o lugar de reposo indicado en el formulario de licencia, por el funcionario que se

⁵ Artículo 41 del Decreto N° 3, que aprueba el Reglamento de autorización de licencias

designe; d) Solicitar al profesional que haya expedido la licencia médica que informe sobre los antecedentes clínicos complementarios que obren en su conocimiento, relativos a la salud del trabajador; e) Disponer cualquier otra medida informativa que permita una mejor resolución de la licencia médica”.

De acuerdo a lo expuesto en los dos párrafos anteriores, a partir de la tercera licencia médica continua es deber considerar la práctica de nuevos exámenes, visitar al paciente, solicitar al profesional que expidió la licencia médica antecedentes clínicos complementarios y de disponer de cualquier otra medida informativa que permita una mejor resolución de la licencia médica. Cabe consignar que esto es sólo obligatorio a partir de la tercera licencia médica consecutiva y es optativa al usar el término “podrán” respecto de la primera y segunda licencia médica.

Lo señalado en los párrafos anteriores refleja en términos generales lo que debe enfrentar un cotizante cuando una licencia médica extendida por un profesional competente y habilitado por ley, le ha sido rechazada o modificada por la Isapre o Fonasa. Resulta pertinente señalar que, en esta situación, lo rechazado o modificado es la resolución médica debidamente certificada y no una situación diagnosticada por el cotizante.

Por lo mismo, lo procedente sería que quienes cuestionan la decisión médica debieran ser los responsables de solicitar directamente al médico tratante los antecedentes clínicos necesarios para tomar una resolución final, y no traspasarle esta carga al cotizante.

Además, antes de adoptar la decisión de rechazar o modificar la licencia médica, debería ser una obligación recabar todos los antecedentes clínicos necesarios para una mejor resolución, de manera previa.

Antecedentes

La presente moción propone trasladar la responsabilidad de certificar y corroborar el reposo fijado por una licencia médica desde el paciente a la Isapre, Fonasa o Compin, ante dudas o cuestionamientos respecto del diagnóstico y tratamiento, consultando de manera previa al médico tratante expedidor de la correspondiente licencia.

Esta iniciativa justamente busca fomentar el cumplimiento de la garantía constitucional consagrada en el artículo 19, número 9 de nuestra Carta Magna, respecto al derecho a la protección de la salud. De acuerdo al inciso cuarto, “es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas...”

La ley N° 20.585 sobre otorgamiento y uso de licencias médicas, señala en su artículo 1° lo siguiente: “La presente ley tiene por objeto establecer regulaciones que permitan asegurar el otorgamiento, uso correcto de la licencia médica y **una adecuada protección al cotizante y beneficiarios** de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud, mediante la aplicación de medidas de control y fiscalización, y de sanciones respecto de las conductas fraudulentas, ilegales o abusivas relacionadas con la licencia médica”.

En países como España, Portugal y Suecia, cuentan con un sistema de protección social, en el que se contempla el pago de un subsidio de incapacidad laboral que proporciona una prestación económica para compensar la pérdida de remuneración.⁹

El caso de España se asemeja más al sistema nacional, debido a que es un sistema en el que conviven distintas instituciones, tanto públicas como privadas (mutuas), que se hacen cargo del pago de este subsidio.

Existen diferencias en cuanto al momento en que este subsidio es pagado, destacando el caso de España y Suecia, donde es el empleador quien debe hacerse cargo del pago durante un período más largo, 15 días.

En España, existe un detallado procedimiento para la emisión de licencias médicas, el que depende de la duración del período de baja, debiendo realizar controles médicos periódicos y acompañar, en algunos casos, informes complementarios.

En los tres países mencionados la función de verificar la licencia médica recae en organismos públicos de la seguridad social: En España, los Servicios Públicos de Salud; en Portugal, el Instituto de Solidaridad y Seguridad Social; y en Suecia, la Agencia Sueca de Seguro Social.

Asimismo, todos estos países cuentan con sistemas de control y verificación de las licencias médicas en los que predomina la acción de los facultativos, ya sea a través de revisiones periódicas, informes complementarios (España), consultas directas al facultativo que emite la licencia (Suecia) y Comisiones Médicas encargadas de confirmar la incapacidad (Portugal)¹⁰.

Fuentes de los recursos

Según cifras preliminares presentadas por el Fonasa, el año 2014 se tramitaron 4.500.000 licencias médicas aproximadamente, de las cuales 3.200.000 corresponden a licencias curativas. De estas, un 62% son de mujeres y 38% son de hombre, y los días solicitados por cotizante se estiman en 10 para mujeres y 6,7 para cotizantes hombres¹¹.

Para el sistema en su conjunto, se evidencia una disparidad en el porcentaje de rechazo de las licencias médicas dependiendo del seguro de salud. Para los cotizantes de Fonasa (donde la contraloría médica de la Compin es la que se pronuncia en primera instancia respecto de las licencias médicas) el 6% se rechaza, 1% se amplía, 2% se reduce y 91% se autoriza, y para el caso de los cotizantes de las Isapres el 13% se rechaza, 11% se reduce y 76% se autoriza (sin considerar el resultado de los procesos de reclamaciones posteriores).

También Fonasa hace un análisis a nivel comparado en materia de gastos y subsidios. La OCDE elaboró un indicador que permite comparar la realidad de los países miembros calculando el porcentaje que representa el gasto en subsidios por licencias médicas en el total del Producto Interno Bruto. Según el estudio denominado "Sickness, Disability and Work"¹², el rango va desde el 0,1% en países como Japón y Corea hasta un 2,3% en Noruega. Fonasa

⁹ Informe de la Biblioteca del Congreso Nacional, denominado "Experiencia Extranjera. Sistemas de verificación subsidio incapacidad laboral". Contacto: Gabriela Dozorela

hace el cálculo para Chile para el año 2013 y el resultado alcanza el 0,5%, situando a Chile en el tercio más bajo de los valores para países de la OCDE.¹³

En relación al gasto se observa que el año 2013¹⁴ para el sistema público de salud, en términos agregados se destinaron un total de \$493.338 millones para el pago de licencias médicas, con un incremento de un 4,5% con respecto al año anterior. Para el año 2014, el valor día pagado alcanzó los \$14.300 con 7,9 días en promedio, con un costo por licencia de \$166.200 y costo para el cotizante de \$112.600.

Por tanto y considerando los argumentos expuestos anteriormente, vengo en someter a vuestra consideración el siguiente

PROYECTO DE LEY

Modifíquese la **Ley Nº 20.585**, sobre Otorgamiento y Uso de Licencias Médicas, de la siguiente manera:

Artículo 2, inciso 1º: Las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez **podrán** solicitar a los profesionales que por ley emitan licencias médicas que se encuentren sometidas a su conocimiento, la entrega o remisión de los antecedentes o informes complementarios que las respalden y, en casos excepcionales y por razones fundadas, los citará a una entrevista para aclarar aspectos de su otorgamiento. Dichos requerimientos se realizarán por carta certificada o medios electrónicos, bajo apercibimiento de aplicar las multas y suspensiones señaladas en el siguiente inciso.

Modificación:

Artículo 2, inciso 1º: Las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez **en caso de rechazo o modificación deberán** solicitar **directamente** a los profesionales que por ley emitan licencias médicas que se encuentren sometidas a su conocimiento, la entrega o remisión de los antecedentes o informes complementarios que las respalden y, en casos excepcionales y por razones fundadas, los citará a una entrevista para aclarar aspectos de su otorgamiento. Dichos requerimientos se realizarán por carta certificada o medios electrónicos, bajo apercibimiento de aplicar las multas y suspensiones señaladas en el siguiente inciso.

Artículo 3, inciso 1: Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 5º, las Instituciones de Salud Previsional **podrán** solicitar a los profesionales que emitan licencias médicas la entrega o remisión de los antecedentes o informes complementarios que las respalden.

Modificación:

Artículo 3, inciso 1: Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 5º, las Instituciones de Salud Previsional, **en caso de rechazo o modificación deberán** solicitar **directamente** a los profesionales que emitan licencias médicas la entrega o remisión de los antecedentes o informes complementarios que las respalden.

Modifíquese el **Decreto Supremo N° 3** de 1984, del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento de Autorización de Licencias Médicas por las Compin e Instituciones de Salud Previsional, de la siguiente manera:

Artículo N° 16: La Compin, la Unidad de Licencias Médicas o la Isapre, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas; reducir o ampliar el período de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. En todos estos casos se dejará constancia de la resolución o pronunciamiento respectivo, con los fundamentos tenidos a la vista para adoptar la medida, en el formulario digital o de papel de la respectiva licencia.

Modificación:

Artículo 16: La Compin, la Unidad de Licencias Médicas o la Isapre, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas; reducir o ampliar el período de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. En todos estos casos **se deberá solicitar directa y previamente al profesional que expidió la licencia, los antecedentes clínicos iniciales y complementarios para adoptar la medida de rechazo o modificación de ella dejando** constancia de la resolución o pronunciamiento respectivo, con los fundamentos tenidos a la vista para adoptar la medida, en el formulario digital o de papel de la respectiva licencia.

Artículo 21°: Para el mejor acierto de las autorizaciones, rechazos, reducción o ampliación de los períodos de reposo solicitados y otras modificaciones a las licencias, la Compin, la Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE correspondiente, podrán disponer de acuerdo con sus medios, alguna de las siguientes medidas:

- a) Practicar o solicitar nuevos exámenes o interconsultas;
- b) Disponer que se visite al trabajador en su domicilio o lugar de reposo indicado en el formulario de licencia, por el funcionario que se designe;
- c) Solicitar al empleador el envío de informes o antecedentes complementarios de carácter administrativo, laboral o previsional del trabajador;
- d) Solicitar al profesional que haya expedido la licencia médica que informe sobre los antecedentes clínicos complementarios que obren en su conocimiento, relativos a la salud del trabajador;
- e) Disponer cualquier otra medida informativa que permita una mejor resolución de la licencia médica.

Modificación:

Artículo 21°: Para el **acierto** de las autorizaciones, rechazos, reducción o ampliación de los períodos de reposo solicitados y otras modificaciones a las licencias, la Compin, la Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE correspondiente, **deberán** disponer de acuerdo con sus medios, alguna de las siguientes medidas:

- a) Practicar o solicitar nuevos exámenes o interconsultas;
- b) Disponer que se visite al trabajador en su domicilio o lugar de reposo indicado en el formulario de licencia, por el funcionario que se designe;
- c) Solicitar al empleador el envío de informes o antecedentes complementarios de carácter administrativo, laboral o previsional del trabajador;

Artículo 36°: El médico cirujano autorizado por la Isapre para pronunciarse sobre la autorización, modificación o rechazo de las licencias, deberá consignar bajo su firma, en el formulario de licencia, su pronunciamiento en los términos señalados en el artículo 16° de este reglamento.

De dicho pronunciamiento deberá enviarse copia timbrada, por correo certificado a los domicilios registrados por el trabajador y su empleador, o sólo al registrado por el trabajador independiente, dentro del plazo de dos días hábiles, contados desde la fecha del pronunciamiento, sin perjuicio de mantener en archivo la resolución original.

Modificación:

Artículo 36°: El médico cirujano autorizado por la Isapre para pronunciarse sobre la autorización, modificación o rechazo de las licencias, deberá consignar bajo su firma, en el formulario de licencia, su pronunciamiento en los términos señalados en el artículo 16° de este reglamento.

De dicho pronunciamiento deberá enviarse copia timbrada, por correo certificado a los domicilios registrados por el trabajador y su empleador, o sólo al registrado por el trabajador independiente y **al médico que extendió la licencia**, dentro del plazo de dos días hábiles, contados desde la fecha del pronunciamiento, sin perjuicio de mantener en archivo la resolución original.