



**UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA
FACULTAD DE EDUCACIÓN Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
MAGISTER EN GERENCIA SOCIAL**

**EQUIDAD Y SOLIDARIDAD: PRINCIPIOS DE ACCION
EN GASTO DE BOLSILLO EN SALUD.
EL CASO DE LOS FUNCIONARIOS DE LA
UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA**

**Tesis conducente al Grado de
Magíster en Gerencia Social**

***Francisco José Quejer Ríos
Temuco, Chile
2011.***

TEMUCO, Septiembre de 2011



UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA
FACULTAD DE EDUCACIÓN Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
MAGISTER EN GERENCIA SOCIAL

**EQUIDAD Y SOLIDARIDAD: PRINCIPIOS DE ACCION
EN GASTO DE BOLSILLO EN SALUD.
EL CASO DE LOS FUNCIONARIOS DE LA
UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA**

*Tesis para optar al Grado de
Magíster en Gerencia Social*

Autor:

Francisco José Quejer Ríos
Asistente Social

Profesora Guía

Ana María Salamé Coulón
Doctora Universidad de
Barcelona, España
Universidad de La Frontera

TEMUCO, Septiembre de 2011

*Este trabajo está dedicado a mi Alma Mater....
Universidad de La Frontera*

Colaboraron:

Digitación Bases de Datos
Estudiante de Contador Público y Auditor
Srta. Sylvia Andrea Nahuefil Huanquilem

Coordinación Grupos de Discusión
Estudiante de Trabajo Social
Sr. Pablo Fernando Reyes Arriagada

Transcripción textos Grupos de Discusión
Estudiante de Trabajo Social
Srta. Scarlet Andrea Hauri Opazo

Diagramación caratula porta Compact Disc y etiqueta Compact Disc
(Según formato y diseño original Magíster Gerencia Social)
Sr. Gustavo Eduardo Ossandon Vergara

Índice temático

I.- INTRODUCCIÓN	Nº Pág.
1.1.- <i>Problema de Investigación</i>	1
1.2.- <i>Justificación de la Investigación</i>	4
II.- MARCO CONCEPTUAL	
2.1.- <i>Concepto de Calidad</i>	6
2.2.- <i>Gestión de Calidad en Servicios Sociales</i>	15
2.3.- <i>Administración de Recursos Humanos</i>	22
III.- MARCO CONTEXTUAL	
3.1.- <i>El sistema de salud chileno desde 1979 a la actualidad</i>	29
3.1.1.- <i>El sistema público de salud</i>	34
3.1.2.- <i>El sistema privado de salud</i>	35
3.1.3.- <i>Comparación sistemas público y privado de salud en Chile</i>	36
3.1.4.- <i>Herramientas de protección en salud</i>	40
3.2.- <i>Universidad de La Frontera y Servicio de Bienestar del Personal</i>	46
3.3.- <i>Gasto de Bolsillo en Salud</i>	61
3.4.- <i>Morbilidad y Mortalidad en Chile</i>	77
IV.- MARCO METODOLOGICO DE INVESTIGACIÓN	84
4.1.- <i>Problema de Investigación</i>	84
4.2.- <i>Objetivos de investigación</i>	89
4.3.- <i>Método de Investigación</i>	90
4.4.- <i>Fases del Proceso de Investigación</i>	91
4.5.- <i>Universo y Muestra</i>	93
4.6.- <i>Técnicas de Recolección de Información</i>	94
4.7.- <i>Tratamiento y Análisis de los Datos</i>	99
V.- PRESENTACION DE RESULTADOS	101
5.1.- <i>Caracterización de la población en estudio</i>	102
5.2.- <i>Gasto Total Inicial en Salud</i>	112
5.3.- <i>Bonificación sistemas de salud</i>	124
5.4.- <i>Bonificación sistema de Bienestar del Personal</i>	132
5.5.- <i>Pertinencia del sistema de Bienestar del Personal</i>	141
5.6.- <i>Problemas y necesidades detectadas</i>	142
5.7.- <i>Propuestas de Mejoras</i>	174
VI.- CONCLUSIONES	174
VII.- FUENTES DE INFORMACIÓN	191

Índice de figuras

Nº	Descripción	Nº Pág.
Figura Nº 1	Componentes Administración de Recursos Humanos	23
Figura Nº 2	Organigrama dependencia División de Bienestar y Prestaciones Sociales	49
Figura Nº 3	Evolución copagos Ambulatorios y Hospitalarios	72
Figura Nº 4	Perfil de financiamiento sistema de salud chileno	76
Figura Nº 5	Evolución Estructura poblacional por grupos de edad en Chile	78
Figura Nº 6	Fases del Proceso Investigativo	92
Figura Nº 7	Fases Proceso Gasto de Bolsillo en Salud	143
Figura Nº 8	Propuestas de Mejoras en relación al Gasto de Bolsillo en Salud	152
Figura Nº 9	Propuestas de Mejoras en educación y Prevención en Salud	153
Figura Nº 10	Propuestas de Mejoras en Gestión de Bienestar del Personal	153

Índice de Cuadros

Nº	Descripción	Nº Pág.
Cuadro Nº 1	Definiciones de Calidad	7
Cuadro Nº 2	Evolución Conceptos de Calidad	9
Cuadro Nº 3	Visión Histórica de la Calidad	11
Cuadro Nº 4	Procesos Involucrados en la Gestión	17
Cuadro Nº 5	Opciones de Planes de Prestaciones Sociales	27
Cuadro Nº 6	Cuadro Comparativo FONASA e ISAPRES	39
Cuadro Nº 7	Perfil Gasto de Bolsillo en Latinoamérica	66
Cuadro Nº 8	Chile: Objetivos Sanitarios Década 2000-2010	81
Cuadro Nº 9	Desafíos Sanitarios Ministerio de Salud de Chile, 2010	82
Cuadro Nº 10	Preguntas de Investigación	88
Cuadro Nº 11	Objetivos de Investigación	89
Cuadro Nº 12	Síntesis Procedimientos Recolección y Análisis de Datos	100

Índice de Tablas

Nº	Descripción	Nº Pág.
Tabla Nº 1	Clasificación de Ayudas Económicas Otorgadas por el Servicio de Bienestar del Personal, entre 1996-2010	60
Tabla Nº 2	Proporción copago prestaciones según tipo de atención	73
Tabla Nº 3	Distribución Porcentual de las Defunciones por Grandes Causas de Muerte. Chile 1970, 1990 y 2005	80
Tabla Nº 4	Distribución de socios solicitantes beneficios según sexo	103
Tabla Nº 5	Distribución de socios solicitantes beneficios según sexo y tramo de edad	104
Tabla Nº 6	Distribución de socios solicitantes de beneficios según cantidad de cargas familiares que originaron gastos médicos durante el año 2009	106
Tabla Nº 7	Sistema y entidad previsional de los socios solicitantes de beneficios durante el año 2009	107
Tabla Nº 8	Indicadores renta imponible mensual socios solicitantes según estamento de pertenencia	111
Tabla Nº 9	Distribución Causantes Gasto total Inicial em salud según sexo y tramo de edad	113
Tabla Nº 10	Distribución de causantes Gasto Total Inicial en Salud según tipo de carga familiar	114
Tabla Nº 11	Distribución de causantes Gasto Total Inicial en Salud según sistema previsional de pertenencia	115
Tabla Nº 12	Tabla resumen de Gasto Total Inicial según sexo y tramo de edad de los causantes del gasto médico	122
Tabla Nº 13	Resumen bonificación sistema previsional público	131
Tabla Nº 14	Resumen bonificación sistema previsional privado	131
Tabla Nº 15	Resumen Bonificación Bienestar del Personal, UFRO	135
Tabla Nº 16	Bonificación Bienestar del Personal según estamento de pertenencia del socio de Bienestar del Personal:	135
Tabla Nº 17	Propuesta de Disminución de Gasto de Bolsillo en Salud por Consultas Médicas	154
Tabla Nº 18	Propuesta de Disminución de Gasto de Bolsillo en Salud por Medicamentos con Receta	155
Tabla Nº 19	Propuesta de Disminución de Gasto de Bolsillo en Salud por Medicamentos Permanentes	155
Tabla Nº 20	Propuesta de Aumento de Reembolso de Gastos Médicos	156
Tabla Nº 21	Contratación de un Seguro Complementario de Salud	156
Tabla Nº 22	Inclusión de Bonificación por Medicina Alternativa	157
Tabla Nº 23	Definición de beneficios de Reembolsos de Gastos Médicos diferenciados según sistema previsional de adscripción	158
Tabla Nº 24	Definición de beneficios de Reembolsos de Gastos Médicos diferenciados según patologías	159
Tabla Nº 25	Definición de beneficios de Reembolsos de Gastos Médicos diferenciados según renta imponible mensual	160

Nº	Descripción	Nº Pág.
Tabla Nº 26	Definición de beneficios de Reembolsos de Gastos Médicos diferenciados según grupo etáreo de pertenencia	161
Tabla Nº 27	Propuesta de Implementación de un Centro Médico	162
Tabla Nº 28	Propuesta de Implementación de un Programa de Educación en Prevención y Estilos de Vida Saludable	163
Tabla Nº 29	Propuesta de Implementación de un Programa de Vigilancia Médica	164
Tabla Nº 30	Propuesta de Formalización de Convenios de uso de recursos institucionales	165
Tabla Nº 31	Propuesta de Incremento de Aportes Sociales	166
Tabla Nº 32	Propuesta de Incremento de Aportes Institucionales	167
Tabla Nº 33	Inclusión y personal contratado a Honorarios en el sistema de Bienestar del Personal	168
Tabla Nº 34	Inclusión de Jubilados en el sistema de Bienestar del Personal	168
Tabla Nº 35	Propuesta de definición de tarifas de uso de cabaña de Licanray y Mehuín según renta del socio	169
Tabla Nº 36	Propuesta de Implementación de un programa de comunicación e información permanente hacia los socios de Bienestar del Personal	170
Tabla Nº 37	Propuesta de Implementación de un programa de comunicación hacia los socios de Bienestar del Personal basado en las tecnologías de información	171
Tabla Nº 38	Implementación de un Programa de Incentivo al Ahorro	172
Tabla Nº 39	Propuesta de Modificación de normas, parámetros y beneficios que impliquen endeudamiento a nivel de Bienestar del Personal	173

Índice de Gráficos

Nº	Descripción	Nº Pág.
Gráfico Nº 1	Evolución Beneficiarios Seguros de Salud en Chile	36
Gráfico Nº 2	Evolución de la cantidad de socios Bienestar del Personal, UFRO, periodo 1996-2010	53
Gráfico Nº 3	Ingresos de Operación sistema de Bienestar del Personal	56
Gráfico Nº 4	Evolución beneficios subsidiarios Bienestar del Personal, Años 1996-2010	59
Gráfico Nº 5	Distribución de socios solicitantes beneficios según Tramo de edad y sexo.	105
Gráfico Nº 6	Renta Imponible según Sistema Previsional de los socios de Bienestar del Personal	108
Gráfico Nº 7	Renta Imponible según estamento de pertenencia y sistema previsional de los socios de Bienestar del Personal.	109
Gráfico Nº 8	Gasto Total Inicial en Salud según Sistema Previsional de los causantes del gasto en salud	118
Gráfico Nº 9	Distribución del Gasto total Inicial en Salud según Tipo de Atención Médica	119
Gráfico Nº 10	Participación del Gasto Total Inicial en Salud según sexo del causante y tipo de gasto médico	120
Gráfico Nº 11	Cobertura sistema previsional según tipo de prestación medica	126
Gráfico Nº 12	Comparación bonificación del Gasto Médico Total Inicial según sistema previsional	129
Gráfico Nº 13	Distribución de Reembolsos de gastos Médicos según Tipo de Gasto Total inicial en Salud	134
Gráfico Nº 14	Impacto de la bonificación de Bienestar del Personal en Gasto de Bolsillo en Salud, según Sistema Previsional.	136

RESUMEN

En la Universidad de La Frontera la función de Administración de Recursos Humanos relativa a la retención del recurso humano y la consecuente implementación de un Plan de Prestaciones Sociales, es asumida parcialmente por el Servicio de Bienestar del Personal, entidad que tiene como objetivo “...propender al mejoramiento de las condiciones de vida de sus afiliados, para lo cual podrá proporcionarles, en la medida que sus recursos lo permitan asistencia médica, económica y social de acuerdo a las normas...”, obteniendo financiamiento de los asociados, de la institución y con recursos autogestionados. Alrededor del 50% de los ingresos económicos se destina a disminuir el Gasto de Bolsillo en Salud de los asociados, razón por la cual esta investigación busca cuantificar y caracterizar el Gasto de Bolsillo en Salud de los socios de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera, valorar la pertinencia de la red de beneficios, detectar brechas y proponer mejoras, utilizando en forma integrada técnicas cuantitativas y cualitativas de investigación social.

La gestión del sistema de bienestar en el ámbito del Gasto de Bolsillo en Salud se desarrolla en el contexto de un sistema previsional de salud segmentado entre los sub-sistemas de salud público y privado, los cuales operan conceptualmente bajo inspiraciones diametralmente opuestas.

Los resultados de la investigación permiten determinar, en forma concomitante la existencia de grupos de personas cuyo acceso a los servicios de salud se ve dificultado por la falta de apoyos económicos y la existencia de áreas y grupos de personas desprotegidas. En la situación actual de los asociados al sistema bienestar de la UFRO ser mujer, afiliada al sistema previsional público (FONASA), pertenecer al estamento auxiliar o administrativo, tener una edad superior a los 44 años de edad y requerir de una hospitalización constituye el entorno de mayor desprotección económica frente a las necesidades de salud. Las propuestas derivadas de los grupos de discusión y de los resultados cuantitativos permitirán, en un contexto de Gestión de Calidad en Servicios Sociales y de principios de Gerencia Social, gestionar cambios *sobre la base de incorporar el principio de equidad en la operación del sistema de bienestar.*

PALABRAS CLAVES:

Gasto de Bolsillo en Salud- Gestión de Calidad en Servicios Sociales- Servicios de Bienestar del Personal- Equidad



I. INTRODUCCIÓN

1.1. Problema de Investigación:

El problema de investigación que se ha planteado este trabajo, se construye teniendo como referente, de una parte, los avances teóricos en la gestión de calidad de los servicios sociales, las características del sistema de salud y la política de salud de Chile y los estudios latinoamericanos sobre el gasto de bolsillo en salud y, de otra parte, la misión de la Universidad de La Frontera, especialmente en lo relativo a la gestión de sus recursos humanos, y los objetivos del Servicio de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera.

Con relación al primer punto, esto es los **avances teóricos en la gestión de calidad de los servicios sociales**, se puede señalar que la teoría de la gestión de calidad reconoce el aporte de distintos enfoques a la formulación actual del concepto de calidad asociado a un enfoque estratégico, que busca atender en forma simultánea y armónica la calidad del servicio (eficacia externa) y la satisfacción del cliente (eficiencia interna). Es este el desafío que nos plantea la calidad en servicios sociales. Una empresa de servicios no produce cosas, cuya calidad se pueda medir, pesar y verificar. La calidad se determina mediante los contactos que se producen entre “servidores” y “clientes”, producto de lo cual la calidad se transforma en un concepto intrínsecamente subjetivo y personal, pasando de ser un fenómeno medible a un fenómeno relacional.



Con respecto al segundo punto, **el sistema de salud chileno** se caracteriza por su dualidad y por una fuerte segmentación, dada por un sistema público que debe hacerse cargo de los viejos, mujeres fértiles, los trabajadores de menores ingresos económicos y de sus familias y de los indigentes y, por otro lado, el sector privado que busca desde una óptica empresarial, atender a los con mayor poder adquisitivo y que se encuentran dispuestos a pagar por obtener prestaciones de salud.

Por su parte, la **política de salud chilena** orientada por sus objetivos sanitarios, para la década 2000-2010, da cuenta del nuevo perfil de morbi-mortalidad y por lo tanto de nuevos intereses y desafíos de la política social en salud. Al año 2005 se había evidenciado, respecto de 1970 y 1990, un aumento de las muertes por enfermedades del aparato circulatorio, por tumores y por aquellas clasificadas como endocrinas, nutricionales y metabólicas. En forma concomitante, en los mismos periodos de tiempo, las muertes por afecciones del sistema respiratorio, del sistema digestivo e infecciones parasitarias, habían disminuido en promedio en casi un 7%. Los cambios en este ámbito se encuentran asociados a estilos de vida sedentarios, a un cierto envejecimiento de la población y a una mayor prevalencia de enfermedades graves. De allí, que el Ministerio de Salud definiera como prioritarios problemas de salud tales como: “las enfermedades cardiovasculares, los tumores, los problemas de salud mental, los traumatismos y envenenamientos, las enfermedades osteo-articulares y la salud oral. En el análisis de tendencias se agregaron la diabetes y el VIH y SIDA por su importante proyección al crecimiento en los próximos 10 años” (MINSAL, 2002).



Por otro lado, el perfil demográfico de Chile, según conclusiones de la Superintendencia de Salud (2007) presenta un proceso de envejecimiento acelerado: el año 2020 un 17,3% de los chilenos (3.207.729 habitantes) será mayor de 60 años. El gasto en salud por motivos hospitalarios se habrá incrementado en 2,5 veces y el gasto en salud en general se habrá cuadruplicado.

No obstante, estos significativos cambios demográficos y de morbi-mortalidad de la población chilena y los vaivenes en los enfoques y en la implementación de la política social en salud, el Servicio de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera, que de acuerdo a sus estatutos y reglamentos se ocupa de reembolsar parte de los gastos médicos, ha mantenido, al menos durante los últimos treinta años, la misma red de beneficios que apuntan a aliviar **el Gasto de Bolsillo en Salud de sus asociados y de sus familias**, entendido éste como “aquellas erogaciones en ítems de salud netas de cualquier reembolso efectuado por el sistema de salud o seguro al que se esté afiliado” (Peticara, 2008).

En este último aspecto, el **Servicio de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera**, durante el año 2010 destinó un 48% de sus recursos a reembolsar gastos médicos de sus asociados y de sus familias (Quejer, 2010), conocido éste en el ámbito conceptual de la economía de la salud como Gasto de Bolsillo en Salud. Hasta fines de la década del 90 la bonificación o reembolso equivalía al 40% de los co-pagos, situación que, por Acuerdo de su Comisión Administrativa fue aumentada a un 50%(UFRO, 1999) y con topes en montos de dinero anuales que cada cierto tiempo se modifican. Así, el sistema de bienestar actúa en la fase terminal de los efectos de macro



políticas gubernamentales, generando y administrando una red de beneficios que en un porcentaje importante apunta a disminuir el Gasto de Bolsillo en Salud de sus asociados y cargas familiares.

Estos referentes son los que permiten plantear el problema de investigación, que ha sido definido de la siguiente forma:

APORTAR CONOCIMIENTOS APLICADOS SOBRE LA MAGNITUD DEL GASTO DE BOLSILLO EN SALUD DE LOS SOCIOS DE BIENESTAR DEL PERSONAL DE LA UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA Y DE SUS RESPECTIVOS GRUPOS FAMILIARES (CARGAS FAMILIARES) Y EN ESA MEDIDA IDENTIFICAR ÁREAS DE NECESIDADES NO CUBIERTAS Y/O SOBRECUBIERTAS.

1.2. Justificación de la Investigación:

La Universidad de La Frontera aporta anualmente una cantidad de recursos económicos, humanos y estructurales para el cumplimiento de la función de retención del recurso humano, traducido, entre otras, en un Plan de Prestaciones Sociales. Los funcionarios de la Universidad de La Frontera que en forma libre y voluntaria han solicitado ser incorporados como socios, aportan el 1,5% de sus sueldos base más bienios trienios (UFRO, 1982), como contribución al financiamiento del sistema de Bienestar. Esta contribución económica voluntaria, implica que reconocen en el Servicio de Bienestar del Personal una instancia de atención de sus necesidades y problemas. Desde la conceptualización de la Gerencia Social este reconocimiento a la función es posible denominarlo valor público, el cual según Hintze (Boletín Nº 13) puede



ser definido como la satisfacción de necesidades humanas presentes y futuras asociadas a la vida mediante el esfuerzo humano organizado.

Por otro lado, esta investigación junto con el objetivo de generar propuestas de mejoramiento en la red de prestaciones sociales de reembolsos de gastos médicos, sobre la base de principios y elementos de Gerencia Social en la administración de un servicio social, pretende realizar un aporte teórico-práctico a la gestión de la Dirección de Recursos Humanos y de la Vicerrectoría de Administración y Finanzas, coherente con los principios de accountability, eficiencia y eficacia tanto en la calidad de los procesos como en sus resultados, contenidos la misión y visión de la Universidad de La Frontera.

En síntesis, la presente investigación busca, desde el ámbito de la conceptualización de la Gerencia Social y de la Gestión de Calidad y usando las herramientas de la investigación social, **valorar la eficiencia y eficacia** de su red de beneficios de reembolsos de Gastos Médicos, y la **coherencia** de los mismos con las necesidades actuales de los usuarios.

En este contexto, es que la Investigación se plantea como objetivo general proponer mejoras en la estructura actual de beneficios de reembolsos de gastos médicos de los asociados y de sus cargas familiares.



II. MARCO CONCEPTUAL

En el presente capítulo se exponen los antecedentes conceptuales que permitirán llevar a cabo el proceso investigativo y su consecuente propuesta de mejora de los servicios de bienestar de personal en lo referido a aportes al gasto de bolsillo en salud de los socios de bienestar. Así, entonces, un primer concepto a trabajar es el concepto de calidad, considerando que una gestión de calidad de los servicios sociales permitirá responder de modo pertinente a las necesidades y requerimientos de sus asociados, simultáneamente que a la maximización de los recursos y beneficios. A continuación se desarrolla el concepto de gestión de calidad en servicios sociales, ilustrando en primera instancia la evolución histórica del concepto y sus precursores, para finalmente arribar a los servicios y en particular a aquellos denominados sociales.

2.1. Concepto de calidad:

El concepto de calidad hoy está instalado en prácticamente todas las áreas del quehacer humano y es particularmente sensible en lo relativo al campo de las prestaciones y beneficios sociales. Siendo calidad un concepto polisémico, a continuación se presentan diversas definiciones:

La Real Academia Española (2005) define la calidad como: “Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla como igual, peor o mejor que las restantes de su especie.” Para Phil Crosby (1979) es: “ajustarse a las especificaciones o conformidad de unos requisitos”. Joseph



Jurán (1993) la define como: “adecuado para el uso, satisfaciendo las necesidades del cliente”. Así, en la noción de calidad se reconocen diferentes ideas asociadas a ésta:

Cuadro N° 1: Definiciones de Calidad (Basado en Sangüesa, 2008)

Definiciones de Calidad
<p>Definición trascendente: la calidad se comprende como una cualidad innata, una característica absoluta y universalmente reconocida. Se consideran trabajos de gran calidad aquellos que están por encima de las modas, cuya imagen de calidad perdura en el tiempo. Bajo este concepto, la calidad se relaciona con el trabajo del artesano de precisión, en oposición con el trabajo en masa. Un ejemplo de definición de calidad desde el punto de vista trascendente sería la siguiente: <i>“aunque la calidad no puede definirse, uno sabe lo que es”</i> (Sangüesa, 2008, p. 10).</p>
<p>Definiciones basadas en el producto: Consideran la calidad como una característica medible. Las diferencias de calidad significan diferencias en la cantidad de una característica determinada que posee (o no) el producto. Esto conduce a una concepción jerárquica de la calidad, ya que según la cantidad del atributo deseado que contenga el producto es posible ordenarles de menor a mayor calidad. Sólo será posible una clasificación libre de ambigüedades si se tiene una clasificación equivalente, válida para todos los compradores, según la característica en cuestión. Un ejemplo de definición de calidad basada en el producto sería <i>“diferencias en la calidad son diferencias cuantitativas respecto de algún atributo requerido”</i> (Sangüesa, 2008, p. 10).</p>
<p>Definiciones basadas en el usuario: Estas definiciones asumen que los compradores individuales tienen gustos diferentes y además asumen que los productos que mejor satisfacen sus necesidades son aquellos que consideran como productos de más calidad, lo cual lleva a pensar que la calidad sea una característica altamente subjetiva. Un ejemplo de definición, desde este postulado sería: <i>“la calidad consiste en la capacidad de satisfacer los deseos de los consumidores”</i> o en el decir de Juran, <i>“Quality is fitness por use”</i>. Esta forma de definir la calidad encuentra sus principales objeciones en el cómo agregar las preferencias de los consumidores y como distinguir aquellos atributos que añaden calidad al producto o servicio respecto de aquellos que simplemente maximizan la satisfacción del cliente (Sangüesa, 2008, p. 11).</p>
<p>Definiciones basadas en la producción: Están formuladas sobre la base de la oferta y</p>



prácticamente todas ellas identifican la calidad con el cumplimiento de las especificaciones, donde es posible determinar unas tolerancias positivas o negativas y las desviaciones respecto de las mismas serán consideradas disminuciones de la calidad. Esta misma diferencia se aplica a los servicios, en los cuales las exigencias son la adecuación a cada cliente y el cumplimiento de los horarios previstos. Una definición clásica de calidad en este ámbito sería *“calidad es el grado en que un producto se adecua a las especificaciones de diseño”*. Sin embargo, quienes postulan esta forma de definir la calidad, al centrar la mirada en el proceso interno del producto, no prestan la debida atención a las percepciones del cliente (Sangüesa, 2008, p. 12).

Definiciones basadas en el valor: Definen la calidad en términos de costes y precios. Es decir, un producto de calidad es aquel que satisface determinadas necesidades a un precio razonable. Una definición de calidad, considerando este criterio sería *“calidad significa lo más apto para ciertas condiciones que ponga el cliente. Estas condiciones son el tipo de uso y el precio del producto”*. Sus detractores señalan que las posibilidades de aplicación en la práctica son muy bajas (Sangüesa, 2008, p. 12).

La Comunidad Europea y la Organización Internacional de Normalización (ISO, por sus siglas en inglés), han consensuado que calidad es el “grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos” (UNE: 2005, Apartado 3.1.1). (Sangüesa, 2008, p. 13) A renglón seguido, la misma norma define el término requisito como “necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria” (UNE: 2005, Apartado 3.1.2). La existencia de los llamados “requisitos” origina dos nuevo conceptos: “No conformidad”, definida como incumplimiento de un requisito (UNE: 2005, Apartado 3.6.2); y “Defecto”, definido como un incumplimiento de un requisito asociado a un uso previsto o especificado” (UNE- EN ISO 9000:2005, Apartado 3.6.3). La aplicación de este concepto, desde el ámbito de las normas ISO, implica que se deben “adivinar” todas las características que el cliente desea y que influyen en la capacidad que se va a percibir del producto o servicio.



Ahora bien, una revisión histórica indica del concepto de calidad indica que éste ha experimentando cambios importantes en su significado. González (2006) los describe y resume en la siguiente tabla, señalando etapas y finalidades.

**Cuadro Nº 2: Evolución del Concepto de Calidad
(Basado en González (2006))**

Evolución del Concepto de Calidad		
Etapas	Concepto	Finalidad
Artesanal	Hacer las cosas bien, independientemente del coste o esfuerzo necesario	Satisfacer al cliente Satisfacer al artesano por el trabajo bien hecho Crear un producto único
Revolución Industrial	Hacer muchas cosas no importando que sean de calidad (se asimila producción con calidad)	Satisfacer una gran demanda de bienes Obtener beneficios
Segunda Guerra Mundial	Asegurar la eficacia del armamento sin importar el coste con la mayor y más rápida producción	Asegurar la disponibilidad de un armamento eficaz en la cantidad y momento preciso
Postguerra (Japón)	Hacer las cosas bien a la primera	Minimizar costes mediante la calidad Satisfacer al cliente Ser competitivo
Control de Calidad	Técnicas de inspección del proceso productivo para evitar salida de productos defectuosos	Satisfacer las necesidades técnicas del producto.
Aseguramiento de la Calidad	Sistemas y procedimientos de la organización para evitar que se produzcan bienes defectuosos	Satisfacer al cliente Prevenir errores Reducir costes Ser competitivo
Calidad Total	Teoría de administración empresarial centrada en la permanente satisfacción de las expectativas del cliente	Satisfacer tanto al cliente interno como externo Ser altamente competitivo Mejora continua

El cuadro precedente permite comprender cómo el concepto de calidad ha ido cambiando su foco de interés desde la cantidad y oportunidad de producción, hacia la satisfacción de clientes y la mejora continua. Así, entonces, la calidad se constituye en uno de los requisitos esenciales del producto, junto con ser un factor estratégico clave del que dependen las organizaciones, ya para mantener su posición en el mercado, ya para asegurar su supervivencia.



En concordancia con la síntesis propuesta por González (2006), el texto siguiente tiene como objetivo ahondar en una descripción más detallada del concepto de calidad y sus variaciones históricas. Entender de una manera holística y con perspectiva histórica los procesos de gestión de calidad ha posibilitado identificar tres enfoques que han sido aplicados, en forma consecutiva y en algunas épocas de manera superpuesta: el enfoque técnico, el enfoque humano y el enfoque estratégico (Camisón, 2008, p. 79).

El primero de ellos, **el enfoque técnico**, se centró en resolver problemas relativos a la eficiencia de los productos, los procesos de la empresa y por lo tanto, consideró de manera exclusiva la perspectiva del fabricante de productos y/o del prestador del servicio. Un elemento característico de este enfoque es la supremacía de la eficiencia interna, buscando mejorar procesos, bajar costes, mejorar las definiciones y especificaciones técnicas de los productos y/o servicios, por sobre la satisfacción de los usuarios o clientes. (Camisón, 2007 p. 80).

El **enfoque humano**, nace en Japón como reacción al enfoque técnico. Uno de los precursores es Ishikawa (citado por Camisón, 2008) quien en 1954 postulaba que la gestión de calidad es una disciplina distinta a la ingeniería, por cuanto al atender los problemas gerenciales y de dirección no sería posible obviar el factor humano y cultural de la empresa. Así, bajo este enfoque la gestión de calidad debería tener como prioridad convertir a los trabajadores y empleados en el eje del proceso de gestión y mejora de la calidad, actuando sobre los factores culturales y psico-sociales de los mismos, utilizando técnicas como la participación de los trabajadores en la resolución de los problemas originados en la producción y en la capacitación y formación técnica para



resolverlos (Camisón, 2007, p. 81). En este contexto, los actores con capacidad de decisión en los procesos productivos o de gestación de servicios deben resolver a quien encargar la dirección de las empresas: a los ingenieros o a los psicólogos organizacionales. Esta dicotomía se mantuvo, al menos, hasta la década de los noventa, periodo en el cual aparecen los que enfatizan la importancia de un enfoque estratégico (Camisón, 2007, p. 83).

El **enfoque estratégico** se centra en atender la calidad del servicio y la satisfacción del cliente. El énfasis de las miradas, en esta época, se concentró en primera instancia en la eficiencia externa. Bajo este criterio, autores como Parasuraman, Zeithaml y Berry (citados en Camisón, 2008) habían proclamado inicialmente como paradigma la mejora competitiva, significando con ello que las empresas debían ocupar espacios en el mercado, ganando y reteniendo clientes, por sobre la reducción de costos o el mejoramiento de procesos productivos. Sin embargo, en una segunda mirada, postularon que era posible compatibilizar y complementar la eficiencia interna con la satisfacción de los clientes y la calidad del servicio o la eficiencia externa.

Por lo tanto, la gestión de calidad ha sido entendida y aplicada en forma superpuesta y no claramente diferenciada. De allí que Camisón (2008), identifica y describe diez generaciones en la gestión de calidad.

Cuadro Nº 3: Visión Histórica de la Gestión de Calidad (Basado en Camisón, 2008)

Visión histórica de la Gestión de Calidad	
Generación	Concepto
Primera generación	En una primera generación, la gestión de las empresas se orientó al desarrollo de la calidad orientada al producto, el cual debería ser finalmente aprobado o rechazado, dependiendo del cumplimiento de una serie de características y especificaciones técnicas definidas por la empresa. Bajo esta mirada, el concepto de calidad se encuentra íntimamente relacionado con la ingeniería.



Segunda Generación	El principal exponente de esta generación es Walter A. Shewart, quien postulaba que el desarrollo de la calidad debía orientarse al proceso y a los problemas en la línea de producción y no sólo al producto terminado. En esta etapa la herramienta principal de gestión de calidad es el Control Estadístico de Procesos (CEP) y por lo tanto la principal preocupación y el ideal de los gestores de calidad, era reducir al máximo la variabilidad.
Tercera Generación	Entre la década de 1950 y 1960, en Estados Unidos, las necesidades de empresas tecnológicas determinan que éstas busquen y prevengan el aseguramiento de la calidad, mediante la adecuada planificación, organización y control de todas las actividades y funciones organizativas para “hacerlo bien a la primera”. El principal exponente de esta corriente, según identifica Camisón, en esta época es Joseph M. Juran.
Cuarta Generación	El principal exponente identificado por Camisón para esta época es Feigenbaum, quien postula la necesidad de implicar a toda la organización en la mejora de la calidad y por lo tanto el énfasis se encuentra en la Mejora Continua. Existe principal preocupación por el liderazgo de la alta dirección en los procesos de calidad, por el compromiso humano con la calidad y la productividad de arriba abajo, la orientación al cliente, la inversión en la implantación de la tecnología para la calidad a través de ventas, ingeniería y producción y el enfoque financiero de la calidad a través de la medición de los costes de la calidad. Es la época de la calidad y de la Teoría de sistemas.
Quinta Generación	La característica fundamental de este movimiento es “cero defectos” y encuentra su principal defensor en Crosby, quien postula que el único estándar aceptable es un trabajo perfecto, con cero defectos. El coste de la calidad es medible a través del precio de hacer las cosas correctamente versus el hacer las cosas incorrectamente. Implica conocer y dimensionar los errores en la fabricación de productos y prestación de servicios. Adquiere importancia el concepto de empoderamiento de los trabajadores en las operaciones productivas que deban realizar, eliminando así los controles que caracterizaban a la primera generación. En esta etapa, el paradigma es el coste.
Sexta Generación:	Las principales contribuciones de esta etapa de la gestión de calidad es reconocer la importancia del rol de la dirección empresarial en el liderazgo por la calidad y en la toma de decisiones relativas al proceso productivo de manera compartida con los empleados, fortaleciendo el trabajo de equipo. En esta etapa se pregonaba invertir en la formación y capacitación de los empleados para potenciar al máximo su creatividad y la eliminación de los compartimentos estructurales de la organización. Es la época de la calidad asociada a los recursos humanos
Séptima Generación	En esta etapa, la dirección debe impulsar cambios en las formas de pensar de los trabajadores, con el fin de que la calidad sea interiorizada como un hábito de pensamiento y de trabajo. La cultura de una organización habla de cómo una empresa elabora sus productos o presta sus servicios, por lo que las empresas son medidas por la identificación de los valores que caracterizan a las empresas excelentes. En esta etapa, la calidad se estudia junto con la organización
Octava Generación	En esta etapa Hammer y Champy (1993) popularizan la reingeniería de procesos, entendida ésta como “volver a empezar, partiendo de cero”. La idea



	es repensar y rediseñar radicalmente los procesos de negocios para alcanzar mejoras importantes en las medidas de desempeño, tales como el coste, calidad, servicio y velocidad. En esta generación el estudio se centra en la gestión de calidad y los procesos
Novena generación	<p>Desarrollo de la calidad orientada al Servicio: Calidad y marketing. La preocupación por la calidad en las actividades de servicio ha seguido una senda marcada por el interés en el producto y particularmente en las empresas industriales. Este interés se mantiene hasta los años 80, periodo en el cual empiezan a tomar importancia las características diferenciales de las organizaciones de servicios, entre las cuales se destacan la intangibilidad, la heterogeneidad del producto, el carácter perecedero del mismo y la coincidencia en el tiempo de la producción y el consumo del servicio. En este ámbito destacan los estudios referidos al turismo, donde fue posible identificar la calidad del servicio, la calidad del producto y la calidad total como algunos de los factores críticos más importantes para el éxito de las empresas hoteleras, por sobre el precio o las características tangibles del producto.</p> <p>Al respecto, Juran junto a otros autores, entre los años 1951 y 1974 desarrolló los conceptos de calidad de diseño, calidad de conformidad, calidad de servicio y calidad como aptitud para el uso desde la perspectiva del cliente o usuario. Este último concepto, involucra la importancia de los deseos y necesidades de los consumidores y la necesidad de traducirlos en las especificaciones del producto o servicio.</p> <p>Todos los conceptos anteriores encuentran su más desarrollada expresión en el concepto de calidad como satisfacción de las expectativas del cliente, acuñado en 1982 por Grönross como representante de la denominada escuela nórdica y Parasuram, Zeithaml y Berry en 1985, representantes de la escuela norteamericana. Ambas escuelas contribuyen a establecer la perspectiva centrada en el consumidor asociada a su respectivo nivel de satisfacción. Así, se transita desde una definición objetiva de calidad, basada en las características y especificaciones del producto a una definición subjetiva de calidad, basada en la percepción del cliente, es decir se proclama que para conocer la calidad de un producto o servicio es necesario hurgar en la mente del consumidor.</p>
Décima generación:	Desarrollo de la Calidad orientada a la creación de valor. Calidad y Estrategia. Empresas europeas y norteamericanas en 1985 empiezan a integrar los elementos y resultados de las distintas orientaciones para confluir en el concepto de Gestión de Calidad Total (GCT), sinónimo de la Total Quality Management (TQM).

Según Camisón (2008), la Gestión de Calidad Total (GCT) se caracteriza por ser parte integrante del proceso estratégico de la empresa y por ende de responsabilidad directa de la alta dirección, la cual debe asumir un rol de liderazgo en su implantación. Enseguida, la GCT hace coherente las acciones de consecución de la calidad con los objetivos del negocio en el ámbito global,



siendo más sensible a la perspectiva de cliente tanto en la configuración del producto como en la calidad del servicio que debería superar las expectativas del cliente. A la perspectiva del cliente se agrega también la preocupación de asegurar el equilibrio organizativo creando valor y conjugando las expectativas y necesidades de todos los grupos de interés (stakeholders) involucrados en la gestión empresarial. Otro rasgo distintivo de la GCT es el énfasis en la innovación, el aprendizaje y la mejora continua y su imbricación en prácticas avanzadas de recursos humanos y de diseño organizativo, que estimulan el compromiso, la participación y la cooperación.

La Gestión de Calidad Total sustenta su filosofía en los siguientes ocho principios:

- Organización orientada al cliente;
- Liderazgo;
- Participación del personal;
- Enfoque basado en procesos;
- Enfoque de sistema para la gestión;
- Mejora continua;
- Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones; y
- Relación mutuamente beneficiosa con el proveedor.

En este contexto, la norma señala que las organizaciones dependen de sus clientes y por lo tanto deberían comprender las necesidades actuales y futuras de los mismos, satisfacer sus requisitos y esforzarse en exceder sus expectativas. Desde la perspectiva de una organización con fines de lucro, la primera consecuencia de observar este principio será el aumento de sus ingresos económicos y el aumento de sus clientes. Desde las organizaciones



sociales la aplicación de estos principios, permitirá aumentar la eficacia en el uso de los recursos y así aumentar la satisfacción de sus clientes y contribuir a la fidelización de los mismos.

2.2. Gestión de Calidad en Servicios Sociales

Después de haber revisado el concepto de calidad y su evolución en el tiempo, así como sus principales exponentes, se hace necesario relacionar este concepto con los servicios. La calidad en una empresa de servicios, supone todo un desafío. Primero, las empresas de servicios no producen “cosas” cuya calidad se pueda medir, pesar y verificar. La calidad se determina mediante transacciones individuales entre “servidores” y “clientes” las cuales se producen miles de veces por día en una organización grande. Por tanto, al tratarse de transacciones individuales e interacciones entre personas, la calidad del servicio se transforma en un concepto inherentemente subjetivo y personal, dependiente de la relación entre el servidor y el cliente, del buen ánimo del servidor y de su propia satisfacción con el trabajo y de la satisfacción de las expectativas del cliente.

La característica de intangibilidad del servicio conduce a administrar las empresas de servicios enfatizando lo más tangible, como por ejemplo la cantidad de clientes, los costes del servicio y los ingresos generados. Sin embargo, poner el énfasis en lo fácil de medir lleva a “lucir bien sin ser bueno”, a poseer indicadores mensuales que son aceptables pero que no brindan servicios de calidad. El trabajo se hace, pero con criterios de calidad cada vez más pobres y los servidores trabajan cada vez más, ganan cada vez menos y reciben cada vez menos estima. La característica de alta intangibilidad e



interactividad de los servicios determinan que las personas que reciben el servicio participen necesariamente de su prestación, que la producción y el consumo se dan simultáneamente, por lo que no siempre sería fácil estandarizar el proceso de prestación del servicio (Fantova, 2003, p.15), que se caracterizaría, básicamente, por sustentarse en las relaciones interpersonales.

Según Sangüesa (2006), alcanzar niveles de calidad dentro de las organizaciones o empresas, requiere que los líderes y directivos atiendan tres niveles de decisión:

- la calidad de producto o servicio;
- la calidad de proceso; y
- la calidad del sistema.

La calidad del producto o servicio se ocupa de resolver las cuestiones inherentes a la definición de los productos o servicios a suministrar. En este punto, el concepto de “producto” y el concepto de “servicio”, son entendidos como el resultado de la interacción de distintos elementos en los niveles de decisiones relativas a la calidad de la oferta de la empresa y de las acciones necesarias de desarrollar para poner a disposición de los usuarios la oferta. La calidad de proceso se ocupa de diseñar, planificar y ejecutar los procesos de elaboración, suministro y control de los bienes y servicios ofertados, garantizando que se cumpla con lo determinado en calidad del producto y la calidad del sistema se refiere a la estructura organizativa, asignación de responsabilidades y de recursos necesarios para alcanzar los objetivos.

Al respecto, la norma UNE- EN ISO 9000:2005, Apartado 3.4.2, Nota 2, define al servicio como “el resultado de llevar a cabo necesariamente al menos una



actividad en la interfaz entre el proveedor y el cliente y generalmente es intangible” (Camisón, 2008, p. 164). Asumiendo que la Gestión de Calidad Total es el concepto que actualmente mejor representa el interés por conciliar la eficacia con la satisfacción de los clientes y/o usuarios, conceptualmente corresponde aplicar esta conceptualización en la gestión de los servicios y en particular, respecto de aquellos que, para estos efectos, denominaremos sociales. Así, una primera preocupación es definir gestión. Al respecto, Metcalfe (en Fantova, 2003, p. 2) señala que gestionar es “asumir responsabilidades para el funcionamiento de un sistema”, añadiendo que la gestión debe concretarse, mediante acciones de coordinación y de gerencia; en un contexto de globalidad, integralidad y de mayor complejidad, materializada esta última en la integración de personas, recursos y relaciones orientados a la obtención de la satisfacción del cliente con un producto o servicio. Según Fantova (p.5) la gestión responde a un esquema estructurado compuesto de 10 procesos, los cuales se identifican en la tabla siguiente:

**Cuadro Nº 4: Procesos involucrados en la Gestión de Calidad
(Basado en Fantova, 2003)**

Procesos involucrados en la Gestión	
Tipo de Procesos	Proceso
Procesos Básicos	Planificación
	Interlocución
	Evaluación
Procesos Vinculados a los Recursos	Humanos
	Financieros
	Información
	Materiales
Procesos Avanzados de Gestión	Del intercambio(marketing)
	De Estructuración
	Aprendizaje Organizacional



Los tres primeros; **Planificación, Interlocución y Evaluación**; son fundamentales, ya que permiten tomar decisiones en el establecimiento de objetivos y las formas de alcanzarlos, así como también las vías alternativas de ejecución de los procesos, habida cuenta de la constante evaluación que caracteriza a estos procesos y que busca obtener y procesar información de la organización o sistema y del entorno, con el fin de encarar nuevos procesos de actuación.

El segundo componente de la Gestión Integral se materializa a través de la gestión de recursos humanos, financieros y económicos, gestión de recursos de la Información y gestión de recursos materiales. En este ámbito, toda gestión de recursos humanos debe velar porque estos se encuentren siempre disponibles y que además cumplan con los requerimientos organizacionales. De allí que resulte necesaria la construcción y renovación permanente del contrato existente entre las personas y la organización. Por su parte y de manera complementaria la gestión del dinero, como recurso necesario para el funcionamiento de los sistemas y organizaciones, constituye el punto focal de la gestión económica y financiera.

Sin embargo, la gestión avanzada parece ser el rasgo distintivo de una Gestión Integral de Servicios Sociales. Este tipo de Gestión se operacionaliza a través de la **Gestión del Intercambio (marketing)**, de la **Gestión de Estructuración** y de la **Gestión del Aprendizaje Organizacional** (Fantova, 2003, p. 8). La gestión de marketing incluye una serie de actividades destinadas al establecimiento y la mejora de las interacciones o relaciones entre una organización o sistema y su entorno, logrando que las primeras sean óptimas, sinérgicas y sostenibles.



La Gestión de Estructuración se ocupa del diseño, la mejora y la evaluación de la pauta regular de acción e interacción implícita o explícitamente establecida, que se denomina estructura social de la organización. El conjunto de cambios que afectan las dimensiones emocionales, cognoscitivas y culturales de la organización, constituyen la Gestión de Aprendizaje Organizacional, determinando así lo que se denominaría clima, conocimiento o cultura organizacional.

Según Fantova (2003, p.11) en la actualidad se está promoviendo desarrollar una Gestión Estratégica, cuya preocupación fundamental debe ser enfocarse en identificar las ventajas competitivas o nucleares que se poseen y además lograr que la organización o sistema sea coherente con la estrategia. Para ello debe:

- Contar con evidencia que aporte información actualizada, objetiva y subjetiva y disponer de indicadores (medidas) acerca de necesidades, recursos, diseños, procesos, productos, resultados e impactos.
- Desarrollar una gestión relacional o conversacional, a través de la comunicación interpersonal. El paradigma es que el gestionar se transforma en la necesidad de administrar una compleja y viva trama de relaciones al interior de las mismas organizaciones (Fantova, 2003, p. 11).
- Desarrollar una gestión por procesos y en red, la cual ha mostrado su utilidad para labores de reconceptualización, rediseño de actividades y sistemas, transformación de estructuras inadecuadas e ineficientes y facilitación de trabajos por proyectos en red, bajo situaciones complejas, interconectadas y multipolares.

Porcel y Vásquez, citados en Fantova (2003, p.12), caracterizan a los servicios sociales como “sistemas colocados en situaciones paradójicas por la forma en



que su misión esta definida”, o más bien debería decirse indefinida, implicando desde la partida una amplitud difusa de responsabilidades públicas como proveedor de servicios de alta intangibilidad e interactividad.

Esta amplitud en la definición de objetivos de los servicios sociales en general, podría generar altos niveles de productividad y creatividad o, por el contrario, ser fuente de confusión y esterilidad y alcanzarlos implicaría contar con la activa participación de todo el sistema u organización. Hablar de un sistema de responsabilidad pública, supone que la construcción y delimitación de las necesidades a las que han de dar respuesta los servicios sociales, no se realizará mediante el juego de oferta y demanda, sino que mediante una prescripción normativa de carácter democrático y en el cual intervendrían una variedad de agentes e instancias representativas de intereses y capacidades (stakeholders). En este mismo orden de ideas, Mokate y Saavedra (2006) también destacan la importancia y necesidad de cumplir con la exigencia ciudadana por una mejor gerencia de las intervenciones que proponen mejorar las condiciones de vida de la sociedad, lo cual no sólo se relacionaría con el uso más eficiente de los recursos y la intervención más efectiva en la mejora de la calidad de vida, sino que también con más y mejores políticas y servicios públicos con un criterio de participación y rendición de cuentas, que garantice asegurar que las políticas, programa sociales responden de manera valiosa, eficaz y eficiente a necesidades sentidas como importantes por la ciudadanía.

Se incorpora entonces el concepto de eficiencia a la gestión de los servicios sociales, situación que Hintze (2006) aborda señalando que “la efectividad es la medida de logro de efectos como consecuencia del uso de recursos”. El considerar el valor público no sólo como hecho sino también como efecto y



como resultado de la toma de decisiones de aplicación de recursos sociales, es razón suficiente para que los gestores de esta función institucional deban, también desde el punto de vista de una gestión de calidad de servicio, tener como objetivo prioritario propiciar y gestionar el uso eficiente y pertinente de los recursos disponibles. De igual manera, el Instituto Interamericano para el Desarrollo Económico y Social – INDES (2006) pone de relieve la importancia de nuevos procesos de gestión de valor público, que centren su atención en los desafíos que representa la generación de resultados, y ahora con mayor frecuencia también de procesos, con el fin de que respondan al interés público.

La amplitud de objetivos, intangibilidad y alta interactividad de los servicios sociales, plantean entonces la cuestión respecto de cómo es posible alcanzar niveles calidad en la gestión de los mismos. Al respecto, la Gestión de Calidad y la norma ISO 9000:2000 proponen como herramienta el método de medición de la satisfacción del cliente. No obstante, este método presentar importantes objeciones existen al menos dos técnicas, reconocidas ampliamente, que permiten medir la calidad:

- Establecimiento de las dimensiones de la calidad, y
- Método de incidentes críticos.

La primera técnica, establecimiento de las dimensiones de la calidad, permitiría estructurar las necesidades de los clientes en 5 categorías reconocidas por ellos mismos como elementos de la calidad del servicio: tangibilidad, confiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía. Los expertos señalan que midiendo estos aspectos en la prestación de servicios es posible determinar la calidad de los mismos. (Hayes, 2006, p.9).



Por su parte, la medición de incidentes críticos se centra en obtener información de los clientes sobre los servicios y productos que reciben. Cliente, en este contexto, sería un término genérico referido a cualquier persona que reciba la prestación de un servicio o el suministro de un producto de parte de otra persona o grupo de personas.(Hayes, 2006, p.16). A su vez, un incidente crítico es un ejemplo del desempeño organizacional desde la perspectiva del cliente y son aquellos aspectos con los cuales los clientes están en contacto directo. (Hayes, 2006, p.16). El resultado de observar y medir el desempeño organizacional mediante este método es que permite definir las necesidades de los clientes, siempre que cumpla con el requisito de especificidad y que permita describir el comportamiento del proveedor mediante adjetivos específicos.

La revisión del Concepto de Calidad, su evolución en el tiempo y sus relaciones con los servicios sociales, nos introducen al tema de la función de Administración de Recursos Humanos (ARH) al interior de las organizaciones.

2.3.Administración de Recursos Humanos

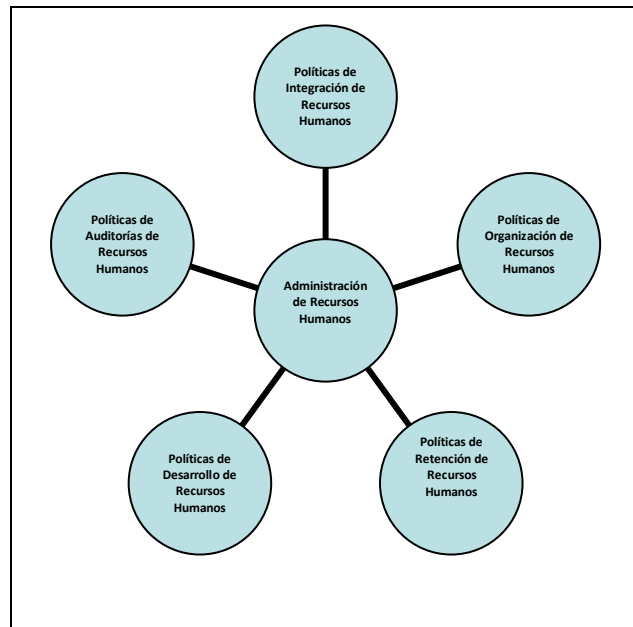
La Administración de Recursos Humanos al interior de las organizaciones es un área interdisciplinaria, por cuanto involucra conceptos de psicología, sociología, ingeniería, derecho, medicina del trabajo y de informática, entre otros y que tiene como objetivo fundamental alcanzar la eficiencia y eficacia de las organizaciones mediante las personas, lo cual a su vez, permite crear condiciones favorables para el desarrollo de estas últimas.

Alcanzar los objetivos de eficiencia y eficacia de las organizaciones a través de las personas, implica desarrollar políticas o maneras en que las organizaciones



administran el desempeño laboral de las personas. Al respecto, existe consenso en que estas políticas deben abordar los aspectos que se muestran en la Figura siguiente:

Figura N° 1: Componentes Administración de Recursos Humanos (ARH)



A mayor abundamiento, desde el punto de vista de la administración de recursos humanos, se identifican distintos sub-sistemas: de Integración, Organización, Desarrollo, Auditoría y finalmente, **el de Retención de Recursos Humanos, el cual tiene como finalidad crear y desarrollar sentido de pertenencia e identificación de los empleados con la institución o empresa.**

Es el subsistema de Retención de Recursos Humanos, se generan los Planes de Prestaciones Sociales, objeto de nuestra investigación, y se implementan en



forma coordinada y conjunta con la administración de sueldos y salarios, con higiene y seguridad laboral y con la política de relaciones laborales.

Los Planes de Prestaciones Sociales son las facilidades, comodidades, ventajas y servicios que las empresas ofrecen a sus empleados con el objeto de ahorrarles esfuerzos y preocupaciones (Chiavenato, 2007, p.319), constituyen una forma de remuneración indirecta que pretende ofrecer a los trabajadores una base para satisfacer sus necesidades personales y sus elementos más relevantes son: asistencia médico-hospitalaria, seguros, alimentación y seguridad social, entre otros.

Pueden tener su origen inmediato en:

- Actitudes y expectativas de las personas en cuanto a las prestaciones sociales;
- Demandas sindicales;
- Legislación laboral y de seguridad social impuestas por los gobiernos;
- Competencia entre las organizaciones en la lucha por atraer y retener a personas talentosas;
- Controles salariales ejercidos indirectamente por el mercado a razón de la competencia de precios de productos o servicios; o finalmente,
- En impuestos y contribuciones gravados a las empresas, las cuales procuran encontrar y explorar medios lícitos para aplicar deducciones a las obligaciones tributarias.

Los Planes de Prestaciones Sociales, al igual que la función de Administración de Recursos Humanos, no existen por si mismos, sino que ineludiblemente se encuentran ligados a los objetivos organizacionales y cumplen la función



principal de apoyar la gestión de la empresa y es posible clasificarles según su exigencia, naturaleza y objetivos.

Desde el punto de vista de la exigencia se clasifican en obligatorios y espontáneos. Los obligatorios son aquellos en que existen disposiciones legales o acuerdos sindicales para su otorgamiento y los segundos, son aquellas prestaciones no exigibles y que en forma voluntaria entrega la organización en beneficio de sus empleados.

Según su naturaleza, se le clasifica en prestaciones económicas y en prestaciones extraeconómicas. Las primeras son entregadas en dinero y las segundas constituyen servicios, ventajas y facilidades para los empleados.

Según las necesidades que se intenten abordar, los Planes de Prestaciones asistenciales se pueden clasificar como Asistenciales, Recreativos o Complementarios. Los primeros buscan proporcionar al empleado condiciones de seguridad frente a hechos imprevistos; los segundos, pretenden ofrecer condiciones de descanso, recreación y uso del tiempo libre y los Planes Complementarios, buscan ofrecer mejorar la calidad de vida del trabajador. No obstante e independientemente del tipo de plan de prestaciones sociales, todos ellos comparten como algo deseable influir en la vida de los empleados y de sus familias en el ejercicio del puesto de trabajo y fuera de su puesto de trabajo; tanto dentro como fuera de la organización aportando a la satisfacción de necesidades de seguridad, fisiológicas, de protección, participación, reconocimiento, aceptación social y de prestigio.



Chiavenato (2007) señala que existirían ciertos criterios y objetivos para planear las prestaciones y la seguridad social. Los primeros, los criterios, son los factores que pesan en la ponderación de los programas y los segundos, es decir los objetivos, están dados por las expectativas de la organización a corto y largo plazo. Se esperaría que un buen de Prestaciones Sociales, en forma copulativa, presentara un retorno de la inversión; desarrollara el sentido de responsabilidad mutua entre trabajadores y organización; satisficiera una necesidad real y actuara en forma subsidiaria a la iniciativa individual. Es decir, se espera que el Plan de Prestaciones actúe y atienda necesidades donde el grupo es más eficiente; abarque a la mayor cantidad de trabajadores posible; otorgue las ayudas, libre de connotaciones paternalistas y finalmente, cuenten con un sustento financiero sólido y garantizado.

En el ámbito de las prestaciones sociales y ante las crisis de los sistemas e instituciones de seguridad social, algunas organizaciones han flexibilizado los respectivos Planes de Prestaciones, ya que ello permitiría mejorar la calidad de los mismos, reducir los costos; establecer nuevas relaciones con los empleados y trabajadores; alinear prestaciones con la estrategia de recursos para apoyar cambios culturales y maximizar el valor percibido de los planes de ayudas económicas y sociales. En este sentido, Chiavenato (2007, p.323) declara que un “aspecto fundamental de las prestaciones es que sirvan para todos los empleados de la organización. Por lo tanto, en principio deben ser iguales para todos ¿pero que pasa con las diferencias individuales de las personas? Para que los trabajadores perciban las prestaciones como algo útil y eficaz, se deben adaptar al perfil de cada uno de ellos...”



De esta necesidad de flexibilización de planes se desprenden algunas opciones.

**Cuadro N° 5: Opciones de Planes de Prestaciones Sociales
(Basado en Chiavenato, 2007)**

Opciones de Planes de Prestaciones Sociales
Plan de Prestaciones Estándar y Plan de Prestaciones Flexibles, que permite a la empresa otorgar un paquete común de beneficios a todos los trabajadores y un conjunto de beneficios según las necesidades específicas de cada uno.
Plan de Prestaciones Modulares, que permitiría modelar un abanico de distintas opciones de planes con un valor límite determinado.
Plan de Prestaciones de Elección Libre, en el cual la empresa otorga a cada trabajador prestaciones por cierto valor y éste lo aplica a voluntad; y;
Plan de Prestaciones Efectivo Libre, el cual permite a la Empresa definir y pagar a cada trabajador una cantidad límite de prestaciones, siendo finalmente el trabajador quien lo administra durante el transcurso del período

En síntesis, la calidad en su concepto más actual y desarrollado y aplicado a las organizaciones de servicios y en particular a la función de administración de recursos humanos en sus indicadores de retención de los empleados y/o trabajadores, mediante la implementación de adecuados planes de prestaciones sociales, requiere decidir adoptar conceptualmente el modelo de Gestión de Calidad Total, que permite hacer coherente las acciones de consecución de la calidad con los objetivos del negocio en el ámbito global, siendo más sensible a la perspectiva del cliente tanto en la configuración del producto como en la calidad del servicio, incorporando además la preocupación de asegurar el equilibrio organizativo, creando valor y conjugando las expectativas y necesidades de todos los grupos de interés involucrados en la gestión organizacional. La innovación, el aprendizaje y la mejora continua y su imbricación en prácticas avanzadas de recursos humanos y de diseño organizativo, que estimulan el compromiso, la participación y la cooperación,



constituyen el signo distintivo de la Gestión de Calidad Total (GTC) y todo ello aplicado a una adecuada definición de un Plan de Prestaciones Sociales, permitirá contribuir a alcanzar la eficiencia y eficacia de las organizaciones mediante las personas, que a su vez podrán obtener condiciones favorables para su desarrollo y el de sus familias. Es en este sentido, en que la Universidad de La Frontera busca contribuir a la formación de profesionales y aportar nuevos conocimientos a la sociedad, en un contexto de institución socialmente responsable con sus usuarios y con los funcionarios académicos y administrativos que aportan con su trabajo al logro de sus objetivos. Para ello, desde su creación como universidad estatal y autónoma ha propiciado el funcionamiento y mejoramiento del Servicio de Bienestar del Personal, entidad universitaria que se ocupa de implementar, parte del Plan de Prestaciones Sociales que se encuentra vigente en beneficio de los empleados y de sus familias y que contempla, entre otros, beneficios de carácter asistencial en el campo de las prestaciones médicas y del Gasto de Bolsillo en Salud de sus asociados y de sus respectivas familias.

El capítulo siguiente aporta los elementos contextuales en el cual el Servicio de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera cumple su función de implementador de un Plan de Prestaciones Sociales, que en este caso muy particular, por el hecho de ser co-financiado por los trabajadores, le imprime un carácter estratégico adicional y de sensibilidad respecto de su función como creador de valor público.



III. MARCO CONTEXTUAL

El presente capítulo presenta elementos que contribuyen a comprender el contexto en el cual se desarrolla el fenómeno investigado. Por ello se incluye una descripción del sistema de salud chileno y las principales modificaciones y reformas que le han afectado. Así también, se incluye una breve descripción de la Universidad de La Frontera y de su Servicio de Bienestar del Personal, contexto en el cual se produce el Gasto de Bolsillo en Salud, cuyo concepto se analiza a nivel de Latinoamérica y en particular de Chile, incluyendo algunos indicadores demográficos, de morbilidad y mortalidad de la población chilena.

3.1.El Sistema de Salud Chileno desde 1979 a la actualidad

Para los efectos de la presente investigación, uno de los aspectos a evaluar es la pertinencia y suficiencia del Plan de Prestaciones Sociales en lo relativo a los beneficios de reembolsos de gastos médicos que el Servicio de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera otorga a sus socios y dependientes. Sin embargo esta acción, está fuertemente determinada por los grandes lineamientos de la política social sectorial en salud definida por los sucesivos gobiernos y sus respectivos planteamientos ideológicos y de política económica.

Así, en el presente capítulo, se revisará la evolución y reformas que la política de salud ha experimentado a partir de finales de la década de los setenta. Pareciera antojadiza esta segmentación, sin embargo es en este periodo donde



se inicia una fuerte arremetida de cambios estructurales en los diferentes componentes del nivel de vida de la población chilena: salud, educación, vivienda, entre otros. El paradigma de la fuerte presencia estatal cede el lugar a una creciente participación del sector privado, sustentada en principios neoliberales. Se sientan las bases, en forma paralela, de las reformas en los ámbitos de la educación y la salud.

Específicamente, en 1981 se produce la reforma universitaria, manifestada, entre otros aspectos, por la reestructuración de dos grandes universidades estatales: La Universidad de Chile y la Universidad Técnica del Estado, dando paso a las Universidades Regionales y en este caso particular a la actual Universidad de La Frontera.

En el campo de las reformas a la salud, éstas están referidas a la cobertura poblacional, al gasto fiscal, a los gastos que deben asumir los sectores público y privado y a las características e imperfecciones de los seguros involucrados, entre otros aspectos. Sin embargo, para los efectos del presente estudio nuestro interés estará centrado en los tópicos que afectan el co-pago o Gasto de Bolsillo en Salud que deben efectuar los usuarios de los servicios de salud.

Hasta antes de los años ochenta el rol fundamental en la prestación de servicios de salud era asumido por el Servicio Nacional de Salud (SNS) y el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA). El primero, de carácter estatal, se encargaba de atender a los obreros, sus cargas familiares e indigentes. Todos quienes cumplieran con el perfil de ser obreros estaban obligados a cotizar en el sistema público y si se optaba por la atención privada,



se debían asumir los costos. Para financiar su acción el SNS recibía aportes de los obreros, de los patronos y del fisco.

Por su parte, el SERMENA atendía a los empleados y sus cargas, los cuales podían elegir sus prestadores dentro de la red existente. El SERMENA, por si mismo, no entregaba atenciones de salud; sólo las financiaba, con cargo a las cotizaciones de los empleados y de los pagos directos- co-pagos o gasto de bolsillo en salud- efectuados en el momento de requerir la atención médica. (Aedo, 2000, p.606).

A fines de los años setenta el gobierno militar inicia profundas reformas estructurales que tenían como objetivo sentar las bases para que los ciudadanos pudieran elegir entre distintas alternativas de servicios sociales, disminuir el tamaño del Estado y adoptar el modelo de una economía social de mercado, caracterizado por la presencia de un Estado subsidiario que actuaría donde el individuo o la familia no pudiera hacerlo por sus propios medios, asignando recursos fiscales a través del mercado. Se esperaba así, lograr eficiencia en el uso de los recursos públicos. Chile, iniciaba así una gran reforma en el sector salud.

En este contexto, es que en el año 1979 se dicta el Decreto Ley N° 2763 (Aedo, 2000, p.607), que fusionaba el Servicio Nacional de Salud y el Servicio Médico Nacional de Empleados, dando paso a la creación del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), del Fondo Nacional de Salud (FONASA), del Instituto de Salud Pública (ISP) y de la Central de Abastecimiento del SNSS (CENABAST). EL Ministerio de Salud asume el rol protagónico que siempre le debiera haber correspondido: el diseño de políticas y programas, la



coordinación de las entidades sectoriales, la supervisión y evaluación y control de las políticas de salud. El sistema público se encuentra “*descentralizado*” a nivel nacional, en 27 entidades que controlan la infraestructura hospitalaria y las distintas prestaciones ambulatorias y hospitalarias dispuestas en beneficio de los ciudadanos.

En 1981, con la dictación del DFL 1-3.063 de 1980, se inicia el proceso de municipalización de los Centros de Atención Primaria (postas, consultorios periféricos), los cuales tienen la función de atender a los ciudadanos de menores ingresos económicos. Es decir, una responsabilidad estatal, se traspa a los municipios, notablemente segmentados por indicadores de ruralidad, ingresos económicos, dotación de recursos humanos calificados y clasificación de la población usuaria según estratos socio-económicos, entre otras condiciones.

Siguiendo, con la cadena de separación entre el sector público y privado, se podría interpretar que la desaparición del SERMENA devino en la creación de las Instituciones de Salud Previsional (Isapres), las cuales amparadas bajo el Decreto Ley N° 3626 y el Decreto con Fuerza de Ley N° 3, publicado el 19 de marzo de 1981, ofrecen la posibilidad de que empleados y obreros- ahora llamados todos trabajadores- puedan elegir entre el FONASA- representante del sector público- y las recientemente creadas Instituciones de Salud Previsional- Isapres- representantes del sector privado.

Todos los trabajadores, según este nuevo esquema deberán aportar inicialmente un 4% de su renta imponible y con ello comprar un seguro obligatorio de salud. Posteriormente, en 1986, este porcentaje de cotización se incrementaría hasta llegar al 7%, con un tope de 4,2 Unidades de Fomento. A



diferencia del modelo anterior, esta cotización era pagada exclusivamente con cargo al sueldo del trabajador, eliminándose el aporte patronal (Aedo, 2000, p.608).

La creación de las Isapres implicó usar en el lenguaje común la noción de que la salud era un bien, el cual debería ser mediado por un pago y en consecuencia, se legitima la posibilidad de que empresas privadas pudieran lucrar en el juego del libre mercado. El sistema privado se alimentaba de las cotizaciones obligatorias de los trabajadores afiliados a las Isapres y el sistema público subsistía con aportes de los trabajadores y el aporte fiscal, para financiar los sueldos, salarios y prestaciones médicas que otorgaban los hospitales y los centros de atención primaria.

En 1990 con ambos subsistemas funcionando y ya en plena recuperación de la democracia, el Gobierno de la época orientó su quehacer a elevar el gasto público en salud y en 1995, se modificó la ley N° 18.933, que creó la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional y dictó las normas para el otorgamiento de Prestaciones por Isapre y derogó el Decreto con Fuerza de Ley N° 3 de Salud, que vino a facilitar la entrega de beneficios, flexibilizó los procesos de elección de Instituciones de Salud Previsional y reguló el uso de los llamados excedentes.

En la actualidad el sistema de salud chileno no es unitario: dentro de él conviven dos subsistemas: uno público, representado por el Sistema Nacional de Servicios de Salud y el FONASA y por otro lado, el sistema privado, representado por las Instituciones de Salud Previsional y hasta el año 2004, por la Superintendencia de Isapres, entidad que fuera posteriormente reemplazada por la Superintendencia de Salud.



3.1.1. Sistema Público de Salud:

El sistema público atiende preferentemente a los afiliados al Fondo Nacional de Salud, FONASA, el cual administra un seguro que opera **solidariamente sobre la base de reparto**. Los beneficios que entrega son exactamente los mismos para todos los afiliados asimilados a un tramo de renta, independientemente de la prima pagada y de las características demográficas y de morbilidad de los integrantes de sus respectivas familias. Al 31 de diciembre del año 2005 el FONASA presentaba un total de 4.315.902 de cotizantes, de los cuales un 42,4% pertenecían al Grupo B, es decir con una renta mensual imponible igual o inferior a \$ 127.500. Un 31,9% pertenecía al Grupo B y un 25,7% al Grupo D. Además era responsable de atender las necesidades de salud de casi siete millones de personas, clasificados como beneficiarios no cotizantes (indigentes: 3.818.768 y cargas familiares de cotizantes: 2.985.424). Los trabajadores eran dependientes en un 68%; pensionados un 27% y el resto, independientes y otras categorías menores de cotizantes (5%). A la misma fecha un 44,1% de los beneficiarios de FONASA eran mujeres entre 25 y 49 años y un 80% de los cotizantes de este sistema tenían una renta imponible inferior a \$ 300.000 mensuales y por lo tanto con una cotización igual o inferior a los \$ 21.000 durante el mismo periodo de tiempo. Sólo un 1,3% de los cotizantes tenía una renta superior a \$ 900.000 mensuales (Superintendencia de Salud, 2006, p.1).



3.1.2. Sistema Privado de Salud

El sistema privado, a diciembre de 2010 se encontraba representado por 7 aseguradoras o Instituciones de Salud Previsional: Banmedica, Cruz Blanca, Consalud, Colmena, Mas Vida, Vida Tres y Ferrosalud. Las tres primeras de ellas agrupaban a un 64% de los cotizantes y el 36% se encontraba afiliado a las 4 restantes, aportando en promedio una cotización ponderada, según participación de mercado, de \$ 46.355 mensuales. Un 10% de los cotizantes eran adultos mayores, con una cotización ponderada según participación de mercado, de \$ 76.561 mensuales. Según género, en las ISAPRES a diciembre de 2010 un 67% de los cotizantes eran hombres y un 33% mujeres (Superintendencia de Salud, 2010).

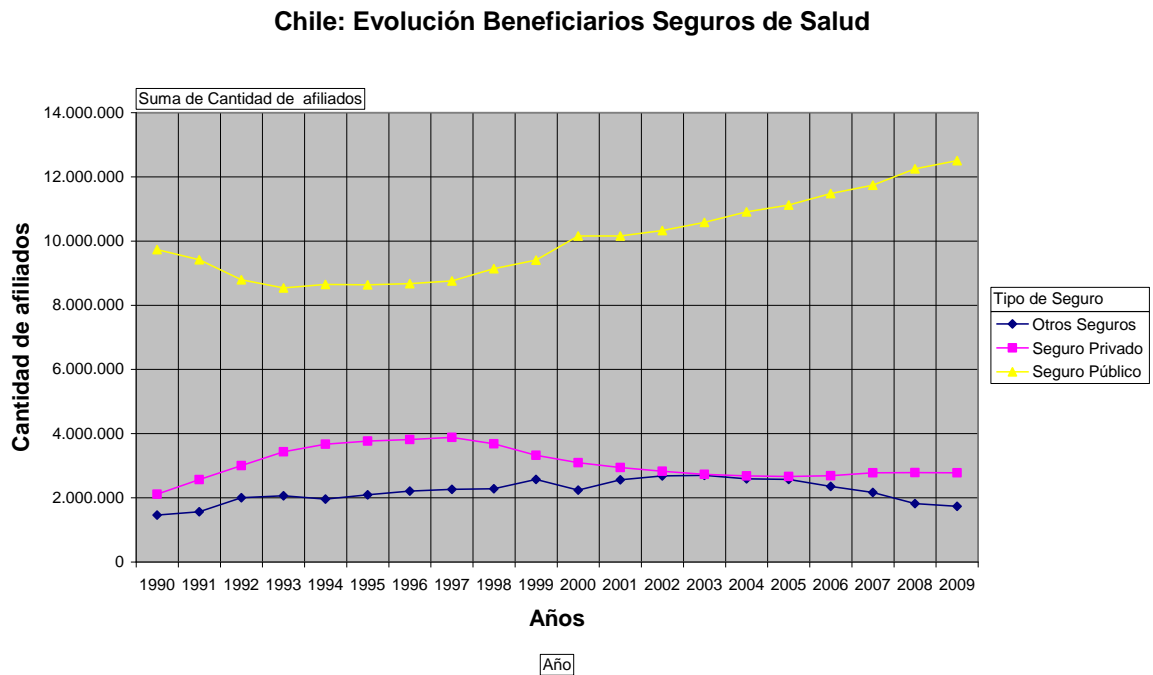
Las ISAPRES, en general, entidades de administración financiera de riesgos de salud, más no prestadores de salud, funcionan bajo un esquema de contratos individuales, en donde las características demográficas de los afiliados pasan a tener una ponderación en la fijación del precio a pagar y/o de los beneficios a recibir, mientras que los afiliados al sector privado, podrán pactar libremente con las entidades administradoras, planes de salud, incluso, con costos mayores al 7% de su renta imponible.

A modo de síntesis y en particular, respecto de la afiliación a los sistemas previsionales de salud, se puede señalar que el año 1982 un 1,4% de los afiliados se encontraba afiliado a una ISAPRE; en el año 2006 dicho porcentaje se había incrementado a un 26,44% y entre los años 2004 y 2009 se ha estabilizado en un porcentaje levemente superior al 16%. El punto más alto de afiliación al seguro privado se produjo en el año 1997, periodo en el cual dicho



porcentaje alcanzó un 26,1%. (Superintendencia de Salud, 2011). El gráfico siguiente, muestra la evolución que han presentado los subsistemas, entre los años 1990-2009:

Gráfico N° 1: Evolución Beneficiarios Seguros de Salud en Chile



Fuente: Elaboración propia según antecedentes de Superintendencia de Salud.

3.1.3. Comparación sistemas público y privado de salud en Chile

Las características fundamentales de ambos sistemas que permiten establecer un paralelo, se refieren principalmente, al financiamiento, beneficiarios, prestadores y problemas por resolver.



Financiamiento: El sistema público se financia con el 7% de las rentas imponibles de los afiliados; con los aportes fiscales y con los co-pagos que los mismos realizan en el Fondo Nacional de Salud o ante los prestadores públicos. Por su parte el sistema privado se financia con el valor de las primas mensuales que pagan los afiliados a las Isapres, generalmente superiores al 7% de la renta imponible, dependiendo ello del plan de beneficios que los afiliados deseen contratar y de la cantidad de integrantes y características demográficas de los respectivos grupos familiares.

Beneficiarios: En cuanto a los beneficiarios, el sistema público, FONASA y los Servicios de Salud, deben atender las demandas de salud de los afiliados a FONASA (clasificados en grupos A, B, C y D y a todas sus cargas familiares debidamente reconocidas por ley y de los grupos que se encuentran bajo la línea de pobreza- indigentes- y también, en la práctica, a quienes no cotizan en ningún sistema, los cuales no necesariamente son pobres. Por su parte el sistema ISAPRE atiende dentro de su cartera a todos quienes hayan contratado un Plan de Salud; prioritariamente trabajadores de ingresos altos y a sus cargas familiares debidamente reconocidas y a cualquier persona que cumpla con requisitos de edad y de morbilidad (el contrato exige completar una Declaración Personal de Salud) para ser aceptadas en la Isapres. A raíz de esta práctica privada se ha desarrollado el concepto de carga médica, entendiéndose por tal a toda persona relacionada o no con el cotizante por vínculo de parentesco por afinidad o consanguinidad que sea aceptada por la ISAPRE como beneficiaria del sistema.

Prestadores: Los prestadores del sector público, son preferentemente los hospitales públicos y los prestadores del sector privado- tanto personas



jurídicas como personas naturales- que hayan convenido con FONASA ciertos aranceles. Un afiliado del sector público, podrá atenderse bajo la Modalidad de Libre Atención o Modalidad de Atención Institucional (Cerrada). La primera modalidad significa que podrá optar entre prestadores institucionales y/o individuales para obtener la atención de salud requerida, para lo cual deberá efectuar un copago en FONASA y eventualmente, en algunos casos, efectuar pagos directamente ante los prestadores. La segunda modalidad implica ubicarse en la línea de producción de servicios de los hospitales públicos y esperar “su turno”. Uno de los desafíos de los sucesivos Ministerios de Salud de los últimos Gobiernos ha sido disminuir el tiempo de espera de los pacientes para ser atendidos, ya sea por necesidades ambulatorias y / u hospitalarias. Un afiliado a ISAPRE para obtener una prestación de salud puede concurrir ante un prestador en convenio con la aseguradora o bien ser atendido por cualquier prestador a nivel nacional, e incluso internacional en algunas ocasiones, y de igual manera hacer uso de los beneficios contratados, ya sea efectuando un copago en la misma ISAPRE o bien pagando ante el prestador para posteriormente recuperar parte o la totalidad de los recursos aplicados en la atención de sus respectivas necesidades de salud. Bajo este esquema los prestadores de salud son los profesionales, clínicas y hospitales, que eventualmente pueden atender a beneficiarios provenientes de ambos subsistemas.

Problemas por resolver: El sistema público se encuentra gravado por las listas de espera y dependiente de las culturas organizacionales características de los servicios públicos. Los afiliados a FONASA deben atenderse en el sistema público, con prestadores inscritos en FONASA y por tanto bajo una tarifa conocida o bien optar por la atención privada y asumir los costos que ello le



pueda significar y sin posibilidad de reembolso por parte de FONASA. Una de las escasas excepciones a esta regla, es el reembolso que efectúa FONASA a los mayores de 55 años, que hayan debido despachar una receta de lentes ópticos o de audífonos, en cuyo caso devuelve, contra presentación de documentos que acrediten el gasto asociado a la persona una cantidad limitada de dinero. En la práctica el sistema público de salud actúa bajo la modalidad de bonificaciones e inspirado en un concepto solidario y de reparto. Un afiliado al sector privado puede optar entre distintos prestadores, debiendo contar para ello necesariamente con los recursos económicos para efectuar los co-pagos o Gastos de Bolsillo de Salud o los pagos, por el total de la prestación, ante los prestadores. Por lo tanto, le caracteriza de manera muy significativa la relación entre privados, intermediada por el afán de lucro, que expone a los afiliados a pagar sobrepagos y a abusos provenientes de los prestadores y/o de los mismos aseguradores. A modo de resumen, el cuadro siguiente muestra las diferencias entre los sistemas público y privado:

Cuadro Nº 5: Cuadro Comparativo FONASA e ISAPRES

Elemento Diferenciador	Fonasa	Isapres
Cantidad de beneficiarios	11 millones	2 millones setecientos
Cotizantes	4 millones trescientos mil	1 millón doscientos mil.
Cargas	3 millones	1 millón cuatrocientos mil.
Relación Cargas/Cotizante	0.69 cargas por cotizante	1,14 cargas por cotizante
Pensionados cotizantes	26.8% de cotizantes	6.7% de cotizantes
Trabajadores dependientes	67.7% de cotizantes	85.1% de cotizantes
Renta imponible	80% renta imponible inferior a \$ 300.000 mensuales	15% renta inferior a \$ 300.000 mensual y un 27% con rentas imponibles superiores a \$ 900.000 mensuales.

Fuente: Elaboración propia según datos Superintendencia de Salud.

El diagnóstico de la situación de los sistemas de aseguramiento público y privado de la salud en Chile, ha sido objeto de la implementación de políticas y leyes que buscan proteger los derechos constitucionales consagrados y de esa



manera ir perfeccionando los sistemas y logrando que los privados propicien la atención médica de los afiliados y sus beneficiarios en forma oportuna y bajo condiciones de seguridad financiera.

3.1.4. Herramientas de protección en salud

A la luz de estos principios, se impulsó con fuerza y persistencia, la implementación, entre otras, de dos herramientas de protección en salud: el Plan de Garantías Explicitas en Salud (GES)- inicialmente denominado AUGE- y la Cobertura Adicional de Enfermedades Catastróficas, medidas que vienen a caracterizar de manera significativa a la segunda fase de reformas y que buscan garantizar la protección financiera, oportunidad en la atención y asegurar el acceso a las prestaciones médicas bajo condiciones de calidad, propiciando la recuperación de la salud y la disminución el Gasto de Bolsillo en Salud. Dada la importancia de las mismas, a continuación se describen sus principales características y como estas influyen en la calidad de vida de las personas.

Plan de Garantías Explicitas en Salud(GES): Las Garantías Explicitas en Salud, según lo determinado por Ley N° 19.966 del 25-08-2004, se definen como aquellos derechos en materia de salud relativos a acceso, calidad, oportunidad y protección financiera, con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a los problemas de salud incluidos en el régimen GES.

Este Plan implica que los pacientes afectados por algunas de las patologías definidas deberán ser atendidos en forma oportuna, contando con los mejores recursos profesionales, de infraestructura y materiales y pagando valores



previamente conocidos, los cuales hoy se conocen como "canastas de prestaciones". Este Plan se inició el año 2005 con la definición de 25 patologías; el año 2006 se agregaron otras 15 el año 2007 se agregaron 16 y en julio del año 2010 se agregaron otras 13, llegando a completar, a la fecha, un total de 69 patologías.

En el ámbito público, los servicios de salud deben garantizar cumplir con la atención médica de los pacientes afectados por algunas de las patologías definidas y si la capacidad de los servicios se muestra insuficiente deberán contratar los servicios con privados. Hoy en día, el Plan GES en el ámbito público es objeto de críticas por la demora en la atención de los pacientes y por las listas de espera que operan. No obstante, el Fondo Nacional de Salud, desde julio de 2005 a diciembre de 2010, ha reportado la atención de 10.714.829 pacientes atendidos por esta vía (95% del total de casos reportados)¹.

En el ámbito privado, las ISAPRES deben tener diseñada y activada su red de prestadores para atender los pacientes GES y la experiencia ha demostrado que el sector privado ha logrado cumplir de mejor manera con las expectativas de quienes diseñaron las reformas de salud. Sin embargo, el mérito de las Isapres, es relativo, toda vez que actualmente sólo atienden a un 16,3% de la población beneficiaria, según datos estadísticos del año 2009 del Fondo Nacional de Salud. En consecuencia, pueden activar con relativa eficacia y rapidez recursos institucionales privados y también aquellos denominados de integración vertical. A diciembre de 2010 habían atendido la cantidad de 592.316 pacientes GES (5,24% de los pacientes) (Supersalud, 2011).

¹ Datos de Superintendencia de Salud a diciembre de 2010.



El 50% de los casos atendidos por el sistema público y privado corresponden a situaciones derivadas de urgencias odontológicas ambulatorias, infección respiratoria aguda (IRA) infantil e hipertensión arterial. Le siguen en orden de importancia, con un total acumulado de un 22%, atenciones por salud oral, vicios de refracción en personas de 65 años y más, diabetes mellitus Tipo 2 y depresión en personas de 15 años y más. (Supersalud, 2011).

En el sistema público el Plan de Garantías Explicitas en Salud (GES) es financiando por el Estado y en el sector privado, los cotizantes deben aportar una cantidad adicional a los valores pagados por concepto de sus Planes Complementarios de Salud. En promedio los cotizantes del sector privado deben pagar una cantidad promedio de 0,24 unidades de fomento mensuales por beneficiario (alrededor de \$ 5.800 mensuales por cada beneficiario) (Supersalud, 2011).

Cobertura Adicional de Enfermedades Catastróficas (CAEC): Otra de las medidas impulsadas, es la Cobertura Adicional de Enfermedades Catastróficas (CAEC), regulada administrativamente mediante Circular N° 59, del 29 de febrero de 2000 (Superintendencia de Isapres, 2000) y cuyo objetivo es aumentar la cobertura del plan de salud de los beneficiarios en enfermedades que implican una catástrofe económica.

Para estos efectos las Isapres atribuyen a esta cobertura un concepto de carácter financiero, ya que el beneficiario debe completar un deducible que fluctúa entre 60 y 126 UF y que corresponde a un monto equivalente a treinta veces el valor de la cotización pactada.



Por otro lado, al introducir la Ley N° 19.966, que establece el Régimen General de Garantías en Salud y que introduce modificaciones al tratamiento de los problemas de salud y a los beneficios mínimos obligatorios se ha configurado una circunstancia que permite incorporar cambios a la CAEC, perfeccionando sus condiciones de otorgamiento y adecuándolas a la nueva realidad. En este contexto, se ha logrado la complementariedad del Plan de Garantías Explicitas en Salud y la Cobertura Adicional de Enfermedades Catastróficas.

La CAEC es un beneficio exclusivo para los beneficiarios de Isapres, que busca ofrecer condiciones de seguridad financiera para los pacientes afectados por cualquier enfermedad o patología que requiera de hospitalización. Para acceder a la protección de la CAEC el paciente debe cumplir con un protocolo de información oportuna al asegurador, quien estará obligado a indicarle una red cerrada de atención en un plazo determinado. Por su parte el afiliado, para hacer uso de los beneficios de esta disposición legal, deberá aceptar ser atendido y tratado por los prestadores asignados por la Isapre; en caso contrario, este seguro no opera y el afiliado sólo recibirá los beneficios de su Plan Complementario de Salud.

Según información oficial de la Superintendencia de Salud, al mes de marzo de 2006 un total de 24.433 casos de personas habían sido informados a las ISAPRES para hacer uso de la CAEC y de ellos un 62% correspondía a atenciones médicas por Tumores (neoplasias) y a enfermedades del sistema circulatorio. (Superintendencia de Salud, 2006).



En la actualidad, se percibe en ambos sistemas algunos signos de cambios positivos, mirados desde la perspectiva de los usuarios. Por una parte, el FONASA y el Servicio Nacional de Salud parecen estar en sintonía para resolver en forma oportuna y protegida los problemas de salud de las personas y atraer a afiliados desde el sector privado.

El incremento de beneficiarios del sector público, se debería a los esfuerzos del seguro público por mejorar la oferta y la satisfacción usuaria y al encarecimiento de los planes de salud en el sector privado. El éxodo desde el sector privado hacia el sector público ha podido ser mayor, pero han actuado como freno las aún visibles falencias del sistema público. Sin embargo, debería producirse un nuevo movimiento migratorio privado-público, producto de la Sentencia Rol-1710 del 06-08-2010 del Tribunal Constitucional que ha limitado la aplicación de las múltiples Tablas de Factores de Riesgo usadas por las ISAPRES para calcular los precios de los Planes de Salud comercializados (Tribunal Constitucional de Chile, 2010, p. 213-214). Sin embargo, las consecuencias de la aplicación de este fallo constitucional, aún está en vías de aparecer. Al respecto, Vivanco (2010, p. 158), señala:

“...lejos de lo que pueden imaginarse quienes visualizan este caso como una arena de conflicto entre ISAPRES y usuarios del sistema de salud privado, en realidad radica en las posibilidades de acceder a las garantías prestacionales por parte del colectivo no vulnerable, o no vulnerable en apariencia para ser precisos: es decir, el conjunto de personas que financian el sistema cada vez con mayores incrementos y que lo usan comparativamente mucho menos. Ese conjunto de personas afectadas no goza en estos fallos de una especial consideración ni a sus derechos ni a su patrimonio, ni tampoco se prevén por el sentenciador las formas de cautelar su migración inevitable al sistema de salud público por una elevación general de los costos de los planes de salud con independencia del factor étéreo. En efecto, el juez constitucional, con el objeto benevolente de asegurar no la elección del sistema sino la permanencia en él por parte de grupos vulnerables, ha descuidado las posibilidades de permanencia de los demás usuarios, que con inferiores rangos de riesgo, pagarán altas primas hasta que esa posibilidad ya no les sea viable.” La citada autora, en el mismo documento concluye “estimar que las eventuales inequidades del modelo de salud privado han de resolverse con carga a los demás usuarios o traspasando al legislador la carga de crear en tiempo breve un sistema equitativo no solo no



resultará una solución constitucionalmente deseable, sino que redundará en la destrucción del sistema privado de salud sin un plan de acción alternativo” (p. 160).

A modo de síntesis, el sistema de salud chileno se debate entre los esfuerzos que realizan actores públicos y privados por ofrecer mejores condiciones de salud a sus respectivas poblaciones beneficiarias. El Estado lo hace desde una lógica exenta de fines de lucro y por lo tanto debe asumir una pesada carga, compuesta por mujeres, viejos, indigentes y trabajadores de bajos ingresos económicos, por lo cual el aporte fiscal debe ser muy significativo. Por su parte, el sistema privado, antes más que en la actualidad, surca con cierta fluidez las turbulentas aguas de la economía de la salud, ofrece servicios a un público exigente y dispuesto a pagar por obtener cada vez más y mejor atención médica. Sin embargo, este subsector debe hacer frente a las quejas constantes de los usuarios, a los dictámenes judiciales, a los intereses gremiales de los prestadores de salud, a la función fiscalizadora de la clase política y a la función reguladora del Estado.

No obstante, ambos subsectores; público y privado; son coincidentes en el hecho de que necesitan para funcionar una plataforma de aportes económicos que realizan los afiliados, a través de sus respectivas cotizaciones previsionales legales y adicionales y a través de los copagos que realizan con ocasión de recibir las atenciones de salud. Hoy día en Chile, existe consenso en que los trabajadores deben aportar económicamente para atender sus necesidades de salud. En los albores de la formación de la república quedaron las iniciativas asistencialistas y de beneficencia y atrás ha quedado también la concepción única de un “estado benefactor”, cuya máxima expresión se produjo el año 1955 con la creación del Servicio Nacional de Salud, mediante la dictación de la Ley N° 10.383. Chile, desde los inicios de la década de los ochenta ha transitado y



ha desarrollado una lógica de participación del mercado en la implementación de la política de salud y hoy día se desdobra entre un Estado prestador de servicios y un Estado regulador de la acción de privados.

En la fase terminal, al final de la cadena de la implementación de la política de salud, tanto de la vertiente pública como privada, se encuentran las organizaciones sociales de trabajadores, que en forma autónoma o por iniciativa de las empresas e instituciones, buscan solidariamente atender el bienestar de sus poblaciones beneficiarias. Es en este ámbito, donde se perfilan sindicatos, cooperativas y Servicios de Bienestar de trabajadores, que por norma general, en Chile, destinan parte importante de sus recursos a atender gastos médicos de sus afiliados y de sus familias. Una de estas organizaciones, es el Servicio de Bienestar del Personal, inserto en la estructura organizacional de la Universidad de La Frontera, la cual pasamos a describir en el apartado siguiente.

3.2. Universidad de La Frontera y Servicio de Bienestar del Personal

El presente apartado tiene como objetivo describir brevemente a la institución Universidad de La Frontera y a su Servicio de Bienestar del Personal, desde el punto de vista de los objetivos que busca alcanzar y de las funciones que cumple para ello, en el contexto de una política institucional de recursos humanos. Esta entidad destina alrededor de un 54% de sus ingresos a financiar beneficios médicos y ayudas sociales a sus socios y cargas familiares y es en este aspecto en que las políticas de salud y esta entidad universitaria se tocan y comparten, a distintas escalas, algunas preocupaciones.



Universidad de La Frontera (UFRO): La UFRO es una institución de Educación Superior, estatal, autónoma, socialmente responsable y ubicada en la Región de la Araucanía, Temuco, Chile. La Universidad ha declarado que asume compromiso con la calidad y la innovación, con el respeto por las personas, con el respeto por el entorno y la diversidad cultural y con la construcción de una sociedad más justa y democrática. (UFRO, 2010).

La Universidad de La Frontera nace a la vida pública el día 10 de marzo de 1981, en un contexto de profundas transformaciones del modelo económico que afectó radicalmente el funcionamiento de la sociedad chilena. Precisamente, en el ámbito de la educación universitaria estatal, la Reforma Universitaria buscó entre otros aspectos, transformar y reorganizar dos tradicionales instituciones universitarias de carácter nacional: la Universidad de Chile y la ex Universidad Técnica del Estado (actual Universidad de Santiago de Chile). Así, en aquellas ciudades en donde existían sedes regionales de ambas Universidades, se procedió a fusionarlas, dando paso a las nacientes universidades derivadas, universidades regionales o institutos profesionales.

Hoy, a 30 años de su creación la UFRO imparte en forma regular carreras de pre-grado, a través de sus cuatro facultades; atiende alrededor de 8.000 estudiantes de pre-grado y de postgrado, en una infraestructura de 93 mil metros cuadrados. Trabajan en la institución, al mes de abril de 2011 la cantidad de 1.839 personas², contratados bajo distintas modalidades: de planta, a contrata, ad-honorem y a honorarios y cumpliendo funciones académicas, administrativas o de servicios menores.

² Datos Dirección de Recursos Humanos, SISPER

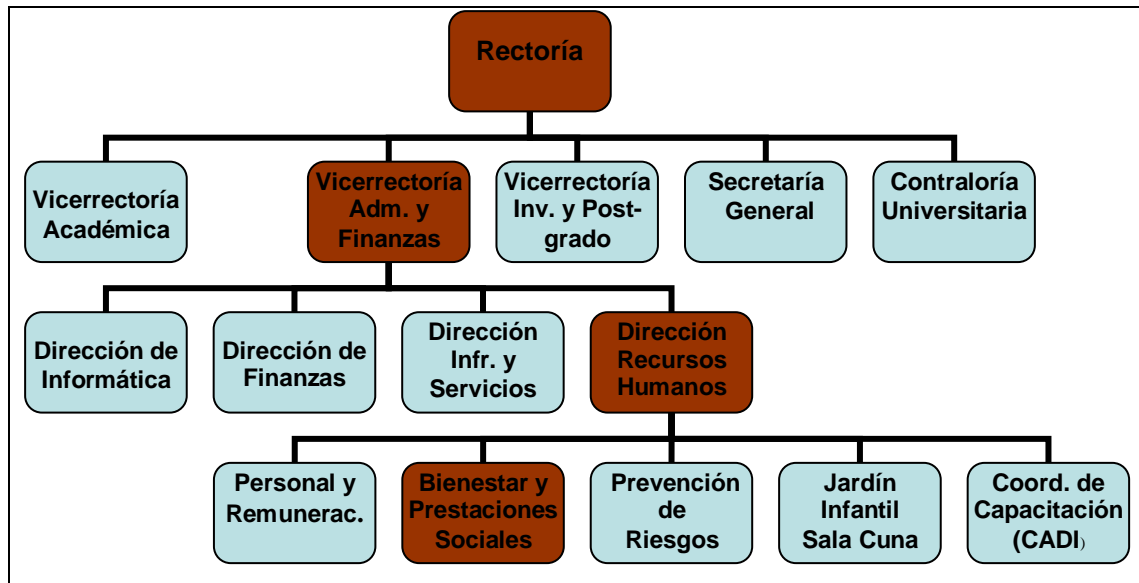


La Universidad de La Frontera, institucionalmente ha declarado su interés por otorgar garantía pública a sus procesos de aseguramiento de la calidad, logrando ser acreditada por la Comisión Nacional de Acreditación, por el periodo 2008-2013. Desde el punto de vista de su administración se ha organizado según la siguiente orgánica: Vicerrectoría Académica, Vicerrectoría de Administración y Finanzas, Vicerrectoría de Investigación y Post-grado, Secretaria General y Contraloría Universitaria.

En particular, la Vicerrectoría de Administración y Finanzas tiene a su cargo la ejecución de la política universitaria en todo aquello que se refiere a la procuración, programación, organización y control de los recursos financieros, humanos, administrativos y materiales de la Universidad y es la supraunidad en la cual se inserta actualmente la Dirección de Recursos Humanos y la División de Bienestar y Prestaciones Sociales. El organigrama siguiente permite ubicar institucionalmente a la División de Bienestar y Prestaciones Sociales, administradora, de una parte, del Plan de Prestaciones Sociales.



Figura N° 2: Organigrama dependencia División de Bienestar y Prestaciones Sociales



Sería normal asimilar la División de Bienestar y Prestaciones Sociales y el Servicio de Bienestar del Personal bajo un mismo concepto. Sin embargo, una sutil característica les diferencia. La primera de ellas, es la forma que la estructura universitaria se ha dado para administrar parte de los beneficios y las prestaciones sociales y el Servicio de Bienestar del Personal, se define como una organización de asistencia social, autogestionada y autoadministrada, conformada por sus socios y tiene como finalidad facilitar el acceso de los afiliados a servicios y productos bajo condiciones preferenciales (Quejer, 2010). Hecha esta precisión, que en todo caso no contradice en nada el espíritu del objeto de estudio y retomando la función básica de la Dirección de Recursos Humanos, diremos que esta última tiene como objetivo asesorar y apoyar a la



autoridad universitaria en la proposición, elaboración y formulación de políticas en materias de administración de recursos humanos.³

Después de haber señalado brevemente la institucionalidad en la cual se desenvuelve el Servicio de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera, se hace necesario revisar cómo el referido Servicio de Bienestar ha objetivado en la práctica su accionar para el cumplimiento de su objetivo de "...propender al mejoramiento de las condiciones de vida de sus afiliados, para lo cual podrá proporcionarles, en la medida que sus recursos lo permitan asistencia médica, económica y social de acuerdo a las normas... ". (UFRO, 1982).

Servicio de Bienestar del Personal, Universidad de La Frontera: Junto con el nacimiento de la institución, UFRO, nace al alero del Decreto Universitario N° 200 del 10 de junio de 1982, el Servicio de Bienestar del Personal y al igual que su institución matriz, se fusionan los recursos humanos, físicos y financieros de los Servicios de Bienestar del Personal de las sedes universitarias de la Universidad de Chile y de la Universidad Técnica del Estado.

A la fecha de su fusión, ambos Servicios de Bienestar del Personal tenían sus propios reglamentos y definición de beneficios. Sin embargo, por razones que se desconocen, el naciente servicio adoptó las regulaciones que administraba la Universidad Técnica del Estado. Prueba de ello es que los reglamentos de las Universidades de Santiago de Chile y de la Universidad de La Frontera, en la actualidad son prácticamente iguales (USACH, 2011).

³ Ver en <http://personal.ufro.cl/>



Estructura Administrativa: La División de Bienestar y Prestaciones Sociales es una dependencia estructural de la Universidad de La Frontera y en ese contexto se establece una línea jerárquica que culmina en la Rectoría, pasando por la Dirección de Recursos Humanos y la Vicerrectoría de Administración y Finanzas. La División de Bienestar y Prestaciones Sociales responde a directrices institucionales en el ámbito de los recursos humanos y de los beneficios y prestaciones sociales. En su estructura interna se identifican las siguientes funciones y áreas: beneficios y asistencia social, cuentas corrientes de asociados, tesorería, contabilidad, clínicas dentales y centros de recreación.

Administración: Los Estatutos de esta entidad señalan que la autoridad superior de la misma es la Comisión Administrativa. El mismo texto reglamentario y sus modificaciones, señalan que la Comisión Administrativa estará compuesta por quien desempeñe el cargo de Rector(a), quien podrá delegar en el (la) Vicerrector(a) de Administración y Finanzas para actuar en su representación. Integran además la citada Comisión, el (la) titular de la Dirección de Recursos Humanos, el (la) titular de la Dirección de Finanzas y cuatro representantes de los afiliados, quienes serán elegidos por los mismos y durarán dos años en sus funciones. El (la) Jefe de la División de Bienestar y Prestaciones Sociales actuará como Secretario(a) Ejecutivo(a) de la misma. (UFRO, 1982). A la Comisión Administrativa le corresponde aprobar los beneficios a los cuales tendrán derecho los afiliados, aprobar los presupuestos de operación y pronunciarse respecto de los Balances y Estados Financieros del Servicio de Bienestar del Personal. Así también le corresponde pronunciarse sobre las solicitudes de afiliación y en general sus acuerdos definen las acciones de la organización (UFRO, 1982).



Socios y beneficiarios: El Servicio de Bienestar del Personal es una entidad intra-universitaria compuesta por 979 funcionarios: de planta o a contrata y 40 jubilados, que en forma voluntaria han solicitado incorporarse como afiliados de esta organización. Pueden ser socios del Servicio de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera, los funcionarios que cumplan, en forma conjunta con los siguientes requisitos:

- Presentar voluntariamente una Solicitud de Incorporación a Bienestar del Personal y autorizar expresamente que de sus remuneraciones se descuenten los montos que constituyan los aportes y las obligaciones económicas contraídas con el Bienestar del Personal.
- Ser contratados, de planta o a contrata, por una jornada igual o superior a 22 horas;⁴
- El Centro de Costo que financia el Contrato debe ser de financiamiento de la Administración Central, es decir se exceptúan los funcionarios contratados por proyectos o con cargo a Centros de Costos de Fondos Propios y/o de Terceros.⁵ Se liberan de esta obligación, los funcionarios que se desempeñan en algunas áreas consideradas como de soporte de la administración central: Imprenta Universitaria, Jardín Infantil, Capacitación Interna y Bienestar del Personal.⁶
- Los funcionarios no deben haber mantenido deudas impagas con el Servicio de Bienestar del Personal, producto de eventuales anteriores contrataciones.⁷
- Pueden ser también socios de Bienestar del Personal, las personas que habiéndose acogido a procesos de desvinculación hayan obtenido su

⁴ Acuerdo de la Comisión Administrativa del 18 de julio de 2001.

⁵ Acuerdo de la Comisión Administrativa del 01 de abril de 2004.

⁶ Acuerdo de Comisión Administrativa del 30 de mayo y 02 de junio de 2005.

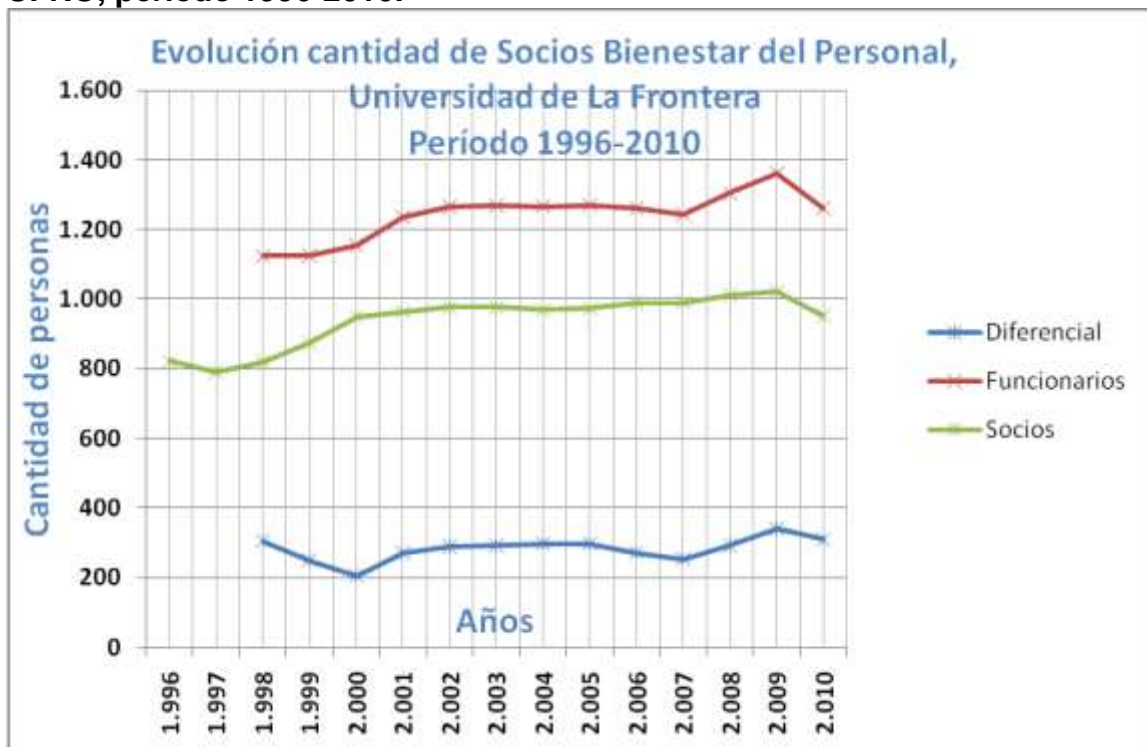
⁷ Acuerdo de Comisión Administrativa del 28 de diciembre de 2005.



jubilación, siempre y cuando este hecho haya ocurrido en una fecha posterior al 01 de enero de 2010.⁸

Son beneficiarios, además, del Servicio de Bienestar del Personal todas las personas que cumplan los requisitos legales para ser reconocidos como cargas familiares legales, según el Decreto con Fuerza de Ley N° 150, del 27 de agosto de 1981. En este contexto, en la actualidad el BIPER tiene como beneficiarios a un total de 979 socios y 1039 cargas familiares, lo cual significa que su población beneficiaria ascendería a 2.018 personas.⁹

Gráfico N° 2: Evolución de la cantidad de socios Bienestar del Personal, UFRO, periodo 1996-2010.



Fuente: Elaboración propia, según Datos BIPER

⁸ Acuerdo de Comisión Administrativa del 19 de enero de 2010.

⁹ Datos al 30 de abril de 2011.



El Servicio de Bienestar del Personal de la UFRO, entre 1996 y 2009 experimentó un crecimiento de un 24% en relación a la cantidad de afiliados. A su vez, los afiliados representan, aproximadamente, a un 79% del total de funcionarios de la institución. Según estudio realizado por el autor durante el año 2008, las personas que no se encuentran afiliadas al Servicio de Bienestar, corresponden a funcionarios del sexo masculino, con una edad promedio de 45 años, sin distinción de estado civil, sin cargas familiares legales reconocidas por la Universidad de La Frontera, académicos por horas y pertenecientes a la Facultad de Medicina y con ejercicio libre de la profesión (médicos principalmente).

Financiamiento: El sistema de bienestar se financia recibiendo aportes de las siguientes fuentes: aportes sociales, aportes institucionales e ingresos derivados de la gestión del mismo sistema. Los afiliados al servicio de Bienestar del Personal aportan mensualmente una cantidad equivalente al 1,5% de la suma resultante entre el sueldo base y los montos por concepto de bienios/trienios (UFRO, 1982), con un mínimo de \$ 3.707¹⁰ para los administrativos y un mínimo de \$ 7.504¹¹, para los académicos. Adicionalmente, los socios que así lo hayan determinado podrán autorizar descuentos para financiar los beneficios del Fondo Solidario, el cual tiene una cuota mínima de \$ 1.103, calculada sobre el valor de la UF del mes de enero de cada año¹². Para el año 2010, los aportes de los socios alcanzaron la cantidad de \$ 86.227.679

¹⁰ 15% del Sueldo Vital Metropolitano. Valor año 2010 del SVM es igual a \$ 24.715.

¹¹ Acuerdo Comisión Administrativa del 14 de septiembre de 1999 que fijó el aporte mínimo de los socios pertenecientes al estamento académico, en un 1,5% del sueldo base de un profesor instructor (jerarquía más baja de la planta académica)

¹² Acuerdo Comisión Administrativa del 23 de mayo de 2007 que aprueba Reglamento del Fondo Solidario.



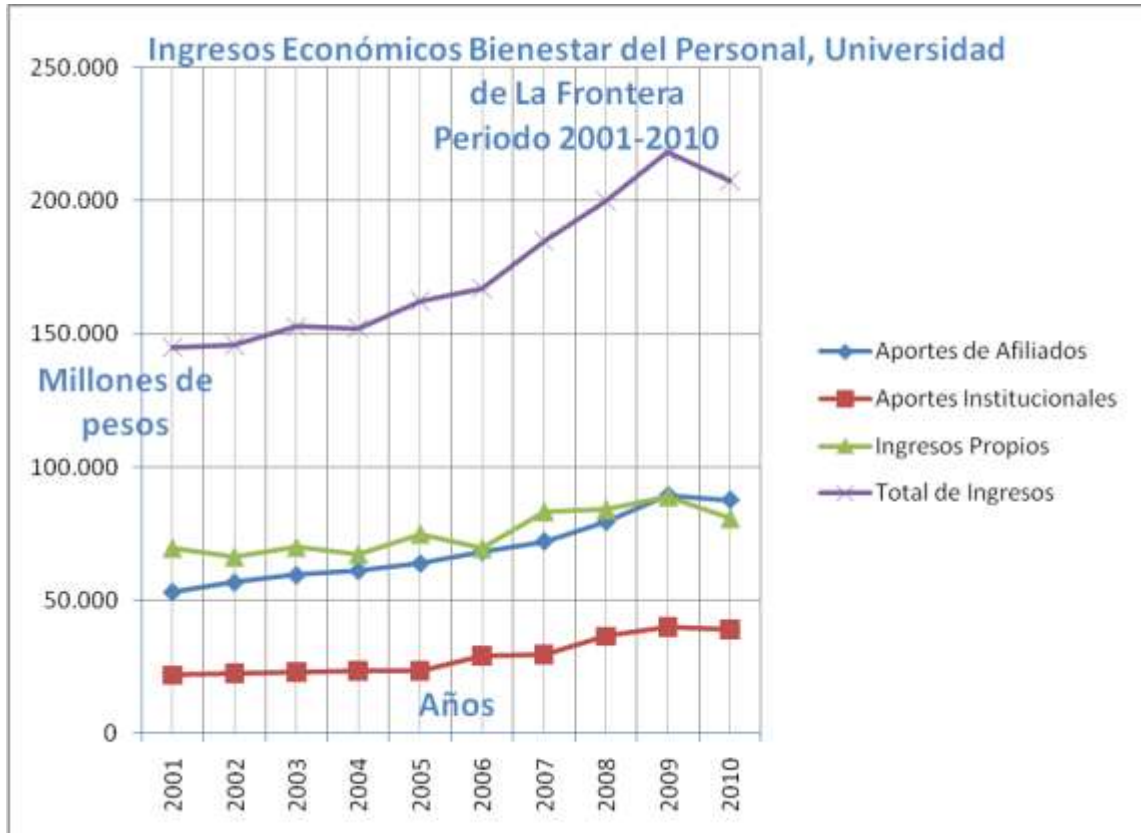
(Quejer, 2011). Además, los socios deben aportar valores diferenciados, según los programas adicionales en los cuales participen.

Por su parte, la UFRO anualmente considera dentro de sus presupuestos de operación una cantidad de recursos como aportes al Servicio de Bienestar del Personal, los cuales tendrán como objetivo financiar beneficios no reembolsables, parte del programa de Alimentación, Mejoramientos en los Centros de Recreación y para el financiamiento parcial de actividades de carácter institucional y que contribuyen a la formación del sentido de pertenencia e identificación institucional(Día del Auxiliar, Día de la Secretaria, Navidad, Fiestas Patrias, entre otras fechas de relevancia). Adicionalmente, la administración central financia los sueldos de los funcionarios adscritos a la División de Bienestar y Prestaciones Sociales, con excepción de dos auxiliares dentales y dos encargados de los Centros de Recreación de Licanray y Mehuín, los cuales son financiados por la gestión del mismo servicio. El año 2010 los aportes institucionales ascendieron a \$ 39.017.628(Quejer, 2011).

El Servicio de Bienestar genera ingresos propios por los siguientes conceptos: intereses por préstamos, comisiones por la operación de convenios y venta de servicios de clínicas dentales y centros de recreación. Durante el año 2010 los ingresos por este concepto ascendieron a \$ 80.734.352(Quejer, 2011). El gráfico siguiente resume la evolución de los ingresos por concepto de aportes de los socios, aportes institucionales e ingresos provenientes de la gestión de Bienestar del Personal, en el periodo 2001-2010.



Gráfico N° 3: Ingresos de Operación sistema de Bienestar del Personal



Fuente: Elaboración propia según datos BIPER

Uso de los recursos: Los recursos que recauda el Servicio de Bienestar del Personal, en el contexto de una política institucional de autofinanciamiento, cubre Gastos en Personal, Bienes y Servicios y Transferencias.

Para Gastos en Personal el sistema destinó durante el año 2010 la cantidad de M \$ 21.276 (Quejer, 2011). Ello incluye el pago de Sueldos, Viáticos y Honorarios a dos auxiliares dentales, dos encargados de Centros de Recreación y de cinco odontólogos.



En Bienes y Servicios de las Clínicas Dentales y Centros de Recreación y algunos menores de Oficina, el sistema destinó durante el año 2010, la cantidad de M \$18.466 (Quejer, 2011).

En Transferencias o beneficios no reembolsables, se destinó un 53,14% de los ingresos totales, incluyendo las transferencias por reembolsos de gastos médicos, pagos de asignaciones sociales y otros beneficios que se otorgan a los socios y sus cargas familiares. Durante el año 2010 estos egresos alcanzaron la cantidad total de M \$ 118.829 (Quejer, 2011).

Beneficios: El reglamento del Servicio del Bienestar del Personal señala en su artículo 1º, que el objetivo del mismo será proporcionar, en la medida de sus recursos y de acuerdo a las normas asistencia médica, económica y social, de tal manera de propender al mejoramiento de las condiciones de vida de los empleados y de sus familias. En este contexto y con el fin de ofrecer al lector una posibilidad de sistematización de los beneficios, se ha procedido a clasificarlos de la siguiente forma:

- Beneficios con carácter de Compromisos Económicos:
- Beneficios de carácter subsidiario; y
- Beneficios de Libre acceso.(Quejer, 2009)

Para los efectos del presente estudio, se entenderá como Beneficios con carácter de Compromisos económicos todas aquellas obligaciones que el socio contraiga con el Servicio de Bienestar del Personal, por concepto de préstamos, convenios con casas comerciales y con prestadores de servicios. En general, todas aquellas operaciones intermediadas por el Servicio de Bienestar con el fin



de obtener mejores condiciones grupales y en los cuales el empleado deba pagar los servicios o productos.

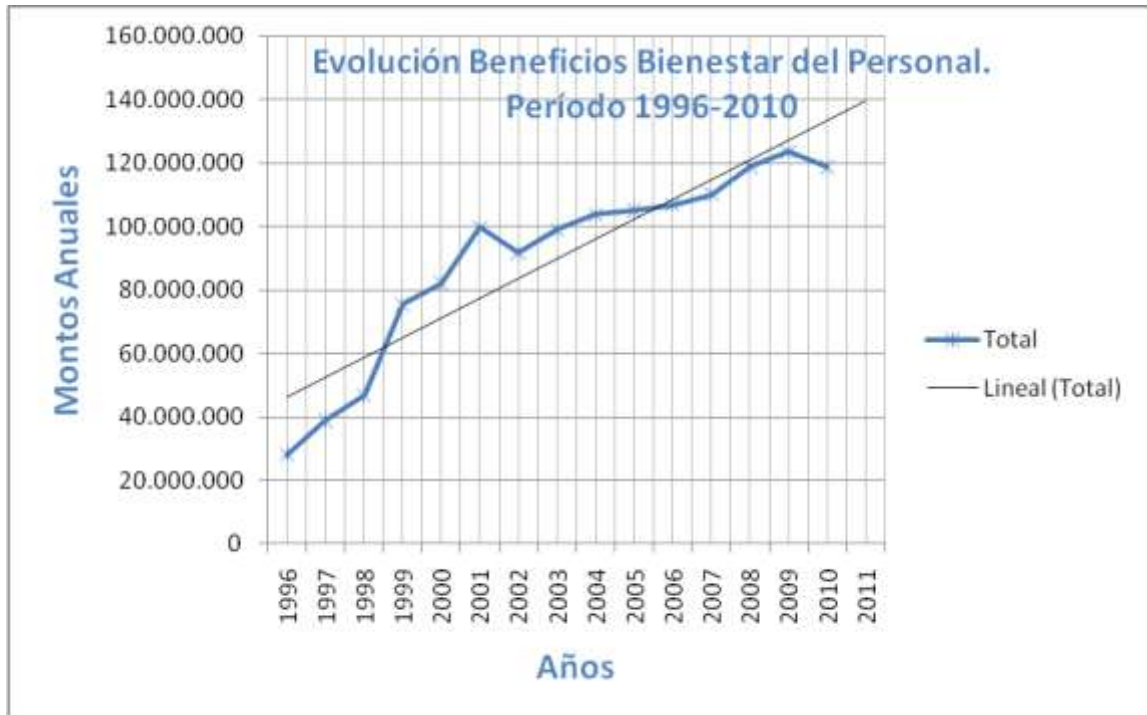
Los beneficios de libre acceso, son aquellos que implican pagos parciales o totales por parte de los socios y se restringen a las acciones y programas que desde la administración del sistema de Bienestar del Personal es posible gestionar (Actividades Recreativas, Prestaciones Clínicas Dentales, Uso de Centros de Recreación y Descuentos con Prestadores de Bienes y Servicios de Consumo y que no impliquen compromiso económico por parte del sistema de Bienestar.

Finalmente, se encuentran los beneficios de carácter subsidiario, y entre los cuales se cuentan las Asignaciones Sociales y los Reembolsos de Gastos Médicos. El presente estudio se centrará en los beneficios de carácter subsidiario y en específico respecto de los Reembolsos de Gastos Médicos y que apuntan a disminuir el Gasto de Bolsillo en Salud de los socios y sus cargas familiares.

El gráfico siguiente muestra la evolución que estos beneficios han tenido, entre los años 1996 y 2010:



Gráfico N° 4: Evolución beneficios subsidiarios Bienestar del Personal, Años 1996-2010.



Fuente: Elaboración propia según Datos BIPER, 2011

El promedio de ayuda económica otorgada a los socios durante el periodo de 15 años, asciende a un monto de \$ 910.696. El mayor monto individual por todo el periodo analizado es de \$ 9.569.100 y el mínimo es de \$ 435. (Quejer, 2011).

De acuerdo con los números la mayor cantidad de recursos económicos del Servicio de Bienestar del Personal, se orientan hacia las denominadas ayudas médicas o reembolsos de gastos médicos, los cuales suman el 89% de los recursos destinados a beneficios. De ellos, los beneficios que mayor apoyo económico ha involucrado son los medicamentos y consultas médicas. (Quejer, 2011). La tabla siguiente muestra la distribución del gasto anual por concepto de beneficios que otorga el sistema de bienestar del personal, a sus afiliados:



Tabla N° 1: Clasificación de Ayudas Económicas Otorgadas por el Servicio de Bienestar del Personal, entre 1996-2010

Prestación	Ayudas Médicas	Ayudas Sociales	Total general
Traslados Y Urgencias	0.02%		0.02%
Programa Vacunación	0.05%		0.05%
Tratamiento Oncológico	0.11%		0.11%
Programa Prevención	0.13%		0.13%
Honorarios Médicos-Quirúrgicos	0.19%		0.19%
Tratamientos Especializados	0.25%		0.25%
Audífonos y Aparatos Ortopédicos	0.37%		0.37%
Atención Obstétrica	0.61%		0.61%
Tratamiento Kinesico	1.33%		1.33%
Radiografías Dentales	1.51%		1.51%
Hospitalizaciones	2.98%		2.98%
Exámenes Especializados	3.57%		3.57%
Ayuda Fondo Solidario	4.34%		4.34%
Procedimientos Especializados	4.68%		4.68%
Especialidades Odontológicas	5.13%		5.13%
Beneficio Dental	5.44%		5.44%
Exámenes	5.55%		5.55%
Ópticas	7.63%		7.63%
Intervenciones Quirúrgicas	8.61%		8.61%
Medicamentos Permanentes	9.83%		9.83%
Consultas Medicas	9.98%		9.98%
Medicamentos Con Receta	16.33%		16.33%
Asignación de Defunción de Cargas		0.24%	0.24%
Asignación de Defunción de Funcionarios		0.32%	0.32%
Asignación de Escolaridad		5.66%	5.66%
Asignación de Nacimiento		1.95%	1.95%
Asignación por Adopción		0.02%	0.02%
Asignación por Matrimonio		0.56%	0.56%
Ayuda Social Extraordinaria		0.64%	0.64%
Beca de Estudio Para Trabajadores		0.74%	0.74%
Bonificación Becas Excelencia Académica Prueba Selección Universitaria		0.34%	0.34%
Bono Escolar		0.89%	0.89%
Total general	88.65%	11.35%	100.00%

Fuente: Elaboración propia, según datos BIPER, 2011



Por ello es que resulta de vital importancia conocer cómo se están utilizando los recursos del Servicio de Bienestar del Personal y si existirían algunas otras formas alternativas de uso de los mismos. Dado que en general un porcentaje cercano al 50% de los ingresos anuales (Quejer, 2011) se están utilizando en reembolsos de gastos médicos- o en Gasto de Bolsillo en Salud- es que este estudio se centra en este aspecto. La duda respecto del cómo se están usando los limitados recursos del Servicio de Bienestar del Personal, se acrecienta aún más ante la evidencia de que la red de beneficios que actualmente se otorgan se encuentran definidos desde la década de los ochenta; no obstante, haberse producido importantes reformas en las políticas de salud que han afectado, entre otros aspectos, los co-pagos que las personas deben realizar por concepto de atenciones de salud.

Por lo anterior, el Capítulo próximo abordará el concepto de Gasto de Bolsillo en Salud, observando la realidad de América Latina y de Chile, en particular.

3.3. Gasto de Bolsillo en Salud

En el contexto del objetivo del Servicio de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera, esta entidad ha estructurado una red de beneficios de reembolsos de gastos médicos que buscan alivianar los gastos de los hogares de los asociados y de sus respectivos grupos familiares. Así, entre los años 1996 y 2010, ha destinado anualmente, en promedio, un 54% de su presupuesto de ingresos de operación,¹³ a reembolsar gastos médicos y otorgar ayudas sociales a sus asociados y cargas familiares. De esta realidad

¹³ Datos extraídos desde Balances años 1996 a 2009.



nace la necesidad de comprender el concepto de Gasto de Bolsillo en Salud, su composición y de cómo éste se distribuye en la población de beneficiarios.

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL (1999) señala que para proveer los bienes y servicios de salud, se utiliza una mezcla de cuatro fuentes de financiamiento:

- Impuestos generales.
- Contribuciones obligatorias para seguridad social (pública o privada).
- Contribuciones voluntarias a esquemas de aseguramiento privado.
- Pagos directos de bolsillo.

Este último, los pagos directos de Bolsillo o Gasto de Bolsillo en Salud es posible descomponerlo de la siguiente forma:

- Pagos de Bolsillo Puros o Pagos directos: Financian el 100% del precio de la prestación al momento de requerir atención de salud (pagos por compras de medicamentos).
- Pagos realizados como contribución adicional o Impuestos generales.
- Pagos de los usuarios en hospitales como forma de financiamiento.
- Pagos realizados a algún sistema de aseguramiento que busca compartir los riesgos financieros del gasto en salud con el afiliado (copagos y deducibles).

Por su parte, Peticara (2008), señala que los “Gastos de Bolsillos de Salud son aquellas erogaciones en ítems de salud netas de cualquier reembolso efectuado por el sistema de salud o seguro al que se esté afiliado”. Agrega que se consideran catastróficos los Gastos de Bolsillos de Salud que superen una cierta cota o *“threshold”* (umbral) de la capacidad de pago del hogar. La



capacidad de pago del hogar o Ingreso efectivo de no subsistencia, se define como el ingreso total del hogar menos aquel nivel de gasto necesario para cubrir necesidades básicas de subsistencia.¹⁴

Por su parte la Organización Internacional del Trabajo (O.I.T) y la Organización Panamericana de la Salud (O.P.S) y en consonancia con lo expresado por Peticara (2008), identifican algunas formas de Gastos de Bolsillo en Salud:

- Pago por servicios en salud ofrecidos en forma privada a la que han denominado “pagos de bolsillo puros” o “pagos directos”, los cuales financian el 100% del precio de la prestación al momento de requerir atención de salud. Un ejemplo de ellos, son los tradicionales pagos realizados por la compra de medicamentos y que, por lo general, no están relacionados con algún mecanismo de seguros.
- Pagos realizados como contribución adicional (formal o informal) al momento de utilización de servicios públicos -por lo general- vía impuestos generales. Este grupo de clasificación tiene su más fiel representante en los pagos de los usuarios en hospitales de muchos países de la región, en los que los servicios públicos de salud poseen, en general, financiamiento vía arcas fiscales y donaciones externas. Dentro de este modelo, los “user fees”¹⁵ son establecidos como una forma de captura de fondos para los sistemas públicos fuertemente desfinanciados y en los que las donaciones representan una importante fracción del financiamiento y no buscan contener los riesgos del seguro.
- Desembolsos realizados por los afiliados a algún sistema de aseguramiento – público o privado- que buscan compartir los riesgos financieros del gasto

¹⁴ En la literatura se ha considerado como cota o threshold un 40% de la capacidad de pago.

¹⁵ Cuotas de usuarios



en salud con el afiliado. Ejemplos de ellos son los copagos y los deducibles, que tienen como objetivo contrarrestar problemas propios de los sistemas de seguros como el riesgo moral¹⁶. También tienen efectos para evitar el crecimiento de los costos asociados a demanda innecesaria por prestaciones de salud, manifestada en sofisticación tecnológica innecesaria, exámenes y pruebas diagnosticas no justificadas, uso de medicamentos de alto costo a pesar de existir sustitutos genéricos de menor precio.

Para los efectos del presente trabajo de investigación, se optará por considerar esta clasificación, propuesta por la OIT y la OPS, como el concepto de Gasto de Bolsillo en Salud que orientará el proceso investigativo.

Gasto de Bolsillo en Salud en América Latina: Xu et al. (2005, en Peticara:10), expresan que cada año alrededor de 44 millones de hogares(aproximadamente un 2,5% de la población mundial) enfrentan gastos de salud considerados catastróficos. El 16% de estos empobrecen por sus erogaciones en salud. El carácter catastrófico de los gastos de salud, podría ser mayor si se considera que algunos hogares, por limitantes geográficas, culturales o por la incapacidad para realizar gastos en salud no pueden utilizar servicios de esta naturaleza. La incidencia relativa de los gastos catastróficos de salud no está relacionada con el estado de salud de la población, sino que con la estructura de los sistemas de seguros de salud. Teóricamente, la incidencia de los gastos catastróficos debería ser menor en países que ofrecen paquetes de garantías explícitas universales y exigibles.

¹⁶ Riesgo moral: Se refiere al comportamiento de los individuos asegurados, que asumen conductas más riesgosas dado que ya están protegidos.



Además de las condicionantes estructurales de la sociedad que determinan el nivel de gasto público y privado en salud, a nivel micro los factores que inciden en el riesgo de presentar gastos catastróficos son:

- Insuficiencia de recursos económicos:
- Presencia de adultos mayores no asegurados o con seguros de cobertura limitada que involucran altos co-pagos; y
- Hogares donde algunos de sus integrantes presentan enfermedades crónicas o enfrentan eventos hospitalarios.

Por el contrario, un grupo familiar puede no presentar altos gastos de salud, por al menos los siguientes motivos:

- Tener un sistema de salud público o privado que le ofrezca buena cobertura;
- No haber experimentado eventos graves o recurrentes de salud en el periodo en medición;
- Precariedad de ingresos económicos que le impide gastar en salud, aún cuando enfrente problemas graves de salud.

Al respecto, un estudio realizado en siete disímiles países de América Latina, por sus ingresos económicos, indicadores de salud, tasas de mortalidad adulta e infantil, estructuras de actores públicos y privados en salud y cobertura de los sistemas de salud permitió caracterizar el Gasto de Bolsillo en Salud en esta región. Los países incluidos en el estudio son Argentina, Chile, México, Uruguay, Ecuador, Brasil y Colombia. El cuadro siguiente sintetiza y resume la caracterización de los países seleccionados de América Latina, según ingresos económicos, niveles de gasto en salud y sistemas de salud.



Cuadro N° 5: Perfil Gasto de Bolsillo en Latinoamérica (Basado en Peticara, 2008)

	Ingresos Medios U\$ 2.200- U\$7000	Ingresos altos Mayor a U\$ 7.000
Mortalidad Infantil/Adulta		
<i>Ambas son muy bajas</i>	Brasil y Colombia	
<i>Ambas son bajas</i>		Argentina, Chile, México y Uruguay
<i>Ambas son altas</i>	Ecuador	
Sistema de salud: Participación del Gasto Público en salud en el Gasto Total		
<i>Predominantemente público (GPS > 66%)</i>		Uruguay
<i>Sistema Mixto: GPS > 50% < 66%</i>		Argentina, Chile
<i>Predominantemente privado: GPS < 66%</i>	Brasil, Colombia y Ecuador	México
Tipo de Financiamiento		
<i>Rentas Generales No Contributivo</i>	Brasil	
<i>Rentas Generales y Cotizaciones integradas</i>	Colombia	Chile
<i>Rentas Generales y Cotizaciones integración nula o baja</i>	Ecuador	Argentina, México y Uruguay
Paquetes de Garantías Explicitas		
<i>Si</i>	Brasil y Colombia	Argentina, Chile, México y Uruguay
<i>No</i>	Ecuador	
Cobertura del Seguro Social y sistema Público		
<i>Entre un 40% y un 60%</i>	Ecuador	Uruguay
<i>Entre un 60,1% y un 80%</i>	Brasil, Colombia	Chile
<i>Más de 80%</i>		Argentina, México
Gasto Privado en salud como porcentaje del Gasto Privado Total		
<i>0-3%</i>		
<i>3-5%</i>	Colombia, Ecuador	Uruguay
<i>5-7%</i>	Brasil	
<i>7-9%</i>	-	Chile, México
<i>10% o más</i>		Argentina
Gasto en seguro de salud como porcentaje del gasto salud privado		
<i>0-20%</i>	Ecuador	México
<i>20-40%</i>	Colombia	Argentina, Chile
<i>40-60%</i>	Brasil	-
<i>60-80%</i>	-	Uruguay

Fuente: Peticara, 2008. Incidencia de los Gastos de Bolsillo en salud en siete países Latinoamericanos, Pág.: N° 15

Por una parte Argentina, Chile, México y Uruguay presentan los mayores ingresos per-cápita y en general, son homogéneos en cuanto a indicadores de salud y tasas de mortalidad adulta e infantil. Ecuador se caracteriza por presentar las más altas tasas de mortalidad.



En Uruguay, Argentina y Chile la participación del sector público en el total del gasto en salud es alta; mientras que en Ecuador, Brasil, México y Colombia el gasto público- fondos fiscales- es menor al 34% del gasto total. Esto último implica que el sector privado- es decir las personas y las familias- deben asumir el 66% restante.

Respecto de la integración de los sistemas públicos y privados de los países analizados, fue posible determinar que Brasil tiene un sistema de salud con un financiamiento esencialmente contributivo y prestaciones universales a través de un sistema único de salud (SUS). Adicionalmente, un 44% de la población – de altos ingresos- complementa el seguro público con el seguro privado. Se estima que en este país un 7% de la población no se encuentra cubierto por algún seguro y que más del 50% del gasto total en salud proviene de los bolsillos de los hogares. Se distingue un segundo grupo de países, compuesto por Argentina, México y Uruguay, cuya característica común es la baja integración entre el financiamiento público y las cotizaciones a la seguridad social. Poseen un sistema tripartito, constituido por un sistema público, un seguro social y seguros privados.

Un tercer grupo de países, representado esencialmente por Uruguay, en donde el cotizante debe pactar con su institución de asistencia médica colectiva las condiciones bajo las cuales su grupo familiar estará cubierto o debe contratar “seguros parciales” o “de emergencia”. Así, el 63% del gasto privado en salud se destina a pagar seguros de salud.



El cuarto grupo de países, representado por Colombia y Chile, caracterizados por tener regímenes mixtos, con una cierta integración entre las rentas generales y cotizaciones a la seguridad social. En Colombia, el régimen contributivo cubre a empleados y trabajadores independientes y sus respectivos dependientes de ingresos medios y altos. Una parte de la cotización (1% de 12%) contribuye a financiar el régimen subsidiado orientado a trabajadores formales de bajos ingresos, trabajadores informales y desempleados. Por su parte, en Chile, el sistema dual se encuentra representado por el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES).

La CEPAL (1999) señala que pese a la intención de los gobiernos latinoamericanos de garantizar acceso universal a la salud de la población, un número significativo de personas, (al menos el 20%), quedan excluidos del acceso a la protección social en salud. Otro grupo de la población sin cobertura de seguros corresponde a los trabajadores informales de bajas rentas, los cuales no se encuentran asegurados aún cuando en algunos países pueden optar a seguros formales en el sector público o privado.

En México, la fragmentación financiera y concentración del ingreso en las diferentes instituciones de salud han generado un sistema ineficiente de financiamiento de la salud. Más del 50% del gasto total en salud es gasto privado y más del 90% de éste proviene directamente del bolsillo. El análisis del gasto en salud por nivel de ingreso y aseguramiento sugiere que el problema de protección financiera está concentrado entre la población no asegurada y en particular los de bajo nivel socio-económico. Los hogares más pobres no asegurados tienen un mayor gasto de bolsillo.



Así, a modo de conclusión respecto de la realidad latinoamericana en materia de Gasto de Bolsillo en Salud, el estudio citado identifica los siguientes factores que inciden en su magnitud:

- Condicionantes estructurales de los sistemas de salud, en cuyo caso se esperaría que en los países donde la participación fiscal en el gasto sea alta, las personas deban asumir una baja proporción del gasto en salud;
- Independientemente del nivel de ingreso, el acceso a la seguridad social es un determinante significativo que se relaciona en forma negativa con el hecho de que las familias financian sus necesidades de salud de su propio bolsillo;
- La presencia de niños y/o personas de la tercera edad en el hogar, así como vivir en una zona rural son factores que influyen significativamente y de forma positiva en el gasto de bolsillo, especialmente de las familias no aseguradas;
- El envejecimiento de la población, ya que se ha observado que el mayor porcentaje de familias con gastos superiores a 30% de su gasto disponible, corresponde a aquellas en las que existen personas de la tercera edad, seguidas por las familias en las que existen tanto adultos mayores como niños;
- Según tipo de aseguramiento y nivel de ingreso, uno de los grupos más vulnerables en el financiamiento de su salud resultan ser las familias en las que existen adultos mayores de 65 años. Dado que las familias no derechohabientes, y especialmente las más pobres, destinan gran parte de su gasto de salud en el rubro de medicamentos la provisión de medicinas es un factor importante.



En particular, en la literatura disponible relativa a Chile, el tema de Gasto de Bolsillo en Salud aparece asociado a los trabajos realizados por los investigadores del Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud, **quienes conceptualmente han definido el Gasto de Bolsillo en salud como los copagos realizados en los sistemas públicos y privados para obtener atención de salud incluyendo los pagos por compras de medicamentos y las cotizaciones para seguridad social.** En este mismo orden, el Instituto Nacional de Estadísticas de Chile (INE), establece el gasto en salud como la sumatoria del gasto en consumo final efectivos de los hogares en servicios médicos, dentales y farmacológicos, cotización adicional al 7% del ingreso obligatorio para salud que se realiza en las ISAPRES.

Respecto del Gasto de Bolsillo en Salud en Chile, Betetta (2003) señala que éste se ha expandido como resultado de la interacción de diversos factores económicos, tecnológicos, epidemiológicos y culturales. El perfil epidemiológico se ha modificado, dando mayor peso a enfermedades crónicas o catastróficas en sus efectos financieros asociadas al envejecimiento de la población que acompañan al progreso económico, la reducción de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida y a cambios en el comportamiento, que estrechan el vínculo entre la salud y el cuidado personal.

En Chile el Gasto de Bolsillo en Salud libre de reembolsos de entidades distintas a los aseguradores público y privado, ha presentado variaciones porcentuales significativas. Una familia chilena, en promedio, durante el año 2001 pagaba un 32% de las prestaciones; en el 2005, un 35,7% y en junio de 2008, este porcentaje promedio había disminuido a 32%. (Cid, 2008). Pareciera



ser que las regulaciones y aseguramiento de derechos de las personas, por parte del Estado de Chile ha sido un factor importante en la disminución de los copagos finales.

Al respecto, las conclusiones del Primer Estudio Nacional sobre Satisfacción y Gasto en Salud (2007), señalan que:

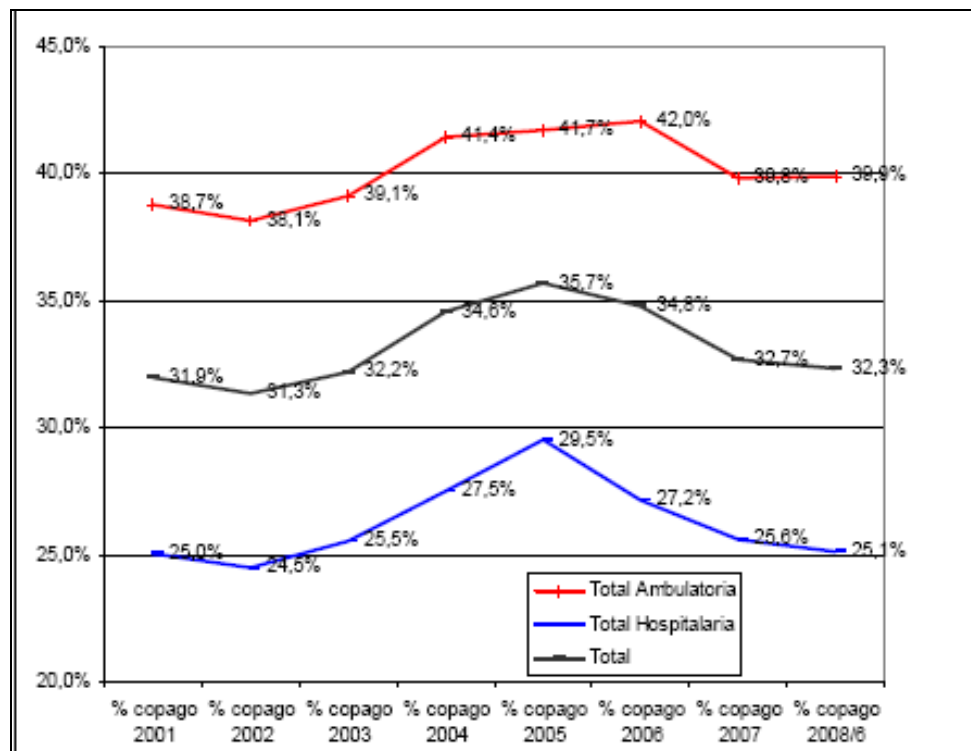
- La media del Gasto de Bolsillo en bienes y servicios de salud, sin descontar reembolsos, con respecto al gasto total del hogar alcanza un 9,6%. Este indicador, disminuye a 8,7% cuando son descontados los reembolsos del Gasto de Bolsillo en Salud.
- En los hogares de menores recursos la carga que representa el Gasto de Bolsillo en Salud es considerablemente menor respecto de los hogares que más ingresos económicos generan (gastan menos en total).
- La compra de medicamentos representan un 57,2% del Gasto de Bolsillo en Salud en los hogares pertenecientes al Quintil I y desciende a un 39,0% en los hogares incluidos en el Quintil V. En este mismo orden de cosas, Camilo Cid P., (2005) señala que en cuanto a gasto directo de los hogares en salud, los pobres gastan en medicamentos y otros ítems farmacéuticos; los ricos también, pero la mitad; la otra mitad la gastan en copagos por atenciones médicas, dentales y exámenes.
- Las consultas médicas y servicios dentales presentan un peso creciente entre los hogares de mayores recursos, donde alcanza a un 33% de los gastos en salud.
- El peso de la atención hospitalaria, en general, es bastante menor.

Específicamente, a nivel nacional y respecto del sistema privado de aseguramiento en salud, es decir ISAPRES, el siguiente gráfico, tomado de



Evaluación de la Reforma de Salud en el Sistema ISAPRES y su impacto en los beneficiarios: Informe Final 2008, muestra la tendencia en la evolución de los copagos registrados entre los años 2001-2008:

Figura N° 3: Evolución copagos Ambulatorios y Hospitalarios



En el sistema ISAPRES, la proporción del copago por las prestaciones ambulatorias es notablemente más alto (14% más) respecto de las prestaciones denominadas hospitalarias, según se muestra en la tabla siguiente:



Tabla Nº 2: Proporción copago prestaciones según tipo de atención

Tipo de Atención		Años	
		Año 2001	Año 2008(a junio)
Atención Ambulatoria	Masculino	38,4%	39,5%
	Femenino	39,0%	40,1%
Atención Hospitalaria	Masculino	25,4%	24,3%
	Femenino	24,8%	25,8%
Porcentaje Promedio total		31,9%	32,3%

Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud.

Según muestra la Tabla precedente, el periodo 2004-2005 se caracteriza por presentar los indicadores más elevados de proporción del pago por parte de los usuarios, para posteriormente, al año 2008 mostrar, en promedio, cifras cercanas al 32% del gasto total en salud.

En forma complementaria, el Estudio denominado “Gasto de Bolsillo en Salud de los Hogares del Gran Santiago, 1997 versus 2007, determinó que la línea base acerca del Gasto de Bolsillo en Salud en 1997 por parte de los hogares alcanzaba el 6,3% del gasto de los hogares del Gran Santiago, indicador que descendió en el año 2007 a 5,6% del gasto de los hogares. Bajó desde \$ 38.716 a \$ 41.787). En el mismo periodo de tiempo, el gasto total de los hogares subió en un 20.5% (\$ 614.535 a \$ 740.706). En la Región Metropolitana el gasto en salud es de 5,64% del gasto total de los hogares. En el resto del país, este indicador, en promedio, es levemente más bajo (5,42%). En términos de grupos de gasto, el gasto en salud ha seguido siendo mayor para los quintiles de mayor ingreso y menor para los de menores ingresos económicos.



Camilo Cid (2007), uno de los principales investigadores chilenos de la economía de la salud, autor del estudio “Gasto de Bolsillo en Salud de los hogares y crisis”, compara la situación de Chile en los años 1997 y 2007. Las principales observaciones del estudio realizado por Cid, son las siguientes:

- En todos los quintiles de gasto aumenta más el gasto que el ingreso económico, situación que es más pronunciada en el quintil medio, en el cual se verifica un crecimiento de un 14,87% en la relación Gasto Total del Hogar versus Ingreso Total del Hogar.
- El Gasto de Bolsillo en Salud aumentó en términos reales de un 22,7% por hogar y en un 39,5% per-cápita.
- El Gasto de Bolsillo en salud como porcentaje del gasto total del hogar se ha mantenido entre un 5,1% y un 5,9%.
- La proporción del gasto en salud aumentó en los quintiles más ricos; se mantuvo en los quintiles más pobres y disminuyó en el quintil medio.
- A nivel absoluto, el gasto de bolsillo en salud aumentó en todos los quintiles y en promedio, en el global aumentó en un 22,7% por hogar.
- El Gasto en Medicamentos aumentó su participación en el Gasto de Bolsillo en Salud desde un 52,8% a un 55,1% en el año 2007. Le siguen en orden de importancia, el Gasto en Atención Médica, Gasto en Otros y Gasto en Exámenes Médicos y las principales conclusiones descritas por Cid son:
- El 47% del gasto total en salud es privado y 55% de éste es con cargo al bolsillo de los pacientes, teniendo una alta frecuencia de presentación el gasto por medicamentos.
- El 3,6% de los hogares chilenos tienen gastos mayores al 30% de su capacidad de pago, lo cual transforma el gasto en catastrófico o empobrecedor.



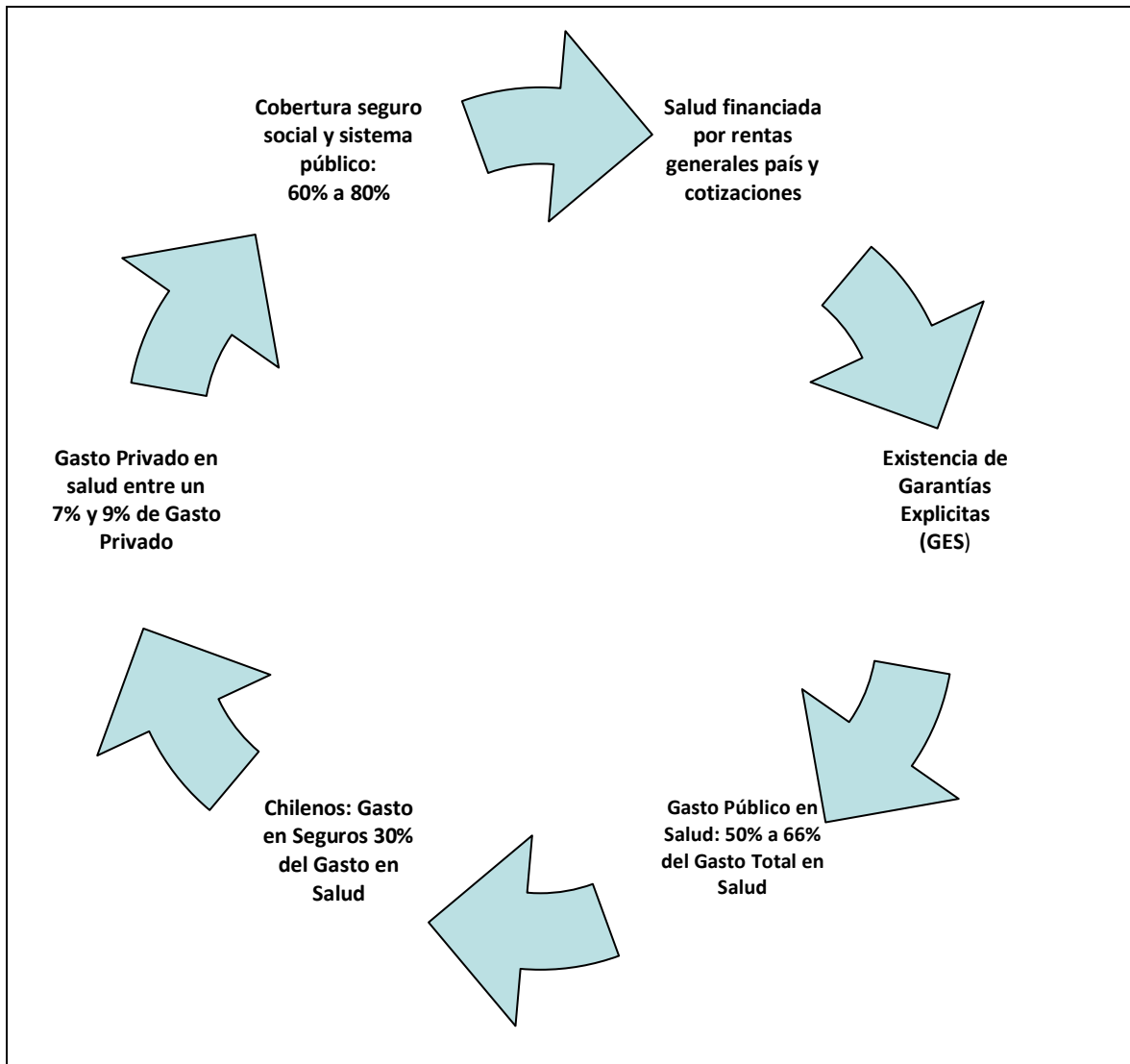
- La presencia de niños y personas de tercera edad tiene una relación positiva con el gasto de bolsillo en salud y la probabilidad de presentar un gasto catastrófico aumenta con la presencia de adultos mayores y mujeres en edad fértil. En este último caso, la presencia de niños parecería no influir.
- Finalmente, concluye Cid, el Gasto de Bolsillo en Salud y en medicamentos es concentrado, empobrecedor y aumenta las inequidades en la distribución del ingreso.

A nivel general, el mayor impacto de los reembolsos en el quintil de mayores recursos está determinado por la segmentación del sistema (ISAPRES) y por la existencia de seguros privados y otros sistemas de beneficios en dicho quintil. Los medicamentos representan, en forma regresiva, el mayor peso en todos los quintiles. Esto se explica por la escasa cobertura previsional y por el mismo peso de otros gastos de salud en hogares de menores recursos. Asimismo, el peso de gasto en atención ambulatoria crece en los hogares de más recursos, lo que es más consistente con las coberturas previsionales. El costo de la prestación de salud en Chile aumenta periódicamente, por sobre el IPC, dados los siguientes factores: el cambio etéreo; tratamiento de patologías de alto costo; crecimiento del peso específico de licencias médicas; cultura y nuevos paradigmas; el desarrollo económico y tecnológico. Así el costo de las prestaciones de salud se incrementa en forma progresiva y sistemática como resultado de la práctica médica, por la epidemiología del país y por la conducta de los pacientes.

A modo de cierre de este apartado, el financiamiento de la salud en Chile se perfila de la siguiente forma:



Figura N° 4: Perfil de financiamiento sistema de salud chileno



Elaboración propia, según Peticara (2008, p.15)

Habiendo revisado el concepto de Gasto de Bolsillo en Salud y su comportamiento en distintas economías latinoamericanas y en particular en la chilena y habiendo establecido la relación existente con el Gasto Público en



Salud, brevemente se presentará una descripción de la evolución de los indicadores de morbi-mortalidad que caracterizan a la población chilena y de cómo estos factores influyen en el Gasto de Bolsillo en Salud de los chilenos.

3.4. Morbilidad y Mortalidad en Chile

Reiterando lo señalado por Beteta (2003), quien señala que la expansión del gasto en salud se explica por diversos factores de tipo económico, tecnológico, epidemiológico y cultural, que afectan en distinto grado a los sistemas de salud en todo el mundo.

El perfil epidemiológico de Chile se ha modificado, dando mayor peso a enfermedades crónicas o catastróficas en sus efectos financieros, asociadas al envejecimiento de la población, que acompaña al progreso económico, la reducción de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida y a cambios en el comportamiento, que estrechan el vínculo entre la salud y el cuidado personal.

Morbilidad: El diagnóstico del estado de salud general de la población, indica que casi la mitad de la población mayor de 15 años fuma; un tercio padece de hipertensión arterial; 1 de cada 2 habitantes presenta riesgo cardiovascular; 40% tiene disminuida su función protectora de colesterol; alrededor de un 20% presenta resistencia insulínica- Síndrome metabólico- ; 4,2% es diabética y un alto porcentaje presenta sobrepeso u obesidad, lo cual se suma al sedentarismo. En el ámbito de la salud mental, la depresión tiene una alta incidencia en la población femenina.

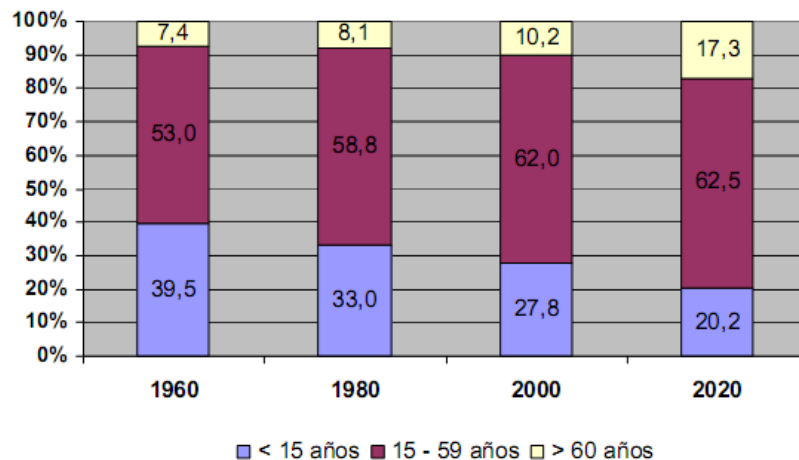


Junto con los aspectos epidemiológicos de la población chilena, Bellolio (1995) identifica al envejecimiento de la población como una de las causas probables que afectarían los sistemas de salud. Indicaba que la población chilena se caracterizaba por un aumento importante del porcentaje de mayores de 60 años, tendencia que se acentuaría en los años próximos y significaría por sí sólo un factor en el aumento de los costos de atención.

El gráfico siguiente muestra como ha sido y como se proyecta la evolución de la estructura poblacional en Chile.

Figura Nº 5: Evolución estructura poblacional por grupos de edad en Chile

Grafico 3: Evolución de la estructura de la población por grupos de edad. Chile 1960-2020



Fuente: INE, 2005

El gráfico precedente muestra que en 60 años Chile, habrá pasado de tener menos de un 10% de población mayor a 60 años de vida a casi un 20% en este



grupo de edad. En el año 2020, dos de cada diez chilenos serán adultos mayores.

Mortalidad: Al respecto, desde mediados de la década de 1980, las enfermedades del aparato circulatorio y los tumores malignos constituían las principales causas de muerte en el país. Durante el año 2003 más de la mitad de las defunciones se debieron a estas patologías. Le siguen en orden de importancia, las defunciones causadas por las denominadas razones externas de mortalidad y morbilidad, así como las enfermedades del sistema respiratorio. Al final de la lista se encuentran las muertes relacionadas con trastornos del sistema digestivo.

A la fecha se observa una disminución de las muertes causadas por enfermedades del aparato respiratorio y un aumento de los tumores malignos al estómago, bronquios, pulmones y de próstata. En el caso de la mujer, el cáncer mamario ocupa el segundo lugar, después del cáncer de estómago. Le sigue en orden de importancia el cáncer de la vesícula biliar. En el caso de los hombres la tasa de mortalidad es superior a la de las mujeres por envenenamientos, traumatismos y otras causas externas. La tabla siguiente muestra gráficamente como ha sido la evolución de las causas de muerte en Chile.



Tabla N° 3: Distribución Porcentual de las Defunciones por Grandes Causas de Muerte. Chile 1970, 1990 y 2005

Causa de Muerte	Años		
	1970	1990	2005
Sistema Circulatorio	15.2	26.4	28.2
Tumores	12.1	18.1	24.8
Endocrinas, Nutricionales y Metabólicas¹⁷	2.6	2.3	4.9
Sistema Respiratorio	16.3	12.3	9.3
Sistema Digestivo	11.5	7.8	7.1
Infecciones y Parasitarias	11.6	3.2	2.1
Las demás causas	15.4	10.4	12.0
Causas Externas de Mortalidad¹⁸	9.7	12.2	8.7
Mal definidas	5.5	7.3	2.8

Fuente: Ministerio de Salud de Chile. www.minsal.cl

La tabla precedente muestra principalmente como las políticas sanitarias en Chile han perdido terreno en el combate contra la muerte por enfermedades del sistema circulatorio, los tumores y las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, entre las que se destaca la Diabetes Mellitus. Sin embargo, ha evolucionado positivamente en disminuir las tasas de mortalidad por causas atribuibles al sistema respiratorio, sistema digestivo e infecciones y parasitarias

Asimismo, como respuesta a la situación sanitaria y demográfica del país, el Ministerio de Salud definió en el Documento “Objetivos Sanitarios de la Década 2000-2010”, las principales metas fijadas:

¹⁷ Enfermedad endocrina, nutricional y metabólica más relevante: Diabetes Mellitus.

¹⁸ Causas externas de mortalidad en Chile: Accidentes del tránsito, exposiciones a factores no especificados, lesiones inflingidas intencionalmente (suicidios), agresiones (homicidios), causas externas de intención no determinada, ahogamiento y sumersión accidentales y Accidentes que obstruyen la respiración



Cuadro N° 8: Chile: Objetivos Sanitarios Década 2000-2010

Objetivos Sanitarios Década 2000-2010	
Ministerio de Salud de Chile Objetivos Sanitarios Década 2000-2010	1. Salud Infantil: a. Disminuir en un 25% la mortalidad infantil; b. Reducir el daño dental; y c. Reducir las muertes por cáncer y la incidencia del SIDA pediátrico.
	2. Salud de la Mujer: a. Disminuir la mortalidad materna (embarazos no deseados en adolescentes, mortalidad materna por aborto); y b. Disminuir la mortalidad por cáncer cérvico-uterino.
	3. Enfermedades Infecciosas: a. Alcanzar fase de eliminación avanzada de la tuberculosis; b. Mantener la eliminación de otras enfermedades infecciosas emergentes (chagas, cólera, rabia, hantavirus); y c. Mantener la erradicación de la polio, tétanos, sarampión y otras de carácter infeccioso.
	4. Cambios Culturales y Estilos de Vida: a. Reducción del Tabaquismo; b. Reducción de la prevalencia de la obesidad y del sedentarismo; y c. Reducción del embarazo no deseado en adolescentes.
	5. Reducción de Muertes y Discapacidad: a. Disminuir las muertes por enfermedades isquémicas(cardiovasculares); b. Mantener la tasa de mortalidad por cáncer y disminuir la tasa de fallecimientos por cáncer cervicouterino; c. Reducir la tasas de mortalidad por suicidio y por Insuficiencia Respiratoria Alta en Adultos Mayores; d. Frenar la tendencia de alza de muerte por accidentes de tránsito; e. Disminuir las muertes por Diabetes Mellitus; f. Detener la tendencia de alza de muerte por VIH/SIDA, disminuir la discapacidad y dolor crónico por enfermedades osteoarticulares; g. Alcanzar un 50% de cobertura de atención odontológica para los menores de 20 años.



En este contexto y continuando con la línea de mejoramiento de los indicadores de salud el estado de Chile, durante el año 2010 definió sus aspiraciones en el ámbito de la salud sobre la base de cuatro grandes desafíos sanitarios (MINSAL, 2010):

Cuadro N° 9: Desafíos Sanitarios Ministerio de Salud de Chile, 2010

Desafíos Sanitarios	Desafíos Sanitarios 2010
Ministerio de Salud de Chile 2010	Considerar el envejecimiento progresivo de la población, lo cual involucra una creciente carga de patologías degenerativas de alto costo de atención médica.
	Enfrentar las desigualdades en la situación de la salud de la población.
	Responder adecuadamente a las expectativas de la población con respecto al sistema de salud.
	Resolver los problemas de salud y mantener los logros sanitarios alcanzados.

A modo de resumen, se puede señalar que el mejoramiento de las condiciones generales de vida de la población en el contexto de un acelerado proceso de urbanización, importante ampliación en la cobertura y calidad del saneamiento básico, mejor nutrición, mayor escolaridad, avances en el área médica e institucionalización de los sistemas nacionales de salud, constituyen el entorno que han dado inicio a notorios descensos en la mortalidad general y especialmente en la mortalidad infantil, lo cual se ha reflejado en el incremento sostenido en el promedio de vida de nuestra población, en una transición del patrón de morbi-mortalidad, en el incremento de la esperanza de vida al nacer, disminución de los niveles de fecundidad y por consiguiente una desaceleración en el crecimiento de la población y un cambio en la estructura por edad de la población(envejecimiento). En forma concomitante a estos cambios en la situación económica y demográfica se ha generado un proceso de recomposición en la estructura de morbi-mortalidad y por consiguiente a



nuevos enfoques de la política social en materia de prevención en salud y protección financiera respecto de sus efectos financieros cuando ocurren eventos de enfermedad.



IV. MARCO METODOLÓGICO DE INVESTIGACIÓN

4.1. Problema de Investigación:

Proponer modificaciones a la estructura actual de beneficios de reembolsos de Gastos Médicos que el Servicio de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera, ha definido como protección social a sus asociados y cargas familiares, de tal manera de responder de manera pertinente a las necesidades de los mismos, en el ámbito del Gasto de Bolsillo en Salud y así contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los beneficiarios de manera coherente con los problemas de salud definidos como prioritarios, por la políticas de salud del Estado de Chile y por los mismos afectados, exige escudriñar el comportamiento del Gasto de Bolsillo en Salud de los socios de Bienestar del Personal y de sus respectivas cargas familiares así como también analizar la correspondencia y pertinencia de las respuestas, traducidas en beneficios, determinadas por las autoridades del sistema.

Así, el problema de investigación que se ha planteado este trabajo, se construye teniendo como referente, de una parte, los avances teóricos en la gestión de calidad de los servicios sociales, las características del sistema de salud y la política de salud de Chile, los estudios latinoamericanos sobre el gasto de bolsillo en salud y por otra parte, la misión de la Universidad de La Frontera, especialmente en lo relativo a la gestión de sus recursos humanos, y los objetivos de su Servicio de Bienestar del Personal.



La teoría de la gestión de calidad reconoce el aporte de distintos enfoques a la formulación actual del concepto de calidad asociado a un enfoque estratégico, que busca atender en forma simultánea y armónica la calidad del servicio (eficacia externa) y la satisfacción del cliente (eficiencia interna). Es este el desafío que plantea la calidad en servicios sociales: una empresa de servicios no produce cosas, cuya calidad se pueda medir, pesar y verificar. La calidad se determina mediante los contactos que se producen entre “servidores” y “clientes”, producto de lo cual la calidad se transforma en un concepto intrínsecamente subjetivo y personal, pasando de ser un fenómeno medible a un fenómeno relacional.

En este contexto, el Servicio de Bienestar del Personal de la Universidad de la Frontera busca entregar un servicio de calidad a sus asociados y familias, mejorando los beneficios que apuntan a disminuir el Gasto de Bolsillo en Salud y como consecuencia de ello, elevar el nivel de vida de sus beneficiarios. Como respuesta actúa sobre los copagos que las familias deben realizar por concepto de atenciones de salud que reciben del sistema previsional en salud, el cual se caracteriza por su dualidad y por una fuerte segmentación, dada por un sistema público que debe hacerse cargo de los viejos, mujeres fértiles, los trabajadores de menores ingresos económicos y de sus familias y de los indigentes y, por otro lado, el sector privado que busca desde una óptica empresarial, atender a los con mayor poder adquisitivo y que se encuentran dispuestos a pagar por obtener prestaciones de salud. Es decir, el sistema previsional en salud de Chile, representado por el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional, actúa sobre los efectos económicos de la recuperación de niveles de salud de las familias.



A un nivel macro, la **política de salud chilena** orientada por sus objetivos sanitarios, para la década 2000-2010, da cuenta del nuevo perfil de morbi-mortalidad y por lo tanto de nuevos intereses y desafíos de la política social en salud. El diagnóstico al respecto es que han aumentado las muertes por enfermedades del aparato circulatorio, por tumores y por aquellas clasificadas como endocrinas, nutricionales y metabólicas y en forma concomitante, en los mismos periodos de tiempo, las muertes por afecciones del sistema respiratorio, del sistema digestivo e infecciones parasitarias, habían disminuido en promedio en casi un 7%. Los cambios en este ámbito se encuentran asociados a estilos de vida sedentarios, a un cierto envejecimiento de la población y a una mayor prevalencia de enfermedades graves. De allí, que el Ministerio de Salud definiera como prioritarios problemas de salud tales como: “las enfermedades cardiovasculares, los tumores, los problemas de salud mental, los traumatismos y envenenamientos, las enfermedades osteo-articulares y la salud oral. En el análisis de tendencias se agregaron la diabetes y el VIH y SIDA por su importante proyección al crecimiento en los próximos 10 años” (MINSAL, 2002). El diagnóstico incluye además como factor relevante, el envejecimiento acelerado de la población: el año 2020 un 17,3% de los chilenos (3.207.729 habitantes) será mayor de 60 años. El gasto en salud por motivos hospitalarios se habrá incrementado en 2,5 veces y el gasto en salud en general se habrá cuadruplicado.

No obstante, estos significativos cambios demográficos y de morbi-mortalidad de la población chilena y los vaivenes en los enfoques y en la implementación de la política social en salud, el Servicio de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera, que como ya se ha dicho se ocupa de reembolsar parte de los gastos médicos, ha mantenido, al menos durante los últimos treinta



años, la misma red de beneficios que apuntan a alivianar **el Gasto de Bolsillo en Salud de sus asociados y de sus familias.**

En este último aspecto, el **Servicio de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera**, durante el año 2010 destinó un 48% de sus recursos a reembolsar gastos médicos de sus asociados y de sus familias (Quejer, 2010), conocido éste en el ámbito conceptual de la economía de la salud como Gasto de Bolsillo en Salud. Hasta fines de la década del 90 la bonificación o reembolso equivalía al 40% de los co-pagos, situación que, por Acuerdo de su Comisión Administrativa fue aumentada a un 50%(UFRO, 1999) y con topes en montos de dinero anuales que cada cierto tiempo se modifican. Así, el sistema de bienestar actúa en la fase terminal de los efectos de las macro políticas gubernamentales, generando y administrando una red de beneficios que, en un porcentaje importante, apunta a disminuir el Gasto de Bolsillo en Salud de sus asociados y cargas familiares. En forma paralela y desde el año 1997, el Servicio de Bienestar del Personal formalizó la creación y funcionamiento de un Fondo Solidario que, en forma complementaria a la red de beneficios de reembolso de Gastos Médicos, tiene como objetivo atender necesidades emergentes de los socios y sus familias, entre las cuales podrían identificarse problemas de salud de cierta relevancia.

Adicionalmente, la Universidad de La Frontera a través de su área de recursos humanos ha establecido convenios con Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) con el fin de lograr mejores beneficios tendientes a la disminución del Gasto de Bolsillo en Salud y en forma paralela ha definido dentro de sus beneficios un Seguro de Enfermedades Catastróficas, que cubre el 100% de los gastos médicos derivados de seis enfermedades consideradas como



catastróficas, incluyendo además una cobertura por gastos médicos derivados de accidentes. Así, estos son los referentes que permiten plantear el problema de investigación, el cual busca aportar conocimientos aplicados sobre la magnitud del gasto de bolsillo en salud de los socios de bienestar del personal de la Universidad de La Frontera y de sus respectivos grupos familiares y en esa medida identificar áreas no cubiertas y/o sobrecubiertas. En virtud de ello, es posible plantear las siguientes preguntas que orientan la presente investigación:

Cuadro N° 10: Preguntas de Investigación

Preguntas de Investigación
<i>¿Cuáles son las características de edad, género, sistema previsional, estamento de pertenencia de los solicitantes de reembolsos de gastos médicos?</i>
<i>¿Cuál es la magnitud del Gasto de Bolsillo que realizan los socios de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera y sus respectivas cargas familiares, debidamente acreditadas?</i>
<i>¿Cuáles son las prestaciones más recurrentemente solicitadas por los socios de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera?</i>
<i>¿Cuáles son las prestaciones que se encuentran cubiertas por los beneficios de la red de beneficios del sistema de Bienestar y en qué medida satisfacen las necesidades de reembolsos?</i>
<i>¿Existen segmentos de la población beneficiaria cuyos beneficios son insuficientes frente a sus necesidades de coberturas médicas detectadas?</i>
<i>¿Cuáles son los beneficios que más y mejor responden a las solicitudes reembolso presentadas por los socios? ¿Cuáles son los beneficios más débiles en relación a la cobertura que ofrecen a sus beneficiarios?</i>
<i>¿Qué beneficios actualmente definidos en la estructura del sistema de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera, pueden ser modificados o eliminados, según los resultados del análisis?</i>
<i>¿Qué beneficios actualmente definidos en la estructura del sistema de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera, deben ser mantenidos y potenciados, según los resultados del análisis?</i>



- 4.2. **Objetivos de Investigación:** De la formulación del problema y de las preguntas de investigación, se desprenden los objetivos, los cuales se presentan en las tablas siguientes:

Cuadro Nº 11: Objetivo General de Investigación

Objetivo General de investigación
<i>Proponer modificaciones a la estructura actual de beneficios de reembolsos de Gastos Médicos que el Servicio de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera, ha definido como protección social a sus asociados y cargas familiares, de tal manera de responder de manera pertinente a las necesidades de los mismos, en el ámbito del Gasto de Bolsillo en Salud y así contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los beneficiarios, teniendo presente los problemas de salud definidos como prioritarios por los afectados y por la políticas de salud del Estado de Chile.</i>

Cuadro Nº 12: Objetivos Específicos de Investigación

Objetivos Específicos de Investigación
<i>Describir el comportamiento del Gasto en Salud de los socios de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera y de sus cargas familiares, según género, edad, sistema previsional, estamento y renta imponible del trabajador.</i>
<i>Cuantificar el Gasto de Bolsillo en Salud realizado por la totalidad de los socios de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera y sus cargas familiares.</i>
<i>Identificar las prestaciones médicas cuyo gasto genera las mayores brechas financieras, entre el Gasto inicial y el gasto de Bolsillo en Salud de los socios de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera y de sus cargas familiares.</i>
<i>Valorar la pertinencia de la red de beneficios relativos a reembolsos de gastos médicos, definida por el Servicio de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera, según la opinión de los asociados.</i>
<i>Proponer un modelo de beneficios de reembolsos de gastos médicos ajustado a las necesidades detectadas y sentidas por los socios de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera y sus cargas familiares y a las disponibilidades presupuestarias de la entidad.</i>



4.3. **Método de Investigación:**

La segmentación del sistema previsional en salud chileno y sus repercusiones en el Gasto de Bolsillo en Salud de las familias, la existencia de un Plan de Prestaciones Sociales financiado en forma conjunta por la institución y los funcionarios asociados al sistema de bienestar del personal y la implementación de otros beneficios de ayuda económica para los funcionarios, determinan la configuración de un escenario de características de difícil repetición, por lo que se ha estimado conveniente, para los efectos de este estudio, aplicar el **Método de Estudio de Caso Único**, el cual examina o indaga sobre un fenómeno contemporáneo en su entorno real (Yin, 1989, citado en Martínez (2006). En este mismo sentido, Martínez (2006), citando a Eisenhardt (1989) señala que el Estudio de Caso es una “estrategia de investigación dirigida a comprender las dinámicas presentes en contextos singulares”. Apoya esta decisión metodológica, Chetty (1996, citado en Martínez, 2006), quien señala que el “método de estudio de caso es una metodología rigurosa que es adecuada para investigar fenómenos en los que se busca dar respuesta a preguntas tales como ¿Cómo? y ¿porqué? En el caso concreto de la presente investigación la pregunta es cómo el Servicio de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera puede diseñar más, mejores y pertinentes beneficios para sus socios y grupos familiares, sobre la base de recursos presupuestarios limitados.

Arnal (1992), citando a Hamilton y Delamont señala que el estudio de caso “afrenta la realidad mediante un análisis detallado de sus elementos y la interacción que se produce entre ellos y su contexto, para llegar mediante un



proceso de síntesis a la búsqueda del significado y la toma de decisión sobre el caso. El estudio detallado permite clarificar relaciones, descubrir los procesos críticos subyacentes e identificar fenómenos comunes”. (p.207).

En el caso particular de este estudio de caso único el objetivo será describir y analizar el Gasto de Bolsillo de los socios de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera, en un periodo de tiempo determinado, con vistas a proponer un modelo de beneficios que responda de mejor forma a las necesidades de los usuarios del sistema.

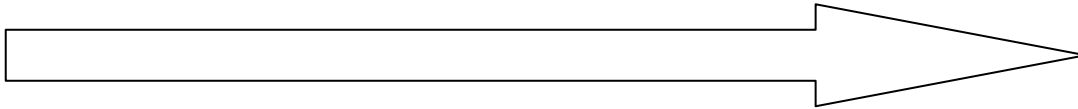
El presente Estudio de Caso será realizado con un enfoque mixto, utilizando metodología cuantitativa y cualitativa, que permitirá triangular información, clarificar relaciones, descubrir procesos críticos subyacentes e identificar fenómenos comunes (Arnal, 1992 p. 207).

4.4. Fases del Proceso de Investigación:

La figura siguiente muestra las fases del proceso metodológico a desarrollar en esta investigación:



Figura N° 6: Fases del Proceso Investigativo



Tipo de Estudio	Recolección de Datos			Análisis de datos	Resultados
	Enfoques	Técnicas	Producto		
Estudio de Caso Único	Enfoque Cuantitativo	Revisión Documental y Registro datos Cuantitativos <i>(Enero a Diciembre de 2009)</i>	Bases de Datos Excel	Análisis Descriptivo de datos con SPSS y Excel	Integración y Presentación de Resultados Cualitativos y cuantitativos
	Enfoque Cualitativo	Grupos de Discusión <i>(agosto de 2010 a enero de 2011)</i>	Textos de Reuniones en cintas y transcripciones	Análisis de Contenido con atlas.ti	

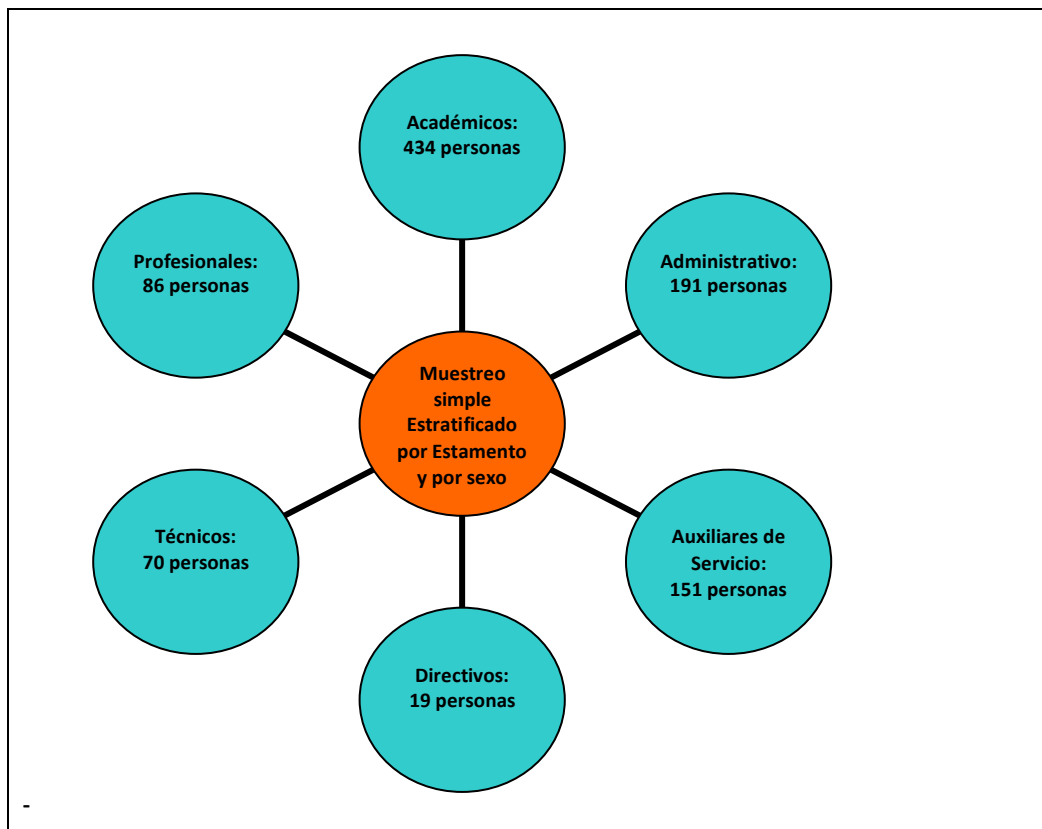


4.5. Universo y Muestra:

4.5.1. Enfoque Cuantitativo

Socios de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera (1.021 equivalente al 100% de afiliados) y que entre el 01 de enero y el 31 de diciembre de 2009 presenten solicitudes de reembolsos de gastos médicos efectuados por ellos mismos y/o por integrantes de sus respectivos grupos familiares.

4.5.2. Enfoque Cualitativo





Aplicando, en forma conjunta criterios de homogeneidad y heterogeneidad, se cursaron invitaciones para participar de los grupos de discusión. La homogeneidad estuvo dada por la composición de los grupos de discusión, en el sentido que cada grupo se conformó con socios pertenecientes a un mismo estamento y la heterogeneidad, por la participación de hombres y mujeres, invitados al azar, de tal manera de constituir grupos con un mínimo de 5 y un máximo de 8 personas.

4.6. Técnicas de Recolección de Información:

4.6.1. Datos Cuantitativos:

Población a estudiar
100% de los socios de Bienestar del Personal y sus cargas familiares año 2009.
Técnicas
Revisión Documental y Extracción de información de Bases de Datos de la Dirección de Recursos Humanos y de la División de Bienestar y Prestaciones sociales (SISPER y BIPER, respectivamente).
Fuentes de Información
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Comprobantes de Bonificación de Gastos Médicos emitidos por las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud. ➤ Comprobantes de Reembolsos de Gastos Médicos emitidos por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES). ➤ Liquidaciones emitidas por Compañías de Seguros que hayan reembolsado gastos médicos de los socios de Bienestar del Personal. ➤ Programas Médicos emitidos por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) y el Fondo Nacional de Salud (FONASA). ➤ Boletas de Honorarios emitidas por profesionales o sociedad de profesionales del área de la salud. ➤ Boletas por compras de medicamentos emitidas por las farmacias respectivas. ➤ Sistema Informático de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera (BIPER). <ul style="list-style-type: none"> ○ Bases de Datos de Socios y Datos Personales ○ Bases de Datos de Cargas Familiares y Datos Personales ➤ Sistema Informático de la Dirección de Recursos Humanos (SISPER) Bases de Datos de Funcionarios y Rentas Imponibles.
Datos a recolectar
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Variable Identificación de socio: <ul style="list-style-type: none"> ○ Nombre del socio ○ Rol Único Tributario del socio ○ Fecha de Nacimiento del socio- Edad del socio.



- Estamento de pertenencia
- Renta Imponible del socio
- Género del socio
- Sistema previsional socio
- Entidad previsional del socio
- **Variable Identificación de persona que origina el Gasto:**
 - Nombre de la carga familiar
 - Rol Único Tributario de carga familiar
 - Fecha de Nacimiento de carga familiar- Edad
 - Género carga familiar
 - Parentesco carga familiar respecto de socio
- **Variable Gasto de Bolsillo en Salud**
 - Código, según Libro Arancel FONASA, de Prestación de salud.
 - Valor inicial de la prestación de salud (por prestación)
 - Valor reembolsado/bonificado por el sistema previsional de salud del socio de Bienestar del Personal y/o su carga familiar.(dato a registrar por prestación)
 - Valor co-pago que el socio de BIPER o su carga familiar debe realizar por la prestación recibida(por cada prestación)
 - Valor bonificado por Bienestar del Personal por cada prestación recibida por el socio y/o su carga familiar (registro individual por cada prestación).
 - Clasificación de la bonificación otorgada por Bienestar del Personal al socio y/o su carga familiar (registro individual por cada prestación).
 - Valor copago final del socio de Bienestar del Personal o su carga familiar que origina el gasto médico.
 - Para los efectos de la presente investigación y con el fin de facilitar el manejo de los datos relativos a Gasto Total en Inicial en Salud, este fue clasificado, según el siguiente detalle:
 - **Gasto Médico Ambulatorio**
 - Exámenes Médicos generales y especializados
 - Tratamiento kinésico.
 - Tratamientos Especializados y de Oncología
 - Traslados y Urgencias
 - Audífonos y Aparatos Ortopédicos
 - Procedimientos Especializados
 - Ópticas
 - **Gasto Médico Hospitalario**
 - Honorarios Médico-Quirúrgicos
 - Atención de Obstetricia
 - Hospitalización(días cama)
 - Intervenciones Quirúrgicas: Honorarios Médicos, Derechos de Pabellón y Medicamentos e Insumos.
 - **Consultas Médicas:** Esta prestación, por la alta frecuencia de uso de aisló del resto de las prestaciones ambulatorias.
 - **Medicamentos Ambulatorios**



<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos con Receta y Medicamentos Permanentes. ▪ Atenciones Odontológicas <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías Dentales • Especialidades Dentales: Endodoncia, Ortodoncia, Periodoncia, Cirugía Dental e Implantología. • Odontología General y odontopediatría.
Soporte de Registro de Información
➤ Base de Datos en Planilla Excel estructurada en 12 hojas que contendrán la información en forma mensual, con el fin de llegar a configurar un Informe Consolidado al final del periodo en estudio.
Medidas de Control y seguridad en el registro de la Información
➤ Con el fin de asegurar que los datos registrados en la Base de Datos de Excel son fieles a la documentación que la sustenta, se realizará periódicamente una revisión al azar, comparando la documentación y registro informático. Asimismo, se utilizarán las herramientas que ofrece el paquete estadístico para validar la información registrada.
Responsable del Registro de la Información
➤ Para asegurar un óptimo cumplimiento del objetivo en el registro oportuno y fidedigno de la información en la Base de Datos de Excel se procederá a designar un colaborador para realizar únicamente tal función, dotándole de un equipo computacional de manera exclusiva para tal fin.
Medidas especiales
➤ Con el fin de minimizar al máximo la sub-declaración de gastos médicos por parte de los socios a Bienestar del Personal y/o sus cargas familiares se procederá a emitir Circular desde la División de Bienestar y Prestaciones Sociales, invitando a que los socios presenten la documentación probatoria del gasto, aún cuando no tuvieren derecho a reembolso por parte del sistema de bienestar por haber ocupado el 100% de los montos definidos en la red.
Producto- Resultados a obtener
➤ Base de Datos preparada para el tratamiento y análisis estadístico en SPSS y Excel

4.6.2. Datos Cualitativos:

Para la obtención de los datos, se hizo uso de la técnica cualitativa de investigación denominada Grupos de Discusión. ¿Por qué usar esta técnica de investigación social? Al respecto, valga la frase de oro de Descartes, en el Discurso del Método, “la razón es la cosa mejor distribuida que existe “. Así, aplicar una entrevista cuidadosamente planeada, en forma colectiva a grupos, moderada y guiada por un entrevistador y con el fin de discutir en torno al impacto y pertinencia de los beneficios de reembolsos de gastos



médicos de los socios de bienestar del personal y de sus familias, tiene como objetivo primordial descubrir los fragmentos de verdad (la razón de Descartes), que debidamente liberados de aristas menos valiosas, lleguen a conformar una “verdad muy respetable y apreciable”, según lo afirmado por Martínez (2004).

Entonces, la aplicación de esta técnica tiene la ventaja de indagar en la pluralidad y variedad de las actitudes, experiencias y creencias de los participantes de los grupos de discusión, donde una misma realidad – el impacto de los beneficios del sistema de bienestar del personal de la Universidad de La Frontera- es descrita desde la visión propia, única e insustituible de cada uno de los participantes. Como resultado de ello y aplicando principios de complementariedad y de racionalidad múltiple, sería posible obtener una mayor amplitud de criterios y por consiguiente descubrir “otras lógicas” y “otras racionalidades” en el ámbito de la implementación y administración de de un plan de prestaciones sociales. Los detalles de la aplicación de la técnica, es este caso particular se explicitan a continuación:

Colectivo y muestra:

- Colectivo: Socios de Bienestar del Personal, según el siguiente detalle:

ESTAMENTO	Total
1. Académico	466
2. Administrativos	205
3. Auxiliares	162
4. Directivos	20
5. Profesional	92
6. Técnicos	75
Total general	1.021

- Los grupos de discusión se realizaron en la Sala de Responsabilidad Social de la Universidad de La Frontera (Sector B, 2º Piso, Casa Central Universidad de La Frontera). Fueron efectuados en las fechas y



con el número de personas que en cada caso que se indica:

Estamento	Fecha	Nº de participantes
Grupo de Discusión Administrativos	25 de noviembre de 2010.	8 personas
Grupo de Discusión Académicos	02 de diciembre de 2010.	7 personas
Grupo de Discusión Técnicos	03 de diciembre de 2010.	8 personas
Grupo de Discusión Directivos	09 de diciembre de 2010.	5 personas
Grupo de Discusión Auxiliares	14 de diciembre de 2010.	7 personas
Grupo de Discusión Profesionales	16 de diciembre de 2010.	6 personas
Total		41 personas

Metodología formación Grupos de Discusión

Para seleccionar a los participantes de de los Grupos de Discusión se clasificaron por estamento de pertenencia, según la normativa de la Universidad de La Frontera, para luego aplicar Muestreo Simple Estratificado, escogiendo inicialmente hasta un máximo de 8 personas, a las cuales, según metodología de realización de esta técnica, se les invitó hasta completar la cantidad de participantes requerido.

Fuentes de información

- Socios de Bienestar del Personal pertenecientes a los siguientes estamentos, definidos según la normativa de la Universitaria y participantes de los grupos de discusión:
 - Auxiliares de Servicios Menores
 - Administrativos
 - Técnicos
 - Profesionales
 - Académicos, y
 - Directivos

Categorías a investigar y Guión Temático

Los grupos de discusión tendrán como objetivo obtener información de los socios de Bienestar del Personal, respecto de las siguientes dimensiones de la variable Reembolso de Gastos Médicos o Gasto de Bolsillo en Salud y que configuran el guión temático de los Grupos de Discusión:

- **Conocimiento y uso** de los beneficios vigentes ofrecidos por Bienestar del Personal y relativos a reembolsos de gastos médicos o de Gasto de Bolsillo en Salud. Esta categoría incluye conocer los medios de información más usados por los socios.
- **Necesidades sentidas** por los socios de Bienestar del Persona, en materia de reembolsos de Gastos Médicos o del gasto de Bolsillo en Salud.
- **Propuesta de Nuevos Beneficios** por parte de los socios de Bienestar del Personal, relacionados con Reembolsos de Gastos Médicos o de Gasto de Bolsillo en Salud.
- **Valoración de los beneficios** vigentes por parte de Bienestar del Personal en materia de reembolso de Gastos Médicos o de Gasto de Bolsillo en Salud.

Soporte de Registro de Información

- Audio de Grupos de Discusión, debidamente autorizado por los participantes y transcripción a soporte papel de las reuniones para el análisis posterior.

Medidas de Control y seguridad en el registro de la Información

- Con el fin de asegurar que los registros serían fieles a las conversaciones se proveyó de una grabadora



digital para almacenar la totalidad de las mismas, con el fin ulterior de ser traspasadas a formato papel.
Responsable de la planificación y ejecución de la técnica de recolección de datos
➤ Autor de la investigación y Jefe de la División de Bienestar y Prestaciones Sociales, contando con la colaboración de un estudiante en práctica de la carrera de Trabajo Social, debidamente supervisado por docente del Departamento de Trabajo Social de la Universidad de La Frontera.
Medidas especiales
➤ Anonimato respecto de la omitir los nombre de los participantes en la transcripción de los grupos de discusión.
Producto- Resultados a obtener
➤ 6 (seis) textos transcritos de reuniones de socios de Bienestar del Personal, preparados para ser analizados con atlas.ti

4.7. Tratamiento y Análisis de los Datos:

Los datos cuantitativos fueron tomados de la documentación original que presentaron los socios para solicitar reembolsos de gastos médicos, entre el 01 de enero de 2009 y el 31 de diciembre del mismo año, lo cual permitió sistematizar la información relativa al Gasto de Bolsillo en Salud e información relacionada. En forma complementaria, se extrajeron datos individuales de cada socio y de sus cargas familiares de las bases de datos informáticas de la División de Bienestar y Prestaciones Sociales y de igual manera se solicitó a la División de Personal y Remuneraciones información relativa a rentas imposables y estamento de pertenencia. Los datos consolidados fueron traspasados a una planilla estadística mensual, lo cual permitió la elaboración de un informe consolidado para el análisis descriptivo en SPSS y Excel.

Por su parte, el audio de las conversaciones sostenidas durante la realización de los grupos de discusión, con la autorización expresa de los participantes, fue contenido en grabadora digital y luego transcrito a documento Word para su tratamiento y análisis de contenido con atlas.ti. Posteriormente se procederá a su segmentación y codificación, según las siguientes categorías de análisis: Conocimiento de los beneficios, detecciones de problemas y necesidades y



propuestas de beneficios. El Cuadro N° 10 sintetiza, de acuerdo a los objetivos de investigación, la forma en que serán tratados y analizados los datos obtenidos en la fase de recolección de los mismos.

Cuadro N° 10: Síntesis procedimientos recolección y análisis de datos

Procedimientos Metodológicos para Recolección y Análisis de la Información según objetivos específicos			
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	TEMA ABORDADO	ESTRATEGIAS RECOLECCIÓN INFORMACIÓN	TÉCNICAS ANÁLISIS INFORMACIÓN
Describir el comportamiento del Gasto en Salud de los socios de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera y de sus cargas familiares, según género, edad, sistema previsional, estamento y renta imponible del trabajador.	Gasto en Salud según perfil demográfico	Revisión documental	Análisis estadístico descriptivo
Cuantificar el monto anual gastado por la totalidad de los socios de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera y sus cargas familiares, por concepto de Gasto de Bolsillo en Salud.	Monto del gasto de bolsillo en salud	Revisión documental	Análisis estadístico descriptivo
Identificar las prestaciones médicas cuyo gasto genera las mayores brechas financieras, entre el Gasto inicial y el gasto de Bolsillo en Salud de los socios de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera y de sus cargas familiares.	Prestaciones médicas que generan mayor gasto	Revisión documental y Grupos de discusión por estamento	Análisis estadístico descriptivo y análisis cualitativo
Valorar la pertinencia de la red de beneficios relativos a reembolsos de gastos médicos, definida por el Servicio de Bienestar del Personal de la Universidad de la Frontera, según la opinión de los asociados.	Pertinencia de beneficios ofrecidos por Bienestar de Personal	Grupos de discusión por estamento	Análisis cualitativo
Proponer un modelo de beneficios de reembolsos de gastos médicos ajustado a las necesidades detectadas y sentidas por los socios de Bienestar del personal de la Universidad de La Frontera y sus cargas familiares y a las disponibilidades presupuestarias de la entidad.	Propuestas para la mejora	Grupos de discusión por estamento	Análisis cualitativo



V. PRESENTACION DE RESULTADOS

El presente Capítulo presenta, en forma integrada, los resultados obtenidos del proceso de recolección de los datos. En particular, la realización de los grupos de discusión, se vio afectada por las dificultades en la coordinación de horarios de las personas invitadas a participar, por la motivación e interés de las mismas y en el caso particular de los socios y socias pertenecientes al estamento auxiliar, por la interpretación negativa que asignaron a la segmentación por estamentos para la conformación de los grupos de discusión.

La decisión metodológica de integrar técnicas cualitativas y cuantitativas de recolección de información, permitió obtener datos estadísticos que satisfacen las necesidades del proyecto investigativo y en forma paralela y complementaria, datos cualitativos que enriquecieron y reforzaron el análisis de los datos cuantitativos y sustentan las propuestas resultantes en orden a mejorar indicadores de gestión de calidad en distintos procesos internos y de implementación de nuevos beneficios. Asimismo, junto con satisfacer los requerimientos de los objetivos de investigación, la integración metodológica permitió ampliar la mirada hacia otras áreas de interés de los asociados, las cuales se presentan bajo el título de *Problemas y necesidades detectadas*, en forma posterior a la presentación de los resultados ordenados según los objetivos de investigación.



Así, con estas consideraciones iniciales y respondiendo a los objetivos de investigación se presentan los resultados obtenidos, tomando como base los datos obtenidos en las fases cuantitativa y cualitativa.

5.1. Caracterización de la población en estudio

Los datos obtenidos en la fase cuantitativa de la investigación, permitieron construir una caracterización de la población en estudio y del respectivo Gasto de Bolsillo en Salud.

Durante el año 2009 el Servicio de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera agrupaba a un total de 1.021 socios¹⁹, que tenían la posibilidad de solicitar reembolsos de gastos médicos realizados por ellos mismos o por algunos de los integrantes de su grupo familiar que estuviesen reconocidas como cargas familiares legalmente reconocidas²⁰.

Los beneficios de reembolsos de gastos médicos que otorga el Servicio de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera, tienen límites anuales y por evento, de tal manera que existe la posibilidad real, por esta razón u otras, de una subdeclaración de gastos médicos por parte de los socios. Con el fin de disminuir al máximo la subdeclaración de gastos médicos en enero de 2009 se emitió una circular invitando a todos los socios a presentar sus gastos médicos, fueran o no objeto de reembolso, con el fin de dimensionar de manera óptima **el Gasto Total anual Inicial en Salud, entendido este como la sumatoria de todos los costos de las prestaciones médicas solicitadas por el socio y**

¹⁹ Datos obtenidos de reportes mensuales de descuentos internos. Enero a Diciembre de 2009.

²⁰ Tomado de <http://www.bcn.cl/guias/asignacion-familiar>, según DFL 150 del 27 de Agosto de 1981.



sus cargas familiares, legalmente reconocidas, libre de reembolsos y bonificaciones de los sistemas previsionales en salud.

Del total de socios, un 89% (911) presentó alguna solicitud de reembolsos de Gastos Médicos, tanto por ellos mismos como por sus respectivas cargas familiares. El universo de personas que originaron algún gasto médico y que solicitaron algún beneficio alcanzó la cantidad total de 1.704 personas.

Sexo de los socios solicitantes: Del total de socios que presentó alguna solicitud de reembolso de gasto médico entre enero y diciembre de 2009, la proporción de hombres y mujeres es prácticamente de 1:1, según se muestra en la siguiente tabla:

Tabla Nº 4: Distribución de socios solicitantes beneficios según sexo

Sexo	Total	Porcentaje
Mujeres	451	49,51%
Hombres	460	50,50%
Total general	911	100%

Edad de los socios solicitantes: La edad de los socios solicitantes fluctúa entre los 20 y 81 años de edad. Para los efectos del análisis de los datos se ha tomado la clasificación etárea (expresado en años de edad) de la Organización Panamericana de la Salud²¹. De acuerdo con ello, la distribución de socios según Sexo y Tramos de edad se muestra en la **Tabla Nº 5**

²¹ Tomado de <http://www.paho.org/Spanish/SHA/glossary.htm>

Subcategorías: menores de 1 año, 1-4 años, 5-14 años, 15-44 años, 45-64 años, 65 y más años



Tabla Nº 5: Distribución de socios solicitantes beneficios según sexo y tramo de edad.

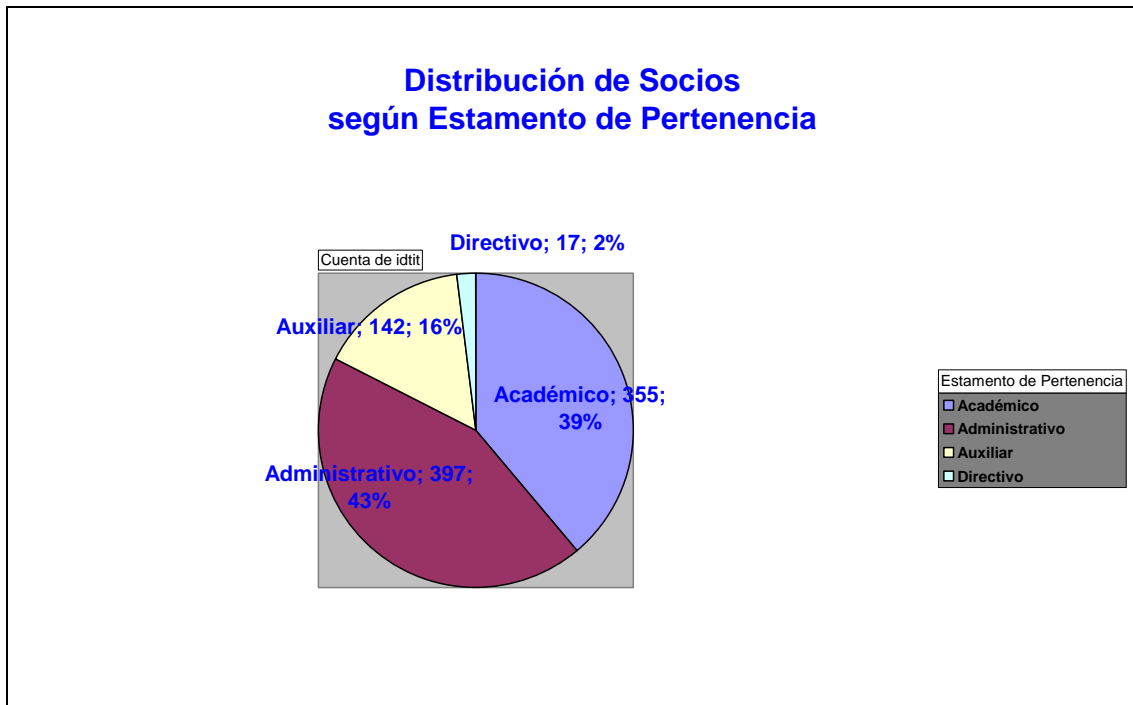
Sexo socios	Tramos de edad(años)				Total General
	Tramo 2 (5 a 24 años)	Tramo 3 (25 a 44 años)	Tramo 4 (45 a 64 años)	Tramo 5 (Más de 65 años)	
Mujeres	6	187	228	30	451
Porcentaje	0,66%	20,53%	25,03%	3,29%	49,51%
Hombres	3	128	278	51	460
Porcentaje	0,33%	14,05%	30,52%	5,60%	50,49%
Total de socios	9	315	506	81	911
Porcentaje total	0,99%	34,58%	55,54%	8,89%	100,00%

La media de edad del grupo de socios solicitantes de reembolsos médicos es de **49,37** años y por lo tanto se ubica en el Tramo 4 de edad, que concentra a un total de 506 socios o socias, representando un 55,54% del total de solicitantes. Las edades fluctúan entre los 20 años y 81 años de edad, con un recorrido de 61 años. En el tramo de edad 4 la cantidad de hombres supera a la cantidad de mujeres en un 5,5% aproximadamente. Entre los 25 y 64 años de edad se encuentra un 90% de los socios que durante el año 2009 solicitaron algún reembolso de gasto médico en Bienestar del Personal. El Tramo 5 concentra a un 9% de los socios solicitantes, dentro de los cuales se encuentran 108 personas (hombres y mujeres) que trabajan y que superan la edad legal de jubilación.

Estamento de pertenencia de los socios de Bienestar del Personal, que solicitaron algún reembolso de gasto médico durante el año 2009: Los socios de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera, que solicitaron algún reembolso de gasto médico durante el año 2009, por estamento de pertenencia se distribuían según se muestra en el gráfico siguiente:



Gráfico N° 5: Distribución de socios solicitantes de beneficios según estamento de pertenencia.



La distribución de socios solicitantes de beneficios durante el año 2009 es coherente con la distribución general de asociados al sistema. Sólo en el estamento directivo se observa una diferencia significativa, en el sentido de que los socios solicitantes de beneficios representan el 1,9% del universo y en el contexto del total de afiliados este segmento tiene un peso específico equivalente a un 4% aproximado.

Distribución de socios solicitantes de beneficios según cantidad de cargas familiares que originaron gastos médicos durante el año 2009: La distribución de socios según cantidad de cargas familiares legalmente reconocidas, que



durante el año 2009 solicitaron algún reembolso de gasto médico al Servicio de Bienestar del Personal se muestra en la tabla siguiente:

Tabla Nº 6: Distribución de socios solicitantes de beneficios según cantidad de cargas familiares que originaron gastos médicos durante el año 2009

Total Cargas familiares por socio	Total de socios	Total personal solicitantes beneficios	Porcentaje de socios
Sólo el socio	420	420	46,10%
Socio(a) y una carga	256	512	28,10%
Socio(a) y dos cargas	178	534	19,54%
Socio(a) y tres cargas	48	192	5,27%
Socio(a) y cuatro cargas	8	40	0,88%
Socio(a) y cinco cargas	1	6	0,11%
Total general	911 socios	1.704 personas	100,00%

Los 911 socios de Bienestar del Personal que durante el año 2009 solicitaron algún tipo de reembolso de gasto médico, lo hicieron en representación de ellos mismos o en representación de algunas de sus cargas familiares reconocidas legalmente. Un 46% de los socios solicitó beneficios sólo por si mismo(a), mientras que el 54% restante lo realizó por más de una persona. Así, durante dicho periodo un total de 1.704 personas recurrió a la red de beneficios que otorga el sistema de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera, generando un primer indicador a tener presente: por cada socio solicitante de beneficio, se esperaría que 1,87 personas fueran también potenciales solicitantes de beneficios.

Sistema y entidad previsional de los socios solicitantes de beneficios durante el año 2009: La entidad previsional en salud que soporta parte del gasto médico de sus afiliados, vía reembolsos o vía bonificaciones, se encuentra representada por el sistema público (Fondo Nacional de Salud- FONASA) y el



sistema privado (Instituciones de Salud Previsional-ISAPRES). La distribución para el caso de la población de socios solicitantes de Bienestar del Personal, se presenta en la tabla siguiente:

Tabla Nº 7: Sistema y entidad previsional de los socios solicitantes de beneficios durante el año 2009

Sistema Previsional	Entidad Previsional	Total de Socios	Porcentaje
Sistema Público	FONASA	292	32,05%
Sistema Privado	Isapre Banmedica	192	21,08%
	Isapre Más Vida	159	17,45%
	Isapre Colmena	111	12,18%
	Isapre Consalud	69	7,57%
	Isapre Cruz Blanca	41	4,50%
	Isapre Vida Tres	41	4,50%
	Fondo Salud Banco del Estado	3	0,33%
	No Cotiza Salud	3	0,33%
Total general		911	100,00%

Del total de socios solicitantes de beneficios de reembolsos de gastos médicos durante el año 2009 un **32% se encuentra incorporado al sistema público** (Fondo Nacional de Salud). **El 68% restante, se encuentra incorporado al sistema privado**, representado principalmente por las Instituciones de Salud Previsional Banmedica, Más Vida y Colmena, las que en conjunto agrupan a un 50,71% de los socios. El indicador de afiliación de los funcionarios de la Universidad de La Frontera, según sistema previsional, es diametralmente opuesto a los indicadores nacionales, donde según información del Fondo Nacional de Salud, el sistema público atiende a un 84% de la población y el sistema privado a sólo un 16% de la población.



Distribución de socios solicitantes de beneficios según renta imponible y sistema previsional:

Gráfico N° 8: Renta Imponible según Sistema Previsional de los socios de Bienestar del Personal

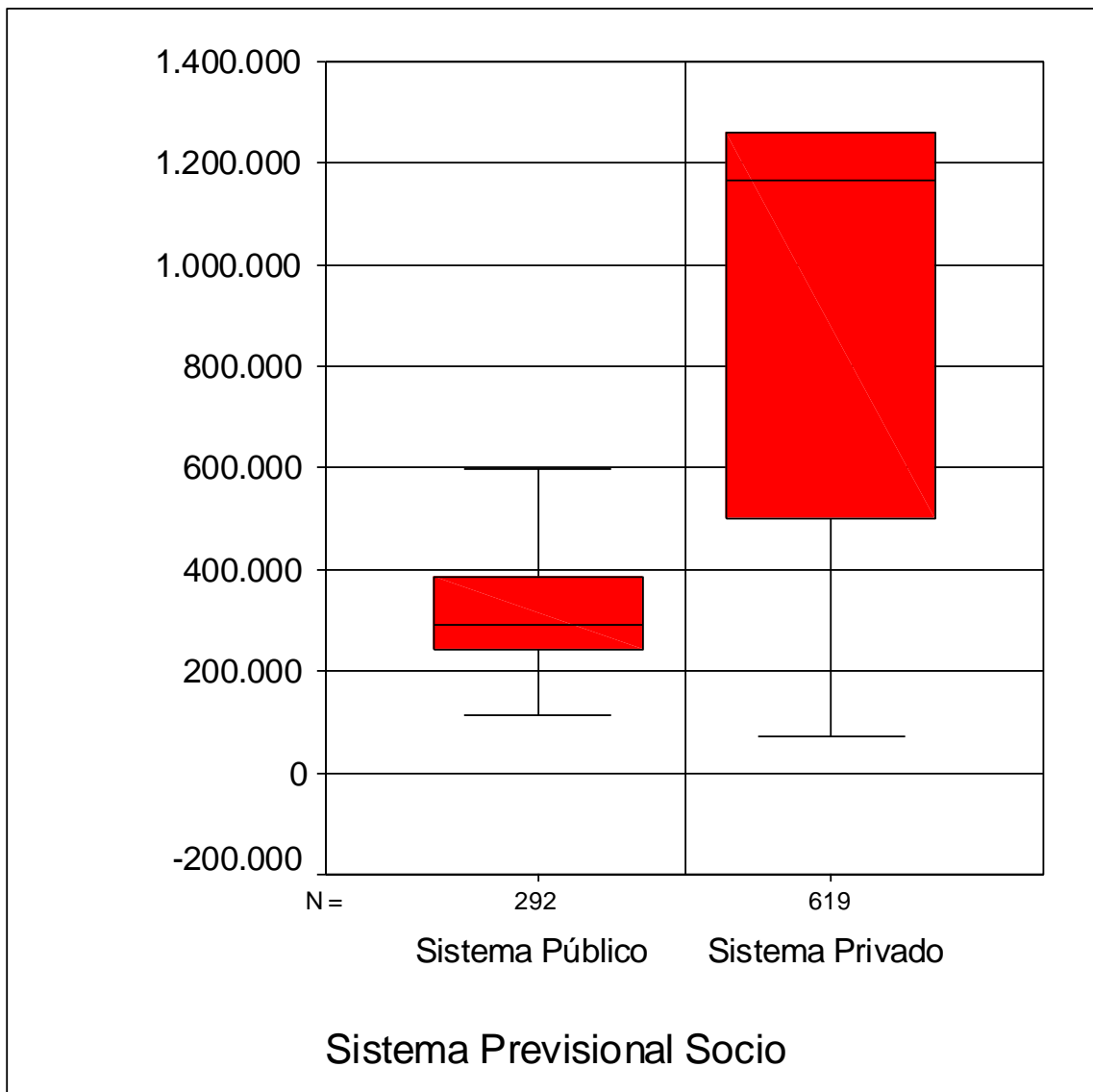
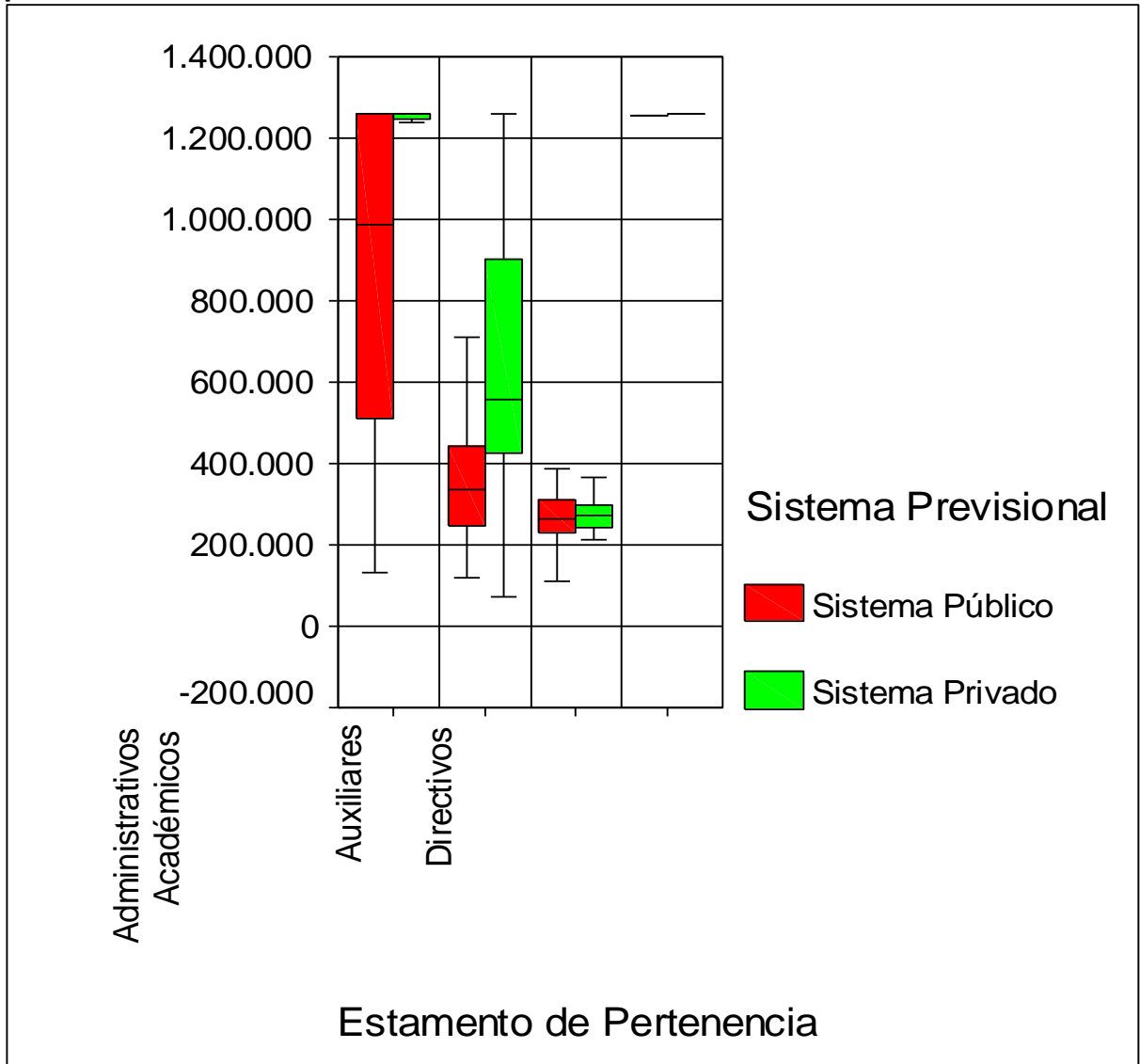




Gráfico N° 7: Renta Imponible según estamento de pertenencia y sistema previsional de los socios de Bienestar del Personal.



Los gráficos precedentes muestran la tendencia de la relación existente entre los sueldos imposables²² que reciben los socios y como la cuantía de estos

²² Datos de rentas imposables sólo considera el sueldo pagado por la Universidad de La Frontera



influyen en su afiliación a un sistema de protección en salud. En los estamentos académico, administrativo y auxiliar el promedio del sueldo imponible es siempre mayor en el grupo de los afiliados al sistema privado por sobre los afiliados al sistema público. En el grupo de los directivos, este indicador no presenta variación significativa, ya que todos, por la función que desempeñan, el sistema de remuneraciones les asigna el valor máximo de renta imponible, es decir de 60 Unidades de Fomento²³. Asimismo, muestran la relación entre las variables Estamento de pertenencia y Sistema Previsional en Salud. Los socios del estamento académico (355 personas) pertenecen en su gran mayoría al sistema privado y sus rentas se encuentran concentradas en los niveles tope de imponibilidad. En el estamento administrativo (397 socios) se observa una clara correlación entre monto de renta imponible y adscripción a sistema previsional. En el estamento auxiliar (142 socios) las rentas imponibles se encuentran concentradas en el tramo de los \$ 200.000 y \$ 300.000 mensuales y se observa una afiliación significativa (86%) al sistema público. Los socios que pertenecen al estamento Directivo, junto con presentar una concentración de rentas imponibles en el extremo superior muestran una nítida preferencia (94%) por el sistema privado.

²³ Este monto se incremento a 64,7 Unidades de Fomento a partir del 01 de enero de 2010.



Tabla Nº 8: Indicadores renta imponible mensual socios solicitantes según estamento de pertenencia

Estamento	Sistema Previsional					
	Sistema Público			Sistema Privado		
	Indicadores					
	Prom. RI	Máx. RI	Mín. RI	Prom. RI	Máx. RI	Mín. RI
Académico	839.570	1.261.051	132.409	1.097.217	1.261.051	86.930
Administrativo	375.909	966.614	120.256	670.084	1.261.051	70.251
Auxiliar	269.401	387.358	112.432	277.725	440.222	213.829
Directivo	1.257.413	1.257.413	1.257.413	1.260.824	1.261.051	1.257.413

RI= Renta Imponible Mensual- Prom. RI = Promedio / Media renta Imponible Mensual

Max. RI= Monto Máximo de Renta Imponible mensual grupo Mín. RI= Monto mínimo de Renta Imponible mensual

Para una mejor comprensión la tabla precedente, muestra resumidamente los indicadores relativos a renta imponible, sistema previsional y estamento de pertenencia. De ella se desprende una primera observación, en el sentido de que se establece una correlación entre monto de renta imponible mensual y la adscripción a un determinado sistema de previsión en salud: **a mayor renta imponible aumenta la probabilidad de contratar un plan de salud en el sistema privado.**

A modo de síntesis, se puede señalar que el colectivo de personas que actúan como titulares de derechos y beneficios de reembolsos de gastos médicos ante el Servicio de Bienestar del Personal, se encuentra constituido, en partes iguales entre mujeres y hombres, cuyas edades fluctúan mayoritariamente entre 45 y 64 años, Le sigue en orden de importancia el rango de edad que fluctúa entre los 25 y 44 años de edad (35% de los socios). Los 911 socios, en promedio, representan a una cantidad de 1,87 personas de sus respectivos grupos familiares que eventualmente podrían recurrir a los beneficios de reembolsos de gastos médicos. Según cantidad de personas y en sentido



creciente, se encuentran distribuidos en los estamentos administrativos, académicos, auxiliares y directivos. En un 68% se encuentran afiliados al sistema privado de protección en salud (ISAPRES) y que sólo un 32% se encuentra incorporado al sistema público. Este último grupo se encuentra constituido principalmente por socios pertenecientes, en orden de importancia, al estamento auxiliar y administrativo, lo cual se relaciona directamente con el monto de la renta imponible mensual, la cual en el caso de ambos grupos fluctúa entre los \$ 387.358 y los \$ 966.614 mensuales a diferencia del sistema privado, cuya renta imponible promedio mensual fluctúa entre los \$ 440.222 y \$ 1.250.051. Así, como resultado del **análisis de los datos, es posible identificar a la variable renta imponible mensual como un factor que influye de manera determinante en la elección del sistema previsional en salud.**

5.2. Gasto Total Inicial en Salud

Posterior a la caracterización general del conjunto de socios que durante el año 2009 solicitaron algún tipo de reembolso de gastos médicos, corresponde describir, por una parte, **el perfil de las personas que originaron el gasto** y por otra, cuantificar el **Gasto Total Inicial en Salud**.

El Gasto Total Inicial en Salud registrado durante el año 2009 arroja un promedio de gasto anual por persona equivalente a \$ 363.584, con un valor mínimo de \$ 0 (34 personas que no generaron gastos médicos) y un valor máximo de \$ 10.814.471. La mediana del gasto total inicial es de \$ 164.914, lo cual significa que el 50% (852 socios o cargas) de las personas generaron un gasto de hasta dicho monto.



Distribución de personas causantes según sexo y tramo de edad: La cantidad total de 911 socios causantes de gastos médicos durante el año 2009 representaron a un total de 1.704 personas (incluyendo los socios), según el siguiente detalle:

Tabla N° 9: Distribución Causantes Gasto Total Inicial en salud según sexo y tramo de edad

Tramo Edad	Sexo solicitantes beneficios		Total de personas	Porcentaje
	Mujeres	Hombres		
1 Tramo	40	53	93	5,46%
2 Tramo	260	274	534	31,34%
3 Tramo	233	135	368	21,60%
4 Tramo	330	278	608	35,68%
5 Tramo	50	51	101	5,93%
Total general	913	791	1.704	100,00%
Porcentaje	54%	46%		100,00%

De la tabla precedente se desprende la existencia de una distribución bi-modal (*destacado en cursiva y en negrita*), lo cual significa que el Gasto Total Inicial en Salud en Salud se presenta con mayor frecuencia entre los 5 y 24 años de edad y entre los 45 y 64 años de edad. Se observa un descenso de los eventos de salud, entre los 25 y 44 años de edad. Asimismo, se observa que del 100% de las personas que solicitan reembolsos de gastos médicos, un 54% son mujeres y un 46% son hombres. Este porcentaje, respecto de las mujeres se incrementa en un 3% entre los 25 y 64 años de edad. Los hombres presentan una mayor frecuencia de solicitud de reembolsos de gastos médicos en las etapas tempranas de la vida, es decir en la infancia, adolescencia y juventud.

En general, las mujeres generaron un gasto total de M \$ 402.840, equivalente al 65% del Gasto Total Inicial en Salud de todas las personas involucradas en el



análisis y por contraposición, los hombres generaron en dicho en el mismo periodo de tiempo un gasto por M \$ 217.000 (35%).

Distribución de causantes del gasto en salud según tipo de carga familiar: La **Tabla Nº 10** permite observar que los **causantes más frecuentes del Gasto Total Inicial en Salud** durante el año 2009, fueron los socios titulares, quienes representan a un 53% de los solicitantes. Le siguen en orden de importancia los hijos, hasta los 24 años de edad, con un 36%. Cónyuges, madres y nietos de los socios representan el 11% restante. Del total de personas que realizaron algún gasto médico (1.704 personas), su edad varía entre 0 y 97 años, con una media de 36,1 años de edad; una mediana de 40 años. La moda es representada por jóvenes de ambos sexos, de 16 años de edad (44 personas).

Tabla Nº 10: Distribución de causantes Gasto Total Inicial en Salud según tipo de carga familiar

Tramo edad	Socio		Cónyuge	Hijos(as)		Madre	Nietos(as)		Total general
	H	M		H	M		H	M	
Tramo 1				40	52			1	93
				2,35%	3,05%			0,06%	5,46%
Tramo 2	6	3		246	266		8	5	534
	0,35%	0,18%		14,44%	15,61%		0,47%	0,29%	31,34%
Tramo 3	187	128	37	8	7		1		368
	10,97%	7,51%	2,17%	0,47%	0,41%		0,06%		21,60%
Tramo 4	228	278	102						608
	13,38%	16,31%	5,99%						35,68%
Tramo 5	30	51	12			8			101
	1,76%	2,99%	0,70%			0,47%			5,93%
Nº Total	451	460	151	294	325	8	9	6	1.704
% Total	26,47%	27,00%	8,86%	17,25%	19,07%	0,47%	0,53%	0,35%	100,00%

H= Hombres M= Mujeres



Distribución del Gasto en Salud según sistema previsional en salud de las personas que originan el gasto médico: El grupo, en general durante el año 2009 generó un Gasto Total Inicial en Salud, es decir antes de bonificaciones y reembolsos, por un monto total de **M \$ 619.547**, de los cuales sólo un 16% (**M \$ 101.846**) fue ocasionado por los afiliados a FONASA. El **84%** (**M \$ 517.701**) del Gasto Total Inicial fue generado por los beneficiarios del sistema privado, compuesto por **1.143 personas**, las cuales representan un **67%** del universo de causantes del gasto médico.

Tabla N° 11: Distribución de causantes Gasto Total Inicial en Salud según sistema previsional de pertenencia

Datos	Sistema Previsional		Total general
	Sistema Público	Sistema Privado	
Cantidad de personas	561	1.143	1.704
Porcentaje de Personas	33%	67%	100%
Total del Gasto Total Inicial	M \$ 101.846	M \$ 517.701	M \$ 619.547
Porcentaje del Gasto Total Inicial	16%	84%	100%
Promedio del Gasto Total Inicial	M \$ 182	M \$ 453	M \$ 364
Monto máximo del gasto	M \$ 7.472	M \$ 10.815	

Montos en dinero expresados en miles de pesos.

Los beneficiarios de FONASA generaron un **Gasto Total Inicial en Salud** promedio de M \$ 182 anuales, mientras que en el caso de los beneficiarios del sector privado, este indicador fue equivalente a casi 2,5 veces (M \$ 453) el gasto anual efectuado por los afiliados a FONASA. Así, no existe correlación positiva entre la cantidad total de personas afiliadas a los sistemas previsionales en salud y la incidencia en la sumatoria total del Gasto Total Inicial en Salud declarado.

Esta significativa diferencia en el indicador promedio del Gasto Total Inicial en Salud, puede tener una primera explicación en el hecho de que los afiliados al



FONASA y sus beneficiarios, corresponden, principalmente, a funcionarios del estamento administrativo y auxiliar, razón por la cual sus bajos ingresos económicos le impedirían recurrir a servicios de salud. Esta primera observación se ve refrendada por los resultados de la fase cualitativa, según se desprende de la siguiente afirmación:

“...bueno cuando veníamos del campo adónde vamos le dije, ella me dijo vamos a la clínica alemana, por ningún motivo porque voy a regalar mi plata, son \$100.000 al tiro. Si es que hubiese ido casi moribundo obviamente hubiera ido para allá. Pero cuando venía me di cuenta de que el corte sangraba hartito pero no era grave, no dije vamos a la urgencia del hospital y ahí me hice de paciencia me atendieron como a las 2 horas. Como soy de la tercera edad no me cobran y yo soy Fonasa. Y cuando estuve enfermo, estuve en el hospital, también lo hice por Fonasa. Yo ya me resigné a atenderme como cualquier paciente, no sé que tocará más adelante... 6:31 (71:71) “...no es que salga más a cuenta, no se puede de otra forma, igual que optar al sistema público, ese es el asunto, ahora el tema es, no sé si eso puede tener algún arreglo, no sé, pero al menos lo que dice Sonia yo lo respaldo al 100% porque es cierto, eso es lo que es nuestra realidad y no la vamos a cambiar así... o sea no podemos cambiarla, nosotros tenemos un nivel hasta donde podemos llegar y de ahí no podemos pasar...” 2:17 (60:60)

Los socios y beneficiarios del Fondo Nacional de Salud, en caso de enfermedad recurrirían a los servicios hospitalarios, ambulatorios y profesionales dependientes de la red institucional del Ministerio de Salud, razón por la cual, junto con lograr controlar el Gasto Total Inicial, evitarían el copago y finalmente el dato no sería reportado al sistema de Bienestar del Personal.

“...me hizo una gastroscopia y me encontró una bacteria, aparte de eso úlcera y toda la cosa, la cuestión es que todo eso lo pagó mi hijo, y después tenía que hacerme otra gastroscopia que hasta el día de hoy no me la he hecho porque no me va a alcanzar para pagarla...” 2:41 (99:99). “...yo tengo una inter-consulta de la posta y ocho años estuvo la posibilidad de que yo me pudiera operar del túnel carpiano de mi mano, pasaron de ocho a diez años, y no me hubiese podido operar por que salía súper caro, al final sin pensar que podía operarme de esto un día fui por otra cosa y me tuve que operar, pero no tenía por donde resultar, o si no hubiese estado mal de mi mano y no hubiese podido hacer nada...” 2:18 (61:61).

El Fondo Nacional de Salud ha establecido co-pagos proporcionales de acuerdo a la renta imponible de sus afiliados²⁴.

²⁴http://fon.fonasa.cl/prontus_fonasa/antialone.html?page=http://fon.fonasa.cl/prontus_fonasa/site/artic/20100429/pags/20100429111553.html?0.5?0.5. Vigente a partir del 14 de Julio de 2011.



En forma concomitante, los antecedentes teóricos y referenciales nos indican que la incapacidad económica de los hogares es una causal de no acceso a los servicios de salud (Xu et al. (2005, en Peticara:10), observación que también es compartida por la CEPAL (1999), organización que ha señalado que al menos un 20% de las personas quedan excluidos de los servicios de protección social en salud. De igual manera, respecto de Chile, Cid señala que en los hogares de menores ingresos la carga que representa el Gasto de Bolsillo en Salud es considerablemente menor respecto de los hogares que más ingresos económicos generan, dado que gastan menos en salud. En el caso de los afiliados y beneficiarios del sistema previsional privado (ISAPRES), sus atenciones médicas podrían estar afectadas por el riesgo moral, que implica un mayor e indiscriminado uso de los servicios de salud dado que asumirían conductas más riesgosas al sentirse mayormente protegidos.

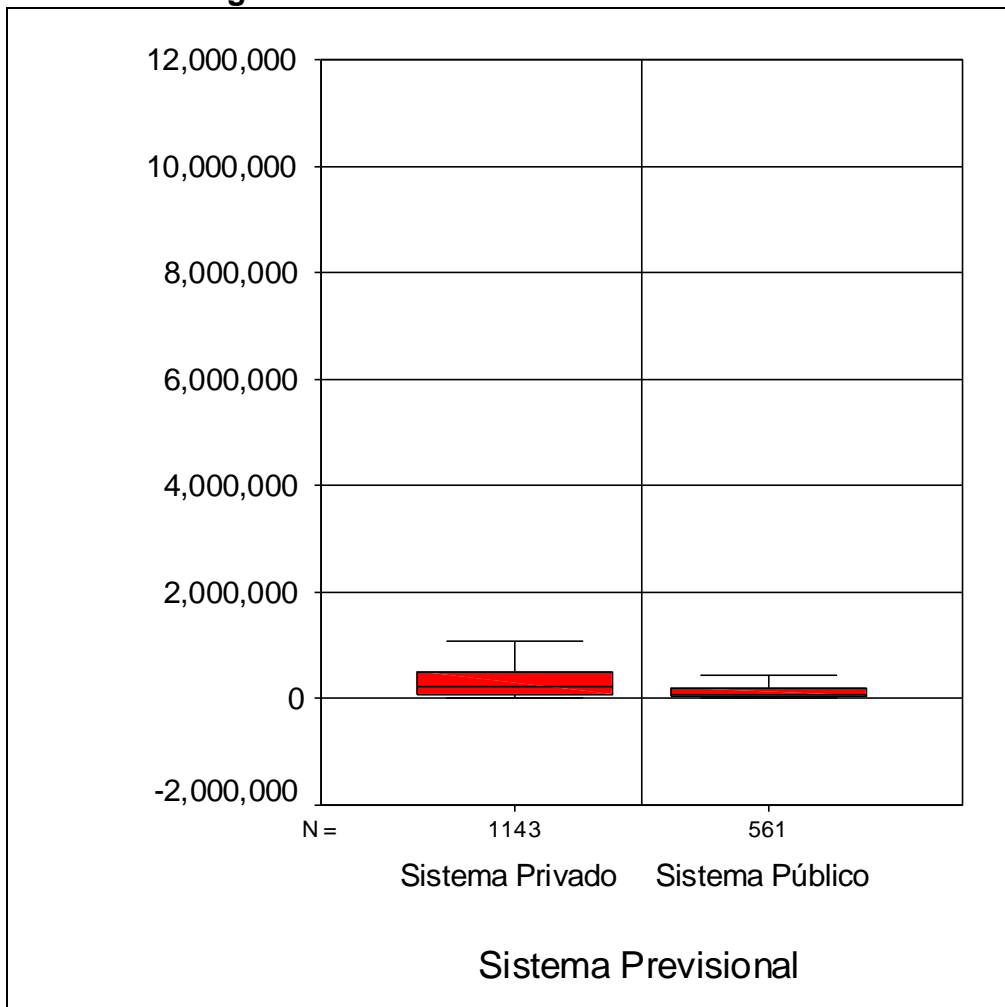
Los resultados obtenidos permiten confirmar que el monto del Gasto Total Inicial en salud es mayor en el sistema privado, respecto del sistema público y que la media del gasto privado supera a la media del gasto que realizan los afiliados al sector público. Así también, el Gasto Inicial en Salud presenta una mayor homogeneidad en el sistema público respecto del gasto que realizan los afiliados al sector privado. En este último sector la variabilidad es mayor: el gasto máximo que realizó un socio de este último sistema, durante el año 2009 alcanzó la cantidad de M \$ 10.814 mientras que en el sector público el monto

Grupo	Monto del Ingreso
A	Carentes de recursos o Indigentes
B	Ingreso Imponible Mensual menor o igual a \$182.000
C	Ingreso Imponible Mensual Mayor a \$182.000 y Menor o igual a \$265.720. Con más de 3 cargas familiares, pasará a Grupo B.
D	Ingreso Imponible Mensual Mayor a \$265.720. Con más de 3 cargas familiares, pasará a Grupo C



máximo fue de M \$ 7.471. El Gráfico siguiente muestra las tendencias expuestas.

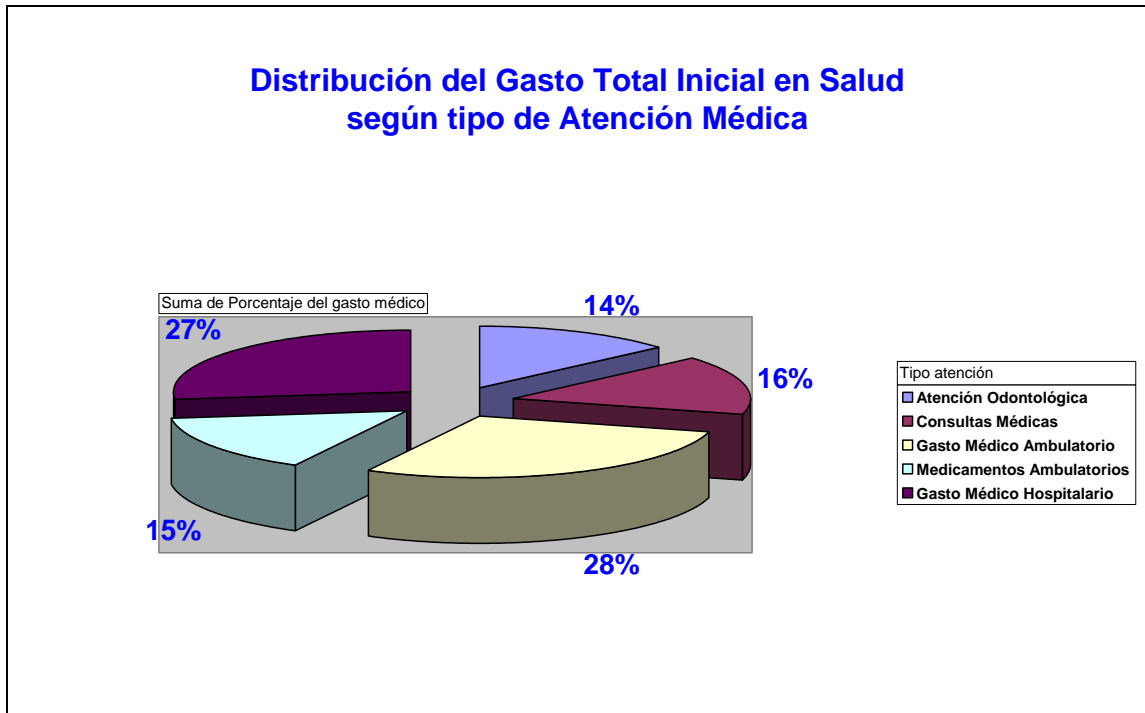
Gráfico N° 8: Gasto Total Inicial en Salud según Sistema Previsional de los causantes del gasto en salud





Gasto Total Inicial en Salud: La distribución del Gasto Total Inicial en Salud se muestra en el gráfico siguiente:

Gráfico N° 9: Distribución del Gasto total Inicial en Salud según Tipo de Atención Médica

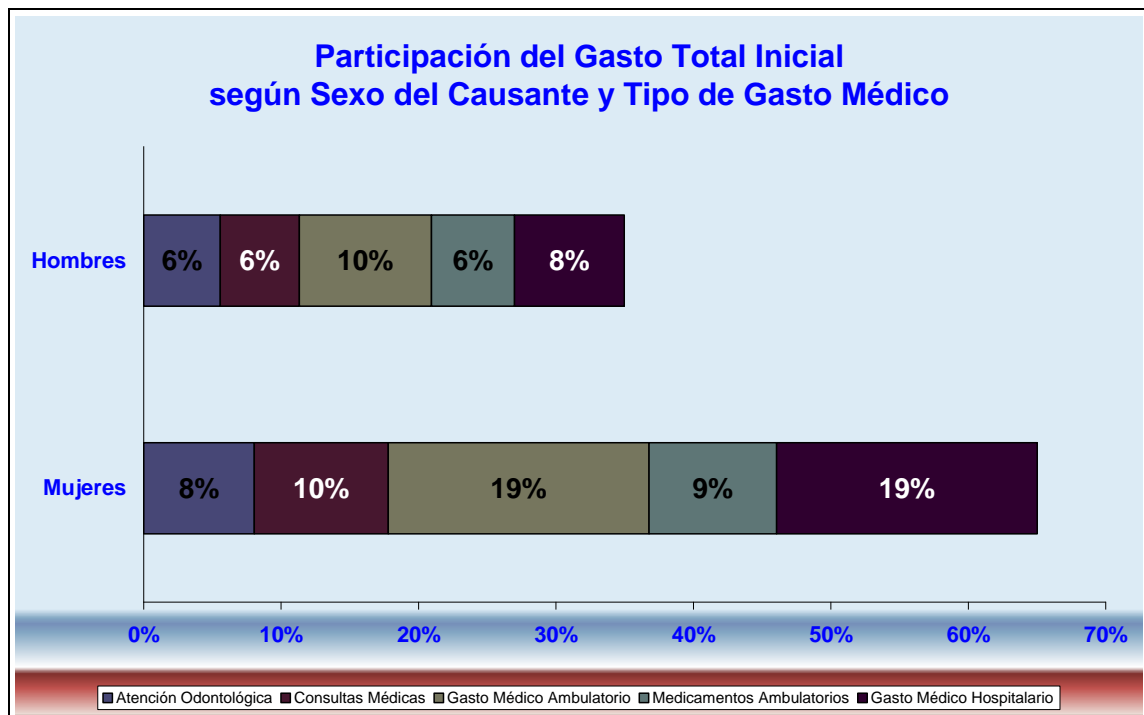


El total de personas solicitantes de prestaciones médicas durante el año 2009 (1.704 personas) incurrió en un Gasto Total Inicial en Salud, equivalente a M \$ 619.547, de los cuales, un **28% se encuentra referido a Gasto Médico Ambulatorio**, esencialmente constituido por exámenes, procedimientos médicos y general todas aquellas prestaciones que no requieren hospitalización. Le sigue en orden de importancia, los Gastos Médicos Hospitalarios(27%), en cuyo concepto se incluyen pagos por días cama, honorarios médicos por intervenciones quirúrgicas, derechos de pabellón, medicamentos e insumos y en general todas aquellas prestaciones que



requieren, por prescripción médica, hospitalización para ser administradas. Le siguen en orden de importancia las Consultas Médicas y el despacho de recetas de medicamentos y finalmente el ítem de atenciones odontológicas.

Gráfico N° 13: Participación del Gasto Total Inicial en Salud según sexo del causante y tipo de gasto médico



En el caso de las mujeres los ítems más significativos son los gastos médicos hospitalarios y ambulatorios. Por su parte, respecto de los hombres predomina el Gasto Médico Ambulatorio, entendido como todas aquellas prestaciones que se realizan sin la necesidad de requerir hospitalización y que se derivan de una consulta médica. De igual manera, le sigue en orden de importancia el Gasto Médico Hospitalario, en el cual se incluyen las Hospitalizaciones (días camas), Intervenciones Quirúrgicas y Honorarios Médicos, principalmente. Menor



participación tiene, en este caso, el gasto por concepto de adquisición de medicamentos.

Cabe hacer notar que respecto del Gasto Total Inicial en Salud por necesidades odontológicas existe la certeza de una subdeclaración, ya que es un hecho conocido de que los sistemas previsionales en salud, tanto público como privado, no ofrecen coberturas significativas por este gasto, razón por la cual se debe presumir que se ha omitido, por parte de los socios, la presentación de solicitudes de reembolso, salvo en aquellas donde existen mecanismos de integración vertical, donde los afiliados básicamente acceden a beneficios de descuentos en los Aranceles Odontológicos.

La **Tabla Nº 12** presenta una síntesis del Gasto Total Inicial en Salud según sexo y tramo de edad de los causantes del gasto médico.



Tabla Nº 12: Tabla resumen de Gasto Total Inicial según sexo y tramo de edad de los causantes del gasto médico.

Datos	Mujeres	Hombres	Total general
Edad: Hasta 4 años de edad			
Total Gasto	6.574.556	10.649.231	17.223.787
Promedio de Total Gasto	164.364	200.929	185.202
Porcentaje Gasto	1,06%	1,72%	2,78%
Porcentaje Persona	2,35%	3,11%	5,46%
Cantidad de personas	40	53	93
Porcentaje Gasto	38,17%	61,83%	
Entre 5 y 24 años de edad			
Total Gasto	66.143.955	48.699.678	114.843.633
Promedio de Total Gasto	254.400	177.736	215.063
Porcentaje Gasto	10,68%	7,86%	18,54%
Porcentaje Persona	15,26%	16,08%	31,34%
Cantidad de personas	260	274	534
Porcentaje Gasto	57,59%	42,41%	
Entre 25 y 44 años de edad			
Total Gasto	101.108.938	25.604.410	126.713.348
Promedio de Total Gasto	433.944	189.662	344.330
Porcentaje Gasto	16,32%	4,13%	20,45%
Porcentaje Persona	13,67%	7,92%	21,60%
Cantidad de personas	233	135	368
Porcentaje Gasto	79,79%	20,21%	
Entre 45 y 64 años de edad			
Total Gasto	183.680.328	100.359.088	284.039.416
Promedio de Total Gasto	556.607	361.004	467.170
Porcentaje Gasto	29,65%	16,20%	45,85%
Porcentaje Persona	19,37%	16,31%	35,68%
Cantidad de personas	330	278	608
Porcentaje Gasto	64,67%	35,33%	
Mayores de 65 años de edad			
Total Gasto	45.331.826	31.394.943	76.726.769
Promedio de Total Gasto	906.637	615.587	759.671
Porcentaje Gasto	7,32%	5,07%	12,38%
Porcentaje Persona	2,93%	2,99%	5,93%
Cantidad de personas	50	51	101
Porcentaje Gasto	59,08%	40,92%	

En el Tramo entre 0 y 4 años de edad el promedio de gasto anual es inferior en aproximadamente un 96% al promedio general de gasto anual por persona, equivalente a \$ 363.584; las consultas médicas y los medicamentos



ambulatorios son las prestaciones médicas más frecuentes y el gasto de las mujeres representa un 38% del total de tramo de edad. En el segundo tramo de edad, entre 5 y 24 años de edad el promedio de gasto anual es inferior en un 69 % al promedio general de gasto anual por persona; los Gastos Médicos Hospitalarios y Ambulatorios y las Consultas Médicas, son las prestaciones médicas de mayor incidencia y el gasto femenino representa un 58% del total del tramo de edad. Por su parte, entre los 25 y 44 años de edad, el promedio de gasto anual por persona es inferior en sólo un 6% al promedio general y los Gastos Médicos Hospitalarios y Ambulatorios y las Atenciones Odontológicas son las prestaciones médicas de mayor incidencia. En este grupo de edad el gasto de las mujeres representa un 80% del total del tramo de edad.

La comparación se torna más significativa en el tramo de edad que va desde los 45 a los 64 años de edad, en el cual el promedio de gasto anual es superior en un 28% al promedio general de gasto médico, siendo los gastos médicos ambulatorios y hospitalarios y medicamentos, las prestaciones más recurrentes y el gasto de las mujeres representa un 65% del total del tramo de edad.

La diferenciación es aún significativa en el caso de las personas mayores de 64 años de edad, en cuyo caso el gasto promedio anual es superior en un 109% al gasto promedio del universo en estudio. En esta etapa de la vida, los gastos médicos ambulatorios y hospitalarios con los más relevantes, seguido de los medicamentos ambulatorios. El gasto de las mujeres representa un 59% del total de este tramo de edad.

En síntesis, respecto del Gasto Total Inicial en Salud, en el caso de los socios de Bienestar del Personal de la Universidad de la Frontera, es mayor en los



socios o cargas familiares, cuya edad supera los 44 años de edad, quienes representan un 42% del total de personas y un 58% del Gasto Total Inicial informado. En estas edades el promedio de Gasto Total Inicial es superior en un porcentaje cercano al 25%, respecto del promedio del universo de personas analizado. Desde los 5 años de edad las mujeres generan, en promedio, un gasto mayor en salud que los hombres. En el Tramo 3, es decir entre los 25 y 44 años de edad la proporción del gasto mujeres versus hombres es 80:20; entre los 45 y 64 años de edad, este indicador es igual a 65:35 y en el último tramo, mayores de 64 años, la relación es 59:41. Sólo en el primer tramo los niños reportaron un mayor gasto que las niñas.

Respecto del tipo de gasto médico, en los primeros años de vida el ítem más significativo son las Consultas Médicas y los Medicamentos. Entre los 5 y 24 años de edad, el gasto más frecuente registrado son los gastos Médicos Hospitalarios y Ambulatorios, seguidos de las Consultas Médicas. En el tramo siguiente, es decir entre los 25 y 44 años, se mantiene la misma estructura de gasto, pero las atenciones odontológicas desplazan a las Consultas Médicas al cuarto lugar. En las últimas etapas de la vida, los gastos médicos ambulatorios superan a los gastos médicos hospitalarios y junto a los medicamentos, ubicados en tercer lugar de importancia, definen la estructura de gasto de este grupo de personas.

5.3. Bonificación sistemas previsionales de salud

Habiendo caracterizado a los socios de Bienestar del Personal y cargas familiares que durante el año 2009 generaron algún tipo de Gasto Médico así como también una descripción del Gasto Total Inicial en Salud, se hace necesario describir las respuestas que los sistemas previsionales en salud



otorgan a sus afiliados y dependientes(cargas familiares), con el fin de identificar las prestaciones médicas cuyo gasto genera las mayores brechas financieras, entre el Gasto Total Inicial en Salud y el Gasto de Bolsillo en Salud de los socios de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera y de sus cargas familiares.

Al ser consultados los socios respecto de los beneficios que usan con mayor frecuencia, ellos reportan en primera instancia aquellos relativos a reembolsos de Gastos Médicos Ambulatorios, es decir aquellos que se realizan sin necesidad de estar internados en alguna Clínica u Hospital. Ello, es congruente con los resultados obtenidos en la fase cuantitativa, en donde estos gastos representan un **28,6%** del Gasto Total Inicial en Salud. Los socios señalan como prestaciones frecuentes las consultas médicas, exámenes, medicamentos con receta y medicamentos permanentes, despacho de recetas por lentes ópticos y atenciones odontológicas.

“...Al menos a mí me ha servido mucho, porque...yo por ejemplo no era muy enfermiza pero ahora último con el transcurso de los años, uno ya siente dolores, motivo de intervención y el control en ese momento me sirvió mucho, todo el tratamiento, así que estoy muy agradecida y la atención, siempre para mí ha sido buena...” 2:7 (40:40). “...En mi caso yo no lo he utilizado, pero sí para mis hijos es más de una oportunidad y fue un verdadero aporte. También el tema de los lentes por ejemplo, los cristales, exámenes, consultas médicas, todo eso yo realmente lo he utilizado y me parece óptimo. Ojala se mantuviera y mejorara...” 1:2 (17:17)

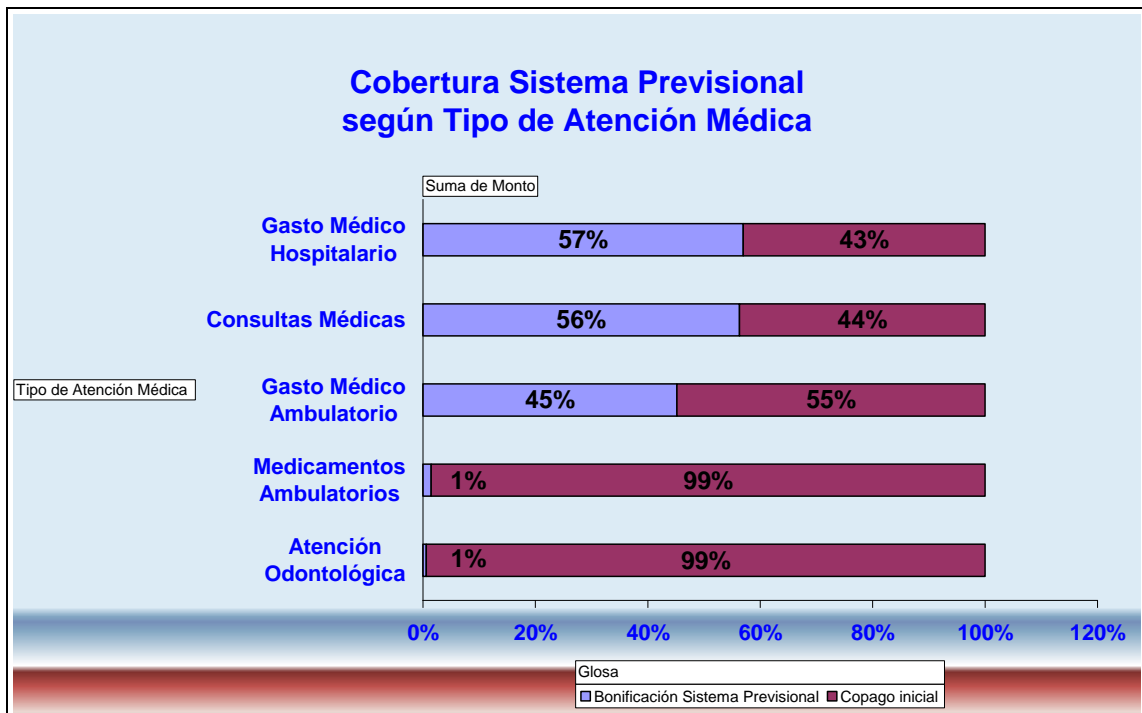
Según los datos cuantitativos el Gasto Total Inicial en Salud fue equivalente a **M \$ 619.546**, respecto del cual el sistema de salud previsional respectivo bonificó y/o reembolsó la cantidad total de **M \$ 231.212** equivalente al **32%** del total del Gasto Total Inicial en Salud.

El **Gráfico N° 11** muestra la forma en que el sistema previsional en salud, público o privado, bonifica el Gasto Total Inicial en Salud de sus afiliados y cargas familiares. De su observación se desprende que los **Gastos Médicos**



Hospitalarios son las prestaciones que tienen mayor cobertura de los sistemas de salud. Le siguen en orden de importancia, las Consultas Médicas y luego los Gastos Médicos Ambulatorios. Los gastos médicos por medicamentos y atenciones odontológicas, prácticamente no son bonificados y/o reembolsados por los sistemas de salud, lo cual es **determinante en que el promedio de bonificación de gastos médicos sea equivalente a un 31% del Gasto Total Inicial en Salud.**

Gráfico N° 11: Cobertura sistema previsional según tipo de prestación médica



De este primer análisis se confirma con claridad absoluta que existe un área del Gasto Total Inicial en Salud que no es abordado por los sistemas previsionales, como lo son **la prescripción de medicamentos y las atenciones odontológicas.** Por lo anterior, resulta distorsionante continuar el análisis



incluyendo los ítems sin cobertura del sistema previsional en salud, razón por la cual los resultados que se mostrarán, sin olvidar esta gravitante carencia de los sistemas previsionales, estarán referidos a los ítems de Consultas Médicas, Gastos Médicos Hospitalarios y Ambulatorios, que en total representan un **71%** del Gasto Total Inicial en Salud informado.

Lo anterior, es corroborado por los datos obtenidos en la fase cualitativa de esta investigación, en donde los socios de bajos ingresos no reportan gastos por atenciones odontológicas y en forma concomitante solicitan un aumento de los beneficios económicos que otorga Bienestar del Personal a sus asociados para solventar este tipo de atención en salud.

“...a mí me preocupa y me gustaría que si se estudiara es la parte dental, porque el tratamiento dental es muy caro. Uno mismo si se quiere hacer un tratamiento dental demora como nueve meses en que son las cuotas que demanda Bienestar, porque si no pagamos los nueve meses no podemos empezar porque tenemos más descuentos, tenemos más cosas, entonces hay que pagar nueve meses y recién empezar con el otro tratamiento que tenemos. Entonces es una inquietud, que fuera un mayor aporte, una mayor bonificación a los tratamientos, a los presupuestos directos a los funcionarios...” 4:8 (49:49).

En consecuencia, si se excluyen del análisis los ítems de Medicamentos Ambulatorios y Atención Odontológica, se obtiene que el porcentaje de **bonificación de los sistemas de salud previsional, tanto privado como público, aumente desde un 31% a un 51%.**

La información previa ha permitido visualizar que el sistema previsional en su conjunto, bonifica en promedio un 51% del Gasto Total Inicial de los gastos médicos que reconoce, lo cual significa que por cada \$ 100 pesos que una persona deba destinar a atender necesidades de salud, excluidos los medicamentos ambulatorios y las atenciones odontológicas, deberá pagar de su bolsillo la cantidad de **\$ 49**. La situación es distinta si se incluyen los



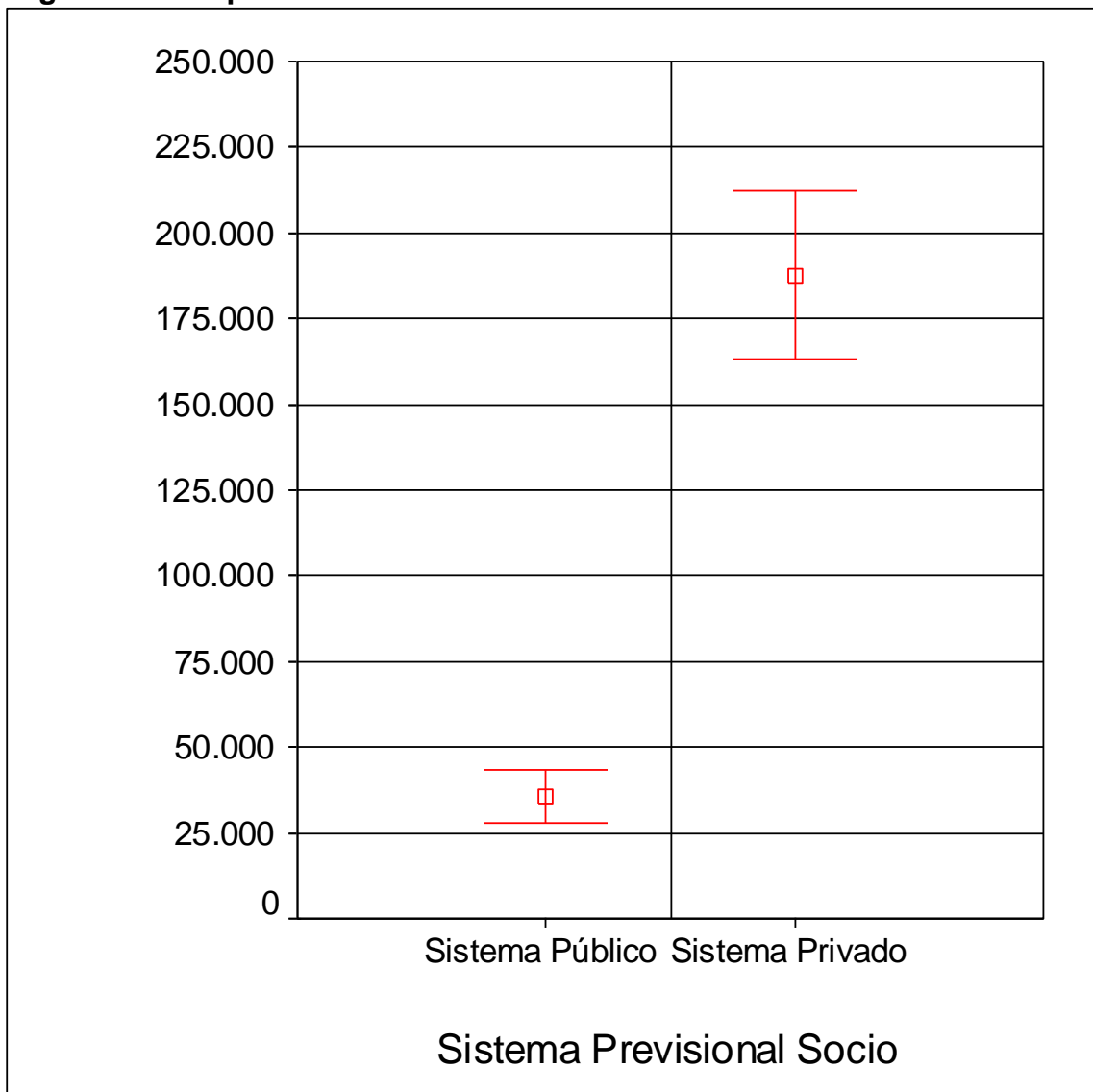
medicamentos y atenciones dentales, en cuyo caso, las familias en promedio deberían asumir **\$ 69** con cargo a sus recursos. Sin embargo, la situación no es igual si se trata de una persona afiliada al sistema público o a las Instituciones de Salud Previsional, representantes del sistema privado.

En general, al comprar el promedio de bonificaciones realizado por el sistema previsional en salud, tanto público como privado, respecto del 100% de los gastos médicos reportados por los socios durante el año 2009., el reembolso efectuado por las ISAPRES es superior aproximadamente en \$ 152.000 por persona, al beneficio otorgado por el Fondo Nacional de Salud., en cuyo caso el promedio anual fue de \$ 35.561. Al realizar el análisis de cobertura, según tramo de edad se obtiene que el porcentaje promedio, entre los 5 tramos de edad definidos, fluctúa entre un 29% y un 35,5%, estando menos protegidas, en promedio las personas cuyas edades fluctúan entre los 45 y 64 años de edad y por el contrario, los grupos etáreos con mayor protección, son los niños hasta los 4 años de edad, situación que se mantiene de manera similar si se excluyen las prestaciones que no tienen bonificación del sistema previsional en su conjunto.



Las diferencias de ambos sistemas se muestran en el gráfico que se presenta a continuación:

Gráfico Nº 12: Comparación bonificación del Gasto Médico Total Inicial según sistema previsional



Al realizar el análisis de las bonificaciones de los gastos médicos de los sistemas previsionales según sexo de los beneficiarios, es posible observar



que, en general y también aislando aquellas prestaciones sin bonificaciones de los sistemas previsionales, el porcentaje promedio es del orden del 51%, tanto para hombres como para mujeres, por lo tanto no sería, por sí misma, una determinante del Gasto de Bolsillo en Salud.

De igual forma, al analizar según relación de parentesco del causante del gasto médico respecto del socio titular, se observa que es una variable no determinante en la cuantía del Gasto de Bolsillo en Salud. Los socios o socias titulares representan un **52,51%** de las personas que presentaron alguna solicitud de reembolso de gasto médico y en promedio el sistema previsional les bonificó un **26,74%** del Gasto Total Inicial en Salud. Por su parte, a las cónyuges, en promedio se les bonificó un 31% del Gasto Total Inicial reportado; a los hijos e hijas, hasta los 24 años de edad se les bonificó casi un 38% del gasto médico y a los nietos y ascendientes (madres) se les bonificó en promedio un 34,68%. Por lo tanto, el parentesco de la carga respecto del titular no es una variable que tenga alguna significación en el Gasto de Bolsillo en Salud.

Los afiliados al sistema público que presentaron alguna solicitud de reembolso al Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera, reportaron gastos médicos por un total de **M \$ 101.846**, respecto de los cuales el Fondo Nacional de Salud bonificó la cantidad total de **M \$ 19.203**, lo cual representa un **18,86%** del Gasto Total Inicial en Salud. Así deberían, por cada \$ 100 de gasto, asumir con cargo a sus recursos la cantidad de \$ 81. La distribución del Gasto Total Inicial en Salud de los afiliados al sector público se muestra equilibrada entre los distintos ítems pero las respuestas del sistema son diferenciadas e insuficientes frente a sus necesidades, según se muestra en la tabla siguiente:



Tabla N° 13: Resumen bonificación sistema previsional público

Tipo atención	Gasto Total Inicial	% particip. gasto	Bonific. Sist. Prev.	% bonific.	% Copago
Atención Odontológica	23,624,852	23.20%	24.810	0,11%	99,89%
Consultas Médicas	16,235,596	15.94%	7.433.198	45,78%	54,22%
Gasto Médico Ambulatorio	20,980,379	20.60%	4.894.464	23,33%	76,67%
Gasto en Medicamentos	18,399,730	18.07%	109.711	0,60%	99,4%
Gasto Médico Hospitalario	22,605,130	22.20%	6.741.263	28,92%	71,08%
Total general	101.845.687	100.00%	19.203.446	18,86%	81,14%

Los afiliados al sistema privado informaron durante el año 2009 un Gasto Total Inicial de M \$ 517.701, que representa un 84% del Gasto Total Inicial reportado. Del total del Gasto Total Inicial en Salud de este segmento de la población estudiada el sistema bonificó o reembolsó la cantidad total de M\$ 212.008 cantidad que representa el **40,95%** del gasto total reportado, debiendo en consecuencia asumir como Gasto de Bolsillo en Salud la cantidad de **M\$ 305.693**, lo cual representa, en promedio un **59%** del gasto total informado. La tabla siguiente da cuenta de la situación expuesta:

Tabla N° 14: Resumen bonificación sistema previsional privado

Tipo atención	Gasto Total Inicial	% particip. gasto	Bonific. Sist. Prev.	% bonific.	% Copago
Atención Odontológica	60.788.868	11.74%	471.033	0,77%	99,23%
Consultas Médicas	79.864.162	15.43%	46.684.594	58,45%	41,55%
Gasto Médico Ambulatorio	156.159.873	30.16%	75.165.119	48,13%	51,87%
Gasto en Medicamentos	76.587.378	14.79%	1.290.533	1,69%	98,31%
Gasto Médico Hospitalario	144.300.985	27.87%	88.397.179	61,26%	38,74%
Total general	517.701.266	100%	212.008.458	40,95%	59,05%

5.4. Bonificación sistema de Bienestar del Personal

Hasta el momento, se ha descrito el Gasto Total Inicial en Salud y en forma posterior se ha reseñado la forma en que los sistemas de previsión en salud,



público y privado, contribuyen al financiamiento del mismo en el caso de los afiliados al Servicio de Bienestar de Personal de la Universidad de La Frontera. Por su parte, esta última entidad ha definido como eje central de su actividad propender a elevar el nivel de vida de sus asociados, de acuerdo a sus disponibilidades presupuestarias y para ello puede otorgar ayudas económicas en el ámbito del gasto médico. Esta premisa se ha traducido en que durante los 10 últimos años se ha destinado, desde una definición igualitaria de beneficios, alrededor del 50% de los ingresos económicos del Servicio de Bienestar a apoyar la disminución del Gasto de Bolsillo en Salud de sus afiliados y de las cargas familiares.

Los análisis previos del Gasto Total Inicial en Salud y de Bonificaciones y Reembolsos de los mismos por parte de los sistemas previsionales han mostrado que los afiliados al sistema público, en promedio gastan menos, respecto de los afiliados al sector privado, en salud y que además el respectivo sistema de salud previsional, representado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) bonifica, también en promedio, un **22%** menos que el sistema privado. También ha sido posible determinar que los sistemas previsionales de salud, comparten como característica común el hecho de que no bonifican gastos médicos por concepto de medicamentos y atenciones de odontología general y de especialidades.

Entonces, la pregunta que se intentará responder en esta sección es ¿Cómo la red de beneficios del sistema de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera, actuando al final de eventos de salud, contribuye a elevar el nivel de vida de los mismos, disminuyendo el Gasto de Bolsillo en Salud que deben realizar? Así, también, se describirá la forma en que se distribuye los recursos



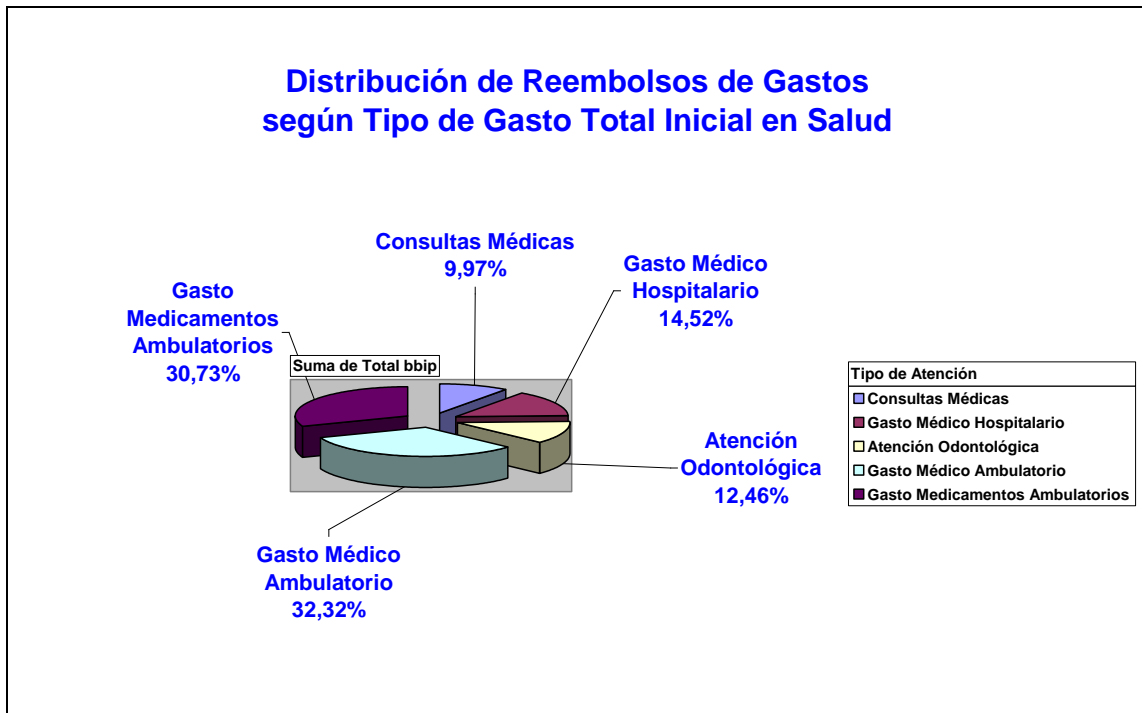
con el fin último de identificar brechas y gestionar, en consecuencia, mejoras en el sistema de bienestar.

El Servicio de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera, durante el año 2009 otorgó beneficios de ayudas económicas en el ámbito del Gasto de Bolsillo en Salud, por un monto total de **M \$124. 410**, cuya cantidad representa un **20,08 % del Gasto Total Inicial en Salud**. Por lo tanto, respecto del total de personas (1.670) que presentaron alguna solicitud de bonificación de gastos médicos, se les otorgó, en promedio \$ 74.497 como ayudas económicas para disminuir el Gasto de Bolsillo en Salud y con una amplitud de rango de \$ 894.069. El 50% de las personas beneficiarias del sistema de Bienestar del Personal recibió hasta un máximo de \$ 42.580 anuales y el monto total anual que se repitió con mayor frecuencia fue de \$ 2.200, correspondiente al reembolso de una Consulta Médica. El 90% de las personas beneficiarias del sistema de Bienestar del Personal, que durante el año 2009 presentaron alguna solicitud de reembolso de Gasto Médico, recibió como reembolso máximo la cantidad de \$ 179.953 y sólo el 10% restante de las personas recibió una cantidad superior a ella. Si el análisis se centra en los socios, como representantes de los 911 núcleos familiares, se obtiene que el promedio de bonificación aumenta a \$ 136.564 anuales, con un mínimo de \$ 0 (cero) y un máximo anual de \$ 1.200.266. **También se desprende que un 40% de los socios recibió un 76% de los recursos destinados a reembolso de gastos médicos con un mínimo de \$ 123.196 anuales.**

Bonificación Bienestar del Personal según tipo de gasto médico: La distribución de los reembolsos de gastos médicos se muestra en el gráfico siguiente:



Gráfico N° 13: Distribución de Reembolsos de Gastos Médicos según Tipo de Gasto Total inicial en Salud.



El reembolso de Gastos Médicos Ambulatorios suma la cantidad de **M \$ 40.209** y representa el **31 %** de los recursos destinados a beneficios; mientras que los Medicamentos Ambulatorios suman la cantidad de **M \$ 38.000**, representando un **31%** de los recursos. Los reembolsos por concepto de Gastos Hospitalarios suman un total de **M \$ 18.000** involucrando un **15%** de los recursos. Las devoluciones por Atenciones Odontológicas suman la cantidad total anual de **M \$ 15.505** (**12%** del monto total de bonificaciones) y por Consultas Médicas se reembolsó la cantidad de **M \$ 12.401** (**10%** del total de recursos involucrados).

De lo anterior se desprende que **el sistema de bienestar de la Universidad de La Frontera destina un 43% de los recursos destinados a bonificaciones**



de gastos médicos de sus socios y cargas familiares a reembolsar aquellos componentes del Gasto de Bolsillo en Salud que no tienen bonificación o reembolso de los sistemas previsionales en salud, absorbiendo de esta manera un 40% del Gasto Total Inicial declarado por concepto de Medicamentos y un 18% de las Atenciones Odontológicas. En consecuencia el promedio de bonificación, por ambos ítems, alcanza a un 30% del Gasto Total Inicial y respecto de los 5 componentes del Gasto de Bolsillo en Salud, definidos para este estudio, el sistema de bienestar, bonifica en promedio un 20% del Gasto Total Inicial.

Tabla Nº 15: Resumen Bonificación Bienestar del Personal, UFRO

Tipo de atención						
Datos	Atención Odontológica	Consultas Médicas	Gasto Médico Ambulatorio	Medicamentos Ambulatorios	Gasto Médico Hospitalario	Total general
Gasto Total Inicial	84,413,720	96,099,758	177,140,252	94,987,108	166,906,115	619,546,953
Bonificación Sistema Previsional	495,843	54,117,792	80,059,583	1,400,244	95,138,442	231,211,904
Bonificación sistema de Bienestar	15.504.832	12.400.785	40.208.512	38.228.761	18.067.357	124.410.246
% Bonificación sistema de Bienestar	18,4%	12,9%	22,7%	40,2%	10,82%	20,08%
Gasto de Bolsillo en Salud	81,04%	30,78%	32,10%	58,30%	32,17%	42,6%

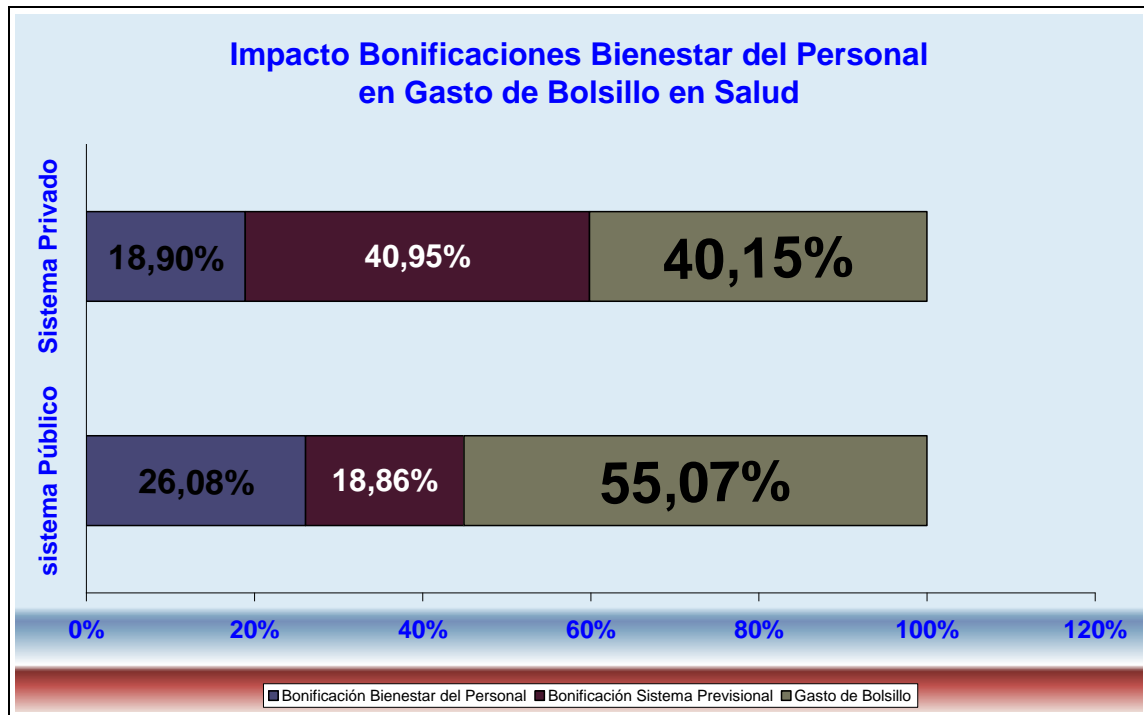
Tabla Nº 16: Bonificación Bienestar del Personal según estamento de pertenencia del socio de Bienestar del Personal

	Estamento Socios				Total general
	Académicos	Administrativos	Auxiliares	Directivos	
Gasto Total Inicial	337.123.641	241.243.338	31.304.200	9.875.774	619.546.953
Bonificación Bienestar del Personal	62.225.263	50.714.894	9.511.260	1.958.829	124.410.246
% Bonificación sistema de Bienestar	18,5%	21,0%	30,4%	19,8%	20,1%

La tabla precedente muestra que al estamento más desprotegido, desde el punto de vista de la cobertura del sistema previsional, el sistema de bienestar le está apoyando en aproximadamente un 10% más, respecto de los estamentos con mayores ingresos económicos y mejor cobertura previsional.



Gráfico N° 14: Impacto de la bonificación de Bienestar del Personal en Gasto de Bolsillo en Salud, según Sistema Previsional.



El gráfico N° 14 muestra que en el caso de los afiliados al sector público el Gasto de Bolsillo asciende en promedio a un 55,07% del Gasto Total Inicial, producto de la baja bonificación que otorga el respectivo sistema previsional. Por el contrario, el Gasto de Bolsillo en Salud de los afiliados al sector privado es de sólo un 40,15% del Gasto Total Inicial, producto, también, del mayor porcentaje de reembolso o bonificación por parte de las Instituciones de Salud Previsional o ISAPRES.

El segmento de socios y cargas familiares afiliados al sistema público de protección en salud, que en general corresponde a personal perteneciente a los



estamentos de auxiliares de servicios y administrativos y que concentran las rentas impositivas mensuales más bajas, en el contexto de la Universidad de La Frontera, constituyen un área de necesidad que debe ser atendida de manera especial, dado que en general deben asumir con cargo a sus recursos económicos un 55,07% de las prestaciones a las cuales logran tener acceso.

El Gasto de Bolsillo en Salud por concepto de Consultas Médicas que deben enfrentar los afiliados al sistema previsional público es, en promedio, del orden del 34%; mientras que los afiliados al sector privado, deben asumir con cargo a sus recursos económicos, sólo un 30% del valor de las Consultas Médicas. Refuerza este resultado, la observación de los integrantes de los grupos de discusión, quienes señalan:

“...es que igual que las consultas médicas, en el mercado de ISAPRE, han ido subiendo los planes constantemente, anualmente, que al final hacen encarecer la compra de bonos, FONASA es diferente, en realidad sale más caro comprar en FONASA, pero se ha ido incrementando, y el porcentaje que tiene bienestar para devolución de compra del bono se ha mantenido, mi gran experiencia es que yo antes compraba un bono por dos mil y tantos pesos, tres mil pesos con mi plan, actualmente me sale seis mil pesos el bono, ósea un incremento del cien por ciento, pero ese incremento no se ha visto en cuanto a bienestar, yo creo no sé si han visto el tema de la bonificación del reembolso del bono...” 5:13(42:42)

Respecto de los Gastos Médicos Ambulatorios se evidencia aún más la necesidad de apoyar solidaria y equitativamente a los afiliados al sistema previsional público y de rentas impositivas inferiores, ya que deben asumir como Gasto de Bolsillo casi un 41% del Gasto Total Inicial, contra el 31% que pagan en promedio los afiliados al sistema previsional privado. Ello se debe fundamentalmente a que FONASA les bonifica, en promedio, sólo un 23,33%, contra el 48,13% de las Instituciones de Salud Previsional y no obstante el sistema de bienestar bonificar, en promedio un 15% más al sector público.



La situación de desigualdad ya descrita, se acrecienta aún más en el caso de los Gastos Médicos Hospitalarios, donde los afiliados al sistema previsional público deben asumir, posterior a bonificaciones y reembolsos, por concepto de Gasto de Bolsillo, un significativo y empobrecedor 51% del Gasto Total Inicial en Salud. En este caso, los afiliados al sistema previsional privado sólo deben asumir con cargo a sus recursos, sólo un 29% del Gasto Total Inicial. En este ítem, se observa también que los recursos de Bienestar del Personal apoyan en mayor proporción a los afiliados al sistema previsional público, en casi un 10% más respecto de los afiliados al sistema previsional privado.

Con respecto al ítem Medicamentos, incluyendo los Medicamentos con Receta y los Medicamentos de carácter permanente, manteniéndose *ceteris paribus* la variable bonificación de los sistemas previsionales, el co-pago final o Gasto de Bolsillo es del orden del 58% del Gasto Total Inicial. En este ítem la bonificación que otorga el sistema de bienestar de la Universidad de La Frontera es una ayuda fundamental para los asociados, toda vez que es *la opción* que tienen de recibir alguna bonificación por este concepto, que representa un 15% del Gasto Total Inicial.

Igual situación se presenta en el caso de las prestaciones odontológicas, en el cual el Gasto de Bolsillo en Salud es, en promedio, equivalente al 82% del Gasto Total Inicial y donde los afiliados al sistema de bienestar sólo reciben la bonificación que les otorga este sistema, la cual representa en promedio un 17,64% del Gasto Total Inicial.

En conclusión, se confirma que las Atenciones Odontológicas y Medicamentos Ambulatorios son las prestaciones que mayor desembolso significan para los



asociados. Respecto del resto de las prestaciones itemizadas el Gasto de Bolsillo, en forma uniforme, es del orden del 31% del Gasto Total Inicial en Salud.

Al revisar el impacto final de las bonificaciones del sistema de bienestar, según sexo de los solicitantes de beneficio, es factible observar que, tanto hombres como mujeres, deben absorber con cargo a sus recursos un Gasto de Bolsillo en Salud equivalente, en promedio, al **42,5%** del Gasto Total Inicial en Salud y controlando por Tramo de Edad, es posible observar que la acumulación de apoyos económicos del sistema previsional y del sistema de bienestar, atienden de mejor manera a las personas hasta los 24 años de edad, en cuyo caso el Gasto de Bolsillo final o copago, es en promedio del orden del 35%. Por el contrario, los causantes cuyas edades fluctúan entre los 45 y 64 años de edad son los que deben asumir un mayor porcentaje de copago, con un 45% del valor de las prestaciones médicas. Los mayores de 64 años asumen con cargo a sus recursos un 43% del Gasto Total Inicial, al igual que las personas, cuyas edades fluctúan entre los 25 y 44 años de edad.

A modo de síntesis y en relación a los reembolsos que realiza el Servicio de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera, los socios señalan que estos son insuficientes ya que cubren sólo algunos de los gastos anuales, haciendo especial referencia a los medicamentos con recetas, medicamentos permanentes, consultas médicas y tratamientos odontológicos. A ello se suma, el hecho de que los topes anuales y por evento son modificados al alza de manera infrecuente, por lo cual se advierte inadecuación a los valores actuales de las prestaciones médicas, generando necesidades en salud no atendidas por ellos mismos, lo cual es congruente con la identificación de escasez de



recursos económicos en el momento de decidir solicitar una atención profesional en salud.

La apreciación de los socios es consistente con los resultados obtenidos en la fase cuantitativa, en el sentido de que las personas afiliadas al sector previsional público pertenecen, en general, al estamento auxiliar y administrativo y que sus rentas mensuales son las más bajas en el contexto de la Universidad de La Frontera. A ello se suma, el hecho de que el Gasto Total Inicial en Salud de este grupo es, en promedio, inferior en 2,4 veces el Gasto Total Inicial que realiza un afiliado al sistema previsional privado (ISAPRES). De allí, entonces que resulten consistentes las propuestas de los socios participantes de los grupos de discusión, en el sentido de determinar una red de beneficios diferidos según renta mensual, según prestaciones requeridas, según patologías y según grupo etéreo de pertenencia. Las afirmaciones siguientes dan cuenta del sentir de los socios respecto de cómo ellos perciben la definición de una red de beneficios de reembolsos de gastos médicos:

“...que las bonificaciones sean acorde a las prestaciones que uno recibe. Si bien es cierto hay algunas bonificaciones en cuanto a los bonos que no están delimitados de acuerdo a lo que uno paga. Cuando uno va a ver a un especialista, digamos en el caso mío que mi hija ve un dermatólogo, la bonificación es la misma que vaya a ver a uno de medicina general no más. Entonces eso debería equilibrarse un poco, hay demasiada diferencia...” 4:65 (246:246; “... entonces también creo que debiese ser acorde al grupo destinatario, por ejemplo si hay un grupo de una cierta edad, y que usa medicamentos permanentes, debiese hacerse por grupos no en general, meterse más a fondo en la parte de salud para cada uno...” 5:5 (29:29) y “...en segundo término se benefician más los que tienen mayores ingresos que los que tienen menores ingresos, pero creo que debería haber alguna diferencia al menos en la cantidad del tipo de préstamos por ejemplo...” 3:7 (13:13).

5.5. Pertinencia de los beneficios del sistema de bienestar del personal

Uno de los objetivos de la investigación es valorar la pertinencia de los beneficios de reembolsos de gastos médicos que realiza el sistema de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera a sus socios y cargas



familiares. Escudriñar en los socios su valoración respecto de la pertinencia de los beneficios, implica consensuar previamente el significado del concepto. La Real Academia de la Lengua Española, define este adjetivo como “perteneciente o correspondiente a algo” y “... que viene a propósito”. Así, y en lo concerniente al propósito de esta investigación, el concepto se podría operacionalizar como la adecuación o el sentido de algo (de las bonificaciones médicas o reembolsos de gastos médicos) en un determinado contexto (necesidades de salud de asociados al Servicio de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera). Así, los asociados le atribuyen importancia a los beneficios en la etapa de crianza de los hijos, ante la existencia de grupos familiares numerosos, claramente en caso de problemas de salud, por insuficiencia de recursos económicos para enfrentar los problemas en esta área, por los convenios con prestadores y por las acciones en prevención en salud que se realizan. No obstante, reconocer estas fortalezas del sistema, también se pone de manifiesto la insuficiencia de los recursos destinados al reembolso de gastos médicos.

“...uno se siente bien con los beneficios de bienestar y se siente contenta y agradecida con la institución porque hay una preocupación con uno, con su familia y no sólo en salud, sino que también en la parte recreativa que es súper importante y que nos ayuda a conocernos más en otro ámbito y es 100% salud mental y compartir y hacer nuestro trabajo mucho más agradable...” 1:11(31:31)

“...después me pasaron a contrata media jornada y ahí empecé a ocupar los beneficios de salud, porque tenía a mis hijos chicos, así que ahí los he ocupado hart...” 2:4 (31:31)

“...para mí el fuerte en el uso de los servicios de salud, digamos, mi hijo nació hace un año y medio atrás aproximadamente, y eso ha significado tener que recurrir, no de manera permanente, pero en ocasiones puntuales y muy complicadas, salir a las tres de la mañana con el cabro chico a la Clínica o al Hospital Clínico, nos hace ya utilizar el sistema...” 4:19 (61:61)

“...entonces yo he estado contenta con lo que hay pero tampoco estoy feliz porque de verdad que he tenido que estar mañanas enteras en las postas para poder conseguir lo que yo necesito en cuanto a salud...”2:13 (48:48)



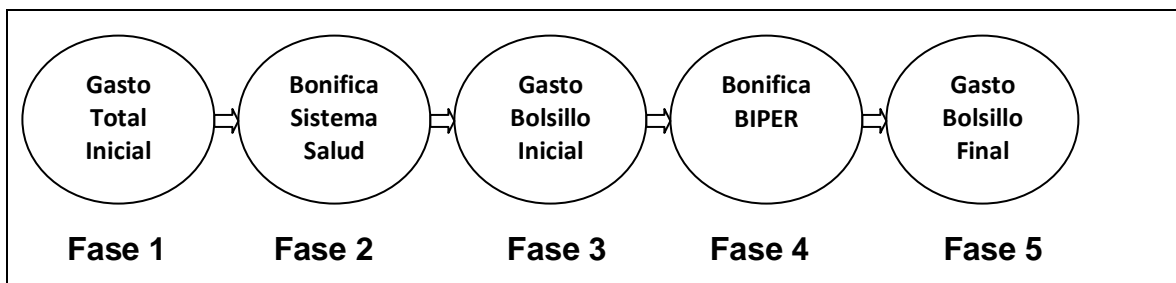
“...es que igual que las consultas médicas, en el mercado de ISAPRE, han ido subiendo los planes constantemente, anualmente, que al final hacen encarecer la compra de bonos, FONASA es diferente, en realidad sale más caro comprar en FONASA, pero se ha ido incrementando, y el porcentaje que tiene bienestar para devolución de compra del bono se ha mantenido, mi gran experiencia es que yo antes compraba un bono por dos mil y tantos pesos, tres mil pesos con mi plan, actualmente me sale seis mil pesos el bono, ósea un incremento del cien por ciento, pero ese incremento no se ha visto en cuanto a bienestar, yo creo no sé si han visto el tema de la bonificación del reembolso del bono...” 5:13(42:42)

Adicionalmente al catastro de problemas y fortalezas que los socios identifican, en el contexto de los beneficios de reembolsos de gastos médico y de la gestión del Servicio de Bienestar del Personal, perciben también la existencia de recursos institucionales suficientes que permitirían atender las necesidades de los funcionarios de la Universidad de La Frontera de manera efectiva y racional en distintos ámbitos: salud, actividades físicas y recreativas, necesidades odontológicas y la existencia de profesionales y de tecnología.

5.6. Problemas y necesidades detectadas

Uno de los objetivos de esta investigación es detectar las necesidades de los socios en materia de beneficios que apunten a disminuir el Gasto de Bolsillo de Salud, con el fin de último de proponer modificaciones a la red de beneficios actualmente vigentes en el sistema. Para una mejor comprensión, el proceso de desarrollo del Gasto de Bolsillo en Salud se gráfica en la secuencia siguiente:

Figura N° 7: Fases Proceso Gasto de Bolsillo en Salud



Fuente: Elaboración propia



Los discursos de los socios de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera ponen de relieve necesidades insatisfechas en todas las fases del proceso detallado previamente, cuyo desarrollo, naturalmente, repercute en la fase terminal del proceso, es decir en el Gasto de Bolsillo Final(copago).

El proceso se origina con la decisión de recurrir a los servicios de salud, respecto de lo cual los socios participantes en los grupos de discusión ponen de manifiesto, en forma recurrente, dificultades de acceso a dichos servicios, principalmente por razones de carácter económico.

"...bueno cuando veníamos del campo adónde vamos le dije, ella me dijo vamos a la clínica alemana, por ningún motivo porque voy a regalar mi plata, son \$100.000 al tiro. Si es que hubiese ido casi moribundo obviamente hubiera ido para allá. Pero cuando venía me di cuenta de que el corte sangraba harto pero no era grave, no dije vamos a la urgencia del hospital y ahí me hice de paciencia me atendieron como a las 2 horas. Como soy de la tercera edad no me cobran y yo soy Fonasa. Y cuando estuve enfermo, estuve en el hospital, también lo hice por Fonasa. Yo ya me resigne a atenderme como cualquier paciente, no sé que tocará más adelante... 6:31 (71:71) "...no es que salga más a cuenta, no se puede de otra forma, igual que optar al sistema público, ese es el asunto, ahora el tema es, no sé si eso puede tener algún arreglo, no sé, pero al menos lo que dice Sonia yo lo respaldo al 100% porque es cierto, eso es lo que es nuestra realidad y no la vamos a cambiar así... o sea no podemos cambiarla, nosotros tenemos un nivel hasta donde podemos llegar y de ahí no podemos pasar..." 2:17 (60:60) .

La insuficiencia de recursos económicos de los afiliados, asociadas a las dificultades de la red pública de salud para atender a su población beneficiaria determinan que los socios de bajas rentas y/o afiliados al Fondo Nacional de Salud (FONASA) se vean impedidos de obtener atención médica en forma oportuna.

"...me hizo una gastroscopia y me encontró una bacteria, aparte de eso úlcera y toda la cosa, la cuestión es que todo eso lo pagó mi hijo, y después tenía que hacerme otra gastroscopia que hasta el día de hoy no me la he hecho porque no me va a alcanzar para pagarla..." 2:41 (99:99). "...yo tengo una inter-consulta de la posta y ocho años estuvo la posibilidad de que yo me pudiera operar del túnel carpiano de mi mano, pasaron de ocho a diez años, y no me hubiese podido operar por que salía súper caro, al final sin pensar que podía operarme de esto un día fui por otra cosa y me tuve que operar, pero no tenía por donde resultar, o si no hubiese estado mal de mi mano y no hubiese podido hacer nada..." 2:18 (61:61)



Los socios participantes de los grupos de discusión identifican las siguientes causas que estarían dificultando el acceso oportuno a los servicios de salud:

- Insuficiencia de recursos para asumir Gasto Total Inicial en Salud
- Altos costos derivados o asociados a Consulta Médica
- Insuficiencia o Inexistencia bonificación sistema previsional
- Carencia Convenios Prestadores y Aseguradores

Adicionalmente, los socios detectan necesidades en salud insatisfechas en los siguientes ítems: Consultas Médicas, Atención Odontológica, Medicamentos y en las áreas de Salud Mental y Estilos de Vida Saludable. Al respecto, los resultados de la investigación cualitativa, aportan los elementos que sustentan esta afirmación:

Consultas Médicas

“...el tema que tocamos delante, esa de las consultas medicas particulares, que en esa parte estamos solos y sobre todo porque después viene la parte del remedio que es caro entonces, esa parte, la parte de consultas estamos solos porque no se bonifica nada, pero bueno, en la parte remedios permanentes, hay viene una bonificación, pero a su vez al ser permanente, la plata se termina rapidito...” 5:33 (140:140)

Medicamentos

“...luego de los cuarenta mil pesos viene el remedio permanente, que son treinta mil pesos más que tengo que cancelar, entonces son setenta mil pesos y en el remedio permanente tengo un reembolso pero la consulta médica tengo que asumirla a costo personal, y es algo que hay que ver cada seis meses, lo de la consulta...” 5:7 (30:30)

Atención Odontológica

“...Es fácil llegar de los seiscientos mil pesos hacia arriba, o sea por cualquier cosa y parece que los dentistas le hacen a uno y una cosa y otra cosa y otra cosa y fácilmente llega a los seiscientos, setecientos, un millón de pesos sin mucha dificultad por cada tratamiento y, si uno tiene una familia de cinco personas, seis personas ya es complicado...” 3:8 (13:13)

Salud Mental y Recreación

Respecto de la Salud Mental, un socia perteneciente al estamento auxiliar, lo expresa de la siguiente forma:

“...entonces uno necesita a veces desahogarse, hay colegas que se han ido por este asunto, que no los puedo nombrar, y nunca hay un profesional, o los mismo jefes que no nos dirían



“pucha” en bienestar hay un psiquiatra o un psicólogo que los pueda escuchar, pero usted sabe que un psiquiatra va a cobrar en una consulta mínimo 50 “lucas” y ahí el auge entra después a cubrir algo. Entonces todas esas partes de bienestar, por ejemplo en la parte deportiva, tenemos dos gimnasios ahí...” 2:92 (213:213)

En las áreas de salud mental y de recreación, se agrega la percepción, con mucha densidad y nitidez, de parte de los socios pertenecientes al estamento auxiliar, de que las cabañas ubicadas en los Centros de Recreación de Licanray y Mehuín, son inaccesibles para ellos, por altos los costos que implica su uso y en forma paralela destacan su sentimiento de discriminación por no poder usar las cabañas ubicadas en Licanray, las cuales serían usadas por quienes obtienen mayores rentas y por oposición ellos sentirían que les “*están relegando a Mehuin que son más baratas...*”. La frase siguiente expresa el sentimiento de los socios y en forma muy especial el de aquellos pertenecientes al estamento auxiliar

“...respecto a eso yo encuentro que es muy caro. El costo de arrendar una cabaña uno solo es mucho más barato que arrendar estas...” 3:17 (19:19).

Con respecto a estilos de vida saludable, los socios identifican la obesidad como un problema de salud pública y de amplia incidencia en la población y en ese ámbito proponen iniciar acciones de educación y de prevención complementadas con un plan de actividad física.

“...voy a instalar un tema que es relacionado con el tema de la salud, que tiene que ver con el tema de la obesidad. La obesidad hoy día es un tema de salud globalizado en el país, y que está también focalizado en menores, y el abordar el tema de la obesidad, tanto en menores como en adultos, no solamente pasa por una consulta médica, sino que pasa por nutricionistas, ejercicio, psiquiatra, etcétera...” 4:29 (91:91). “...está comprobado que es un problema grave de salud, y nosotros como Universidad yo creo que debiéramos tenerlo como un beneficio, o chequearlo, porque los costos no son menores tampoco. No estoy hablando de la cirugía digamos, pero lo otro, el hecho de colocarle un naturista, plan de ejercicios. Pensando más en el problema que en la prevención. Los que tienen hijos o algún familiar que sufren con obesidad mórbida, porque está probado que daña...” 4:30 (91:91)

Un tema que fue mencionado por los participantes de los grupos de discusión, como resultado de una insinuación de los moderadores de los grupos de



discusión, derivado de observaciones previas y comentarios de algunos socios, es la actitud hacia la medicina alternativa. Al respecto los socios pertenecientes a los estamentos administrativo y profesional y aún cuando no existe consenso, se le reconoce valor en la recuperación de la salud.

“...me dijo “¿por qué no vas donde un doctor naturista?” Fui y me dio medicamentos por tres sesiones. Y gracias a Dios que se me pasó. Yo digo que si me hubiese hecho el tratamiento de Lupus a lo mejor no habría estado acá. Así que, fue gracias a ese doctor que es naturista, así que es importante...” 4:27 (85:85).

Comunicación e información: Respecto del los medios de comunicación e información, todos los estamentos existentes al interior de la Universidad, validan como medios de información, respecto del sistema de Bienestar y de sus beneficios, a los colegas, amigos y personal del Servicio de Bienestar y los medios informáticos (página web, correos electrónicos e Intranet). Es significativo, y orientador, el hecho de que los socios perciban a los medios digitales e informáticos como un recurso económico, eficiente y eficaz en el proceso de información y de comunicación respecto de los beneficios y de las interacciones que deben realizar como asociados a la entidad. Sin embargo, las relaciones interpersonales con colegas, amigos y funcionarios del Servicio de Bienestar del Personal, aparece mencionado con similar frecuencia e intensidad en el discurso de los socios.

“...En un principio uno se entera por otro funcionario, pero ahora yo me he fijado que en la página de intranet está todo lo que es beneficio, entonces si me asalta la duda reviso ahí. Ahora, si no está ahí y me asalta la duda, llamo a Bienestar. Pero en general, antes de que apareciera la página uno se enteraba por otro funcionario y preguntando si esto lo bonifican o esto no...” 4:31 (98:98). “...si el portal del intranet nada más y uno al tiro se informa de los beneficios que te ofrece bienestar...” 5:26 (85:85)

“...ahí nos pusimos a conversar y me dijo “no has pensado entrar” y a mí ni se me había ocurrido, el me contó de los beneficios y todo y ahí presente mis papeles...” 1:3 (18:18).

“...yo primero me enteré, y además me motivaron, los mismos colegas, tanto docentes como colegas del área administrativa. Me sugirieron, primero, que me sumara a Bienestar y después me hablaron de algunos beneficios, esa fue la formula...” 4:36 (108:108)



Los procesos de inducción y los medios escritos (folletos, cartillas u otros) aparecen mencionados con menor frecuencia y en particular, estos últimos son calificados como ineficientes recursos de información hacia los asociados.

“...y además que yo pienso, que para mí la intranet, porque todos los días está ahí, al hacerlo papel, es un gasto, en este caso para bienestar, para la universidad, para hacer un papel, con todos los beneficios, que para mí es un gasto y a parte de un gasto es más basura, porque uno lo ve y queda arrumbado en cualquier parte y la mayoría bota los papeles y de repente uno dice, chuta que es lo que era, cuanto es lo que era, y empieza a buscar el papel y no lo encuentra, para ver de bienestar cuando bonifican un bono, y no esta, entonces uno que va a hacer, va a ir a intranet y va a ver, no me produce gasto, no me contamina el ambiente, es más cómodo para mí...” 5:27 (97:97)

Respecto del conocimiento que los socios demuestran tener de los beneficios del sistema de bienestar del personal, el análisis de contenido de las intervenciones de los socios en los grupos de discusión demuestra que identifican, de manera recurrente y densa, la necesidad de información objetiva, oportuna, permanente, pertinente y orientadora respecto de las alternativas de satisfacción a sus necesidades y requerimientos, así como también la necesidad de educar respecto de los beneficios vigentes extra-bienestar y de la forma como hacerlo efectivos, en particular respecto de los recursos que provee la Mutual de Seguridad y la Caja de Compensación de Asignaciones Familiares, CCAF La Araucana.

“...yo cuando trabajaba en agronomía tuve que ir a buscar una estufa e iba bajando la escalera y me resbalé, y me esguince el tobillo, llegamos a la mutual y me dijo -es un esguince estuvo a punto de sonarte el tendón de Aquiles- llevo el papel médico y me dicen - ¡ah! te salvaste porque o si no tenías que pagar tú la operación del tendón de Aquiles- y entonces como es la cuestión, se supone que ellos están para ver todo el beneficio para el personal, pero claro como ellos están sentados en un escritorio, cuando se van a doblar un tendón de aquiles...” 2:67 (150:150).

Así, surge como estratégica la necesidad de generar, desde el Servicio de Bienestar del Personal, información sistemática, respecto de distintos tópicos que los grupos de discusión permitieron **detectar** y que se detallan a continuación:



- Aspectos normativos: Se evidencia la necesidad de una difusión más amplia y didáctica de la reglamentación que rige al Servicio de Bienestar del Personal y en forma paralela de los Acuerdos que adopta la Comisión Administrativa en materia de beneficios, requisitos de ingreso de nuevos socios y en especial respecto del procedimiento para optar a los beneficios del Fondo Solidario.

“...pero uno tiene que justificar el fondo de ahí con la asistente social y hay todo un enredo, te miran si tienes auto o no, si al final igual hay que devolverlo y con intereses más encima, ni siquiera te van a condonar eso, entonces de repente es mucho...” 3:50 (129:129)

Asimismo, los resultados sugieren reforzar los conceptos de beneficios reembolsables, beneficios no reembolsables y de beneficios facultativos. Estos últimos para su otorgamiento requieren de una solicitud especial por parte del socio, de un análisis socioeconómico del solicitante y de la materia solicitada y de una resolución de la Comisión Administrativa de Bienestar del Personal.

- Existencia y operación de Convenios: De manera central, se evidencia la necesidad de profundizar la difusión de los convenios y beneficios que administra el Servicio de Bienestar del Personal, de tal manera de evitar un mal uso de los mismos o un sobreendeudamiento de las familias por desconocimiento de alternativas que impliquen un menor costo para las familias, en especial respecto de los convenios con farmacias y centros médicos prestadores de atenciones de salud, entre los cuales destacan los problemas de gestión en la operación del Convenio con Clínica Alemana, traducidos en la excesiva tramitación que se produce para efectuar los pagos de las atenciones medicas recibidas.



“...creo que a lo mejor, y en términos generales, sería importante profundizar cual es el detalle de los convenios que tenemos, no solo con los servicios médicos, sino en general. Yo siento que hoy día la página está siendo un poco, no quiero decir mal utilizada, pero creo que pudiéramos sacarle más provecho a la página web en términos de la información de este tipo de convenios...” 4:33 (102:102).

“...me parece que los problemas que yo he tenido son netamente por ignorancia, digamos, porque si yo hubiera sabido que la Clínica Alemana yo podía ir con mi carnet no mas y ahí muestro los exámenes, no andaría con otros exámenes todavía en busca de la plata...” 4:67 (254:254).

- Aspectos financieros: Asimismo, los socios participantes destacan la necesidad de contar con información respecto del financiamiento con que cuenta el sistema de Bienestar del Personal y respecto del uso de los recursos del sistema.
- Clínicas Dentales: Explicitar cuales son las prestaciones de Odontología General que se entregan en las Clínicas Dentales de Bienestar del Personal y explicitar que atenciones correspondientes a Especialidades Odontológicas se realizan a través de convenios con prestadores externos. Así también las personas participantes evidencian la necesidad de conocer las bonificaciones y monto de las mismas, a las cuales tendrían derecho a percibir como reembolso y las circunstancias bajo las cuales podrían acceder a los referidos beneficios.

“...yo me quise hacer algo aquí en la parte dental y bueno en bienestar me lo hacían, pero había que hacer un trámite, tenía que dar cuenta poco menos de todas las cosas que había hecho, entonces no me lo pude hacer, yo no tuve ayuda, y no me lo he hecho, porque para hacérmelo tenía que pasar por una entrevista y esa entrevista me exigía que yo tenía que dar a conocer, quien, como, cuando, donde, cuantas tarjetas tenía donde las tenía, que tenía y cuanta deuda tenía y hasta porque las tenía....no lo pude hacer y como no lo pude hacer afuera tampoco, no me alcanza, estoy esperando salir un poco de mis deudas, mis hijos están saliendo de estudiar y terminando de pagar las deudas que ellos me dejaron y hay tendré que hacerlo entonces esa es una realidad en la parte dental...” 5:19 (52:52).

A modo de síntesis de la sección necesidades y problemas detectados, es posible señalar que los socios de Bienestar del Personal identifican como tal las dificultades para obtener atención médica en forma oportuna, derivada de la



insuficiencia de recursos económicos para asumir el Gasto Total Inicial en Salud, de los altos costos de la atención en salud y de las dificultades de la red pública para atender a su población beneficiaria. Específicamente, señalan necesidades insatisfechas en atención odontológica, acceso a consulta médica y despacho de recetas de medicamentos. Constituyen elementos coadyuvantes, la carencia de convenios entre los prestadores en salud y las entidades aseguradoras y la insuficiencia o simplemente inexistencia de bonificación por parte de los sistemas previsionales en salud. Además, señalan como problema la carencia de programas destinados a evitar la obesidad y al fomento y cuidado de la salud mental, mediante el acceso a profesionales del área, la implementación de programas deportivo-recreativos y la posibilidad de acceder, bajo condiciones económicas favorables, a los Centros de Recreación de Licanray y Mehuín. Asimismo, se menciona como necesario reconocer la medicina alternativa o naturista dentro de la red de beneficios del sistema de bienestar. Reconocen como ventajas la existencia, al interior de la Universidad, de recursos que permitirían contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los funcionarios y de sus familias, así como también la posibilidad de generar convenios con proveedores frecuentes de la institución, en beneficio de los empleados. Expresan preocupación por los funcionarios acogidos a jubilación y por la vinculación que deberían mantener con el Servicio de Bienestar del Personal.

De manera central y en relación con los objetivos de la investigación, los socios señalan conocer el sistema de bienestar y sus beneficios a través de sus colegas y compañeros de trabajo y en forma muy destacada, a través de los medios informáticos disponibles, cuyo uso han incorporado e incentivado como parte de la cultura institucional. No obstante, en forma concomitante el análisis



de contenido de los textos obtenidos de los grupos de discusión, revela la existencia de brechas significativas de información, que indican la necesidad de focalizar y mejorar los procesos informativos hacia los socios. Asimismo, los socios identifican áreas subdesarrolladas en cuanto a información entregada: normativa interna y aspectos financieros del sistema de bienestar, existencia, beneficios y formas de operar de los convenios vigentes y Clínicas Dentales, en lo relativo a atenciones odontológicas y bonificaciones o reembolsos.

A modo de observación final en el ámbito de necesidades detectadas, los socios reconocen, comentan y valoran la existencia de los beneficios, la evolución de los mismos y el espíritu de cooperación y solidaridad que les sustenta así como también las áreas en que estos actúan.

“...Uno se siente bien con los beneficios de bienestar y se siente contenta y agradecida con la institución porque hay una preocupación con uno, con su familia y no sólo en salud, sino que también en la parte recreativa que es súper importante y que nos ayuda a conocernos más en otro ámbito y es 100% salud mental y compartir y hacer nuestro trabajo mucho más agradable...” 1:11 (31:31)

5.7.Propuestas de Mejoras

El haber dimensionado el Gasto Total Inicial en Salud que realizan los socios de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera, así como también haber identificado las brechas en estas materias que los sistemas previsionales salud atienden de manera insuficiente o simplemente desatienden y habiendo constatado que la red de beneficios relacionados con el Gasto de Bolsillo en Salud es pertinente, aún cuando no suficiente, a las necesidades de los socios y de sus cargas familiares, lo que la hace perfectible, permite, con los resultados obtenidos construir una propuesta de mejora en los beneficios que otorga el sistema. Al efecto, las propuestas se han organizado en tres módulos:



Figura N° 8: Propuestas de Mejoras en relación al Gasto de Bolsillo en Salud

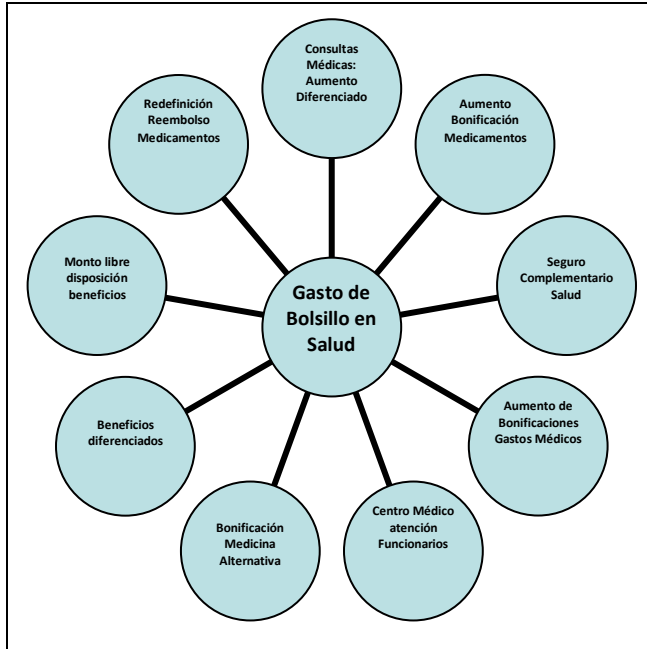


Figura N° 9: Propuestas de Mejoras en Educación y Prevención en Salud

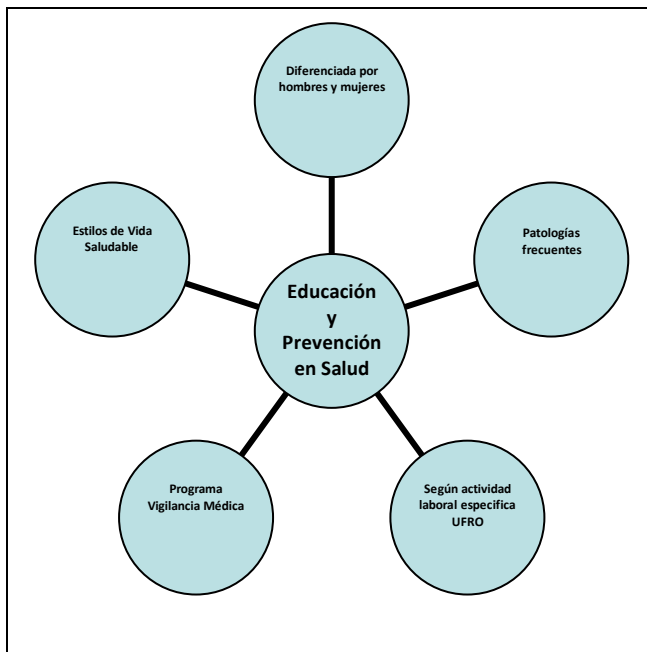




Figura N° 10: Propuestas de Mejoras en Gestión de Bienestar del Personal





Tabla Nº 17: Propuesta de Disminución de Gasto de Bolsillo en Salud por Consultas Médicas

FICHA SUGERENCIA DE MEJORA	
Objetivo	Disminuir Gasto de Bolsillo en Salud por Consultas Médicas
Aspecto a Mejorar	Reembolso por Consultas Médicas
Propuesta	Aumento diferenciado del tope de Reembolso por Consultas Médicas, según tipo de Consulta Médica: Medicina General y de Especialidades Médicas.
Destinatarios	Socios del Servicio de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera.
Acciones necesarias implementación	Acuerdo Comisión Administrativa de Bienestar del Personal
Información de Respaldo	<p>Datos Cuantitativos: Los socios deben asumir con cargo a sus recursos económicos, en promedio, un 31% del valor total, porcentaje que se incrementa a un 34% promedio en el caso de los afiliados a FONASA.</p> <p>Datos Cualitativos: <i>“...en que cuando una va a unos especialistas tiene que pagar treinta cuarenta “lucas”, y de la bonificación no va a recibir no cinco “lucas”. Yo que soy de FONASA, nosotros no tenemos especialistas, y sobre todo este tipo de enfermedad, que como dice don Carlos, no puede cubrir todo tipo de cosas, no existen entonces, tenemos dos opciones, una ir a los hospitales que nos den en dos años mas una hora, o asumir los costos que son de cuarenta mil pesos, porque hay tipos de dolores que uno no puede aguantar más de unos días...”</i></p> <p>5:34 (141:141)</p>



Tabla N° 18 y Tabla N° 19: Propuestas de Disminución de Gasto de Bolsillo en Salud por Medicamentos con Receta y Medicamentos Permanentes

FICHA SUGERENCIA DE MEJORA	
Objetivo	Disminuir Gasto de Bolsillo en Salud por Medicamentos con Receta
Aspecto a Mejorar	Reembolso Medicamentos con Receta y Permanentes
Propuesta	Aumento del tope de Reembolso por despacho de recetas de Medicamentos con Receta y Medicamentos Permanentes
Destinatarios	Socios afiliados al Servicio de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera.
Acciones necesarias implementación	Acuerdo Comisión Administrativa de Bienestar del Personal
Información de Respaldo	<p>Datos Cuantitativos: <i>Los socios pertenecientes sistema de bienestar deben asumir en promedio un 58% del Gasto Total Inicial por Medicamentos.</i></p> <p>Datos cualitativos: <i>"...y la parte de medicamentos, medicamentos con receta, creo que hay que mejorarlo, si o si, por que cada vez se ocupa más, si uno no toma remedio por tomar, si no porque tiene que hacerlo. Si duele el bolsillo también..." 5:45 (175:175)</i></p>

FICHA SUGERENCIA DE MEJORA	
Objetivo	Disminuir Gasto de Bolsillo en Salud por Medicamentos Permanentes
Aspecto a Mejorar	Reembolso de Medicamentos Permanentes
Propuesta	Bonificar el 100% de los Medicamentos Permanentes que un socio y/o sus cargas familiares deben consumir durante el año calendario y sin restricciones de topes anuales
Destinatarios	Todos los socios y cargas familiares legalmente reconocidas con prescripción médica de medicamentos permanentes.
Acciones necesarias implementación	Modificación Reglamentaria y Acuerdo Comisión Administrativa de Bienestar del Personal, Universidad de La Frontera
Información de Respaldo	
<p>Datos Cuantitativos: <i>Los socios deben asumir con cargo a sus recursos un 58% del valor total inicial por medicamentos informados durante el año 2009, con un cupo anual por familia de \$ 90.000 por cada socio, lo cual implica que en algunos casos el monto asignado es insuficiente.</i></p> <p>Datos cualitativos: <i>"...incluso a estas alturas como te digo recetas permanentes, tratamientos permanentes ya se me empieza a acabar el cupo. Este año parece que no porque me cambiaron los remedios de uno que costaba \$15000 la caja a uno que costaba \$ 450, no me habían dicho, cuando fui a comprar pensé que se habían equivocado en la farmacia pedí dos, por fortuna se acabo el otro remedio caro. ¡Como se acabo! Me cambiaron de este a otro, la sorpresa agradable..." 6:12 (25:25)</i></p>	



Tabla Nº 20: Propuesta de Aumento de Reembolso de Gastos Médicos

FICHA SUGERENCIA DE MEJORA	
Objetivo	Disminuir el Gasto de Bolsillo en Salud según necesidades de los socios y sus familias
Aspecto a Mejorar	Reembolso de Gastos Médicos
Propuesta	Definición de un monto único anual de beneficios de reembolsos de gastos médicos y de libre disposición de cada socio o socia.
Destinatarios	Todos los socios de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera
Acciones necesarias implementación	Modificación Reglamentaria y Acuerdo Comisión Administrativa de Bienestar del Personal, Universidad de La Frontera
Información de Respaldo	Datos Cuantitativos: <i>Los socios de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera que durante el año 2009 presentaron alguna solicitud de reembolso de gasto médico, debieron asumir con cargo a sus recursos, en promedio, un 48% del Gasto Total Inicial en Salud.</i>

Tabla Nº 21: Contratación de un Seguro Complementario de Salud

FICHA SUGERENCIA DE MEJORA	
Objetivo	Disminuir el Gastos de Bolsillo por Gastos en Salud
Aspecto a Mejorar	Reembolso de Gastos Médicos
Propuesta	Contratar un Seguro Complementario de Salud a través de una Compañía de Seguros.
Destinatarios	Todos los socios de Bienestar del Personal y sus cargas familiares legalmente reconocidas.
Acciones necesarias implementación	Acuerdo Comisión Administrativa de Bienestar del Personal y definición de fuentes de financiamiento.
Información de Respaldo	<p>Datos Cuantitativos: El sistema previsional en su conjunto reembolsó la cantidad total de M \$ 231.212 equivalente al 32% del total del Gasto Total Inicial en Salud, por lo cual los afiliados deben asumir, en promedio el 68% restante.</p> <p>Datos cualitativos: <i>“...ella tiene un beneficio muy bueno que yo lo he propuesto acá pero no, la verdad es que sería muy bueno para nosotros porque hay muchas veces lo que le pasaba a usted que el tope de medicamentos no se puede otorgar más ayuda a gente que realmente lo necesita, como así otros no consumen tanta ayuda porque no tienen hijos o tienen hijos muy pequeños o son solos y hay un beneficio complementario que aplica una universidad que se llama seguro complementario de salud donde cada una de las cargas a precio de seguro, cada uno de las cargas aporta un deducible de media UF y te integra en ese plan de salud y el beneficiario en este caso mi señora, ella puede incorporar a las cargas que quiera, se le descuenta alrededor del 1% de su sueldo, 0,9% porque es un plan colectivo, hay más de 1.200 personas inscritas...” 6:17 (35:35)</i></p>



Tabla N° 22: Inclusión de Bonificación por Medicina Alternativa

FICHA SUGERENCIA DE MEJORA	
Objetivo	Atender necesidad de salud no cubierta
Aspecto a Mejorar	Gastos Médicos por Medicina Alternativa
Propuesta	Bonificar los Gastos en que incurran los socios de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera y sus cargas familiares como resultado de haber recurrido a los beneficios de la Medicina Alternativa o Naturista, entendida estas como prácticas relacionadas en su mayoría con <i>“...diferentes corrientes filosóficas o creencias que toman en cuenta al individuo en su totalidad considerando no solamente el malestar físico sino su interrelación con aspectos emocionales, mentales y espirituales. En el tratamiento incluyen diversas prácticas y enfoques no avalados por la medicina científica occidental...”</i>
Destinatarios	Todos los socios y cargas familiares usuarios de recursos de medicina alternativa o naturista.
Acciones necesarias implementación	Modificación Reglamentaria y Acuerdo Comisión Administrativa BIPER, Universidad de La Frontera
Información de Respaldo: Datos cualitativos: <i>“...yo creo que siempre ha existido el tema de lo naturista como alternativa, yo creo que también hay que abrirse, porque cuando uno se refiere al tema de la medicina alternativa no es solo lo naturista, la medicina alternativa hoy día da para mucho y hay un montón de médicos que se han metido de frente en el área para tratar hasta enfermedades mentales, dermatológicas, gastrointestinales, etcétera, y muchas cosas. Yo lo conozco de cerca porque lo he visto, además, especialmente lo que dije en relación al Reiki y Flores de Bach que son cosas que hoy día se utilizan con bastante naturalidad. Es verdad que no solamente nosotros, sino que mucha gente de otras empresas que no lo tienen contemplado, no lo bonifican, pero sería bueno tenerlo como alternativa, dar un paso cualitativamente significativo...” 4:28 (89:89).</i>	



Tabla Nº 23: Definición de beneficios de Reembolsos de Gastos Médicos diferenciados según sistema previsional de adscripción

FICHA SUGERENCIA DE MEJORA	
Objetivo	Otorgar beneficios de reembolsos de gastos médicos según criterios de equidad y solidaridad.
Aspecto a Mejorar	Reembolso de Gastos Médicos
Propuesta	Definir beneficios de Reembolsos de Gastos Médicos diferenciados para los socios y sus cargas familiares, afiliados al Fondo Nacional de Salud, FONASA
Destinatarios	Todos los socios de Bienestar del Personal y sus cargas familiares legalmente reconocidas, actuales y futuros, afiliados al Fondo Nacional de Salud
Acciones necesarias implementación	Modificación Reglamentaria y Acuerdo Comisión Administrativa de Bienestar del Personal y definición de fuentes de financiamiento.
Información de Respaldo	<p>Datos Cuantitativos: Los socios afiliados al sistema público de previsión en salud pertenecen al estamento auxiliar y administrativo, quienes tienen rentas imponibles mensuales entre M \$ 200 y M \$ 300, razón por la cual se encuentran afiliados al sistema público y deben asumir con cargo a su recursos hasta un 76% del Gasto Total Inicial en Salud, si se considera solamente los gastos médicos ambulatorios y hospitalarios, que en el conjunto representan un 55,53% de la carga total de gastos. Los socios afiliados a FONASA deben asumir un 55% del gasto médico total anual, después de la bonificación que otorga el sistema de bienestar, contra un 40% que deben pagar los afiliados al sistema ISAPRE.</p> <p>Datos cualitativos: "...igual yo nunca he ido a un médico particular, pero si fuera así debería ser más la bonificación, por el hecho de que uno en Fonasa no tiene otra opción como cuando uno está en Isapre, y cuando uno va a un médico particular es porque va a un especialista, no hay alternativa y sale mucho más caro..."4:4 (45:45).</p>



Tabla Nº 24: Definición de beneficios de Reembolsos de Gastos Médicos diferenciados según patologías

FICHA SUGERENCIA DE MEJORA	
Objetivo	Otorgar beneficios según criterios de pertinencia
Aspecto a Mejorar	Reembolso de Gastos Médicos
Propuesta	Definir beneficios de Reembolsos de Gastos Médicos diferenciados para los socios y sus cargas familiares, aquejados por patologías graves y/o catastróficas.
Destinatarios	Todos los socios de Bienestar del Personal y sus cargas familiares legalmente reconocidas, actuales y futuros, aquejados de patologías graves y/o catastróficas.
Acciones necesarias implementación	Modificación Reglamentaria y Acuerdo Comisión Administrativa de Bienestar del Personal y definición de fuentes de financiamiento.
Información de Respaldo	<p>Datos fase cualitativa: <i>"...mayores necesidades tiene una persona cuando se enfrenta con algo, algún cáncer o alguna cosa así, pienso que quizás eso, no sé cómo andan los porcentajes. Quizás ahí a lo mejor se podría potenciar esa parte..."1:22 (51:51).</i></p> <p>Aportes desde la teoría: Además de las condicionantes estructurales de la sociedad que determinan el nivel de gasto público y privado en salud, a nivel micro los factores que inciden en el riesgo de presentar gastos catastróficos son: Insuficiencia de recursos económicos; presencia de adultos mayores no asegurados o con seguros de cobertura limitada que involucran altos co-pagos; y hogares donde algunos de sus integrantes presentan enfermedades crónicas o enfrentan eventos hospitalarios.</p>



Tabla Nº 25: Definición de beneficios de Reembolsos de Gastos Médicos diferenciados según renta imponible mensual

FICHA SUGERENCIA DE MEJORA	
Objetivo	Otorgar beneficios de reembolsos de gastos médicos según criterios de equidad y solidaridad.
Aspecto a Mejorar	Reembolso de Gastos Médicos
Propuesta	Definir beneficios diferenciados de Reembolsos de Gastos Médicos para socios y sus cargas familiares, según renta imponible mensual.
Destinatarios	Todos los socios de Bienestar del Personal y sus cargas familiares legalmente reconocidas, actuales y futuros de menores rentas imponibles mensuales en el contexto de la Universidad de La Frontera.
Acciones necesarias implementación	Modificación Reglamentaria y Acuerdo Comisión Administrativa de Bienestar del Personal y definición de fuentes de financiamiento.
Información de Respaldo	<p>Datos Cuantitativos: Los socios afiliados al sistema público de previsión en salud pertenecen al estamento auxiliar y administrativo, quienes tienen rentas imponibles mensuales entre M \$ 200 y M \$ 300, razón por la cual se encuentran afiliados al sistema público y deben asumir con cargo a su recursos hasta un 76% del Gasto Total Inicial en Salud, si se considera solamente los gastos médicos ambulatorios y hospitalarios, que en el conjunto representan un 55,53% de la carga total de gastos. Los socios afiliados a FONASA deben asumir un 55% del gasto médico total anual, después de la bonificación que otorga el sistema de bienestar, contra un 40% que deben pagar los afiliados al sistema ISAPRE.</p> <p>Datos cualitativos: "...igual yo nunca he ido a un médico particular, pero si fuera así debería ser más la bonificación, por el hecho de que uno en Fonasa no tiene otra opción como cuando uno está en Isapre, y cuando uno va a un médico particular es porque va a un especialista, no hay alternativa y sale mucho más caro..." 4:4 (45:45).</p> <p>"...yo pienso que en ese sentido perfectamente podrían, como decía el colega delante, hacer estratos de personas de acuerdo a sus ingresos económicos, porque por ejemplo si seguimos así parejitos, no hay solución, por ejemplo a nosotros nos subirían, si a mí me dicen chuta de un 1,5 a un 2 o un 2,5%, a mí me encarece todo y resulta que al que gana más, como en este caso académicos u otro tipo de personas que tienen otro sueldo, entonces para ellos es la nada y tienen igual los beneficios, entonces yo pienso que lo que habría que hacer es estratificar el asunto, simplemente la gente que tiene de tal a tal sueldo con un tope, los mismos beneficios pero a menos costo, y al que gana más que no le va a significar una tremenda cosa, que sea solidario con los que ganamos menos y así podamos todos ayudarnos unos a otros..." 2:83 (199:199)</p>



Tabla Nº 26: Definición de beneficios de Reembolsos de Gastos Médicos diferenciados según grupo etáreo de pertenencia

FICHA SUGERENCIA DE MEJORA	
Objetivo	Otorgar beneficios de reembolsos de gastos médicos según criterios de equidad y solidaridad.
Aspecto a Mejorar	Reembolso de Gastos Médicos
Propuesta	Definir beneficios diferenciados de Reembolsos de Gastos Médicos para socios y sus cargas familiares, según grupo etáreo de pertenencia del causante del Gasto Total Inicial
Destinatarios	Todos los socios de Bienestar del Personal y sus cargas familiares legalmente reconocidas, actuales y futuros de menores rentas imponibles mensuales en el contexto de la Universidad de La Frontera.
Acciones necesarias implementación	Modificación Reglamentaria y Acuerdo Comisión Administrativa de Bienestar del Personal y definición de fuentes de financiamiento.
Información de Respaldo	<p>Datos cuantitativos: <i>Los causantes de gastos médicos cuyas edades fluctúan entre los 45 y 64 años presentan un promedio de gasto anual superior en un 28% al promedio general. Las personas cuyas edades superan los 64 años gastan en promedio una cantidad anual de \$ 759.671, superior en un 109% al promedio del grupo total. En promedio deben asumir un 45% del Gasto Total Inicial</i></p> <p>Datos cualitativos: <i>“...entonces también creo que debiese ser acorde al grupo destinatario, por ejemplo si hay un grupo de una cierta edad, y que usa medicamentos permanentes, debiese hacerse por grupos no en general, meterse más a fondo en la parte de salud para cada uno...” 5:5 (29:29).</i></p>



Tabla N° 27: Propuesta de Implementación de un Centro Médico

FICHA SUGERENCIA DE MEJORA	
Objetivo	Facilitar el acceso a servicios de salud primarios a los funcionarios de la Universidad de La Frontera y sus familias.
Aspecto a Mejorar	Atención Médica Funcionarios
Propuesta	Implementación de un Centro Médico para atención de profesionales del área de la salud.
Destinatarios	Todos los funcionarios de la Universidad de La Frontera y sus familias
Acciones necesarias implementación	Autorización de autoridad universitaria. Asignación de un lugar adecuado para el funcionamiento de un centro médico y formalización de convenios con profesionales del área de la salud.
Información de Respaldo:	
<p>Datos fase cualitativa: "...yo creo que lo más importante es la parte médica. Faltan más profesionales yo creo, por ejemplo no hay una enfermera coloque inyecciones o que tome la presión... 3:32 (58:58); "...en el sentido de que hay que tener paciencia y esperar al médico. Así que para mí es bastante cómodo eso, lo que yo echo de menos es que haya un médico general..." 6:22 (45:45); "...porque yo tengo siempre el siguiente problema, siempre tengo resfriados o cosas así, no sé si es pertinente ir al médico o no, entonces uno necesita que algún profesional le diga mire sí, amerita que vaya a una consulta o vaya a una clínica..." 6:23 (47:47); "...es que eso va de la mano con otra cosa, la facultad a propuesto en más de una ocasión instalar una clínica para el tratamiento no tan solo de la comunidad sino también de los funcionarios, el problema es que el espacio clínico nosotros no lo tenemos. Porque tenemos toda la implementación, tenemos los médicos, tenemos los internistas, tenemos las nutricionistas, tenemos los kinesiólogos, pero no tenemos un espacio físico donde realzar la atención..." 6:40 (121:121); "...ahora si nos vamos más lejos con el tema que hemos hablado, la salud para los funcionarios lo más probable es que en el futuro haya que extender el bienestar e incorporar más gente nueva, a lo mejor debería estar salud funcionario y bienestar en un mismo espacio físico, entonces ahí mismo citar a la gente para pedir las horas, para que la gente vaya al kinesiólogo o al médico generar, a todo lo que nosotros hemos nombrado en un mismo edificio..." 6:59 (258:258); "...entonces también creo que debiese ser acorde al grupo destinatario, por ejemplo si hay un grupo de una cierta edad, y que usa medicamentos permanentes, debiese hacerse por grupos no en general, meterse más a fondo en la parte de salud para cada uno..." 5:5 (29:29).</p>	



Tabla Nº 28: Propuesta de Implementación de un Programa de Educación en Prevención y Estilos de Vida Saludable

FICHA SUGERENCIA DE MEJORA	
Objetivo	Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los funcionarios de la Universidad de La Frontera y de sus familias y así disminuir el uso de servicios de salud curativos y el Gasto Total Inicial en Salud
Aspecto a Mejorar	Educación en Prevención y Estilos de Vida Saludable
Propuesta	Diseñar un programa de Prevención en Salud y de Educación en Estilos de Vida Saludable, según las siguientes características: Diferenciado por Hombres y Mujeres. Por patologías de mayor frecuencia Según actividad laboral específica de los funcionarios.
Destinatarios	Todos los funcionarios de la Universidad de La Frontera y Socios de Bienestar del Personal y sus respectivos grupos familiares, orientado según las siguientes directrices: <ul style="list-style-type: none"> • Diferenciado por Hombres y Mujeres. • Por patologías de mayor frecuencia • Según Actividad Laboral específica para los funcionarios.
Acciones necesarias implementación	Mayor difusión de Política Universitaria e incentivar el mejor uso de los programas diseñados por la Dirección de recursos Humanos a través de la Coordinación de Prevención de Riesgos; Acuerdo Comisión Administrativa de Bienestar del Personal y definición de fuentes de financiamiento.
Información de Respaldo	Datos fase cualitativa: <i>"...Creo que a lo mejor, y en términos generales, sería importante profundizar cual es el detalle de los convenios que tenemos, no solo con los servicios médicos, sino en general. Yo siento que hoy día la página está siendo un poco, no quiero decir mal utilizada, pero creo que pudiéramos sacarle más provecho a la página web en términos de la información de este tipo de convenios..." 4:33 (102:102).</i> <i>"...que entregue mayores detalles en cuanto a que especifica cada uno de esos convenios, con los servicios de salud, con los centros asistenciales, con otras empresas o instituciones, y hoy día eso no está. Y uno tiene que averiguarlo, y en el caso de los coordinadores, muchos son pollitos nuevos, y te aseguro que muchos no saben si son o tal es o no beneficioso. Sería bueno o una campaña o una instancia permanente de información respecto al detalle de cada uno de esos convenios..." 4:34 (104:104).</i>



Tabla N° 29: Propuesta de Implementación de un Programa de Vigilancia Médica

FICHA SUGERENCIA DE MEJORA	
Objetivo	Contribuir a la detección precoz de enfermedades graves y de patologías asociadas a la edad de los funcionarios de la Universidad de La Frontera y de sus familias y así disminuir el uso de servicios de salud curativos y el Gasto Total Inicial en Salud
Aspecto a Mejorar	Educación en Prevención y Estilos de Vida Saludable
Propuesta	Diseñar un programa de Vigilancia Médica, según las siguientes características: Diferenciado por Hombres y Mujeres. Por patologías de mayor frecuencia y Según actividad laboral específica de los funcionarios.
Destinatarios	Todos los funcionarios de la Universidad de La Frontera y Socios de Bienestar del Personal y sus respectivos grupos familiares, orientado según las siguientes directrices: <ul style="list-style-type: none"> • Diferenciado por Hombres y Mujeres. • Por patologías de mayor frecuencia • Según Actividad Laboral específica para los funcionarios.
Acciones necesarias implementación	Mayor difusión de Política Universitaria e incentivar el mejor uso de los programas diseñados por la Dirección de recursos Humanos a través de la Coordinación de Prevención de Riesgos; Acuerdo Comisión Administrativa de Bienestar del Personal y definición de fuentes de financiamiento.
Información de Respaldo	Datos fase cualitativa: <i>“ Yo pienso que al menos el tema del diagnóstico pudiera darse no solo durante el mes de la prevención, que además como fecha me parece un poco tarde, la prevención debería hacerse un poco más temprano, en mayo, qué se yo. Porque ahora si uno empieza un tratamiento odontológico se va a cortar en enero y además a fin de año viene el tema de los regalos, luego las vacaciones, si hay que salir hay que tener algo de plata, después llegamos en marzo, se nos viene marzo con un montón de cuestiones... entonces debería ser un poco antes, o ampliar este beneficio, al menos de diagnóstico de carácter gratuito, a otros meses del año...” 4:52 (199:199)</i> <i>“...lo otro bueno que tiene bien estar también es que está haciendo campañas de prevención, eso es bueno porque hay se han detectado varias personas con enfermedades graves y que han tenido solución a tiempo. Entonces esas campañas tienen bastante mérito. 3:29 (49:49)</i>



Tabla N° 30: Propuesta de Formalización de Convenios de uso de recursos institucionales

FICHA SUGERENCIA DE MEJORA	
Objetivo	Otorgar facilidades y ventajas como parte del Plan de Prestaciones Sociales de la Universidad de La Frontera hacia sus funcionarios.
Aspecto a Mejorar	Uso de recursos institucionales
Propuesta	Formalizar Convenios, Acuerdos con Departamentos, profesionales y otras instancias intra-universitarias que dispongan de capacidades para atender necesidades de salud y otras de los funcionarios y de sus familias, bajo condiciones preferenciales.
Destinatarios	Todos los funcionarios de la Universidad de La Frontera y sus respectivos grupos familiares.
Acciones necesarias implementación	Celebración de Convenios y Acuerdos internos, según la disponibilidad de recursos institucionales.
Información de Respaldo	Datos cualitativos: "...yo creo que lo más importante es la parte médica. Faltan más profesionales yo creo, por ejemplo no hay una enfermera coloque inyecciones o que tome la presión... 3:32 (58:58); "...en el sentido de que hay que tener paciencia y esperar al médico. Así que para mí es bastante cómodo eso, lo que yo echo de menos es que haya un médico general..." 6:22 (45:45); "...porque yo tengo siempre el siguiente problema, siempre tengo resfriados o cosas así, no sé si es pertinente ir al médico o no, entonces uno necesita que algún profesional le diga mire sí, amerita que vaya a una consulta o vaya a una clínica..." 6:23 (47:47); "...es que eso va de la mano con otra cosa, la facultad a propuesto en más de una ocasión instalar una clínica para el tratamiento no tan solo de la comunidad sino también de los funcionarios, el problema es que el espacio clínico nosotros no lo tenemos. Porque tenemos toda la implementación, tenemos los médicos, tenemos los internistas, tenemos las nutricionistas, tenemos los kinesiólogos, pero no tenemos un espacio físico donde realzar la atención..." 6:40 (121:121); "...ahora si nos vamos más lejos con el tema que hemos hablado, la salud para los funcionarios lo más probable es que en el futuro haya que extender el bienestar e incorporar más gente nueva, a lo mejor debería estar salud funcionario y bienestar en un mismo espacio físico, entonces ahí mismo citar a la gente para pedir las horas, para que la gente vaya al kinesiólogo o al médico generar, a todo lo que nosotros hemos nombrado en un mismo edificio..." 6:59 (258:258); "...entonces también creo que debiese ser acorde al grupo destinatario, por ejemplo si hay un grupo de una cierta edad, y que usa medicamentos permanentes, debiese hacerse por grupos no en general, meterse más a fondo en la parte de salud para cada uno..." 5:5 (29:29).



Tabla N° 31: Propuesta de Incremento de Aportes Sociales

FICHA SUGERENCIA DE MEJORA	
Objetivo	Ampliar la cobertura de beneficios que otorga el sistema de Bienestar del Personal
Aspecto a Mejorar	Aportes sociales
Propuesta	Aumento de aportes de socios al sistema de Bienestar del Personal
Destinatarios	Todos los socios de Bienestar del Personal y sus cargas familiares.
Acciones necesarias implementación	Modificación e incorporación de beneficios a la red actualmente vigente para ser transformados en propuesta para los socios y así obtener la aprobación de un aumento del aporte mensual, el cual es equivalente al 1,5% del sueldo base más bienios/trienios.
Información de Respaldo	<p>Datos cualitativos: <i>"...en mi opinión personal, siempre para mejorar los beneficios, hay que tener más recursos, a lo mejor ahora, el 0,5 que pagamos de nuestro sueldo ahora entre tantos que somos y como es lapidario entre unos que ganan más y otros que ganan menos, pueden obtener mayores beneficios, pero ya subirlo en un porcentaje porque entre un 0,3 y un 1% no es tanto, una cajetilla de cigarros menos creo yo y se acabo. Pero que también traiga un beneficio para que cuando uno vaya a obtener los reembolsos o los beneficios..."</i> 5:57 (209:209).</p> <p><i>"...para obtener beneficios y mejorar, también tiene que ser parte de nosotros, estar dispuestos a lo mejor a soltar un poquito más, que no sea un porcentaje tan alto, bueno entre todos podemos asumirlo, pero tendría también que ser..."</i> 5:58 (210:210).</p> <p><i>"...Bueno ahí hay un tema practico, porque si hay un voluntario que quisiera aportar con el 2% de su sueldo para bienestar, vamos a hacer esto, pero además vamos a subir esto otro..."</i> 5:62 (223:223).</p> <p><i>"...la carta debería mostrarte el porcentaje total, el porcentaje real que aportamos y como esta sobreviviendo el bienestar, para nosotros saber qué pasa con el billete, si al final nosotros somos socios. Teniendo el derecho de saber en qué se gasto la plata pero en global. Creo que así todo el mundo estaría dispuesto a aumentar su apoyo a bienestar, teniendo una visión de todo. Si supiéramos en cómo se gasto la plata y cuanto se gasto pero en términos sencillos..."</i> 5:69 (235:235).</p> <p><i>"...me molesto cuando aumentaron no voluntariamente el porcentaje, y pensé en renunciar a bienestar, yo se que el aporte mío y de las demás personas suman y sirven, pero yo no estuve de acuerdo con eso de que les vamos a reajustar tanto, porque la renta es algo delicado de uno. Entonces y debido a lo mismo, propondría que se hiciera una consulta a cada miembro para preguntar su opinión del reajuste, porque o sino la gente se retira, y varios colegas se retiraron..."</i> 5:65 (227:227)</p>



Tabla N° 32: Propuesta de Incremento de Aportes Institucionales

FICHA SUGERENCIA DE MEJORA	
Objetivo	Ampliar la cobertura de beneficios que otorga el sistema de Bienestar del Personal
Aspecto a Mejorar	Aportes institucionales
Propuesta	Aumento de aportes institucionales al sistema de Bienestar del Personal
Destinatarios	Todos los socios de Bienestar del Personal y sus cargas familiares.
Acciones necesarias implementación	Modificación e incorporación de beneficios a la red actualmente vigente para ser transformados en propuesta para los socios y así obtener la aprobación de un aumento del aporte institucional para beneficios de los socios y sus familias.
Información de Respaldo	<p>Datos cuantitativos: El año 2010 los aportes institucionales ascendieron a \$ 39.017.628(Quejer, 2011), equivalente aproximadamente a \$ 40.000 anuales por persona.</p> <p>Datos cualitativos: “ creo que la Universidad debería dar un aporte, no se si lo hace, pero mayor para bienestar, porque los beneficios son para mantener a estos funcionarios y también es importante y es algo que la gente valora en el momento de un cambio de trabajo también...” 1:9 (28:28)</p> <p>“...yo creo que también hay otro detalle que con el tema de los costos porque no toda la gente de bien estar la paga la universidad, está la asistencia dental y no sé quien más entonces del mismo bien estar, o sea que son fondos propios, entonces hay una buena cantidad de recursos que se invierten en pagarles. Entonces con esa plata podría invertirse en mejorar algunas cosas...” 3:36 (83:83)</p>



Tabla Nº 33: Inclusión personal contratado a Honorarios en el sistema de Bienestar del Personal

FICHA SUGERENCIA DE MEJORA	
Objetivo	Ampliar la cobertura del sistema de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera
Aspecto a Mejorar	Requisitos de incorporación a Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera
Propuesta	Facilitar el acceso de los funcionarios contratados a honorarios al sistema de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera.
Destinatarios	Todos los funcionarios contratados a Honorarios por la Universidad de LA Frontera.
Acciones necesarias implementación	Acuerdo de la comisión Administrativa de Bienestar en el sentido de modificar requisitos de ingreso y de acceso a los beneficios del sistema de Bienestar del Personal.
Información de Respaldo: Datos cualitativos <i>"...ahora, lo que me llama la atención es que, no manejo esa información y me he preguntado, porque algunos contrato si y otros no, o sea, porque los honorarios que trabajan por años en esta universidad no tienen acceso, pero yo conozco amigas que llevan siete, ocho años o más a honorarios y que entretenido sería que pudieran estar con nosotros en bienestar, pero no pueden porque los contratos no lo permiten y sería interesante poder verlos con la institución..." 1:10 (29:29)</i>	

Tabla Nº 34: Inclusión de Jubilados en el sistema de Bienestar del Personal

FICHA SUGERENCIA DE MEJORA	
Objetivo	Ampliar la cobertura del sistema de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera
Aspecto a Mejorar	Requisitos de incorporación a Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera
Propuesta	Facilitar el acceso de los funcionarios jubilados al sistema de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera.
Destinatarios	Todos los ex funcionarios jubilados de la Universidad de La Frontera, al sistema de Bienestar del Personal
Acciones necesarias implementación	Acuerdo de la comisión Administrativa de Bienestar en el sentido de modificar requisitos de ingreso y de acceso a los beneficios del sistema de Bienestar del Personal.
Información de Respaldo: Datos cualitativos: <i>"...Yo creo que sería bueno, y a lo mejor voy a hablar una brutalidad, que cuando uno se retire de la universidad, ver el modo de cómo seguir siendo socio de Bienestar. Pienso que sería una buena medida. Conversar la situación y seguir aportando lo que uno aporta normalmente a Bienestar y que Bienestar a cambio le siga prestando los servicios de bonificación y todo ese tipo de cosas..." 4:57 (209:209) "...pero nuestros intereses están ahí, de incorporar esos servicios que ya mencionamos y lo de la evaluación de calidad. PARTICIPANTES: Y lo de la tercera edad, hay que definitivamente incorporar a los jubilados..." 6:57 (235:236)</i>	



Tabla Nº 35: Propuesta de definición de tarifas de uso de cabaña de Licanray y Mehuín según renta del socio.

FICHA SUGERENCIA DE MEJORA	
Objetivo	Ampliar la cobertura del uso de cabañas de los Centros de Recreación de Licanray y Mehuín
Aspecto a Mejorar	Tarifas de uso de cabañas de Licanray y Mehuín, administradas por el Servicio de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera.
Propuesta	Facilitar el acceso de los socios de Bienestar del Personal y de sus familias, de menores ingresos, a las cabañas de Licanray y Mehuín.
Destinatarios	Todos los socios de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera, de menores rentas mensuales.
Acciones necesarias implementación	Acuerdo de la comisión Administrativa de Bienestar en el sentido de definir una política de tarifas para el uso de las cabañas de Licanray y Mehuín, diferidas según renta mensual del socio.
Información de Respaldo	<p>Datos cualitativos: "...bueno sí, hay unas quejas en cuanto a las cabañas, algunos dicen que es como medio discriminatorio el sistema, porque no todos pueden asistir a Lican Ray, porque son más caras, y los están relegando a Mehuin que son más baratas, ya, algunos hablaron de la asociación de la ayuda a los niños, que de doce años suba a catorce, como ese tipo de cosas, lo del fondo solidario también, en que no sabían solo los usos de las personas que aportaron al fondo solidario, y de la parte medica, los lentes de contactos, si están considerados como la opción como lentes..." 5:75 (251:251)</p> <p>"...bueno lo de las cabañas más que nada, cuando la entregamos a un administrativo o a un auxiliar, no está dentro de la posibilidad tener más de tres hijos, mas la señora ya son cinco y no se puede porque tiene que ir a una de las grandes, pero esas están a ¿ciento veinte, ciento treinta?..." 5:76 (254:254)</p> <p>"...reducir el precio de las cabañas para los funcionarios administrativos de menores ingresos..." 1:13 (34:34)</p> <p>"...y lo que decían respecto a las cabañas yo encuentro que igual es alto el costo porque uno en Likan Ray uno encuentra cabañas más baratas. Si tienes que ir tú, las cabañas están ubicadas en un lugar estratégico, con las dos playas cerca, tienes la seguridad que en otras partes no la tienes, tiene hartas cosas buenas pero igual es muy caro, entonces mucha gente no va a Likan Ray porque son caras..." 3:22 (23:23)</p>



Tabla Nº 36: Propuesta de Implementación de un programa de comunicación e información permanente hacia los socios de Bienestar del Personal

FICHA SUGERENCIA DE MEJORA	
Objetivo	Mejorar el uso de los beneficios que otorga el sistema de Bienestar del Personal a sus asociados y grupos familiares
Aspecto a Mejorar	Comunicación e información hacia los socios de Bienestar del Personal y sus familias respecto de temas de interés y que le faciliten el acceso a los beneficios del sistema
Propuesta	Implementar un programa de comunicación e información oportuna, objetiva y pertinente a los socios de Bienestar del personal y sus familias objetiva información en aspectos normativos, concepto de beneficios reembolsables, beneficios no reembolsables y de beneficios facultativos, Existencia y operación de Convenios, Aspectos financieros, Clínicas Dentales.
Destinatarios	Todos los socios de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera, de menores rentas mensuales.
Acciones necesarias implementación	Formalizar la Implementación de un Programa de Comunicación e Información hacia los socios de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera.
Información de Respaldo:	
<p>Datos cualitativos: "...creo que a lo mejor, y en términos generales, sería importante profundizar cual es el detalle de los convenios que tenemos, no solo con los servicios médicos, sino en general. Yo siento que hoy día la página está siendo un poco, no quiero decir mal utilizada, pero creo que pudiéramos sacarle más provecho a la página web en términos de la información de este tipo de convenios..." 4:33 (102:102). "...me parece que los problemas que yo he tenido son netamente por ignorancia, digamos, porque si yo hubiera sabido que la Clínica Alemana yo podía ir con mi carnet no mas y ahí nuestro los exámenes, no andaría con otros exámenes todavía en busca de la plata..." 4:67 (254:254).</p>	



Tabla N° 37: Propuesta de Implementación de un programa de comunicación hacia los socios de Bienestar del Personal basado en las tecnologías de información

FICHA SUGERENCIA DE MEJORA	
Objetivo	Mejorar el uso de los beneficios que otorga el sistema de Bienestar del Personal a sus asociados y grupos familiares
Aspecto a Mejorar	Comunicación e información hacia los socios de Bienestar del Personal y sus familias respecto de temas de interés y que le faciliten el acceso a los beneficios del sistema
Propuesta	Desarrollar un modelo de información, comunicación e interacción con los socios de Bienestar del Personal de la universidad de La Frontera, sobre la base de un uso eficiente de las tecnologías de información.
Destinatarios	Todos los socios de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera.
Acciones necesarias implementación	Implementación de un sistema informático coordinado y eficiente que tienda hacia la desburocratización del sistema de bienestar del Personal, priorizando estas herramientas por sobre los medios escritos.
Información de Respaldo	<p>Datos cualitativos: "...vía intranet uno se mete en bien estar y hay uno ve todo, lo que queda del año, los convenios que hay, todo. Por lo menos es bien amigable esa página, aunque hay mucha gente que no sabe que hay algún beneficio y que se enteran cuando les da alguna enfermedad..." 3:27 (36:36)</p> <p>"...en un principio uno se entera por otro funcionario, pero ahora yo me he fijado que en la página de intranet está todo lo que es beneficio, entonces si me asalta la duda reviso ahí. Ahora, si no está ahí y me asalta la duda, llamo a Bienestar. Pero en general, antes de que apareciera la página uno se enteraba por otro funcionario y preguntando si esto lo bonifican o esto no..." 4:31 (98:98)</p> <p>"...me parece bastante bien, quizás fortalecer el tema de la red, que esté cada vez más el sistema en red, evitar lo más posible andar con papeles: si estamos en un convenio con el Hospital Clínico de la Frontera y ellos ya tienen el papel, y después uno, te pasan que la consulta, que el examen, y además estando allá uno tiene que presentar el papel, traerlo acá, y después sabiendo que le va a llegar vía sistema la cobranza, etcétera, tal vez eso se facilitaría que se haga a través del sistema. Es una forma de que como estamos cada vez más tecnificados, tecnologizados, sería como hacer uso no más del servicio..." 4:16 (56:56).</p>



Tabla N° 38: Implementación de un Programa de Incentivo al ahorro

FICHA SUGERENCIA DE MEJORA	
Objetivo	Contribuir a la prevención de carencias económicas futuras
Aspecto a Mejorar	Conducta de ahorro sistemático
Propuesta	Diseñar un programa de incentivo al ahorro metódico y sistemático
Destinatarios	Todos los socios de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera y sus grupos familiares.
Acciones necesarias implementación	Incrementar la difusión y adscripción a los convenios con instituciones de carácter social que, entre otros objetivos, fomenten el ahorro permanente y sistemático, utilizando el sistema de descuento por planilla para captar los fondos.
Información de Respaldo	<i>Datos cualitativos: “ Sabe lo que debiera hacer bien estar, incentivar el ahorro, porque eso te sirve harto más que tener buenos planes, porque no todo el mundo hace uso de los planes y de los beneficios. Si hubiera un plan de ahorro sería mucho mejor. Un plan de ahorro no a la fuerza, pero que cuando uno entre a trabajar te den esa posibilidad...” 3:42 (101:101)</i> <i>“...a mí me gustaría que el servicio fuera más insistido en cuanto a las campañas de prevención en salud, y que incentivara el ahorro...” 3:43 (104:104)</i>



Tabla N° 43: Propuesta de Modificación de normas, parámetros y beneficios que impliquen endeudamiento a nivel de Bienestar del Personal

FICHA SUGERENCIA DE MEJORA	
Objetivo	Facilitar el acceso a servicios y productos ofrecidos por el Servicio de Bienestar del personal de la Universidad de La Frontera a través del sistema de descuento por planilla.
Aspecto a Mejorar	Normas de endeudamiento interno
Propuesta	Flexibilizar las normas internas del Servicio de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera a fin de facilitar la adquisición de bienes y servicios por parte de los socios y de acuerdo a su nivel de ingresos mensuales.
Destinatarios	Todos los socios de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera y sus grupos familiares.
Acciones necesarias implementación	Definir parámetros de endeudamiento interno diferidas según nivel de renta de los socios de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera.
Información de Respaldo	Datos cualitativos: <i>"...lo otro también antes que se me olvide, si pudieran aumentar el monto de los préstamos porque es una tontera no más..." 3:49 (125:125)</i> <i>"...estoy de acuerdo también en que las cuotas que dan en la parte de dental, uno debiera tener la opción a apartarla,[pactarla] no que sea fija. En los préstamos tal vez porque uno va con otra idea pero en la parte dental debiera ser que uno tenga la opción de apartarla [pactarla]. 3:21 (22:22)</i>



VI. CONCLUSIONES

Este capítulo tiene como finalidad abordar las conclusiones a las cuales ha sido posible arribar después de terminado el proceso de investigación, que ha sido llevado a cabo utilizando el método de estudio de caso único, cuya característica fundamental es estudiar un fenómeno contemporáneo y de difícil repetición, en su contexto real. En este caso particular, el tema base propuesto era indagar sobre el Gasto de Bolsillo en Salud de los socios de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera y de sus cargas familiares.

El Servicio de Bienestar del Personal, administra un Plan de Prestaciones Sociales en el ámbito del Gasto de Bolsillo en Salud, reembolsando parte de los gastos que las familias han debido incurrir para atender gastos derivados de necesidades de salud. El sistema actúa inspirado en un modelo solidario y de reparto, fijando cuotas anuales de reembolso ante la eventual ocurrencia de fenómenos de enfermedad previamente definidos, siendo éste el único criterio que se considera para la asignación de los recursos económicos que el sistema destina a reembolsos de gastos médicos.

La revisión y registro sistemático de los documentos de respaldo de los reembolsos efectuados a los socios, permitió conocer la cantidad aproximada de recursos económicos que implicó la atención de los problemas de salud de los socios de Bienestar del Personal y sus cargas familiares durante el año 2009, la cual ascendió a M \$ 619.547. Hasta la realización del presente estudio no era posible señalar una cifra estimativa del gasto anual. El hecho de que



para el colectivo el gasto total inicial en salud haya alcanzado la suma global indicada, implica que una familia promedio habría utilizado en servicios de salud por un valor promedio de \$ 680.000 anuales y una persona beneficiaria promedio habría utilizado servicios de salud por un valor de \$ 363.000 aproximadamente, de los cuales un **55%** correspondería a gastos médicos ambulatorios y hospitalarios y el **45%** restante se distribuiría de manera relativamente uniforme entre los ítems, en orden descendente, de consultas médicas, medicamentos ambulatorios y atenciones odontológicas.

La investigación ha demostrado que el Gasto de Bolsillo en Salud, para el caso de los funcionarios de la UFRO, se presenta como pagos de bolsillo puros o pagos directos y ello ocurre en el caso de la compra de medicamentos. Adopta también la forma, más frecuente, de pagos realizados a FONASA o a las ISAPRES (co-pagos y deducibles), los cuales buscan compartir los riesgos financieros del gasto en salud entre el ente asegurador y los afiliados. Finalmente, adopta la forma de pagos directos de los usuarios en los hospitales o centros de atención primaria, según la clasificación que para estos efectos ha definido el Fondo Nacional de Salud para sus afiliados.

Una forma de gasto de Bolsillo en Salud que no se ha incorporado en esta investigación son los pagos realizados como contribución adicional o impuestos generales, traducido en el aporte del 7% mensual calculado sobre la renta imponible que deben realizar todos los afiliados, independientemente del sistema previsional elegido. En este sentido, cabe recordar que a los afiliados al sistema público se les descuenta sólo el 7% de la renta imponible, mientras que los afiliados al sistema privado, deben aportar al financiamiento de los servicios de salud el 7% de la renta imponible mensual, las eventuales



cotizaciones adicionales según las características demográficas de su grupo familiar y las primas adicionales por la inclusión de los beneficios del Plan de Garantías Explícitas en Salud. Ello determina que el promedio de cotización mensual de un afiliado al sistema privado sea superior, en promedio, a un 180% a la cotización que realiza un afiliado al Fondo Nacional de Salud y que la cotización mínima efectiva de un afiliado a una ISAPRE, en promedio, sea equivalente a un 8,44% de la renta imponible mensual. La no inclusión de una parte del Gasto de Bolsillo en Salud, por no estar directamente relacionada con la acción del Servicio de Bienestar del personal de la Universidad de la Frontera, constituye una debilidad de esta investigación ya que este ítem, incluso superaría el Gasto Total Inicial en Salud declarado por los asociados. Sin embargo, analizar la relación existente entre la cotización percibida por los sistemas previsionales, el Gasto Total Inicial en Salud y la participación que les cabe en el financiamiento de estas prestaciones, direcciona la investigación, entre otros, a complejos temas como el financiamiento y sustentabilidad económica de los sistemas previsionales en salud, aristas que no constituyen motivos de esta investigación.

Continuando y en lo referente a la distribución del Gasto Total Inicial en Salud, éste no es igual si se trata de una familia afiliada al Fondo Nacional de Salud (FONASA) o a una Institución de Salud Previsional (Isapres). El colectivo afiliado a FONASA usó servicios de salud equivalentes al 16% del Gasto Total Inicial en Salud reportado durante el año 2009 y los afiliados al sistema privado el 84% restante. El promedio de Gasto Total Inicial en Salud de los afiliados al sector privado es superior en un 150% al gasto promedio realizado por los afiliados a FONASA. En todos los ítems de gasto, el promedio por persona es superior en el caso de los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional,



respecto de los afiliados al Fondo Nacional de Salud (FONASA). El promedio de Gasto Médico Ambulatorio es superior en un 265%; el Gasto Médico Hospitalario es superior en un 213%; el indicador relativo a las Consultas Médicas, es superior en un 141%; respecto de los medicamentos el gasto promedio es superior en un 104% y en el caso de las atenciones odontológicas, el porcentaje es superior en sólo un 26%. Es decir, sólo en este último caso existe cierta similitud en el acceso a dichos servicios. Por otro lado, los datos también demuestran que los afiliados al Fondo Nacional de Salud son en su mayoría funcionarios pertenecientes al estamento auxiliar y administrativo, donde se concentran las rentas imponibles que fluctúan entre los \$ 200.000 y \$ 300.000 mensuales.

Así, la concentración de bajas rentas mensuales en los estamentos de auxiliares de servicios y administrativos y su correlación positiva con su afiliación al sistema previsional público (Fondo Nacional de Salud) por sobre su pertenencia a las ISAPRES, viene a corroborar la afirmación de que la fuerte segmentación de la población es una variable determinante en el acceso a los servicios de salud. No obstante lo anterior, en el caso de los afiliados al Servicio de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera, el porcentaje de afiliados al sector privado es equivalente al 68%, mientras que sólo el 32 % restante se encuentra afiliado a FONASA, lo cual es diametralmente opuesto a la situación general de país, en donde el 84% de la población es beneficiaria del Fondo Nacional de Salud y sólo el 16% se encuentra incorporado al sistema privado.

El sistema previsional en su conjunto, actúa sobre el Gasto Total Inicial en Salud vía bonificaciones y/o reembolsos de los gastos médicos declarados,



cubriendo en promedio un 32% del costo de las prestaciones. Los ítems que muestran un mayor porcentaje de cobertura son los gastos Médicos Ambulatorios y Hospitalarios y las Consultas Médicas; mientras que los Medicamentos Ambulatorios y las Atenciones Odontológicas, constituyen las grandes necesidades aún no resueltas por los lineamientos de la política social en materias de Gasto de Bolsillo en Salud, dado que un porcentaje superior al 90% debe ser cubierto por los usuarios. Así también es posible suponer que existe una infra declaración de gastos médicos originados en estas dos áreas, producto de que ambos sistemas de previsión en salud, comparten como característica común el hecho de no reembolsar o bonificar este tipo de gasto médico. De ello se deriva la posibilidad de concluir que el Gasto Total Inicial debería superar los M \$ 619.000 anuales.

Al analizar las respuestas, traducidas en beneficios, del sistema previsional en salud, nuevamente se observa la importancia del acceso a la seguridad social, no sólo como barrera o como ventaja al acceso a los servicios de salud, sino que como un elemento diferenciador y que finalmente impacta en el ingreso económico y en la capacidad de pago de las familias: mientras que para unos puede resultar empobrecedor acceder a los servicios médicos , para otros puede ser sólo un gasto y que no impacta negativamente en sus finanzas. Al respecto, los datos obtenidos arrojan como observación que los afiliados a FONASA deben asumir con cargo a sus recursos, en promedio, el 81,4% del gasto total inicial en salud, contra el 59% promedio observado en los afiliados al sector privado o a las instituciones de salud previsional.

En síntesis, en el caso de los socios de Bienestar del Personal de la Universidad de la Frontera y sus cargas familiares, actúa como elemento



diferenciador en el acceso a los servicios de salud la variable sistema previsional de pertenencia del socio, lo cual a su vez es determinado por la renta mensual imponible del afiliado. Los socios de mayores rentas imponibles, preferentemente afiliados al sistema ISAPRE, acceden a una mayor oferta de servicios de salud y deben asumir como Gasto de Bolsillo en Salud una menor proporción del Gasto Total Inicial en Salud. Por el contrario, los afiliados a FONASA acceden, en promedio, a una menor cantidad de servicios de salud y cuando ello ocurre, deben pagar una alta proporción de su costo.

Esta situación es expuesta por investigadores del fenómeno Gasto de Bolsillo en Salud, quienes han concluido que el acceso a la seguridad social es un determinante significativo que se relaciona en forma negativa con el hecho de que las familias financian sus necesidades de salud con cargo a su propio bolsillo. Así, para el caso particular de los socios de Bienestar del Personal, pareciera ser que disponer de cierta estabilidad en el empleo y regularidad en sus ingresos económicos, facilita el acceso a los sistemas de seguridad social en salud, aún cuando este acceso es claramente inequitativo: los socios de bajos ingresos económicos y afiliados al sistema público, padecen sus enfermedades y consecuencias y los de mayores ingresos económicos y por lo tanto, afiliados al sistema privado, tienen mayores posibilidades de recuperar la salud perdida o aminorar sus efectos adversos.

Del análisis de los datos se desprende, en forma inmediata y categórica, la existencia de dos áreas preferentes de preocupación de los sistemas previsionales y en particular, también del sistema de bienestar del personal de la Universidad de La Frontera, como lo son la adquisición de medicamentos y el acceso a prestaciones de odontología general y de especialidades, como



pueden ser, entre otras, las de Cirugía, Implantología, Periodoncia, endodoncia y ortodoncia. Esta situación de desprotección es similar para afiliados de ambos sistemas previsionales, ya que la cobertura por estos ítems, que representan un 30% del Gasto Total Inicial en Salud al ser del orden del 1%, es absolutamente irrelevante. Así, a nivel general estas constituyen las primeras e importantes dos brechas financieras que afectan en forma negativa a los socios de Bienestar del Personal y sus cargas familiares. Al profundizar el análisis de la información, la investigación concluye que:

- la solidaridad del sistema de bienestar del personal de la Universidad de La Frontera, se manifiesta en que los afiliados a ISAPRES reciben, en promedio, un 19% de bonificación de los gastos médicos y los afiliados a FONASA, un 26%; y
- que la mayor bonificación promedio del sistema privado (41% contra un 19% del sistema público); permiten disminuir la brecha entre los porcentajes finales de Gasto de Bolsillo en Salud de los afiliados y sus cargas familiares. Aún así, los afiliados a FONASA deben asumir, en promedio, un 15% más del limitado gasto médico al cual tienen acceso, respecto de los afiliados a ISAPRE, quienes pagan en promedio un 40% del gasto.

Si el análisis se centra en las prestaciones que tienen bonificación del sistema previsional en salud, es posible observar que respecto de las Consultas Médicas, la interacción de factores como la solidaridad del sistema de bienestar y la mayor participación del sistema privado en el gasto, determina que el porcentaje final de copago sea relativamente homogéneo, aun cuando todavía los afiliados a FONASA deban asumir una mayor proporción del gasto por este concepto (**4% más**), respecto de los afiliados a las ISAPRES.



Respecto de los gastos médicos hospitalarios, que no requieren hospitalización, la brecha entre los sistemas se acrecienta a un **10%** de diferencia, donde el afiliado a ISAPRE destina menores recursos de su bolsillo que un afiliado a FONASA a financiar copagos.

La brecha entre el copago final de los afiliados a los sistemas público y privado, pese a la intervención del sistema de bienestar del personal de la Universidad de la Frontera, se transforma **en un indicador altamente inequitativo en el caso de las prestaciones que requieren hospitalización**, como por ejemplo intervenciones quirúrgicas, atención obstétrica, partos, entre otras, respecto de las cuales un afiliado a FONASA en promedio debe pagar de su bolsillo un 51% de las escasas prestaciones médicas recibidas contra el 29% que debe desembolsar un afiliado a ISAPRE (**22% de diferencia**). En este ítem, la diferencia en el copago final es determinada fundamentalmente por la bonificación del sistema previsional (61% del sistema privado y un 30% del sistema público) y en menor medida, por la intervención solidaria de la red de beneficios del sistema de bienestar del personal (bonifica en promedio un 9% más a los afiliados a FONASA).

Respecto de las prestaciones de odontología general y de especialidades dentales, donde se presume un alto nivel de subdeclaración, por la nula o escasa participación de los sistemas previsionales en el gasto, el indicador de copago final se diferencia en sólo un **4%** del gasto total inicial por este concepto. Si el análisis se centra sólo en el **35%** de las personas que declararon algún gasto médico por este concepto, la cobertura del sistema de bienestar, en promedio es del orden del 24%. **Estos resultados, indican la necesidad de mejorar las acciones para que los socios del sistema de**



bienestar tengan acceso en principio y de acuerdo a sus necesidades, a prestaciones odontológicas bajo condiciones de protección financiera.

Con respecto a las facilidades y ventajas para el despacho de recetas de medicamentos, los resultados de la investigación han demostrado que todos los socios asumen como Gasto de Bolsillo en Salud por este concepto un porcentaje promedio de 58%, lo cual significa que el sistema de bienestar les bonifica un 32% del costo total de los medicamentos. Del total de personas que declararon algún tipo de gasto médico, un 69% lo hizo por este concepto, que en general representa un 15% del gasto total informado. En este caso, el gasto promedio de un afiliado a FONASA es inferior en aproximadamente un 42% al gasto que puede realizar un afiliado al sistema ISAPRE. Teniendo presente que las personas que disponen de un mayor nivel de aseguramiento, eventualmente pueden recurrir a servicios médicos en forma desproporcionada a sus requerimientos, de igual manera es posible concluir que el riesgo moral no sería la única variable que explicaría el 42% de menor uso de medicamentos por parte de los afiliados a FONASA, sino que estaría asociado también a las dificultades de acceso a las prestaciones de carácter ambulatorio y a las consultas médicas, principalmente.

Ahora bien, el análisis del Gasto de Bolsillo en Salud desde el punto de vista de las coberturas según sexo y tramos de edad de los causantes del gasto total inicial en salud, la presente investigación ha demostrado que en todos los tramos de edad, con excepción hasta los 4 años de edad, las mujeres son quienes demandan servicios de salud en mayor medida (66% del gasto médico). Entre los 25 y 44 años de edad el gasto de las mujeres representa un 80% del Gasto Total Inicial declarado y en el resto de los tramos el porcentaje



es siempre igual o superior al 58% de participación en el gasto. La proporción de participación en el gasto total inicial en salud es superior al porcentaje de representación del total de personas, en los tramos de edad, tanto para hombres como para mujeres, que va desde los 45 años hacia arriba.

Finalmente y teniendo presente que las personas afiliadas al sector público son las que se encuentran mayormente desprotegidas; que las prestaciones con menor cobertura en este segmento son los gastos hospitalarios; que el gasto es realizado preferentemente por las mujeres asociadas y las cargas del sexo femenino y por las personas mayores de 45 años de edad, es posible construir un perfil de las personas beneficiarias que se encuentran con las mayores carencias de protección financiera ante eventos de salud: **Constituyen un 20% de la población beneficiaria, son auxiliares de servicio o administrativos, son mujeres afiliadas o beneficiarias de FONASA, tienen más de 45 años de edad y son altamente vulnerables, desde el punto de vista financiero, cuando deben ser hospitalizadas o intervenidas quirúrgicamente.**

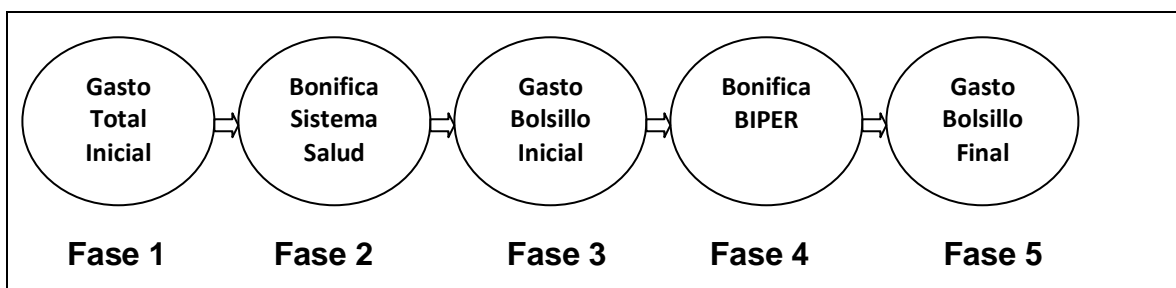
Con respecto a la pertinencia de la red de beneficios del sistema de bienestar del personal de la Universidad de La Frontera, la fase cualitativa de esta investigación, complementada con los datos cuantitativos, permiten concluir que la red de prestaciones sociales implementada, en el ámbito del Gasto de Bolsillo en Salud, apunta a satisfacer genéricamente las necesidades de protección financiera frente a eventos de salud de las personas que son beneficiarias del sistema. Al respecto, las carencias del sistema previsional en salud – bonificaciones por medicamentos y atenciones odontológicas - transforman las prestaciones del sistema de bienestar en sus mayores



fortalezas, dado que actúa en las áreas más desprotegidas de la salud de los beneficiarios y que representan a casi un tercio (29%) del Gasto Total Inicial declarado.

Sin embargo, los recursos económicos del sistema de bienestar del personal, son insuficientes para cubrir un porcentaje significativo del Gasto de Bolsillo en Salud, dejando áreas de necesidades y grupos de personas, aún muy descubiertos, constituidos por principalmente por auxiliares de servicios y administrativos, quienes son los que plantean las mayores críticas al sistema de bienestar institucional.

No obstante, las herramientas de la investigación cualitativa permitieron descubrir los caminos posibles de explorar con el fin de lograr un máximo de disminución en el Gasto de Bolsillo en Salud. Al respecto y recordando el esquema que grafica el proceso de desarrollo del Gasto de Bolsillo en Salud, los socios proponen intervenciones en algunas etapas del mismo que implicarían ventajas y beneficios para los funcionarios:



Fase 1: En el ámbito del **Gasto Total Inicial en Salud** los costos de las prestaciones son los componentes básicos y necesarios de modificar a la baja. Sin embargo, en la mayoría de los casos, son elementos que están fuera del



radio de influencia de grupos reducidos de personas y más bien responden a lineamientos de políticas sectoriales en salud o a definiciones económicas de los prestadores privados. Sin embargo, existen áreas en que la Universidad de La Frontera y su Servicio de Bienestar del Personal pueden intervenir, como lo es:

- la adecuada coordinación de los recursos internos disponibles (profesionales y organizacionales) para la atención de las necesidades de salud bajo condiciones preferenciales y que signifiquen ventajas para los funcionarios “con el objeto de ahorrarles esfuerzos y preocupaciones”. Este principio de acción sería especialmente útil respecto de las prestaciones odontológicas, ya que la Universidad dispone de las Clínicas Odontológicas Docentes Asistenciales y de la Carrera de Odontología.
- En este mismo orden de cosas, la Universidad de La Frontera y su Servicio de Bienestar del Personal tienen la posibilidad de concretar, con proveedores externos de servicios y productos, convenios tendientes a la disminución del Gasto Total Inicial en Salud y en especial respecto de ello, se mencionan las posibilidades de convenios con Farmacias y Laboratorios que impliquen ventajas, facilidades y descuentos en la adquisición de medicamentos, área desatendida por los sistemas previsionales y atendida de manera insuficiente por el sistema de bienestar del personal.
- De igual manera es posible perfeccionar los convenios con los prestadores institucionales de salud (clínicas y hospitales), así como también optimizar los recursos que proveen la Mutual de Seguridad y la Caja de Compensación La Araucana, ambas entidades operadoras e implementadoras de políticas y programas de seguridad social relacionadas con la Universidad de La Frontera.



Así también, el trabajo investigativo concluye, gracias a los elementos aportados por la investigación cualitativa y en consonancia con los cambios en el perfil de morbi-mortalidad de la población chilena, **en la necesidad de implementar planes de educación y de prevención en salud y estilos de vida saludable, así como también mejorar la participación de los funcionarios en los programas actualmente desarrollados por la Dirección de Recursos Humanos** en esta línea de acción, de tal manera de contribuir a la detección precoz de enfermedades y a la prevención en la aparición de enfermedades, según los cambios experimentados durante los últimos años en la morbi-mortalidad de la población chilena, entre las cuales destacan la obesidad, el cáncer, las enfermedades endocrinas y metabólicas, depresión y en general patologías asociadas a la salud mental, entre otras. Actuar localizadamente en estas áreas contribuirá a disminuir el Gasto de Total Inicial en Salud, origen del problema en estudio.

Fase 2: Hasta hace unos años atrás era posible intervenir en esta área a través de los convenios con las Instituciones de salud previsional (ISAPRES), estableciendo Convenios para grupos homogéneos de personas según rentas imponibles. La alta siniestralidad de los planes colectivos terminó por eliminar del mercado esta opción. Al día de hoy, algunas ISAPRES ofrecen planes a las instituciones con un porcentaje de descuento a los afiliados, en forma individual, que cumplan con ciertos niveles de renta imponible y composición de grupo familiar. Asimismo, las ISAPRES mantienen algunos convenios con prestadores institucionales, con el fin de obtener rebajas en la tarifas por aquellas prestaciones médicas denominadas “paquetizadas” o Programas Asociados a Diagnóstico (PAD). En consecuencia, la posibilidad de intervención, en esta etapa, se relaciona con el perfeccionamiento de los



procesos de negociación con las ISAPRES con el fin de establecer convenios preferenciales para los funcionarios.

Fase 4: Con respecto a la fase donde se concreta la bonificación o reembolso del sistema de bienestar del personal (Bonifica BIPER), nuevamente la investigación cualitativa aporta elementos para una mejor intervención, como son la posibilidad de incrementar la cantidad de recursos económicos para atender las demandas de los socios y sus familias en torno al Gasto de Bolsillo en Salud y para ello proponen la opción de un mayor aporte institucional y la posibilidad de un incremento en el porcentaje de aporte mensual de de los socios modelado en forma conjunta con una propuesta de mejoramiento de beneficios de reembolso de gastos médicos. En este mismo ámbito y de manera coherente con los resultados cuantitativos, los socios participantes en los grupos de discusión plantean la necesidad de generar una política diferenciada de reembolsos de gastos médicos para los socios, según estamento, sistema previsional de pertenencia, grupo etéreo y tipo de prestación médica requerida, principalmente.

Los resultados del estudio sugieren que los socios de Bienestar del Personal, valoran la existencia del sistema de bienestar y de sus beneficios, pero a su vez demandan mejoras, sobretodo en aquellas áreas de beneficios y grupos de personas que se encuentran menos protegidas y que de manera coincidente con los resultados cuantitativos, se refieren a los afiliados y cargas familiares beneficiarias del sistema previsional público y cuyos socios titulares obtienen las más bajas rentas imponibles en el contexto de la Universidad de La Frontera.



Por último y en relación con el objetivo general de este trabajo de investigación, es decir con la generación de propuestas de mejoramiento, el estudio es concluyente en que la red de beneficios del sistema será más eficaz y eficiente en la medida que permita focalizar recursos, especialmente, en aquellas áreas y grupos de personas más desprotegidas por el sistema previsional y por el sistema de bienestar del personal. Actualmente los beneficios se administran sobre la base de principios de igualdad, pertinencia, racionalidad y solidaridad. Los cambios propuestos por los usuarios y respaldados por la información cuantitativa, sugieren incorporar el concepto de **EQUIDAD** dentro del lenguaje y de los principios de acción del sistema de bienestar. Al respecto la Real Academia de la Lengua Española, en una de las acepciones del vocablo equidad se refiere a ella como “....**disposición del ánimo que mueve a dar a cada uno lo que merece**” lo cual traducido y aplicado al objeto de estudio, sería la implementación de una política de distribución de recursos económicos en el ámbito del Gasto de Bolsillo en Salud, según las características y necesidades de cada socio y grupo familiar. Evidentemente, y visto desde la perspectiva de un Plan de Prestaciones Sociales implica optar por un plan flexible de reembolsos, lo cual encierra aspectos necesarios de modelar y diseñar, en un contexto de satisfacción de las necesidades de los asociados y de disponibilidad de recursos presupuestarios para tal efecto. La satisfacción usuaria, la eficacia y eficiencia en el uso de los recursos, son elementos aportados y demandados como resultados por la Gerencia Social, que entre otros aspectos busca fomentar la creación de valor público, estableciendo como requisito para ello el fortalecimiento de la ciudadanía y el aseguramiento de los resultados de la aplicación de políticas y programas al interior de las organizaciones donde estos se desarrollan. Es este el punto de encuentro del acervo teórico que ofrece la Gerencia Social con la Gestión de Calidad en



Servicios Sociales, respecto de los cuales la gestión avanzada parece ser su rasgo distintivo y cuyo objetivo fundamental debe ser establecer y mejorar las interacciones entre las organizaciones y su entorno, logrando que las primeras sean sinérgicas, óptimas y sostenibles. Es en este ámbito en el cual juega un rol de vital importancia las comunicaciones e informaciones que el Servicio de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera, pueda establecer con los actores que intervienen en los procesos de generar mejores condiciones de vida para los afiliados y sus cargas familiares. En particular, esta investigación permitió acercarse de una manera sistemática al proceso de “escuchar la voz de la gente”, la cual además de expresar su sentir respecto del tema de investigación, junto con permitir identificar otros problemas y necesidades ha entregado orientaciones valiosas para el planeamiento y la implementación de programas de mejoramiento al interior del sistema de bienestar del personal, sobre la base de información cualitativa profunda y en el contexto de necesidades sentidas.

La investigación evidenció, por una parte la necesidad, densamente extraída del discurso de los socios participantes en los grupos de discusión, de contar con información oportuna y pertinente para el uso de los beneficios y convenios y por otro lado, desde el punto de vista de la administración del sistema de bienestar, la necesidad de establecer un plan de desarrollo de comunicaciones e informaciones prioritarias para los asociados, que cumpla con requisitos de sistematicidad, pertinencia, objetividad, oportunidad y eficiencia en el uso de los recursos para ello, privilegiando el uso de las tecnologías de información por sobre los recursos escritos. Fortalecer esta línea de trabajo por parte del sistema de bienestar permitirá mejorar los procesos de participación ciudadana de los socios en su organización, haciendo más representativa la toma de



decisiones en el ámbito de los beneficios sociales que además atender necesidades de ellos mismos, permiten la creación del sentido de pertenencia e identificación con la institución.



VII. FUENTES

Arnal, J., Del Rincón, D. & Latorre, A. (1992): Investigación Educativa. Fundamentos y Metodología. Editorial Labor S.A.

Camisón, César y Otros (2007): Gestión de la Calidad: Conceptos, Enfoques, Modelos y Sistemas. Pearson Educación S.A., Madrid, España.

Chiavenato, I (2007): Administración de Recursos Humanos. El Capital Humano de Las Organizaciones. (Octava Edición) McGraw Hill.

Garcés, J. & Vallina, M (1996) Gerencia de Servicios Sociales en Alemán, M., & Garcés, J. Administración Social: servicios de bienestar social. (pp. 475-501). Editorial siglo Veintiuno de España Editores, S.A.

Hayes, Bob E. (2006): Como medir la satisfacción del Cliente. Diseño de encuestas, uso y método de análisis estadístico. (Segunda Edición) Editorial Alfaomega, Oxford University Press México, DF.

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (1997) Metodología de La Investigación. McGraw-Hill

Krueger, Richard A. (1991) El Grupo de Discusión. Guía Práctica para la Investigación Aplicada.

Mella, Orlando (2000) Grupos Focales ("Focus Group") Técnica de Investigación Cualitativa.

Merino, R. (2000) Desarrollo Histórico y Visión Futura de la Salud en Chile en Caviedes, R (ed.) Síntomas del sistema de salud Chileno, su diagnóstico y tratamiento (pp. 17-33). Corporación de Investigación y Desarrollo de la seguridad Social. Isapres de Chile.

Quejer, F. (2009): Documento de Trabajo: Servicio de Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera. Su ordenamiento Jurídico y efectos ley N° 20.374. No publicado.



Quejer, F. (2011): Memoria Balance Año 2010 Bienestar del Personal, Universidad de La Frontera. No publicado.

Sangüesa, M., Mateo, R. & Ilzarbe, L. (2008): Teoría y Práctica de la Calidad. Paraninfo Cengage Learning, España.

Senge, P. (2005): La Quinta Disciplina. El Arte y la Práctica de la Organización Abierta al Aprendizaje. Editorial Gránica, Argentina.

REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

Aedo, C. (2000) Las Reformas de Salud en Chile, en F. Larrain y R. Vergara (editores) La Transformación económica de Chile, Santiago: CEP.
http://www.cepchile.cl/dms/lang_1/autor_739.html (capturado en abril de 2010)

Alvis, L. & Alvis, N. & De La Hoz, F (2007) Gasto Privado en Salud de los Hogares en Cartagena de Indias 2004. Revista de Salud Pública, marzo, Año/Vol. 9, número 001, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá Colombia (pp 11-25) <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/422/42290102.pdf> (capturado en abril de 2010).

Abreu, M., Cañedo R. (1998) Gerencia Total de la Calidad en las Organizaciones <http://scielo.sld.cu/pdf/aci/v6n2/aci02298.pdf> ACIMED 6(2):79-92 (capturado en marzo de 2011)

Bastías, G., Valdivia, G. (2007) Reforma de Salud en Chile; El Plan Auge o Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES). Su origen y evolución <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/20072/ReformaSalud.pdf> (capturado en abril de 2011)

Bonvecchi, A., Smulovitz, C. (2007) Atender necesidades, crear oportunidades o garantizar derechos. Visiones sobre la política social. Serie de Documentos de Trabajo sobre Políticas Sociales N° 1. Banco Mundial. <http://siteresources.worldbank.org/INTARGENTINAINSPANISH/Resources/VisionessobrePoliticaSocial1.pdf> (capturado en marzo de 2010)

Cid, C., Muñoz, A. & Pezoa, M (2008) Evaluación de la reforma de salud en el sistema Isapres y su impacto en los beneficiarios: Informe final 2008. http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-5408_recurso_1.pdf Superintendencia de Salud (capturado en abril de 2010)



Cid, C. & Prieto L. (2007) Gasto de Bolsillo en Salud de los hogares y crisis. Publicación Acción Internacional para la Salud América Latina y el Caribe en Taller Soberanía de la Salud, Nueva Arquitectura Financiera, Quito. http://www.aislac.org/index.php?option=com_docman&task=search_result&Itemid=50 (capturado en agosto de 2011)

Copetta, C. Análisis de Cartera de FONASA (Fondo Nacional de Salud) enero-diciembre de 2005. (2006): Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articulos-4663_recurso_1.pdf (capturado en octubre de 2010)

Departamento de Epidemiología, División de Rectoría y Regulación Sanitaria. Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) (2002): Los Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010. http://www.healthresearchweb.org/files/Políticas_Nacionales_Salud-Chile_2000-2010.pdf (capturado en abril de 2011).

Fantova, F. (2002) Gestión de Calidad en la Acción Voluntaria Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad, núms. 51-53, abril y agosto, 2002, pp. 17-22. <http://www.fantova.net/restringido/documentos/mis/Gesti%C3%B3n/Gesti%C3%B3n%20de%20calidad%20en%20la%20acci%C3%B3n%20voluntaria%20%282002%29.pdf> (capturado en marzo de 2011)

Fantova, F (2003) Perspectivas en Gestión de Servicios Sociales Revista Zerbitzuan (www.sjis.net) <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/fantova-perspectivas-01.pdf> (capturado en marzo de 2011)

González, C. (2011) Conceptos generales de calidad total. <http://www.monografias.com/trabajos11/conge/conge.shtml> (capturado en mayo de 2011)

Hintze, J. (2006): Es posible medir el Valor Público. Biblioteca Virtual Top, Tecnología para la Administración Pública, Boletín N° 13. <http://www.bdp.org.ar/facultad/posgrado/maestrias/gp/documentos/HINTZE,%20Jorge%20-%20Es%20posible%20medir%20el%20valor%20publico.pdf> (capturado en abril de 2010)



Inostroza, Manuel (2003) Monitoreo y Seguimiento de la Reforma: Equidad en el Financiamiento y Protección Financiera. Departamento de estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud.

http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-3908_recurso_1.pdf
(capturado en abril de 2010)

Inostroza, M. (2007): Gasto en Salud del Adulto Mayor en Chile: Proyección del Gasto 2002-2020. Superintendencia de Salud. Junio 12 de 2007.

<http://bligoo.com/media/users/0/37242/files/Descargalo%20pinchando%20aqui.pdf>
(capturado en marzo de 2011)

Martínez Miguélez, Miguel: Los Grupos Focales de Discusión como Método de Investigación.

<http://miguelmartinezm.atspace.com/gruposfocales.html>
(capturado en diciembre de 2010)

Mira, J., Lorenzo, S., Rodríguez-Marín, J. & Buil, J. (1999) Concepto y Modelos de Calidad. Hacia una Definición de Calidad Asistencial. Revista del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. España. Noviembre N° 74 , 1999

<http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=807> (capturado en abril de 2011).

Mokate, K., Saavedra, J. (2006): Gerencia Social: Un Enfoque Integral para la Gestión de Políticas y Programas. Departamento de Integración y Programas Regionales. Instituto Interamericano para el Desarrollo Social. Banco Interamericano de Desarrollo. Serie de Documentos de Trabajo I-56, Marzo de 2006.

<http://www.comfama.com/GerenciaSocial/Contenidos/cursos/Indes/Documentos%20generales%20sobre%20Gerencia%20Social/Mokate-Saavedra.pdf>
(capturado en abril de 2010)

Morales, V., Hernández, A. (2004) La calidad y su gestión. Revista Digital Buenos- Aires- Año 10- N° 76 – septiembre de 2004.

<http://www.efdeportes.com/efd76/calidad.htm> (capturado en marzo de 2011)

Olivares, P. (2005) Gasto de Bolsillo en el Sistema Isapres. 2001-2004. Documento de Trabajo del Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud.

http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-3959_recurso_1.pdf
(capturado en abril de 2010)



Perticara, M. (2008) Incidencia de los gastos de bolsillo en siete países latinoamericanos. CEPAL- Serie Políticas Sociales N° 141. División de Desarrollo Social CEPAL. Naciones Unidas PNUD. http://www.eclac.org/publicaciones/xml/9/32759/sps141_LCL2879.pdf (capturado en abril de 2010)

O'Reilly, G. (2010) Definiciones de calidad. Evolución histórica y actualidad. <http://www.gestiopolis.com/administracion-estrategia/calidad-definicion-evolucion-historica.htm> (Capturado en abril de 2011)

Subsecretaría de Salud Pública / División de Planificación Sanitaria / Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) (2011) Objetivos Sanitarios de la década 2000-2010. Evaluación final del período. <http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/OS/EvaluacionObjetivosSanitarios2000-2010.pdf> (capturado en abril de 2011)

Superintendencia de ISAPRES (2000): Circular N° 59 del 29 de febrero de 2000. Imparte Instrucciones sobre la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas que indica. http://www.supersalud.gob.cl/normativa/571/articles-897_recurso_1.pdf (Capturado en noviembre de 2010)

Superintendencia de Salud (2005): Circular N° IF N° 7 del 01/07/2005. Condiciones de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas que indica y complementa la Circular N° 59 del 29 de febrero de 2000. http://www.supersalud.gob.cl/normativa/571/articles-879_recurso_1.pdf (capturado en mayo de 2010)

Superintendencia de Salud, Chile(2006): Perfil Epidemiológico del Adulto Mayor en Chile, Departamento de Estudios y Desarrollo, Octubre 2006. http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-4020_recurso_1.pdf (capturado en mayo de 2010)

Torres, A, & Knaul, Felicia (2003) Determinantes del gasto de Bolsillo en salud e implicaciones para el aseguramiento universal en México: 1992-2000. Libro Caleidoscopio de la Salud, Financiamiento en Salud, (pp. 209-225) <http://www.funсалud.org.mx/casesalud/caleidoscopio/librocaleido.htm> (capturado en abril de 2010)



Urriola, R.(2006) Chile: Protección social de la salud. Rev Panam Salud Publica, Washington, v. 20, n. 4, Oct. 2006.

http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892006000900013&lng=en&nrm=iso (capturado en abril de 2010)

Urriola, R. (2006) Chile: Protección Social en Salud. Temas de Actualidad Revista Panamericana de Salud/Pan Am/ Public Health 20(4) 2006

Venegas, M., Bertelsen, R., Vodanovic, H., Fernández, M., Peña, T., Navarro, E., Fernández Fredes, F., Carmona, C. & Viera-Gallo, J. (2010): Ministros del Tribunal Constitucional de Chile: Sentencia Rol-1710 del 06-08-2010 Constitucionalidad del artículo 38 ter de la Ley N° 18.933.

<http://www.tribunalconstitucional.cl/index.php/sentencias/download/pdf/1479> (capturado en noviembre de 2011)

Vivanco, A. (2010) Justicia Constitucional, Libre Elección en materia de salud y normativa sobre ISAPRES: Un comentario a la reciente jurisprudencia del Tribunal Constitucional en Revista Chilena de Derecho, vol. 37 N° 1, pp. 141 - 162 [2010] <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1770/177016600007.pdf> (capturado en enero de 2011)

Cartera de Beneficiarios de ISAPRES año 2010(2010): Departamento de Estudios y Desarrollo. Superintendencia de Salud.

<http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/w3-propertyvalue-2926.html> (Capturado en enero de 2011)

Casos GES (AUGE) Acumulados a Diciembre de 2010 (2010): Departamento de estudios y Desarrollo. Superintendencia de Salud

<http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/w3-article-6852.html> (capturado en enero de 2011)

Circular IF/ N° 120 del 31 de mayo de 2010(2010) Informa precio que cobrarán las Instituciones de Salud Previsional por las Garantías Explícitas en Salud aprobadas por el Decreto Supremo N° 1 de 2010, de los Ministerios de Salud y Hacienda. Superintendencia de Salud.

http://www.supersalud.gob.cl/normativa/571/articles-5867_recurso_1.pdf (capturado en agosto de 2010).



Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas Julio 2000 a Marzo 2006(2006) Superintendencia de Salud
http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-2472_recurso_1.pdf
(Capturado en mayo de 2010)

El Gasto de Bolsillo en Salud en América Latina y el Caribe: Razones de Eficiencia para la Extensión de la Protección Social en Salud (1999). Documento de Trabajo para reunión regional tripartita de la Organización Internacional del Trabajo con la Organización de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).
<http://white.oit.org.pe/spanish/260ameri/oitreg/activid/proyectos/actrav/segso/a/cervo/oit-ops/texfinal2.pdf> (capturado en abril de 2010).

La Carga de Enfermedad en Chile. Marzo 1996. Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) <http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/carga/Inf-fin-carga-enf.pdf>
(capturado en mayo de 2010)

Ley N° 19.966 del 25 de Agosto de 2004, Régimen General de Garantías en Salud. Ministerio de Salud de Chile (MINSAL).
<http://www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/leyauge.pdf> (capturado en abril de 2011).

Ley Fácil Guía Legal sobre Plan GES (ex AUGÉ). Congreso Nacional de Chile
<http://www.bcn.cl/guias/plan-ges-ex-auge> (capturado en marzo de 2011)

Misión y Visión Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) 2011): Ministerio de Salud.
http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/page/minsalcl/g_conozcanos/g_mision_vision/presentacion_mision_vision.html (capturado en julio de 2010)

Reglamento de Afiliación Jubilados (2010): Universidad de La Frontera.

Reglamento de Servicio de Bienestar del Personal (2011):
http://www.rrhh.usach.cl/images/bienestar/reglamento_bienestar_del_personal.pdf
Universidad de Santiago de Chile (capturado en noviembre de 2010)

Resolución N° 200 del 10/06/1982. Reglamento de Bienestar del Personal, Universidad de La Frontera. (1982): Universidad de La Frontera

Todo lo que necesitas saber sobre el AUGÉ (2010) Fondo Nacional de Salud, Chile (FONASA)



http://www.fonasa.cl/prontus_fonasa/antialone.html?page=http://www.fonasa.cl/prontus_fonasa/site/edic/base/port/auge.html (capturado en junio de 2010).

Actas Reunión Comisión Administrativa Bienestar del Personal de la Universidad de La Frontera. Libro de Actas Servicio de Bienestar del Personal, Universidad de La Frontera.