



CONSTRUYE  
TRANQUILO

PLAN DE SALUD PARA  
HOSPITALIZACIÓN

## EVALUACIÓN PROGRAMA CONSTRUYE TRANQUILO

---





# INDICE

1. Introducción .....	p. 5
2. Metodología de la evaluación .....	p. 6
3. Descripción del programa .....	p. 6
4. Descripción del usuario .....	p. 11
4.1 Sueldos	
4.2 Edad	
4.3 Especialidades de los beneficiarios	
5. Evaluación financiera .....	p. 15
5.1 Análisis de los ingresos	
5.2 Análisis de los gastos	
5.3 Análisis de gasto por tipo de hospitalización	
5.4 Cirugías bajo modalidad PAD	
6. Análisis de los procesos .....	p. 29
6.1 Proceso de venta	
6.2 Proceso de inscripción	
6.3 Proceso de verificación	
6.4 Proceso de hospitalización	
7. Evaluación de impacto .....	p. 35
8. Evaluación de calidad .....	p. 47
9. Evaluación de percepción .....	p. 51
10. Análisis de la competencia .....	p. 55
11. Conclusiones .....	p. 59
12. Recomendaciones .....	p. 63



# 1. INTRODUCCIÓN

El objetivo de esta evaluación es entregarle a la Cámara Chilena de la Construcción (en adelante, la "CChC"), información relevante sobre el Programa Construye Tranquilo (en adelante, el "Programa" o "Construye Tranquilo"), que le permita tomar decisiones sobre los recursos entregados y compararlo con otros similares, en cuanto a la eficiencia de su gestión e impacto. Adicionalmente, la evaluación entrega información relevante para la Corporación de Salud Laboral (en adelante, la "CSL"), con el objetivo de mejorar la gestión del Programa.

Como conclusión de la evaluación se generará un "Balanced ScoreCard", que resume los principales resultados de la evaluación en una sola página, mostrando la información más relevante sobre el funcionamiento e impactos del Programa. La información presentada se organiza en dos secciones, la primera muestra información que permiten comparar el Construye Tranquilo con otros programas, y la segunda muestra información relevante específica del Programa.

La evaluación está dividida en 5 áreas:

- Evaluación Financiera: donde se incluye un análisis de ingresos y gastos del Programa Construye Tranquilo, un estudio de la inversión realizada por usuario inscrito, una comparación de distintos indicadores financieros con programas similares realizados en otros países, un análisis de la tasa de uso del Programa y un análisis detallado de los gastos por hospitalización.
- Evaluación de Procesos: aquí se incluye la descripción y análisis de los procesos que componen el Programa, detectando sus principales problemas y áreas de mejora.
- Evaluación de Impacto: la que se encuentra enfocada en los principales impactos que se esperaría encontrar en un programa de esta naturaleza: (i) Impacto en sensación de seguridad; (ii) Impacto en la calidad de vida de los usuarios; (iii) Impacto económico; e (iv) Impacto en la productividad de los trabajadores.
- Evaluación de Calidad: en que se refleja la percepción de los usuarios sobre la calidad del Programa, tanto de la atención en el momento de contactar al Programa, del acompañamiento, de la estadía en la clínica, y del proceso de reembolso. Adicionalmente, se incluye la percepción de aquellas personas que su atención de salud fue rechazada por el Programa.
- Evaluación de Percepción: donde se refleja la percepción del trabajador sobre quién es responsable de que el Programa sea entregado, y cómo esto influye en su opinión respecto a la empresa constructora en la que trabaja.



#2

---

Metodología de  
la evaluación

#3

---

Descripción del  
programa

## 2. METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN

Para realizar la evaluación del Programa Construye Tranquilo se obtuvo información de las siguientes fuentes:

1. Documentos e información entregada por la CChC y la CSL. Donde se incluyen:

- Documento de Postulación 2015 "Programa Social Construye Tranquilo para trabajadores y grupo familiar, de empresas socias de la CChC".
- Presupuestos de los últimos dos años, 2014 y 2015.
- Diagnóstico trabajadores de la construcción 2015.

2. Información sobre el funcionamiento de otros programas similares en el mundo.

3. Visita a charlas de venta del Programa en obra.

4. Pruebas realizadas a los trabajadores luego de asistir a la charla de venta del Programa, con el objetivo de evaluar el conocimiento de éstos sobre su funcionamiento.

5. Entrevistas realizadas a distintos miembros del Programa. Entre ellos:

- Asistente social Clínica Bicentenario.
- Asistentes sociales de la Corporación de Salud Laboral.
- Encargada de pago de cuentas de la CSL.
- Médico contralor.

• Médicos de la Clínica Bicentenario que operan para el Programa. (especialidades: hernia, várices y amígdalas).

• Asistentes sociales de empresas con convenio Construye Tranquilo.

6. Focus group realizado con beneficiarios del Programa (trabajadores inscritos en el Programa Construye Tranquilo).

7. Encuestas telefónicas realizadas a los usuarios del Programa (beneficiarios que hicieron uso del Programa para mejorar su salud).

8. Encuestas telefónicas a los rechazados por el Programa (beneficiarios que no pudieron tener acceso a los beneficios de Construye Tranquilo).

En total se realizaron 300 encuestas, las cuales incluyen encuestas dirigidas a los beneficiarios del Programa, a trabajadores que no pudieron utilizar el beneficio y a participantes de las charlas, que aún no habían intentado utilizar el beneficio.

La información obtenida de las distintas fuentes fue analizada y ordenada para generar la evaluación financiera, de impacto, de calidad y de percepción. Cada una utiliza distintas metodologías que se describirán en las siguientes secciones.



### 3. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

El Programa Construye Tranquilo nace como respuesta a las deficiencias del Sistema Público de Salud Chileno, en cuanto a dificultad de acceso, calidad de atención y falta de oportunidad de diagnóstico.

El objetivo del Programa, definido por la Corporación de Salud Laboral, es “mejorar la calidad de vida de los trabajadores y grupo familiar de empresas socias de la CChC, a través de la atención de salud de calidad, oportuna y a bajo costo.”<sup>1</sup>

El Programa Construye Tranquilo, a grandes rasgos, consiste en tres etapas:



#### VENTA E INSCRIPCIÓN

Esta etapa consiste en la firma del convenio entre la empresa constructora y la CChC, junto con la inscripción de los trabajadores en el Programa. Por cada trabajador y carga inscrita el año 2015 se pagaba un aporte de \$1.000 (lo puede pagar la empresa o el trabajador). Para darlo a conocer se realiza una charla informativa en la obra.



#### USO DEL BENEFICIO

En esta etapa se verifica que el trabajador cumpla con los requisitos exigidos por el Programa, para luego acceder a la consulta médica y a la hospitalización o cirugía. Durante el proceso de hospitalización el trabajador es acompañado por una asistente social que lo ayuda con los procedimientos, tanto del Programa como de la clínica.



#### PAGO DE CUENTAS Y REEMBOLSO

Posterior a la finalización de la hospitalización, la CSL realiza un reembolso de los gastos pre y post hospitalarios al trabajador por medio de SERVIPAG. El pago de cuentas de las clínicas es realizado por la CSL directamente.

<sup>1</sup>Documento de Sistema de Postulación Programas Sociales CChC 2015.





#4



Descripción  
del usuario

## 4. DESCRIPCIÓN DEL USUARIO

### 4.1 SUELDOS

Según lo definido por la Corporación de Salud Laboral, los usuarios del Programa debiesen ser trabajadores de empresas socias de la CChC, con renta inferior a \$700.000<sup>2</sup>. Alrededor del 62%<sup>3</sup> de los trabajadores de la construcción están en este rango.

Sin embargo, los datos recogidos en la encuestas, focus groups y entrevistas muestran que no todos los trabajadores inscritos en el Programa cumplen con este requisito, existiendo algunos con ingresos sobre el máximo especificado y que aún así se encuentran inscritos.

Cuando un trabajador inscrito con sueldo superior a \$700.000 intenta hacer uso del beneficio, es rechazado por la CSL y no puede utilizarlo. Al encuestar a los trabajadores rechazados, un 33% declara tener una renta superior a \$700.000 y que fueron rechazados por esa razón. Este grupo de trabajadores son los más descontentos con el Programa, ya que pagaron mensualmente el valor del beneficio y al querer hacer uso de éste, los requisitos de la CSL no lo permiten. Algunos de los comentarios de los trabajadores rechazados fueron:

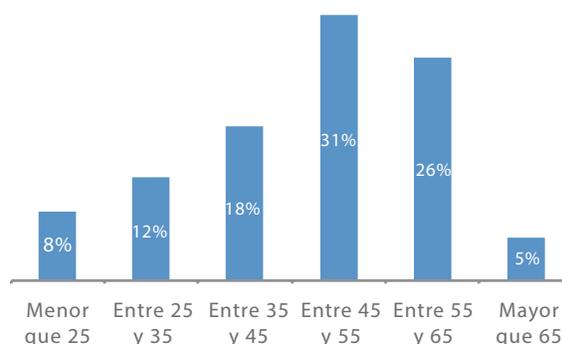
- > “Uno trata de hacerse sus lucas trabajando más y la asistente me dice que el beneficio no me cubre porque tengo un sueldo de privilegiado”.
- > “Me sentí mal porque me inscriben y después me dicen que no. Es una falta de respeto hacia la persona”.
- > “Malo, me hicieron inscribirme y pagar y no me sirvió”.
- > “Es una estafa”

### 4.2 EDAD

La edad promedio de los trabajadores que han usado el Programa (usuarios) es de 47 años, así mismo, la mayor parte de éstos está en el rango entre los 45 y 55 años<sup>4</sup>. A continuación se muestra un gráfico con la distribución de edades.

Ninguno de los trabajadores encuestados declaró tener más de 70 años que es la edad límite del Programa.

Gráfico n°1: Edad de los trabajadores que han usado el beneficio



<sup>2</sup>Documento de Sistema de Postulación Programas Sociales CChC 2015.

<sup>3</sup>Diagnóstico trabajadores de la construcción 2015.

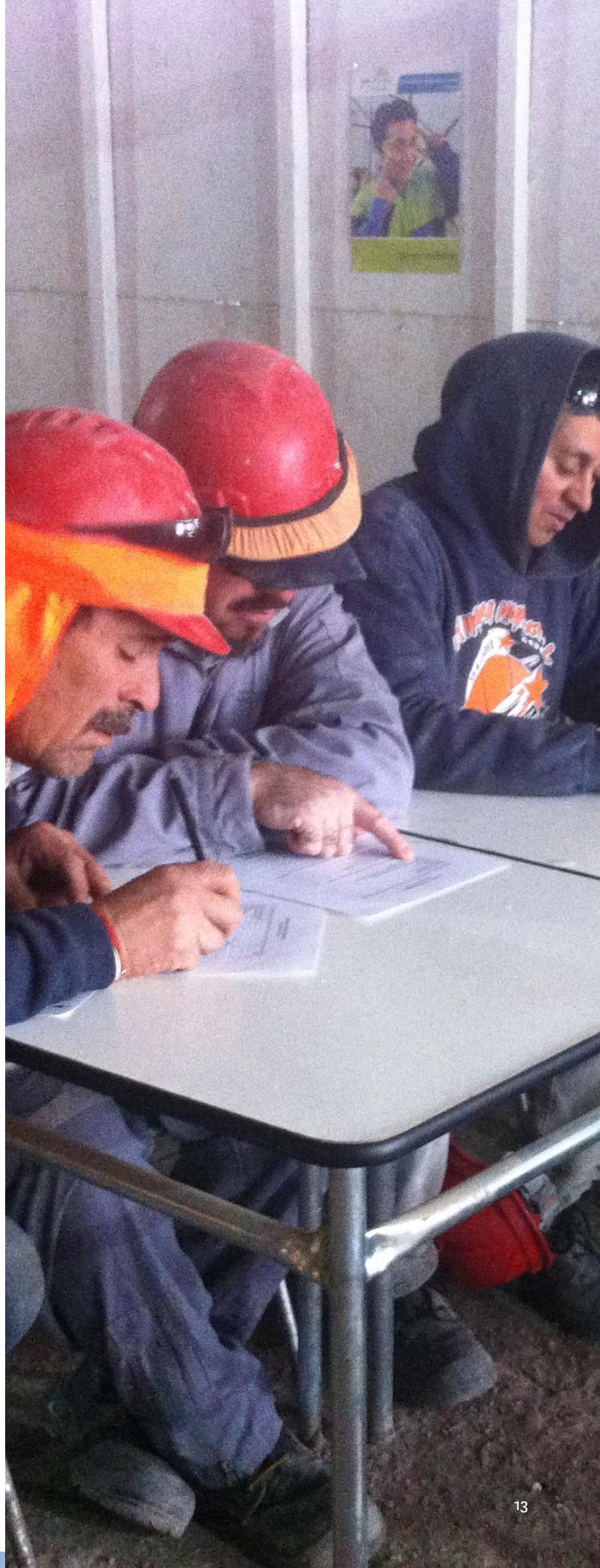
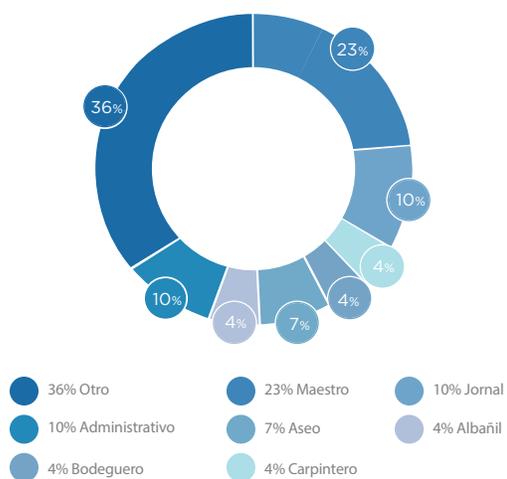
<sup>4</sup>Según los datos obtenidos en la encuesta realizada al grupo de usuarios.

### 4.3 ESPECIALIDADES DE LOS BENEFICIARIOS

Entre los beneficiarios del Programa existe una gran diversidad de cargos de la construcción. Los más numerosos son: maestros, jornales, administrativos, y encargados de aseo.

Otras profesiones u oficios de los beneficiados del Programa son: encargados de bodega, carpinteros, albañiles, chofer, ayudante, supervisor.

Gráfico n°2: Especialidad de los trabajadores





#5



Evaluación  
Financiera

## 5. EVALUACIÓN FINANCIERA

### 5.1 ANÁLISIS DE LOS INGRESOS

La inversión del Programa el año 2015 fue de 67.806 UF<sup>5</sup>. Ésta se puede desglosar en tres fuentes de financiamiento: (Ver gráfico 3).

- 77,2% o 52.364 UF provienen de la CChC.
- 22,3% o 15.098 UF provienen del aporte privado de los trabajadores.
- 0,51% o 344 UF excedente del programa del año 2014.

El aporte privado del trabajador, el año 2015, consistía en una cuota mensual de \$1.000 por cada trabajador y por cada una de sus cargas inscritas. Este monto puede ser pagado por la empresa socia, o por el trabajador inscrito, lo cual es decisión de la empresa.

#### a) Evolución de los ingresos

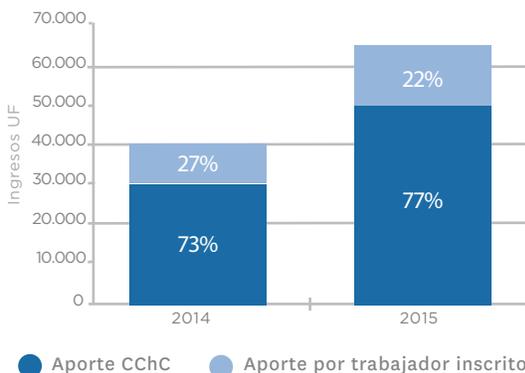
Para efectos del Programa, al analizar la evolución de los ingresos desde el año 2014, se aprecia un aumento del 70,5% (28.043 UF) para el año 2015. Esto se explica debido al incremento en el número de inscritos, y al aumento de los montos entregados por la CChC, producto de una mayor tasa de uso del beneficio. Esto último quiere decir que un mayor número de personas fueron hospitalizadas durante el 2015, en comparación con el 2014, lo que produjo que la CChC aumentara sus aportes por concepto de cofinanciamiento de las hospitalizaciones.

Para efectos de la CChC, se aprecia un aumento del 79,8% (23.238 UF) de la inversión el año 2015 versus el 2014. Este aumento tiene dos razones; la primera es que aumenta la inversión total del Programa por las razones mencionadas anteriormente. La segunda, es que cambia levemente la proporción de la inversión en casi cuatro puntos porcentuales, ya que la CChC pasa a financiar el 77% del Programa (versus el 73% el año 2014).

Gráfico n° 3: Distribución ingresos



Gráfico n° 4: Evolución ingresos por fuente de financiamiento



<sup>5</sup>Total estimado por la CSL al 31 de junio del 2016, considerando una estimación de los valores de las cirugías aún no pagadas.

## 5.2. ANÁLISIS DE LOS GASTOS

Los gastos aumentaron en un 70,5% entre el 2014 y el 2015, lo que se explica principalmente por un aumento del número de hospitalizaciones.

Distribución de los gastos:

Los gastos incurridos el año 2015 se pueden desglosar en dos principales grupos:

- Gastos directos: 81% (54.804 UF)<sup>6</sup>, que incluyen:
  - 93% Gastos hospitalarios.
  - 4% Gastos pre hospitalarios.
  - 3% Gastos post hospitalarios.
- Gastos administrativos: 19% (12.885 UF)<sup>7</sup>, que incluyen:
  - 13% Comisión ventas.
  - 2% Comisión acompañamiento.
  - 3% Comisión recaudación.
  - 82% Gastos fijos.

Los gastos fijos corresponden principalmente a gastos de arriendos, comunicaciones, administración, gestión de operaciones y recaudación.

### a) Porcentaje de gastos administrativos

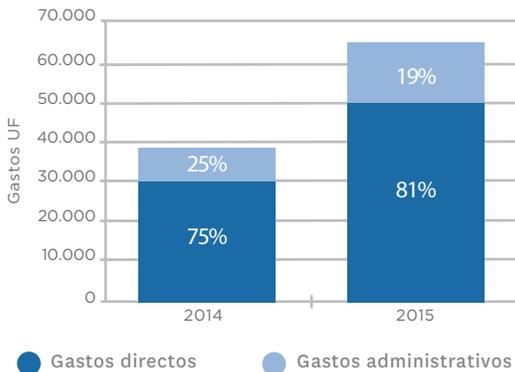
El porcentaje del presupuesto destinado a cubrir los gastos administrativos, en comparación al porcentaje destinado a cubrir gastos directos del Programa, es un indicador de la eficiencia de un programa. Para Construye Tranquilo, los gastos administrativos corresponden al 19%.

Entre el año 2014 y 2015, los gastos administrativos disminuyen en 6 puntos, de 25% el 2014, a 19% el año 2015. El detalle se presenta en el gráfico 6.

Gráfico n° 5: Distribución de los gastos



Gráfico n° 6: Evolución de los gastos por tipo.



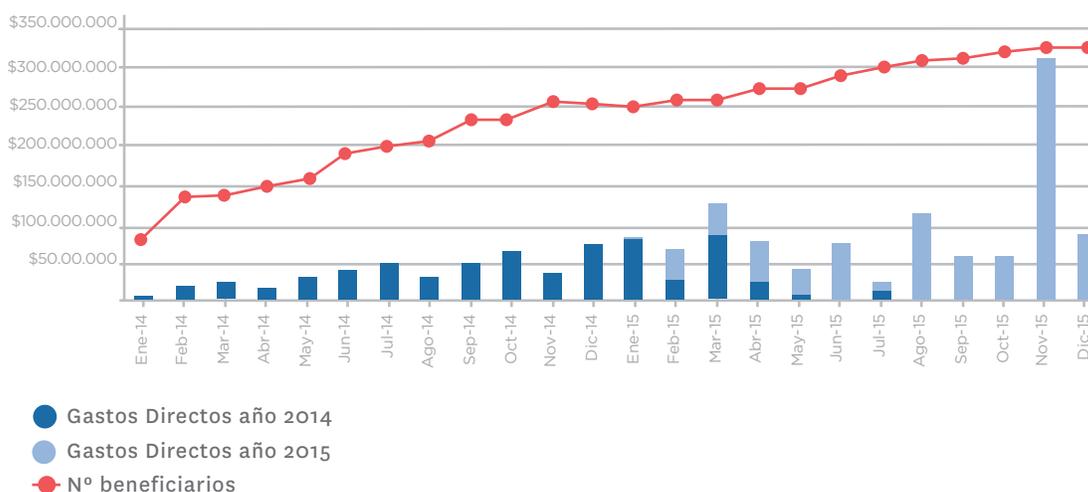
<sup>6</sup>Presupuesto año 2015

<sup>7</sup>Presupuesto año 2015

### b) Evolución de los gastos directos

Los gastos directos han tenido una tendencia a aumentar mensualmente entre enero de 2014 y diciembre de 2015. Dicha tendencia va en concordancia con el incremento del número de hospitalizaciones del Programa. Este aumento de hospitalizaciones se explica tanto por un mayor número de inscritos (del año 2014 al 2015 aumentó desde 29.038 a 37.424), como por un mayor conocimiento del Programa de parte de los trabajadores, lo que genera un crecimiento de la tasa de uso del beneficio.

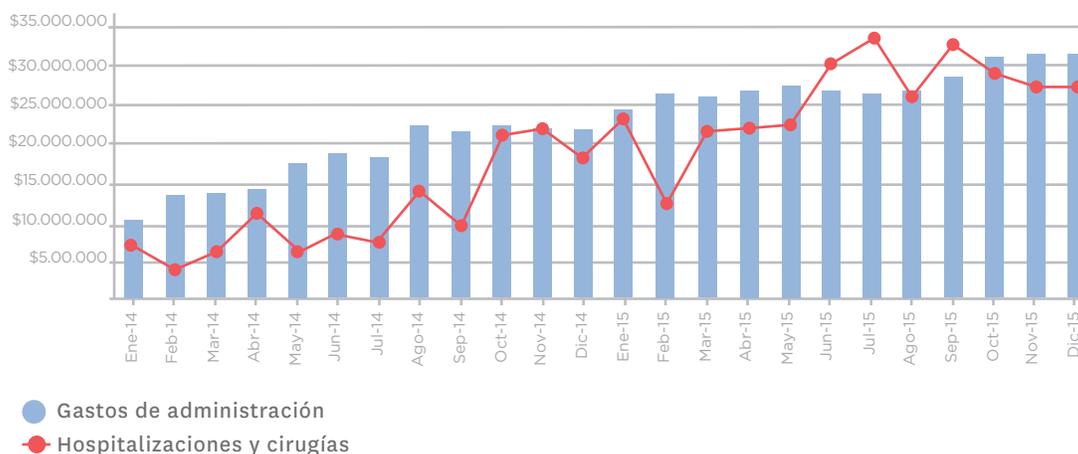
Gráfico nº 7: Gasto Directos y N° de beneficiarios



### c) Evolución de los gastos administrativos

Los gastos administrativos han ido aumentando mensualmente entre enero del 2014 y diciembre del 2015. Al igual que en el caso de los gastos directos, esta tendencia al alza se correlaciona con el incremento del número de hospitalizaciones y cirugías realizadas por el Programa.

Gráfico nº 8: Gastos administración y N° de Casos



#### d) Comparación internacional del porcentaje de gastos administrativos

El porcentaje de gastos administrativos se utiliza como medio de comparación entre programas que entregan un servicio similar. Por este motivo, se presenta la comparación con otros cuatro programas que entregan servicios similares en otros países. En dicho análisis se encontró que el porcentaje de gastos administrativo de los programas varía entre un 1,8% y un 19%. Esta gran variación responde principalmente a diferencias respecto del tamaño de los programas y en el tipo de servicio que entregan.

Los tres programas con menor gasto administrativo entregan un servicio similar a un seguro, y difieren del programa Construye Tranquilo en cuanto a complejidad.

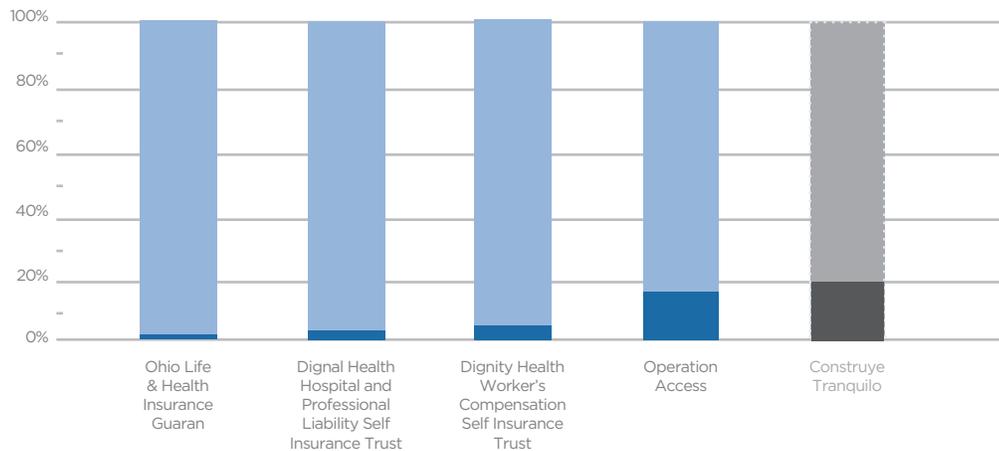
El Programa Operation Access es el más similar a Construye Tranquilo y consiste en entregar acceso gratuito de cirugías importantes y cuidados especiales de salud a personas que no tienen seguros médicos.

Debido a lo anterior, al comparar Construye Tranquilo con los otros cuatro programas similares, el Programa de la Corporación de Salud Laboral tiene un porcentaje de gasto administrativo similar, pero levemente superior, al Operation Access (2% de diferencia) y bastante superior a los otros tres.

Es complejo, para las organización, ser exactos en la imputación de los gastos generales de la organización a programas específicos cuando éstos son imputables a más de un programa o área de ésta. Para el caso de Construye Tranquilo, se le imputa un alto porcentaje de los gastos generales de la CSL, tales como personal administrativo, personal de gestión de operaciones y arriendos.

En el Gráfico n°9 se presenta la comparación mencionada con otros programas similares.

Gráfico n° 9: Comparación internacional del porcentaje del gasto administrativo



e) Tasa de uso del beneficio

La cantidad de cirugías del Programa ha aumentado anualmente desde el 2012, desde 4 hospitalizaciones anuales, hasta llegar a 881 hospitalizaciones durante el 2015. Este incremento se debe tanto al mayor número de trabajadores inscritos, como al mejor conocimiento del Programa de parte de ellos.

En enero del 2012 el Programa contaba con 7.494 inscritos y en diciembre de 2015 alcanzó los 37.424 beneficiarios, representando un aumento de casi un 500% de trabajadores en cuatro años.

La tasa de uso del Programa corresponde a la división entre el número de cirugías y el número de beneficiarios inscritos cada año. Esta ha ido aumentando desde 0,05% el año 2012 a 2,35% el año 2015.

f) Fuentes de financiamiento de hospitalizaciones y cirugías

El financiamiento de cada operación tiene tres fuentes: (i) Cobertura del Programa Construye Tranquilo, (ii) Aporte de la afiliación de salud, (iii) Copago del trabajador. Al analizar la composición del financiamiento de cada cirugía, se observa que la mayor parte corresponde a la cobertura del Programa Construye Tranquilo. Esto se mantiene para el año 2014 y 2015. Sin embargo, en el año 2015, el financiamiento proveniente del Programa aumenta en un 4%, con una respectiva disminución del financiamiento proveniente del copago del trabajador y de lo pagado por la afiliación de salud. El gráfico N° 12 muestra el detalle del financiamiento de las hospitalizaciones.

Gráfico n° 10: Tasa de uso del Programa

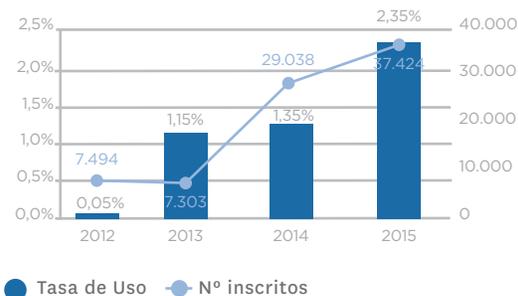
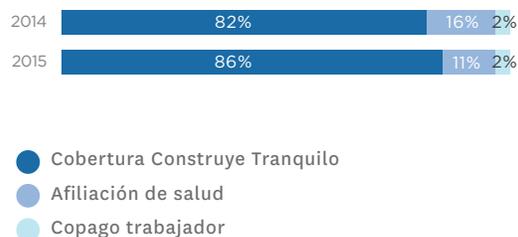


Gráfico n° 11: Fuente de financiamiento de Cirugía



### 5.3 ANÁLISIS DE GASTO POR TIPO DE HOSPITALIZACIÓN

Se seleccionó para un análisis más detallado a aquellas cirugías que fueron las más frecuentes y que representaron un mayor porcentaje del gasto durante el 2015. Los gráficos a continuación muestra las principales cirugías, en cuanto a frecuencia y costo, cubiertas por el Programa Construye Tranquilo el 2015. Las diez cirugías de azul oscuro corresponden a aquellas que se repiten como las más frecuentes y de mayor costo durante el año 2015. Cabe destacar que 6 de las 10 principales operaciones del año 2014 se repiten en el año 2015.

El gráfico 14 resume la información de los dos gráficos anteriores, ordenando las hospitalizaciones según frecuencia y cantidad de recursos. En este gráfico se identifican cuatro cuadrantes siendo el cuadrante superior derecho el que contiene las patologías destacadas de los gráficos anteriores, las que corresponde a aquellas más frecuentes y que mayor parte de los recursos concentran.

Los cuadrantes I, II y III representan el 75% del costo total y el 73% de número de casos totales, sin embargo incluyen solo 19 patologías de las 143 atendidas por el Programa el año 2015.

Gráfico nº 12: Cirugías más frecuentes, año 2015

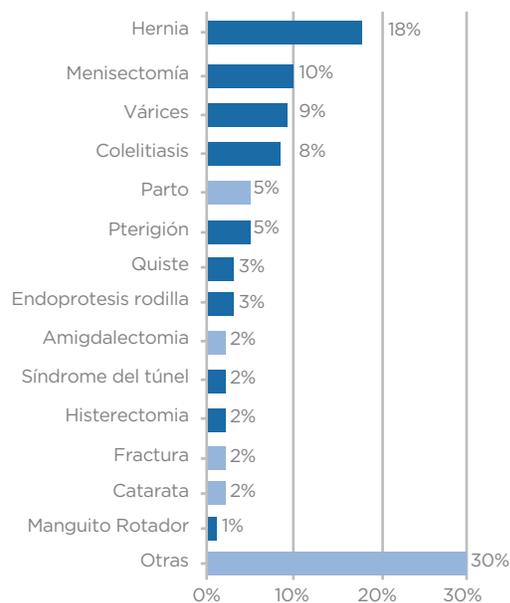


Gráfico nº 13: Cirugías más costosas, año 2015

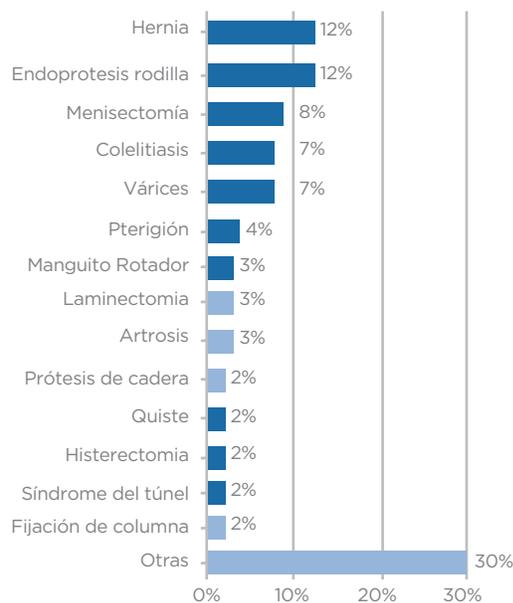


Gráfico n° 14: Hospitalizaciones por costo y número de casos

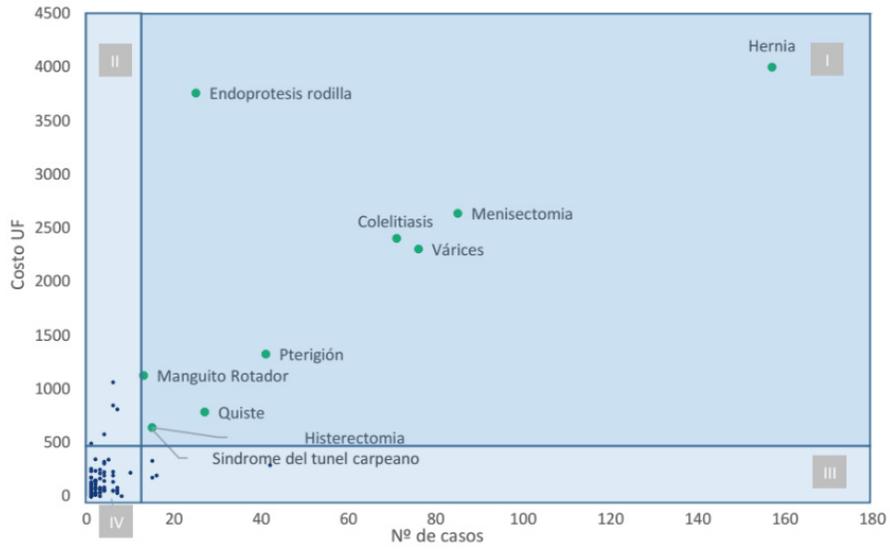


Tabla N°1: Cuadrantes

	Bajo N° de casos	Alto N° de casos
Alto costo	Cuadrante II 12% costo 3% casos 5 tipos de cirugías Costo promedio \$4.078.604	Cuadrante I 60% costo 60% casos 10 tipos de cirugías Costo promedio \$963.112
Bajo costo	Cuadrante IV 25% costo 28% casos 124 tipos de cirugías Costo promedio \$ 867.381	Cuadrante III 3% costo 10% casos 4 tipos de cirugías Costo promedio \$290.136

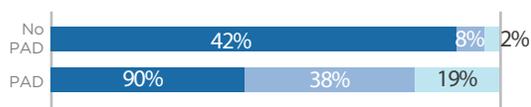


## 5.4 CIRUGÍAS BAJO MODALIDAD PAD

La modalidad bajo la que se realiza un cirugía es altamente relevante en la determinación del financiamiento. La modalidad comúnmente llamada PAD, que significa Pago Asociado a un Diagnóstico, es un programa de FONASA que garantiza el costo de la operación desde un principio. Por lo tanto, el paciente sabe, previo a la hospitalización, el monto total de la cirugía. Cuando las cirugías se realizan bajo modalidad PAD, el reembolso de FONASA es más alto.

En el gráfico N° 15 se comparan las fuentes de financiamiento de aquellas cirugías realizadas bajo modalidad PAD, de las que no. Se observa que el porcentaje financiado por la afiliación de salud es altamente mayor en el caso de PAD, con un 38% versus un 8% en el caso de no PAD. En consecuencia, el valor que debe pagar la CChC es bastante menor para las cirugías en esta modalidad.

Gráfico n° 15: Fuente de financiamiento bajo PAD vs No PAD



- Cobertura Construye Tranquilo
- Afiliación de salud
- Copago trabajador

Se entrevistó a médicos que atienden para el Programa, para entender con mayor detalle los factores involucrados en la decisión de hacer una cirugía bajo modalidad PAD o no. Esta decisión involucra distintos factores dependiendo del tipo de patología.

Por ejemplo, para el caso de la hernia, la decisión es tomada de acuerdo al diagnóstico. Aquellos casos más complicados, que no se ajustan a una cirugía común, no pueden ser realizados bajo modalidad PAD. Sin embargo, según el médico<sup>8</sup> entrevistado, estos casos no debiesen superar un 10%. Adicionalmente, para las cirugías de hernias, la modalidad bajo la que se realiza no tiene un impacto

económico sobre el médico, ya que éste recibe la misma compensación en ambos casos. Sin embargo, cuando se realiza una cirugía bajo modalidad PAD, el presupuesto destinado a la operación es más limitado y el médico debe restringirse al paquete de prestaciones especificadas. Debido a lo anterior, a algunos médicos no les acomoda trabajar bajo modalidad PAD.

Para el caso de las várices, los médicos de la clínica no realizan cirugías PAD debido a que les significa una reducción de sus honorarios (\$60.000 aproximadamente), no pueden utilizar la tecnología de radiofrecuencia (30% de los casos aproximadamente) y tampoco hacer operaciones bilaterales (ambas piernas, 20% de los casos aproximadamente)<sup>9</sup>.

Sin embargo, durante la entrevista, el médico expresó estar dispuesto a negociar con el Programa y la Clínica el uso de PAD, pero manteniendo los honorarios y el uso de la tecnología de radiofrecuencia.

<sup>8</sup>Entrevista realizada al Doctor Bernardo Koffmann el día 9 de mayo en la Posta Central.

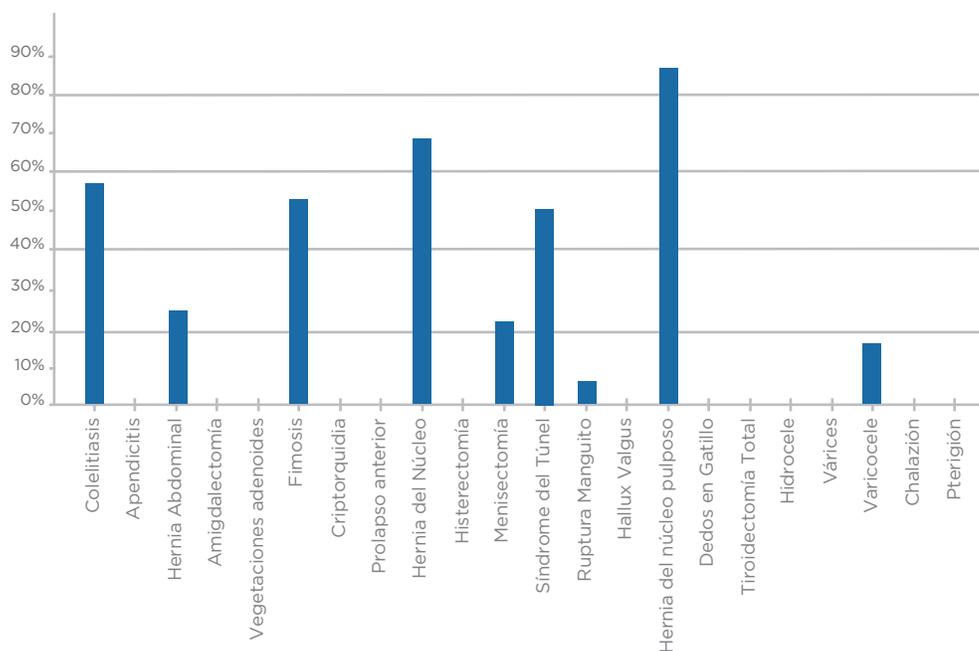
<sup>9</sup>Entrevista telefónica realizada al doctor Gabriel Seguel el día 17 de mayo.

Contrastando con los datos entregados por los médicos entrevistados, con los del Programa Construye Tranquilo, la cantidad de hospitalizaciones realizadas bajo modalidad PAD por tipo de patología es baja (considerando sólo aquellas que sí pueden atenderse bajo modalidad PAD). Por ejemplo, en el caso de la hernia abdominal solo el 36% de los casos fue realizado bajo modalidad PAD el 2015. Por su parte, la colestitis vemos que un 59% son realizadas bajo modalidad PAD y para el caso de las várices un 0%.

Esta información se contrasta con lo indicado por el médico, quién afirma que la relación PAD/ no PAD podría ser cercana a un 90/10<sup>10</sup>. Solo en el caso de Parto, Hiperplasia de la Próstata y Cataratas se tiene un alto porcentaje igual a 100%, ya que estas patologías requieren ser realizadas bajo modalidad PAD, para ser cubierto por el Programa Construye Tranquilo.

El gráfico a continuación muestra el detalle de las patologías realizadas bajo modalidad PAD del total de patologías operables PAD por tipo.

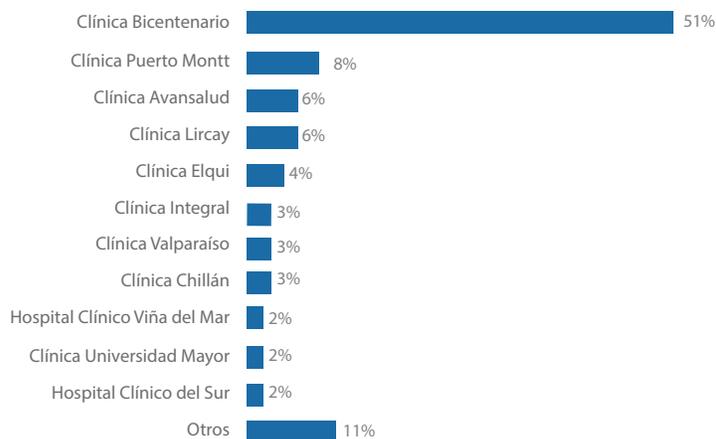
Gráfico n° 16: Cirugías realizadas bajo modalidad PAD de las patologías operables bajo PAD



<sup>10</sup>Relación válida para el caso de las hernias.

Con el objetivo de realizar un análisis detallado de las cirugías realizadas bajo modalidad PAD, se seleccionaron aquellos prestadores que realizan la mayor cantidad de las cirugías del Construye Tranquilo. Once prestadores representan el 89% de las cirugías realizadas el año 2015, los cuales se muestran en gráfico a continuación.

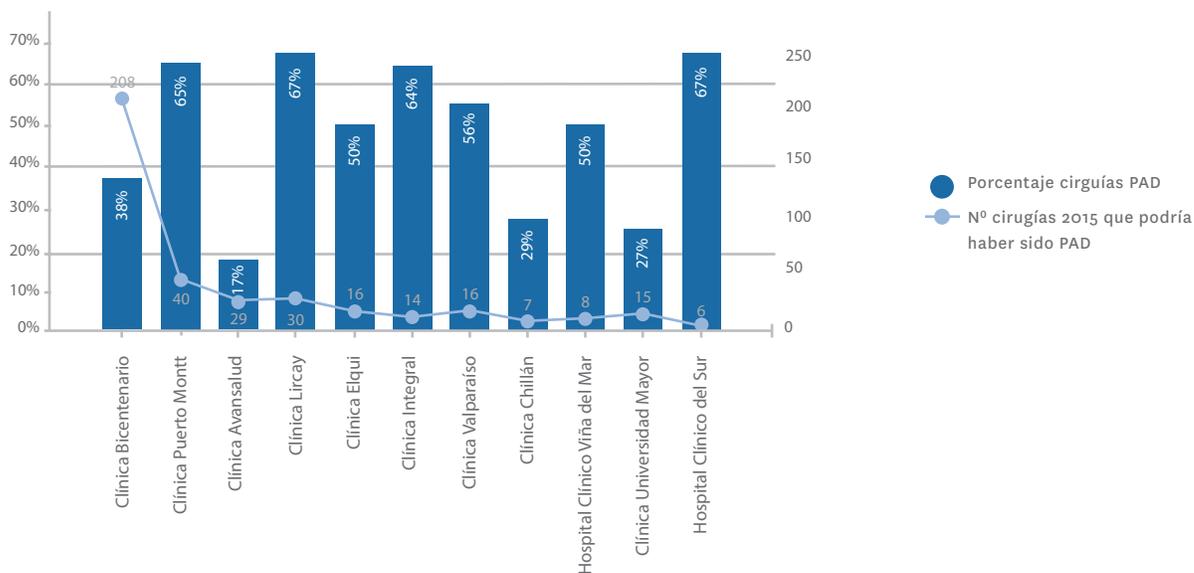
Gráfico n°17: Prestadores con mayor número de cirugías realizadas



El programa PAD de FONASA, define un grupo de cirugías que se pueden realizar bajo esta modalidad. Sin embargo, no todas las instituciones de salud atienden con todos los PAD definidos por FONASA, cada prestador elige que prestaciones tendrá con convenio PAD.

A continuación se analizarán la cantidad de cirugías PAD realizadas por los prestadores más relevantes del Construye Tranquilo (definidos en el gráfico anterior). El gráfico N° 18 muestra el porcentaje de las cirugías realizadas bajo modalidad PAD, del total de las cirugías que podrían haber sido PAD del Construye Tranquilo (en base a los convenios de cada institución).

Gráfico n°18: Porcentaje de cirugías PAD de las que pueden ser PAD por prestador



A continuación se presenta un análisis más detallado, donde se muestra el porcentaje, del presupuesto total 2015, que representa cada una de las cirugías que se podrían realizar bajo modalidad PAD según el listado de FONASA. Se destaca en color azul, aquellas cirugías que representan más de un 1% del costo total.

Tabla n°2 Porcentaje que representan del costo total cada una de las cirugías

	Clinica Avansalud	Clinica Bicentenario	Clinica Chillán	Clinica Elqui	Clinica Integral	Clinica Lircay	Clinica Pto Montt	Clinica U. Mayor	Clinica Valparaíso	Hospital Clínico del Sur	Hospital clínico Viña del mar	Total por cirugía
Amigdalectomía	0%	0,3%	0%	0,1%	0%	0%	0%	0,1%	0%	0%	0%	0,5%
Apendicitis	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0,1%	0%	0%	0%	0,1%
Catarata	0%	0,5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0,6%
Colelitiasis (cálculo)	0,1%	3,7%	0%	0,3%	0,3%	0,7%	0,3%	0%	0,2%	0,2%	0,2%	5,9%
Criptorquidea (Descenso incompleto del testículo)	0%	0,1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0,1%
Fimosis	0%	0,1%	0%	0%	0%	0%	0,3%	0%	0%	0%	0%	0,4%
Hallux Valgus	0%	0,3%	0%	0%	0%	0%	0,2%	0%	0%	0%	0%	0,5%
Hernia Abdominal	0%	0,9%	0%	0,2%	0,1%	0,3%	0%	0%	0,2%	0,6%	0,2%	2,7%
Hernia Inguinal	0%	2,8%	0%	0,4%	0,1%	0,2%	0,3%	0%	0,1%	0,3%	0%	4,1%
Hiperplasia próstata	0,1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0,1%
Hernia del núcleo pulposo	0%	0,7%	0%	0%	0%	0%	0,1%	0%	0%	0%	0,1%	0,9%
Menisectomía (Rotura del menisco)	2,9%	2,1%	0,1%	0,7%	0,2%	1,0%	1,1%	0,1%	0,3%	0%	0,4%	9,0%
Parto	0%	0,2%	0%	0%	0%	0%	0,1%	0%	0%	0%	0%	0,6%
Pterigión (Inflamación tejido del ojo)	0%	3,0%	0%	0,1%	0%	0%	0,1%	0%	0%	0,1%	0%	3,2%
Quiste	0%	0,1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0,1%
Ruptura Manguito Rotador (Desgarro del hombro)	0,5%	3,0%	0%	0,1%	0%	0%	0,2%	0%	0%	0%	0%	3,8%
Síndrome del tunel carpeano (Nervio comprimido a nivel muñeca)	0%	0,1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0,1%
Várices	0,2%	3,5%	0%	0,2%	0,2%	0,5%	1,3%	0,4%	0,2%	0,2%	0,1%	6,6%
Varicocele	0%	0,2%	0%	0%	0%	0%	0,1%	0%	0%	0%	0%	0,3%
<b>Total por clínica</b>	<b>3,9%</b>	<b>21,7%</b>	<b>0,1%</b>	<b>2,0%</b>	<b>0,9%</b>	<b>2,7%</b>	<b>4,1%</b>	<b>0,7%</b>	<b>1,0%</b>	<b>1,3%</b>	<b>1,1%</b>	<b>39,5%</b>

Para las 18 cirugías destacadas en azul en la tabla previa, que corresponden a las cirugías que representan mayor porcentaje del costo del total por prestador, se analiza en la tabla n° 3:

- La cantidad de cirugías realizadas bajo modalidad PAD y no PAD
- El costo promedio PAD y no PAD
- El posible ahorro si la totalidad de estas cirugías se realizaran bajo modalidad PAD.

Es importante mencionar, que en ningún caso todas las cirugías podrían realizarse bajo modalidad PAD debido a que algunos diagnósticos son más complejos y no son atendibles bajo esta modalidad, sin embargo se muestra el caso hipotético.

Tabla n°3: Patologías con mayor posibilidad de ahorro

Clínica	Patologías	Porcentaje de costo	¿Tiene convenio PAD?	N° de cirugía 2015		Bonificación CChC		Ahorro Posible
				PAD	No PAD	PAD	No PAD	
Clínica Bicentenario	Colelitiasis (Cálculo)	3,7%	Sí	15	25	\$596.809	\$1.439.178	\$21.059.209
Clínica Bicentenario	Várices	3,5%	Sí	0	41	\$190.010	\$1.039.418	\$34.825.718
Clínica Bicentenario	Pterigión (Inflamación tejido del ojo)	3,0%	No	0	34	\$139.635	\$1.054.182	\$31.094.604
Clínica Bicentenario	Ruptura Manguito Rotador (Desgarro del hombro)	3,0%	Sí	0	12	\$1.347.055	\$2.957.545	\$19.325.879
Clínica Avansalud	Menisectomía (Rotura de menisco)	2,9%	Sí	-	25	\$464.200	\$1.413.958	\$17.474.193
Clínica Bicentenario	Hernia Inguinal	2,8%	Sí	15	32	\$449.251	\$849.733	\$12.815.413
Clínica Bicentenario	Menisectomía (Rotura de menisco)	2,1%	Sí	1	13	\$464.200	\$1.943.058	\$12.512.191
Clínica Puerto Montt	Várices	1,3%	No	0	9	\$190.010	\$1.759.978	\$14.129.710
Clínica Puerto Montt	Menisectomía (Rotura de menisco)	1,1%	Sí	5	9	\$454.383	\$1.350.155	\$5.262.067
Clínica Lircay	Menisectomía (Rotura de menisco)	1,0%	No	0	4	\$464.200	\$2.912.966	\$9.724.524
<b>Total Ahorro Posible</b>							<b>\$178.223.509</b>	

La tabla n°3 siguiente muestra aquellas patologías con mayor posibilidad de ahorro en el caso de hacer gestiones para que se realicen un mayor porcentaje de cirugías en modalidad PAD. Se destacan como las más prioritarias:

- Cirugía de Várices en Clínica Bicentenario
- Cirugía de Pterigión en la Clínica Bicentenario
- Colelitiasis en Clínica Bicentenario.

La recomendación después de este análisis es realizar gestiones para hacer convenios que le permitan al Programa tener una mayor cantidad de cirugías bajo modalidad PAD de aquellas que tienen mayor impacto en el presupuesto del Programa. A modo de ejemplo:

- Menisectomía: En la Clínica Bicentenario se realizaron 14 cirugías y en la Clínica Avansalud se realizaron 25. Se podría intentar hacer un convenio y comprometer todas las cirugías a aquella clínica que acepte el convenio.
- Varices: Se realizaron 41 cirugías en la Clínica Bicentenario y ninguna fue PAD (Sin embargo, la clínica si tiene convenio PAD para esta cirugía). En este caso, se podría negociar con los médicos de la clínica para que operen PAD o negociar con otras clínicas este gran número de operaciones.
- Pterigión: Se realizaron 34 cirugías en la Clínica Bicentenario y ninguna fue PAD, esto debido a que no existe convenio PAD de esta cirugía en la Clínica. Se podría negociar el convenio o ver la posibilidad de realizarlas en otra clínica que sí tenga convenio.



#6



Análisis de los  
Procesos

## 6. ANÁLISIS DE LOS PROCESOS

Desde el punto de vista de los procesos del Programa, éste se podría visualizar de la siguiente manera:



### RESUMEN DEL PROCESO

El proceso se inicia con la venta del Programa a las empresas socias de la CChC donde se explica en qué consiste el Programa. Si la empresa está interesada, firma un convenio con la Corporación de Salud Laboral.

Posteriormente, se realiza una charla informativa del Programa a los trabajadores, quienes, en caso de estar interesados, se inscriben.

Después, cuando un trabajador quiere utilizar el beneficio, se realiza una verificación del cumplimiento de los requisitos. En caso de cumplir con todos ellos, se agenda la primera consulta con el médico que podría realizar la cirugía. El paciente es acompañado por la asistente social a esta primera consulta, en la que junto al médico, se confirma la hospitalización/cirugía o se agendan más consultas en caso de ser necesario.

Una vez confirmada la hospitalización/cirugía por el médico, se realiza la operación.

Por último se efectúa el reembolso de los gastos pre y post hospitalarios al trabajador y el pago de cuentas a la clínica.

A continuación se analizan algunos puntos críticos detectados en cada etapa del proceso.

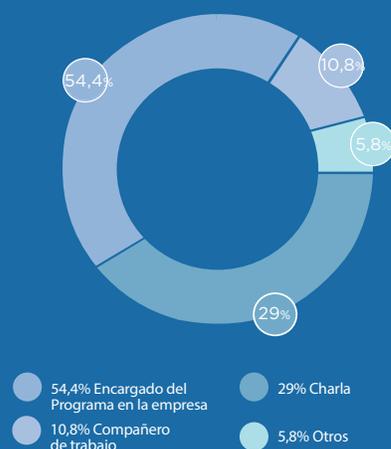
### 6.1 PROCESO DE VENTA

a) ¿Cómo se enteran los trabajadores sobre el Programa?

Los trabajadores declaran que el principal canal de información, es el encargado del Programa de su empresa. Un 54% de los encuestados declara haber conocido el Programa por este medio. La charla informativa en la obra es el segundo canal de información, con un 29%. En tercer lugar se encuentra la información que entregan los distintos compañeros de trabajo.

El gráfico N°19, a continuación, muestra el detalle de las principales fuentes de conocimiento del Programa.

Gráfico n° 19: Canal de información del Programa



Debido a la relevancia del asistente social como canal de comunicación, es fundamental que éste maneje información clara y precisa sobre el Programa. En entrevistas a asistentes sociales, se detectó una baja comprensión de los procesos de Construye Tranquilo, de los requisitos de inscripción y de la cobertura de éste. Los asistentes sociales entrevistados expresaron la necesidad de contar con información detallada del Programa en la obra, para poder consultarla cuando los trabajadores les presentan dudas.

b) ¿Qué entienden los trabajadores de la charla informativa en la obra?

Con el objetivo de evaluar la charla informativa que se realiza en la obra, se realizaron observaciones a dos charlas y se implementó una prueba de conocimiento del Programa a trabajadores, inmediatamente después de terminada la charla. Las principales conclusiones de este levantamiento de información fueron:

- Los trabajadores tienen poca claridad respecto a los integrantes del grupo familiar que pueden inscribirse al beneficio. Solo un 3,5% de los trabajadores entendió bien qué cargas pueden inscribirse en el Programa. Un 50% no sabía que los trabajadores solteros pueden inscribirse como beneficiarios a sus padres.
- Existe poca claridad sobre las patologías cubiertas por el Programa. Solo el 43% demostró entender la diferenciación entre las enfermedades cubiertas y las que no. Por ejemplo, el 31% declara que todas las patologías auge pueden ser operadas con el Programa.
- El mecanismo para utilizar el Programa en caso de urgencia también es confuso para los trabajadores. Un 39% declaró no saber qué procedimiento debía realizar en caso de urgencia.
- Por otro lado, los requisitos de sueldo para ingresar al programa, la cuota mensual requerida y el deducible del programa, sí fueron entendidos por los trabajadores. Un 97% demostró claridad sobre el requisito de sueldo máximo de \$700.000.

El 100% de los trabajadores entendió correctamente la cuota mensual requerida y el deducible en caso de uso del Programa.

Un factor relevante en la disminución de la efectividad de la charla, es entregar información de varios programas de manera conjunta. En algunos casos observamos que a continuación de la charla de Construye Tranquilo, se realiza la charla del Beneficio Dental, generando confusión entre los trabajadores.

## 6.2 PROCESO DE INSCRIPCIÓN

a) ¿Quién verifica que los trabajadores que se inscriban cumplan con los requisitos?

Cuando un trabajador, o su carga, trata de usar el beneficio del Programa, se verifica que tenga un sueldo inferior a \$700.000 y que su previsión de salud no sea Fonasa A. Sin embargo, al momento de la inscripción, esta verificación es responsabilidad de la empresa constructora, y no existe una revisión por parte de la Corporación de Salud Laboral. Esto genera un problema, ya que, si la empresa no realiza bien dicha verificación, se inscribe a personas que posteriormente no podrán utilizar un beneficio por el cual pagaron. De aquellas personas inscritas, a quienes se negó el uso del beneficio al intentar ejercerlo, un 15%<sup>11</sup> fue rechazado por pertenecer a Fonasa A, y un 33%<sup>12</sup> por tener un sueldo superior a \$700.000. Estas personas podrían haber ahorrado el pago de la mensualidad si se hubiese hecho una correcta verificación al momento de inscribirse.

## 6.3 PROCESO DE VERIFICACIÓN

a) ¿Qué porcentaje de los trabajadores que tratan de hacer uso del beneficio son rechazados?

No existe registro de las personas inscritas, que al intentar hacer uso del beneficio, son rechazadas. Esto genera desconocimiento del número de personas a que se niega el uso del beneficio y de las razones del rechazo. Esta información podría ser valiosa para mejorar la gestión del Programa.

<sup>11</sup>Según datos de la encuesta a rechazados del Programa

<sup>12</sup>Según datos de la encuesta a rechazados del Programa

b) ¿Cuándo se realiza la revisión del tipo de Previsión de Salud?

La verificación de la Previsión de Salud de la persona que intenta usar el beneficio se realiza después a la primera aprobación por parte de la Corporación de Salud. Esto genera, que en algunos casos, a un beneficiario se le informa que el Programa podrá cubrir la cirugía que la persona necesita realizarse, y solo en una segunda instancia se le explica que no será cubierta porque pertenece a Fonasa A.

La situación anterior produce mucho malestar en aquellas personas inscritas en el Programa, principalmente porque estaban ilusionados con la posibilidad de operarse y posteriormente se enteran de que no podrán hacerlo.

El 67,5% de las personas rechazadas por ser Fonasa A, declaran que les dijo que sí se podían atender en un comienzo y después fueron rechazados. Este grupo es muy vulnerable, ya que debido a la situación socioeconómica que tienen, no tienen otras alternativas para poder recibir la cirugía que necesitan.

c) ¿Cómo se hacen llegar los documentos para la verificación a la Corporación de Salud Laboral?

El proceso por el que la asistente social de una empresa le hace llegar los documentos e información necesaria para la verificación de antecedentes a la asistente social de la CSL, está poco estructurado. Normalmente consiste en un intercambio de varios mails, ya que la información que se entrega inicialmente es incompleta. Esto genera una inversión considerable de tiempo por ambas partes, muchas veces innecesaria. Si se utilizara un formulario, donde se pide toda la información necesaria, y en que se adjunten los documentos, se podrían reducir los tiempos y agilizar el proceso.

d) ¿Cómo se verifican los requisitos en los casos de urgencia?

En los casos de urgencia en horario no hábil, no se verifica vigencia, sueldo, o sistema de salud previsional. Esto genera un potencial riesgo ya que podrían utilizar el Programa algunas personas que no estén vigentes, o que no cumplan alguno de los requisitos. Lo que sucede posteriormente en estos casos no está definido y el gasto ha sido absorbido en parte por la CChC y en parte por la empresa socia.

## 6.4 PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN

a) Acompañamiento de la asistente social

La labor de la asistente social que acompaña al trabajador en la clínica es muy importante, ya que lo orienta en cada una de las etapas del proceso. Esta función es altamente valorada por el trabajador y su calidad está bien evaluada.

## 6.5 PROCESO DE REEMBOLSO Y PAGO DE CUENTAS

a) ¿Cómo se reembolsan los gastos pre y post hospitalarios?

Los gastos pre y post hospitalarios que han sido cancelados por el beneficiario, son reembolsados por el Programa. Esto se realiza a través de Servipag, por medio de un depósito que tiene validez de un mes. El problema se produce cuando los trabajadores demoran más de un mes en retirar el dinero, ya que cuando se cumple el plazo, el depósito en Servipag queda desactivado. Un 23%<sup>13</sup> de los beneficiarios encuestados declaran no haber recibido el reembolso.

Parte importante de este problema, reside en la desinformación de los trabajadores sobre este proceso. Muchos declaran que falta más información y acompañamiento por parte de la asistente en esta etapa.

b) ¿Cómo se pagan las cuentas de las clínicas?

Para hacer efectivo el pago de las cuentas de la clínica, el procedimiento regular consiste en que la clínica llama al paciente para que se dirija a su institución de salud previsual a valorizar la cuenta. Luego, el paciente lleva el programa valorizado a la clínica y ésta envía la cuenta total a la CSL.

Sin embargo, para el caso de la Clínica Bicentenario (y, en general, en las clínicas de Santiago), se evita que el trabajador sea parte del proceso y es la clínica quien valoriza directamente con Fonasa o Isapre, agilizando el proceso. El proceso regular solo se realiza en regiones, donde un ejecutivo del Programa apoya al trabajador durante esta etapa.

Para pacientes afiliados a Isapre<sup>14</sup>, y en el caso de que el equipo médico cobre de forma particular (esto sucede mayoritariamente en regiones), la boleta queda a nombre del paciente. En estos casos es obligatorio que sea el paciente quien acuda a la oficina de la Isapre a cobrar el reembolso de dinero. En estos casos, se corre el riesgo de que el trabajador no entregue el dinero recibido por parte de la Isapre a la CSL. Para resguardarse, se intenta contactar al paciente a través de la empresa y de la asistente social, e insistirle en que devuelva el dinero reembolsado.<sup>15</sup>

Debido a la complejidad del proceso de reembolso y de que los tiempos dependen de las clínicas. Algunas cuentas de hospitalización llegan a la Corporación de Salud muchos meses después de la entrega del servicio, generando problemas para la ejecución del presupuesto, especialmente cuando se acerca el cierre de año.



<sup>13</sup>Según datos de la encuesta a Usuarios del Programa.

<sup>14</sup>El 11% de los trabajadores de la construcción se encuentra afiliado a Isapre.

<sup>15</sup>Según lo declarado por la encargada de pago de cuentas de la CSL.



#7



Evaluación  
de impacto

## 7. EVALUACIÓN DE IMPACTO

### 7.1 GRUPOS IDENTIFICADOS

Se pueden identificar dos grupos de personas para los cuales el Programa impacta de distinta manera. Estos son:

i) **Beneficiarios:** compuesto por todos aquellos trabajadores que están inscritos en el Programa. A diciembre del año 2015 existían 37.424<sup>16</sup> inscritos. El principal impacto para este grupo, es la sensación de seguridad de contar con un programa que los protege frente a una eventual hospitalización o cirugía.

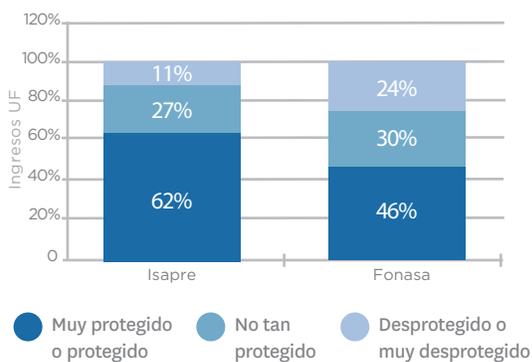
ii) **Usuarios:** compuesto por aquellos trabajadores que hicieron uso del Programa, es decir, fueron hospitalizados. Durante el año 2015 la cantidad de hospitalizaciones fue de 881<sup>17</sup>. Para este grupo, los principales impactos del Programa son la mejora en calidad de vida, por recibir una cirugía y mejorar su enfermedad; y el ahorro económico, ya que recibieron una hospitalización a bajo costo.

### 7.2 IMPACTO EN SENSACIÓN DE SEGURIDAD

El impacto en sensación de seguridad, considera la mejora en la calidad de vida de una persona por tener una mayor percepción de seguridad frente a posibles problemas de salud. Para cuantificar este impacto, comparamos la sensación de seguridad de los beneficiarios del programa con la de personas similares sin acceso a programas de este tipo.

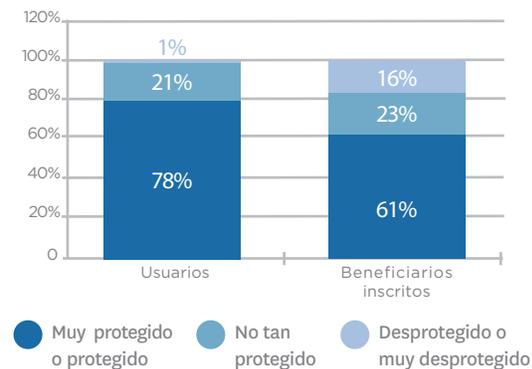
Para calcular el impacto, se analizará por separado la sensación de seguridad de los usuarios del Construye Tranquilo (que han usado el Programa) y los beneficiarios inscritos en el Programa (que no han usado el Programa). Se compara la sensación de seguridad de estos dos grupos, con la de un afiliado a Fonasa y a Isapre. Se analiza por separado los usuarios y beneficiarios del Programa, debido a que la sensación de seguridad es muy distinta entre estos dos grupos. Esta diferencia se debe principalmente a que las personas que han usado el programa tienen un mayor conocimiento de sus beneficios y por esto demuestran una mayor sensación de seguridad.

Gráfico n°20: Sensación de seguridad afiliados al sistema de salud en Chile



Fuente: Elaboración propia en base a datos de Superintendencia de Salud.

Gráfico n°21: Sensación de seguridad usuarios y beneficiarios del programa Construye Tranquilo



Fuente: Elaboración propia en base a encuesta Inscritos en Construye Tranquilo.

<sup>16</sup>Presupuesto 2015

<sup>17</sup>Presupuesto 2015

Como punto de comparación para este análisis, se utilizó un estudio hecho por la Superintendencia de Salud el, año 2008, sobre la sensación de seguridad de afiliados a Fonasa y a Isapre. El estudio muestra que un 46% de los afiliados a Fonasa declaran sentirse “muy protegidos” o “protegidos” y el 62% de los afiliados a Isapre declaran lo mismo<sup>18</sup> (Ver gráfico con el detalle del estudio).

La sensación de seguridad de los usuarios del Programa Construye Tranquilo es superior a la declarada por las personas de Fonasa. Se les hizo la misma pregunta que en el estudio descrito en el párrafo anterior, y, un 78% respondió que se siente “Muy protegido” o “Protegido” (Ver gráfico).

Para el grupo de beneficiarios inscritos del Programa, pero que no han hecho uso de éste, la sensación de seguridad es inferior a la de los usuarios, pero superior a la de un afiliado de Fonasa. El 61% se siente “Muy Protegido” o “Protegido” (ver gráfico).

Con el objetivo de monetarizar este impacto se calculó el valor de un punto porcentual de aumento de sensación de seguridad. Para esto, se usaron los costos promedio en que incurren los cotizantes afiliados de Fonasa e Isapre y la sensación de seguridad para ambos sistemas de salud. La tabla a continuación muestra la sensación de seguridad y los costos para ambos sistemas de salud.

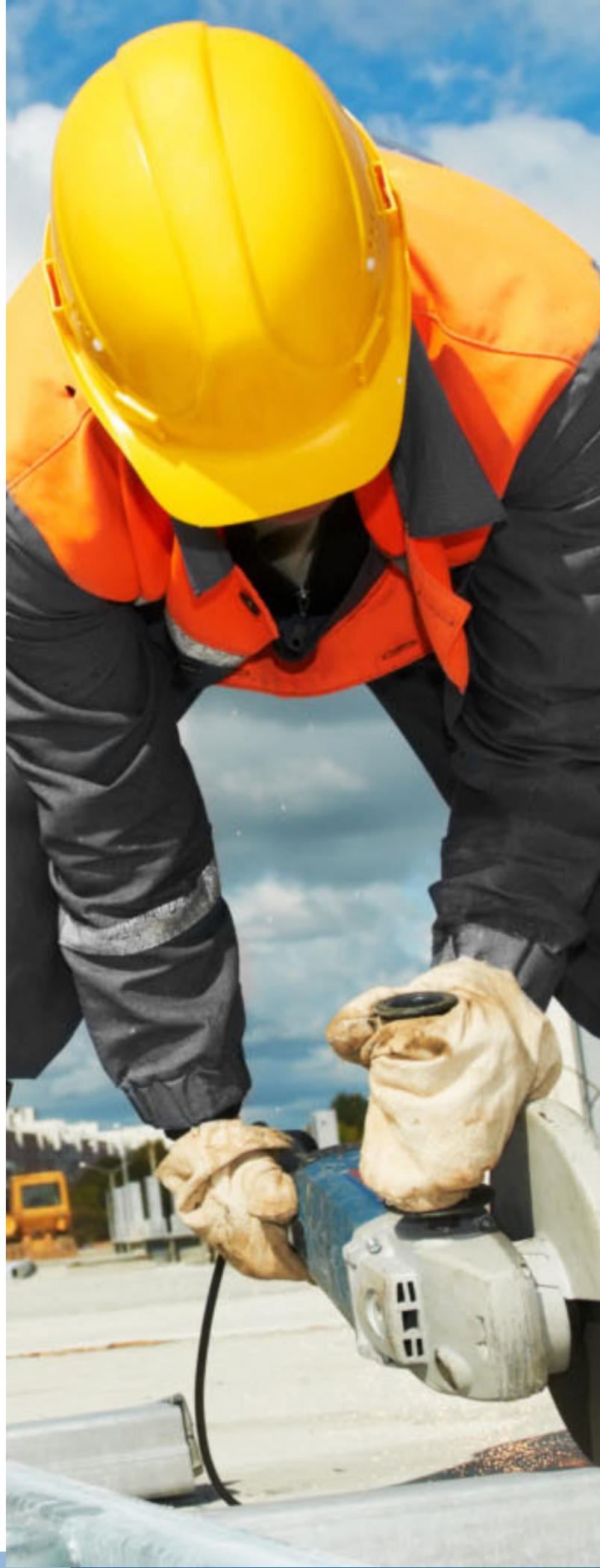
Tabla n°4: Sensación de seguridad y costo Fonasa e Isapre.

	Fonasa	Isapre
Sensación de seguridad “Protegido” o “Muy Protegido”	46%	62%
Valor promedio de las cotizaciones anuales por cotizante, año	\$246.536 <sup>19</sup>	\$1.070.592 <sup>20</sup>

<sup>18</sup>Superintendencia de Salud (2008). El Mercado de los Seguros Complementarios de Salud.

<sup>19</sup>Considera el 7% de la renta imponible de cotización obligatoria para Salud, respecto del total de cotizantes, a diciembre del año 2012, Superintendencia de Salud

<sup>20</sup>Boletín estadístico Isapres, año 2012, Superintendencia de Salud.



En base a los valores de la tabla anterior, se calcula un *proxy* de lo que una persona está dispuesto a pagar por un punto más de sensación de seguridad (en adelante "s. seguridad"):

$$\text{Monetización de un punto en s. seguridad} = \frac{\text{Valor Isapre} - \text{Valor Fonasa}}{\text{S. Seguridad Isapre} - \text{S. Seguridad Fonasa}}$$

Como se explicó anteriormente, el impacto en sensación de seguridad está dado por el impacto en sensación de seguridad de los usuarios del Programa más el impacto en sensación de seguridad de los beneficiarios del Programa:

$$\text{Impacto en s.seguridad} = \text{impacto en s. seguridad usuarios} + \text{impacto en s. seguridad beneficiario}$$

El impacto en sensación de seguridad tanto de los usuarios como de los beneficiarios del Programa, es el resultado de la multiplicación del número de personas afectadas, los puntos de diferencia en sensación de seguridad y el valor de un punto en sensación de seguridad.

$$\text{Impacto en s. seguridad} = \text{Nº personas afectadas} \times \text{puntos de diferencia} \times \text{Valor de un punto en s. seguridad}$$

Se procederá calculando inicialmente el impacto en sensación de seguridad de los usuarios, para continuar con el calculo de los beneficiarios. Para los 881 usuarios del Programa, el aumento en sensación de seguridad es de 32 puntos para el 89% de los trabajadores que pertenecen a Fonasa y de 16 puntos para el 11% de los trabajadores que pertenecen a Isapre.

Reemplazando los valores, se obtiene un valor para la sensación de seguridad de los usuarios igual a \$1.372.053.240.

Para el caso de los 36.543 beneficiarios inscritos (total descontando los usuarios del Programa), el aumento en la sensación de seguridad es igual a 15 puntos para los beneficiarios inscritos en Fonasa. Debido a que la sensación de seguridad para los afiliados a Isapre es mayor que para los beneficiarios del Programa, no hay impacto para el 11% de los trabajadores que estaría afiliado a Isapre.

Reemplazando los valores, se obtiene un valor para la sesación de seguridad de los beneficiarios igual a \$25.125.724.958.

Finalmente, sumando ambos impactos (usuarios y beneficiarios), se obtiene un impacto en sensación de seguridad de \$ 26.497.778.198 o de 1.030.167,<sup>21</sup> UF.

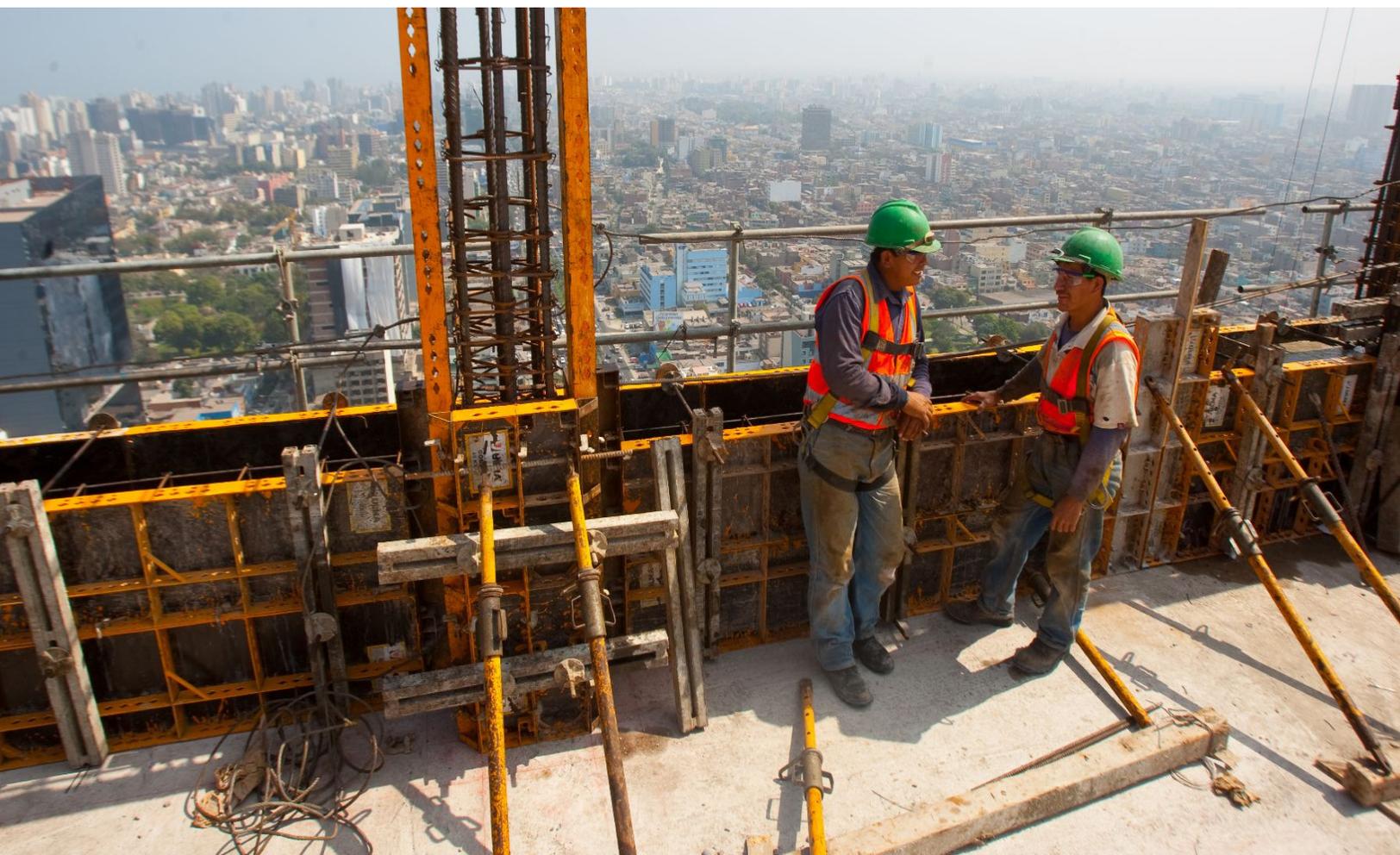
Para calcular el la retorno sobre la inversión (en adelante "ROI") del Programa debido al impacto en sensación de seguridad, dividimos el impacto en sensación de seguridad por la cantidad de recursos invertidos.

$$ROI_{s.seguridad} = \frac{\text{Impacto } s.seguridad}{\text{Inversión}} = \frac{\text{UF } 1.030.167}{\text{UF } 67.806} = 15,19$$

Este número nos indica que por cada peso invertido en el Programa, tenemos un retorno social de 15 pesos en beneficios. Este alto impacto se debe a la gran cantidad de personas que se benefician por una mayor sensación de seguridad, ya que los 37.424 inscritos se ven afectados positivamente por este impacto, no solo los que hacen uso del Programa, como es el caso de los otros impactos.

---

<sup>21</sup> El valor UF que se utiliza en todo el informe es de \$25.721,82, el cuál corresponde al valor del 1 Marzo del 2016.



### 7.3 IMPACTO DE LA CIRUGÍA EN CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida de una persona aumenta al recibir una cirugía que mejora una enfermedad o dolencia. Para ejemplificar este hecho, les presentamos alguno de los comentarios de los beneficiarios del Programa: "Ahora puedo trabajar tranquilo"; "No me molesta el hombro"; "Ahora puedo hacer mi vida totalmente normal"; "Me siento mucho mejor, estoy al 100% antes no podía ni caminar"; "Puedo trabajar sin dolor, mi calidad de vida ha mejorado"; "Puedo trabajar y hacer fuerzas sin ese dolor insoportable de antes"; "Puedo trabajar sin tener que faltar por dolor".

Es difícil cuantificar monetariamente este impacto, pero existe un modelo ampliamente aceptado en la literatura y creado por la fundación norteamericana Robin Hood, que usa ciertos supuestos para cuantificar económicamente los beneficios en el área de la salud a modo de hacerlos comparables, el modelo es el siguiente:

$$\text{Beneficio} = (\text{N}^\circ \text{ personas cuya calidad de vida fue mejorada por la operación}) \times (\text{QALY}^{22}) \times (\text{US\$ } 50.000)$$

El parámetro QALY<sup>23</sup> es una medida estándar para los estudios de costo-beneficio en el área de la salud<sup>24</sup> y corresponde a los años ganados ajustados por calidad de vida ganada. Este parámetro toma distintos valores para distintos tipos de mejoras de salud. Los US\$50.000 corresponden al valor estimado de un año bajo perfectas condiciones de salud. Este valor, ajustado por PPA chileno, equivale a US\$32.200 para Chile.

El año 2015, el Programa cubrió cirugías de 143 patologías distintas. Cada una de estas cirugías tiene un impacto distinto en la calidad de vida de la persona, es decir tiene un valor QALY distinto. De las 143 patologías cubiertas, 10 de estas son las más recurrentes y representan el 60% de los casos. Para cada una de estas patologías se estimó su QALY y se determinó el beneficio en calidad de vida por las cirugías realizadas. Para las cirugías menos comunes se utilizó una ponderación de los QALY de otras patologías.

El impacto en calidad de vida afecta a aquellas personas atendidas por el Programa, pero que no se hubiesen atendido por otro medio de no existir el Programa. Aquellas personas que sí se habrían atendido de otra forma, no se ven beneficiadas en su calidad de vida por la existencia de Construye Tranquilo, ya que habrían recibido la cirugía de todas formas. Por esta razón, el número de personas cuya calidad de vida es mejorada debido al Programa considera al total de los operados de cada patología, ponderado por el porcentaje de los que no se operaría en caso de no existir el Programa. Para cada enfermedad, se tiene el porcentaje de trabajadores que declara que su presupuesto familiar no alcanzaría para operarse de forma particular y que si no existiera este servicio no lo harían. El detalle del número de personas por tipo de cirugía y del QALY para cada tipo de cirugía se presenta en la siguiente tabla.

<sup>22</sup>QALY (Quality-Adjusted Life Years)

<sup>23</sup>Revista Médica de Chile [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872010001000005](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010001000005)

<sup>24</sup>Drummond M, O'Brien B, Stoddart G, Torrance G. Methods for the economic evaluation of health care programs. Third Edition ed. Oxford GB: Oxford Medical Publications; 2005.

Tabla n° 5: Porcentaje de personas que no se operarían con el Programa<sup>25</sup>

Patología	N° de casos	% de personas que no se operaría si no existiese el Programa	QALY
Colelitiasis (cálculo)	71	88,8%	0,64
Endoprótesis rodilla	25	85,7%	0,42
Hernia	157	87,5%	0,21
Manguito Rotador (Desgarro del hombro)	13	85,7%	0,62
Menisectomía (Rotura del menisco)	85	90%	0,52
Histerectomía (Extracción del útero)	15	100%	0,32
Pterigión (Inflamación tejido del ojo)	41	100%	0,12
Quiste	27	78,5%	0,08
Síndrome del túnel carpeano (Nervio comprimido a nivel muñeca)	15	100%	0,235
Várices	76	88,8%	0,054

El modelo de cálculo es el siguiente:

$$\text{Impacto} = \{(\text{N}^\circ \text{ de personas}_{[\text{Patología 1}]} \times \text{QALY}_{[\text{Patología 1}]} \times \text{Porcentaje que no se operaría}_{[\text{Patología 1}]}) + \dots + (\text{N}^\circ \text{ de personas}_{[\text{Patología n}]} \times \text{QALY}_{[\text{Patología n}]} \times \text{Porcentaje que no se operaría}_{[\text{Patología n}]})\} \times (\text{US\$ } 32.200)$$

Con esta información estimamos el beneficio por mejora en calidad de vida directa que ha realizado el Programa, resultando un valor igual a US\$ 7.917.357,57. Finalmente, convirtiendo a pesos chilenos<sup>26</sup> y a UF se obtiene \$5.342.237.020,26 y 207.692,81 UF.

En definitiva, el modelo Robin Hood nos dice que el impacto en la sociedad de este Programa, debido al impacto en calidad de vida es de \$5.342 millones de pesos. Como se dijo anteriormente, este impacto es difícil de estimar empíricamente, y de cuantificar, por lo tanto es usado principalmente como una medida de comparación entre programas, ya que son medidos con los mismos parámetros (valor año con perfecta calidad de vida).

Para ver el ROI del Programa debido al impacto en calidad de vida, dividimos el impacto económico por la cantidad de recursos invertidos.

$$\text{ROI}_{\text{Calidad de Vida}} = \frac{\text{Impacto calidad de vida}}{\text{Inversión}} = \frac{\text{UF } 207.692,8}{\text{UF } 67.806} = 3,063$$

<sup>25</sup>

- Clinical effectiveness and cost-effectiveness of cholecystectomy compared with observation/conservative management for preventing recurrent symptoms and complications in adults presenting with uncomplicated symptomatic gallstones or cholecystitis: a systematic review and economic evaluation Miriam Brazzelli.  
 - Measuring outcome of total knee replacement using quality of life indices.  
 - <https://www.dartmouth.edu/~jskinner/documents/tostesonTheCost.pdf>  
 - Costs and health-related quality of life effects of hysterectomy in patients with benign uterine disorders.  
 - Cost-Effectiveness of Laparoscopic Hysterectomy With Morcellation Compared With Abdominal Hysterectomy for Presumed Myomas  
 - The Societal and Economic Value of Rotator Cuff Repair  
 - Societal and Economic Impact of Anterior Cruciate Ligament Tears.  
 - Endoscopic versus Open Carpal Tunnel Release: A Cost-Effectiveness Analysis.  
 - Randomised clinical trial, observational study and assessment of cost-effectiveness of the treatment of varicose veins (REACTIV trial).

<sup>26</sup>Valor dólar usado en todo el informe es de \$674.75, el que corresponde al valor del dólar al 1 de marzo del 2016.

Este número nos indica que por cada peso invertido en el Programa, tenemos un retorno social de 3 pesos en beneficios. El ROI por impacto en calidad de vida es significativamente menor que el calculado en la sección anterior para el impacto en sensación de seguridad. Esto se debe principalmente a que el impacto en calidad de vida se concentra solo en los trabajadores que usaron el programa y que no se hubiesen operado por sus propios medios en caso de no existir el Programa.

Si bien el impacto total en calidad de vida es menor que el impacto en sensación de seguridad, a nivel individual, al dividir el impacto por el número de personas afectadas, este impacto es mucho más alto.

## 7.4 IMPACTO ECONÓMICO

Económicamente los beneficiarios del Programa ahorran el costo de realizarse una operación por sus propios medios. Este impacto económico es sólo para aquellas personas que, en caso de no existir el Programa, se operarían por sus propios medios.

La tabla n°6 muestra, para las diez patologías más recurrentes, el detalle de:

- El porcentaje de trabajadores que declara que sí se operaría en caso de no existir el Programa.
- El costo promedio de la cirugía.
- El ahorro que tendría cada trabajador para cada tipo de cirugía<sup>27</sup>.

Tabla n°6: Detalle para cirugías más frecuentes

Patología	Nº de casos totales	% que sí se operaría	Costo cirugía (UF)	Ahorro (UF)
Colelitiasis (cálculo)	71	11%	46,59	44,59
Endoprótesis rodilla	25	14%	211,42	209,42
Hernia	157	13%	36,53	34,53
Manguito Rotador (Desgarro del hombro)	13	14%	95,97	93,97
Menisectomía (Rotura de menisco)	85	10%	53,80	51,80
Histerectomía (Extracción de útero)	15	0%	-	-
Pterigión (Inflamación tejido del ojo)	41	0%	-	-
Quiste	27	21%	41,32	39,32
Síndrome del túnel carpeano (Nervio comprimido a nivel muñeca)	15	0%	-	-
Várices	76	11%	51,12	49,12

\*\* El valor utilizado para el costo de las 356 cirugías restantes corresponde a 58,02 UF y fue obtenido del valor calculado por la CSL en el documento del Presupuesto del Programa.

$$\text{Impacto} = \{(\text{N}^\circ \text{ de personas}_{[\text{Patología 1}]} \times \text{Porcentaje que sí se operaría}_{[\text{Patología 1}]} \times \text{Ahorro}_{[\text{Patología 1}]}) + \dots + (\text{N}^\circ \text{ de personas}_{[\text{Patología n}]} \times \text{Porcentaje que sí se operaría}_{[\text{Patología n}]} \times \text{Ahorro}_{[\text{Patología n}]})\}$$

Reemplazando los valores se obtiene un impacto económico igual a 5.160,89 UF.

Al igual como lo hicimos para el impacto en calidad de vida, calcularemos el retorno sobre la inversión (ROI) del Programa Construye Tranquilo debido al impacto económico.

<sup>27</sup> El ahorro se calcula como costo de la cirugía menos el deducible (2 UF).

$$ROI_{Económico} = \frac{\text{Impacto económico}}{\text{Inversión}} = \frac{UF 5.160,89}{UF 67.806} = 0,076$$

El retorno sobre la inversión es de \$0,076. La principal razón de lo bajo de este retorno a la inversión es que el grupo que se ve afectado por este impacto es muy pequeño. Del total de personas atendidas con el beneficio del Programa, alrededor del 10% declara que sí se atendería de no existir el programa, y por lo tanto solo este pequeño grupo se ve impactada económicamente.

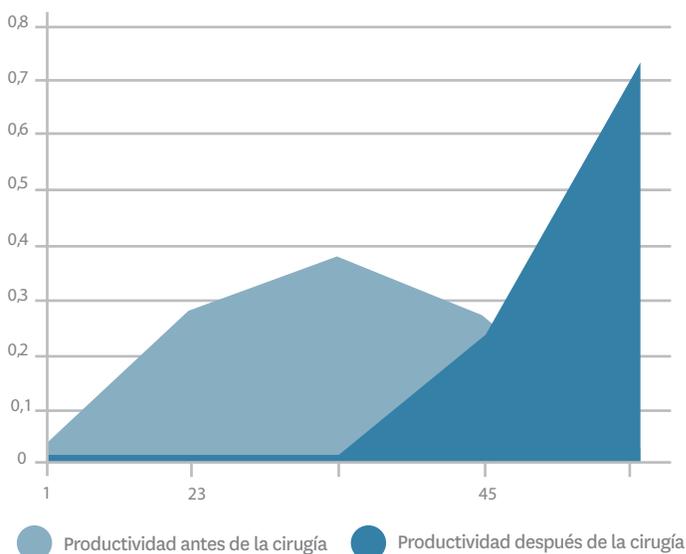
Según la estimación, existen 94 personas que sí se operarían de no existir el Programa<sup>28</sup> (de un total de 881 personas atendidas). Esto significa, que en promedio cada trabajador ahorra UF 54,9, lo cual dado el perfil del beneficiario (sueldo promedio de \$581.170<sup>29</sup>), representa en promedio un ahorro de 2,4 meses de salario. Según el Perfil del Trabajador de la Construcción de la CChC<sup>30</sup>, un jornal o maestro (que representan al 64% de los trabajadores de la construcción) tiene un ahorro mensual de \$7.847. Por lo tanto, el Programa significaría el ahorro de casi 15 años de trabajo para un beneficiario de este grupo.

## 7.5 IMPACTO EN PRODUCTIVIDAD

Los trabajadores del Programa tienen un aumento en la productividad debido a la disminución de inasistencias y a las mejores condiciones físicas luego de haber sido sometidos a la operación. El 16,5% de los trabajadores declara tener inasistencias antes de ser operados, debido a su enfermedad. De este grupo, la mayoría declara que tenía entre 1 y 2 inasistencias mensuales. Finalmente, 83% de los encuestados declaran que sus inasistencias disminuyeron después de haberse operado.

Además a la disminución de inasistencias, el nivel de productividad se incrementa debido a la mejora de salud. Un 53,7% de los trabajadores declara que debido a su enfermedad, tenía una menor productividad en su trabajo. De ellos, la mayoría declara que antes de la operación su productividad estaba entre 1 y 3 (de una escala de 1 a 5), y que después de la operación ésta aumentó quedando entre 4 y 5. En promedio, los trabajadores declaran haber mejorado en 1,72 puntos su productividad. El detalle se muestra en el gráfico a continuación.

Gráfico n° 22: Productividad antes y después de la cirugía, formato 1.



<sup>28</sup>Total de N° de personas que sí se operaría estimado a partir de los datos de la encuesta.

<sup>29</sup>Diagnóstico trabajadores de la construcción 2015.

<sup>30</sup>Jornal y Maestro ahorran en promedio \$7.847 mensual. Dato extraído del perfil del trabajador 2011-2012.

A fin de monetarizar este impacto se utiliza como supuesto que un día de inasistencia significa una pérdida en productividad equivalente a un día de sueldo (\$29.059)<sup>31</sup>. A su vez, para monetarizar el aumento en la productividad, se utiliza el supuesto de que un punto de productividad (de la escala de 1 a 5) equivale a un 20% del valor de un día de trabajo (es decir, un 5 equivale al 100% y un 1 equivale a un 20% del valor del de trabajo).

$$\text{Impacto en productividad} = \text{Impacto por disminución de inasistencias} + \text{Impacto por aumento en productividad}$$

Se procederá calculando inicialmente el impacto por disminución de inasistencias, para continuar con el cálculo del impacto por aumento en productividad.

El impacto por disminución de inasistencias está dado por la siguiente ecuación:

$$\text{Impacto por disminución de inasistencias} = \text{Nº de personas operadas por el Programa} \times \text{\% Personas con inasistencias por enfermedad} \times \text{\% Personas que disminuyen inasistencias} \times \text{Nº de días de inasistencias promedio} \times \text{Costo día de inasistencia}$$

Reemplazando los valores se obtiene \$5.258.991 o 204,46 UF.

El impacto por aumento de productividad está dado por la siguiente ecuación:

$$\text{Impacto por aumento en productividad} = \text{Nº de personas operadas por el Programa} \times \text{\% Personas que reportan aumento en productividad} \times \text{Diferencia en rendimiento pre y post operatorio} \times 20\% \times \text{Costo de un mes de trabajo}$$

Reemplazando los valores se obtiene \$94.582.725,521 o 3.677,14 UF.

Finalmente, sumando el impacto por disminución de inasistencias y el impacto por aumento en productividad, se obtiene el valor del impacto en productividad, que es igual 3.881,6 UF.

Al igual como lo hicimos para los impactos anteriores, calcularemos el retorno sobre la inversión (ROI) del programa Construye Tranquilo debido al impacto en productividad.

$$\text{ROI}_{\text{Productividad}} = \frac{\text{Impacto productividad}}{\text{Inversión}} = \frac{\text{UF } 3.881}{\text{UF } 67.806} = 0,057$$

El retorno social de la inversión es de 0,057. Es decir, por cada peso invertido en el programa, se tienen 0,057 pesos de retorno social. Este bajo valor se debe a que el número de trabajadores que declaran haber disminuido sus inasistencias debido a la cirugía es pequeño y el impacto del aumento de productividad es poco significativo.

<sup>31</sup>Considerando que un mes tiene 20 días de trabajo y un promedio de renta mensual de \$581.170.

## 7.6 IMPACTO TOTAL

El impacto total del Programa, sumando el impacto obtenido por el aumento en calidad de vida, el impacto económico y el impacto por aumento en productividad del Programa es igual a:

$$\text{Impacto total} = \text{Impacto en sensación de seguridad} + \text{Impacto en calidad de vida} + \text{Impacto económico} + \text{Impacto en productividad}$$

$$\text{Impacto total} = 1.030.167,3 \text{ UF} + 207.692,8 \text{ UF} + 5.160,9 \text{ UF} + 3.882,6 \text{ UF} = 1.246.902,6 \text{ UF}$$

El retorno sobre la inversión total del programa construye tranquilo es:

$$\text{ROI}_{\text{Total}} = \frac{\text{Impacto total}}{\text{Inversión}} = \frac{\text{UF } 1.246.902,6}{\text{UF } 67.806} = 18,39$$





#8

---

Evaluación  
de calidad

## 8. EVALUACIÓN DE CALIDAD

En el Programa Construye Tranquilo interactúan distintos procedimientos, personas y lugares físicos. Aún, cuando los trabajadores califican positivamente el Programa en general, las distintas partes poseen distintas notas en la evaluación de calidad. Los usuarios evaluaron de forma independiente cuatro partes del proceso:

1. Calidad de la atención de la asistente social de la Corporación de Salud cuando se contactaron inicialmente con el Programa.
2. Calidad del acompañamiento durante el pre-ingreso.
3. Calidad de la estadía en la clínica.
4. Calidad del proceso de reembolso de dinero.

En la siguiente tabla se muestra el detalle de la evaluación de calidad hecha por los usuarios.

Tabla n° 7: Evaluación de Calidad

	Muy Bueno	Bueno	Malo	Muy Malo
Calidad de la atención	76,1%	19,8%	3,1%	1,0%
Calidad del acompañamiento	71,2%	20,9%	6,5%	1,4%
Calidad de la estadía	75,7%	22,5%	1,8%	0%
Calidad de proceso de reembolso	52,5%	32,7%	12,0%	2,8%

En general, los trabajadores evalúan positivamente la atención de la asistente social y el proceso de acompañamiento. Un 96% evalúa como "buena" o "muy buena" la atención y un 92% evalúa de la misma forma el acompañamiento.

Adicionalmente, un 79% declara que recibió acompañamiento durante la primera consulta con el médico y un 81% contesta que recibió acompañamiento durante el proceso de pre-ingreso a la Clínica. De este grupo, un 97% y un 98% declara que le sirvió que lo acompañaran en cada uno de los procesos, respectivamente. Dentro de los motivos de por qué les sirvió el acompañamiento, se encuentran: "Orientación"; "Fue indispensable ya que casi todo lo hizo ella ya que yo no sabía que trámites hacer"; "Para guiar en todo, para sentirse con más confianza

ya que yo desconocía el tema"; "Para aprender a hacer las gestiones para poder operarse".

Respecto a la posibilidad de mejorar el proceso de acompañamiento, los beneficiarios respondieron: "Fue excelente"; "Fue de muy buena calidad, no sabría qué mejorar"; "Fue perfecta su labor"; "Fue impecable. Me dio hasta su número de teléfono".

Respecto a la estadía en la clínica, el 98% estima que fue "muy buena" o "buena". El 87% dice haber estado entre 1 y 3 días, un 11% entre 3 y 6 días, y el 2% declara haber estado más tiempo que esto. Solo el 2% contesta haber sido trasladado a una institución pública.

El proceso de reembolso de dinero fue la parte del proceso peor evaluada. Un 15% declara que fue "Malo" o "Muy malo" y un 85% lo contrario. El 23% dice que no le reembolsaron el dinero y el 31% que le rechazaron parte de los gastos. Al preguntarles sobre el tiempo de espera, el 10% responde que demoró entre una y dos semanas y el 44% que se demoró un mes.

Por otro lado, algunos comentaron que les gustaría más información sobre el proceso de reembolso: "Que hubiese compañía después de la operación también, para que expliquen del proceso de reembolso"; "Más información sobre el reembolso".

Gráfico n°23: Tiempo de demora del reembolso

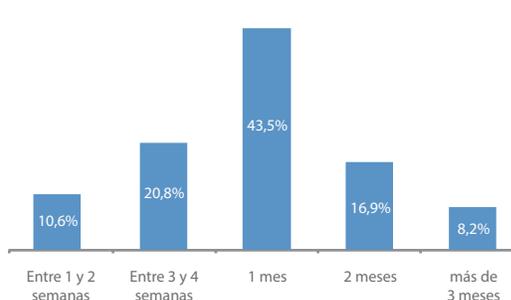


Gráfico n°24: Disposición a pagar

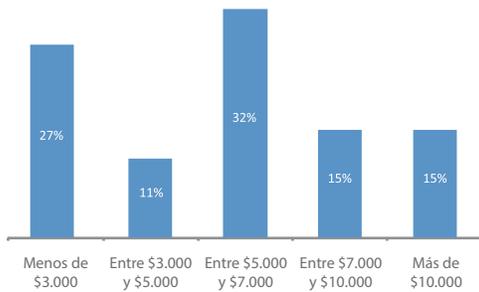
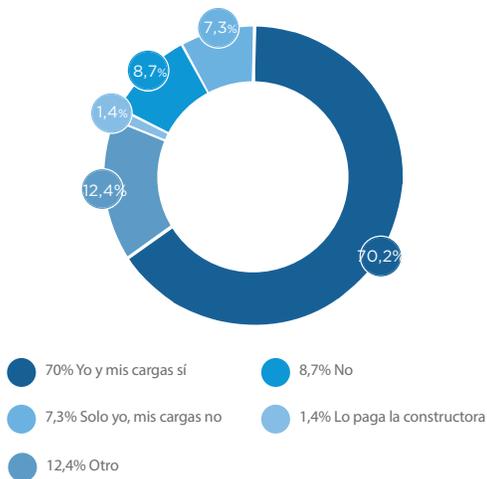


Gráfico n° 25: ¿Seguiría inscrito en el Programa si aumentara la cuota a \$2.000?



Otra forma de medir la calidad de Programa, es la disposición a pagar que tendría el trabajador por otro programa de las mismas características. Al preguntarles a los trabajadores por su disposición a pagar, el 62% contesta estar dispuestos a pagar más de \$5.000 y solo el 8,7% declara que no seguiría inscrito en el Programa si este aumentara a \$2.000. El promedio de la disponibilidad a pagar es igual a \$7.450.

El gráfico n°24 muestra el detalle de la disposición a pagar de los trabajadores del Programa.

El gráfico n°25 muestra las respuestas de los trabajadores al preguntarles si seguirían inscritos en el programa si la cuota aumentara a \$2.000.

a) Evaluación de la calidad por personas inscritas que fueron rechazadas.

Para hacer el contraste, se evaluó la percepción que tienen los trabajadores rechazados frente al Programa. Los resultados para este grupo son considerablemente más desfavorables. En una escala del 1 al 7, la evaluación del Programa tuvo un promedio de 3,3 y la mitad de los trabajadores lo calificó con nota 1.

Algunos de los comentarios de los rechazados son: "No me han atendido, súper malo hasta el momento"; "Mal, me fui molesto porque no me dijo las cosas claras desde el principio"; "Malo porque piden muchos requisitos y al final no sirve"; "Pésimo porque no le dan una solución a uno, le ponen trabas y nada más"; "Horrible"; "Bueno, a mí no me sirve, pero a la mayoría de los trabajadores les sirve".



#9

---

Evaluación  
de percepción

## 9. EVALUACIÓN DE PERCEPCIÓN

Uno de los objetivos de los programas sociales de la CChC es que los trabajadores asocien los beneficios a las empresas constructoras (socias) en las que trabajan. Para evaluar cuán efectivo es el Programa Construye Tranquilo en este sentido y a quién se le atribuye este beneficio, se preguntó a los trabajadores quién provee el servicio. Esta pregunta se le realizó a los usuarios del Programa y también a los rechazados.

En general la mayor identificación del Programa es con la Cámara Chilena de la Construcción y en un segundo lugar con la empresa constructora. La identificación del Programa con la Corporación de Salud Laboral es bastante menor.

De los usuarios del Programa, un 74% respondió que el beneficio lo entregaba la CChC, un 12% dijo no saber, un 8,4% respondió que lo entregaba la empresa y solo un 3,6% dijo que lo entregaba la Corporación de Salud Laboral.

Respecto a la importancia que le dan los trabajadores al Programa, respecto su relación con quien le entrega el beneficio, un 75% de los trabajadores afirma que recibir estos servicios mejora su relación con la institución.

Algunos de los comentarios entregados por los trabajadores fueron: "Porque fue bueno el servicio"; "Porque es un Programa bueno y barato que me entrega la empresa, muestra preocupación"; "Porque mejoró mi calidad de vida con la operación"; "Porque tener beneficios siempre es positivo"; "Porque estoy muy agradecido por el servicio".

Del grupo de los rechazados, un 56,3% respondió que lo entregaba la CChC, un 31,3% respondió que lo entregaba la empresa constructora y un 12,5% dijo que lo entregaba la Corporación de Salud Laboral.

Respecto a la importancia que dan los trabajadores al Programa con respecto a la relación con quien le entrega el beneficio, un 47% de los trabajadores rechazados afirma que se ve afectada negativamente su relación con la institución el hecho de no haber podido hacer uso del Programa. Algunos de los comentarios entregados por los

trabajadores fueron: "Ese ímpetu que tenía por hacer bien las cosas en la empresa ya no está. Al obrero nos miran como el peor estropajo"; "Estuve a punto de demandar, me endeude hasta el diablo, me estafaron, casi dos años que llevaba pagando"; "Era la única esperanza por lo que afectó negativamente la relación con la empresa".

Gráfico n°26: Percepción de los usuarios sobre quién brinda el servicio

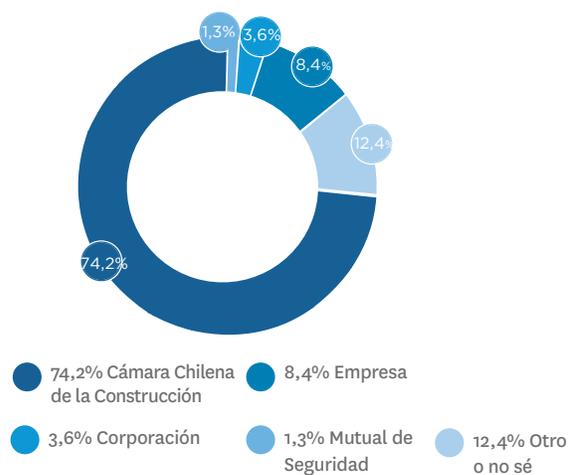
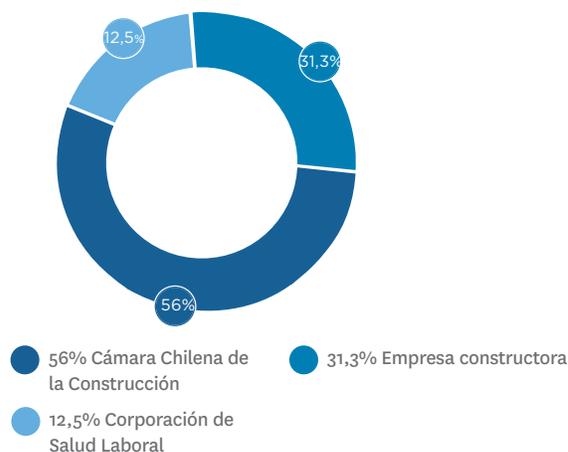


Gráfico n°27: Percepción de los rechazados sobre quién brinda el servicio







#10

---

Análisis de  
la competencia

## 10. ANÁLISIS DE LA COMPETENCIA

El análisis de la competencia busca mostrar las alternativas de intervenciones quirúrgicas y hospitalizaciones que tienen los usuarios del Programa. Existen dos posibles alternativas: atenderse por el sistema público o de forma privada.

### a. Sistema público

Los hospitales públicos son una alternativa, sin embargo, como las patologías que cubre el Programa no están cubiertas por GES, las listas de espera son altas. El 2015 las listas de espera para intervenciones quirúrgicas No GES alcanzaba las 239.831 personas, de las cuales el 56% llevaba esperando más de un año.<sup>32</sup>

Algunos ejemplos desagregados por especialidad médica son:

Tabla n°8: Lista de espera por especialidad médica

Especialidad	Total general	Mayor a 120 días	Menor a 120 días
Cirugía adulto	94.342	73.070	21.272
Cirugía Vascular Periférica	42.779	37.367	5.412
Cirugía Infantil	20.033	18.146	1.887
Neurocirugía	21.567	16.584	4.983
Cirugía abdominal	18.498	16.120	2.378
Cardiología	175	139	36

### b. Sistema privado

El valor de los seguros complementarios de salud depende de la cantidad de cargas y de la cobertura de este. Un ejemplo es el que ofrece CODELCO a sus trabajadores. Este tiene un costo de 7,2 UF anual por trabajador (El Programa tiene un costo de 1,7 UF anual por inscrito). Otros seguros son:

- Seguro complementario de salud Falabella: 14,4 UF anual.
- Seguro Complementario de salud Clínica Sta. María: 14,76 UF anual.



<sup>32</sup>Salud Glosa 06, Lista de Espera No GES, 10 agosto 2015.





#11

---

Conclusiones

# 11. CONCLUSIONES

## 1. CALIDAD Y VALORACIÓN

El Programa es altamente valorado por los usuarios que han utilizado el beneficio, esto se refleja en la Evaluación de Calidad del Programa. En promedio, ésta es de 6,2 (en una escala de 1 a 7).

Adicionalmente, el 98% de los usuarios de Construye Tranquilo declaran que la estadía en la clínica fue buena o muy buena y el 92% valora de igual forma el acompañamiento.

Sin embargo, hay un grupo de inscritos, que pagan mensualmente la cuota, pero que son rechazados cuando tratan de hacer uso del beneficio. Estas personas tienen un descontento importante con el Programa y lo evalúan con una nota 3,3 (de 1 a 7). Más aún, la mitad de los encuestados de este grupo lo califica con nota 1.

Este descontento se debe principalmente al hecho de haber pagado mensualmente por un beneficio que no pudieron utilizar; esto se acrecienta más aún en aquellas personas a quienes inicialmente se informó que sí podían operarse y después fueron rechazadas por una posterior verificación.

## 2. IMPACTOS DEL PROGRAMA

El impacto más representativo del Programa es mejorar la calidad de vida, por medio de una cirugía que soluciona una enfermedad o patología. Se estima que el año 2015 el Programa mejoró la calidad de vida de 782 personas, las cuales no se hubiesen operado de otro modo. En un esfuerzo de monetizar dicho impacto, se obtiene un beneficio en la sociedad de 207.692,81 UF.

Considerando la cantidad de recursos utilizados por el Programa, se calcula un Retorno Social a la Inversión de 3,06, debido a la mejora en calidad de vida. Lo que significa que por cada peso invertido, tenemos un retorno en calidad de vida de 3 pesos.

El programa aumenta la sensación de seguridad tanto para los usuarios que han hecho uso del beneficio como para los beneficiarios inscritos del Programa. El impacto en la sociedad que produce este aumento en sensación de seguridad es igual a 1.030.167 UF. El Retorno Social a la Inversión, debido al impacto en sensación de seguridad es igual a 15,19.

El impacto económico influye a aquellas personas que hicieron uso del programa, y que de no existir, sí se habrían atendido por sus propios medios. Por lo tanto, para estas personas se genera un ahorro económico. Estimamos que 94 trabajadores sí se hubiesen operado por sus propios medios y por lo tanto se benefician de este ahorro.

En promedio, cada persona ahorra 54,9 UF (aproximadamente 15 años de ahorro de un trabajador de la construcción)<sup>33</sup>, lo que significa un impacto total debido al ahorro de 5.160,9 UF. El retorno social a la inversión, debido a este ahorro, es de 0,076. Lo que significa que por cada peso invertido, tenemos un retorno en ahorro económico cercano a cero. Lo reducida de esta cifra se debe a que el grupo de beneficiarios que se habría atendido en caso de no existir el Programa es muy bajo, alrededor de un 10%.

Debido a la disminución de inasistencias y a la mejora de las condiciones físicas de los trabajadores después de ser operados, el Programa produce un impacto en la productividad de ellos. Más de un 50% de los usuarios declaran haber aumentado su productividad. Al monetizarlo, se obtiene un impacto en la sociedad de 3.881,6 UF. El retorno social de la inversión debido a la mejora en productividad es de 0,057.

El impacto total del Programa es de 1.246.902,6 UF. Como se explicó anteriormente, este impacto se debe a:

- Impacto en calidad de vida debido a la cirugía (16,7%).
- Impacto en la sensación de seguridad por estar protegidos por el beneficio (82,6%).
- Impacto económico por ahorros debido a la cobertura del programa (0,4%).
- Impacto en la productividad (0,3%).

El retorno social a la inversión, debido a estos cuatro impactos, es igual a 18,39, es decir, por cada \$1 invertido en el programa, se obtienen \$18 en beneficios para la sociedad. Este retorno se debe en un 83% a la valoración de la sensación de seguridad que sienten los trabajadores y en un 17% al impacto en la calidad de vida en los beneficiarios atendidos. Los impactos en ahorro económico y en productividad son marginales, en cuanto a su aporte al impacto total del programa.

<sup>33</sup>Fundación Social (2012). Perfil del trabajador 2011-2012.

### 3. ANÁLISIS DE PROCESOS

En el análisis de los procesos y procedimientos del Programa, se identificaron los siguientes puntos críticos:

- La principal vía de comunicación entre Construye Tranquilo y el trabajador es el encargado del Programa en la empresa, por lo que es esencial su conocimiento del Programa. Sin embargo, su conocimiento sobre el programa demostró ser bastante limitado y con importantes vacíos sobre las patologías cubiertas por el beneficio.
- Al momento de inscripción de los trabajadores al programa, es responsabilidad de la empresa constructora, la verificación del cumplimiento de los requisitos correspondientes al sueldo máximo y a la afiliación previsional de los trabajadores y sus cargas. En esta revisión se producen fallas que generan situaciones en que trabajadores inscritos no cumplen los requisitos mencionados, por lo que no pueden hacer uso del beneficio cuando lo necesitan.
- Al momento de hacer uso del beneficio, el procedimiento de verificación de requisitos no está estandarizado, lo que genera que en muchos casos se requiera un intercambio de varios mails entre la asistente social de la Corporación de Salud Laboral y la empresa constructora, con el fin de obtener todos los antecedentes necesarios. Esto genera ineficiencias en el trabajo de las asistentes sociales.
- No existe un registro de aquellas personas, que estando inscritas en el programa, al intentar ejercer el beneficio no pueden hacerlo, por no cumplir alguno de los requisitos, o por no cobertura de la patología. Esta falta de registro produce desconocimiento de la cantidad de personas que tienen este problema y las principales razones de esto.

### 4. HOSPITALIZACIONES BAJO MODALIDAD PAD

El costo de las hospitalizaciones realizadas bajo modalidad PAD es altamente inferior que las realizadas sin esta modalidad. De las 10 patologías más comunes, en promedio, que pueden ser operadas bajo modalidad PAD en el Programa, el valor de la cirugía bajo la modalidad PAD representa entre un 13% y un 49% del costo promedio de las cirugías del mismo tipo que no se realizan bajo modalidad PAD.

La decisión de operar bajo modalidad PAD recae en el médico de la clínica, quien evalúa si el diagnóstico se ajusta al paquete especificado por el PAD. En general, los pacientes con posibilidad de complicaciones no se pueden atender bajo modalidad PAD. Dependiendo de la patología, existen incentivos para que el médico no utilice esta modalidad de operación al ver una disminución en el salario percibido.

El caso específico de las cirugías de hernias es muy relevante para el presupuesto del programa, ya que es la patología con mayor cantidad de casos en el 2015 (18%) y debido a que representa el porcentaje de gasto más alto (12%). Durante el 2015 se realizaron bajo modalidad PAD un 36% de las cirugías de hernia abdominal y 67% de las cirugías de hernias de núcleo pulposo. Un médico de la Clínica Bicentenario que realiza cirugías de hernia por Construye Tranquilo<sup>34</sup>, declara que en los casos de hernia, la modalidad PAD debiese usarse en un 90% de los casos.

Otro caso relevante son cirugías de várices, que representan un 9% de los casos y un 7% del presupuesto. Durante el 2015 no se realizó ninguna cirugía de várice bajo modalidad PAD. Frente a esto, un doctor de la Clínica Bicentenario que realiza cirugías de várices por el Construye Tranquilo<sup>35</sup> explica que los médicos no utilizan el sistema PAD porque les significa una reducción en sus honorarios y les limita las tecnologías que pueden utilizar en la operación. No obstante, el médico manifiesta la disposición de llegar a un acuerdo que los podría beneficiar a todos.

<sup>34</sup>Doctor Bernardo Koffmann, Clínica Bicentenario

<sup>35</sup>Doctor Gabriel Seguel, Clínica Bicentenario.



#12

---

Recomendaciones

## 12. RECOMENDACIONES

### 1. INFORMACIÓN A ENCARGADO DEL PROGRAMA EN LA EMPRESA

Dado que el encargado del Programa en la empresa es la vía principal de comunicación entre el Programa y el trabajador beneficiario (54,4% de los casos), es fundamental que cuente con información clara y precisa del Programa.

Sin embargo, en entrevistas a encargados se detectó una baja comprensión, particularmente de las cirugías con cobertura. Teniendo en cuenta que sólo 19 patologías representan el 73% de los casos, se recomienda construir manuales o una guía web que detalle claramente el proceso, para estas patologías más comunes, y el proceso que se debe seguir para hacer uso del beneficio.

### 2. INFORMACIÓN EN OBRA

Dada la baja comprensión del Programa por parte de los trabajadores inscritos en éste, se propone dejar información en la obra en forma de afiches, panfleto, u otros. Adicionalmente, entregar manuales a la asistente social, para que los trabajadores puedan consultarlo en caso de necesidad.

### 3. REGISTRO DE RECHAZADOS

El grupo de personas inscritas en el programa, que han sido rechazadas al tratar de usar el beneficio, ha mostrado ser crítico en la valoración del Programa (en una escala del 1 al 7, la mitad evalúa con nota 1 al Programa). Es por esto, la relevancia de contar con un registro de estos casos, para tener certeza de la cantidad de personas y las razones de rechazo.

Además, quienes fueron rechazados por motivos de renta o afiliación y estaban pagando el beneficio, quedan muy molestos tanto con la empresa como con la CChC y son un potencial riesgo para la imagen de la marca.

Se recomienda tener una base de datos de rechazados que incluya los datos del trabajador, el diagnóstico y las razones de rechazo. Con esta información es posible conocer a este grupo de personas y diseñar mecanismos para mejorar el proceso de rechazo.

### 4. ASESORÍA A TRABAJADORES RECHAZADOS

La persona que trata de utilizar el Programa y es rechazado por no cumplir con algún requisito, queda en una situación de alta vulnerabilidad, especialmente aquellos rechazados por pertenecer a Fonasa A o que su patología no es cubierta por el Programa. Debido a esto, se propone crear un mecanismo de derivación y acompañamiento, para que la persona no quede sola, sino que se le ayude a encontrar otras alternativas para solucionar su problema, ya sea a través del sistema de salud público o a través de otras fundaciones que pudiesen ayudarlo.

### 5. PROCESO DE INSCRIPCIÓN

Se recomienda que la CSL verifique la afiliación previsual de las cargas, previo a la inscripción de éstas, para evitar que al momento de intentar usar el beneficio éstas sean rechazadas por pertenecer a Fonasa A.

También, se recomienda la revisión estricta del requisito de renta y la periodicidad mensual de dicha revisión, para evitar que existan inscritos que no pueden usar el beneficio por superar la renta máxima permitida.

Se recomienda explicitar el criterio que se utiliza para los casos de renta variable y cercana a los \$700.000. Si bien, la CSL tiene un criterio definido para estos casos con una revisión anual de la renta, las asistentes sociales de las empresas no conocen este criterio y no saben qué hacer con los trabajadores que se encuentran en esta situación.

### 6. PROCESO DE VERIFICACIÓN

Actualmente el proceso de verificación se realiza a través de un intercambio de mails entre la asistente social de la empresa y la de la CSL, que puede tardar varios días. A fin de simplificar el proceso y reducir tiempos, se propone realizar un formulario tipo con la información necesaria para aprobación, el cual deba ser utilizado por la asistente social de la empresa a modo de evitar el intercambio excesivo de mails.

## 7. PROCEDIMIENTO PAD

Dentro de las 27 patologías PAD del Programa, 10 corresponden a las cirugías más frecuentes y que concentran la mayor parte de los recursos del Programa. Se propone para estas últimas tener conversaciones con los médicos de las clínicas que realizan estas cirugías, de manera que se logre un acuerdo para que una mayor de cirugías se realicen bajo modalidad PAD. Se propone generar algún tipo de incentivo para que los médicos y la clínica promuevan el uso de la modalidad PAD.

## 8. MANTENER CONTROLADO EL RIESGO DEL PROGRAMA

En horario no hábil, no se realiza el proceso de verificación de los trabajadores que requieren usar el Programa debido a una urgencia, presentando un potencial riesgo para el Programa, ya que, podría suceder que trabajadores que no cumplen con los requisitos de uso, usen el beneficio.

Se propone tener un sistema de registro de los beneficiarios actualizado y que sea accesible desde la web, para que en estos casos sí sea posible realizar la verificación desde el lugar en donde se encuentre la persona encargada de contestar los llamados.





CONSTRUYE  
TRANQUILO

PLAN DE SALUD PARA  
HOSPITALIZACIÓN

## EVALUACIÓN PROGRAMA CONSTRUYE TRANQUILO

---

