

**UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE POSTGRADO  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



**Acceder a salud hospitalaria en la región de Los Lagos:  
El costo de concurrir de forma presencial al  
Hospital de Puerto Montt para las familias de las provincias  
de Llanquihue y Palena.**

**DIEGO ANDRÉS FIDELLI LÓPEZ**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN SALUD PÚBLICA**

**Director de Tesis: Alberto Muñoz Vergara.**

*A quienes en su vida han depositado en mí su sabiduría.*

*A Carla por elegirme.*

*A Dayan por creer en mí.*

*A Dominga y León por permitirme ser su guía.*

*A Alberto Muñoz por confiar en mis capacidades y guiarme en este proceso.*

*A los amigos que me acompañaron en el proceso, en especial a Natalia y Leonardo.*

## CONTENIDO

Introducción .....	4
Marco teórico.....	6
Equidad en salud .....	6
Chile y sus diferencias territoriales .....	7
Caracterización de territorios rurales, pobreza y otros .....	10
Región de los lagos y servicio de salud del reloncaví, caracterización territorial y geográfica. ....	14
Evaluación económica en salud y gasto de bolsillo en salud .....	15
Objetivos .....	20
Objetivo general .....	20
Objetivos específicos .....	20
Marco metodológico.....	21
Reclutamiento.....	23
Variables y operacionalización .....	23
Recolección y análisis de datos .....	23
Muestra, tamaño muestral y cuotas de muestreo.....	24
Estimación de costos .....	24
Plan de análisis .....	27
Resultados.....	29
Caracterización demográfica .....	29
Caracterización socioeconómica.....	31
Gastos por citación y concurrencia.....	36
Movilización.....	39
Alojamiento .....	43
Alimentación.....	43
Gastos indirectos (Trabajo) .....	44
Cuidados de terceros .....	45
Costos totales .....	47
Ayuda económica.....	50
Impacto percibido.....	50
Altos costos por concurrencia.....	55
Discusión .....	59

Descripción demográfica .....	59
Descripción socioeconómica.....	62
Gastos por concurrencia.....	64
Altos costos en salud .....	71
Impacto percibido.....	74
Territorialidad y definición de unidades de análisis.....	76
Conclusiones.....	77
Aspectos éticos.....	78
Limitaciones.....	80
Bibliografía.....	82
ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZACIÓN DE ENCUESTA .....	87
ANEXO 1.1: ASENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZACIÓN DE ENCUESTA	88
ANEXO 2: ENCUESTA DE COSTOS PARA EL USUARIO AL ACCEDER A ATENCIÓN PRESENCIAL EN EL HOSPITAL PUERTO MONTT.....	89
ANEXO 3. TABLA DE VARIABLES .....	94
ANEXO 4. RÚBRICA DE VALIDACIÓN POR EXPERTOS ENCUESTA DE COSTOS. ....	101
Anexos varios.....	105

## INTRODUCCIÓN

Dentro de las cuatro funciones de los sistemas de salud se encuentran la rectoría y gobernanza, la generación de recursos, la provisión de servicios de salud y el financiamiento. Este, posee dos grandes ejes. Por una parte, se encuentra la recaudación y el aseguramiento y por otra la función de distribuir dichos recursos dentro de la población de manera justa. Al pensar en la distribución de los recursos con sentido de justicia emerge el concepto de equidad. (1)

La equidad es un concepto fuertemente asociado a los derechos humanos en salud y a la justicia social y es un principio que debe ser buscado activamente por los sistemas de salud y los estados. En Chile, la inequidad en salud es un problema relevante. Ya sea que pensemos en el sistema de aseguramiento de las personas por el FONASA o las ISAPRE, en la diferencia entre regiones y al interior de las regiones o en la diferencia entre territorios rurales y urbanos, etc. Sobran ejemplos para evidenciar la inequidad. (2) (3)

Para lograr evaluar el nivel de protección financiera que entregan los sistemas de salud a los hogares se estima el gasto de bolsillo en salud (GBS) que es el pago directo por bienes y servicios de atención médica realizado por las personas. Este es un reflejo aproximado de aquellas prestaciones y servicios que el sistema de salud no logra financiar, ya sea por tiempos de espera prolongados, ausencia del servicio en la red de prestadores o por voluntad propia de las familias. Dado que es un gasto realizado desde los ahorros o los ingresos propios de las familias, tiene el potencial de convertirse en gasto catastrófico (GCS) o gasto empobrecedor, que traducen directamente la desprotección financiera ante eventos de enfermedad. Por esta razón, distintas organizaciones internacionales plantean como objetivos la disminución del GBS de manera progresiva. (4) (5)

En Chile la manera de estimar el GBS es en base a la encuesta de presupuestos familiares (EPF) que posteriormente incorpora expansiones poblacionales en base a proyecciones del Instituto nacional de estadísticas para población rural y urbana. Alguna de las limitaciones del cálculo es que no contempla la recolección de información en poblaciones rurales, usando para esta estimación ponderadores que permiten estimar el gasto rural. Esta característica es relevante al considerar la escasez relativa de información respecto a poblaciones rurales y a la vez la gran variabilidad territorial existente en nuestro país que determina diferencias corregibles entre y al interior de las regiones. (6) (7)

El GBS debe ser una medida estándar para ser comparable entre distintos países, sin embargo, es importante ampliar la mirada e incluir otros gastos que cobran relevancia en situaciones territoriales específicas al menos para el análisis de políticas. Estos gastos son los gastos indirectos y los gastos directos no médicos. Los gastos indirectos tienen relación con aspectos que no implican un coste monetario inmediato, sino que, se manifiestan al valorizar el costo alternativo de haber adquirido un bien o servicio de salud, por ejemplo: Días perdidos laborales. Los gastos directos no médicos son relevantes pues inciden en el acceso a bienes y servicios de salud y son aquellos gastos en que se incurren y que permiten acceder al bien o servicio adquirido, por ejemplo: Transporte, alimentación, etc.

Estos gastos no contemplados en el cálculo del GBS cobran relevancia en realidades en que el peso relativo de los gastos no medidos, en comparación con los gastos directos por bienes y servicios, es significativo. Si bien en la encuesta de presupuestos familiares se incluyen gastos en ítem de transporte, salud (consultas, medicamentos, procedimientos, etc.), y reemplazo de labores propias en el hogar, estos no son agrupados según finalidad del gasto, sino que, son agrupados en categorías propias. (8) El GBS tiene dentro de sus principales componentes la compra de fármacos y en segundo lugar consultas médicas, dentales y servicios asociado a hospitalizaciones. (9)

Este trabajo busca identificar los costos no medidos asociados al acceso a atenciones presenciales en el Hospital de Puerto Montt y buscará determinar el peso relativo de los componentes del gasto por concurrencia en que incurren las familias al acceder a prestaciones de salud en la realidad de la región de Los Lagos, específicamente en las comunas en las cuales se despliega la red asistencial del servicio de salud del Reloncaví. Permitirá brindar información sobre la existencia de la desigualdad corregible entre territorios al interior de la región y aportar en la creciente protección financiera que debe otorgar el sistema de salud a nivel nacional.

## **MARCO TEÓRICO**

A continuación, se presentan conceptos relevantes para la comprensión de la problemática abordada y muestran la importancia del estudio. En una primera instancia se revisa el concepto de equidad en salud y algunas estrategias que buscan garantizarla, se hace énfasis en la función de financiamiento y la protección financiera como eje de este valor. Posteriormente se busca aportar en la visibilización de la desigualdad territorial existente en Chile y específicamente la gran diversidad territorial en la región de Los Lagos. Finalmente se introduce el tema de la evaluación económica en salud haciendo un fuerte énfasis en temas de costos en el acceso desde la perspectiva del usuario.

## **EQUIDAD EN SALUD**

Al hablar de los objetivos de los sistemas de salud es posible destacar que, según la OMS, en su informe sobre la salud en el mundo del año 2000, estos se encuentran englobados en; mejorar la salud de la población, responder a las necesidades y expectativas de las personas y brindar protección financiera contra los costos de la pérdida de salud. (10) Haciendo énfasis en el objetivo de mejorar la salud de la población es importante comprender que este objetivo es un derecho fundamental del ser humano y lleva el concepto de la justicia social en su núcleo. Dado lo anterior, a la hora de llevar los objetivos a la realidad, su implementación y diseño no deben poseer distinciones injustas de raza, religión, credo político, condición social o económica.

Enmarcado en lo anterior y de manera más específica, se ha definido como una función de los sistemas de salud la provisión de servicios de salud. Como principios rectores de la provisión de servicios está la calidad y equidad entendida de manera amplia.

La equidad en salud se puede definir como la ausencia de diferencias injustas, evitables o corregibles en salud entre grupos poblacionales distintos. Las diferencias poblacionales pueden provenir de la esfera socioeconómica, racial, geográfica, etc. (11) Al ser un concepto complejo, existen múltiples maneras de comprenderla y por mencionar una, la equidad en el acceso a la salud es la probabilidad similar de cada persona de recibir atención en algún episodio de enfermedad, independiente del nivel de complejidad, características demográficas y/o socioeconómicas.

La equidad posee varias dimensiones desde las cuales puede entenderse. A modo de ejemplo, el conjunto de indicadores que describen el estado de salud de una población no debiera diferir entre grupos poblacionales de manera injusta, no debiera haber determinantes sociales de la salud distribuidos de manera injustamente desigual en las poblaciones, de modo que el acceso a recursos y oferta de servicios de salud como horas médicas, presencia de camas u hospitales, equipos radiológicos, se debieran distribuir de manera equitativa en la población. Del mismo modo, la utilización de los servicios de salud, es decir, el acceso real a los servicios más allá de la oferta no debiera diferir de manera injusta entre distintos grupos poblacionales. (12)

Dos conceptos importantes de equidad en salud son la equidad horizontal y vertical. La primera se relaciona con la situación en que individuos con necesidades de salud similares posean tratamientos similares. Por otra parte, la equidad vertical se refiere a situaciones en que las personas poseen necesidades de salud diferentes y, por lo tanto, deben tener oportunidades de acceso a la salud diferenciadas.

Lo anterior, abre la puerta a distintas situaciones que se traducen en injusticia e inequidad, por ejemplo, proveer iguales servicios a usuarios con necesidades distintas o distintos servicios a usuarios con necesidades iguales. Ambas son situaciones generadoras de inequidad y deben ser explicitadas, evidenciadas y en lo posible corregidas. (13)

La equidad también puede entenderse desde otras perspectivas y etapas del proceso de provisión de servicios. Por ejemplo, la igualdad de acceso es la situación en que los usuarios perciben costos similares para una misma atención médica de una determinada calidad. En este punto se pueden considerar costos para el usuario y la familia como transporte, tiempo, costos de oportunidad, etc.(14) Costos distintos implicarían distintos niveles de barreras en el acceso a los servicios de salud para las familias.

Si bien la equidad en salud es un principio rector, en general aborda principalmente aspectos como la presencia de establecimientos de salud para cada territorio y en el financiamiento de procedimientos que disminuyen las inequidades. Ejemplos de lo anterior son los programas de reforzamiento a la atención primaria de salud (PRAPS) que permiten inyectar financiamiento para gastos específicos a las administraciones municipales. Entre otros, permiten entregar servicios y bienes de salud a las personas, independiente de su situación socioeconómica o geográfica. Por ejemplo, prótesis dentales, procedimientos diagnósticos, atenciones de especialidad, etc. Dada la escasa evidencia respecto de las diferencias en las dificultades en el acceso para distintas situaciones geográficas es que, por lo general, la entrega de financiamiento no incorpora elementos que corrijan las diferencias en los costos al acceder o proveer los distintos servicios de salud en los distintos territorios, generando de esta manera una posible inequidad que es potencialmente corregible. Estas diferencias son incorporadas y en parte corregidas a través del per cápita comunal en las indexaciones que intentan corregir la situación de ruralidad, sin embargo, posee variadas deficiencias. (15)

A continuación, se mostrarán algunos elementos que permitirán comprender las diferencias territoriales de Chile y como estos generan inequidad en salud.

## **CHILE Y SUS DIFERENCIAS TERRITORIALES**

Chile es un país desigual, con un índice de GINI de 0,47 para el año 2022 según el banco mundial y otros organismos internacionales. (16)

Una de las formas de desigualdad puede ser atribuida a la territorialidad, es decir, diferencias dadas por el lugar habitado y que determina aspectos culturales, económicos, etc. Al analizar la situación de inequidad territorial es posible abordarla desde un enfoque por niveles de análisis; región, comuna, situación de ruralidad u otras. Estas diferentes

perspectivas permiten incorporar aspectos propios de cada nivel de análisis; sociodemográficos, culturales e históricos al análisis de la territorialidad como fuente de inequidad.

Para determinar el peso que posee la territorialidad como origen de las inequidades que afectan a las sociedades, múltiples organizaciones internacionales han abordado el problema en las últimas dos décadas y han logrado reconocer diferencias importantes en el desarrollo de los territorios que conforman un país. Han enfatizado además el carácter permanente y progresivo de estas diferencias en los distintos países. (17)

Al enfocarnos en Chile, vemos que el problema de las diferencias territoriales a nivel regional ha sido abordado y puesto en el foco de los gobiernos desde el retorno a la democracia como respuesta a la tan mencionada centralización de Chile, que obedece a aspectos históricos, económicos, migratorios, entre otros. Esto es recogido de la siguiente manera por expertos, *“es importante una guía estatal para frenar la inercia concentradora del mercado hacia la región metropolitana puesto que es un tema que afecta la equidad social o territorial”* (18) dando a entender que existe una tendencia natural, dadas las condiciones de vida y económicas, que lleva a la inercia centralizadora y que debe ser combatida activamente pues trae consecuencias negativas para la equidad.

Una de las principales manifestaciones de la desigualdad territorial ha sido el gran progreso y concentración de la población del país en la región metropolitana, pasando de un 10% de la población total en 1900 a un 40,6% para el año 2017 según CENSO. Ya sea causa o consecuencia de lo anterior, además se encuentra concentrado en esta región tanto el poder político como económico del país. (17)

Si bien es habitual utilizar el nivel regional para abordar el tema de la desigualdad territorial, es ingenuo pensar que el problema inicia o culmina ahí. Es conocido que Chile posee diferencias territoriales que no necesariamente responden a la división política del territorio, como lo son las regiones o provincias. Por lo anterior, para hablar de equidad es importante abordar la territorialidad tomando en consideración las diferencias intrarregionales más allá de las definiciones administrativas del territorio.

Chile se encuentra dividido de manera político-administrativa en 3 niveles: regional, provincial y comunal. Respectivamente 16, 56 y 346 unidades de evaluación por nivel. Preponderantemente se utiliza el nivel regional tanto para la evaluación gubernamental como académica del país al hablar de desigualdad. Ha habido estudios que buscan construir unidades de análisis intermedias entre el nivel regional y el comunal que incluyan grado de ruralidad, tamaños poblacionales y viajes por motivos laborales. (19)

Esta construcción de unidades de análisis territorial justifica su existencia en el vínculo y dependencia de las personas y territorios a otras unidades territoriales dadas por el trabajo, compras comerciales, acceso a salud u otros servicios. Esto determina en última instancia grados de movilidad y magnitudes de unión de los territorios que permiten caracterizarlos y determinar de mejor manera las características territoriales y económicas que distinguen al país (19)

Considerando los criterios abordados por estos trabajos para la configuración de tipos de territorios como aptos y congruentes con los objetivos de este estudio es que se adoptaran los territorios establecidos. Se distinguen entonces las siguientes tipologías: Grandes ciudades, Ciudades intermedias, municipios vinculados a ciudades grandes o intermedias, comunas con centros urbanos menores y comunas no conectadas.

**Tabla**  
**Tipos de territorios: cantidad de territorios, comunas y población**

	Tipo de territorio	Territorio s	Comuna s	Población	
				N	%
1	Gran Santiago	1	38	5.547.881	37%
2	Gran Concepción	1	10	890.145	6%
3	Gran Valparaíso	1	5	816.179	5%
4	Ciudades intermedias	24	29	3.565.073	24%
5	Comunas vinculadas a ciudades (grandes o intermedias)	27	75	1.170.599	8%
6	Comunas vinculadas a comuna con centro urbano menor	8	17	482.553	3%
7	Comunas desvinculadas y con centro urbano	46	46	1.348.521	9%
8	Comunas desvinculadas y sin centro urbano	126	126	1.229.845	8%
	<b>Total</b>	<b>234</b>	<b>346</b>	<b>15.050.796</b>	<b>100%</b>

Fuente de datos: Censo 2002.

Imagen 1. Mac-Clure Ó, Calvo R. Desigualdades sociales y tipos de territorios en Chile. Polis Santiago. abril de 2013;12(34):467-90.

Este estudio se desarrollará en dos de las cuatro provincias de la región de Los Lagos, Llanquihue y Palena. Las 12 comunas que las componen se clasifican según Mac-Clure de la siguiente manera; Puerto Montt (4-Ciudad intermedia), Puerto Varas (5-Comuna vinculada a ciudad), Llanquihue y Calbuco (7-Comunas desvinculadas y con centro urbano) y por último Fresia, Hualaihué, Cochamó, Maullín, Frutillar, Futaleufú, Chaitén y Palena (8-Comunas desvinculadas y sin centro urbano). (10) Esta redefinición de la territorialidad permitiría un abordaje más real de las problemáticas de salud y sus soluciones. (19)

En salud, la inequidad ha sido un tema de preocupación creciente desde el retorno a la democracia. Muestra de aquello es que en los gobiernos de Aylwin, Frei y Lagos se planteó como objetivo avanzar en equidad, inicialmente respecto de la pobreza y desigualdad y luego respecto de diferencias entre el sistema público y privado de salud.

En el año 2000 se introduce el enfoque territorial al incorporar en los objetivos estratégicos el de enfrentar la inequidad territorial. Dentro de sus metas específicas se incorpora la meta de disminuir la brecha territorial por comunas respecto de los años de vida potencialmente perdidos (AVPP) en un 30%. Posteriormente, en el informe de metas del año 2010 que evaluaría dicha planificación, el MINSAL señaló que no hubo avances en la concreción de la meta antes expuesta. (20)

Ya en el año 2011 en la nueva fijación de objetivos sanitarios, se incorpora como objetivo estratégico el número cinco que da cuenta de los determinantes sociales y equidad y que

explicita las inequidades generadas por el territorio, advirtiendo que el lugar en que una persona vive afecta de manera significativa sus resultados de salud. (21)

Lo anterior es solo una muestra de la importancia que la equidad en salud ha adquirido como un problema relevante para nuestro país y ha sido abordado de manera progresiva y persistente por los diferentes gobiernos. (12)

A continuación, se abordará la caracterización del territorio rural y su relación con algunos aspectos en el acceso a salud. Este territorio suele ser menos visibilizado en la academia y en la formación de políticas, por lo cual se plantea como un ámbito relevante para expandir el conocimiento.

### **CARACTERIZACIÓN DE TERRITORIOS RURALES, POBREZA Y OTROS**

Para la caracterización de territorios rurales, pobreza y otros aspectos que permitan comprender la realidad de nuestro país se realiza la encuesta de caracterización socioeconómica (CASEN). Posee una trayectoria sólida y continua y los datos que a continuación se muestran son en base a la CASEN 2017.

Primero que todo, se define el espacio rural con sentido estadístico más que analítico. Se incorpora una mirada geográfica-económica lo que entrega una mirada más amplia al concepto.

En Chile, al año 2017 la población rural alcanzaba al 12,7% de la población correspondiente a 2.257.128 personas. La tendencia de la población rural a lo largo de los años ha sido de disminución, sin embargo, desde el año 2006 se observa una estabilización de la distribución urbano rural en torno al 12,8% de población rural nacional.

Esta distribución es heterogénea a lo largo del país. Las regiones con menor porcentaje de población rural son: Antofagasta, Metropolitana y Magallanes con menos del 5% de población rural. Dentro de las regiones con mayor porcentaje de población rural se encuentran las regiones de: O'higgins, Maule, Ñuble, La Araucanía, Los Ríos y Los Lagos. Notándose porcentajes sobre el 25% de ruralidad y una agrupación en torno a la zona sur del País.

Respecto de la distribución por sexo, se observa que, a diferencia de lo que ocurre en zonas urbanas en donde predomina la población femenina, en las zonas rurales se observa prácticamente una distribución equitativa con 49,9% de hombres y 50,1% de mujeres para el año 2017 y sin cambios respecto del 2015.

Respecto a la distribución por tramo de edad, se observan diferencias significativas en dos grupos etarios. En los tramos de 18-29 y 30-44 años, edades laboralmente productivas y relativamente libres de enfermedad, se observa una menor proporción de habitantes en zona rural comparado con zonas urbanas con un 15,7% versus 19,9% y 17,3% versus 19,0% de distribución rural-urbana respectivamente. En los tramos de 45-59 y 60 o más años, se observa una situación inversa. Aquí, la población rural es mayor que a nivel urbano

con 21,5% versus 19,0% y 22,5% versus 18,9% respectivamente. Por lo tanto, la población de zonas rurales tiende a concentrar más población envejecida que la urbana.

Al observar la distribución según quintil de ingreso, a nivel rural observamos una tendencia decreciente con una concentración del 64% en los quintiles I y II, correspondiente a las personas de menor recursos y solo un 18% en los quintiles IV y V, de mayores ingresos. Esta realidad contrasta de manera dramática con el 37% de la población en quintiles IV y V en zonas urbanas. Cabe destacar que en zonas urbanas la distribución es más bien homogénea y levemente concentrada en los quintiles medios de ingreso. Lo anterior traduce que la población de zonas rurales en general posee menores ingresos que las de zonas urbanas.

Como dato relevante se muestra la abismante diferencia observada en el porcentaje de jefas y jefes de hogar sin educación media completa por zona de residencia en que se observa una brecha urbano-rural sostenida en torno al 30% desde el año 2006 con un dato actual de 72% de jefes y jefas de familia sin educación media completa en zona rural, versus un 40,3% en zona urbana. Si bien este porcentaje disminuyó de manera importante desde el año 2006 en aproximadamente un 15% tanto en zona urbana como rural, se sigue manteniendo la brecha indicada. Más dramática es la comparación si observamos educación básica incompleta con un 34% en zonas rurales versus un 12,7% en zonas urbanas.

Lo anterior determina que la población rural en Chile esté concentrada en la zona sur del país, que contemple una población más envejecida y con menor proporción de jóvenes y adultos jóvenes, con menores ingresos y menor educación. Solo al considerar estas tres variables podemos ver que existe una distribución desigual de importantes determinantes sociales entre población rural y urbana.

Al evaluar la situación de pobreza según ingresos observamos que es mayor en zona rural que en urbana. Al año 2017 la pobreza era de un 16,5% en zona rural versus 7,4% en zona urbana con una razón de aproximadamente 2 veces la pobreza en zona rural versus urbana. Esta razón se ha mantenido constante a lo largo de los años.

La situación es similar al evaluar pobreza extrema. Si bien posee una magnitud menor con un 4,4% en zona rural versus 2% en zona urbana para el año 2017, la proporción se mantiene cercana al doble. Es importante destacar que tanto para la pobreza como para la pobreza extrema la tendencia es sostenida y clara a la disminución.

La pobreza multidimensional es mayor en zonas rurales con un 37% versus un 18% en zona urbana. Se observa aquí una magnitud mucho mayor que al evaluar pobreza en una sola dimensión. Respecto a las áreas de carencia que más aportan a la pobreza multidimensional en zonas rurales se observa que la escolaridad, la seguridad social, habitabilidad, entorno y servicios básicos son aquellos que representan una diferencia mayor en zona rural versus zona urbana.

Una vez conocidas las cifras de pobreza en sus múltiples formas de medición, es importante agregar conceptos definitorios. Habitualmente cuando se mide pobreza de manera

unidimensional, esta hace referencia a los hogares cuyos ingresos per cápita son menores al valor de una canasta de bienes básica capaz de cubrir las necesidades de una persona. Esta definición asume que las necesidades de una persona pueden ser suplidas siempre por un aumento en el ingreso monetario. Sin embargo, cuando se ve la satisfacción de necesidades como un acercamiento al bienestar personal surgen múltiples dimensiones que no pueden ser cubiertas con una variación de los ingresos. Según Amartia Sen (22), en su teoría de las capacidades, la pobreza resulta de una limitación de las capacidades personales para lograr un óptimo funcionamiento social, autodeterminado y pleno. En otras palabras, más que un aumento monetario sería un aumento de las capacidades personales lo que permitiría a un individuo aumentar su nivel de bienestar. Por otra parte, no todas las carencias personales son rápidamente suplidas por un aumento en el ingreso monetario, por lo tanto, surge la necesidad de incorporar otras dimensiones a la definición de pobreza.

La pobreza multidimensional fue incorporada desde el año 2013 en la encuesta CASEN e incluye las siguientes dimensiones; Educación, Salud, Empleo y seguridad social, Vivienda y entorno y Redes y cohesión social. En específico la dimensión de Vivienda y entorno incluye como subindicador el “acceso” definido operacionalmente como: *“Vivienda que se encuentra a más de un kilómetro de un paradero o estación de transporte público o a más de 2,5 kilómetros de un centro de salud o educacional; Si el hogar cuenta con integrantes ocupados, estos demoran más de una hora en llegar a su lugar de trabajo usando transporte público o motorizado”*. Este subindicador es un ejemplo de la mayor complejidad del indicador y que permite caracterizar de mejor manera la pobreza poblacional de nuestro país. En este aspecto, es importante resaltar el aumento en los niveles de pobreza dependiendo de la definición de esta en el instrumento. (23)

Si vemos la tasa de participación laboral por sexo y zona de residencia, observamos que no existen mayores diferencias al comparar zonas urbano rural registrando una participación de hombres con un 72% y un 68% respectivamente. Sin embargo, al observar la participación laboral femenina, se evidencia, por una parte, una brecha importante con la participación laboral masculina y también, una diferencia importante entre zonas rural y urbana con un 35% y un 50% respectivamente. La tasa de participación *“es una proporción de las personas en edad de trabajar que participa activamente en el mercado laboral ya sea trabajando o buscando trabajo”*, es una medida de la fuerza de trabajo disponible para incorporarse a labores productivas. (24)

La tasa de ocupación laboral sigue una tendencia similar a la participación, con una mayor ocupación masculina tanto urbana como rural y con poca diferencia entre ambas y una diferencia mucho mayor con la ocupación femenina. Se observa de igual manera una diferencia entre ocupación femenina rural y urbana. La tasa de ocupación se refiere a las personas que se encuentran en las siguientes situaciones dentro de la participación laboral: Ocupación remunerado o autoocupación.

Al observar el sistema previsional de salud por zona de residencia, observamos que en zonas rurales existe una mayor proporción de FONASA A y B concentrando cerca de un 69% del total de la población. Para el grupo total de FONASA observamos un 90% de la

población total rural versus un 75% en zonas urbanas. Respecto a la previsión por ISAPRE se observa un 15,7% en zona urbana y un 5,3% en zona rural.

Respecto a la tasa de atención médica ante problemas de salud, para el año 2017 se encontraba en un 93,7%. Al comparar la zona rural y urbana no existen diferencias significativas con un 92,8% y un 93,8% respectivamente.

Si observamos las razones de no atención médica ante enfermedad o accidente se observa que las razones con mayor importancia el año 2017 tenían que ver con una decisión basada en la necesidad de atención percibida por el usuario y la decisión de no consultar activa del usuario. Cuando uno observa las razones externas al usuario, es decir, cuando “hubo una decisión de consultar, pero por razones ajenas a este no se accedió”, observamos como principales razones las siguientes: ausencia de dinero (2,7%), dificultad para acceder al lugar de atención (1,8%), ausencia de tiempo (4,1%). Cuando vemos las diferencias entre zonas urbanas y rurales al evaluar problemas para obtener atención el año 2017 se observa un 24,9% a nivel urbano y un 28,2% rural, estadísticamente significativas según CASEN.

Cuando se detallan las dificultades para llegar a la consulta, hospital o consultorio como causa para no obtener atención, se observa que a nivel urbano esta representa un 6,4% y a nivel rural es del 12,6%. Al observar esta razón y comparar por quintil de ingreso, se observa que tiene una gradiente en disminución desde menores a mayores ingresos, es decir, a mayor ingreso, menor dificultad para acceder.

Cuando exploramos el resto de los problemas para obtener la atención se observa que transversalmente aquellos grupos de mayores ingresos presentan menos problemas para el acceso a una atención. De alguna manera esto significa que podría existir algún grado de corrección en el acceso al incidir sobre este indicador.

Para el año 2017 la mayor parte de la población rural logró acceder a la atención médica sin problemas de acceso (66,9%). Para población urbana este porcentaje es de 70,9% con diferencias significativas. Para aquellos que lograron acceder, pero con problemas de acceso, para la población rural se observó un 26,3% y urbana 23,5% con diferencia significativa. Esto muestra que en el área rural se logra acceder, pero existen barreras que son sorteadas con mayor frecuencia que en la población urbana.

Al analizar esta última categoría por nivel de ingreso existe una tendencia similar a la reportada por problemas de acceso, existe un gradiente según nivel de ingreso. El 81% de aquellos grupos de mayor ingreso logran acceder sin problemas a la atención y solo un 14,8% de ellos accedió con algún problema en el acceso. Lo anterior contrasta con lo que ocurre en grupos de menos ingresos en donde un 64,8% del primer quintil logra acceder sin dificultades y un 29,2% accede con alguna dificultad. Es decir, a menores ingresos, mayores dificultades en el acceso que son sorteadas para acceder a una atención.

Al evaluar las prestaciones a las que accede la población urbano y rural se observa que, para todas las prestaciones, con excepción de controles de salud, es la población urbana quien recibe mayor número de prestaciones. En específico, para exámenes de rayos X o ecografías el acceso en zonas urbanas es de 8,7% y en rurales 6,6% siendo esta una

diferencia significativa. Nuevamente al evaluar por ingresos socioeconómicos se observan gradientes de acceso. Aquellos grupos de mayores ingresos acceden en mayor porcentaje a exámenes de laboratorio, consultas de especialidad, exámenes de rayos X y ecografías.

Una vez caracterizados los territorios rurales desde el punto de vista sociodemográfico con enfoque en la salud, se procederá a caracterizar el territorio objetivo de este estudio, la región de los Lagos.

#### **REGIÓN DE LOS LAGOS Y SERVICIO DE SALUD DEL RELONCAVÍ, CARACTERIZACIÓN TERRITORIAL Y GEOGRÁFICA.**

La región de los Lagos está compuesta por las provincias de Osorno, Chiloé, Llanquihue y Palena, las últimas dos a cargo del servicio de salud del Reloncaví. Incorpora las comunas de: Maullín, Calbuco, Los Muermos, Fresia, Frutillar, Llanquihue, Puerto Montt, Puerto Varas, Cochamó, Hualaihué, Palena, Chaitén y Futaleufú. A su vez, y de manera administrativa, este servicio de salud ha dividido el territorio en “Urbano” y “Cordillera”, considerando dentro de este último a la provincia de Palena y la comuna de Cochamó por compartir características geográficas, de acceso e indicadores de salud.

De acuerdo con el estudio de red elaborado por el SDDR para el periodo 2019-2029 en donde se describen las características sociodemográficas y geográficas en la red, observamos que existen diferencias entre los distintos territorios considerando estado de salud de la población y determinantes sociales de salud. (25)

La organización de Médicos Generales de Zona del Reloncaví ha censado, en conjunto con el servicio de salud, los tiempos de traslados a centros derivadores de la región, observando que el promedio de tiempo de derivación a la ciudad de Puerto Montt (centro derivador) para la zona de cordillera es 4.6 horas versus 0.5 horas para el sector urbano. Más allá del tiempo de traslado como dato aislado, este describe una situación de aislamiento geográfico importante que determina múltiples diferencias entre las comunas a la hora de acceder a los servicios de salud que se centralizan en la capital regional.

Al considerar la situación dentro de cada comuna, observamos que en general, las comunas cordilleranas poseen una baja densidad poblacional. La superficie geográfica y las características de asentamientos humanos al interior de cada comuna, no posee una distribución homogénea, existiendo diversas situaciones geográficas y de aislamiento incluso al interior de cada comuna. Además, las comunas de la zona cordillera poseen el menor número de funcionarios de salud del grupo de comunas del servicio de salud. (25)

En la zona de estudio existen dos tipos de provisión de medios de transporte público, por una parte, en la zona cordillerana prima el transporte subvencionado versus en la zona urbana en donde predominan servicios de transporte rurales con cierto nivel de competencia y una oferta diversa de medios de transporte lo cual incide en las posibilidades de desplazamiento de los usuarios para acceder a servicios de salud.

Dada la situación de dispersión geográfica, aspectos climáticos y demográficos, existen desigualdades en el acceso a los servicios de salud al interior de cada comuna. Al considerar al grupo de usuarios que acceden a los servicios de salud y que además requieren realizar algún estudio diagnóstico que no se encuentra disponible en la comuna de origen, estos poseen barreras determinadas por la situación geográfica que son distintas y específicas para dicho territorio. (25)

Una vez conocido el territorio en el que se enfoca este estudio, es importante presentar las herramientas y conceptos que dan origen a la medición de las diferencias entre los distintos territorios, específicamente se evaluarán aspectos sobre evaluación económica, estudios de costos y gasto de bolsillo en salud.

### **EVALUACIÓN ECONÓMICA EN SALUD Y GASTO DE BOLSILLO EN SALUD**

La economía es la ciencia que optimiza el uso eficiente de los recursos disponibles y escasos y ha adquirido un papel creciente en los sistemas de salud. El argumento económico es usado cada vez más en la toma de decisiones en salud y tiene un rol crucial en la contención de precios crecientes de los complejos sistemas de salud. Múltiples programas han sido evaluados desde este punto de vista: inmunizaciones, prevención VIH/SIDA, alimentación complementaria, entre otras, aportando datos valiosos sobre su efectividad y otros indicadores.

La evaluación económica de salud en términos prácticos compara distintas alternativas de acción, sus costos y consecuencias en salud. En salud pública, la evaluación económica posee desafíos importantes como la atribución de efectos, medición y valoración de resultados, identificación de los costos y consecuencias intersectoriales y consideraciones de equidad. (26)

Respecto a la definición de ciertos conceptos relevantes y que deben ser consensuados encontramos los siguientes:

**Costo:** Se refiere al valor de los recursos utilizados durante la provisión de cuidados de salud. Es distinto del costo financiero, ya que el primero aplica al concepto de costo de oportunidad, mientras que el segundo considera solamente recursos donde existe desembolso de dinero.

**Costo de oportunidad:** Valor o beneficio de la mejor opción no tomada. Valor al que se debe renunciar debido a que el recurso no está disponible para ser utilizado en otro escenario.

**Evaluación económica:** Análisis comparativo de los cursos alternativos de acción en términos de sus costos y consecuencias.

**Equidad:** Lograr una distribución justa de los costos y beneficios en la sociedad. Equidad horizontal busca proveer el mismo tratamiento a pacientes que tienen iguales necesidades de salud, mientras que la equidad vertical busca dar tratamientos y cuidados diferenciados a quienes presenten distintas necesidades de salud. (27)

Existen distintas perspectivas de la evaluación económica en salud que permiten mirar la evaluación desde el punto de vista de los prestadores, financistas, personas, etc. Dicho enfoque es relevante pues determina los costos y los efectos a medir en cada escenario, llamados costos relevantes.

A modo de resumen, existen diversos métodos de evaluación económica: Análisis de costo-beneficio, costo-efectividad, costo-utilidad, entre otros. Más allá de la metodología a utilizar, es importante señalar que, para todos los tipos de evaluación, se hace relevante y crucial el estudio de costos que depende de la perspectiva escogida para el problema en cuestión. (28)

Respecto de la magnitud e importancia de las distintas perspectivas de análisis, cabe destacar que cada perspectiva obedecerá a una pregunta de investigación y a un solicitante en particular. Con mayor frecuencia, las evaluaciones económicas son realizadas desde el punto de vista del prestador de salud o las organizaciones con la finalidad de decidir entre distintas alternativas analizando los costos y su efectividad.

En contraste con lo anterior y debido al creciente valor que poseen las personas y sus individualidades a la hora de considerar las políticas e intervenciones en salud, es que ha tomado relevancia la perspectiva del paciente y las familias en la evaluación económica. Revisiones sistemáticas han puesto en evidencia el lento desarrollo de evaluaciones económicas incluyendo efectivamente en sus resultados los costos para las familias y usuarios. Por otra parte, se ha identificado una alta variabilidad metodológica que dificulta la comparación entre distintos estudios. (29)

El análisis de costos es parte central de la evaluación económica en salud. Cuando hablamos de costos es importante comprender que están relacionados con un proceso de elección de una o varias alternativas por parte de las personas. Son relativos y no absolutos, pues dependen de las alternativas existentes en un momento dado. Además, dependen de las alternativas porque deben ser considerados en el costo el valor monetario por adquirir el bien o servicio, pero, además, el sacrificio por la elección alternativa; no consumir o consumir un bien o servicio alternativo.

Los costos pertinentes para una decisión son los costos relevantes. Los costos relevantes por considerar dependen de la perspectiva que asume la evaluación. Pacientes, prestadores, etc. A modo de ejemplo, desde el punto de vista del paciente encontramos el valor del tiempo que tiene que invertir el paciente en una intervención (traslado, espera, recuperación), asociado al salario y su productividad, sin embargo, estos mismos parámetros desde el punto de vista del prestador de salud son irrelevantes para el proceso.

La estimación de costos es un proceso que requiere definir correctamente el problema que se quiere abordar y describir detalladamente el proceso asociado al servicio que se quiere costear. Posee fases definidas como: Identificar el consumo de recursos asociados a las intervenciones en donde se debe incluir aquellos propios de la provisión del servicio y además aquellos relevantes para el acceso a la prestación, cuantificar el consumo físico de recursos pudiendo ser un proceso prospectivo o retrospectivo y con mayor o menor nivel

de detalle, por ejemplo, el microcosteo identifica costos para cada fase de la intervención y cada tipo de paciente. Por último, se debe valorar el consumo de recursos que entrega el precio a pagar dependiendo de la perspectiva de la evaluación. (30)

Al realizar una evaluación económica deben identificarse, medir y valorar los costos importantes para el individuo de análisis según la perspectiva escogida, en cada alternativa de elección. Como primera tarea se deben identificar y luego valorar aquellos en que se desee la valoración y sea posible cuantificar. (31)

Algunos estudios han buscado identificar potenciales costos para las familias y usuarios. La conceptualización que se realiza al respecto sigue la siguiente estructura: el total de costos para las familias es dividido en costos directos médicos y no médicos, indirectos e intangibles.

Los costos directos médicos son aquellos incurridos como resultado de un manejo médico de la enfermedad; fármacos, hospitalización, exámenes de laboratorio, equipamiento médico, test diagnósticos, consultas, etc. Los costos directos no médicos son aquellos incurridos no como resultado del manejo médico, sino que, por la necesidad de cuidadores, gastos de transporte y alimentos asociados a familiares de pacientes, etc. (32)

Sobre la importancia de los costos directos médicos y no médicos, es crucial la diferencia y comparación entre ambos. Estudios en diversos países respecto de estos costos han evidenciado que los costos directos médicos son determinados en parte por los sistemas de financiamiento y de provisión de salud. Por otra parte, los costos directos no médicos son más susceptibles a las condiciones materiales de vida de las personas. Existen diferencias considerables en los costos no médicos para las familias (US \$100) entre un país y otro. Dentro de los costos no médicos el transporte es uno de los principales costos en personas viviendo a más de 20 Km del lugar de provisión de servicio de salud, siendo en algunos casos mayor a los costos por el procedimiento o servicio. En esta línea, en China dentro de sus últimas reformas instauraron un círculo de 15 minutos alrededor de las pequeñas ciudades rurales y pueblos con el objetivo de que los ciudadanos puedan acceder a atención de salud, servicios, educación, u otros, a menos de 15 minutos de sus lugares de vivienda. (33)

Destaca el impacto de políticas que subsidian los costos directos de prestaciones de salud porque permiten el acceso a personas que no poseen los medios para acceder. Esto último es un ejemplo de la función de protección financiera de los sistemas de salud. (34)

Si bien no existe un acuerdo global para incluir este tipo de costos en las evaluaciones económicas, si está claro que ha habido una preocupación creciente por este ámbito a lo largo de los años. (31)

Los costos intangibles e indirectos son determinados tanto por pérdidas de productividad, salariales y la pérdida de funcionalidad, dolor y calidad de vida. (35) Existen aspectos intangibles en el proceso sanitario como, por ejemplo, algún síntoma que sea solucionable

con un procedimiento, un efecto adverso producido por un fármaco, etc. No siempre es posible la valoración monetaria de estos intangibles.

Desde un punto de vista más concreto, hablamos de costos indirectos para referirnos a aquella pérdida de producción de bienes y servicios que ocasiona una enfermedad (o procedimiento o servicio). Desde un punto de vista económico, podríamos definir un costo indirecto como *“todo el tiempo perdido, sea laboral o de ocio. Debe ser identificado e incluido como parte del impacto de la intervención”*.(31)

Para ahondar en la conceptualización sobre los costos en salud, podemos observar que, al proveer un servicio, los sistemas de salud deben velar porque el costo para las familias y usuarios de acceder a dicho servicio no implique un gasto catastrófico o que empobrezca a la familia. Derivado de este concepto se desprende que es un concepto relativo a cada situación individual, por lo tanto, es relevante la caracterización de los distintos grupos poblacionales y sus gastos específicos para su determinación. (6)

El objetivo de financiamiento de los sistemas de salud apunta en parte a este último objetivo de protección financiera y dependiendo de los distintos arreglos sociales puede incorporar una cobertura variable de los gastos en salud. A pesar de lo anterior, existen gastos para el usuario y las familias derivados del consumo de bienes o servicios de salud que no son habitualmente incorporados como gastos propios del proceso del acceso a prestaciones o servicios de salud. Además de los gastos que pueden empobrecer directamente a una persona, existen otras consecuencias derivadas de la atención en salud; ausentismo laboral y/o disminución en la productividad.

El gasto de bolsillo en salud (GBS) ha sido definido en documentos de la organización mundial de la salud como *“todos los tipos de gastos sanitarios realizados en el momento en que el hogar se beneficia del servicio de salud. Normalmente se trata de honorarios médicos, compras de medicamentos y facturas de hospital. [...] no los gastos de transporte efectuados para recibir asistencia ni los concernientes a nutrición especial”*(36)

Al analizar el gasto de bolsillo se consideran distintos ítems asociados a salud, sin embargo, todos son relacionados a la adquisición de servicios y/o prestaciones o grupos de ellas específicamente. No se hace un análisis desagregado respecto de gastos asociados y apareados a la prestación como movilización, cuidador, alojamiento o alimentación. Como se mencionó anteriormente, estos gastos podrían tener relevancia en situaciones geográficas que impliquen desplazamientos prolongados para las personas.(9) La relevancia radica en la potencialidad de los gastos de transformarse en barreras para el acceso a la salud.

El GBS es aquel gasto en que incurren los hogares para adquirir bienes o servicios de salud, es un gasto que se realiza desde el ahorro o el ingreso propio de las familias. El GBS se relaciona estrechamente con conceptos como el gasto catastrófico en salud (GCS) y al gasto empobrecedor, ambos indicadores que permiten evaluar la protección financiera de los hogares ante eventos de salud. Además, es relevante porque permite dirigir la elaboración y ajuste de políticas públicas. (37)

Al año 2012 se calcula que hubo alrededor de 13 mil hogares que se empobrecieron por el GBS, esto es relevante pues estos hogares representan aquellos que lograron realizar el gasto, sin embargo, es probable que excluya aquellos hogares que renunciaron a la adquisición del bien de salud dado el elevado GBS. (37)

En Chile, el GBS se estima cada 5 años principalmente a través de la encuesta de presupuestos familiares (EPF) realizada por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE). En Chile el GBS calculado para el año 2019 fue de un 3,1% del PIB. Al analizar el GBS en relación con el gasto total de salud se observa que al año 2017 este representaba un 33,5% del gasto total, incluso sobre el nivel de Latinoamérica y solo superado por México dentro de América. Al analizar el GBS como % del gasto total al interior de la OCDE, Chile se posiciona en niveles muy alejados al 20% de la OCDE con un 33% para el año 2018. (37)

La encuesta de presupuestos familiares es realizada cada 5 años con construcción de datos a partir de la aplicación de encuestas en ciudades urbanas de regiones seleccionadas. Esta incluye información sobre los ingresos del hogar durante 1 año y además gastos dentro de distintos ámbitos entre los que destaca, vivienda, transporte, salud, entre otros. Si bien la EPF logra recoger información respecto de distintos componentes del gasto como transporte, alimentación, ocio, etc., no permite definir la proporción del ítem que se asocia directamente al gasto que produce el acceso a salud.

En base a lo revisado, que busca resaltar la importancia de considerar tanto los costos directos no médicos como aquellos indirectos en la evaluación económica en salud, se plantea como hipótesis que existen diferencias significativas en los costos asociados al acceso a atenciones presenciales en el Hospital de Puerto Montt para usuarios del Servicio de Salud del Reloncaví. Estas diferencias estarían determinadas por aspectos socioeconómicos, demográficos y geográficos y además serían relevantes en relación con los ingresos familiares reportados y, por lo tanto, podrían considerarse como potenciales barreras en el acceso a la atención de salud.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Cuantificar los costos de acceder a atenciones de salud presenciales en el Hospital de Puerto Montt durante el año 2024 para los usuarios de las provincias de Llanquihue y Palena y describir su relación con las características demográficas y sociodemográficas

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Caracterizar demográficamente a los usuarios que acceden a atenciones de salud presenciales en el Hospital de Puerto Montt durante el año 2024, en base a la comuna de origen, pertenencia a grupo originario, distancia al centro de atención, sexo, edad, previsión de salud y nivel educacional.
2. Caracterizar socioeconómicamente a los usuarios que acuden a atenciones de salud presenciales en el Hospital Puerto Montt durante el año 2024 en base a la ocupación, ingresos mensuales, gastos familiares en vivienda, educación, alimentación y calefacción y la calidad de cuidador de niños, niñas o adolescentes (NNA) u otra persona en situación de dependencia.
3. Cuantificar los costos en que incurren los usuarios y familias al acceder a atenciones presenciales en el Hospital Puerto Montt durante el año 2024 generados por el traslado hacia el lugar de atención, necesidad de alimentación y alojamiento, días de permiso no remunerados y costos asociados a la suplencia en tareas de cuidador.
4. Describir la relación entre los costos identificados y las características demográficas y socioeconómicas de las familias.

## **MARCO METODOLÓGICO**

Se buscó determinar los costos monetarios que poseen las personas que provienen de las provincias de Llanquihue y Palena para acceder a atenciones de salud presenciales en el Hospital de Puerto Montt y la relación del costo observado con sus características demográficas y socioeconómicas.

Se identificaron tanto los costos directos no médicos como indirectos al acceder a una atención presencial. Los costos directos no médicos son los producidos por el traslado entre el lugar de origen y el Hospital de Puerto Montt, los asociados a la alimentación que debe ser comprada en la ciudad de Puerto Montt debido a la permanencia en dicho lugar motivada por la asistencia al establecimiento de salud para recibir la atención de salud, los costos generados por el pernocte en días previos o posteriores a la atención, cuando se requiere por temas logísticos de traslado y que sean costeados por la familia, y por último, los costos generados por la suplencia en labores de cuidador cuando corresponda.

Como costos indirectos se consideró la pérdida en la generación de ingresos derivados de la ausencia laboral o de la actividad económica que la familia realice, cuando corresponda. Cabe destacar que se consideran tanto los costos en que incurre el usuario como él o la acompañante en caso de ser necesaria la presencia de este (Adultos mayores, NNA, personas en situación de discapacidad o asistencia a procedimientos que lo exijan). (38–41)

Debido a la incorporación del copago cero en el sistema público de salud y que desde el año 2023 se encuentra implementado en el Hospital Puerto Montt, se evaluó directamente a los usuarios que concurren al establecimiento a atenciones presenciales ambulatorias en las distintas unidades y servicios que conforman el centro de atención ambulatoria del Hospital Puerto Montt (CAE). Dado el copago cero, se elimina la variación en los costos generados por el copago de los distintos tramos de atención de salud de usuarios FONASA. No se consideran gastos de medicamentos u otros al ser recogidos por la encuesta de Presupuestos familiares del INE.

**TIPO DE ESTUDIO:** Es un estudio descriptivo exploratorio de tipo transversal. Por la necesidad de recopilar datos de un alto número de variables y en un número de sujetos elevado, se aplicó una encuesta estructurada.(42) El instrumento construido por el investigador fue elaborado tomando como referencia la encuesta de costos para pacientes con tuberculosis(43) y la literatura acerca de los costos en el acceso a la salud. La encuesta construida atravesó un proceso de evaluación y validación por expertos en el área de interés. (ANEXO 4)

**UNIVERSO Y MUESTRA:** El universo a estudiar son los usuarios de las provincias de Llanquihue y Palena que asisten presencialmente a consultas, controles o procedimientos diagnósticos u otros en el Hospital de Puerto Montt.

La muestra corresponde a usuarios que acceden presencialmente a atenciones o procedimientos ambulatorios al Hospital de Puerto Montt durante el año 2024 y que cumplen los criterios de inclusión:

**Criterios de inclusión:**

1. Persona que asiste presencialmente al Hospital Puerto Montt cuya edad sea de 12 años o más. (44)
2. Usuario con vivienda en las provincias de Llanquihue y Palena de la región de Los Lagos.
3. Persona con habilidades comunicativas y cognitivas suficientes para poder otorgar asentimiento o consentimiento informado.

**Criterios de exclusión.**

1. Usuario perteneciente a grupo de edad menor de 18 años y que no se encuentre acompañado de tutor legal.
2. Usuario perteneciente a grupo de edad menor de 18 años, que se encuentre con tutor legal pero que no asienta su participación.
3. Población privada de libertad o perteneciente a institución estatal de protección a menores.
4. Personas sin capacidad para asentir participación en caso de pertenecer a grupos en situación de discapacidad.
5. Personas con capacidades psíquicas alteradas.

Se decide la exclusión de estos usuarios por no cumplirse los mínimos éticos para su incorporación a la investigación. No es posible en estos casos determinar completamente su participación voluntaria y sin presiones toda vez que la presión de enfrentarse a un escenario de este tipo podría inducir respuestas en contra de su voluntad. Se excluyen además a personas con capacidades psíquicas alteradas por la razón adicional de no poder contar con datos fidedignos sobre el tema de estudio.

Se realizará un muestreo no probabilístico de tipo accidental. Se definirán mediante un calendario los lugares de aplicación del instrumento en el centro de salud. Debido al modo de funcionamiento del hospital, y basado en la experiencia del investigador, se definen los siguientes espacios físicos para la aplicación de encuestas:

- a. Segundo piso CAE: Poli ginecología, Alto riesgo obstétrico, Otorrinolaringología, UNACESS, Diabetología, Reumatología, Neurocirugía, Urología, Cirugía adulto.
- b. Tercer piso CAE: Salud mental, Pediatría, Dermatología, Broncopulmonar, Oftalmología, Dental.
- c. Sector Radiología.

El encuestador fue principalmente el investigador y no se recibió apoyo por terceros. Se asistió presencialmente al Hospital Puerto Montt durante los meses de febrero y marzo del

2024, desde las 7:30 am hasta las 16:00 pm, horario definido en base al tiempo de llegada de las personas al centro de atención ambulatoria de especialidades en el Hospital Puerto Montt. Los participantes fueron seleccionados y entrevistados en sala de espera. Se dispuso de tablas con números aleatorios, los que fueron asignados a las encuestas para su posterior identificación y trabajo de datos de forma anonimizada.

## **RECLUTAMIENTO**

Los usuarios fueron seleccionados en salas de espera predefinidas del centro de atención ambulatoria (CAE) del Hospital de Puerto Montt. Se abordó al usuario/a al momento de llegada al sector seleccionado, tras la presentación del encuestador y aprobación verbal del usuario/a, se aplicó el consentimiento y/o asentimiento informado según correspondía para luego aplicar la encuesta. Para asegurar la anonimidad de los datos, se asignó a cada encuesta un número aleatorio único dentro de la investigación. Tanto encuesta como consentimiento/asentimiento fueron separados posteriormente para mantener la anonimidad de los participantes.

## **VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN**

En base a la encuesta confeccionada se plantean como variables independientes las características del usuario (Secciones de Identificación del usuario (1) y Caracterización socioeconómica (2)) y como dependientes los costos asociados al acceso a la atención ambulatoria (Sección de costos asociados a la atención actual (3)) y el impacto subjetivo de estos en las familias (Sección de impacto percibido (4)). Cada variable y su operacionalización se describe en el Anexo 3.

## **RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS**

Se plantea la obtención de datos primarios mediante la aplicación de una encuesta estructurada de gastos que permita la identificación de las variables de interés. (ANEXO 2). Una vez construida la encuesta, obtenida la autorización de comité de ética y autorización por Dirección del Hospital de Puerto Montt según protocolo de investigación clínica vigente del establecimiento, se realiza un proceso de validación por expertos y pilotaje del instrumento de recolección de datos.

Para el proceso de validación del instrumento, se somete a una evaluación por expertos según rúbrica que considere los criterios de *relevancia*, *coherencia*, *claridad* y *suficiencia*. (ANEXO 4).

El pilotaje se realizó considerando criterios de inclusión y exclusión definidos y bajo las mismas condiciones de la muestra seleccionada para el estudio con la finalidad de evaluar la comprensión de las preguntas, identificar preguntas conflictivas y realizar ajustes al instrumento previo a su utilización definitiva. Los datos obtenidos de las encuestas piloto no fueron incorporados al estudio, sin embargo, fueron utilizados para la estimación de datos

que permitirían determinar el tamaño muestral del estudio. Se realizó un total de 25 encuestas piloto que incorporen usuarios provenientes tanto de la provincia de Llanquihue como de Palena.

### **MUESTRA, TAMAÑO MUESTRAL Y CUOTAS DE MUESTREO**

Para el cálculo del tamaño muestral, se propone la utilización de la varianza de costos totales promedios estimada a partir de la aplicación de las encuestas piloto. En base a la media de costos totales para el conjunto de comunas de ambas provincias y además la media de costos totales para ambas provincias por separado. Se realiza una comparación de medias para determinar diferencias en la estimación de ambas provincias. En caso de no existir diferencias, se estimará el tamaño muestral en base a la varianza de costos totales para el conjunto de ambas provincias. En caso de existir diferencias entre ambas medias, se estimará el tamaño muestral para cada una de las provincias utilizando la varianza de costos totales de cada provincia respectivamente.

El tamaño muestral se calculará usando la siguiente formula:

$$n = \frac{N * Z^2 * S^2}{d^2 * (N - 1) + Z^2 * S^2}$$

En donde;

N: Tamaño de la población

Z: Valor de Z crítico. (Nivel de confianza)

S2: Varianza de la variable en estudio en la población.

d: Nivel de precisión absoluta o error.

Posteriormente se establecen cuotas de muestreo en una primera etapa considerando proporciones de población por comunas y posteriormente cuotas de muestreo según proporción de mujeres en cada comuna. Para el cálculo de las proporciones se usaron datos de consultas presenciales en Hospital de Puerto Montt para el año 2023 con información proveniente del departamento de Estadísticas del mismo establecimiento.

### **ESTIMACIÓN DE COSTOS**

De acuerdo con la literatura y según los objetivos del presente estudio el costo total asociado al acceso viene dado por la suma tanto de los costos directos no médicos como de los costos indirectos. Los costos directos no médicos relevantes según la literatura descrita corresponden a Transporte, Alojamiento, Alimentación y la suplencia de cuidados. El costo indirecto es considerado para objetos de este estudio como la remuneración que se deja de percibir tanto de empleo formal como informal a causa de la concurrencia de

forma presencial al establecimiento de salud. La configuración del costo asociado al acceso se desglosa gráficamente de la siguiente manera:

COSTO ASOCIADO AL ACCESO	COSTO DIRECTO NO MÉDICO	Transporte
		Alojamiento
		Alimentación
		Suplencia de cuidados
	COSTO INDIRECTO	Jornadas no trabajadas

**Determinación del costo de transporte:** Para este ítem, el cálculo será realizado de acuerdo con el siguiente esquema:

**En el caso de movilización mediante locomoción colectiva:** Costo definido como la suma de los costos en pasajes de cada pasajero del grupo que concurre al centro de salud para todos los tramos necesarios para lograr arribo al establecimiento de salud tanto de ida como de retorno al lugar de origen.

**En el caso de movilización mediante locomoción propia:** Costo definido como el gasto realizado en combustible y peajes en caso de ser necesario tanto de ida como de retorno al lugar de origen. El gasto en combustible se obtendrá mediante la multiplicación entre los Kilómetros recorridos entre el punto de origen (Dirección de usuario) y el punto de destino (Hospital Puerto Montt), determinados por aplicación Google maps en base a domicilio informado en la encuesta, un rendimiento promedio de combustible para vehículos pequeños y medianos en Litros por kilómetro y el monto promedio del costo de combustible para la región de Los lagos en las comunas de estudio para el periodo de estudio.

El rendimiento promedio se construye con la herramienta de comparación de rendimientos del Ministerio de Energía disponible en la web (45) considerando 5 marcas de automóviles y camionetas y 5 modelos de gama media y baja dentro de dichas marcas. Se define rendimiento promedio de 6,9 Lt/100 Km. (0,069 Lt/Km).

El monto promedio del costo de combustible para la región de Los lagos en las comunas de estudio se obtiene del Sistema de información en línea de precios de los combustibles en estaciones de servicio de la Comisión Nacional de Energía. (46) El monto promedio para gasolina de 95 octanos para la segunda semana del mes de abril del año 2023 es \$1309 pesos chilenos.

Se define, por lo tanto:

$$\begin{aligned} \text{Costo transporte (Propio)} \\ &= \text{Km recorridos (km)}(\text{Ida y retorno}) \times 0.069 \left( \frac{\text{Lt}}{\text{km}} \right) \times 1309 \left( \frac{\$}{\text{Lt}} \right) \\ \text{Costo transporte (Propio)} &= \text{Km recorridos (km)}(\text{Ida y retorno}) \times 90,32 \frac{\$}{\text{Km}} \end{aligned}$$

Es importante destacar que en el cálculo de costos por movilización en vehículo propio no se consideran gastos por depreciación del activo, gastos fijos por posesión de vehículo propio como permiso de circulación, revisión técnica, seguros, entre otros. Tampoco se considera en este punto el costo relacionado al servicio de conducción por parte del usuario o acompañante. Esta aclaración es relevante puesto que los otros tipos de movilización descritos, con alta probabilidad, incluyen en el precio este tipo de costos.

**En el caso de movilización privada:** Corresponde a aquel tipo de movilización realizada por personas o empresas particulares en las que el costo es definido de forma privada, es decir, estableciendo un valor que resume tiempos de traslado, distancia y peajes. El costo está definido como el valor privado establecido para movilización de la familia. A modo de ejemplo, es considerada movilización privada la modalidad de “flete”.

**Determinación del costo de alojamiento:** Se define como el gasto por concepto de alojamiento determinado con el costo promedio de alojamiento por el número de días y el número de personas del grupo familiar que corresponden pago. La tarifa promedio se obtiene desde la Encuesta mensual de alojamiento turístico Edición N°278 del 3 de enero del 2022 que informa una estimación del precio promedio por habitación ocupada (ADR) de \$32.495 para establecimientos de tipo Hostales, hosterías, residenciales, cabañas o similares. (47)

$$\text{Costo alojamiento} = \text{Número de pasajeros} \times \text{días de pernocte} \times \$32.495$$

**Determinación del costo de alimentación:** La determinación del costo de alimentación viene dado por el número de personas que se alimentan multiplicado por el número de comidas reportadas por precio promedio obtenido de una base de datos colaborativa sobre el nivel de costos de distintos países.(48) Para la ciudad de Puerto Montt el valor promedio establecido para una comida en Restaurante Barato es de \$5.500 con variación entre los \$3000 y \$8000. Se utilizará el valor promedio.

$$\text{Costo alimentación} = \text{Número de personas} \times \text{Numero comidas} \times \$5.500.$$

**Determinación del costo indirecto por pérdida laboral:** Se define como el dinero que deja de percibirse con ocasión de la asistencia de forma presencial al Hospital de Puerto Montt el día de encuesta, tanto para personas dependientes como independientes. Se establece en base a la estimación propia de las personas. Se decide no realizar una

estimación en base a horas perdidas pues en la realización del piloto de la encuesta se observa una baja contestabilidad del dato.

**Definición de alto costo:** Basado en la literatura (49) se define como alto costo aquel que pone en riesgo la estructura financiera familiar. En este punto no existe consenso sobre la mejor manera de la estimación de este impacto, sin embargo, existen 2 métodos principales para su determinación. Por una parte, se observan los costos en salud en relación con la estructura de gastos familiares mensuales. Por otra, se describen metodologías que buscan evaluar el costo en salud y la probabilidad que posee este de hacer que la familia cambie de nivel socioeconómico. (49) (36). Para este estudio, se utilizará la primera metodología por la disponibilidad de datos y complejidad técnica abordable por el investigador.

Una vez que se posee la relación entre el costo en salud y el nivel de gastos familiares mensuales, se debe definir un umbral para definir un alto costo (Gasto catastrófico). Al respecto la literatura informa rangos que van desde el 10 al 40% del gasto familiar mensual total como costo en salud. (49)

Al considerar el tipo de costo en salud que es objeto del estudio, costos directos no médicos, se define como umbral de alto costo un 10 y 20% del gasto mensual familiar total. Esto principalmente dado el nivel de costo más bajo teóricamente, toda vez que el costo por concurrencia no se considera en los estudios de gasto de bolsillo y gasto catastrófico actuales. De esto se desprende que no poseería un nivel elevado como los costos directos médicos (Exámenes, fármacos, procedimientos, etc.).

## **PLAN DE ANÁLISIS**

En paralelo a la recolección de datos, se realizarán los procesos de codificación y tabulación de datos. Se utilizará el programa Microsoft Excel para la construcción de una matriz de datos en donde la fila identificará a un sujeto encuestado y las columnas contendrán las distintas variables de interés recopiladas con el instrumento aplicado. Se construirá la matriz con los datos ya codificados.

Posteriormente se cargará la matriz en programa STATA SE 18 para realizar un análisis exploratorio de los datos. Se definirán los tipos de variable según lo descrito en la tabla de variables en el anexo 3. Una vez definidas y renombradas se procederá al proceso de análisis por variable para detectar omisiones, datos perdidos, valores aberrantes u otras particularidades que requieran de verificación de datos o la depuración de estos.

Para dar cuenta de los objetivos 1,2 y 3 sobre caracterización demográfica, socioeconómica y de costos, se realizará un análisis descriptivo de la muestra por variable. Se describirán distribuciones de frecuencia para variables categóricas y medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas. Ambos análisis con el apoyo gráfico necesario y suficiente. Para la caracterización socioeconómica y de costos se construirán intervalos de confianza para las distintas medidas observadas.

Para dar cuenta del objetivo 4, se realizará un análisis descriptivo entre variables demográficas-costos y socioeconómicas-costos y dependientes de la citación-costos asociados a la atención. La significancia estadística de las diferencias observadas será establecida de forma crítica considerando las limitaciones del diseño muestral descrito.

## RESULTADOS

Se realizaron un total de 199 encuestas en sala de espera del Hospital de Puerto Montt durante los meses de marzo y abril de 2024. Destaca la alta aceptación al instrumento aplicado y como principal dificultad se observa cierto grado de desconfianza a la entrega de datos personales relacionados a ocupación e ingresos, sin embargo, estas dificultades lograron ser sorteadas con la entrega adicional de información sobre pertinencia e importancia de los datos a los sujetos entrevistados.

### CARACTERIZACIÓN DEMOGRÁFICA

De las 199 personas entrevistadas se logró abarcar un total de 11 de las 12 comunas de interés. Aquella de la cual no fue posible obtener participantes fue la comuna de Futaleufú, ubicada en la provincia de Palena.

Para la agrupación de las distintas comunas se utilizan dos enfoques. Por una parte, se utiliza la división administrativa utilizada por el Servicio de Salud del Reloncaví que agrupa a las comunas de Puerto Montt, Puerto Varas, Calbuco, Llanquihue, Frutillar, Los Muermos, Fresia y Maullín en la zona de “Llanquihue” y a las comunas de Cochamó, Hualaihué, Chaitén, Palena y Futaleufú en el sector “Cordillera”. Por otra parte, se utiliza la clasificación de comunas de Mac-Clure de acuerdo con lo propuesto en el marco teórico de la siguiente manera:

1. Ciudad intermedia (Tipo 4): Puerto Montt
2. Comuna vinculada a ciudad (Tipo 5): Puerto Varas
3. Comuna desvinculada y con centro urbano (Tipo 7): Llanquihue y Calbuco
4. Comuna desvinculada y sin centro urbano (Tipo 8): Fresia, Hualaihué, Cochamó, Maullín, Frutillar, Futaleufú, Chaitén y Palena.

La distribución de participación por comuna y territorio se muestra en tabla anexa, además se incluye el porcentaje de cobertura de muestreo para cada comuna. La variación de cobertura de muestreo se encontró en torno al 1,7% respecto de las cuotas de muestreo por comuna.

La edad de los participantes varió entre 20 y 91 años con un promedio de 55 años. Se obtuvo una distribución por género de 64 personas masculinas y 135 personas femeninas, en ambos grupos el promedio de edad fue de 58 y 54 años respectivamente. Se observó un total de 107 pacientes con un promedio de edad de 60 años y 92 acompañantes con un promedio de edad de 50 años. En el anexo se incorpora una tabla de distribución por género y comuna y la cobertura de muestreo respectiva.

Los grupos etarios predominantes fueron las personas entre 45-64 años (53,3% n=106), 65-79 años (21,1% n=42) y 24-44 años (18,6% n=37). No se observó, para los distintos territorios comportamientos por grupo etario distintos de lo observado a nivel global de la muestra

Respecto a la presencia de personas que declararon pertenecer a un pueblo originario, destaca un 20,1% (n=43). Dentro de estos, el mapuche fue el principal con un 92,7% (n=41) del total. Se observa un 22.6% (n=45) de autopercepción como persona en situación de discapacidad. Afectando al 20% (n=27) de las mujeres y a un 28% (n=18) de los hombres encuestados. El promedio de edad en personas en situación de discapacidad fue de 63 años. Es posible revisar esta información con mayor detalle en tabla anexa.

Respecto a nivel educacional, pertenencia a pueblo originario y situación de discapacidad, se muestra la distribución global y por territorios en tabla anexa.

Respecto a la previsión de salud, se observaron 186 (93.5%) personas pertenecientes al FONASA. La distribución por tramo de Fonasa presentó inicialmente una alta proporción de respuestas “No sabe/No responde” con un total de 42 personas (22.6%). Luego de un primer análisis se recodifican estas respuestas dependiendo de la situación laboral reportada por los usuarios. En el caso de usuarios que reportaron cesantía y además no sabían o no respondían el tramo de Fonasa (8 personas) se catalogaron como FONASA A. Para aquellos que reportaron situación de pensionados y además no sabían o no respondían el tramo de Fonasa (14 personas) se catalogaron como FONASA B. Luego de la recodificación se muestra la distribución de previsión y tramo de FONASA de la muestra:

TABLA 1. DISTRIBUCION DE PREVISIÓN DE SALUD Y TRAMO FONASA GLOBAL

<b>Previsión de salud</b>	<b>n (%)</b>
FONASA	186 (93,5)
ISAPRE	2 (1,0)
Otra	3 (1,5)
Sin previsión	8 (4,0)
<b>Total</b>	<b>199 (100)</b>
<b>Tramo de FONASA si corresponde</b>	<b>n (%)</b>
Tramo A	52 (27.9)
Tramo B	68 (36.6)
Tramo C	19 (10,2)
Tramo D	27 (14,5)
No sabe/ No responde	20 (10.8)
<b>Total</b>	<b>186 (100)</b>

Elaboración propia en base a datos recolectados en encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidelli López.

TABLA 2. DISTRIBUCION DE TRAMO FONASA GLOBAL POR TERRITORIO

<b>Territorio</b>	<b>Tramo de Fonasa</b>					<b>TOTAL n (%)</b>
	<b>A n (%)</b>	<b>B n (%)</b>	<b>C n (%)</b>	<b>D n (%)</b>	<b>NS/NR n (%)</b>	
<b>Clasificación Servicio salud del Reloncavi</b>						
Llanquihue	47(27.5)	61(35.7)	18(10,5)	25(14,6)	20(11.7)	171(100)
Cordillera	5(33.3)	7(46.7)	1(6,7)	2(13,3)	0(0)	15(100)
<b>Clasificación Mac Clure</b>						
Ciudad intermedia	27(24.32)	43(38.7)	11(9,9)	19(17,1)	11(9.9)	111(100)
Comuna vinculada a ciudad	2(16,7)	4(33,3)	2(16,7)	3(25,0)	1(8,3)	12(100)
Comuna desvinculada y con centro urbano	10(41.7)	6(25.0)	3(12,5)	2(8,3)	3(12.5)	24(100)
Comuna desvinculada y sin centro urbano	13(33.3)	15(38.5)	3(7,7)	3(7,7)	5(12.8)	39(100)

Elaboración propia en base a datos recolectados en encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidelli López.

## CARACTERIZACIÓN SOCIOECONÓMICA

Al evaluar el estado laboral de las personas que concurren presencialmente a HBPM, se observa que un 52.2% corresponde a personas activas laboralmente (Dependientes e independientes), un 19.1% se encuentra en situación de cesantía y un 27.6% recibiendo pensiones del Estado. Al observar esta distribución por territorio se observa que en el sector cordillera, existe una mayor proporción de personas pensionadas a costa de personas en situación de trabajo independiente. Mayor detalle puede observarse en los gráficos por territorio de esta distribución en anexo.

SITUACIÓN LABORAL AL MOMENTO DE LA ENTREVISTA

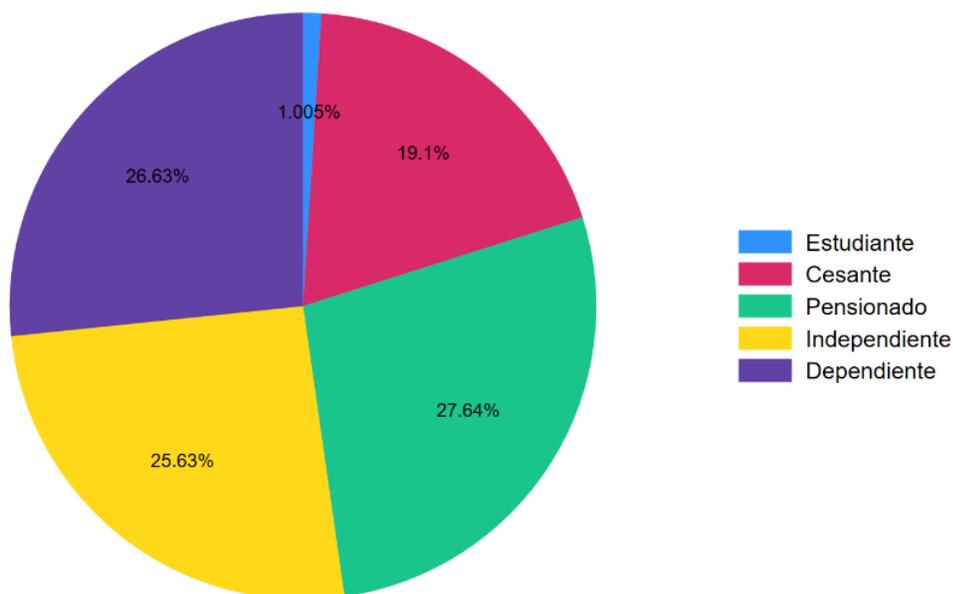


Gráfico 1. Situación laboral al momento de la entrevista. Elaboración propia en base a datos recolectados en encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidelli López.

Los ingresos de aquellas personas activas laboralmente se encuentran en promedio alrededor de \$741.817 (IC 95% confianza: \$619.904 - \$863.730) para personas dependientes y \$514.823 (IC 95% confianza: \$409.101 - \$620.544) para personas independientes. El detalle de ingresos individuales totales por estado laboral al momento de la entrevista se observa en detalle en la siguiente tabla:

TABLA 3. DESCRIPCIÓN DE INGRESOS TOTALES INDIVIDUALES SEGÚN ESTADO LABORAL AL MOMENTO DE LA ENTREVISTA

ESTADO LABORAL AL MOMENTO DE LA ENTREVISTA (n° de observaciones)	Ingresos totales individuales				
	media \$ (IC 95%)	Min (\$)	Max (\$)	Desviación estándar (\$)	Coefficiente variación
Dependiente (53)	741.817 (619.904-863.730)	200.000	3.000.000	442.300	59,6%
Independiente (51)	514.823 (409.101-620.544)	36.000	1.760.000	375.894	73,0%
Pensionado (55)	329.509 (268.159-390.858)	80.000	1.300.000	226.937	68,8%
Cesante (38)	26.657 (0-54.766)	0	400.000	85.520	320,8%
Estudiante (2)	0	0	0	0	0,0%
GLOBAL	425.669 (368.674-482.663)	0	3.000.000	407.708	95,80%

Elaboración propia en base a datos recolectados en encuesta de costos de salud. Tesis Mg © Diego Fidelli López.

En cuanto a las personas laboralmente activas, dependientes e independientes, se muestran las principales actividades laborales por grupo de actividad (Anexos). Se usan los grupos de actividad laboral establecidas por la encuesta laboral (ENCLA) realizada en conjunto por la dirección del trabajo y el INE de Chile.

Se presentan en el anexo, los ingresos individuales totales por Decil de ingreso tomando como referencia los deciles utilizados por la Encuesta de Caracterización socioeconómica nacional (CASEN) del año 2022. Para transferir valor pasado a valor presente se utiliza ajuste por IPC considerando mes de inicio noviembre del 2022 y mes final febrero del 2024. Se utiliza para este fin la calculadora implementada por INE que informa un ajuste necesario del 5,5%.

Los ingresos mensuales totales individuales por territorio se muestran en detalle en la siguiente tabla:

TABLA 4. DESCRIPCIÓN DE INGRESOS TOTALES INDIVIDUALES POR TERRITORIO

Territorio (n° de observaciones)	Medidas de tendencia central					
	mediana (\$)	media \$ (IC 95%)	Min (\$)	Max (\$)	Desv. Estándar (\$)	Coficiente variación
<b>Clasificación Servicio salud del Reloncaví</b>						
Llanquihue (184)	400.000	434.735 (0 - 1.044.195)	0	3.000.000	419.098	96,40%
Cordillera (15)	390.000	314.446 (202.775 - 426.156)	0	700.000	201.687	64,10%
<b>Clasificación Mac Clure</b>						
Ciudad intermedia (120)	400.000	436.733 (356.606 - 516.859)	0	3.000.000	443.284	101,50%
Comuna vinculada a ciudad (14)	510.000	543.071 (302.998 - 783.143)	0	1.500.000	415.795	76,60%
Comuna desvinculada y con centro urbano (24)	375.000	387.291 (245.264 - 529.317)	0	1.000.000	336.346	86,80%
Comuna desvinculada y sin centro urbano (41)	300.000	375.665 (271.764 - 479.565)	0	1.350.000	329.174	87,60%
GLOBAL	400.000	425.669 (368.674-482.663)	0	3.000.000	407.708	95,80%

Elaboración propia en base a datos recolectados en encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidelli López.

Los ingresos individuales totales según la situación de discapacidad declarada y la pertenencia a pueblo originario mapuche muestran una tendencia a poseer menores ingresos para ambas categorías. Mayor detalle puede observarse en tabla adjunta en el anexo.

Considerando el ingreso familiar como la suma del total de aportantes de ingresos al grupo familiar, observamos que la distribución de ingresos familiares en los distintos territorios es la siguiente:

TABLA 5. DESCRIPCIÓN DE INGRESOS TOTALES FAMILIARES POR TERRITORIO

Territorio (n° de observaciones)	Medidas de tendencia central					
	mediana (\$)	media \$ (IC 95%)	Min (\$)	Max (\$)	Desv. Estándar (\$)	Coficiente variación
<b>Clasificación Servicio salud del Reloncaví</b>						
Llanquihue (184)	600.000	800.463 (703.510 - 897.416)	0	4.350.000	666.562	83,3%
Cordillera (15)	540.000	531.133 (383.715 - 678.550)	0	890.000	266.201	50,1%
<b>Clasificación Mac Clure</b>						
Ciudad intermedia (120)	600.000	771.108 (658.992 - 883.223)	0	4.000.000	620.255	80,4%
Comuna vinculada a ciudad (14)	615.000	978.785 (504.974 - 1.452.596)	100.000	2.600.000	820.618	83,8%
Comuna desvinculada y con centro urbano (24)	750.000	959.500 (586.619 - 1.332.380)	200.000	4.350.000	883.052	92,0%
Comuna desvinculada y sin centro urbano (41)	540.000	633.861 (487.303 - 780.418)	0	2.050.000	464.321	73,3%
GLOBAL	600.000	780.162 (689.486 - 870.837)	0	4.350.000	648.642	73,3%

Elaboración propia en base a datos recolectados en encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidelli López.

Para una caracterización más precisa de los ingresos familiares, se construye el ingreso Percapita realizando la división de los ingresos familiares totales por el número de personas viviendo bajo el mismo techo. Dicho indicador permite observar que:

TABLA 6. DESCRIPCIÓN DE INGRESOS PERCAPITA POR TERRITORIO

Territorio (n° de observaciones)	Medidas de tendencia central y dispersión					
	mediana (\$)	media (\$ IC 95%)	Min (\$)	Max (\$)	Desv. Estándar (\$)	Coficiente variación
<b>Clasificación Servicio salud del Reloncaví</b>						
Llanquihue (184)	217.500	303.963 (266.652 - 341.273)	0	1.500.000	256.514	84,30%
Cordillera (15)	200.000	244.633 (211.844 - 277.421)	0	700.000	177.497	72,60%
<b>Clasificación Mac Clure</b>						
Ciudad intermedia (120)	217.500	307.688 (257.294 - 358.081)	0	1.500.000	278.793	90,60%
Comuna vinculada a ciudad (14)	243.166	369.023 (193.658 - 544.387)	33.333	1.040.000	303.723	82,30%
Comuna desvinculada y con centro urbano (24)	300.833	316.689 (254.159 - 379.218)	88.750	621.428	148.081	46,80%
Comuna desvinculada y sin centro urbano (41)	181.000	241.690 (223.820 - 259.559)	0	800.000	184.289	76,30%
GLOBAL	212.500	299.491 (285.236 - 313.745)	0	1.500.000	251.573	84,00%

Elaboración propia en base a datos recolectados en encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidelli López.

Respecto a los gastos familiares se consultan por gastos en vivienda, educación, alimentación, calefacción y otros gastos. Se considera en otros gastos principalmente el gasto por concepto de servicios básicos como luz, agua, gas y comunicación (teléfono, internet, TV cable).

Respecto de la vivienda, un 14.1% de las personas arriendan como método habitacional con un pago de arriendo promedio de \$281.071 con un mínimo de \$60.000 y un máximo de \$550.000. Un 14,1% corresponde a otro tipo de tenencia dentro de los que se encuentra la situación de allegados y la de propietarios con pago de dividendo. Destaca un 71.8% de personas propietarias de vivienda, sin pago mensual por este concepto.

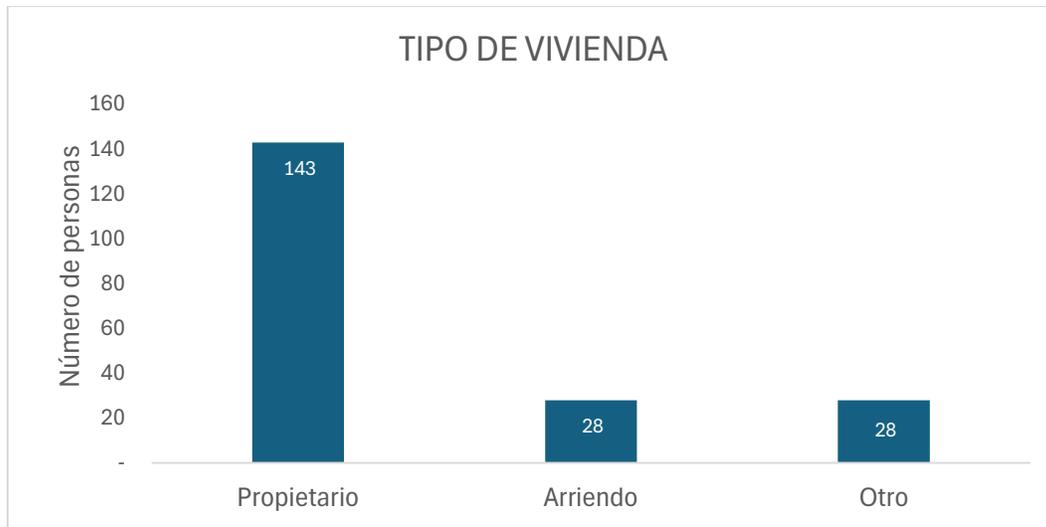


Gráfico 2. Número de personas según tipo de vivienda. Elaboración propia en base a datos recolectados en encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidelli López.

El gasto de vivienda global, es decir, arrendatarios y deudores de crédito hipotecario, es \$278.368 en promedio con un mínimo de \$60.000 y un máximo de \$550.000.

El gasto por vivienda promedio por territorio puede ser observado en el siguiente gráfico:

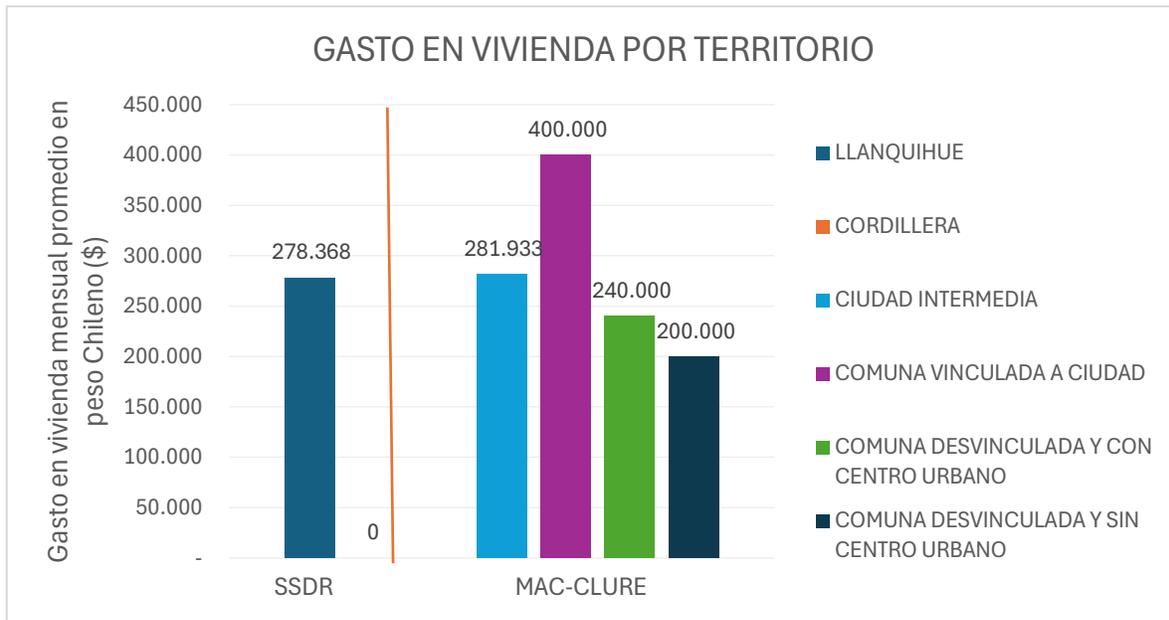


Gráfico 3. Gasto promedio en vivienda por territorio. Elaboración propia en base a datos recolectados en encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidelli López.

Respecto la proporción que representa el gasto en vivienda en los ingresos totales familiares se construye el indicador de impacto de gasto en vivienda como la proporción del ingreso total familiar mensual que representa el gasto de vivienda mensual. Se construye para aquellos hogares con gasto en vivienda (38 hogares) Se observa que en aquellas

personas que poseen gasto en vivienda, la proporción del ingreso total familiar es de 35.4% (IC 95% 29.2 – 41.6) un mínimo de 5% y un máximo de 100% de los ingresos familiares totales. La media de esta variable posee un coeficiente de variación del 52.9%. Destaca la ausencia de gasto por vivienda en el territorio de cordillera. Gráfico en anexo.

Respecto al gasto en educación, se observa que un 30.1% de las personas entrevistadas posee gasto en educación. Al describir este ítem de gasto se observa que para aquellas personas que deben desembolsar dinero, el gasto promedio mensual es de \$161.265 (IC 95% 105.264-217.265) con un mínimo de \$2500 y un máximo de \$550.000. Esta variable posee un coeficiente de variación del 134% y su variación por territorio se muestra en el siguiente gráfico:

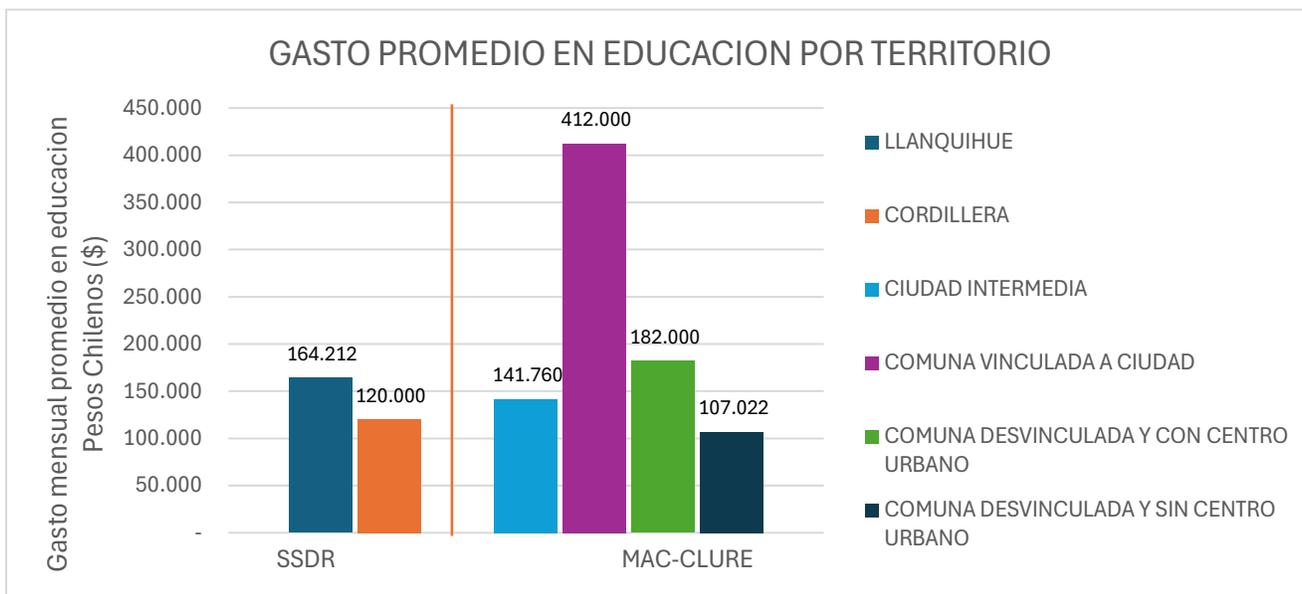


Gráfico 4. Gasto promedio en educación por territorio. Elaboración propia en base a encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidelli López

Respecto al gasto en alimentación mensual, se observa un gasto promedio familiar de \$239.886 (IC 95% 217.771 – 262.000) con un mínimo de \$30.000 y un máximo de \$1.500.000. Esta variable posee un coeficiente de variación del 65.1%.

Se construye el indicador de gasto Percapita en alimentación utilizando el gasto mensual en alimentación dividido por el número de personas bajo el mismo techo. Se observa que el gasto Percapita en alimentación mensual es de \$90.467 (IC 95% 82.439 – 98.494) promedio y un coeficiente de variación del 62.3%. Se muestra la descripción del gasto Percapita en alimentación según los distintos territorios en tabla anexa.

Respecto al gasto de calefacción, se observa un promedio global de \$50.020 y un gasto por territorio promedio de \$40.350 para cordillera y \$50.808 en Llanquihue. Al evaluar según clasificación de Mac-Clure, se observa que las comunas desvinculadas y sin centro urbano poseen el menor promedio de gasto en calefacción mensual con \$37.611 y las comunas vinculadas a ciudad el mayor gasto mensual promedio de \$69.333.

Para el estudio se consideran gastos totales a la suma de gasto en vivienda, educación, alimentación, calefacción y otros gastos. Se observa que los gastos totales promedio en la muestra son de \$463.228. En anexos se puede observar su distribución por territorio.

Respecto del peso de cada ítem de gasto en los gastos totales, es decir, la proporción del gasto total que representa cada ítem de gasto descrito; vivienda, alimentación, educación, calefacción y otros gastos se muestra en los siguientes gráficos por territorio. Cabe destacar que no se incluyen en el ítem de gastos familiares los gastos asociados a salud directos médicos (Fármacos, exámenes, entre otros).

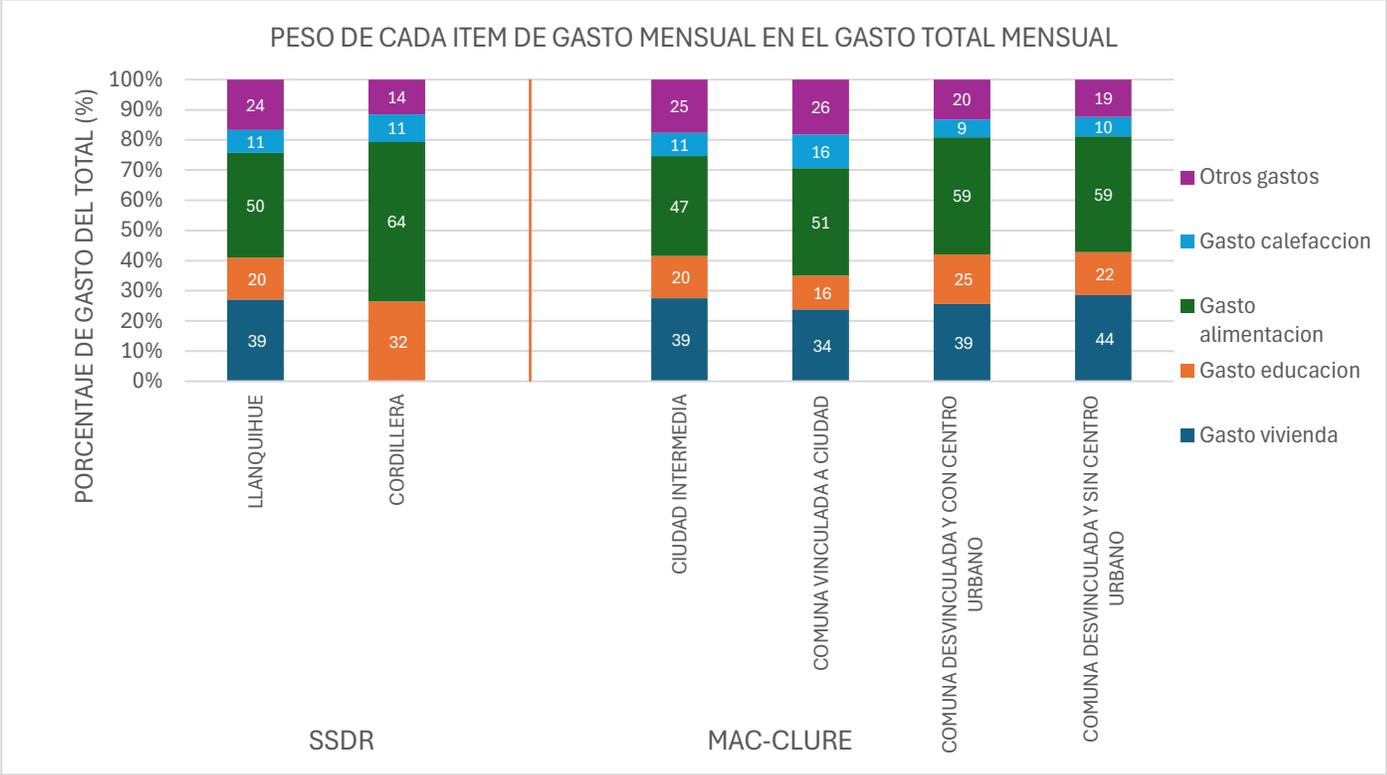


Gráfico 5. Peso de cada ítem de gasto mensual en el gasto total mensual. Elaboración propia en base a encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidelli López

**GASTOS POR CITACIÓN Y CONCURRENCIA**

Respecto al tipo de citación, se observa que un 68.8% de las personas concurre a un control de salud por especialidad, un 13.6% concurre a solicitud de hora, un 12.6% a un examen o procedimiento y un 5.0% concurre a otro asunto no enmarcado en los anteriores escenarios.

Se observa que para solicitudes de hora y otros tipos de concurrencia los territorios que acceden predominantemente son aquellos territorios más cercanos a HBPM.

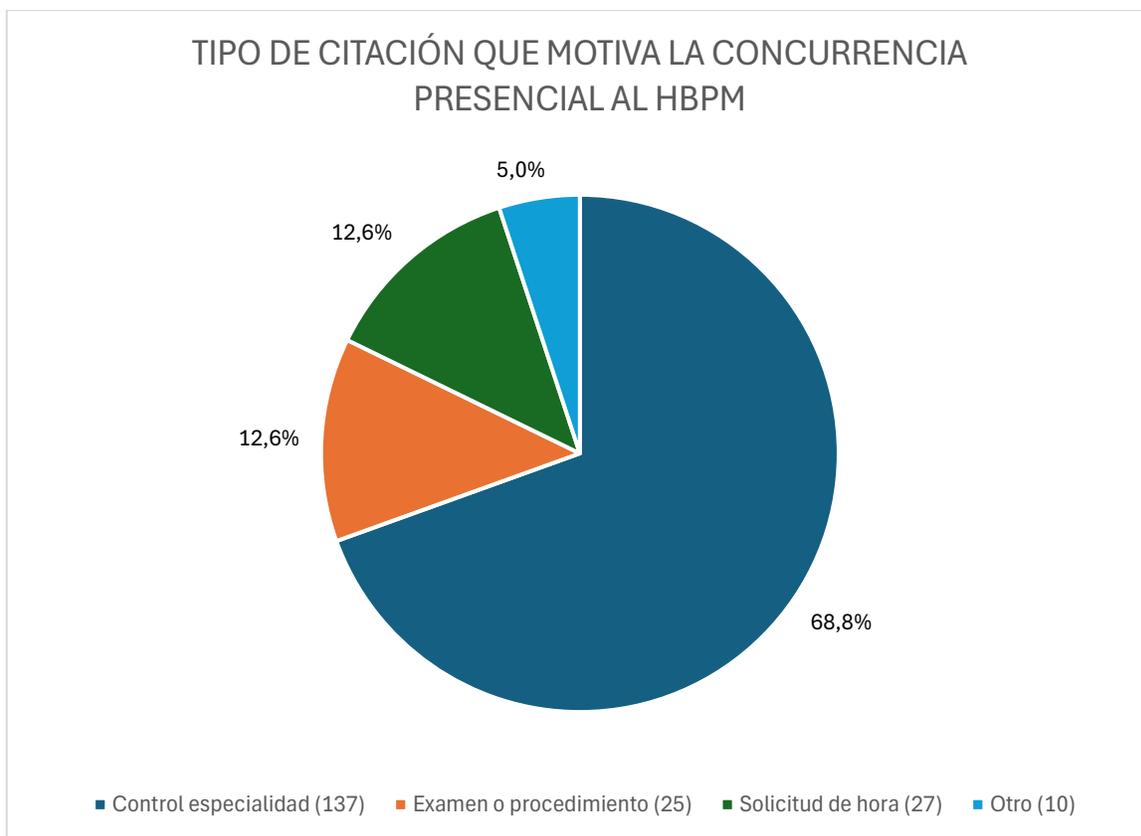


Gráfico 6. TIPO DE CITACION QUE MOTIVA LA CONCURRENCIA PRESENCIAL AL HBPM (%). Elaboración propia en base a encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidelli López

TABLA 7. TIPO DE CITACION QUE MOTIVA CONCURRENCIA A HBPM POR TERRITORIO (SSDR Y MAC-CLURE)

Variable	TERRITORIO							
	Clasificación Servicio salud del Reloncaví			Clasificación Mac Clure				
	Llanquihue n(%)	Cordillera n(%)	Total n(%)	Ciudad intermedia n(%)	Comuna vinculada a ciudad n(%)	Comuna desvinculada y con centro urbano n(%)	Comuna desvinculada y sin centro urbano n(%)	Total n(%)
Control de especialidad	124 (67,4)	13 (86,7)	137 (68,8)	79 (65,8)	11 (78,6)	16 (66,7)	31(75,6)	137 (68,8)
Exámenes o procedimientos	23 (12,5)	2 (13,3)	25 (12,6)	17 (14,2)	0 (0)	0 (0)	8 (19,5)	25 (12,6)
Solicitud de hora	27 (14,7)	0 (0)	27 (13,6)	17 (14,2)	3 (21,4)	6 (25,0)	1 (2,4)	27 (13,6)
Otros	10 (5,4)	0 (0)	10 (5,0)	7 (5,8)	0 (0)	2 (8,3)	1 (2,4)	10 (5,0)
Total	184 (100)	15 (100)	199 (100)	120 (100)	14 (100)	24 (100)	41 (100)	199 (100)

Elaboración propia en base a datos recolectados en encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidelli López.

## TIPO DE CITACIÓN POR TERRITORIO (SSDR)

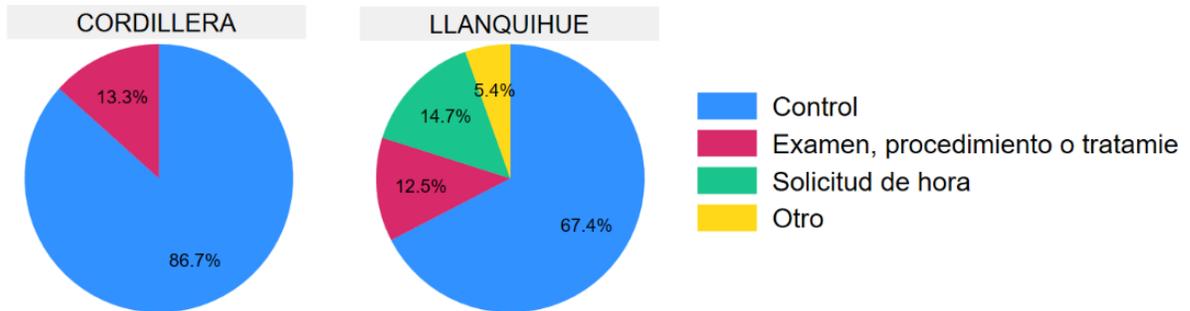


Gráfico 7a. TIPO DE CITACION QUE MOTIVA LA CONCURRENCIA PRESENCIAL AL HBPM (%) POR TERRITORIO SSDR. Elaboración propia en base a encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidelli López

## TIPO DE CITACION POR TERRITORIO (MAC CLURE)

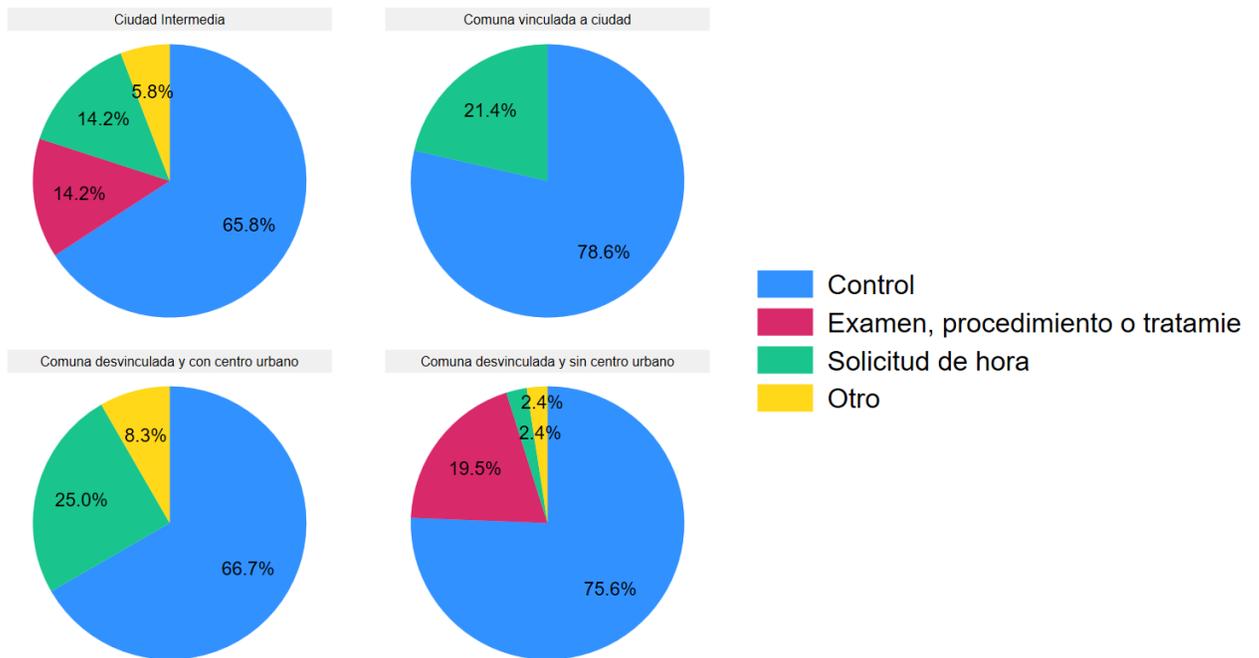


Gráfico 7b. TIPO DE CITACION QUE MOTIVA LA CONCURRENCIA PRESENCIAL AL HBPM (%) POR TERRITORIO MAC CLURE. Elaboración propia en base a encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidelli López

## MOVILIZACIÓN

Respecto al tipo de movilización utilizada para concurrir al hospital se observa que a nivel global y por territorio, esta se distribuye de la siguiente manera:

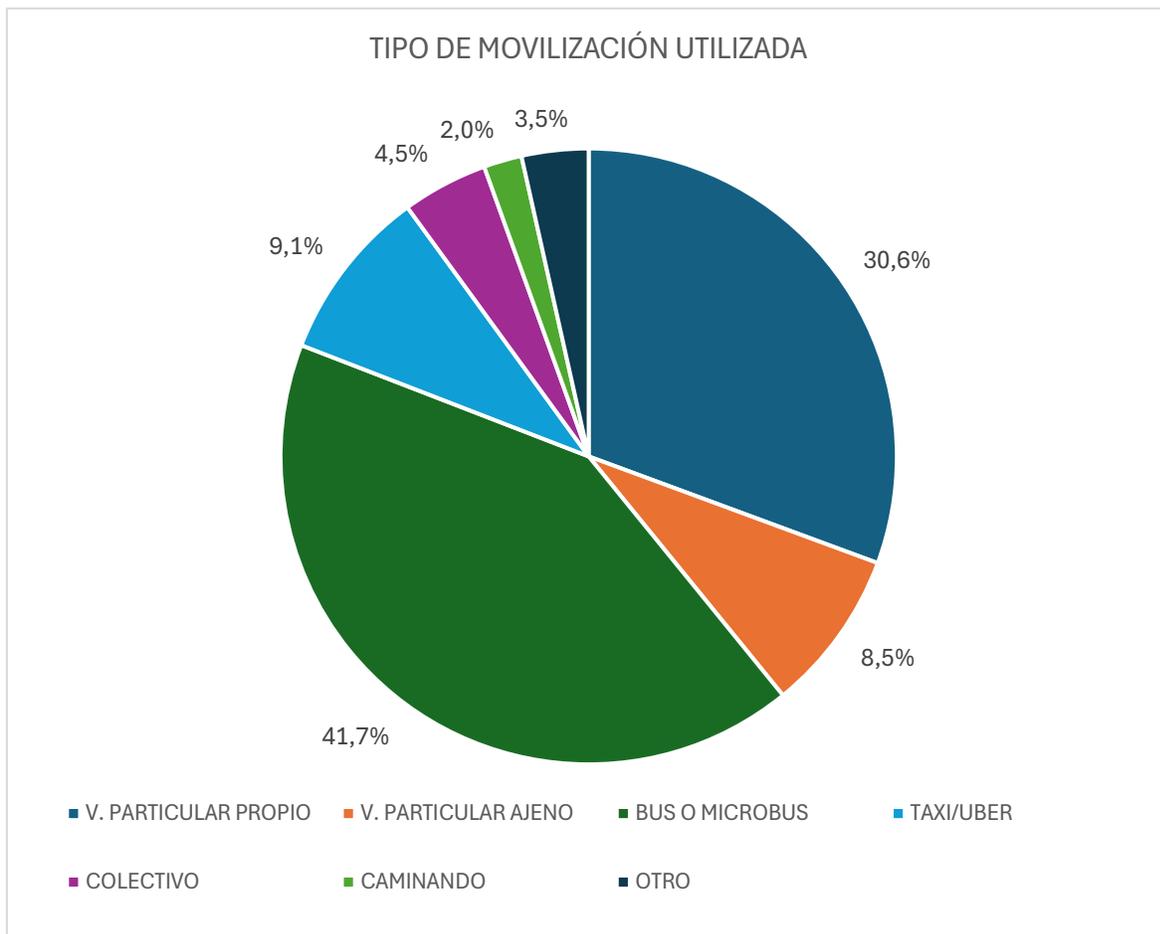


Gráfico 8. TIPO DE MOVILIZACION UTILIZADA GLOBAL Elaboración propia en base a encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidelli López

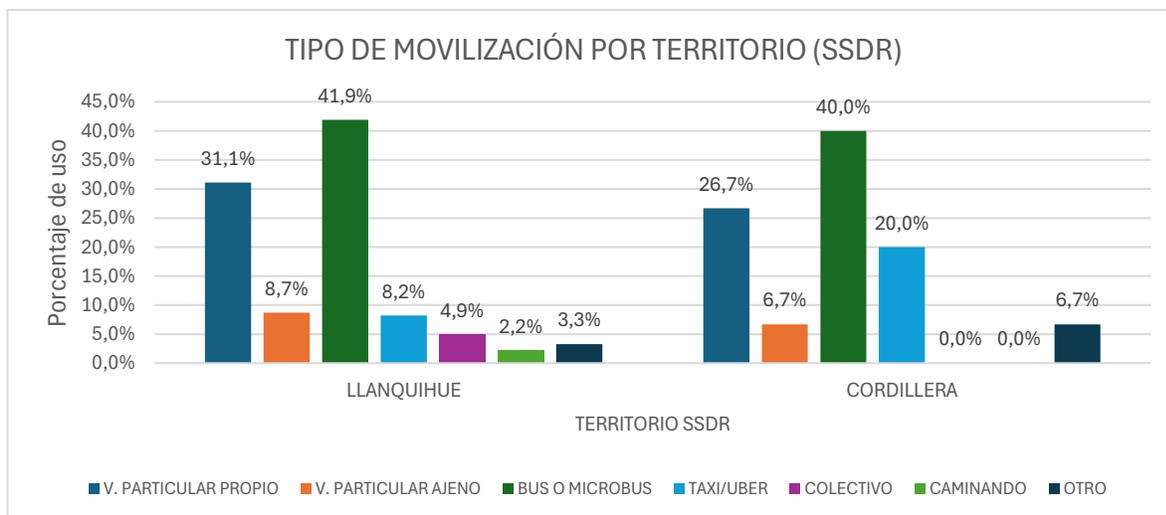


Gráfico 9a. TIPO DE MOVILIZACION UTILIZADA POR TERRITORIO (SSDR). Elaboración propia en base a encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidelli López

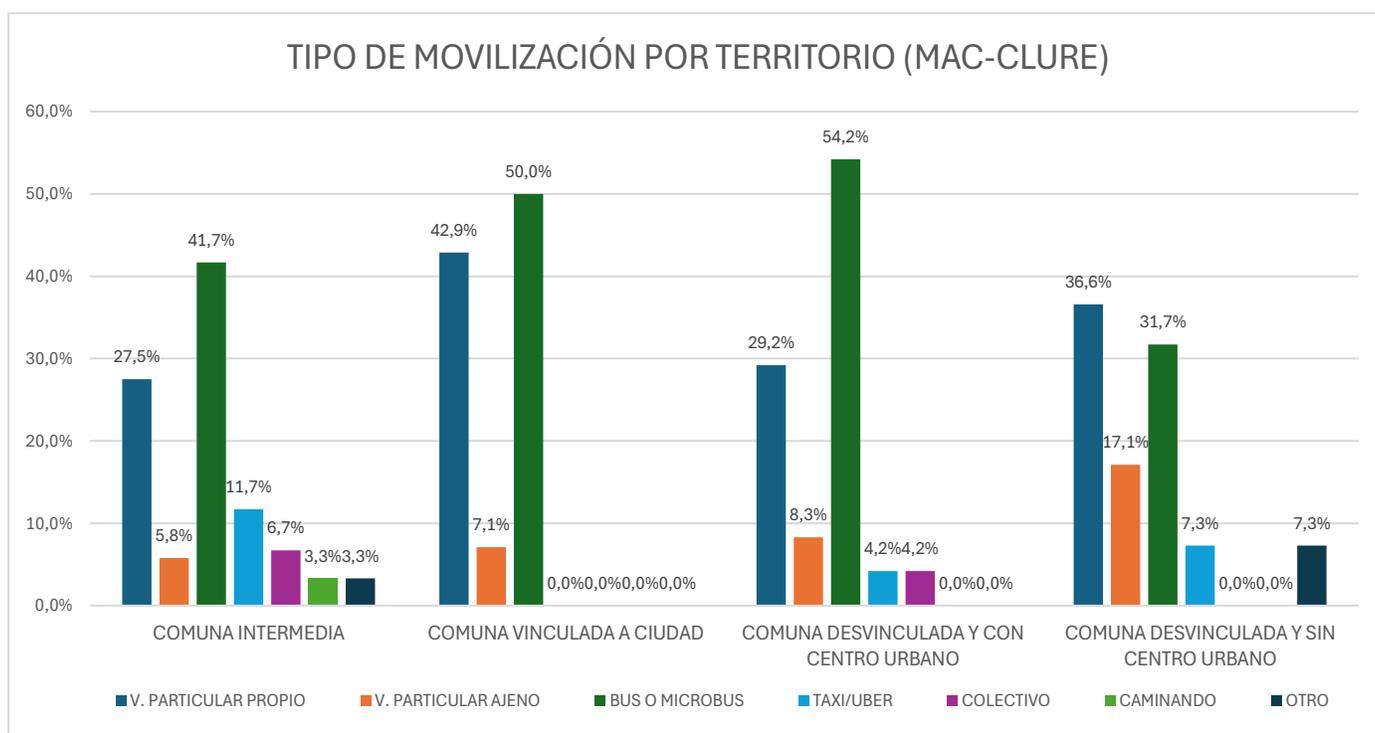


Gráfico 9b. TIPO DE MOVILIZACION UTILIZADA POR TERRITORIO (MAC-CLURE). Elaboración propia en base a encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidelli López

Respecto a las personas que concurren utilizando movilización particular propia y ajena se observa un gasto promedio en peajes de \$2.125 (IC 95% 1.596 – 2.653) promedio con una DV de \$1.538, un mínimo de \$800 y un máximo de \$8.200. Esta variable presento un coeficiente de variación del 72.3%.

Se evalúan los costos promedio por tipo de medio de transporte observándose lo siguiente:

TABLA 8. COSTO POR TIPO DE MOVILIZACIÓN.

Variable (n° de observaciones)	Medidas de tendencia central y dispersión					
	mediana (\$)	media (\$ IC 95%)	Min (\$)	Max (\$)	Dev. Estándar (\$)	Coefficiente variación
<b>Tipo de movilización</b>						
Vehículo particular propio (52)	948	3.276 (1.901 - 4.650)	0	30.257	4.936	150,7%
Vehículo particular ajeno (14)	5.238	13.255 (3.377 - 23.132)	334	50.000	17.108	129,0%
Bus o Microbús (83)	3.600	5.207 (4.083 - 6.330)	800	27.600	5.144	98,8%
Taxi/Uber (18)	6.050	8.440 (4.610 - 12.269)	0	29.419	7.700	91,2%
Colectivo (9)	3.600	3.755 (2.288 - 5.281)	1.800	8.000	1.986	52,9%
Caminando (4)	0	0	0	0	0	0,0%
Otro (7)	6.000	14.631 (-3.022 - 32.284)	1.500	54.000	19.088	130,4%

Elaboración propia en base a datos recolectados en encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidelli López.

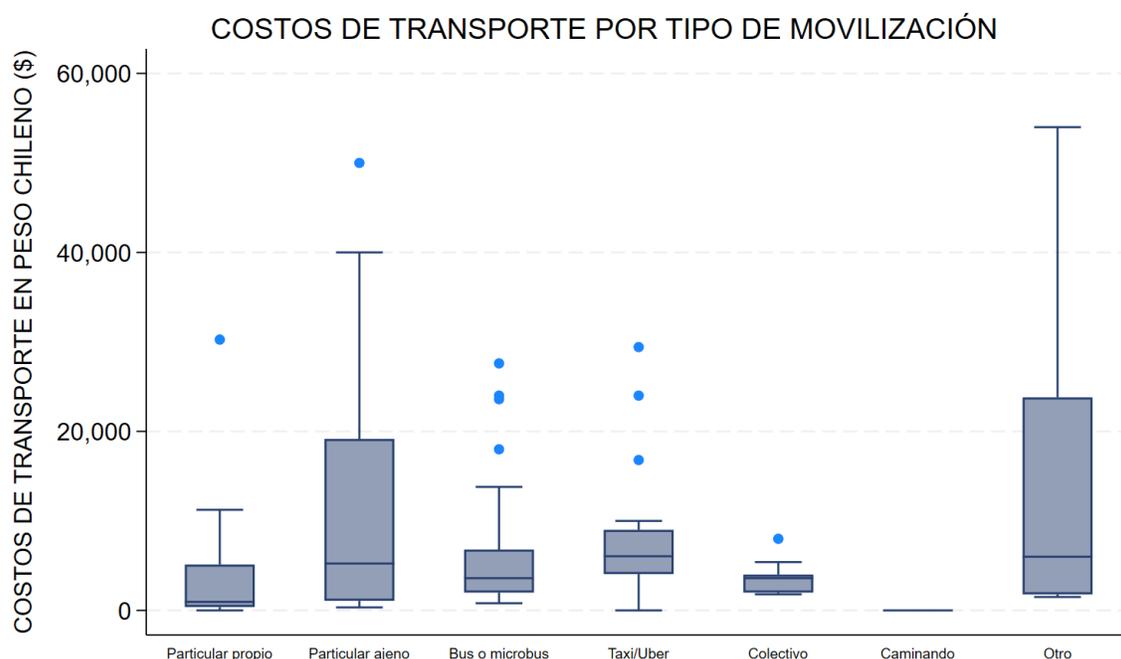


Gráfico 10. TIEMPO DE TRASLADO A HBPM POR TERRITORIO (SSDR Y MAC-CLURE). Elaboración propia en base a encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidelli López

Respecto a la lejanía medida como tiempo y distancia de desplazamiento se observa que el tiempo promedio de desplazamiento fue de 1.11 (IC 95% 0.9 – 1.3) horas con un mínimo de 5 minutos y un máximo de 13 horas. El coeficiente de variación del tiempo de traslado fue de 126%. La distancia de traslado promedio fue de 29.4 (IC 95% 23.8 – 34.9) Km con

un mínimo de 0.8 Km y un máximo de 324 Km. El coeficiente de variación para la distancia de traslado fue de un 130%. Los tiempos y distancias por territorio se observan en los siguientes gráficos:

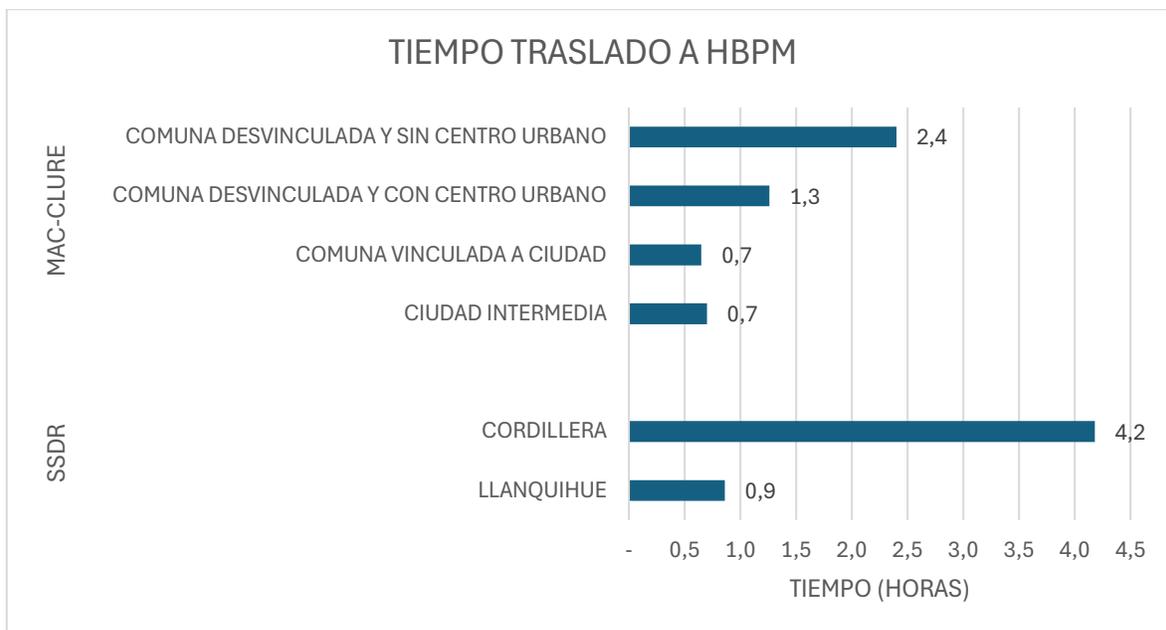


Gráfico 11a. TIEMPO DE TRASLADO A HBPM POR TERRITORIO (SSDR Y MAC-CLURE). Elaboración propia en base a encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidelli López

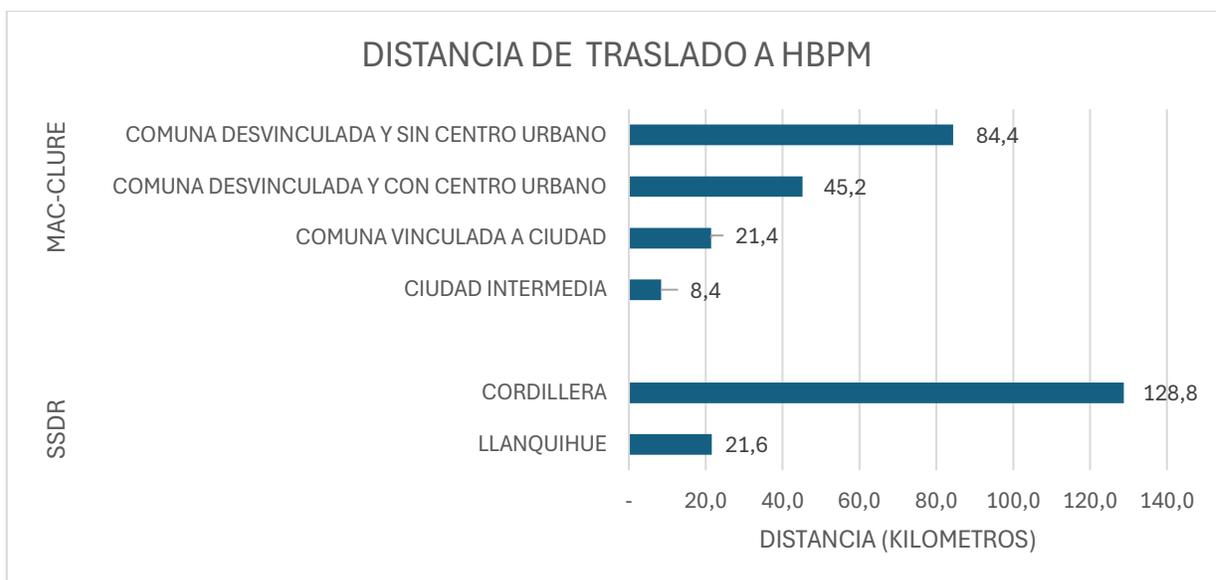


Gráfico 11b. DISTANCIA DE TRASLADO A HBPM POR TERRITORIO (SSDR Y MAC-CLURE). Elaboración propia en base a encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidelli López

Para evaluar la velocidad de desplazamiento, es decir, el grado de agilidad de desplazamiento desde el lugar de origen al hospital de Puerto Montt se usa la distancia de desplazamiento en Km dividida en el tiempo de desplazamiento en horas. Se observa una velocidad de desplazamiento promedio de 24 Km/hora global. Destaca una menor velocidad de desplazamiento para la comuna de Puerto Montt (Ciudad Intermedia) tanto al ser comparada con el promedio global como con cada uno de los territorios. Mayor detalle en tabla anexa.

Para evaluar el costo monetario por kilómetro recorrido, se construye el indicador de costo por kilómetro de la siguiente forma: Costo total de movilización dividido por kilómetros recorridos. Se evalúa el costo por kilómetro según el territorio de origen y el medio de transporte utilizado. De esta forma se observa que los mayores costos por kilómetro recorrido los posee la ciudad de Puerto Montt (Ciudad intermedia) y los menores la ciudad de Puerto Varas (Comuna vinculada a ciudad). Al evaluar los costos por kilómetro recorrido se observa que el tipo de movilización más económico es caminar, seguido por Bus o microbús y en último lugar Taxi o aplicaciones de transporte. Se muestran los costos por kilómetro recorrido detallados en anexos.

#### ALOJAMIENTO

Se observa que un 4.5% de los entrevistados requirió alojamiento fuera de la ciudad de origen, sin embargo, destaca la ausencia de pago en el 100% de los que alojan fuera de la ciudad de origen.

#### ALIMENTACIÓN

Se observa que un 32.2% de los asistentes a HPM refiere requerir adquirir alimentación fuera del hogar con motivo de la concurrencia a HPM. La mediana de número de comidas es de 2. El gasto promedio en alimentación fue de 10300 con un mínimo de 5500 y un máximo de 22000. EL gasto descrito por territorio se muestra en la siguiente tabla:

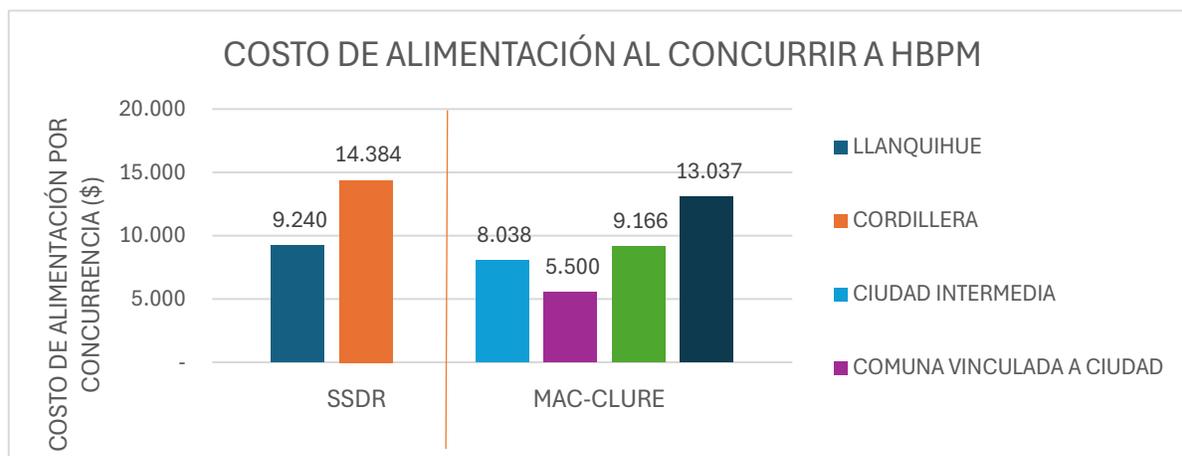


Gráfico 12. COSTO DE ALIMENTACIONO AL CONCURRIR A HBPM POR TERRITORIO (SSDR Y MAC-CLURE). Elaboración propia en base a encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidelli López

## GASTOS INDIRECTOS (TRABAJO)

Respecto de los usuarios dependientes, de un total de 53 usuarios un 18.9% (n=10) (IC 95% 9.4 – 31.9) indicó dejar de percibir ingresos con motivo de la concurrencia. En estos usuarios el monto promedio que dejaron de percibir fue de \$29.350 (IC 95% 14.218 – 44.481) con un coeficiente de variación del 72.1%. Para los trabajadores independientes de un total de 51 usuarios se observa que un 49.0% (n=25) (IC 95% 34.7 – 63.4) refirió dejar de percibir ingresos por la concurrencia al hospital el día de entrevista. Para este grupo el monto promedio que se dejó de percibir fue de \$33.320 (IC 95% 23.842 – 42.797) con un coeficiente de variación del 68.9%.

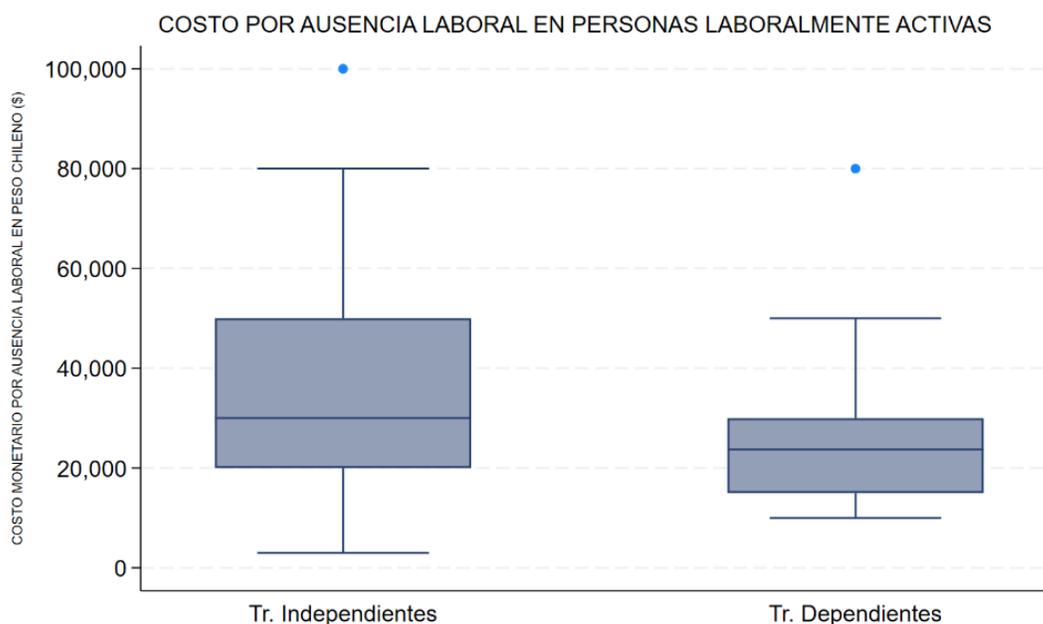


Gráfico 13. COSTO DE AUSENCIA LABORAL EN PERSONAS ACTIVAS LABORALMENTE (DEPENDIENTES E INDEPENDIENTES) Elaboración propia en base a encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidelli López

Al considerar la proporción del ingreso mensual individual que representa el costo de la ausencia laboral en las personas laboralmente activas (Dependientes e independientes), destaca un promedio de pérdida de ingresos del 6.8% (IC 95% 5.2 – 8.4) de los ingresos totales mensuales. Se observa un coeficiente de variación del 75%. Se muestra costo de ausencia en relación con ingreso total individual para los distintos territorios en la siguiente tabla:

TABLA 8. PROPORCION DE LOS INGRESOS INDIVIDUALES TOTALES REPRESENTADO POR EL COSTO DE AUSENCIA LABORAL POR TERRITORIO (SSDR Y MAC-CLURE)

Territorio (n° Observaciones)	Proporción del ingreso individual mensual que representa el costo de la ausencia laboral					
	mediana (%)	media (%) (IC 95%)	Min (%)	Max (%)	Desv. Estándar (%)	coeficiente variación
<b>Clasificación Servicio salud del Reloncaví</b>						
Llanquihue (36)	4,5	6,33 (4,8 - 7,8)	1,1	18,8	4,5	71,10%
Cordillera (4)	9,9	11,2 (0 - 24,9)	2,1	22,9	8,7	77,70%
<b>Clasificación Mac Clure</b>						
Ciudad intermedia (21)	4,8	6,2 (4,0 - 8,3)	1,1	18,8	4,7	75,80%
Comuna vinculada a ciudad (2)	2,4	2,4 (0 - 14,7)	1,4	3,3	1,4	58,30%
Comuna desvinculada y con centro urbano (4)	4,7	6,0 (0,4 - 11,5)	3,5	11,1	3,5	58,30%
Comuna desvinculada y sin centro urbano (13)	7,7	8,8 (5,2 - 12,4)	2,1	22,9	6,1	69,30%
GLOBAL (40)	4,8	6,8 (5,2 - 8,4)	1,1	22,9	5,1	75,00%

Elaboración propia en base a datos recolectados en encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidelli López.

### CUIDADOS DE TERCEROS

Se observa que 54 personas (27.1%) refirió ser cuidador de un tercero. De estos un 61.1% es cuidador/a de un NNA, un 3.7% cuida a un adulto con discapacidad, un 9.3% a un adulto mayor y un 25.9% a un adulto mayor con discapacidad.

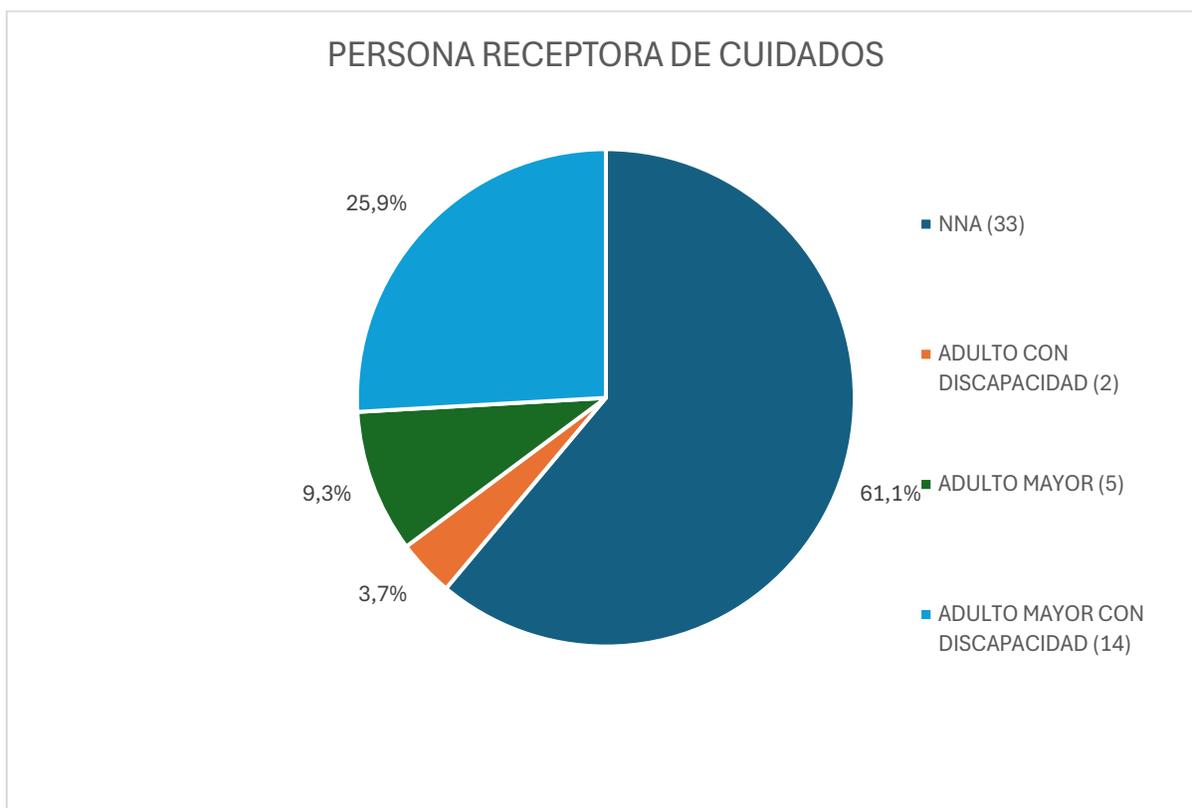


Gráfico 14. DISTRIBUCIÓN DE PERSONA QUE RECIBE CUIDADOS. Elaboración propia en base a encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidelli López

Al evaluar la distribución por sexo de los y las cuidadoras se observan los siguientes datos:

### DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE CUIDADORES

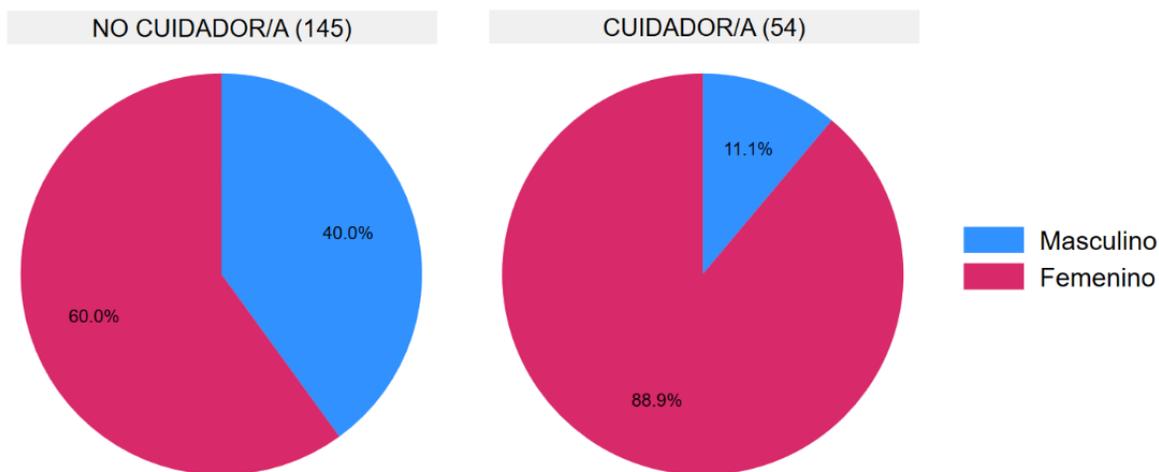


Gráfico 15. DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE CUIDADORES Y NO CUIDADORES. Elaboración propia en base a encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidelli López

Respecto de aquellos que son cuidadores un 20.3% refirió necesitar suplir los cuidados, de estos un 79.6% fue apoyado por familiar, un 18.5% por amigos. Sin embargo, solo un 1.8% refirió deber realizar pago por servicio que correspondió a la comuna de Cochamó y por un monto de \$10.000.

## COSTOS TOTALES

Los costos totales, considerando movilización, alimentación, alojamiento, necesidad de cuidados y perdidas por ausencia de trabajo estuvieron en promedio en torno a \$16.891 (IC 95% 13.725 – 20.056) con un mínimo de \$0 y un máximo de \$112.609. Para esta variable se observó un coeficiente de variación del 134.1%. Se muestra la distribución por territorios en la siguiente tabla:

TABLA 9. COSTOS TOTALES POR CONCURRENCIA A HBPM POR TERRITORIO (SSDR Y MAC-CLURE)

Territorio (n° Observaciones)	Costos totales por concurrencia a HBPM					
	mediana (\$)	media (\$) (IC 95%)	Min (\$)	Max (\$)	Desv. Estándar (\$)	coeficiente variación
<b>Clasificación Servicio salud del Reloncaví</b>						
Llanquihue (184)	6.020	14.502 (11.448 - 17.555)	0	112.609	20.996	144,80%
Cordillera (15)	46.000	46.197 (33.872 - 58.521)	12.000	98.677	22.256	48,20%
<b>Clasificación Mac Clure</b>						
Ciudad intermedia (120)	3.850	9.357 (6.627 - 12.086)	0	103.000	15.100	161,40%
Comuna vinculada a ciudad (14)	4.300	9.236 (857 - 17.614)	1.400	57.309	14.512	157,10%
Comuna desvinculada y con centro urbano (24)	12.150	20.941 (10.741 - 31.140)	1.600	98.096	24.154	115,30%
Comuna desvinculada y sin centro urbano (41)	39.000	39.185 (30.563 - 47.806)	2.070	112.609	27.315	69,70%
GLOBAL	7.200	16.891 (13,725 - 20,056)	0	112.609	22.645	134,10%

Elaboración propia en base a datos recolectados en encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidelli López.

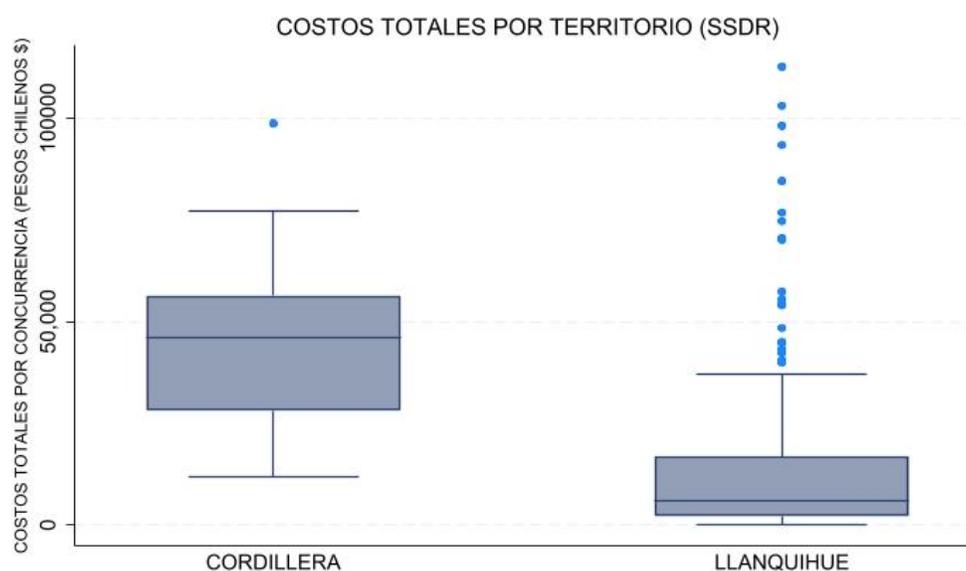


Gráfico 16a. COSTOS TOTALES POR CONCURRENCIA (\$) POR TERRITORIO SSDR. Elaboración propia en base a encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidelli López

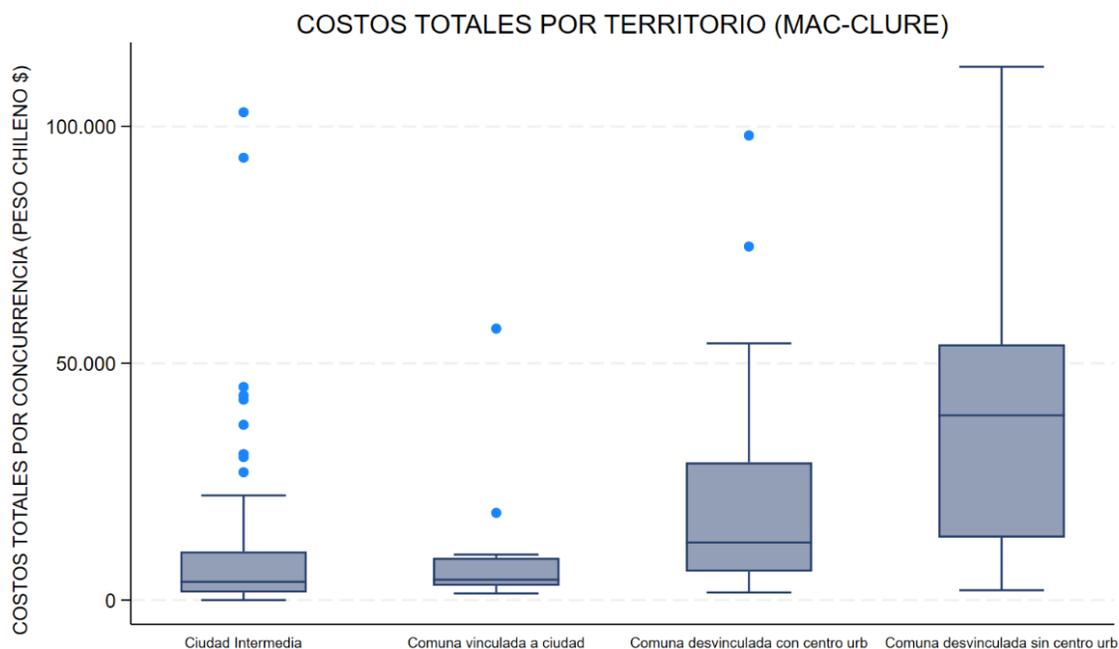


Gráfico 16b. COSTOS TOTALES POR CONCURRENCIA (\$) POR TERRITORIO MAC-CLURE. Elaboración propia en base a encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidelli López

El número de asistencias presenciales al HPM durante los últimos 3 meses presentaron una mediana de 3 asistencias, un mínimo de 1 y un máximo de 36. No se observan diferencias en la mediana y media de concurrencias al evaluar por género. Para mujeres (n=135) se observa una mediana de 3 y media de 5,4 concurrencias en los últimos 3 meses. Para hombres (n=64) se observa una mediana de 3 y una media de 5,6 concurrencias en los últimos 3 meses. Al evaluar las diferencias por territorio (SSDR) se observa para el sector de cordillera (n=15) una mediana de 2 con una media de 3,3 concurrencias con un mínimo de 1 y máximo de 8 concurrencias en los últimos 3 meses. En el sector Llanquihue (n=184) se observa una mediana de 3,5 con una media de 5,6 concurrencias en los últimos 3 meses con un mínimo de 1 y máximo de 40 concurrencias en los últimos 3 meses. Al evaluar por territorio (Mac Clure) destaca principalmente en la Ciudad intermedia (Puerto Montt) una mediana de 4 con un promedio de 6,5 concurrencias en los últimos 3 meses y un mínimo y máximo de 1 y 40 concurrencias en los últimos meses. Para el resto de los territorios en esta clasificación se observan comportamientos similares con medianas en torno a 3, medias en torno a 4, mínimos de 1 concurrencia en 3 meses y máximos entre 7 y 12 asistencias a HBPM en 3 meses.

Para evaluar el costo por concurrencia de los últimos 3 meses se pondera el costo de concurrencia por el número de veces de concurrencia reportado para los últimos 3 meses para cada usuario (costo total usuario 1 x número de concurrencias últimos 3 meses usuario 1). Se realiza el cálculo directo, sin considerar estructuras fijas o variables de costos por la razón de que no se observan costos fijos por concurrencia o mecanismos que permitan generar economías de escala. El costo por concurrencia de los últimos 3 meses se describe

en la siguiente tabla y se presenta como gasto promedio mensual (Gasto de 3 meses/3) para una mejor comprensión:

TABLA 10. COSTOS TOTALES POR CONCURRENCIA MENSUAL CONSIDERANDO ASISTENCIAS ULTIMOS 3 MESES REPORTADAS POR TERRITORIO (SSDR Y MAC CLURE)

Territorio (n° Observaciones)	Costos por concurrencia a HBPM ponderado por numero de asistencia últimos 3 meses.					
	mediana (\$)	media (\$ IC 95%)	Min (\$)	Max (\$)	Desv. Estándar (\$)	Coefficiente variación
<b>Clasificación Servicio salud del Reloncaví</b>						
Llanquihue (184)	7.633	23.646 (17.420 – 29.873)	0	282.000	42.805	181,00%
Cordillera (15)	27.000	58.253 (19.677 – 96.829)	7.633	263.139	69.659	119,60%
<b>Clasificación Mac Clure</b>						
Ciudad intermedia (120)	5.583	19.827 (12.515 – 27.138)	0	245.961	40.450	204,00%
Comuna vinculada a ciudad (14)	5.866	11.580 (567 – 22.592)	933	76.412	19.072	164,70%
Comuna desvinculada y con centro urbano (24)	10.683	24.014 (10.467 – 37.561)	1.533	124.433	32.081	133,60%
Comuna desvinculada y sin centro urbano (41)	27.000	51.393 (31.260 – 71.526)	3.000	282.000	63.784	124,10%
GLOBAL (199)	8.400	26.255 (19.818 – 32.692)	0	282.000	46.048	175,40%

Elaboración propia en base a datos recolectados en encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidelli López.

Respecto de los costos totales de concurrir por tipo de citación se observa lo siguiente.

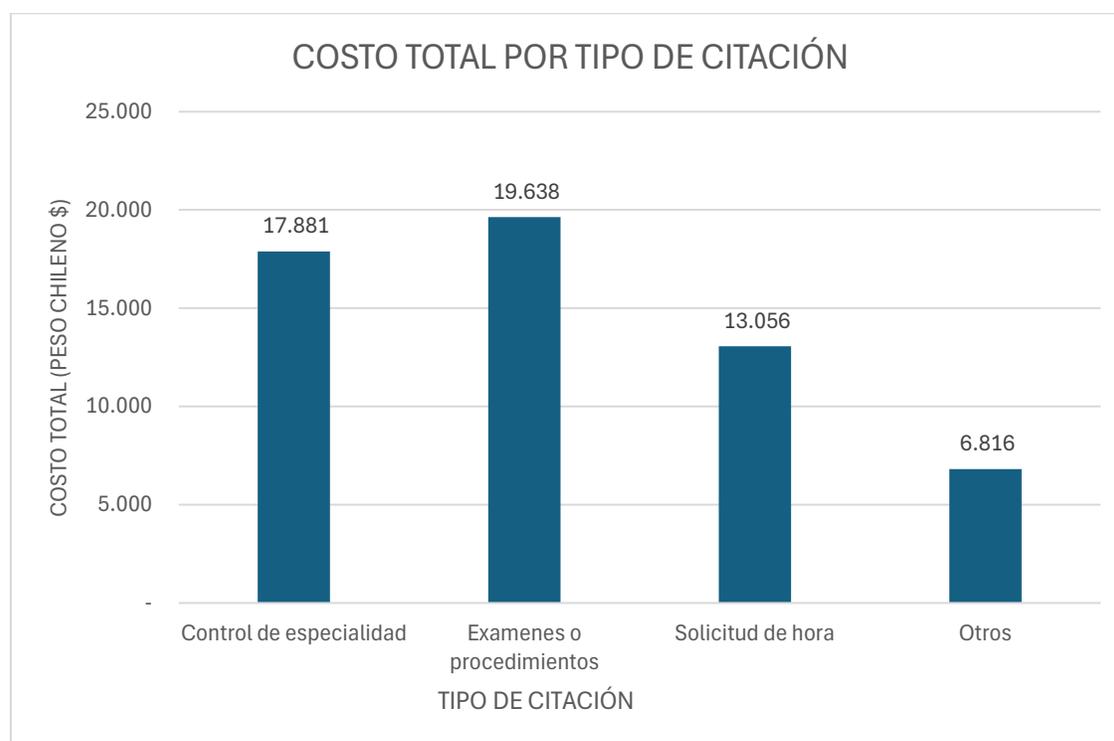


Gráfico 17. COSTOS TOTALES POR TIPO DE CITACIÓN (\$). Elaboración propia en base a encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidelli López

Para evaluar el nivel de gasto en relación con la estructura de gasto de las propias familias se construye la razón entre el costo total de concurrencia y el gasto familiar total mensual. La distribución se observa en la siguiente tabla:

TABLA 11. RAZON DE COSTOS TOTALES POR CONCURRENCIA Y GASTOS TOTALES MENSUALES POR TERRITORIO (SSDR Y MAC CLURE)

Territorio (n° Observaciones)	Razón de costos totales por concurrencia y gasto total mensual					
	mediana (%)	media (%) (IC 95%)	Min (%)	Max (%)	Desv. Estándar (%)	coeficiente variación
<b>Clasificación Servicio salud del Reloncaví</b>						
Llanquihue (184)	1,5	4,3 (3,0 - 5,6)	0	81,5	8,7	201,4%
Cordillera (13)	11,3	13,3 (9,2 - 17,4)	3,8	24,5	6,8	51,2%
<b>Clasificación Mac Clure</b>						
Ciudad intermedia (120)	1,1	2,3 (1,7 - 2,9)	0	16,3	3,2	140,6%
Comuna vinculada a ciudad (14)	1,0	1,3 (0,8 - 1,8)	0,17	2,5	0,8	63,8%
Comuna desvinculada y con centro urbano (24)	3,2	7,6 (0,7 - 14,5)	0,18	81,5	16,4	216,1%
Comuna desvinculada y sin centro urbano (39)	9,1	12,6 (9,1 - 16,1)	0,41	43,9	10,8	86,2%
GLOBAL	1,6	4,9 (3,7 - 6,1)	0	81,5	8,8	183,30%

Elaboración propia en base a datos recolectados en encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidelli López.

### AYUDA ECONÓMICA

Respecto a la solicitud de ayuda económica para la concurrencia presente o pasada al HPM se observa que un 30.7% (IC 95% 24.3 – 37.6) de las personas refirió haber solicitado en alguna oportunidad ayuda económica para suplir gastos que incluían total o parcialmente el traslado al hospital. De estos, un 91.8% refiere haber recibido la ayuda solicitada. Un 67.2% recibió la ayuda de un familiar y en menor medida de instituciones (26.2%). En la descripción del origen específico de la ayuda destacan familiares (49.1%) en primer grado como madre, hijos, hermanos. La mediana del monto solicitado fue de 10.000 con un mínimo de 1000 y un máximo de 200000.

Destacan montos elevados en dos situaciones que se excluyen del análisis por haber sido apoyos sociales de tipo BINGO o beneficio que ascendieron a 480000 y 850000 en dos usuarios y 10 personas (21,7%) que recibieron ayuda económica y no cuantificaron en dinero la ayuda, sin embargo, este cubrió total o parcialmente el traslado.

Al evaluar el peso de la ayuda recibida en relación con el gasto total por la concurrencia se observa que el peso relativo de la ayuda respecto del gasto realizado posee una mediana del 100%, sin embargo, destaca un promedio del 197% y una distribución por territorio similar. El único territorio en que la ayuda recibida fue inferior al costo total de concurrencia fue el de la comuna vinculada a ciudad (Puerto Varas) en que hubo 2 observaciones, en una la ayuda equivalía al 25% y en la segunda al 87% del monto gastado.

### IMPACTO PERCIBIDO

En esta sección de la encuesta se preguntó a cada usuario por la problematización vivida para cada una de las categorías de costo. A modo de ejemplo: “¿Para usted, el costo asociado al transporte fue mucho problema, solo un problema o nada de problema?”. Cada una de las categorías se asoció a un valor 0: No problema, 1: Problema y 2: Mucho problema. La consulta se realizó específicamente para costos de transporte, alojamiento, alimentación, necesidad de ser acompañado/a, necesidad de suplencia de cuidados, costo

asociado a perdida laboral y respecto de la distancia o el tiempo que tomaba llegar al hospital. El impacto percibido por cada ítem de gasto se observa en los siguientes gráficos:

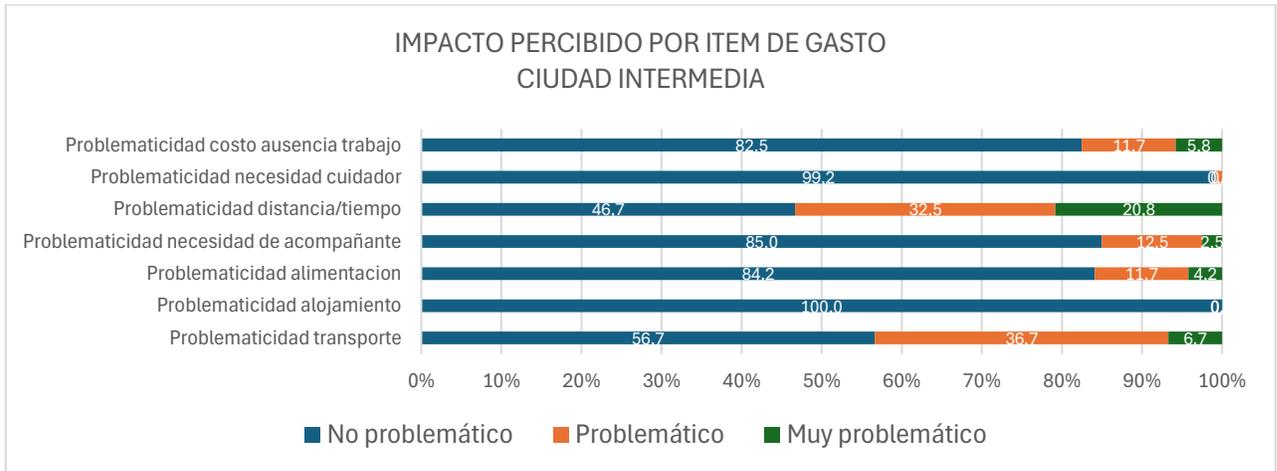


Gráfico 18a. DISTRIBUCION DE IMPACTO PERCIBIDO POR ÍTEM DE GASTO (CIUDAD INTERMEDIA). Elaboración propia en base a encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidelli López

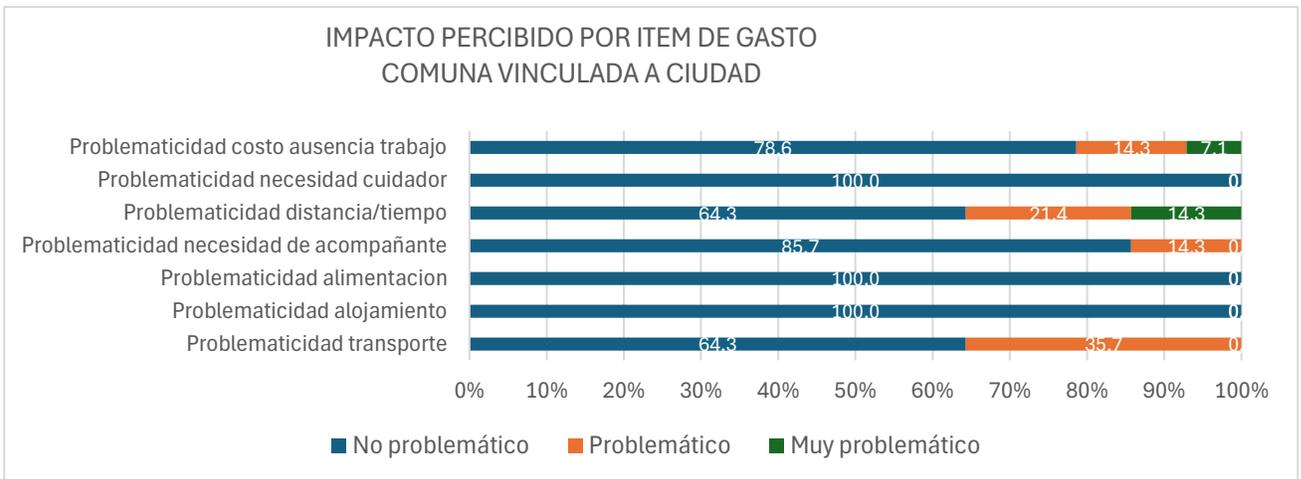


Gráfico 18b. DISTRIBUCION DE IMPACTO PERCIBIDO POR ÍTEM DE GASTO (COMUNA VINCULADA A CIUDAD). Elaboración propia en base a encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidelli López

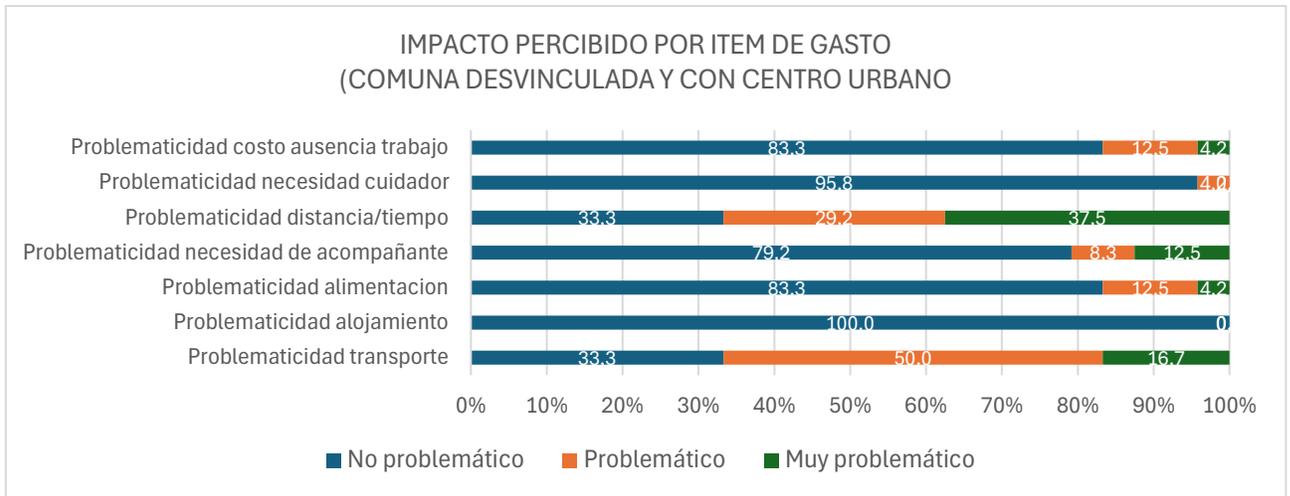


Gráfico 18c. DISTRIBUCION DE IMPACTO PERCIBIDO POR ÍTEM DE GASTO (COMUNA DESVINCULADA Y CON CENTRO URBANO). Elaboración propia en base a encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidelli López

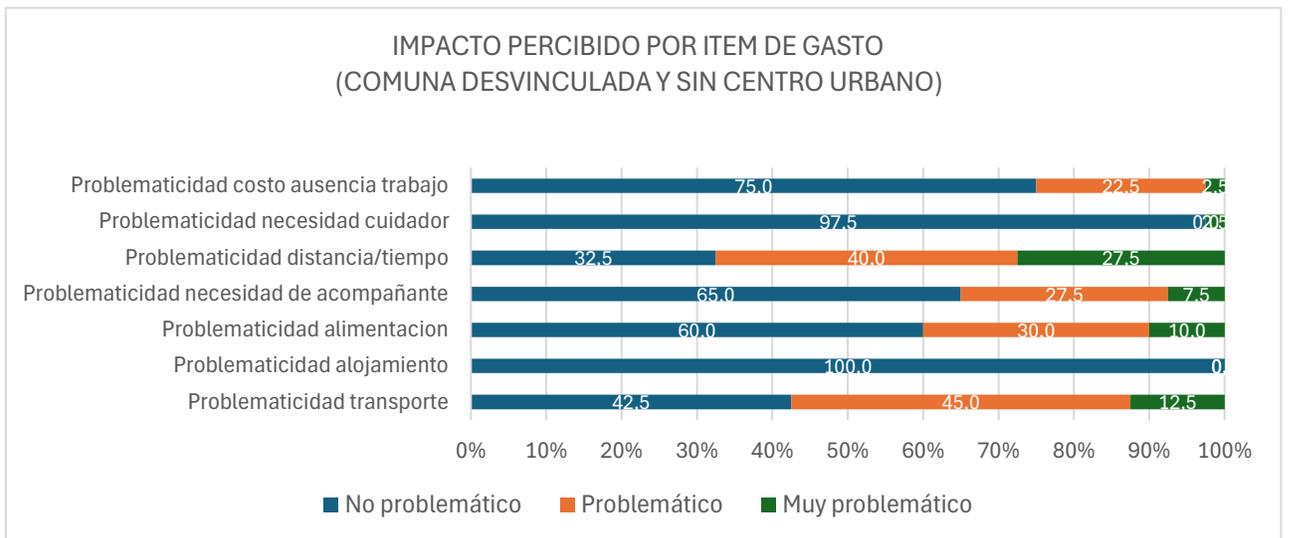


Gráfico 18d. DISTRIBUCION DE IMPACTO PERCIBIDO POR ÍTEM DE GASTO (COMUNA DESVINCULADA Y SIN CENTRO URBANO). Elaboración propia en base a encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidelli López

Para ponderar la globalidad del impacto, es decir, la suma de puntajes de cada uno de los ítems de impacto, se construye el indicador de impacto global como la suma aritmética de cada impacto recibido por ítem. De esta manera el impacto global busca resumir el conjunto de problemáticas sentidas por cada usuario. El valor mínimo teórico del impacto global es 0 en el caso en que las 7 categorías no representen un problema para él o la usuaria y un máximo teórico de 14 en el caso en que todas las categorías representaran mucha problemática.

Respecto a lo anterior se observan niveles de impacto global distribuidos de la siguiente manera:

TABLA 12. IMPACTO GLOBAL POR TERRITORIO (SSDR Y MAC-CLURE)

Territorio (n° Observaciones)	Impacto global (Suma de impactos por ítem de gasto)	
	mediana	media (IC 95%)
<b>Clasificación Servicio salud del Reloncaví</b>		
Llanquihue (184)	2,0	2,0 (1.7 – 2.3)
Cordillera (14)	3,5	3,4 (2.0 – 4.7)
<b>Clasificación Mac-Clure</b>		
Ciudad intermedia (120)	1,0	1,8 (1.5 – 2.1)
Comuna vinculada a ciudad (14)	0	1,2 (0.2 – 2.1)
Comuna desvinculada y con centro urbano (24)	2,5	2,7 (1.8 – 3.6)
Comuna desvinculada y sin centro urbano (40)	3,0	2,9 (2.2 – 3.6)
GLOBAL	2,0	2,1 (1.8 – 2.4)

Elaboración propia en base a datos recolectados en encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidelli López.

De acuerdo con el peso de cada ítem de gasto dentro del impacto global se construye el indicador de peso relativo por ítem de la siguiente manera: puntaje ítem dividido por impacto global propio. De esta forma se observa que el peso de impacto percibido por distancia o tiempo es 42% promedio, seguido por ítem transporte con un 29.1% promedio. Aquellos con menor peso fueron alojamiento y reemplazo de cuidados.

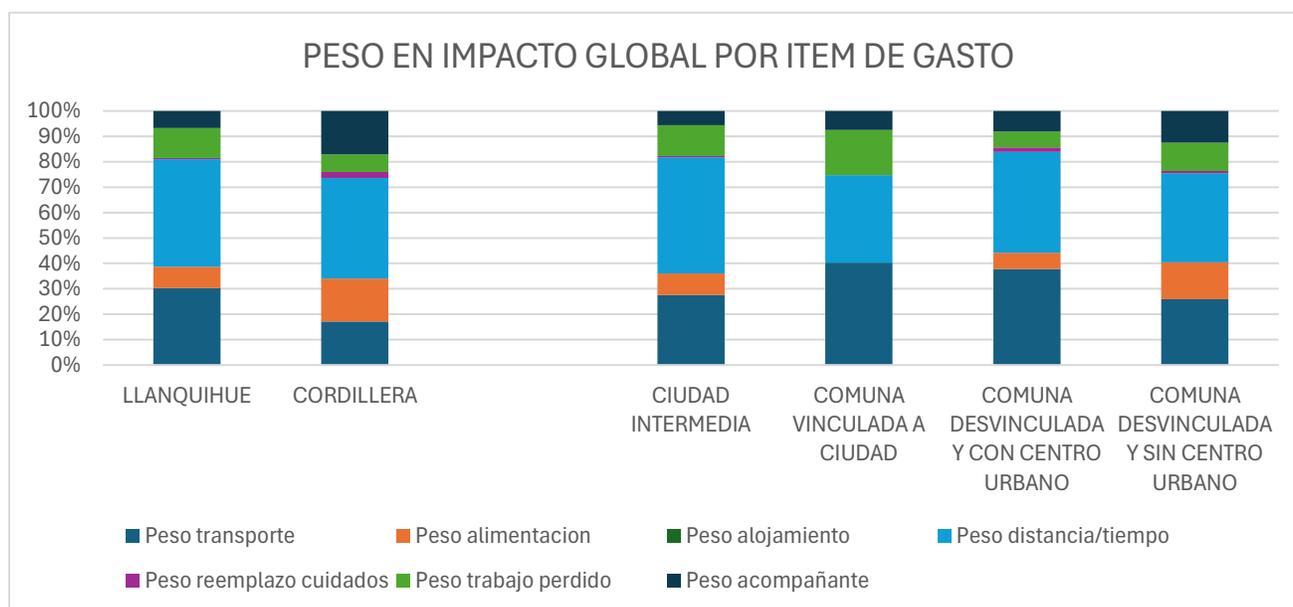


Gráfico 19. PESO RELATIVO DE CADA ÍTEM DE GASTO EN EL IMPACTO GLOBAL. Elaboración propia en base a encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidelli López

Para evaluar el impacto financiero percibido se preguntó a los usuarios a continuación de la problematización por ítem de gasto: “¿Considerando ahora el conjunto de gastos realizados para esta concurrencia, usted considera que esta asistencia hoy generó algún impacto financiero (en los dineros) para su hogar?”. Las respuestas posibles eran un bajo

impacto financiero, es decir que al incurrir en estos gastos no se generaba un problema en las finanzas familiares. Un impacto medio, es decir que el gasto se realizaba, sin embargo, luego la familia debía dejar de comprar o pagar cosas no urgentes para la familia. Por último, el impacto alto que implicaba que realizar el gasto llevaba a la familia a dejar de comprar o pagar asuntos urgentes para la familia.

Al evaluar el impacto financiero percibido por los usuarios se observa que en general un 13.6% percibió el impacto financiero de la concurrencia como alto, un 23.7% como medio y un 62.6% como bajo impacto.

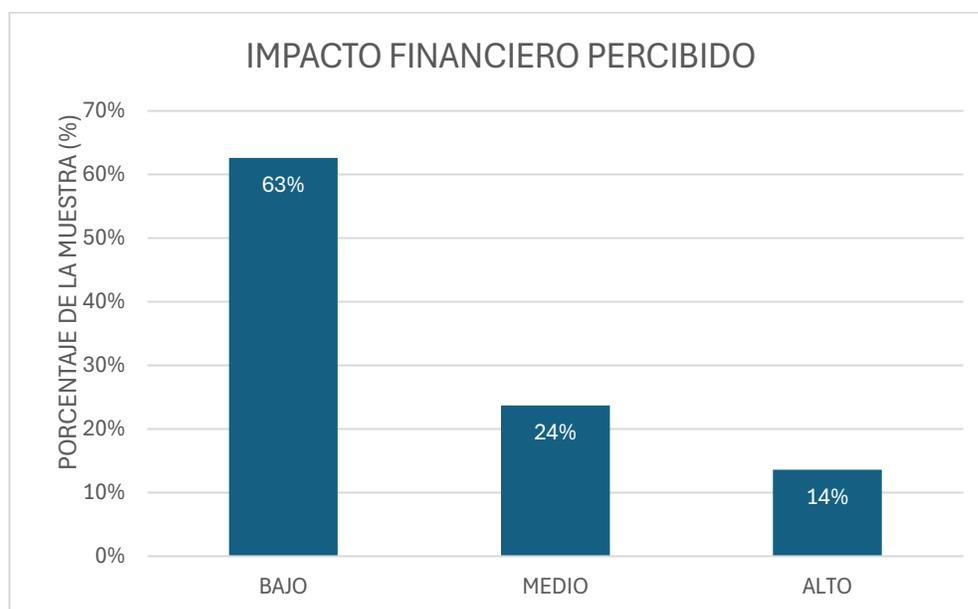


Gráfico 20. DISTRIBUCION DE IMPACTO FINANCIERO PERCIBIDO. Elaboración propia en base a encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidelli López

Para evaluar la similitud de impactos al ser evaluados de forma independiente (por ítem de gasto mediante el impacto global) y de forma directa (impacto financiero) se evalúan los impactos globales según el impacto financiero alto, medio o bajo. Se observa que para personas que evalúan el impacto financiero como alto hay un promedio de impacto global de 4.4 (IC 95% 3.7 – 5.0), aquellos que valoran el impacto financiero como medio poseen un impacto global de 3 (IC 95% 2.5 – 3.5) y aquellos con un impacto financiero bajo un impacto global de 1.29 (IC 95% 1.0 – 1.5).

TABLA 13. NIVEL DE IMPACTO GLOBAL SEGÚN IMPACTO FINANCIERO

Variable	Impacto global (Suma de impactos por ítem de gasto)	
	mediana	media (IC 95%)
<b>Nivel de impacto financiero</b>		
Impacto financiero bajo (124)	1,0	1,3 (1.0 – 1.5)
Impacto financiero medio (47)	3,0	3,0 (2.5 – 3.5)
Impacto financiero alto (27)	4,0	4,4 (3.7 – 5.0)

Elaboración propia en base a datos recolectados en encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidelli López.

Se evalúan los costos totales por concurrencia en relación con el nivel de impacto financiero auto percibido, observándose costos crecientes a medida que aumenta la percepción de impacto financiero.

TABLA 14. COSTOS TOTALES POR CONCURRENCIA A HBPM SEGÚN NIVEL DE IMPACTO FINANCIERO AUTOREPORTADO

Nivel de impacto financiero percibido (n° observaciones)	Costos totales por concurrencia a HBPM					
	mediana (\$)	media (\$) (IC 95%)	Min (\$)	Max (\$)	Desv. Estándar (\$)	coeficiente variación
<b>Clasificación Servicio salud del Reloncaví</b>						
Bajo impacto (124)	5.000	14,703 (10,677 - 18,728)	0	112.609	22.648	154,00%
Medio impacto (47)	9.600	17,571 (11,590 - 23,553)	0	103.000	20.371	115,90%
Alto impacto (27)	18.300	25,102 (15,104 - 35,100)	900	98.096	25.274	100,70%

Elaboración propia en base a datos recolectados en encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidelli López.

### ALTOS COSTOS POR CONCURRENCIA

Como se mencionó en la metodología se construye el indicador de alto costo como el cociente entre el costo total por concurrencia y el gasto familiar total mensual. La distribución global del indicador muestra una mediana de 1.6%, una media de 4.9% (IC 95% 3.7 – 6.1). Es decir, que en la muestra, en promedio el costo por concurrencia fue de un 4.9% del gasto total familiar mensual.

Tal como se planteó en la metodología, se utilizan los umbrales de alto costo, 10 y 20% del gasto total familiar mensual, observando:

El alto costo por concurrencia con un umbral del 10% presenta una prevalencia global en la muestra del 13.7% (IC 95% 9.2 - 19.3). Para un umbral del 20% presenta una prevalencia global del 5.6% (IC 95% 2.8 – 9.8).

Al evaluar estas prevalencias globales por territorio y para umbrales del 10% y 20% respectivamente, se muestran las tablas 22a y 22b.

Por último, se muestran la tabla 23a y 23b que muestra la prevalencia de costo alto para umbral del 20% (23b) y se comparan distintas variables de interés como sexo, pertenencia a pueblo originario, situación de discapacidad, tramo de Fonasa, decil de ingreso, tipo de situación laboral, distancia y tiempo de traslado, necesidad de alimentación y nivel de impacto financiero percibido. Se muestran, además, intervalos de confianza por territorio y por variable para una descripción más detallada.

TABLA 15a. PREVALENCIA DE COSTO ALTO PARA UMBRAL DEL 10% POR TERRITORIO (SSDR Y MAC CLURE)

Variable	Proporción de gasto mensual familiar total (GTM) del costo total por concurrencia. Proporción de personas con un costo por concurrencia mayor al 10% del GTM.						
	TERRITORIO						
	SSDR		Clasificación Mac Clure				
Nivel de costo	Llanquihue n (%) (IC 95%)	Cordillera n (%) (IC 95%)	Ciudad intermedia n (%) (IC 95%)	Comuna vinculada a ciudad n (%) (IC 95%)	Comuna desvinculada y con centro urbano n (%) (IC 95%)	Comuna desvinculada y sin centro urbano n (%) (IC 95%)	Total n (%) (IC 95%)
Costo alto (>10% Gasto total familiar mensual)	20 (10,9) (6,8 - 16,3)	7 (53,9) (25,1 - 80,8)	6 (5,0) (1,8 - 10,6)	0 (0)	3 (12,5) (2,7 - 32,4)	18 (46,2) (30,1 - 62,8)	27 (13,7) (9,2 - 19,3)
Costo no alto (<10% Gasto total familiar mensual)	164 (89,1) (83,7 - 93,2)	6 (46,2) (19,2 - 74,9)	114 (95) (89,4 - 98,1)	14 (100) (76,8 - 100)	21 (87,5) (67,6 - 97,3)	21 (53,9) (37,2 - 69,9)	170 (86,3) (80,7 - 90,8)

Elaboración propia en base a datos recolectados en encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidelli López.

TABLA 16. PREVALENCIA DE COSTO ALTO PARA UMBRAL DEL 20% POR TERRITORIO (SSDR Y MAC CLURE)

Variable	Proporción de gasto mensual familiar total (GTM) del costo total por concurrencia. Proporción de personas con un costo por concurrencia mayor al 20% del GTM.						
	TERRITORIO						
	SSDR		Clasificación Mac Clure				
Nivel de costo	Llanquihue n (%) (IC 95%)	Cordillera n (%) (IC 95%)	Ciudad intermedia n (%) (IC 95%)	Comuna vinculada a ciudad n (%) (IC 95%)	Comuna desvinculada y con centro urbano n (%) (IC 95%)	Comuna desvinculada y sin centro urbano n (%) (IC 95%)	Total n (%) (IC 95%)
Costo alto (>20% Gasto total familiar mensual)	8 (4,4) (1,9 - 8,4)	3 (23,1) (5,0 - 53,8)	0 (0)	0 (0)	1 (4,2) (0,1 - 21,1)	10 (25,6) (13,0 - 42,1)	11 (5,6) (2,8 - 9,8)
Costo no alto (<20% Gasto total familiar mensual)	176 (95,7) (91,6 - 98,1)	10 (76,9) (46,2 - 94,9)	120 (100) (96,9 - 100)	14 (100) (76,8 - 100)	23 (95,8) (78,9 - 99,9)	29 (74,4) (57,9 - 86,9)	186 (94,4) (90,2 - 97,2)

Elaboración propia en base a datos recolectados en encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidelli López.

TABLA 17a. PREVALENCIA DE ALTO COSTO CON UMBRAL DEL 20% POR TERRITORIO Y VARIABLES DEMOGRÁFICAS (SSDR Y MAC-CLURE)

VARIABLES DEMOGRÁFICAS	Proporción de gasto mensual familiar total (GTM) del costo total por concurrencia. Proporción de personas con un costo por concurrencia mayor al 20% del GTM.						
	TERRITORIO						
	SSDR		Clasificación Mac Cluren				
	Llanquihue n(%)	Cordillera n(%)	Ciudad intermedia n(%)	Comuna vinculada a ciudad n(%)	Comuna desvinculada y con centro urbano n(%)	Comuna desvinculada y sin centro urbano n(%)	Total n(%) (IC95%)
<b>Sexo</b>							
Masculino	3 (4,9)	2 (66,7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5 (35,7)	5 (7,8) (2,6 - 17,3)
Femenino	5 (4,1)	1 (10,0)	0 (0)	0 (0)	1 (7,1)	5 (20,0)	6 (4,5) (1,7 - 9,6)
<b>Edad (categorizada en años)</b>							
15 - 24	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
25 - 44	1 (2,8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (16,7)	1 (2,7) (0,06 - 14,1)
45 - 64	3 (3,1)	2 (25,0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5 (21,7)	5 (4,8) (1,5 - 10,8)
65 - 79	3 (7,9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (37,5)	3 (7,3) (1,5 - 19,9)
más de 80	1 (14,3)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	1 (100)	1 (50,0)	2 (25,3) (3,2-65,1)
<b>Etnia</b>							
Mapuche	1 (2,6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (14,3)	1 (2,44) (0,06 - 12,9)
No perteneciente	7 (4,9)	3 (30,0)	0 (0)	0 (0)	1 (5,2)	9 (28,1)	10 (6,5) (3,2 - 11,6)
<b>Situación de discapacidad</b>							
Con discapacidad	2 (4,7)	1 (50,0)	0 (0)	0 (0)	1 (20,0)	2 (22,2)	8 (5,3) (2,3 - 10,1)
Sin discapacidad	6 (4,3)	2 (18,2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	8 (26,7)	3 (6,7) (1,3 - 18,3)
<b>Tramo de fonasa</b>							
A	5 (10,6)	2 (50,0)	0 (0)	0 (0)	1 (10,0)	6 (50,0)	7 (13,7) (5,7 - 26,3)
B	1 (1,6)	1 (16,7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (14,3)	2 (2,9) (0,3 - 10,3)
C	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
D	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
No sabe no responde	1 (5,0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (20,0)	1 (5,0) (0,1 - 24,8)

Elaboración propia en base a datos recolectados en encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidelli Lopez.

TABLA 17b. PREVALENCIA DE ALTO COSTO CON UMBRAL DEL 20% POR TERRITORIO Y VARIABLES SOCIOECONÓMICAS (SSDR Y MAC-CLURE)

VARIABLES SOCIOECONÓMICAS	Proporción de gasto mensual familiar total (GTM) del costo total por concurrencia. Proporción de personas con un costo por concurrencia mayor al 20% del GTM.						
	TERRITORIO						
	SSDR		Clasificación Mac Cluren				
	Llanquihue n(%)	Cordillera n(%)	Ciudad intermedia n(%)	Comuna vinculada a ciudad n(%)	Comuna desvinculada y con centro urbano n(%)	Comuna desvinculada y sin centro urbano n(%)	Total n(%) (IC95%)
<b>Situación laboral</b>							
Dependiente	1 (2,0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (10,0)	1 (1,9) (0,4 - 10,1)
Independiente	1 (2,0)	2 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (27,3)	3 (5,9) (1,2 - 16,2)
Cesante	2 (5,7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (33,3)	2 (5,4) (0,6-18,2)
Pensionado	4 (8,2)	1 (20,0)	0 (0)	0 (0)	1 (20,0)	4 (33,3)	5 (9,3) (3,1 - 20,3)
<b>Decil de ingreso (Min-max decil)</b>							
I (0 - 84.400)	2 (4,8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (33,3)	2 (4,7) (0,5 - 15,8)
II (84.459 - 145.063)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
III (145.097 - 200.450)	3 (13,6)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	1 (50,0)	3 (50,0)	4 (17,4) (4,9 - 38,8)
IV (200.453 - 253.200)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
V (253.376 - 316.500)	1 (20,0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (25,0)	1 (20,0) (0,5 - 71,6)
VI (316.617 - 408.561)	0 (0)	1 (16,7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (14,3)	1 (4,8) (0,1 - 23,8)
VII (408.593 - 527.500)	0 (0)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (25,0)	1 (3,7) (0,9- 18,9)
VIII (527.589 - 717.400)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
IX (717.430 - 1.180.721)	1 (4,2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (100)	1 (4,2) (0,1 - 21,1)
X (1.181.014 y más)	1 (9,1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (33,3)	1 (9,1) (0,2 - 41,2)

Elaboración propia en base a datos recolectados en encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidelli Lopez.

TABLA 17c. PREVALENCIA DE ALTO COSTO CON UMBRAL DEL 20% POR TERRITORIO Y VARIABLES DE CONCURRENCIA (SSDR Y MAC-CLURE)

VARIABLES DE CONCURRENCIA	Proporción de gasto mensual familiar total (GTM) del costo total por concurrencia. Proporción de personas con un costo por concurrencia mayor al 20% del GTM.						
	TERRITORIO						
	SSDR		Clasificación Mac Cluren				
Llanquihue n(%)	Cordillera n(%)	Ciudad intermedia n(%)	Comuna vinculada a ciudad n(%)	Comuna desvinculada y con centro urbano n(%)	Comuna desvinculada y sin centro urbano n(%)		
<b>Tipo de citación que motiva concurrencia a HBPM</b>							
Control de especialidad	5 (4,0)	3 (25,0)	0 (0)	0 (0)	1 (6,3)	7 (23,3)	8 (5,9) (2,6 - 11,3)
Exámenes o procedimientos	3 (13,0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (42,9)	3 (12,5) (2,7 - 32,4)
Solicitud de hora	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Otros	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
<b>Tipo movilización</b>							
particular propia	3 (5,3)	2 (50,0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5 (33,3)	5 (8,2) (2,7 - 18,1)
Particular ajena	2 (12,5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (50,0)	1 (14,3)	2 (11,8) (1,5 - 36,4)
Bus	1 (1,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (8,3)	1 (1,2) (0,3 - 6,6)
Taxi	0 (0)	1 (50,0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (50,0)	1 (5,9) (0,1 - 28,6)
Colectivo	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Otra	2 (33,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (66,7)	2 (28,6) (3,6 - 70,9)
<b>Distancia traslado</b>							
<5 km	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
5-10 km	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
10-20 km	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
20-30 km	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
>30 km	8 (16,0)	3 (23,1)	0 (0)	0 (0)	1 (4,8)	10 (27,0)	11 (17,5) (9,1 - 29,1)
<b>tiempo traslado</b>							
<30 min	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
30min- 1 hora	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
1-2 horas	3 (5,0)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (22,2)	4 (6,6) (1,8 - 15,9)
>2 horas	8 (16,0)	3 (23,1)	0 (0)	0 (0)	1 (20,0)	6 (37,5)	7 (25,0) (10,7 - 44,8)
<b>Necesidad de alimentacion</b>							
No	3 (2,2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (23,1)	3 (2,2) (0,4 - 6,4)
Si	5 (10,0)	3 (25,0)	0 (0)	0 (0)	1 (11,1)	7 (26,9)	8 (12,9) (5,7 - 23,8)
<b>Impacto financiero</b>							
Bajo	6 (5,1)	2 (40,0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	8 (34,8)	8 (6,5) (2,8 - 12,4)
Medio	1 (2,3)	1 (33,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (20,0)	2 (4,3) (5,2 - 14,5)
Alto	1 (4,6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (14,3)	0 (0)	1 (3,7) (0,9-18,9)
<b>TOTAL n (%) (IC 95%)</b>	<b>8 (4,4) (1,9 - 8,4)</b>	<b>3 (23,1) (5,0 - 53,8)</b>	<b>0 (0)</b>	<b>0 (0)</b>	<b>1 (4,2) (0,1 - 21,1)</b>	<b>10 (25,6) (13,0 - 42,1)</b>	<b>22 (100)</b>

Elaboración propia en base a datos recolectados en encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidelli Lopez.

## DISCUSIÓN

### DESCRIPCIÓN DEMOGRÁFICA

La importancia de describir demográficamente a la población que concurre al Hospital de Puerto Montt tiene su justificación en la necesidad de conocer la composición y características de este grupo poblacional específico. Esto permite avanzar en el conocimiento de las brechas existentes entre la población provincial y quienes realmente concurren a este establecimiento. Es conocido que la enfermedad no se presenta al azar en la población y se distribuye de forma diferencial de acuerdo con factores propios de las personas y su interacción con ambiente socio natural. A su vez, dada la historia natural de la enfermedad y la relación de su progreso con distintos factores y determinantes sociales de la salud, no existe una equivalencia entre quienes enferman en un determinado territorio y quienes acceden a una atención de salud en los distintos niveles de atención. Esta discordancia determina que quienes finalmente logran acceder al nivel secundario de atención, en este caso al Hospital de Puerto Montt, sea un subgrupo de la población que habita en el territorio al cual otorga cobertura de salud el establecimiento.

En este estudio, se logró representación de 11 de las 12 comunas que reciben cobertura de las prestaciones de salud del servicio de salud del Reloncaví. La comuna sin representación fue la de Futaleufú. Esta posee características propias y distintivas que podrían explicar su ausencia en la muestra.

La comuna de Futaleufú es una comuna que limita al oriente con la república de Argentina y posee un Hospital comunitario que posee nexos cercanos con Hospitales públicos de la red de salud trasandina. Dada la lejanía a la capital regional, existen motivaciones importantes de la población para la concurrencia a establecimientos de salud distintos del Hospital de Puerto Montt cuando se trata de eventos ambulatorios.

De las 11 comunas representadas se contó con una sobre cobertura de muestreo respecto de las cuotas de muestreo en torno al 2% para 9 de ellas. Solo en el caso de las comunas de Puerto Montt y Puerto Varas, hubo una menor cobertura de lo esperado de un -6,5% y -1,5% respectivamente. Dada la distribución de población por comunas en las provincias de Llanquihue y Palena, se considera la sobre cobertura observada como un factor positivo que permitió contar con una mejor representatividad de los territorios más alejados al Hospital de Puerto Montt como son las comunas de Hualaihué, Cochamó, Chaitén y Palena.

La comuna con mayor presencia en HPM fue la de Puerto Montt con un 60,3% de la muestra total, seguida por las comunas de Calbuco (7,5%), Puerto Varas (7,0%), Los Muermos (5,0%) y Llanquihue (4,5%). Estas comunas pertenecen a la provincia de Llanquihue y son aquellas con mayor población según CENSO 2017.

Al evaluar la participación por agrupación territorial, observamos que el territorio Llanquihue, compuesto por las comunas de Puerto Montt, Puerto Varas, Calbuco, Llanquihue, Los Muermos, Frutillar, Maullín y Fresia, presentó 92,4% del total de la muestra. Esto representa

un 2,4% menos que la proporción que representa la población censal para dicho territorio. El territorio “Cordillera”, compuesto por las comunas de Hualaihué, Cochamó, Palena, Chaitén, presentó un 7.5% del total de la muestra. Esto representa un 2,9% más que la proporción que representa la población censal para dicho territorio, excluyendo a la comuna de Futaleufú. Si bien, los datos de participación muestran diferencias amplias en cuanto a la presencia de usuarios según territorio de origen, al ser evaluadas en relación con la población censal de origen se comportan de forma similar.

Cuando se usa la clasificación de Mac Clure, la participación según el territorio de origen de los usuarios muestra proporciones menos desiguales con un 60,3% para ciudad intermedia (Puerto Montt), 7,0% para comuna vinculada a ciudad (Puerto Varas), 12,1% para comuna desvinculada y con centro urbano (Llanquihue y Calbuco) y un 20,6% para comunas desvinculadas y sin centro urbano (Fresia, Frutillar, Los Muermos, Maullín, Cochamó, Hualaihué, Chaitén y Palena).

Al observar el género indicado por los participantes del estudio, se observa una sobre representación femenina respecto de las cuotas de muestreo establecidas para población consultante de forma presencial durante el año 2023 para las comunas de Puerto Montt, Llanquihue, Frutillar, Cochamó, Los Muermos, Hualaihué y Chaitén. Por el contrario, para las comunas de Puerto Varas, Fresia, Calbuco, Maullín y Palena se observó una subrepresentación femenina. La muestra fue compuesta en un 46,2% (n=92) por acompañantes y por un 53,8% (n=107) por pacientes. En ambos grupos se observan porcentajes de participación femenina similares con un 71,7% y 64,5% para acompañantes y pacientes respectivamente. La distribución por sexo para los distintos territorios puede observarse en la tabla 2.

Es importante destacar que los porcentajes de población femenina en el estudio son comparados con la población que consulta el año 2023 de forma presencial, esta población presenta una sobre representación para todas las comunas respecto de los datos censales del año 2017. A modo de ejemplo, la comuna de Puerto Montt, según CENSO 2017 presentaba un 50,8% de población femenina, para el año 2023, las mujeres consultantes a HPM fueron un 60,3% y en el estudio se observó para la misma comuna un 71,7% de mujeres. Lo anterior, muestra que, si bien existe una consulta presencial femenina a HPM mayor respecto a la población femenina de origen, la sobre representación obtenida en el estudio podría deberse a cambios en el patrón de consulta del establecimiento, una situación asociada al tiempo en que se obtuvo la muestra (febrero y marzo del 2024), a proporciones mayores de mujeres dentro de los y las acompañantes o a elementos propios de una muestra no probabilística.

En la muestra se observó un 20,1% de identificación con algún pueblo originario. De estos, un 92,7% fue de origen Mapuche. Los datos de pueblos originarios regionales muestran que, del total de habitantes de la región, según datos de CENSO 2017, un 28,2% reportó pertenencia a un pueblo originario. De estos, un 96,5% pertenecía al pueblo Mapuche. Lo anterior muestra similitudes de la muestra con los datos reportados por fuentes de información oficiales del INE.

Respecto de la autopercepción como persona en situación de discapacidad, destacó un 22,6% (IC 95% 16,9 – 29,1) en la muestra. Según el tercer estudio nacional de la discapacidad (ENDISC III), realizado el año 2022, en la región de Los Lagos existe una prevalencia de población adulta con discapacidad del 17,6%. Al evaluar a población adulta, es decir, mayores de 18 años, la encuesta reportó una prevalencia del 9,8%. En la muestra, el 100% de las personas encuestadas correspondieron a personas mayores de 18 años, por lo tanto, la elevada prevalencia de discapacidad encontrada en la muestra puede obedecer a aspectos propios del lugar de obtención de la muestra, reflejando la mayor probabilidad de encontrar personas en situación de discapacidad en un centro hospitalario. Sumado a lo anterior, la elevada prevalencia podría mostrar aspectos metodológicos en relación con el modo de obtener el dato de discapacidad. Lo que se preguntó a las personas fue: “¿Se considera usted una persona en situación de discapacidad?”. Esta pregunta abre algunos escenarios posibles. Dado que no existen medios verificadores de lo reportado, la sobreestimación por aspectos gananciales o por falta de información del usuario no puede ser descartada. Por otra parte, asumiendo una respuesta no influida por esos aspectos metodológicos, hablaría de una percepción de discapacidad de las personas realmente mayor y que recoge aspectos más allá de los elementos de funcionalidad o de definición verificables. Este último escenario, llama a reflexionar sobre los factores que determinan una autopercepción de discapacidad, en el contexto presentado por el estudio, mayor en 12,8% respecto de datos oficiales representativos capturados para la región (ENDISC III).

Al evaluar el nivel educacional se pone el foco especialmente en las categorías de: Sin educación formal, Enseñanza media completa, Universitaria completa. Según territorio de origen se observa que para la clasificación de Mac Clure, existe una baja proporción de personas sin educación formal alcanzando un 2,5% en la ciudad intermedia (Puerto Montt) y un 2,4% en las ciudades no vinculadas y sin centro urbano. Respecto a la enseñanza media completa se observan niveles similares en las 4 divisiones, 35,8% en ciudad intermedia, 35,7 en comuna vinculada a ciudad, 29,2 en comuna desvinculada y con centro urbano y un 31,7% en comuna desvinculada y sin centro urbano. Por último, destacan en la enseñanza universitaria completa la ausencia de personas que hayan alcanzado este nivel educacional en las comunas desvinculadas y sin centro urbano en comparación con un 8,3%, 14,3% y 8,3% observado en ciudad intermedia, comunas vinculadas a ciudad y desvinculadas con centro urbano.

Los datos de nivel educacional a nivel regional, según el CENSO 2017, muestran que existe un 38,0% de personas con educación básica completa, 39,6% de personas con educación media y aquellas que completaron la educación superior fueron un 22,3% de la población regional. Destaca de la comparación con los datos muestrales, niveles de prevalencia similares para el nivel de educación media en los sectores de Puerto Montt y Puerto Varas. Sin embargo, se constata un menor nivel respecto de los datos censales en las comunas desvinculadas con y sin centro urbano. Siguiendo el análisis, la ausencia de reporte de estudios universitarios, en personas cuyo origen fueron las comunas desvinculadas sin centro urbano y los porcentajes para el resto del territorio, menores a los reportados a nivel regional, hablan, por una parte, de un menor nivel educacional global en las personas que concurren de forma ambulatoria al Hospital de Puerto Montt, y por otra, del notable contraste

que ocurre en este ámbito al poner el foco en las comunas de mayor ruralidad como lo son las comunas desvinculadas y sin centro urbano. La diferencia observada, podría obedecer a aspectos propios de la población que recibe prestaciones en el sector público de salud en comparación con la población que tiene oportunidad de acceder al sector privado.

Respecto del tramo de la previsión de salud reportada, se observó una preponderancia de las personas bajo seguro de salud FONASA con un 93,5% de participación. Dado que la muestra fue obtenida de personas que concurren a atención de salud o como acompañantes en un centro de salud público que posee barreras para la atención de salud de personas con previsiones de salud distintas del FONASA, el valor obtenido, mayor a la cobertura del seguro público de salud para la población nacional informado por la Casen 2022 del 78,9% es esperable y razonable. Dentro de las personas con cobertura FONASA destacan mayormente tramos A y B con un 65% conjunto y un 25% en tramo C y D. Al evaluar el tramo de FONASA por territorio se observa que existen diferencias en su distribución alcanzando a un 80% en tramos A y B para el sector "Cordillera" y un 19% en tramos C y D. Destaca, además, en la clasificación de Mac Clure, que en la comuna vinculada a ciudad (Puerto Varas), los tramos de FONASA A y B representan el 49% y C y D un 40%, mientras que en comunas desvinculadas y sin centro urbano los tramos de FONASA A y B representan el 71,8% y C y D un 15,4. Lo anterior expresa indirectamente, con ciertas limitaciones dadas por la inclusión de personas con subsidio familiar en FONASA A y de la reducción de tramo en caso de tener 3 o más cargas familiares, diferencias en los ingresos mensuales individuales en el territorio.

## **DESCRIPCIÓN SOCIOECONÓMICA**

Dado que lo que se busca en el presente estudio es describir el impacto de los costos directos no médicos e indirectos en la estructura financiera familiar, resulta crucial la caracterización socioeconómica de la población en estudio.

Al evaluar la situación laboral al momento de la entrevista destaca la presencia de población activa laboralmente en todo el territorio en torno al 50%. Sin embargo, destacan en la muestra los niveles de cesantía menores en la comuna vinculada a ciudad (Puerto Varas) con un 7,1% versus el 19% global de cesantía en la muestra. Respecto de los niveles de ingresos individuales por situación laboral se observa que existe una gradiente en aumento que va desde las personas cesantes con ingresos mensuales en torno a los \$26.000, luego personas pensionadas con ingresos mensuales promedio en torno a los \$329.000, personas activas independientes y personas dependientes con ingresos más elevados en la muestra en torno a los \$741.000.

De acuerdo con el informe mensual (enero 2024) que elabora la división observación social de la subsecretaría de evaluación social, la línea de la pobreza para hogares unipersonales fue de \$229.787. (51) Si bien en la muestra, solo el promedio de ingresos individuales para personas cesantes se encontraba bajo este límite, se observa que los valores mínimos para personas dependientes, independientes y pensionados se encuentran bajo la línea de la pobreza. El número de personas por estado laboral que se encuentran bajo la línea de la

pobreza para la muestra fue de 31 personas (81,6%) pensionadas, 10 personas (19,6%) independientes y 1 persona (1,9%) dependiente. Esto revela un nivel de precariedad económica que aumenta en el siguiente orden: Cesantía, pensionados, trabajo independiente y dependiente.

Al evaluar los ingresos individuales mensuales por territorio observamos que en general los territorios más rurales, ejemplificados en sector “Cordillera” y comunas desvinculadas sin centro urbano poseen menores niveles de ingreso individual con promedios de \$314.446 y \$375.665 para cada una. Y en particular, la comuna vinculada a ciudad (Puerto varas) posee los niveles de ingreso individual más elevado con un promedio de \$543.071.

Al evaluar los ingresos por decil con valores de estrato propuestos por CASEN 2022, observamos que para los deciles I y II existe una distribución global para la muestra de 24,1%, la única comuna que difiere mayormente es la comuna vinculada a ciudad (Puerto varas) que posee un 14,3% de personas en los deciles I y II. Al evaluar los deciles IX y X, observamos que estos a nivel global en la muestra son un 17,6%. Difieren mayormente de este valor la comuna vinculada a ciudad (Puerto Varas) con un 28,5% y las comunas desvinculadas y sin centro urbano con un 9,7%.

Se observa que al analizar los ingresos individuales para situaciones de vulnerabilidad como la discapacidad o la pertenencia a etnia Mapuche existen menores ingresos promedio y menores coeficientes de variación, con \$323.088 y 84,9% y \$330.300 y 84,5% respectivamente, en comparación a la ausencia de discapacidad y a la no pertenencia a pueblo originario con \$451.384 y 96,2% y \$455.644 y 143,2% respectivamente. Esto nos habla de una vulnerabilidad traducida a niveles de ingreso individuales en esta población.

Al observar en conjunto los datos para ingreso se observa que, en la muestra, la población activa laboralmente posee niveles de ingreso mayores que la población pensionada. Existe además un alto nivel de personas bajo la línea de la pobreza, principalmente personas pensionadas e independientes. El territorio que posee menores niveles de ingreso es el territorio Cordillerano y Comunas desvinculadas y sin centro urbano.

Una caracterización de los gastos familiares para sus distintos componentes, vivienda, alimentación, gastos en educación y servicios, nos muestra que el componente que representa mayor proporción de los gastos mensuales es la alimentación que va desde el 47% en ciudad intermedia (Puerto Montt) hasta 59% en comunas desvinculadas con y sin centro urbano, le sigue el gasto en vivienda con valores que van desde el 34% en comuna vinculadas a ciudad (Puerto varas) hasta un 44% en comunas desvinculadas y sin centro urbano.

Al analizar cada componente, observamos que, a nivel de gasto por vivienda, existe una alta proporción de personas propietarias (n=143, 71,9%) a nivel global. En aquellas familias que realizan gasto por vivienda, este posee los mayores niveles en comunas vinculada a ciudad (Puerto Varas) con un promedio de \$400.000 y los menores niveles en comunas desvinculadas y sin centro urbano con un promedio de \$200.000. Si bien el promedio de gasto mensual en este último territorio es el más bajo, al evaluar la proporción que este

representa de los gastos totales familiares observamos que posee la mayor proporción con un 47,1% de los gastos totales.

El gasto en alimentación mensual familiar en la muestra fue de \$239.886 (IC 95% 217.771 – 262.000), al evaluar el gasto en alimentación Percapita según territorio se observan mayores gastos Percapita en comunas vinculadas a ciudad (Puerto Varas) y comunas desvinculadas y con centro urbano con promedios de \$111.217 y \$111.111 respectivamente. La ciudad intermedia (Puerto Montt) y las comunas desvinculadas y sin centro urbano fueron similares entre sí en este aspecto con \$86.255 y \$83.589 en promedio respectivamente.

Al evaluar el nivel global de gastos mensuales que incluyeron gastos en alimentación, educación, calefacción, vivienda y servicios, se observa que a nivel global de la muestra estos fueron en promedio \$487.610 (IC 95% 443.520 – 531.699). En la ciudad intermedia (Puerto Montt) este fue de \$499.680 (IC 95% 442.256 – 557.103) y en las comunas desvinculadas y sin centro urbano el promedio fue de \$377.174 (IC 95% 323.766 – 430.581).

Los datos muestran realidades distintas dentro del territorio con niveles de ingreso y gastos que no siguen un patrón idéntico. En el caso de la ciudad intermedia (Puerto Montt) la proporción que representa el gasto de los ingresos totales familiares fue de un 64,8%. En la comuna vinculada a ciudad (Puerto Varas) esta fue de 67,9%. En las comunas desvinculadas y con centro urbano esta fue de un 52,4% y por último en las comunas desvinculadas y sin centro urbano esta proporción fue de un 59,5%. Lo anterior muestra un nivel de gastos en proporción a los ingresos familiares levemente mayor en grandes ciudades y centros urbanos en comparación con territorios más desvinculados.

## **GASTOS POR CONCURRENCIA**

El objetivo principal de este estudio es la cuantificación de los costos directos no médicos e indirectos producidos por la concurrencia al Hospital de Puerto Montt para las distintas personas del territorio. Se plantea como premisa que las diferencias territoriales generan costos distintos para las distintas personas y estos a su vez pudieran representar barreras para el acceso a la atención de salud. Cabe destacar, como premisa fundamental del presente estudio, que los datos que a continuación serán discutidos corresponden a las personas que logran concurrir al HPM. Es decir, que independiente de la estructura de costos que presenten, logran sortearla para concurrir al establecimiento. Por lo tanto, es importante tener en consideración que este estudio no pretende determinar la estructura de costos para la población general que pudiera acceder a HPM. Existen situaciones posibles a tener en consideración en el análisis, que no podrán ser evaluadas con el presente estudio, como por ejemplo, que la población que no concurra y que por lo tanto no fue identificada por el muestreo, presenta estructuras de costo mayores y que esa sea la razón por la cual no logran acceder, o por otra parte, que presenten estructuras de costo similares, sin embargo que, por niveles de vulnerabilidad socioeconómicas distintas no logren superar

dicha estructura de costos. Situaciones mixtas también son posibles, sin embargo, para determinar lo anterior es necesario profundizar en el estudio de esta temática.

En esta sección, se analizan principalmente los costos asociados a la concurrencia de las personas al Hospital de Puerto Montt, para esto se pone especial foco en el transporte, sus características y costos monetarios, necesidad de alimentación con motivo de concurrencia, necesidad de pernocte en la ciudad de Puerto Montt, costos asociados a la suplencia de cuidados y a la ausencia laboral provocada por la concurrencia al Hospital.

Del total de la muestra, un 68,8% asistió con motivo de un control con especialista o consulta nueva. En menor proporción se presentaron con motivo de un examen o procedimiento (12,6%), solicitud de hora (12,6%) u otra situación como conversar con personal de enfermería, repetición de receta u otras (5,0%). Al evaluar los motivos de concurrencia por territorio de Mac Clure, destaca en las comunas desvinculadas y sin centro urbano, la mínima concurrencias por motivo “solicitud de hora” y “otros” con un 2,4% del total de los usuarios de dicho territorio para cada uno de los motivos mencionados. Al evaluar ahora el territorio “Cordillera”, como un subgrupo de las comunas desvinculadas y sin centro urbano, se observa la ausencia de concurrencia por los motivos de “solicitud de hora” y “otros”. Para todos los territorios la mayor proporción, en torno al 70%, es para concurrencia por consulta nueva con especialista o control.

Esta particularidad puede estar relacionada a aspectos propios de dichos territorios como mayor oferta de acciones de apoyo a nivel local para la coordinación con el nivel hospitalario. A modo de ejemplo, en comunas cordilleranas existe la acción llamada “día de área”. Esta corresponde a la concurrencia de personal de salud local al hospital regional con la finalidad de retiro de fármacos para su entrega posterior en establecimientos en el propio territorio, gestión de solicitudes de exámenes al hospital de Puerto Montt, gestión de horas clínicas y exámenes de laboratorios, entre otras. Lo anterior, determina que para múltiples necesidades de salud en estos territorios se ha disminuido la necesidad de que los y las usuarias deban concurrir presencialmente a la ciudad de Puerto Montt. Esto, a diferencia de estos territorios, no es una práctica habitual en territorios más urbanos, ya sea por la presencia de hospitales de baja complejidad o por la relación directa que tienen los usuarios con el Hospital de Puerto Montt y la menor injerencia como intermediarios de los funcionarios de salud del propio territorio.

Para el análisis, se consideró como tipo de movilización principal, a aquel que contempla el tramo de trayecto de mayor dificultad entre el punto de origen y el punto de destino. En la mayoría de las situaciones el transporte fue combinado, es decir, un tipo desde el origen hasta el transporte principal y luego un transporte hasta el lugar de destino. A modo de ejemplo: para el caso de la comuna de Calbuco, en general se requiere un primer transporte como colectivo, caminata o vehículo particular ajeno hasta el terminal de buses, luego de eso el bus es su transporte principal hasta la ciudad de Puerto Montt, ya en esa ciudad, desde el terminal de buses, el transporte es hacia el Hospital de Puerto Montt en colectivo o microbús local. Otro alcance importante es que los costos mostrados a continuación engloban tanto la ida como retorno al lugar de origen.

Los tipos de movilización más utilizados en la muestra fueron Bus y vehículos particulares propios con un 72,3% del total de la muestra reportándolos como tipo de movilización principal. Al evaluar por territorios de “Cordillera y Llanquihue” no existen mayores discrepancias en los tipos de movilización utilizada, sin embargo, al evaluar por territorios de Mac Clure, se observa que en la comuna vinculada a ciudad (Puerto Varas) un 92,9% de las personas utilizaron el Bus o vehículos particulares para la movilización, similar, pero en menor medida, en comunas desvinculadas con centro urbano un 83,4% de las personas utilizaron estos medios de transporte. En comunas desvinculadas y sin centro urbano hay una mayor proporción de movilización mediante “vehículo particular ajeno” y “Otros tipos de movilización” con un 17,1% y 7,3% respectivamente. La movilización en vehículo particular ajeno posee características propias que deben ser destacadas. Por una parte, es una actividad común y ampliamente utilizada en zonas de mayor ruralidad y corresponde al transporte que realiza un particular según disponibilidad y con precios no establecidos previo a la coordinación del transporte. Es decir, el precio en estos casos es fijado caso a caso, considerando distancia, tiempo, dificultad, número de personas, cercanía con el solicitante, condiciones climáticas, entre otros. Es una actividad no regulada pero que viene a resolver una necesidad en dichas zonas. Por otra parte, el tipo de transporte “Otros” corresponde a transportes vía marítima, como barcazas o transportes aéreos.

Sumado a lo anterior, las comunas desvinculadas y sin centro urbano poseen una menor proporción de movilización en vehículo particular propio y bus con un 68,3%, esta diferencia está dada principalmente por la menor utilización del bus como medio de transporte dado que estas comunas poseen los mayores porcentajes de transporte en vehículo propio después de la comuna de Puerto Varas con un 36,6% del total.

Respecto a los costos de peaje se observa que para quienes concurren mediante el uso de vehículo particular propio, hubo un gasto de peajes promedio de \$2.125. Esto ocurrió en un 67,3% de las personas que utilizaron este medio de transporte.

Al evaluar los costos por transporte según el método de movilización se observa que los mayores promedios fueron para quienes viajaron utilizando “Otros” medios de transporte con un promedio de \$14.631 seguido por quienes utilizaron vehículos particulares ajenos con un promedio de \$13.255. En tercer lugar, se observa a quienes utilizaron el “Taxi/Uber” con un promedio de \$8.440. El medio de transporte que reportó los menores costos fue el “Vehículo particular propio” con un promedio de \$3.276, sin embargo, es importante destacar que en el cálculo de este valor solo se consideró el costo por combustible asociado al trayecto de ida y vuelta. Lo anterior subestima el costo de este tipo de movilización dado que no considera aspectos si considerados en el resto de los medios de transporte utilizados. Lo anterior representa una limitación, sin embargo, es posible corregir con metodologías distintas esta estimación. Se considera necesario considerar en futuras instancias los costos por deterioro del activo, costos asociados a la tenencia de vehículo (Permiso de circulación, mantenimientos, revisión técnica, seguros) y costos asociados a la conducción del vehículo por parte del usuario o acompañante. Si bien es necesario considerar lo anterior en el cálculo, debe realizarse su incorporación reflexiva puesto que, por ejemplo, en el caso de la conducción del vehículo podría considerarse como una ventaja

competitiva respecto de otras modalidades de transporte e incorporarla a la estructura de costos podría ocultar dicho efecto.

Se evalúa la lejanía medida en tiempo y distancia observándose un promedio global de 1,1 horas y 29,4 kilómetros. Destacan en estas medidas las grandes variabilidades observadas. En el caso del tiempo de traslado el rango fue desde 5 minutos hasta 13 horas y en el caso de la distancia el rango fue desde 0,8 kilómetros hasta 324 kilómetros. Sus coeficientes de variación fueron de 126 y 130% respectivamente.

Al evaluar los tiempos de traslado según territorio, se observa que el tiempo de traslado para el territorio Cordillera fue 4,6 veces el traslado de quienes reportaron origen en territorio Llanquihue. Según territorio de Mac Clure, se observa que la ciudad intermedia (Puerto Montt) posee los menores tiempos de traslado con 0,7 horas y las comunas desvinculadas y sin centro urbano poseen los mayores tiempos con 2,4 horas observándose una relación de 1:3,4.

Si observamos la distancia de traslado según territorio, se observa que los kilómetros recorridos por las personas del territorio “Cordillera” son mayores, representando 5,9 veces lo recorrido por quienes habitan el territorio “Llanquihue”. Destaca de forma importante en la clasificación de Mac Clure, que, si bien la relación observada para los tiempos de traslado se mantienen con la ciudad intermedia (Puerto Montt) con menores distancias, 8,4 Km, y las comunas desvinculadas y sin centro urbano con mayores distancias, 84,4 Km, la relación respecto del tiempo aumenta desde 1:3,4 a 1:10.

Este contraste observado entre las comunas con menores y mayores tiempos y distancias de traslado nos muestra que existe una discordancia en su relación. A iguales velocidades de traslado, una mayor distancia implicaría un mismo tiempo de traslado, por lo que, esta variación refleja velocidades de traslado distintas para cada territorio. Al evaluar este parámetro relacionando el tiempo y distancia para cada territorio se observa que la ciudad intermedia (Puerto Montt) posee velocidades de traslado promedio de 13,4 Km/hora (IC 95% 11,9 – 14,9) esta velocidad es notablemente menor que todo el resto de las comunas de la muestra estudiada. Para comunas desvinculadas y sin centro urbano la velocidad de traslado promedio fue de 43,2 Km/Hora (IC 95% 37,1 – 49,1). Es decir, las personas provenientes de comunas más alejadas viajaron 3,2 veces más rápido que quienes lo hicieron desde la misma comuna de Puerto Montt.

Al evaluar el costo por kilómetro recorrido, se observa que la ciudad intermedia (Puerto Montt) posee los mayores costos con un promedio de \$2.129. Esto es 3,4 veces el costo por kilómetro que se presentó en las comunas desvinculadas y sin centro urbano.

Los costos por alojamiento en el presente estudio no fueron relevantes. Solo un 4,5% de los entrevistados requirió alojamiento fuera de la ciudad de origen, sin embargo, ninguno de ellos tuvo que realizar pago por este alojamiento. La razón principal fue que las personas alojaron con familiares o personas cercanas. Es importante destacar que, si bien en la muestra no hubo pago asociado a este concepto, no es posible descartar que este ítem pueda ser relevante en personas que no posean familiares o cercanos en la ciudad de

Puerto Montt. En estos casos la estructura de costos se vería modificada y podría incidir como limitante de la concurrencia.

Los costos por alimentación estuvieron presentes en un 32,2% de las personas encuestadas. La mediana de comidas requeridas fue de 2 por concurrencia. El gasto promedio para quienes tuvieron que realizar este gasto fue de \$10.300. Al observar por territorio se observan promedios de gasto para el territorio “Cordillera” de \$14.384 en promedio versus un gasto promedio de \$9240 en el territorio “Llanquihue”. Al evaluar la diferencia entre la comuna intermedia (Puerto Montt) y las comunas desvinculadas y sin centro urbano, se observa una relación similar con costos promedios de \$8.038 y \$13.037 respectivamente.

Al evaluar los costos indirectos representados por las pérdidas por ausencia laboral con razón de la concurrencia al hospital de Puerto Montt, es importante, considerar la importancia de considerar este tipo de parámetros en la evaluación de costos desde la perspectiva del usuario.

En el mundo laboral privado, son escasos los beneficios para concurrencia a establecimientos de salud formales y establecidos. Esto deja a criterio de empleadores y circunstancias personales la decisión de permitir un permiso por una parte y de solicitarlo por la otra. Esta dinámica es muy importante en situaciones laborales de dependencia laboral. Por otra parte, existe actualmente una importante discusión a nivel social sobre el creciente nivel de informalidad laboral que trae consigo una serie de desventajas desde el punto de vista de la seguridad laboral y de condiciones mínimas de protección social frente a distintos estados de carencia. (52) En este estudio, ya observamos como desde el punto de vista de los ingresos individuales existe una situación desfavorable para quienes se encuentran activos laboralmente, pero en situación de independencia. Demostración de esto es, indirectamente el tramo de FONASA en personas dependientes e independientes. En los trabajadores dependientes el porcentaje de personas en tramo FONASA A es del 1,9% (n=1), B es del 27,5% (n=14), C es del 17,7% (n=9) y D es del 33,3%. Mientras que en personas independientes la distribución cambia radicalmente con porcentajes de personas en tramo FONASA A en un 35,6% (n=16), B en un 26,7% (n=12), C en un 5,8% (n=3) y D en un 7,7% (n=4). Esto muestra que, en personas activas laboralmente, independientes, un tercio de ellas no realiza aportes previsionales de salud a pesar de poseer ingresos, mientras que en el caso de las personas dependientes este tramo resulta en un porcentaje bajo que luego de un análisis más profundo podría indicar o desconocimiento del tramo reportado u otra situación anecdótica.

Al evaluar el reporte de pérdida de ingresos por concurrencia observamos que, en el caso de personas dependientes, de un total de 53 personas un 18,9% reportó que dado la concurrencia a HPM dejó de percibir ingresos por descuentos salariales. En estas personas el monto promedio indicado fue de \$29.350 (IC 95% 14.218 – 44.481). Por otra parte, en los trabajadores independientes, de un total de 51 personas un 49,0% indicó dejar de percibir ingresos con motivo de la concurrencia, para este grupo el monto promedio que se dejó de percibir fue de \$33.320 (IC 95% 23.842 – 42.797). Si bien ambos grupos presentan montos similares de pérdidas por concurrencia reportados, destaca el mayor porcentaje de

personas en situación de independencia que reportan estas pérdidas. Si se realiza un cálculo simple que relacione el número de personas que dejan de recibir ingresos por el promedio de ingresos observamos que, para el grupo de trabajadores dependientes las pérdidas observadas fueron de \$293.500 mientras que para el grupo de trabajadores independientes este monto asciende a \$833.000. Es decir, las pérdidas para el grupo de trabajadores independientes fueron 2,3 veces las de las personas dependientes. Esto habla de una mayor fragilidad financiera en el grupo de trabajadores independientes dado principalmente por menores ingresos mensuales y, además, mayores montos promedio de pérdida. Lo anterior, puede reafirmarse al evaluar el peso del costo por ausencia percibido en relación con los ingresos individuales mensuales. Para el grupo de trabajadores dependientes, los costos por ausencia representaron un 3,9% (IC 95% 2,2 – 5,8) de los ingresos mensuales individuales, mientras que, para los trabajadores independientes, los costos por ausencia representaron un 7,8% (IC 95% 5,4 – 10,2).

Lo anterior, aporta a la discusión sobre el creciente número de trabajadores independientes desde una perspectiva no explorada y abre preguntas al respecto. Dado que los montos registrados como pérdidas en el estudio fueron obtenidos de la autopercepción de pérdida del usuario, se abre la interrogante acerca de la robustez del dato al momento de determinar los costos, sin embargo, es importante considerar que, si se diera la situación de que en el grupo de trabajadores independientes haya habido una sobreestimación de las pérdidas por trabajo, esto hablaría de una conciencia de mayor fragilidad laboral. Ya sea que se valore monetariamente en mayor medida el día de trabajo o que la incertidumbre de ingresos genere una sensación de mayor perjuicio por un día no trabajado, ambas situaciones generan una autopercepción de mayor pérdida y dado que esa idea será la que se incorpore en la toma de decisiones acerca de la concurrencia o no al establecimiento de salud, debe ser considerada como relevante pues podría estar actuando como una barrera en el acceso. Ejemplo de lo anterior, en el caso de situaciones laborales es lo que se observó en un estudio de casos-contróles que analizó la conducta de adherencia a screening mamográfico y los factores que inciden en su presencia en un individuo. En este trabajo mostró que para personas que no poseían una adherencia a screening de cáncer de mama había 5 veces más chance de ser fumadora, 1,8 veces más chance de reportar beber alcohol, 4,6 veces más chance de ser autoempleada y 2,1 veces más chance de estar desempleada. Es decir, para ese caso, el poseer una conducta deletérea para la salud de las mujeres, se asoció a estructuras laborales de tipo independiente. (53)

Al evaluar los costos derivados del reemplazo de cuidado de terceros, observamos en primer lugar que del total de la muestra un total de 27,1% (n=54) refirió ser cuidador o cuidadora de alguien. De estos un 61,1% refirió estar al cuidado de niños, niñas y jóvenes, seguido de un 25,9% de personas que realizaban cuidados de adultos mayores con discapacidad. La distribución por sexo de los y las cuidadoras mostró una participación femenina en los cuidados del 88,9%, es decir, cerca de 9 de cada 10 personas que refirieron ser cuidadores, eran mujeres. Esto contrasta con la distribución por sexo de la muestra en donde la presencia femenina era del 60%. Del total de las mujeres cuidadoras, un 20,3% refirió necesidad de suplencia de cuidados por la concurrencia al centro de salud, que fue otorgado en un 79,6% por familiares. Destaca la ausencia de pago por suplencia de

cuidados en las personas que requirieron de esta. En la muestra solo una mujer cuidadora tuvo que desembolsar dinero para pagar por suplencia de cuidados que correspondió a la comuna de Cochamó y por un monto de \$10.000. De forma similar a como se analizaron los costos por alojamiento, es importante observar con detención el fenómeno de los cuidados. Si bien en la muestra no se observaron estructuras de costo relevantes para los usuarios encuestados, es importante tener presente que se encuestó a quienes lograron acceder al Hospital de Puerto Montt. Lo anterior, no permite descartar que quienes no fueron incluidos en la muestra por no haber accedido al Hospital, presenten estructuras de costo relevantes en este ámbito y que ejerzan una influencia en la probabilidad de acceder al Hospital. Se requieren estudios dirigidos a evaluar estructuras de costo comparables en población que no accede para acercarse a conocer la influencia de este aspecto.

Como objetivo principal de este estudio se encuentra la determinación de los costos por concurrencia al Hospital de Puerto Montt. Estos costos se encuentran constituidos por la suma de costos por ítem, en específico: costos por transporte, peajes, alimentación, alojamiento, suplencia de cuidados y por ausencia laboral.

Los costos totales por concurrencia globales fueron en promedio \$16.891 (IC 95% 13.725 – 20.056). La distribución por territorios permite destacar que cuando se analiza según territorio Llanquihue-Cordillera, se observa una relación de 1:3,2 respectivamente. El promedio de costos totales para el sector Llanquihue fue de \$14.502 (IC 95% 11.448 – 17.555) versus el de sector Cordillera que fue de \$46.197 (IC 95% 33.872 – 58.521). Esta diferencia se mantiene cuando analizamos según territorios de Mac Clure, destacando para la ciudad intermedia (Puerto Montt) costos totales en promedio de \$9.357 (IC 95% 6.627 – 12.086) versus las comunas desvinculadas y sin centro urbano con promedio de \$39.185 (IC 95% 30.563 – 47.806). Los datos, por lo tanto, permiten observar diferencias notables entre territorios más urbanizados y cercanos al Hospital de Puerto Montt y sectores de mayor ruralidad y lejanía. Esta realidad es percibida por la población que habita en las provincias de Llanquihue y Palena y por el servicio de salud del Reloncaví que realiza esfuerzos mitigar estas diferencias entre territorio con diversas estrategias que permiten acercar a los especialistas a los territorios, priorizar a personas que provienen de zonas extremas, pago de traslados, entre otras, sin embargo, llama profundamente la atención lo que se observa al evaluar según territorios de Mac Clure, en el sector “Llanquihue” se encuentran incorporadas comunas como Frutillar, Fresia, Los Muermos y Maullín. Estas comunas son unidas a las comunas desvinculadas y sin centro urbano en la clasificación de Mac Clure, y al evaluar el conjunto de las comunas cordilleranas y estas comunas “urbanas” se observan diferencias notables. Esto muestra que en comunas que habitualmente no son priorizadas existen estructuras de costo elevadas para la concurrencia al Hospital de Puerto Montt.

Al incorporar el número de concurrencias en los últimos meses al análisis, observamos que la magnitud de la diferencia observada entre los territorios disminuye. Se mencionó que la relación de costos totales para Llanquihue-Cordillera era de 1:3,2, esto es cierto para una única concurrencia. Sin embargo, se observan número de concurrencias distintos entre ambos territorios. Para el territorio cordillera, el promedio de concurrencias al Hospital de

Puerto Montt fue de 3,3 concurrencias en los últimos 3 meses, mientras que para el territorio de Llanquihue fue de 5,6 en los últimos 3 meses. Cuando se pondera el costo total por una concurrencia por el número de asistencias en los 3 meses se observa que los costos totales por concurrencia mensual (tabla 19b) son en promedio de \$23.646 y \$58.253 para Llanquihue y cordillera respectivamente mostrando una relación de 1:2,5. Si bien se requieren mayores estudios, es posible observar que para los territorios con menores estructuras de costo hay un mayor número de concurrencias. Es preocupante constatar en lo anterior, que un número importante de estas concurrencias, en el sector Llanquihue este dado por tipos de citación como la solicitud de hora u otras. Para la solicitud de horas, no existen concurrencias en sector cordillera, y en el sector Llanquihue se observa que de las 27 personas que concurren por esta razón un 55,6% (n=15) lo hizo en más de 5 oportunidades en los últimos 3 meses. Si bien no se recogieron datos de tipo de concurrencia para las concurrencias de los 3 meses anteriores, derivado del trabajo de campo fue posible constatar que existía un alto número de concurrencia por esta razón previo a la obtención de una hora médica. Lo anterior sugiere la importancia de focalizar el análisis no solamente en los costos por concurrencia ni el tipo de personas que concurre al Hospital de Puerto Montt, sino que además, en los motivos de concurrencia y en la posibilidad de mejora de procesos internos que permitan aumentar la eficiencia y efectividad de los procesos no clínicos en el establecimiento. En la línea de lo anterior, el Hospital de Puerto Montt, ha avanzado en mejoras de este tipo (54) y esta información aporta en continuar el proceso de mejora continua en pos de una mejor experiencia del usuario.

Respecto a la ayuda económica percibida con motivo de la concurrencia al Hospital de Puerto Montt, es decir, el apoyo monetario que las personas solicitaron en algún momento de su trayectoria de concurrencia se observa que un 30,7% de los encuestados refirió haber pedido ayuda en alguna oportunidad para poder concurrir al Hospital de Puerto Montt, 9 de cada 10 personas que solicitaron ayuda la recibieron. En un 67,2% de los casos la ayuda monetaria provino de familiares directos como madre, hijos o hermanos. En general los montos solicitados permitieron cubrir la totalidad de los costos de concurrencia de los usuarios. Lo anterior muestra que un tercio de las personas, en algún momento requirieron apoyo para lograr acceder al Hospital y que en general el apoyo es al interior de las familias.

## **ALTOS COSTOS EN SALUD**

En la literatura, existen diversos métodos para el cálculo del nivel de gasto de bolsillo en salud. (36, 37) Existen variaciones en cuanto al tipo de gasto incluido en el concepto, pero comúnmente, en el cálculo del gasto de bolsillo son excluidos los costos directos no médicos y los costos indirectos. La incorporación de este tipo de gastos como gasto de bolsillo complejiza la comparabilidad del indicador entre distintas realidades y sistemas de salud. Sin embargo, puede agregar información valiosa respecto de un tipo de gasto que cobra relevancia en situaciones de movilidad territorial elevada. En un intento por relevar la importancia de este tipo de gastos como un componente significativo en el gasto de bolsillo total es que en el presente estudio se incorporan exclusivamente ítems de costos directos no médicos e indirectos.

Se han propuesto diversas formas de poner en contexto el gasto de bolsillo en salud. De esto surgen los conceptos de gastos empobrecedores y gastos catastróficos en salud. Para su determinación existen diversas metodologías variables en la complejidad del cálculo. Las metodologías más utilizadas son aquellas que utilizan el gasto familiar mensual como denominador para establecer una proporción de los gastos familiares mensuales que representa el gasto de bolsillo. Ejemplo de su amplio uso es que en los objetivos estratégicos al 2030 de Chile en salud (55), está la meta 3.8 de “Lograr la cobertura sanitaria universal. Incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces asequibles y de calidad para todos” en su indicador número 3.8.2 de “Proporción de la población con grandes gastos sanitarios por hogar como porcentaje del total de gastos o ingresos de los hogares”. Esto plantea como meta la disminución de la relación entre los gastos en salud y los gastos familiares mensuales. Propone como puntos de corte el 10% y el 25% de los gastos en salud en relación con los gastos totales del hogar. Se define en el documento de trabajo que para el año 2017 la proporción de la población que superaba el 10% de gasto en salud era el 14,8%, mientras que aquellos que superaban el 25% alcanzaban el 2,1%. Cabe destacar que estos porcentajes fueron obtenidos a partir de la encuesta de presupuestos familiares que no considera asociados al ítem salud los aspectos evaluados por este estudio.

Los umbrales para determinar un gasto de bolsillo como empobrecedor o catastrófico son variables, y en general van desde un 10 a un 40% del gasto familiar mensual. (37, 49) No existe un consenso respecto de puntos de corte fijos para determinar estos límites y, por lo tanto, se deben establecer considerando los objetivos de la medición y su impacto posterior. Si existe consenso en el hecho de calcular y comparar más de un punto de corte. Cuando se trabaja con costos directos médicos (fármacos, exámenes, entre otros), se establecen umbrales de un 40% para determinar costo catastrófico (49).

En el presente estudio, se decide la utilización de umbrales de un 10% y un 20% debido a la teórica menor magnitud que tendrían los costos directos no médicos e indirectos en la estructura del gasto de bolsillo, en caso de ser incluidos. Se consideran además dos umbrales, pues permitiría evaluar de mejor forma el impacto de este valor en la determinación de gastos elevados. Por lo tanto, se define como gasto elevado aquellos costos totales por concurrencia (costos directos no médicos más indirectos) que representan más del 10 o 20% de los gastos familiares mensuales.

En la muestra, observamos una prevalencia global de gasto elevado del 13,7% (IC 95% 9,2 -19,3) cuando utilizamos un umbral del 10% y de 5,6% (IC 95% 2,8 – 9,8) cuando se utiliza el 20% de umbral.

Al evaluar por territorio observamos que para un umbral del 10% (Tabla 22a) el territorio de cordillera presenta un 53,9% (n=7) (IC 95% 25,1 – 80,8) de personas que cumplen el criterio, mientras que en Llanquihue este es del 10,9% (n=20) (IC 95% 6,8 – 16,3). Si observamos el territorio según clasificación de Mac Clure, vemos que el alto costo para un 10% umbral se concentra principalmente en comunas desvinculadas y sin centro urbano

con un 46,2% (n=18) (IC 95% 30,1 – 62,8). Destaca que la comuna vinculada a ciudad (puerto varas) posee una prevalencia del 0% de gasto elevado con umbral de 10%.

En segundo lugar, al evaluar la situación por territorio para un umbral del 20% (tabla 22b) el territorio cordillera presenta un 23,1% de personas superando el umbral versus el territorio Llanquihue con un 4,4%. Si observamos el territorio según clasificación de Mac Clure, vemos que a pesar del aumento del umbral se mantiene una prevalencia elevada en las comunas desvinculadas y sin centro urbano con un 25,6% (n=10) (IC 95% 13,0 – 42,1). Destaca al evaluar con umbral del 20% la ausencia de personas con gastos elevados que lo superen en la ciudad intermedia (Puerto Montt).

Los datos, por lo tanto, muestran la existencia de estructuras de costo por concurrencia significativas dentro de la estructura de gastos familiares en las personas que concurren presencialmente al Hospital de Puerto Montt. Y, además, muestran que aquellos territorios que concentran predominantemente estos gastos elevados son comunas desvinculadas y sin centro urbano, es decir, aquellas con mayores proporciones de población rural y con mayores distancias de traslado.

Al evaluar la prevalencia de gastos altos con umbral del 20% según distintos factores relacionados a características demográficas, socioeconómicas y propias de la concurrencia al Hospital de Puerto Montt y territorio (tabla 23b) observamos que no existen diferencias notables por sexo, al evaluar por tramo de edad, las personas mayores de 80 años presentan un 25,3% de prevalencia de gasto sobre el 20% de los gastos mensuales. La mayor presencia de gasto sobre el 20% de los gastos mensuales fueron las personas en tramo FONASA A con un 13,7%. Destaca al evaluar por tipo de concurrencia que en aquellas personas que concurren por un examen o procedimiento hay un 12,5% de gasto sobre el 20% y destaca la ausencia de costos elevados en las solicitudes de hora u otra. Respecto al tipo de movilización, aquellas personas utilizando “otros” presentaron un 28,6% de gasto sobre el 20%, seguido por personas que utilizaron vehículos particulares ajenos en un 11,8%.

Al evaluar la distancia de traslado en tiempo y kilómetros, se observa que para tiempos de desplazamiento entre 1 y 2 horas existe una presencia de gasto sobre el 20% de 6,6%, mientras que para desplazamientos mayores de 2 horas la prevalencia aumenta a un 25%, destaca además la ausencia de personas con costos mayores al 20% de los gastos mensuales cuando el tiempo de desplazamiento fue menor a 1 hora. Al observar los kilómetros de desplazamiento se observa que sobre 30 kilómetros de distancia hay una prevalencia del 17,5% de costos mayores del 20%, destacando ausencia de costos altos en desplazamientos menores a esta distancia.

Al evaluar según necesidad de alimentación, se observa que en aquellas personas que requieren alimentación hay un 12,9% que posee costos mayores al 20% de gastos mensuales contrastando con el 2,2% en el grupo de personas que no requirieron alimentación.

Llama profundamente la atención la prevalencia de costos altos sobre el 20% de los gastos mensuales al evaluar por impacto financiero percibido. Era de esperar que personas con altos costos valoraran como alto el impacto financiero percibido, sin embargo, se observa que quienes percibieron el impacto financiero como bajo presentaron un 6,6% de prevalencia de costo alto, quienes percibieron impactos medios financieros presentaron una prevalencia del 4,3% y quienes percibieron impactos financieros altos, presentaron una prevalencia del 3,7% de costos sobre el 20% de los gastos familiares mensuales. Lo anterior pone el énfasis en aspectos subjetivos de la valoración de impacto que deben ser estudiados en más detalle en futuros trabajos por la implicancia que poseen en la toma de decisiones de las personas en salud.

## **IMPACTO PERCIBIDO**

Más allá de los costos monetarios, la valoración que las personas poseen de una acción de salud responde a factores múltiples. Por una parte, existen factores objetivos como el costo monetario de concurrir, la distancia, el tiempo u otros factores. Sin embargo, por otra parte, existen factores subjetivos que dependen de la propia persona y su contexto que otorgan una valoración distinta de la meramente objetiva de una acción de salud, la cercanía emocional, la presencia de servicios, el vínculo con un establecimiento o la percepción de beneficio pueden modificar aspectos objetivos de una situación idéntica para dos personas. El concepto que abarca los aspectos antes mencionados es el de la proximidad, que ayuda a explicar las maneras en que las personas interactúan cuando la distancia, objetiva o subjetiva, se interpone entre ellas. (56). Lo que se conoce hasta ahora es que las personas combinan aspectos objetivos de proximidad con otros subjetivos, individuales, para lograr tomar decisiones o juicios referentes a una situación. (56)

Hasta ahora, vimos aspectos objetivos de proximidad como la distancia, tiempo, costo monetario, entre otros, sin embargo, en el presente estudio se exploraron aspectos valorativos de los distintos aspectos de la concurrencia. Se consultó por el tiempo/distancia asociada a la concurrencia, la necesidad de alimentación, alojamiento, transporte, costos de ausencia al trabajo y necesidad de acompañante o cuidador suplente. Esta valoración permitió observar que, a pesar de presentarse objetivamente situaciones de alto impacto, no en todas las situaciones eso se acompañaba de una valoración negativa.

Al evaluar por territorio los distintos niveles de problematicidad que cada ítem represento para cada persona, se observa que en la ciudad Intermedia (Puerto Montt), aquel ítem que más problematicidad generó fue la distancia/tiempo de traslado con un 32,5% de las personas reportando un nivel medio de esta y un 20,8% un nivel alto de la misma, le sigue el costo de transporte con un 43,4% de personas que reportaron algún nivel de problematicidad. La necesidad de alimentación presenta un 15,9% de problematicidad. Destaca, de forma concordante con los datos objetivos, una ausencia de problematicidad en la necesidad de cuidador y de alojamiento. Respecto a la alta problematicidad reportada para los tiempos o distancias de traslado, llama la atención que en esta comuna se presentaron los tiempos y distancias de traslados más bajas de toda la muestra, sin

embargo, la relación entre ambas, con velocidades de traslado bajas podría estar generando esta alta percepción de problema en los usuarios.

En las comunas desvinculadas y sin centro urbano destacan mayores niveles de percepción negativa de los distintos ítems. Los mayores niveles de problematicidad fueron para las distancias o tiempos asociados a la concurrencia con un 40,0% de personas con un nivel medio de problematicidad y un 27,5% que lo percibían como altamente problemático, le sigue el ítem de transporte con un 57,5% de personas que reportaron algún grado de problematicidad. En estas comunas la problematicidad de necesidad de alimentación crece desde un 15,9% en puerto Montt hasta un 40% de reporte de algún grado de problematicidad.

Es importante considerar los aspectos de valoración subjetivos de los ítems identificados como problemáticos, pues podrían estar repercutiendo en la experiencia de satisfacción usuaria por aspectos que son propios de la red de salud y no de un establecimiento en específico.

Además de indagar sobre cada ítem, se consulta sobre el nivel de impacto percibido en las finanzas familiares. La descripción de impacto bajo fue “El venir hoy aquí, considerando todos los ítems de gasto conversados, no genera cambios en lo que se compra o paga durante el mes”, la descripción de impacto medio fue “El venir hoy aquí, considerando todos los ítems de gasto conversados, implica dejar de comprar o pagar cosas no urgentes para la familia” y por último el alto impacto se describe como “El venir hoy aquí, considerando todos los ítems de gasto conversados, implica dejar de comprar o pagar cosas urgentes para la familia”. De la muestra, un 62% de personas reportaron un impacto financiero bajo, seguido de un 24% reportando un impacto medio y por último un 14% que reportó un impacto alto. Cuando se observan la distribución por territorio Llanquihue cordillera se observa que en el sector Llanquihue un 11,9% de las personas reportaron impactos financieros altos, mientras que en Cordillera este porcentaje se eleva a un 35,7%.

Al evaluar el promedio de costos totales para cada uno de estos grupos se observó que para aquellos que describieron el impacto como bajo el promedio de costos totales fue de \$14.703, para los que describieron impacto medio, un costo total promedio de \$17.571 y para los que indicaron un impacto financiero alto el costo total promedio fue de \$25.102. Los datos, permiten observar que, por una parte, existe la capacidad de valorar el impacto financiero de forma subjetiva por las personas. Por otra, es posible, observar el nivel de costos totales que se asocia a un determinado nivel de impacto financiero. Si bien los datos poseen alta variabilidad, estudios futuros podrían determinar de forma más precisa estos valores con la finalidad de ser usados como insumo para la decisión de estrategias de mitigación de barreras en el acceso relacionadas a los costos no relacionados a la atención médica.

## TERRITORIALIDAD Y DEFINICIÓN DE UNIDADES DE ANÁLISIS

En este estudio, se utilizaron dos clasificaciones territoriales para el análisis. Por una parte, la clasificación utilizada por el servicio de salud del Reloncaví divide al territorio en dos unidades definidas por su relación con la cordillera y por aspectos sociodemográficos y epidemiológicos. Y por otra, la clasificación de Mac Clure, que agrupa a las comunas de acuerdo con criterios socioeconómicos, de movilidad y laborales. Al utilizar la clasificación de Mac Clure, se agrupan las comunas del territorio Cordillera dentro de la categoría comunas desvinculadas y sin centro urbano, pero además, se incorporan las comunas de Fresia, Los Muermos, Frutillar y Maullín que en la clasificación del servicio de salud quedan agrupadas junto a comunas con comportamientos de movilidad muy distintos como Puerto Montt y Puerto Varas. Luego del análisis y evaluación de los distintos aspectos de las personas que concurren al Hospital de Puerto Montt se observa que la clasificación de Mac Clure, describe de manera más precisa las características de las distintas personas según su origen y sus estructuras de costo. A pesar de lo anterior, es importante destacar que cualquier agrupación de las personas dentro de clasificaciones generara perdida de información asociada a la realidad única de cada una de las familias. Al interior de cada comuna del territorio estudiado, existen realidades de alto contraste. Independiente de la definición de población urbano rural que reciba una comuna de la región, cada una de ellas posee en su población situaciones de extremo aislamiento y otras de relativa cercanía a carreteras o servicios. A modo de ejemplo, en la comuna de Puerto Montt, a pesar de ser considerada una única unidad territorial, existen realidades muy dispares al considerar a la población urbana propiamente tal y la zona rural que puede poseer niveles de aislamiento y precariedad similares a comunas caracterizadas como de extremo aislamiento. Estudios más detallados y profundos son necesarios para lograr describir y determinar aspectos propios de las personas, y no de las unidades territoriales, que determinen las estructuras de costos de concurrencia a los establecimientos de salud de la red para generar estrategias que mitiguen las desigualdades observadas en el presente estudio.

## CONCLUSIONES

La protección financiera de los y las usuarias y sus familias es un rol fundamental de todos quienes trabajamos para mejorar el nivel de salud de la población. Por lo tanto, la incorporación de la perspectiva de los y las usuarias en las evaluaciones económicas de salud es fundamental y debe existir un esfuerzo activo por parte de las instituciones de salud para incorporar este enfoque, de forma progresiva y permanente, en el análisis de las estrategias, planes y acciones de salud que van en apoyo a las familias que habitan en los distintos territorios. La no incorporación de esta perspectiva pone en riesgo financiero a las familias y a su vez incorpora elementos de inequidad en el acceso a la salud de la población.

Es crucial considerar en el análisis económico del gasto de bolsillo en la población con la finalidad de mitigar su incremento y de esa manera aliviar la carga financiera a las familias de nuestro país. Además, es necesario, abrirse a la reflexión acerca de la inclusión de los costos directos no médicos e indirectos en el análisis del gasto de bolsillo, dado que su exclusión abre la puerta a la invisibilización de las realidades y dificultades asociadas a la territorialidad y genera el riesgo de exponer a la población a barreras en el acceso mitigables.

Dado que en la toma de decisiones por parte de las familias existen ponderaciones, explícitas e implícitas, acerca del impacto asociado a una carga financiera. Es importante, por una parte, conocer las cargas financieras asociadas a salud, pero también los beneficios que el sistema y los prestadores de salud otorgan a los y las usuarias. Se debe trabajar constantemente por asegurar que los procesos clínicos y no clínicos que se ofrecen a los usuarios sean de un beneficio real para las personas. Para lo anterior, es importante trabajar en la revisión de las distintas etapas de la atención en salud y optimizar la eficiencia de procesos carentes de beneficio. De esta manera, frases como “No me afecta, porque es por mi salud”, serán una realidad y no una ilusión percibida por las personas. Ilusión que se incorporará al proceso de toma de decisión acerca de un gasto en salud, con la esperanza de un beneficio, que no siempre es real en la actualidad.

## ASPECTOS ÉTICOS

Dada la necesidad de acceso a usuarios en sala de espera en el centro de atención ambulatorio del Hospital Puerto Montt es necesaria la autorización del comité de ética del servicio de salud del reloncaví y del comité de investigación del Hospital Puerto Montt.

Para lograr estándares éticos adecuados a la investigación con seres humanos se toma como guía el marco ético propuesto por Ezekiel Emanuel que considera aspectos éticos relevantes para el análisis de la investigación e identificación de potenciales conflictos éticos previo a la ejecución de la propuesta investigativa. (50)

**Valor social:** Dado que se plantea una distribución desigual de los costos en el acceso a salud para la población a investigar, se busca conocer y cuantificar los mismos con la finalidad de contribuir a eventuales mecanismos y acciones que permitan equilibrar las potenciales barreras económicas a las que se enfrentan las personas pertenecientes a la población en estudio. En este último punto radica la importancia de la investigación, mitigar desigualdades no percibidas por las personas que acceden a atención de salud en las provincias en estudio.

**Validez científica:** El diseño logra, a juicio del investigador, dar cuenta de los objetivos planteados y no interviene con el acceso a atenciones de salud de los participantes. No se perciben otros conflictos en este punto.

**Selección justa de los participantes:** El diseño considera un tipo de muestreo aleatorio por conglomerados y se busca incorporar a usuarios de forma aleatoria. No se identifican en él situaciones que pongan en riesgo a una población en específico de la población estudiada. Los criterios de exclusión permiten la no incorporación de personas que pudieran ver vulnerados sus derechos al aplicar el instrumento de estudio.

**Balance riesgo-beneficio:** Al evaluar los beneficios de la investigación se observan solo beneficios potenciales e indirectos para los usuarios de la investigación. No existen beneficios inmediatos para las personas al participar y se explicita este punto en el documento de consentimiento informado. Los beneficios potenciales para la población tienen que ver con las eventuales decisiones tomadas para mitigar situaciones de desigualdad no deseables identificadas a raíz de los resultados de la investigación. Respecto de los riesgos para los usuarios se consideran los riesgos propios de la interacción humana o eventuales situaciones no predecibles, sin embargo, se actuará de acuerdo con los protocolos establecidos por la institución de salud para dichas eventualidades. A modo de ejemplo: En caso de que algún usuario sufra algún evento de salud adverso durante la aplicación del instrumento de investigación, se activarán los protocolos del centro de salud para tales situaciones. En caso de percibir un número elevado de eventos adversos asociados a la aplicación del instrumento se procederá a suspender la aplicación de esta a la población hasta establecer la seguridad de este.

Al evaluar el balance riesgo beneficio, se considera un balance positivo a favor de los beneficios considerando que los riesgos poseen una probabilidad de ocurrencia baja y que a priori no están dados por el instrumento de evaluación y se consideran además mecanismos de mitigación de estos.

**Consentimiento informado:** Se considera como criterio de inclusión la firma del documento de consentimiento informado que fue elaborado considerando todos los aspectos necesarios para la investigación con seres humanos. Se considera además un documento de asentimiento para situaciones en que la autonomía de la persona se vea limitada o se encuentre en desarrollo (Personas en situación de dependencia, población infante adolescente) Ambos documentos se encuentran adjuntos en Anexos 1 y 1.1. Para el asentimiento informado se considera además la consideración del padre o cuidador como testigo del asentimiento.

**Respeto por los participantes:** Desde el momento del abordaje de las personas en sala de espera se adoptará una actitud de pleno respeto y coherencia entre lo establecido en el documento de asentimiento y consentimiento informado y se informará a los participantes de alguna situación que implique cambio en las condiciones establecidas. El participante mantendrá en todo momento su autonomía para retirarse del estudio en tal situación.

No existen conflictos de interés de tipo financiero o académico del entrevistador.

## LIMITACIONES

Existe evidencia que relaciona el nivel de gasto reportado por las personas asociado al uso de encuestas. Se describen sobreestimaciones y subestimaciones dependiendo tanto del número de preguntas de la encuesta como del tiempo transcurrido entre el hecho investigado y la aplicación de la encuesta. (6) Para minimizar estos efectos, se realiza la encuesta consultando por datos próximos al momento de la ocurrencia del hecho y con una encuesta de poca duración. Durante el trabajo de campo, se observan tiempos de encuesta entre 10 a 12 minutos por usuario.

Sesgo de selección: Para mitigar este error en la selección de sujetos a encuestar se decide la aplicación de encuesta en distintos sectores del centro ambulatorio del Hospital y en la sala de espera. Se descarta la idea de aplicar la encuesta en sectores comunes y de tránsito de entrada y salida por el eventual rechazo por parte de las personas por escasez de tiempo debido a atrasos a hora que motiva concurrencia al centro de salud o situaciones que impliquen una premura por el retorno al hogar, ambas situaciones que podrían estar relacionadas con el tiempo de traslado, el acceso a movilización o la situación de ser o no cuidador.

Proceso de muestreo y cálculo de  $n$  muestral: Dadas las características dinámicas del fenómeno en estudio, no se cuenta con un marco muestral que permita la aleatorización en la selección de sujetos. A priori no es posible conocer la probabilidad de la población de interés de ser parte de la muestra. Por lo anterior, se decide realizar un muestreo no probabilístico por conveniencia obedeciendo a limitaciones de recurso humano, financieras y de tiempo de encuestas. Para definir el tamaño muestral, inicialmente se utiliza la estrategia de estimarlo en base a la estimación del gasto catastrófico en salud que aproximadamente se estima en un 6% en la población chilena. Dada la baja prevalencia del fenómeno, se consideró inviable su utilización en la estimación del tamaño muestral. Posteriormente se decide la estimación en base a los datos obtenidos de la aplicación de la encuesta piloto. Se define como parámetro de estimación la varianza de los costos totales de asistencia a Hospital de Puerto Montt por ser la variable más importante del estudio. Luego del análisis de los datos del estudio piloto, se observa que la variable definida presenta una varianza elevada por lo que nuevamente no resulta posible utilizar este método para la estimación. Dado lo anterior, se opta por una estimación de tamaño muestral por conveniencia en base al tiempo disponible para el trabajo de campo y lo limitado del recurso humano y financiero. Para la definición de las cuotas de muestreo se utilizó información de las atenciones ambulatorias realizadas el año 2023 en el Hospital de Puerto Montt que permitió definir distribuciones por comuna y por sexo. A pesar de lo anterior y debido a las limitaciones propias del trabajo de campo y la aplicación de encuestas, no se logra una aplicación perfecta de las cuotas de muestreo.

Dadas las características del estudio este posee escasa validez externa. Respecto a esto se observan como elementos que afectan la validez externa la ausencia de un proceso de muestreo probabilístico, un tamaño muestral menor a lo requerido para obtener errores de

muestreo aceptables, y la parcial aproximación a las cuotas de muestreo que no permiten asegurar una representatividad de los datos. Por otra parte, la naturaleza del fenómeno estudiado crea la posibilidad de que la probabilidad de ser incorporados en el estudio este directamente relacionada a los costos de acceder a la atención presencial (Principal interés del estudio). Por lo tanto, si se asume que un mayor nivel de costos implica un menor acceso a la atención, entonces se obtendrá una subestimación de los costos en que incurre la población de interés por una selección de aquellos sujetos con menores barreras al acceso.

Respecto a la validez interna, puede verse comprometida tanto por las expectativas de las personas sobre una eventual retribución económica, así como también por errores en la obtención de información mediante la encuesta y la ausencia de medios verificadores de la información. La eventual motivación de los entrevistados de lograr responder a pesar de los olvidos podría inducir respuestas falsas involuntarias que afecten las conclusiones del estudio.

## BIBLIOGRAFÍA

1. de León-Castañeda CD. Revisión de temas fundamentales en sistemas de salud. Rev Med Inst Mex Seguro Soc.
2. Organización panamericana de la salud. Hoja de resumen sobre desigualdades en salud. Chile. OPS. División de salud y desarrollo Humano. Programa de políticas públicas y salud. 2000.
3. Solar H, Bernales P. Las inequidades en la salud de los trabajadores y trabajadoras desde una perspectiva de género. Análisis epidemiológico avanzado para la encuesta nacional de empleo, trabajo, salud y calidad de vida de los trabajadores y trabajadoras de Chile (ENETS 2009-2010). Departamento de epidemiología, MINSAL; 2011.
4. Eterovic B . BENEFICIOS TRIBUTARIOS AL GASTO DE BOLSILLO EN SALUD. AFE Universidad de Chile 2018
5. Castillo-Laborde C, Villalobos Dintrans P. Caracterización del gasto de bolsillo en salud en Chile: una mirada a dos sistemas de protección. Rev Médica Chile. noviembre de 2013;141(11):1456-63.
6. Cid C, Prieto L. Sistematización de las metodologías de medición del gasto de bolsillo en salud y propuesta metodológica para Chile. Departamento de Economía de la Salud. (DESAL).. MINSAL;
7. Mieres Brevis M. La dinámica de la desigualdad en Chile: Una mirada regional. Rev Análisis Económico. octubre de 2020;35(2):91-133.
8. informe-de-principales-resultados-ix-epf.pdf.
9. Benítez A, Hernando A, Velasco C. Radiografía del gasto de bolsillo en salud en Chile: Análisis del cambio en el gasto entre 2012 y 2016. 2018;22.
10. Organización mundial de la salud. Informe sobre la salud en el Mundo. 2000.
11. Frenz P. Desafíos en salud pública de la Reforma. equidad y determinantes sociales de la salud. Rev Chil Salud Pública [Internet]. 26 de junio de 2012 [citado 10 de enero de 2022];9(2). Disponible en: <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/20128>
12. Vargas I, Vázquez ML, Jané E. Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. Cad Saúde Pública. agosto de 2002;18(4):927-37.
13. Organización panamericana de la salud. Salud en las Américas 2007 - Volumen I Regional. 2007;I:482.
14. Mokate karen. Eficacia, eficiencia, equidad y sostenibilidad ¿Qué queremos decir? Departamento de Integración y Programas regionales. Banco interamericano de desarrollo.; 2001.

15. Montero J, Majluf N. Elementos claves para la implementación de un modelo de gestión en la salud municipal. Concurso Políticas Públicas. Pontificia Universidad Católica de Chile; 2011.
16. Ministerio desarrollo social. Informe de desarrollo social 2022. Gobierno de Chile. 2022
17. Aroca P. Desigualdades territoriales en Chile: el Rol del Gobierno y del Mercado. :14.
18. Foxley, Alejandro. Chile y su futuro. Un país posible. Segunda. CIEPLAN; 1987.
19. Mac-Clure Ó, Calvo R. Desigualdades sociales y tipos de territorios en Chile. Polis Santiago. abril de 2013;12(34):467-90.
20. MINSAL. Objetivos sanitarios 2000-2010. División de rectoría y regulación sanitaria, Departamento de epidemiología. 2006.
21. Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020. Santiago, Chile: MINSAL; 2011.
22. Angarita MJU. LA TEORÍA DE LAS CAPACIDADES EN AMARTYA SEN.
23. Hernando A. Medición de la pobreza en Chile e introducción de indicadores de Entorno y Redes. 2016;16.
24. Astorga DH, Riveros VH, Quilodrán DI. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS.
25. Figueroa E. Estudio de Red 2019-2029. Servicio de Salud del Reloncaví. Servicio Salud Reloncaví. MINSAL; 2019.
26. Jiménez De La J J, Bastías S G. El ámbito de la evaluación económica de intervenciones de salud. Rev Médica Chile [Internet]. septiembre de 2010 [citado 17 de julio de 2022];138. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872010001000002&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010001000002&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
27. Cerda L J. Glosario de términos utilizados en evaluación económica de la salud. Rev Médica Chile [Internet]. septiembre de 2010 [citado 10 de enero de 2022];138. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872010001000003&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010001000003&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
28. Zárate V. Evaluaciones económicas en salud: Conceptos básicos y clasificación. Rev Médica Chile [Internet]. septiembre de 2010 [citado 10 de enero de 2022];138. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872010001000007&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010001000007&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
29. Tai BWB, Bae YH, Le QA. A Systematic Review of Health Economic Evaluation Studies Using the Patient's Perspective. Value Health. septiembre de 2016;19(6):903-8.

30. Lenz-Alcayaga R. Análisis de costos en evaluaciones económicas en salud: Aspectos introductorios. *Rev Médica Chile* [Internet]. septiembre de 2010 [citado 10 de enero de 2022];138. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872010001000006&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010001000006&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
31. Oliva Moreno. La valoración de costes indirectos en economía de la salud. 2008;17.
32. Páez Esteban AN, Torres Contreras CC, Campos de Aldana MS, Solano Aguilar S, Quintero Lozano N, Chaparro Díaz OL. Direct and Indirect Costs of Caring for Patients with Chronic Non-Communicable Diseases. *Aquichan*. 30 de junio de 2020;20(2):1-16.
33. Xu J, Zheng J, Xu L, Wu H. Equity of Health Services Utilisation and Expenditure among Urban and Rural Residents under Universal Health Coverage. *Int J Environ Res Public Health*. 12 de enero de 2021;18(2):593.
34. Ibrahim N, Pozo-Martin F, Gilbert C. Direct non-medical costs double the total direct costs to patients undergoing cataract surgery in Zamfara state, Northern Nigeria: a case series. *BMC Health Serv Res*. diciembre de 2015;15(1):163.
35. Yousefi M, Arani AA, Sahabi B, Fazaeli S. Household Health Costs: Direct, Indirect and Intangible. 2014;43:8.
36. Xu K. Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos. Metodología. Department «Health System Financing» (HSF) WHO.; 2005.
37. Leal R, Arenas A, Aguilera I, Chovar A. Revisión de literatura nacional e internacional de métodos y procedimientos para la estimación del gasto de bolsillo en Salud y propuesta metodológica para Chile. Departamento economía de la salud (DESAL). MINSAL; 2020.
38. Fernández-Plata R, Martínez-Briseño D, García-Sancho Figueroa C, Cano-Jiménez D, Ramírez-Venegas A, Sansores-Martínez R, et al. Métodos para la estimación de costos en salud de la EPOC: resultados basales. *NCT Neumol Cir Tórax*. 2016;75(1):4-11.
39. Ripari NV, Elorza ME, Moscoso NS. Custos de doenças: classificação e perspectivas de análise. *Cienc Salud*. 31 de enero de 2017;15(1):49.
40. Hulsemann JL. Direct costs related to rheumatoid arthritis: the patient perspective. *Ann Rheum Dis*. 1 de octubre de 2005;64(10):1456-61.
41. Mould-Quevedo J. El costo de las principales enfermedades reumáticas inflamatorias desde la perspectiva del paciente en México. 2008;144(3).
42. Campos JD. La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I).
43. World Health Organization. Tuberculosis patient cost surveys: a handbook [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [citado 8 de abril de 2023]. 95 p. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259701>

44. Pinto Bustamante BJ, Gulfo Díaz R. Asentimiento y consentimiento informado en pediatría: aspectos bioéticos y jurídicos en el contexto colombiano. *Rev Colomb Bioét.* 18 de noviembre de 2015;8(1):144.
45. Ministerio de Energía. Chile. Herramienta comparadora de consumo vehicular Chile. [Internet]. 2023 [citado 15 de abril de 2023]. Disponible en: (<https://www.consumovehicular.cl/comparador#/>)
46. Ministerio de Energía, Chile. Herramienta comparadora de precios de combustibles. [Internet]. [citado 15 de abril de 2023]. Disponible en: <http://www.bencinaenlinea.cl/web2/buscador.php?region=13>
47. Instituto nacional de estadísticas. Chile. Encuesta Mensual de Alojamiento Turístico. Actividades de alojamiento para estancias cortas. 2022.
48. Numbeo. Base de datos de costo de vida en el mundo. [Internet]. [citado 15 de abril de 2023]. Disponible en: <https://es.numbeo.com/coste-de-vida/ciudad/Puerto-Montt-Chile>
49. MINSAL. Informe final estudio del gasto catastrófico y del gasto de bolsillo en salud para el periodo 1997-2012. Ministerio de salud de Chile 2015.
50. Suárez-Obando F. Un marco ético amplio para la investigación científica en seres humanos: más allá de los códigos y las declaraciones. La propuesta de Ezekiel. J. Emanuel. *Pers Bioét.* 1 de noviembre de 2015;19(2):182-97.
51. Subsecretaría de evaluación social. Valor de la canasta básica de alimentos y líneas de pobreza. Informe mensual. Enero del 2024. Ministerio de desarrollo social y familia. Disponible en: [https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/cba/nueva\\_serie/2024/Valor\\_CBA\\_y\\_LPs\\_24.01.pdf](https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/cba/nueva_serie/2024/Valor_CBA_y_LPs_24.01.pdf)
52. Tókmán, V. Informalidad, inseguridad y cohesión social en América Latina. División de desarrollo social. Santiago de Chile, marzo 2007. CEPAL. Naciones Unidas.
53. Satoh M, Sato N. Relationship of attitudes toward uncertainty and preventive health behaviors with breast cancer screening participation. *BMC Womens Health.* 2021 Abril 21;21(1):171. doi: 10.1186/s12905-021-01317-1.
54. Hospital Puerto Montt. (9 de julio de 2024). Farmacia del Hospital Puerto Montt reduce los tiempos de espera en la entrega de medicamentos. Recuperado de <https://hospitalpuertomontt.gob.cl/farmacia-del-hospital-puerto-montt-reduce-los-tiempos-de-espera-en-la-entrega-de-medicamentos/>
55. Consejo nacional para la implementación de la agenda 2030 para el desarrollo sostenible (ODS). Informe nacional voluntario sobre los objetivos de desarrollo sostenible en Chile 2023. Santiago, 2023. Gobierno de Chile.

56. Pokrovsky A, Aeberhardt R, Charreire S, Talbot D. Behind the use of medical facilities, the influence of subjective geographic proximity: a quantitative measuring. XXIXe conférence internationale de management stratégique, Jun 2020, On line, France. hal- 03762824.

## ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZACIÓN DE ENCUESTA

El objetivo de este documento es informar sobre la investigación que se está llevando a cabo y solicitar su participación y consentimiento informado. De aceptar, tanto el investigador como usted conservará una copia de este documento firmado.

La investigación en desarrollo se titula “**Acceder a salud hospitalaria en la región de Los Lagos: El costo de concurrir de forma presencial al Hospital de Puerto Montt para las familias de las provincias de Llanquihue y Palena**” y es llevada a cabo por el Sr. **Diego Fidelli López**, estudiante de Magister de Salud Pública de la Universidad de Chile. El propósito de la investigación es conocer los costos en que incurren las familias a la hora de acceder a atenciones presenciales de salud en el Hospital de Puerto Montt tanto en la zona urbana como rural de nuestra región. (Provincias de Llanquihue y Palena)

Para esto, se pide que pueda participar en una encuesta de una duración de aproximadamente 20 minutos. La participación en esta investigación es voluntaria y en caso de desearlo puede interrumpir la entrevista cuando estime conveniente. Esta investigación no generará en usted ningún tipo de riesgos, costos o responsabilidad, así como **tampoco tiene como objetivo la devolución o retribución monetaria**. En caso de poseer dudas respecto de la investigación, puede consultar cuando lo considere necesario.

Para efectos del estudio, su identidad se mantendrá anónima y su nombre será codificado y aleatorizado para el posterior análisis de la información. Los datos aportados por su entrevista serán agrupados junto a los datos de otras personas para ser analizados y servirá para poder estimar los costos poblacionales de acceder a una atención de salud en el Hospital de Puerto Montt. El uso de la información recopilada en la entrevista será confidencial. Y será almacenada por un lapso de 15 años a contar de la fecha de la publicación de la tesis en un dispositivo de almacenamiento digital (Disco duro solido) resguardado por el investigador (Diego Fidelli López).

Al concluir la investigación y posterior a la aprobación del documento final, será posible acceder al documento definitivo para conocer los resultados. Para lo anterior, es necesario que la persona facilite una dirección de correo electrónico o contactarse al correo o teléfono del investigador (+56988811934) para hacer envío de la información solicitada.

Los resultados preliminares o finales de la investigación podrán ser presentados en actividades científicas, textos académicos como seminarios, congresos, charlas y escritos para medios de comunicación o capítulos de libro. También podrán ser compartidas en reuniones o capacitaciones con equipos de salud. En cualquiera de los casos antes mencionados, la información será presentada como datos y de forma anónima, procurando la confidencialidad de los sujetos de investigación.

Esta investigación posee aprobación del comité de ética del servicio de salud del Reloncaví y del comité de investigación del Hospital Puerto Montt. Ante cualquier duda relacionada con sus derechos en relación con la investigación puede dirigir sus consultas al comité ético científico al correo: [comiteeticocientifico@ssdr.gob.cl](mailto:comiteeticocientifico@ssdr.gob.cl).

Declaro que se me ha leído o he leído el documento y ha sido comprendido. He podido hacer preguntas libremente y he recibido suficiente información. Declaro participar voluntariamente en la investigación.

Fecha entrevista:                    /                    / 2024	Correo electrónico (opcional):
Nombre y RUT investigador: Diego Fidelli López (18184868-5)	Firma investigador:
Nombre Participante	Firma participante
Nombre y Rut encuestador Diego Fidelli López (18184868-5)	Firma encuestador
Nombre Ministro de fé	Firma Ministro de fé

## ANEXO 1.1: ASENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZACIÓN DE ENCUESTA

Documento de asentimiento informado para NNA de 12 a 17 años y personas en situación de dependencia que posean autonomía limitada.

La investigación en desarrollo se titula “**Acceder a salud hospitalaria en la región de Los Lagos: El costo de concurrir de forma presencial al Hospital de Puerto Montt para las familias de las provincias de Llanquihue y Palena**” y es llevada a cabo por el Sr. **Diego Fidelli López**, estudiante de Magister de Salud Pública de la Universidad de Chile. El propósito de la investigación es conocer los costos para las familias a la hora de venir a atenciones presenciales de salud en el Hospital de Puerto Montt tanto en la zona urbana como rural de nuestra región. (Provincias de Llanquihue y Palena)

Para esto, es necesario que sus padres o cuidador puedan responder una encuesta de una duración de aproximadamente 20 minutos. La participación en esta investigación es voluntaria, es decir, no es obligatoria y es posible negarse a participar. Se solicitará además permiso a los padres o cuidador para llevar a cabo la entrevista y es posible compartir la decisión. Esta investigación no generará en usted ningún tipo de riesgos, costos o responsabilidad, así como **tampoco tiene como objetivo la devolución o retribución monetaria**. En caso de poseer dudas respecto de la investigación, puede consultar cuando lo considere necesario.

Para efectos del estudio, su nombre no será conocido por nadie y será codificado y aleatorizado para el posterior análisis de la información. Los datos aportados por su entrevista serán agrupados junto a los datos de otras personas para ser analizados y servirá para poder conocer los costos poblacionales de acceder a una atención de salud en el Hospital de Puerto Montt. El uso de la información recopilada en la entrevista será confidencial y será almacenada por un lapso de 15 años a contar de la fecha de la publicación de la tesis en un dispositivo de almacenamiento digital (Disco duro sólido) resguardado por el investigador (Diego Fidelli López).

Al concluir la investigación y posterior a la aprobación del documento final, será posible acceder al documento definitivo para conocer los resultados. Para lo anterior, es necesario que la persona facilite una dirección de correo electrónico o contactarse al correo [costosreloncavi@gmail.com](mailto:costosreloncavi@gmail.com) o teléfono del investigador (+56988811934) para hacer envío de la información solicitada.

Los resultados preliminares o finales de la investigación podrán ser presentados en actividades científicas, textos académicos como seminarios, congresos, charlas y escritos para medios de comunicación o capítulos de libro. También podrán ser compartidas en reuniones o capacitaciones con equipos de salud. En cualquiera de los casos antes mencionados, la información será presentada como datos y de forma anónima, procurando la confidencialidad de los sujetos de investigación

Esta investigación posee aprobación del comité de ética del servicio de salud del Reloncaví y del comité de investigación del Hospital Puerto Montt. Ante cualquier duda relacionada con sus derechos en relación con la investigación puede dirigir sus consultas al comité ético científico al correo: [comiteeticocientifico@ssdr.gob.cl](mailto:comiteeticocientifico@ssdr.gob.cl).

Se me ha leído o he leído el documento y ha sido entendido. He podido hacer preguntas libremente y he recibido suficiente información para asentir de forma voluntaria. Entiendo que no correré riesgos y no recibiré beneficios por asentir. **Yo acepto participar en la investigación**

Fecha entrevista:	
Nombre del niño o persona en situación de dependencia:	Firma del niño:
Testigo de lectura: He sido testigo de la lectura libre del documento, ha habido libertad para hacer preguntas y confirmo que ha dado su asentimiento libremente.	
Nombre testigo	Firma testigo:
Nombre ministro de Fé	Firma ministro de Fé

**ANEXO 2: ENCUESTA DE COSTOS PARA EL USUARIO AL ACCEDER A ATENCIÓN PRESENCIAL EN EL HOSPITAL PUERTO MONTT.**

**1. Caracterización demográfica**

1.1 CÓDIGO ENTREVISTA (Iniciales usuario que concurre a la atención)						
1.2 Nombre social entrevistado (Quien entrega información)		1.3 Dirección usuario (Calle y número) Dato confidencial solo usado para fines de cálculo de distancia.				
1.4 Lugar de entrevista (Sector CAE)		1.5 Etnia o pueblo originario:				
1.6 COMUNA	Puerto Montt		Calbuco			
	Puerto Varas		Los Muermos			
	Llanquihue		Maullín			
	Fresia		Hualaihué			
	Frutillar		Chaitén			
	Cochamó		Palena			
	Futaleufú					
1.7 ¿Con qué genero se identifica?	Masculino	Femenino	Otro			
		1.8 Edad usuario (en años):				
1.9 Tipo entrevistado (Quien entrega información)	Acompañante		1.10 Tipo previsión de salud entrevistado:			
	Paciente					
		FONASA				
		ISAPRE				
		Sin previsión				
		Otra (FF.AA u otra)				
1.11 Si FONASA. Tramo de FONASA:		A	B	C	D	NS/ NR
1.12 Nivel educacional	Analfabeto (Sin estudios cursados)		Básica incompleta	Básica completa		
	Media incompleta		Media completa	Técnica incompleta		
	Técnica completa		Universitaria incompleta	Universitaria completa		
	Estudios postgrado		No sabe/No responde			
1.13 Persona en situación de discapacidad	Si		No			

## 2. Caracterización socioeconómica

Datos laborales e ingresos individuales y familiares						
2.0 ¿Se encuentra trabajando? Situación laboral actual (Completar y clasificar por entrevistador: Dependiente, Independiente, Pensionado, Cesante, Estudiante, otro):						
2.1 Ocupación del usuario al momento de concurrir a citación actual.	Ocupación 1 (2.1.1)	2.1.1.1 Sueldo mensual reportada por ocupación 1 (En pesos) al momento de concurrir a citación actual				
	Ocupación 2 (2.1.2)	2.1.2.1 Sueldo mensual reportada por ocupación 2 (En pesos) al momento de concurrir a citación actual				
2.2 Horas semanales trabajadas Ocupación 1		2.2.1 Horas semanales trabajadas Ocupación 2 (si aplica)				
2.3 Otros ingresos no considerados (Pensiones, renta, subsídios, etc) recibidos el último mes.						
2.4 Ingresos líquidos (después de descuentos) individuales totales mensuales <b>(Suma de remuneraciones de la ocupación principal y secundaria y otros ingresos realizada por encuestador)</b>						
2.5 ¿Principal proveedor en el hogar?	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td style="text-align: center;">Si</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">No</td></tr> </table>		Si	No	2.6 Número de personas que aportan ingresos al hogar	
	Si					
No						
2.7 Ingresos líquidos totales del hogar aproximados (suma aproximada de todos los aportantes último mes)						
Gastos del hogar (Familia)						
2.8 Tipo gasto mensual en vivienda	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td style="text-align: center;">Arriendo</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">Propietario</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">Otro (Allegado, situación de calle, propia con dividendo)</td></tr> </table>		Arriendo	Propietario	Otro (Allegado, situación de calle, propia con dividendo)	2.9 Gasto familiar mensual en vivienda aproximado el último mes.
	Arriendo					
Propietario						
Otro (Allegado, situación de calle, propia con dividendo)						
			2.10 Numero personas bajo el mismo techo:			
2.11 Gasto mensual en educación (Mensualidad total) aproximado el último mes pagado.			2.12 Gasto mensual en alimentación aproximado último mes.			
2.13 Gasto mensual en calefacción aproximado.			2.14 Otros gastos habituales no considerados:			
			Luz:			
			Agua:			
			Otro:			
			<b>TOTAL:</b>			

### 3. Costos asociados a atención actual

Datos atención actual							
3.1 Tipo de citación actual	<table border="1"> <tr><td>Control</td></tr> <tr><td>Examen, tratamiento o procedimiento</td></tr> <tr><td>Solicitud de hora</td></tr> <tr><td>Otro</td></tr> </table>	Control	Examen, tratamiento o procedimiento	Solicitud de hora	Otro	3.2 Número de controles presenciales en los últimos 3 meses aproximados.	
Control							
Examen, tratamiento o procedimiento							
Solicitud de hora							
Otro							
Costos directos no médicos							
3.3 Medio de transporte utilizado para concurrir a citación actual	Particular propio	3.4 Monto de peaje (Ida y vuelta)					
	Particular ajeno						
	Mini bus/ Bus	3.5 Costo asociado a transporte utilizado por usuario y acompañante (Ida y vuelta)					
	Taxi/Uber						
	Colectivo						
	Caminando						
	otro						
3.6 Tiempo en horas aproximado de traslado desde domicilio hacia centro médico		3.7 Distancia desde dirección a centro médico (Calculado por entrevistador en base a dirección de usuario)					
3.8 Necesidad de alojar en la ciudad de Puerto Montt	<table border="1"> <tr><td>Si</td></tr> <tr><td>No</td></tr> </table>	Si	No	3.9 Precio noche alojamiento para el grupo familiar.			
Si							
No							
3.10 Número días de alojamiento		3.11 Requirió alimentación fuera del hogar producto de la citación actual	<table border="1"> <tr><td>Si</td></tr> <tr><td>No</td></tr> </table>	Si	No		
Si							
No							
3.12 Número de comidas requeridas totales para el grupo familiar.							
3.13 Número de días laborales ausente por asistencia a citación actual si corresponde.							
3.14 Monto aproximado que se dejó de percibir debido a la citación actual (en caso de trabajadores no dependientes)							
3.15 Tipo gasto no considerado en preguntas anteriores y relacionado directamente a la atención de salud actual							
3.16 Monto asociado a gasto en 3.15							

<b>Costos labor de cuidador (si aplica)</b>			
3.17 Es cuidador o cuidadora principal de otra persona con situación de dependencia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	3.18 Características de persona que recibe cuidados	<input type="checkbox"/> NNA <input type="checkbox"/> Adulto con discapacidad <input type="checkbox"/> Adulto mayor <input type="checkbox"/> Adulto mayor con discapacidad
3.19 Requirió ayuda para suplir esta labor	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	3.20 Si recibió ayuda, ¿Quién otorgó la ayuda?	<input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Servicio profesional <input type="checkbox"/> Otro
3.21 ¿Tuvo que pagar por la ayuda en los cuidados?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	3.22 Monto asociado a reemplazo de cuidados	
3.23 Gasto total calculado: (Suma de transporte, alojamiento, comida, otros y cuidados)			
<b>Ayuda económica recibida</b>			
3.24 Respecto a los costos para concurrir a citación. ¿Se solicitó o ha solicitado previamente ayuda económica?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	3.25 Recibió la ayuda requerida	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
3.26 Monto recibido:		3.27 Origen de ayuda	<input type="checkbox"/> Institucional <input type="checkbox"/> Amistad <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otro
3.28 Detalle origen ayuda económica: (En caso de ser institucional o familiar, detallar nombre de institución y tipo familiar)			

#### 4. Impacto percibido

<p>4.1 En base a la siguiente escala:  <b>Muy problemática 2 Problemática 1 No problemática 0</b>            ¿Qué tan problemático/a fue la siguiente categoría para acceder a la citación actual?  <i>Ejemplo: ¿Qué tan problemático fue el transporte para acceder a la atención actual?</i></p>						
COSTOS DE TRANSPORTE (4.1.1)	COSTOS DE ALIMENTACIÓN (4.1.2)	COSTOS DE ALOJAMIENTO (4.1.3)	COSTO DEL ACOMPAÑANTE (4.1.4)	DISTANCIA AL CENTRO MEDICO Y/O TIEMPO TRASLADO (4.1.5)	COSTO DE NECESIDAD DE UN CUIDADOR DE REEMPLAZO (4.1.6)	COSTO POR DÍAS DE TRABAJO PERDIDOS (4.1.7)
4.2 Impacto financiero para su hogar, producto de los gastos incurridos. En su valoración subjetiva fueron de:						
Alto impacto. (Asistir significó dejar de resolver necesidades <b>urgentes</b> )		Medio impacto (Asistir significó dejar de resolver necesidades <b>no urgentes</b> )			Bajo impacto (Asistir <b>no significativo</b> dificultades financieras)	

### ANEXO 3. TABLA DE VARIABLES

#### 1. SECCIÓN IDENTIFICACIÓN DEL ENTREVISTADO (CARACTERIZACIÓN DEMOGRÁFICA)

CÓDIGO VARIABLE	NOMBRE VARIABLE	TIPO VARIABLE	DESCRIPCIÓN	CODIFICACIÓN	OPERACIONALIZACIÓN
1.1	CODIGO ENTREVISTA	NOMINAL	Código conformado por iniciales de ambos nombres y apellidos.	SIGLA DE 3 O 4 LETRAS.	-
1.2	NOMBRE SOCIAL ENTREVISTADO	NOMINAL	IDENTIFICADOR DE PERSONA QUE APORTA LA INFORMACIÓN.	NOMBRE	-
1.3	DIRECCIÓN USUARIO	NOMINAL	DIRECCIÓN COMPLETA. CALLE Y NÚMERO, SECTOR, COMUNA.	-	DEBE SER INFORMACIÓN SUFICIENTE PARA IDENTIFICAR LA DISTANCIA AL LUGAR DE VIVIENDA.
1.4	LUGAR DE ENTREVISTA	NOMINAL	LUGAR DENTRO DEL HOSPITAL PUERTO MONTT EN EL QUE SE REALIZA LA ENTREVISTA	-	PISO Y PASILLO
1.5	ETNIA O PUEBLO ORIGINARIO	NOMINAL	Pertenencia autorreferida a alguna etnia o pueblo originario.	MAPUCHE (10), AIMARA, RAPANUI O PASCUENSE(9); ATACAMEÑO (8), QUECHUA (7), COLLA (6), DIAGUITA(5), CHANGO DEL NORTE DEL PAÍS(4); KAWASHKAR O ALACALUFE(3) Y YÁMANA O YAGÁN DE LOS CANALES AUSTRALES(2); Y SELK'NAM (1)NO PERTENENCIA A PUEBLO ORIGINARIO (0).	-
1.6	COMUNA	NOMINAL	COMUNA DE ORIGEN DEL USUARIO.	PUERTO MONTT (0), PUERTO VARAS (1), LLANQUIHUE (2), FRESIA (3), FRUTILLAR (4), COCHAMÓ (5), CALBUCO (6), LOS MUERMOS (7), MAULLÍN (8), HUALAIHUÉ (9), CHAITÉN (10), PALENA (11), FUTALEUFÚ (12).	-
1.7	GENERO	NOMINAL	GENERO CON EL QUE SE IDENTIFICA EL USUARIO O USUARIA	MASCULINO (0), FEMENINO (1), OTRO (2),	-
1.8	EDAD	NOMINAL	EDAD EN AÑOS DEL USUARIO.	-	NUMERO ENTERO
1.9	TIPO ENTREVISTADO	NOMINAL	CARACTERÍSTICA DE LA PERSONA A LA QUE SE LE APLICA ENCUESTA	ACOMPAÑANTE (0), USUARIO (1)	-
1.10	TIPO DE PREVISIÓN DE SALUD	NOMINAL	ASEGURADOR DE SALUD PREDOMINANTE DEL USUARIO	FONASA (0), ISAPRE (1), SIN PREVISIÓN (2) OTRA (3).	NO CONSIDERAR LA EXISTENCIA DE SEGUROS COMPLEMENTARIOS.
1.11	TRAMO FONASA	ORDINAL	TRAMO POR INGRESO AL CUAL PERTENECE EL USUARIO	FONASA A (0), FONASA B (1), FONASA C (2) FONASA D (3) NO SABE/NO RESPONDE (4).	REFERIDO POR USUARIO O SEGÚN REGISTRO EN DOCUMENTO DE CITACIÓN A ATENCIÓN. INDEPENDIENTE DEL NIVEL DE INGRESO REFERIDO POR EL ENTREVISTADO.

1.12	NIVEL EDUCACIONAL	ORDINAL	ÚLTIMO AÑO DE EDUCACIÓN FORMAL CURSADO Y COMPLETADO	ANALFABETO (0), BÁSICA INCOMP (1), BÁSICA COMP (2), MEDIA INCOMP (3), MEDIA COMPLETA (4), TÉCNICA INCOMP (5), TÉCNICA COMPLETA (6), UNIVERSITARIA INCOMP (7), UNIVERSITARIA COMP (8), POSTGRADO (9).	
1.13	SITUACION DE DISCAPACIDAD	DICOTOMICA	SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD TRANSITORIA O PERMANENTE DE USUARIO	SI (1), NO (0)	

## 2. CARACTERIZACIÓN SOCIOECONÓMICA

CÓDIGO VARIABLE	NOMBRE VARIABLE	TIPO VARIABLE	DESCRIPCIÓN	CODIFICACIÓN	OPERACIONALIZACIÓN
2.0	SITUACIÓN LABORAL USUARIO	NOMINAL	DESCRIPCIÓN DEL ESTADO LABORAL AL MOMENTO DE CONCURRIR A LA ATENCIÓN AMBULATORIA A HOSPITAL PUERTO MONTT.	DEPENDIENTE (4) INDEPENDIENTE (3) PENSIONADO (2) CESANTE (1) ESTUDIANTE (0)	TEXTO LIBRE QUE SERÁ CATEGORIZADO POR ENTREVISTADOR EN BASE A DESCRIPCION.
2.1.1	OCUPACIÓN 1	NOMINAL	RAMA DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA QUE AGRUPA LA OCUPACIÓN PRINCIPAL ACTUAL DEL USUARIO.	AGRICULTURA, GANADERÍA, SILVICULTURA Y PESCA (0), EXPLOTACIÓN DE MINAS Y CANTERAS (1), INDUSTRIAS MANUFACTURERAS (2), SUMINISTRO DE BIENES BÁSICOS (LUZ, AGUA, ELECTRICIDAD, GESTIÓN DE DESHECHOS, ETC., (3), CONSTRUCCIÓN (4), COMERCIO AL POR MAYOR Y POR MENOR, REPARACIÓN DE VEHÍCULOS (5), TRANSPORTE Y ALMACENAMIENTO, INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES (6), ACTIVIDADES DE ALOJAMIENTO Y SERVICIO DE COMIDAS (7), ACTIVIDADES FINANCIERAS Y DE SEGUROS, INMOBILIARIAS (8), ACT. PROFESIONALES, CIENTÍFICAS Y TÉCNICAS, ADMINISTRATIVOS (9), ENSEÑANZA (10), ATENCIÓN DE SALUD Y ASISTENCIA SOCIAL (11), ACT ARTÍSTICAS, DE ENTRETENIMIENTO Y RECREATIVAS (12). *** ENCLA 2019**	TEXTO LIBRE QUE SERÁ CATEGORIZADO POR ENTREVISTADOR EN BASE A DESCRIPCION.
2.1.2	OCUPACIÓN 2	NOMINAL	RAMA DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA QUE AGRUPA LA OCUPACIÓN SECUNDARIA ACTUAL DEL USUARIO.	AGRICULTURA, GANADERÍA, SILVICULTURA Y PESCA (0), EXPLOTACIÓN DE MINAS Y CANTERAS (1), INDUSTRIAS MANUFACTURERAS (2), SUMINISTRO DE BIENES BÁSICOS (LUZ, AGUA, ELECTRICIDAD, GESTIÓN DE DESHECHOS, ETC., (3), CONSTRUCCIÓN (4), COMERCIO AL POR MAYOR Y POR MENOR, REPARACIÓN DE VEHÍCULOS (5), TRANSPORTE Y ALMACENAMIENTO, INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES (6), ACTIVIDADES DE ALOJAMIENTO Y SERVICIO DE COMIDAS (7), ACTIVIDADES FINANCIERAS Y DE SEGUROS, INMOBILIARIAS (8), ACT. PROFESIONALES, CIENTÍFICAS Y TÉCNICAS, ADMINISTRATIVOS (9), ENSEÑANZA (10), ATENCIÓN DE SALUD Y ASISTENCIA SOCIAL (11), ACT ARTÍSTICAS, DE ENTRETENIMIENTO Y RECREATIVAS (12). *** ENCLA 2019**	-TEXTO LIBRE QUE SERÁ CATEGORIZADO POR ENTREVISTADOR EN BASE A DESCRIPCION.
2.1.1.1	REMUNERACIÓN MENSUAL OCUPACIÓN 1	CUANTITATIVA CONTINUA	REMUNERACIÓN MENSUAL EL ÚLTIMO MES TRABAJADO EN OCUPACIÓN PRINCIPAL (LIQUIDO)	MONTO EN PESOS CHILENOS	**DECIL DE INGRESO SEGÚN BIBLIOGRAFÍA 2023**

2.1.2.1	REMUNERACIÓN MENSUAL OCUPACIÓN 2	CUANTITATIVA CONTINUA	REMUNERACIÓN MENSUAL EL ÚLTIMO MES TRABAJADO EN OCUPACION SECUNDARIA (LIQUIDO)	MONTO EN PESOS CHILENOS	**DECIL DE INGRESO SEGÚN BIBLIOGRAFÍA 2023**
2.2	HORAS SEMANALES TRABAJO 1	CUANTITATIVA DISCRETA	NÚMERO DE HORAS SEMANALES DESTINADAS A LA OCUPACIÓN PRINCIPAL	HORAS SEMANALES	APROXIMADA HACIA VALOR SUPERIOR EN HORAS.
2.2.1	HORAS SEMANALES TRABAJO 2	CUANTITATIVA DISCRETA	NÚMERO DE HORAS SEMANALES DESTINADAS A LA OCUPACIÓN PRINCIPAL	HORAS SEMANALES	APROXIMADA HACIA VALOR SUPERIOR EN HORAS.
2.3	OTROS INGRESOS NO CONSIDERADOS	CUANTITATIVA CONTINUA	INGRESOS NO PROVENIENTES DE REMUNERACIÓN. (PENSIONES, RENTAS, SUBSIDIOS)	VALOR ENTERO EN PESOS CHILENOS	
2.4	INGRESOS INDIVIDUALES TOTALES	CUANTITATIVA CONTINUA	SUMA REMUNERACIONES OCUPACION PRINCIPAL Y SECUNDARIA Y OTROS INGRESOS.	VALOR ENTERO EN PESOS CHILENOS	SUMA TOTAL POR ENCUESTADOR.
2.5	PRINCIPAL PROVEEDOR EN EL HOGAR	DICOTÓMICA	ES EL USUARIO EL PRINCIPAL PROVEEDOR ECONÓMICO DEL HOGAR.	SI (1) No (0)	
2.6	PERSONAS QUE APORTAN INGRESOS EN EL HOGAR	CUANTITATIVA DISCRETA	NÚMERO DE PERSONAS QUE APORTAN ECONÓMICAMENTE EN EL HOGAR AL MOMENTO DE LA ENTREVISTA	NÚMERO ENTERO	
2.7	INGRESOS LIQUIDOS TOTALES DEL HOGAR APROXIMADOS	CUANTITATIVA CONTINUA	SUMA DE INGRESOS LIQUIDOS TOTALES DE PERSONAS APORTANTES DEL HOGAR		SUELDO APORTANTE 1 + SUELDO APORTANTR 2 + SUELDO APORTANTE N (2.14)

2.8	TIPO GASTO VIVIENDA	NOMINAL	TIPO DE GASTO FAMILIAR REALIZADO EN VIVIENDA	ARRIENDO (2) PROPIETARIO (1) OTRO (0)	
2.9	GASTO FAMILIAR VIVIENDA	CUANTITATIVA CONTINUA	GASTO EN PESOS CHILENOS QUE REALIZA LA FAMILIA EN VIVIENDA	VALOR ENTERO EN PESOS CHILENOS	
2.10	PERSONAS BAJO EL MISMO TECHO	CUANTITATIVA DISCRETA	NUMERO DE PERSONAS VIVIENDO BAJO EL MISMO TECHO Y QUE PROBABLEMENTE COMPARTEN GASTOS E INGRESOS	NUMERO ENTERO	
2.11	GASTO MENSUAL EDUCACION	CUANTITATIVA CONTINUA	VALOR MENSUAL USADO A NIVEL FAMILIAR PARA EDUCACION	VALOR EN PESOS CHILENOS	
2.12	GASTO MENSUAL ALIMENTACIÓN	CUANTITATIVA DISCRETA	MONTO DESTINADO A ALIMENTACIÓN EL ÚLTIMO MES APROXIMADO	VALOR EN PESOS CHILENOS	

2.13	GASTO MENSUAL CALEFACCIÓN	CUANTITATIVA DISCRETA	MONTO DESTINADO A CALEFACCIÓN LOS ÚLTIMOS 6 MESES EN PROMEDIO	VALOR EN PESOS CHILENOS	MONTO MENSUAL PROMEDIO.
2.14	OTROS GASTOS HABITUALES NO CONSIDERADOS	CUANTITATIVA CONTINUA	OTRO GASTO HABITUAL NO CONSIDERADO EN ENTREVISTA QUE SEA REFERIDO COMO RELEVANTE PARA EL USUARIO	VALOR EN PESOS CHILENOS	

### 3. COSTOS ASOCIADOS A LA ATENCIÓN ACTUAL

CÓDIGO VARIABLE	NOMBRE VARIABLE	TIPO VARIABLE	DESCRIPCIÓN	CODIFICACIÓN	OPERACIONALIZACIÓN
3.1	TIPO CITACIÓN ACTUAL	NOMINAL	TIPO DE ATENCIÓN QUE GENERA LA ASISTENCIA AL HOSPITAL DE PUERTO MONTT EL DÍA DE LA ENCUESTA	CONTROL (0), EXAMEN O PROCEDIMIENTO O FINES TRATAMIENTO (1) SOLICITUD DE HORA (2) OTRO (3)	
3.2	NÚMERO ASISTENCIAS PRESENCIALES ÚLTIMOS 3 MESES	CUANTITATIVA DISCRETA	NÚMERO DE VECES QUE HA CONCURRIDO AL HOSPITAL DE PUERTO MONTT DE FORMA PRESENCIAL EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES	NÚMERO ENTERO	INDEPENDIENTE DE LA RAZÓN DE ASISTENCIA
3.3	MEDIO DE TRANSPORTE UTILIZADO PARA ASISTENCIA	NOMINAL	TIPO DE MOVILIZACIÓN QUE SE OCUPÓ PARA LA ASISTENCIA DE FORMA PRESENCIAL AL HOSPITAL DE PUERTO MONTT EN EL CONTROL ACTUAL	PARTICULAR PROPIO (0), PARTICULAR AJENO (1), MINI BUS/BUS PÚBLICO (2), TAXI/UBER (3), COLECTIVO (4), CAMINANDO (5), OTRO (6)	
3.4	MONTO PEAJE (IDA Y VUELTA)	CUANTITATIVA CONTINUA	MONTO TOTAL DE GASTO ASOCIADO A PAGO DE PEAJE (IDA Y VUELTA)	VALOR EN PESOS CHILENOS	
3.5	COSTO ASOCIADO A LA MOVILIZACIÓN UTILIZADA	CUANTITATIVA CONTINUA	VALOR EN PESOS ASOCIADO A PASAJE INDEPENDIENTE DE FORMA DE VIAJE DESEMBOLSADA POR EL USUARIO. (IDA Y VUELTA)	NÚMERO ENTERO EN PESOS CHILENOS	FORMULA EN MARCO METODOLÓGICO.
3.6	TIEMPO DE TRASLADO A HOSPITAL PUERTO MONTT	CUANTITATIVA DISCRETA	NÚMERO DE HORAS TRANSCURRIDAS DESDE SALIDA DE LUGAR DE ORIGEN AL HOSPITAL DE PUERTO MONTT	NÚMERO ENTERO	REDONDEAR HORAS HACIA ABAJO.
3.7	DISTANCIA DESDE DOMICILIO A HOSPITAL PUERTO MONTT	CUANTITATIVA CONTINUA	NÚMERO DE KILÓMETROS ENTRE EL DOMICILIO DEL USUARIO Y EL HOSPITAL PUERTO MONTT.	NÚMERO ENTERO	EN BASE A DISTANCIA ENTREGADA POR APLICACIÓN DE GEOLOCALIZACIÓN.
3.8	NECESIDAD DE ALOJO EN LA CIUDAD DE PUERTO MONTT	DICOTÓMICA	DEBIDO A LA ASISTENCIA PRESENCIAL AL HOSPITAL DE PUERTO MONTT. ES NECESARIA LA ESTADÍA EN LA CIUDAD DURANTE UNA NOCHE (PREVIA O POSTERIOR)	SI (0), NO (1)	

3.9	PRECIO NOCHE ALOJAMIENTO	CUANTITATIVA VA CONTINUA	MONTO GASTADO POR CONCEPTO DE ALOJAMIENTO POR EL USUARIO Y ACOMPAÑANTES NECESARIOS PARA LA ASISTENCIA A PUERTO MONTT	VALOR EN PESOS CHILENOS	
3.10	NÚMERO DE DÍAS DE PERNOCTE NECESARIOS	CUANTITATIVA VA DISCRETA	NÚMERO DE NOCHES DE PERNOCTE EN LA CIUDAD DE PUERTO MONTT NECESARIAS PARA LA ASISTENCIA PRESENCIAL A HOSPITAL PUERTO MONTT	NÚMERO ENTERO	
3.11	NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN FUERA DEL HOGAR PRODUCTO DE LA ASISTENCIA	DICOTÓMICA	REALIZÓ O REALIZARÁ UN GASTO EN ALIMENTACIÓN DEBIDO A LA ASISTENCIA A ATENCIÓN PRESENCIAL EN PUERTO MONTT	SÍ (1) NO (0)	
3.12	NÚMERO DE COMIDAS REQUERIDAS	CUANTITATIVA VA DISCRETA	NÚMERO DE COMIDAS NECESARIAS EN TOTAL CONSIDERANDO A USUARIO Y ACOMPAÑANTE EN CASO DE EXISTIR	NÚMERO ENTERO	
3.13	NÚMERO DIAS LABORALES DE AUSENCIA	CUANTITATIVA VA DISCRETA	DIAS DE AUSENCIA DEL TRABAJO TOTALES COMO CONSECUENCIA DE LA ASISTENCIA A HOSPITAL PUERTO MONTT PARA LA ATENCIÓN AMBULATORIA (DEPENDIENTES)	DIAS REFERIDOS	INCLUYE DIAS PREVIOS Y POSTERIORES A LA ATENCIÓN QUE SE ASOCIAN A LA MOVILIZACIÓN Y ESTADÍA EN CIUDAD DE PUERTO MONTT COMO CONSECUENCIA DE LA ATENCIÓN AMBULATORIA.
3.14	LUCRO CENSANTE	CUANTITATIVA VA CONTINUA	MONTO APROXIMADO QUE SE DEJÓ DE PERCIBIR DEBIDO A LA CITACION ACTUAL (NO DEPENDIENTES)	VALOR EN PESOS CHILENOS	
3.15	TIPO GASTO NO CONSIDERADO	NOMINAL	TIPO GASTO NO CONSIDERADO EN PREGUNTAS ANTERIORES Y RELACIONADO DIRECTAMENTE A LA ATENCIÓN DE SALUD ACTUAL Y QUE SE ENMARQUE EN COSTOS DIRECTOS NO MEDICOS E INDIRECTOS.		
3.16	MONTO GASTO NO CONSIDERADO	CUANTITATIVA VA CONTINUA	MONTO DE GASTO INDICADO QUE REUNE CRITERIOS		

#### 4. COSTOS ASOCIADOS A LA LABOR DE CUIDADOS

CÓDIGO VARIABLE	NOMBRE VARIABLE	TIPO VARIABLE	DESCRIPCIÓN	CODIFICACIÓN	OPERACIONALIZACIÓN
	SI EL USUARIO DESEMPEÑA LABOR DE CUIDADOR:				
3.17	CUIDADOR	DICOTÓMICA	EL USUARIO ES CUIDADOR DE PERSONA EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA	sí (1), NO (0)	AL CUIDADO DE NNA, ADULTOS MAYORES DEPENDIENTES U OTRA PERSONA EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.
3.18	TIPO PERSONA	NOMINAL	TIPO DE PERSONA QUE RECIBE CUIDADOS DE ÉL O	NNA (0),	

	QUE RECIBE CUIDADOS		LA USUARIA/O	ADULTO CON DISCAPACIDAD (1) ADULTO MAYOR (2), ADULTO MAYOR CON DISCAPACIDAD (3)	
3.19	NECESIDAD DE APOYO PARA SUPLIR LABOR DE CUIDADOR	DICOTÓMICA	EL USUARIO O ACOMPAÑANTE REQUIRIÓ AYUDA PARA EL REEMPLAZO EN LAS LABORES DE CUIDADO DESEMPEÑADAS	sí (1) NO (0)	
3.20	TIPO APOYO	NOMINAL	EN CASO DE HABER RECIBIDO AYUDA. ESTA FUE OTORGADA POR:	AMIGO (0) FAMILIAR (1) SERVICIO PROFESIONAL (2) OTRO (3)	
3.21	APOYO REMUNERADO	DICOTÓMICA	LABOR DE CUIDADO DE REEMPLAZO ES REMUNERADA O NO	SI (1) NO (0)	
3.22	GASTO ASOCIADO A SUPLENCIA DE CUIDADOS	CUANTITATIVO CONTINUO	EN CASO DE HABER INCURRIDO EN UN GASTO ASOCIADO A LA SUPLENCIA DE LOS CUIDADOS.	VALOR EN PESOS	
3.23	GASTO TOTAL	CUANTITATIVO CONTINUA	SUMA DE TRANSPORTE, ALOJAMIENTO, COMIDA, OTROS Y CUIDADOS. POR ENTREVISTADOR	VALOR EN PESOS CHILENOS	

**5. APOYO FINANCIERO ASOCIADO A LA ASISTENCIA A ATENCIÓN PRESENCIAL**

<b>CÓDIGO VARIABLE</b>	<b>NOMBRE VARIABLE</b>	<b>TIPO VARIABLE</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>CODIFICACIÓN</b>	<b>OPERACIONALIZACIÓN</b>
3.24	SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA	DICOTÓMICA	ASOCIADO A ESTA ATENCIÓN. EXISTE ALGUNA SOLICITUD DE APOYO ECONÓMICO PARA CUBRIR GASTOS	sí (1) NO (0)	
3.25	RECEPCIÓN DE AYUDA	DICOTÓMICA	SE RECIBIÓ APOYO ECONÓMICO TOTAL O PARCIAL PARA LA ASISTENCIA A HORA PRESENCIAL EN HOSPITAL PUERTO MONTT	sí (1) NO (0)	
3.26	MONTO DE AYUDA	VARIABLE CONTINUA	MONTO RECIBIDO APROXIMADO COMO AYUDA FINANCIERA PARA LA ASISTENCIA A HOSPITAL DE PUERTO MONTT	VALOR EN PESOS CHILENOS.	
3.27	ORIGEN DE AYUDA	NOMINAL	CUÁL FUE EL ORIGEN DE LA AYUDA FINANCIERA PARA LA COBERTURA DE GASTOS PARCIAL O TOTAL	INSTITUCIONAL (MUNICIPIO/HOSPITAL) (0), AMISTAD (1), FAMILIAR (2) OTRO (3)	
3.28	DETALLE ORIGEN AYUDA	NOMINAL	EN CASO DE HABER SIDO INSTITUCIONAL O FAMILIAR. NOMBRE DE INSTITUCIÓN O PARENTESCO FAMILIAR.		

6. IMPACTO PERCIBIDO

CÓDIGO VARIABLE	NOMBRE VARIABLE	TIPO VARIABLE	DESCRIPCIÓN	CODIFICACIÓN	OPERACIONALIZACIÓN
4.1.1	COSTOS TRANSPORTE	ORDINAL	NIVEL DE PROBLEMATICIDAD PERCIBIDA POR EL USUARIO RESPECTO DEL TRANSPORTE A LA HORA DE CONCURRIR A LA ATENCIÓN PRESENCIAL AL HOSPITAL PUERTO MONTT	MUY PROBLEMÁTICA (2) PROBLEMÁTICA (1) NO PROBLEMÁTICA (0)	
4.1.2	COSTOS ALIMENTACIÓN	ORDINAL	NIVEL DE PROBLEMATICIDAD PERCIBIDA POR EL USUARIO RESPECTO DE LA ALIMENTACIÓN LA HORA DE CONCURRIR A LA ATENCIÓN PRESENCIAL AL HOSPITAL PUERTO MONTT	MUY PROBLEMÁTICA (2) PROBLEMÁTICA (1) NO PROBLEMÁTICA (0)	
4.1.3	COSTOS ALOJAMIENTO	ORDINAL	NIVEL DE PROBLEMATICIDAD PERCIBIDA POR EL USUARIO RESPECTO DEL ALOJAMIENTO LA HORA DE CONCURRIR A LA ATENCIÓN PRESENCIAL AL HOSPITAL PUERTO MONTT	MUY PROBLEMÁTICA (2) PROBLEMÁTICA (1) NO PROBLEMÁTICA (0)	
4.1.4	COSTOS ACOMPAÑANTE	ORDINAL	NIVEL DE PROBLEMATICIDAD PERCIBIDA POR EL USUARIO RESPECTO DE LA NECESIDAD DE ACOMPAÑANTE A LA HORA DE CONCURRIR A LA ATENCIÓN PRESENCIAL AL HOSPITAL PUERTO MONTT	MUY PROBLEMÁTICA (2) PROBLEMÁTICA (1) NO PROBLEMÁTICA (0)	
4.1.5	DISTANCIA Y TIEMPO TRASLADO	ORDINAL	NIVEL DE PROBLEMATICIDAD PERCIBIDA POR EL USUARIO RESPECTO DE LA DISTANCIA Y EL TIEMPO DE TRASLADO ASOCIADO A CONCURRIR A ATENCIÓN PRESENCIAL AL HOSPITAL PUERTO MONTT	MUY PROBLEMÁTICA (2) PROBLEMÁTICA (1) NO PROBLEMÁTICA (0)	
4.1.6	COSTO NECESIDAD CUIDADOR REEMPLAZO	ORDINAL	NIVEL DE PROBLEMATICIDAD PERCIBIDA POR EL USUARIO RESPECTO DE NECESITAR UN CUIDADOR DE REEMPLAZO A LA HORA DE CONCURRIR A LA ATENCIÓN PRESENCIAL AL HOSPITAL PUERTO MONTT	MUY PROBLEMÁTICA (2) PROBLEMÁTICA (1) NO PROBLEMÁTICA (0)	
4.1.7	COSTO POR DIAS DE TRABAJOS PERDIDOS.	ORDINAL	NIVEL DE PROBLEMATICIDAD PERCIBIDA POR EL USUARIO RESPECTO DE LOS DÍAS DE TRABAJO PERDIDOS POR CONCURRIR A LA ATENCIÓN PRESENCIAL AL HOSPITAL PUERTO MONTT	MUY PROBLEMÁTICA (2) PROBLEMÁTICA (1) NO PROBLEMÁTICA (0)	
4.2	IMPACTO FINANCIERO GLOBAL	ORDINAL	NIVEL DE IMPACTO FINANCIERO PERCIBIDO SUBJETIVAMENTE POR EL USUARIO DEBIDO A LOS GASTOS DE CONCURRIR PRESENCIALMENTE AL HOSPITAL PUERTO MONTT	ALTO IMPACTO (2) MEDIO IMPACTO (1) BAJO IMPACTO (0)	

## ANEXO 4. RÚBRICA DE VALIDACIÓN POR EXPERTOS ENCUESTA DE COSTOS.



### CARTA VALIDACION DE ENCUESTA POR EXPERTO

Cochamó, 8 de enero del 2024.

DE:

**DR. DIEGO FIDELLI LOPEZ**

Mg(c) Salud pública- Universidad de Chile-

PARA:

*NOMBRE EXPERTO*

**Respetado Sr. (NOMBRE EXPERTO),**

Primero que todo, agradezco la disposición y voluntad de haber aceptado la solicitud para participar como experto en la evaluación y validación del instrumento adjunto. Este instrumento se enmarca en la tesis titulada: **“Acceder a salud hospitalaria en la región de Los Lagos: El costo de concurrir de forma presencial al Hospital de Puerto Montt para las familias de las provincias de Llanquihue y Palena”** y que tiene como objetivos generales y específicos los que se describen a continuación:

#### OBJETIVO GENERAL

Cuantificar los costos de acceder a atenciones de salud presenciales en el Hospital de Puerto Montt durante el año 2023 para los usuarios de las provincias de Llanquihue y Palena y describir su relación con las características demográficas y sociodemográficas

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar demográficamente a los usuarios que acceden a atenciones de salud presenciales en el Hospital de Puerto Montt durante el año 2023, en base a la comuna de origen, pertenencia a grupo originario, distancia al centro de atención, sexo, edad, previsión de salud y nivel educacional.
2. Caracterizar socioeconómicamente a los usuarios que acuden a atenciones de salud presenciales en el Hospital Puerto Montt durante el año 2023 en base a la ocupación, ingresos mensuales, gastos familiares en vivienda, educación, alimentación y calefacción y la calidad de cuidador de NNA u otra persona en situación de dependencia.
3. Cuantificar los costos en que incurren los usuarios y familias al acceder a atenciones presenciales en el Hospital Puerto Montt durante el año 2023 generados por el traslado hacia el lugar de atención, necesidad de alimentación y alojamiento, días de permiso no remunerados y costos asociados a la suplencia en tareas de cuidador.
4. Describir la relación entre los costos identificados y las características demográficas y socioeconómicas de las familias.

EL estudio es de tipo exploratorio y transversal, la obtención de datos se realizará a través de la encuesta en evaluación y será aplicada a usuarios que asisten a controles presenciales al centro ambulatorio del Hospital Puerto Montt en sala de espera de distintos espacios del edificio principal y durante el día de la atención. Se busca capturar la información de personas provenientes de comunas que forman parte tanto de la provincia de Llanquihue como de Palena por sus grandes diferencias territoriales y geográficas. Para esto se plantea un muestreo no probabilístico con cuotas de muestreo tanto por sexo como por comuna para lograr un grado de representatividad de la muestra.

Agradeciendo nuevamente su disposición, se acompaña de esta carta la encuesta en evaluación, la tabla de variables y criterios de evaluación junto a las instrucciones respectivas. Si bien la tabla de evaluación es el método principal de retroalimentación, ruego, en caso de ser posible y necesario, poder presentar observaciones específicas detalladas en el propio instrumento de evaluación adjunto. Para facilitar la tarea del evaluador se adjunta en formato digital la planilla de evaluación.

Sin más que agregar, se despide cordialmente

DIEGO ANDRÉS FIDELLI LÓPEZ

MG(C) SALUD PUBLICA

ESCUELA DE SALUD PUBLICA

UNIVERSIDAD DE CHILE

Instrucciones: A continuación, se describen los criterios de evaluación para los ítems expuestos. Además, se describen los puntajes de calificación con su descripción.

<b>Criterio</b>	<b>Calificación</b>	<b>Indicador</b>
<b>Relevancia.</b> La pregunta es esencial o importante, es decir, debe ser incluida.	1. No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la categoría.
	2. Bajo nivel	El ítem tiene cierta relevancia, pero otro puede estar incluyendo lo que mide esta.
	3. Moderado nivel	El ítem es relativamente importante.
	4. Alto nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.
<b>Coherencia:</b> El ítem tiene relación lógica con la categoría a la que corresponde	1. No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la categoría.
	2. Bajo nivel	El ítem tiene una relación tangencial con la categoría
	3. Moderado nivel	El ítem tiene una relación moderada con la categoría involucrada
	4. Alto nivel	El ítem tiene relación lógica con la categoría
<b>Claridad:</b> El ítem se comprende fácilmente, es decir, sus sintácticas y semánticas son adecuadas.	1. No cumple con el criterio	El ítem no es claro
	2. Bajo nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras que utiliza de acuerdo con su significado u orden
	3. Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos términos empleados en el ítem
	4. Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
<b>Suficiencia:</b> Los ítems que pertenecen a una misma categoría bastan para obtener la medición de esta.	1. No cumple con el criterio	Los ítems no son suficientes para medir la categoría propuesta
	2. Bajo nivel	Los ítems miden algún aspecto de la categoría, pero no responden a esta en total
	3. Moderado nivel	Se debe incrementar el número de ítems para poder evaluar la categoría completamente.
	4. Alto nivel	Los ítems son suficientes.

*Rubrica obtenida de la web. Anexo 1: Formato de validación por expertos - UGC.*

*[https://repository.ugc.edu.co/bitstream/handle/11396/7119/anexo%201\\_encuesta\\_2020.pdf?sequence=2](https://repository.ugc.edu.co/bitstream/handle/11396/7119/anexo%201_encuesta_2020.pdf?sequence=2) visitado el 3/1/2024.*

Por favor, califique cada uno de los ítems y sub-ítems con el número 1,2,3 o 4 según su apreciación guiada por la tabla de instrucciones en la hoja de INSTRUCCIONES.

		Criterios evaluación				
ITEM	SUBITEM	Relevancia	Coherencia	Claridad	Suficiencia	Comentarios
1. CARACTERIZACION DEMOGRAFICA						
2. CARACTERIZACION SOCIOECONOMICA	Datos laborales					
	Gastos del hogar					
	Ingresos declarados					
3. COSTOS ASOCIADOS A ATENCION ACTUAL	Datos atención actual					
	Costos directos no médicos					
	Costos labor cuidador					
	Ayuda económica recibida					
4. IMPACTO PERCIBIDO						

*FECHA DE EVALUACIÓN:*

*OBSERVACIONES:*

*VALORACIÓN GLOBAL: (APROBADO-APROBADO CON CORRECCIONES-NO APROBADO)*

*NOMBRE Y FIRMA EVALUADOR:*

ANEXOS VARIOS.

Marca	Modelo	Rendimiento (Km/Lt)	Lt/100 Km	Lt/Km
Changan	Alsvin 1.4 MT	18,9	5,3	0,053
	CS1 M	15	6,7	0,067
	CS35	13,9	7,2	0,072
	CX70	13,7	7,3	0,073
	MD 201	12,2	8,2	0,082
Chevrolet	Spark 1,2lt	17,1	5,8	0,058
	Sail 1,5 lt	15,6	6,4	0,064
	Montana	14,8	6,8	0,068
	Onix	14,6	6,8	0,068
	Groove	13,7	7,3	0,073
Hyundai	Verna	17,1	5,8	0,058
	I20	16,1	6,2	0,062
	Accent	15	6,7	0,067
	Santa Fe	11,8	8,5	0,085
	New Tucson	11,6	8,6	0,086
Kia	Morning	21,7	4,6	0,046
	Rio 3	18,2	5,5	0,055
	Cerato	14,6	6,8	0,068
	Soul	12,1	8,3	0,083
	Sorento	10,4	9,6	0,096
Nissan	March	15,3	6,5	0,065
	Sentra	15,3	6,5	0,065
	Kicks	14,6	6,8	0,068
	Versa	14,8	6,8	0,068
	Qashqai	12,6	7,9	0,079
<b>Promedios rendimiento</b>		14,8	6,9	0,069

Tabla elaboración propia. Rendimientos mixtos por marca y modelo. (<https://www.consumovehicular.cl/comparador#/>)

TABLA . DISTRIBUCIÓN DE PARTICIPANTES POR COMUNA Y DIFERENCIA CON CUOTA DE MUESTREO

Comuna	n (%)	Cobertura de muestreo (%)
Puerto Montt	120 (60,3)	-6,50
Puerto Varas	14 (7,0)	-1,51
Llanquihue	9 (4,5)	+0,66
Fresia	7 (3,5)	+1,20
Frutillar	4 (2,0)	-1,44
Cochamó	6 (3,0)	+2,49
Calbuco	15 (7,5)	+1,88
Los Muermos	10 (5,0)	+1,41
Mauñín	5 (2,5)	-0,66
Hualaihué	6 (3,0)	+1,65
Chaitén	2 (1,0)	+0,47
Palena	1 (0,5)	+0,31
<b>Total</b>	<b>199 (100)</b>	
<b>Clasificación Servicio salud del Reloncaví</b>		
	<b>n (%)</b>	
Llanquihue	184 (92,4)	
Cordillera	15 (7,5)	
<b>Total</b>	<b>199 (100)</b>	
<b>Clasificación Mac Clure</b>		
	<b>n (%)</b>	
Ciudad intermedia	120 (60,3)	
Comuna vinculada a ciudad	14 (7,0)	
Comuna desvinculada y con centro urbano	24 (12,1)	
Comuna desvinculada y sin centro urbano	41 (20,6)	
<b>Total</b>	<b>199 (100)</b>	

Elaboración propia en base a datos recolectados en encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidelli López.

TABLA . DISTRIBUCION DE GÉNERO POR COMUNA Y TERRITORIO Y DIFERENCIA CON CUOTA DE MUESTREO

Comuna	Género		Cobertura de muestreo (%)
	Masculino n (%)	Femenino n (%)	Femenino (%)
Puerto Montt	34 (28,3)	86 (71,7)	+11,42
Puerto Varas	6 (42,9)	8 (57,1)	-2,24
Llanquihue	3 (33,3)	6 (66,7)	+9,75
Fresia	4 (57,1)	3 (42,9)	-15,51
Frutillar	1 (25,0)	3 (75,0)	+17,01
Cochoamó	1 (16,7)	5 (83,3)	+27,81
Calbuco	7 (46,7)	8 (53,3)	-2,06
Los Muermos	3 (30,0)	7 (70,0)	+13,36
Mauñín	3 (60,0)	2 (40,0)	-14,85
Hualaihué	1 (16,7)	5 (83,3)	+25,92
Chaitén	0 (0)	2 (100)	+43,72
Palena	1 (100)	0 (0)	-63,64
<b>Total</b>	<b>64 (32,2)</b>	<b>135 (67,8)</b>	
<b>Clasificación Servicio salud del Reloncaví</b>			
Llanquihue	61 (33,2)	123 (66,8)	
Cordillera	3 (20,0)	12 (80,0)	
<b>Total</b>	<b>64 (32,2)</b>	<b>135 (67,8)</b>	
<b>Clasificación Mac Clure</b>			
Ciudad intermedia	34 (28,3)	86 (71,7)	
Comuna vinculada a ciudad	6 (42,9)	8 (57,1)	
Comuna desvinculada y con centro urbano	10 (41,7)	14 (58,3)	
Comuna desvinculada y sin centro urbano	14 (34,1)	27 (65,9)	
<b>Total</b>	<b>64 (32,2)</b>	<b>135 (67,8)</b>	

Elaboración propia en base a datos recolectados en encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidelli López.

TABLA . DISTRIBUCIÓN DE PERTENENCIA A PUEBLO ORIGINARIO, SITUACION DE DISCAPACIDAD Y NIVEL EDUCACIONAL POR TERRITORIO (SSDR Y MAC CLUREN)

Variable	TERRITORIO							
	Clasificación Servicio salud del Reloncaví			Clasificación Mac-Clure				
Pueblo originario	Llanquihue n (%)	Cordillera n (%)	Total n (%)	Ciudad intermedia n (%)	Comuna vinculada a ciudad n (%)	Comuna desvinculada y con centro urbano n (%)	Comuna desvinculada y sin centro urbano n (%)	Total n (%)
No perteneciente	144 (78,3)	12 (80,0)	156 (78,4)	90 (75,0)	13 (92,9)	19 (79,2)	34 (82,9)	156 (78,4)
Mapuche	38 (20,7)	3 (20,0)	41 (20,6)	28 (23,3)	1 (7,1)	5 (20,8)	7 (17,1)	41 (20,6)
Rapanui	1 (0,5)	0 (0)	1 (0,5)	1 (0,8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0,5)
Atacameño	1 (0,5)	0 (0)	1 (0,5)	1 (0,8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0,5)
<b>Total</b>	<b>184 (100)</b>	<b>15</b>	<b>199</b>	<b>120</b>	<b>14</b>	<b>24</b>	<b>41</b>	<b>199</b>
<b>Situación de discapacidad</b>								
Si	43 (23,4)	2 (13,3)	45 (22,6)	28 (23,3)	3 (21,4)	5 (20,8)	9 (22,0)	45 (22,6)
No	141 (76,6)	13 (86,7)	154 (77,4)	92 (76,7)	11 (78,6)	19 (79,2)	32 (78,0)	154 (77,4)
<b>Total</b>	<b>184</b>	<b>15</b>	<b>199</b>	<b>120</b>	<b>14</b>	<b>24</b>	<b>41</b>	<b>199</b>
<b>Nivel educacional</b>								
Sin educación formal	4 (2,2)	0 (0)	4 (2,0)	3 (2,5)	0 (0)	0 (0)	1 (2,4)	4 (2,0)
Básica incompleta	36 (19,6)	3 (20,0)	39 (19,6)	20 (16,7)	1 (7,1)	6 (25,0)	12 (29,3)	39 (19,6)
Básica completa	37 (20,1)	4 (26,7)	41 (20,6)	21 (17,5)	4 (28,6)	6 (25,0)	10 (24,4)	41 (20,6)
Media incompleta	6 (3,3)	0 (0)	6 (3,0)	3 (2,5)	0 (0)	1 (4,2)	2 (4,9)	6 (3,0)
Media completa	61 (33,2)	7 (46,7)	68 (34,2)	43 (35,8)	5 (35,7)	7 (29,2)	13 (31,7)	68 (34,2)
Técnica incompleta	3 (1,6)	0 (0)	3 (1,5)	3 (2,5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (1,5)
Técnica completa	16 (8,7)	1 (6,7)	17 (8,5)	10 (8,3)	2 (14,3)	2 (8,3)	3 (7,3)	17 (8,5)
Universitaria incompleta	7 (3,8)	0 (0)	7 (3,5)	7 (5,8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	7 (3,5)
Universitaria completa	14 (7,6)	0 (0)	14 (7,0)	10 (8,3)	2 (14,3)	2 (8,3)	0 (0)	14 (7,0)
Posgrado	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
<b>Total</b>	<b>184</b>	<b>15</b>	<b>199</b>	<b>120</b>	<b>14</b>	<b>24</b>	<b>41</b>	<b>199</b>

Elaboración propia en base a datos recolectados en encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidelli López.

TABLA . TIPO DE OCUPACION DE PERSONAS LABORALMENTE ACTIVAS (Dependientes e Independientes)

Grupo de actividad laboral (ENCLA)	n (%)
Comercio al por mayor y menor, reparación de vehículos.	17 (16,3)
Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	13 (12,5)
Actividades profesionales, científicas y técnicas, administrativos	13 (12,5)
Industrias manufactureras	12 (11,5)
Transporte y almacenamiento, información y comunicaciones	12 (11,5)
Enseñanza	9 (8,7)
Construcción	8 (7,7)
Actividades de alojamiento y servicio de comidas	8 (7,7)
Atención de salud y asistencia social	6 (5,8)
Suministro de bienes básicos	5 (4,8)
Actividades artísticas, de entretenimiento y recreativas	1 (1,0)
Explotación de minas y canteras	0 (0)
Actividades financieras y de seguros, inmobiliarias	0 (0)
Total	104

Elaboración propia en base a datos recolectados en encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidelli López.

TABLA. DISTRIBUCION DE GRUPO DE ACTIVIDAD LABORAL (ENCLA) POR TERRITORIO (SSDR Y MAC-CLURE)

Variable	TERRITORIO							
	Clasificación Servicio salud del Reloncaví			Clasificación Mac-Clure				
Grupo de actividad laboral (ENCLA)	Llanquihue n(%)	Cordillera n(%)	Total n(%)	Ciudad intermedia n(%)	Comuna vinculada a ciudad n(%)	Comuna desvinculada y con centro urbano n(%)	Comuna desvinculada y sin centro urbano n(%)	Total n(%)
Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	13 (7,1)	0 (0,0)	13 (6,5)	3 (2,5)	2 (14,3)	4 (16,7)	4 (9,8)	13 (6,5)
Explotación de minas y canteras	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Industrias manufactureras	11 (6,0)	1 (6,7)	12 (6,0)	5 (4,2)	1 (7,1)	2 (8,3)	4 (9,8)	12 (6,0)
Suministro de bienes básicos	5 (2,7)	0 (0)	5 (2,5)	2 (1,7)	0 (0)	0 (0)	3 (7,3)	5 (2,5)
Construcción	8 (4,3)	0 (0)	8 (4,0)	6 (5,0)	0 (0)	2 (8,3)	0 (0)	8 (4,0)
Comercio al por mayor y menor, reparación de vehículos.	16 (8,7)	1 (6,7)	17 (8,5)	14 (11,7)	1 (7,1)	0 (0)	2 (4,9)	17 (8,5)
Transporte y almacenamiento, información y comunicaciones	11 (6,0)	1 (6,7)	12 (6,0)	10 (8,3)	0 (0)	1 (4,2)	1 (2,4)	12 (6,0)
Actividades de alojamiento y servicio de comidas	8 (4,3)	0 (0)	8 (4,0)	4 (3,3)	1 (7,1)	1 (4,2)	2 (4,9)	8 (4,0)
Actividades financieras y de seguros, inmobiliarias	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Actividades profesionales, científicas y técnicas, administrativos	13 (7,1)	0 (0)	13 (6,5)	11 (9,2)	0 (0)	1 (4,2)	1 (2,4)	13 (6,5)
Enseñanza	8 (4,3)	1 (6,7)	9 (4,5)	6 (5,0)	1 (7,1)	0 (0)	2 (4,9)	9 (4,5)
Atención de salud y asistencia social	4 (2,2)	2 (13,3)	6 (3,0)	3 (2,5)	0 (0,0)	1 (4,2)	2 (4,9)	6 (3,0)
Actividades artísticas, de entretenimiento y recreativas	1 (0,5)	0 (0)	1 (0,5)	0 (0,0)	1 (7,1)	0 (0)	0 (0)	1 (0,5)
Sin ocupación	86 (46,7)	9 (60,0)	95 (47,7)	56 (46,7)	7 (50,0)	12 (50,0)	20 (48,8)	95 (47,7)
Total	184 (100,0)	15 (100,0)	199 (100,0)	120 (100,0)	14 (100,0)	24 (100,0)	41 (100,0)	199 (100,0)

Elaboración propia en base a datos recolectados en encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidelli López.

TABLA . DESCRIPCIÓN DE INGRESOS TOTALES INDIVIDUALES POR DECIL DE INGRESO SEGÚN CASEN 2022 AJUSTADO POR IPC (5,5% nov/22 a feb/24)

Decil de Ingreso (Limite min-máx. \$) (Datos CASEN 2022 ajustados por IPC)	Numero de usuarios por decil de ingresos individuales						Total n(%)
	SSDR		MAC-CLURE			GLOBAL	
	Llanquihue n(%)	Cordillera n(%)	Ciudad intermedia n(%)	Comuna vinculada a ciudad n(%)	Comuna desvinculada y con centro urbano n(%)		
I (0 - 84.400)	42 (22.8)	2 (13.3)	28 (23.3)	2 (14.3)	7 (29.2)	7 (17.1)	44 (22.1)
II (84.459 - 145.063)	2 (1.1)	2 (13.3)	1 (0.8)	0 (0)	0 (0)	3 (7.3)	4 (2.0)
III (145.097 - 200.450)	22 (11.9)	2 (13.3)	13 (10.8)	2 (14.3)	2 (8.3)	7 (17.1)	24 (12.1)
IV (200.453 - 253.200)	14 (7.6)	0 (0)	11 (9.2)	1 (7.1)	2 (8.3)	0 (0)	14 (7.0)
V (253.376 - 316.500)	5 (2.7)	0 (0)	1 (0.8)	0 (0)	0 (0)	4 (9.8)	5 (2.5)
VI (316.617 - 408.561)	15 (8.2)	6 (40.0)	11 (9.2)	0 (0)	3 (12.5)	7 (17.1)	21 (10.6)
VII (408.593 - 527.500)	26 (14.1)	1 (6.7)	17 (14.2)	3 (21.4)	3 (12.5)	4 (9.8)	27 (13.6)
VIII (527.589 - 717.400)	23 (12.5)	2 (13.3)	15 (12.5)	2 (14.3)	3 (12.5)	5 (12.2)	25 (12.6)
IX (717.430 - 1.180.721)	24 (13.0)	0 (0)	16 (13.3)	3 (21.4)	4 (16.7)	1 (2.4)	24 (12.1)
X (1.181.014 y más)	11 (5.9)	0 (0)	7 (5.8)	1 (7.1)	0 (0)	3 (7.3)	11 (5.5)
GLOBAL	184 (100)	15 (100)	120 (100)	14 (100)	24 (100)	41 (100)	199 (100)

Elaboración propia en base a datos recolectados en encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidelli López.

TABLA DESCRIPCIÓN DEL GASTO TOTAL MENSUAL POR FAMILIA. (INCLUYE ALIMENTACION, EDUCACION, VIVIENDA, CALEFACCION Y OTROS).

Territorio (n° de observaciones)	Medidas de tendencia central y dispersión					
	mediana (\$)	media (\$ IC 95%)	Min (\$)	Max (\$)	Desv. Estándar (\$)	Coefficiente variación
<b>Clasificación Servicio salud del Reloncaví</b>						
Llanquihue (184)	439.500	493.661 (447.023 - 540.298)	110.000	2.503.250	320.638	65,00%
Cordillera (13)	409.000	401.961 (294.183 - 509.738)	106.000	747.500	178.353	44,40%
<b>Clasificación Mac-Clure</b>						
Ciudad intermedia (120)	461.000	499.680 (442.256 - 557.103)	113.000	2.503.250	317681	63,60%
Comuna vinculada a ciudad (14)	444.500	665.473 (340.030 - 990.915)	128.000	2.300.000	563.651	84,70%
Comuna desvinculada y con centro urbano (24)	467.500	502.964 (407.120 - 598.808)	120.000	909.266	226.977	45,10%
Comuna desvinculada y sin centro urbano (39)	365.333	377.174 (323.766 - 430.581)	106.000	795.000	164.754	43,70%
GLOBAL (197)	430.666	487.610 (443.520 - 531.699)	106.000	2.503.250	313.781	64,40%

Elaboración propia en base a datos recolectados en encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidelli López.

TABLA. VELOCIDAD DE TRASLADO A HBPM POR TERRITORIO (SSDR Y MAC-CLURE)

Territorio (n° de observaciones)	Medidas de tendencia central y dispersión					
	mediana (Km/h)	media (Km/h IC 95%)	Min (Km/h)	Max (Km/h)	Desv. Estándar (Km/h)	Coefficiente variación
<b>Clasificación Servicio salud del Reloncaví</b>						
Llanquihue (183)	15.6	23.7 (20.6 - 26.7)	2.15	136.0	20.8	45,20%
Cordillera (15)	36.3	37.8 (28,3 - 47,3)	13.9	85.6	17.2	88,10%
<b>Clasificación Mac Cluren</b>						
Ciudad intermedia (120)	11.1	13.4 (11.9 - 14.9)	2.15	47.9	8.4	62,60%
Comuna vinculada a ciudad (14)	33.3	39.3 (25.1 - 53.2)	10.7	105.2	24.5	62,30%
Comuna desvinculada y con centro urbano (24)	35.4	42.1 (30.7 - 53.5)	3.4	136.0	27.0	64,10%
Comuna desvinculada y sin centro urbano (40)	44.2	43.2 (37.1 - 49,1)	3.0	104.0	18.8	43,60%
GLOBAL (198)	16,9	24.7 (21.8 - 27.6)	2,2	136	20,9	84,20%

Elaboración propia en base a datos recolectados en encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidelli López.

TABLA . DESCRIPCIÓN DE INGRESOS TOTALES SEGÚN PERTENENCIA A PUEBLO MAPUCHE Y SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD DECLARADA

Variable (n° de observaciones)	Medidas de tendencia central					
	mediana (\$)	media \$ (IC 95%)	Min (\$)	Max (\$)	Desv. Estándar (\$)	Coficiente variación
<b>Pueblo originario mapuche</b>						
No perteneciente (156)	400.000	451.384 (382.721 - 520.046)	0	3.000.000	434.141	96,20%
Mapuche (41)	370.000	330.300 (242.201 - 418.398)	0	1.200.000	279.113	84,50%
<b>Situación de discapacidad</b>						
En situación de discapacidad (45)	200.000	323.088 (184.039 - 462.136)	0	3.000.000	462.828	143,20%
Sin discapacidad (154)	401.500	455.644 (394.087 - 517.200)	0	2.000.000	386.670	84,90%
GLOBAL	400.000	425.669 (368.674-482.663)	0	3.000.000	407.708	95,80%

Elaboración propia en base a datos recolectados en encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidelli López.

TABLA . DESCRIPCIÓN DEL GASTO MENSUAL PERCÁPITA EN ALIMENTACIÓN.

Territorio (n° de observaciones)	Medidas de tendencia central y dispersión					
	mediana (\$)	media (\$ IC 95%)	Min (\$)	Max (\$)	Desv. Estándar (\$)	Coficiente variación
<b>Clasificación Servicio salud del Reloncaví</b>						
Llanquihue (181)	75.000	89.225 (80.992 - 97.527)	7.500	375.000	56.604	63,40%
Cordillera (13)	100.000	107.756 (73.172 - 142.339)	25.000	200.000	57.229	53,10%
<b>Clasificación Mac-Clure</b>						
Ciudad intermedia (118)	75.000	86.255 (82.862 - 89.647)	7.500	375.000	57.816	67,00%
Comuna vinculada a ciudad (13)	100.000	111.217 (74.985 - 147.448)	33.333	250.000	59.956	53,90%
Comuna desvinculada y con centro urbano (24)	100.000	111.111 (86.517 - 135.704)	25.000	233.333	58.241	52,40%
Comuna desvinculada y sin centro urbano (39)	67.500	83.589 (67.974 - 99.203)	25.000	200.000	48.170	57,60%
GLOBAL (194)	75.000	90.467 (82.439 - 98.494)	7.500	375.000	56.687	62,70%

Elaboración propia en base a datos recolectados en encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidelli López.

TABLA 23a. PREVALENCIA DE ALTO COSTO CON UMBRAL DEL 10% POR TERRITORIO Y VARIABLES DE INTERÉS (SSDR Y MAC-CLURE)

Variable	Proporción de gasto mensual familiar total (GTM) del costo total por concurrencia. Proporción de personas con un costo por concurrencia mayor al 10% del GTM.						
	TERRITORIO						
	SSDR		Clasificación Mac Cluren				
	Llanquihue n(%)	Cordillera n(%)	Ciudad intermedia n(%)	Comuna vinculada a ciudad n(%)	Comuna desvinculada y con centro urbano n(%)	Comuna desvinculada y sin centro urbano n(%)	Total n(%) (IC95%)
<b>Sexo</b>							
Masculino	8 (13,1)	2 (66,7)	1 (2,9)	0 (0)	2 (20,0)	7 (50,0)	10 (15,6) (7,8 - 26,9)
Femenino	12 (9,8)	5 (50,0)	5 (5,8)	0 (0)	1 (7,1)	11 (44,0)	17 (12,8) (7,6 - 19,7)
<b>Edad (categorizada en años)</b>							
15 - 24	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
25 - 44	4 (11,1)	1 (100)	1 (3,6)	0 (0)	0 (0)	4 (66,7)	5 (13,5) (4,5 - 28,8)
45 - 64	11 (11,3)	5 (62,5)	4 (7,0)	0 (0)	2 (14,3)	10 (43,5)	16 (15,2) (8,9 - 23,6)
65 - 79	4 (10,5)	0 (0)	1 (4,0)	0 (0)	0 (0)	3 (37,5)	4 (9,8) (2,7 - 23,1)
más de 80	1 (14,3)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	1 (100)	1 (50,0)	2 (25,9) (3,2 - 65,1)
<b>Etnia</b>							
Mapuche	6 (15,8)	1 (3,3)	4 (14,3)	0 (0)	0 (0)	3 (42,9)	7 (17,1) (7,2 - 32,0)
No perteneciente	14 (9,7)	6 (60,0)	2 (2,2)	0 (0)	3 (15,8)	15 (46,9)	20 (12,9) (8,1 - 19,3)
<b>Situación de discapacidad</b>							
Con discapacidad	3 (6,9)	2 (100)	1 (3,6)	0 (0)	1 (20,0)	3 (33,3)	5 (11,1) (3,7 - 24,1)
Sin discapacidad	17 (12,1)	5 (45,5)	5 (5,4)	0 (0)	2 (10,5)	15 (50,0)	22 (14,5) (9,3 - 21,1)
<b>Tramo de fonasa</b>							
A	7 (14,9)	3 (75,0)	1 (3,7)	0 (0)	2 (20,0)	7 (58,3)	10 (19,6) (9,8 - 33,1)
B	4 (6,6)	3 (50,0)	2 (4,7)	0 (0)	0 (0)	5 (35,7)	7 (10,5) (4,3 - 20,3)
C	3 (16,7)	0 (0)	1 (9,1)	0 (0)	0 (0)	2 (66,7)	3 (15,8) (3,4 - 39,6)
D	1 (4,0)	1 (50,0)	1 (5,3)	0 (0)	0 (0)	1 (33,3)	2 (7,4) (0,9 - 24,3)
No sabe no responde	3 (15,0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (33,3)	2 (40,0)	3 (15,0) (3,2 - 37,9)
<b>Situación laboral</b>							
Dependiente	4 (8,2)	2 (50,0)	1 (3,1)	0 (0)	0 (0)	5 (50,5)	6 (11,3) (4,3 - 23,0)
Independiente	8 (16,3)	2 (100)	3 (9,4)	0 (0)	2 (50,0)	5 (45,5)	10 (19,6) (9,8 - 33,1)
Cesante	2 (5,7)	1 (50,0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (50,0)	3 (8,1) (1,7 - 21,9)
Pensionado	6 (12,2)	2 (40,0)	2 (6,5)	0 (0)	1 (20,0)	5 (41,7)	8 (14,8) (6,6 - 27,1)
<b>Decil de ingreso (Min-max decil)</b>							
I (0 - 84.400)	3 (7,1)	0 (0)	1 (3,6)	0 (0)	0 (0)	2 (33,3)	3 (6,9) (1,5 - 19,1)
II (84.459 - 145.063)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
III (145.097 - 200.450)	3 (13,6)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	1 (50,0)	3 (50,0)	4 (17,4) (4,9 - 38,8)
IV (200.453 - 253.200)	1 (7,1)	0 (0)	1 (9,1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (7,1) (0,1 - 33,9)
V (253.376 - 316.500)	2 (40,0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (50,0)	2 (40,0) (5,2 - 85,3)
VI (316.617 - 408.561)	1 (6,7)	4 (66,7)	1 (9,1)	0 (0)	0 (0)	4 (57,1)	5 (23,8) (8,2 - 47,2)
VII (408.593 - 527.500)	2 (7,7)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	1 (33,3)	2 (50,0)	3 (11,1) (2,3 - 29,2)
VIII (527.589 - 717.400)	2 (8,7)	1 (100)	1 (6,7)	0 (0)	0 (0)	2 (40,0)	3 (12,0) (2,5 - 31,2)
IX (717.430 - 1.180.721)	4 (16,7)	0 (0)	2 (12,5)	0 (0)	1 (25,0)	1 (100)	4 (16,7) (4,7 - 37,4)
X (1.181.014 y más)	2 (18,2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (66,7)	2 (18,2) (2,3 - 51,8)
<b>Tipo de citación que motiva concurrencia a HBPM</b>							
Control de especialidad	13 (10,5)	7 (58,3)	3 (3,8)	0 (0)	2 (12,5)	15 (50,0)	20 (14,7) (9,2 - 21,8)
Exámenes o procedimientos	5 (21,7)	0 (0)	2 (11,8)	0 (0)	0 (0)	3 (42,9)	5 (20,8) (7,1 - 42,2)
Solicitud de hora	2 (7,4)	0 (0)	1 (5,9)	0 (0)	1 (16,7)	0 (0)	2 (7,4) (0,9 - 24,3)
Otros	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
<b>Tipo movilización</b>							
particular propia	8 (14,0)	2 (50,0)	2 (6,1)	0 (0)	0 (0)	8 (53,3)	10 (16,4) (8,2 - 28,1)
Particular ajena	3 (18,8)	1 (100,0)	0 (0)	0 (0)	2 (100)	2 (28,6)	4 (23,5) (6,8 - 49,9)
Bus	6 (7,8)	2 (40,0)	3 (6,0)	0 (0)	1 (7,7)	4 (33,3)	8 (9,8) (4,3 - 18,3)
Taxi	1 (6,7)	2 (100)	1 (7,1)	0 (0)	0 (0)	2 (100)	3 (17,7) (3,8 - 43,4)
Colectivo	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Otra	2 (33,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (66,7)	2 (28,6) (3,6 - 70,9)
<b>Distancia traslado</b>							
<5 km	3 (5,1)	0 (0)	2 (3,5)	0 (0)	1 (100)	0 (0)	3 (5,1) (1,1 - 14,1)
5-10 km	1 (2,9)	0 (0)	1 (3,0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (2,9) (0,7 - 14,9)
10-20 km	4 (13,8)	0 (0)	3 (15,8)	0 (0)	0 (0)	1 (100)	4 (13,8) (3,9 - 31,7)
20-30 km	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
>30 km	12 (24,0)	7 (53,9)	0 (0)	0 (0)	2 (9,5)	17 (45,9)	19 (30,2) (19,2 - 43,0)
<b>tiempo traslado</b>							
<30 min	1 (2,0)	0 (0)	1 (2,4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (2,0) (0,5 - 10,9)
30min- 1 hora	3 (5,1)	0 (0)	2 (4,6)	0 (0)	0 (0)	1 (25,0)	3 (5,1) (1,1 - 14,1)
1-2 horas	10 (16,7)	1 (100)	3 (11,1)	0 (0)	1 (7,1)	7 (38,9)	11 (18,0) (9,4 - 29,9)
>2 horas	6 (37,5)	6 (50,0)	0 (0)	0 (0)	2 (40,0)	10 (62,5)	12 (42,9) (24,5 - 62,8)
<b>Necesidad de alimentación</b>							
No	6 (4,5)	1 (100)	2 (2,1)	0 (0)	1 (6,7)	4 (30,8)	7 (5,2) (2,1 - 10,4)
Si	14 (28,0)	6 (50,0)	4 (15,4)	0 (0)	2 (22,2)	14 (53,9)	20 (32,3) (20,9 - 45,3)
<b>Impacto financiero</b>							
Bajo	13 (11,0)	3 (60,0)	2 (2,5)	0 (0)	2 (18,2)	12 (52,2)	16 (13,0) (7,6 - 20,3)
Medio	4 (9,1)	2 (66,7)	2 (7,1)	0 (0)	0 (0)	4 (40,0)	6 (12,8) (4,8 - 25,7)
Alto	3 (13,6)	2 (40,0)	2 (15,4)	0 (0)	1 (14,3)	2 (33,3)	5 (18,5) (6,3 - 38,1)
<b>TOTAL n (%) (IC 95%)</b>	<b>20 (10,9) (6,8 - 16,3)</b>	<b>7 (53,9) (25,1 - 80,8)</b>	<b>6 (5,0) (1,9 - 10,6)</b>	<b>0 (0)</b>	<b>3 (12,5) (2,7 - 32,4)</b>	<b>18 (46,2) (30,1 - 62,8)</b>	<b>27 (100)</b>

Elaboración propia en base a datos recolectados en encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidetli Lopez.

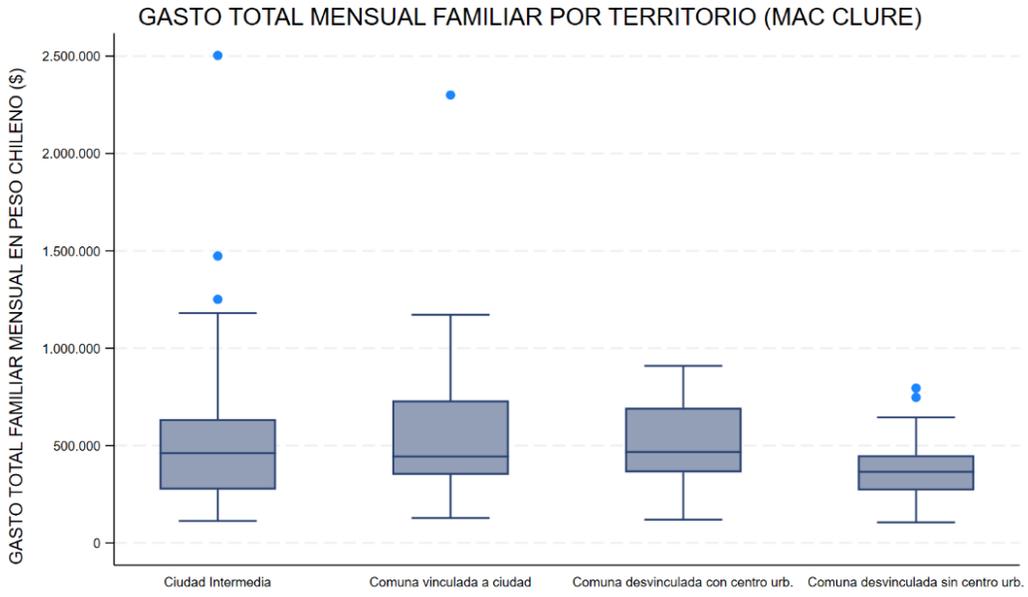


Gráfico . Gasto total familiar mensual por territorio SSDR. Elaboración propia en base a encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) D.Fidelli López

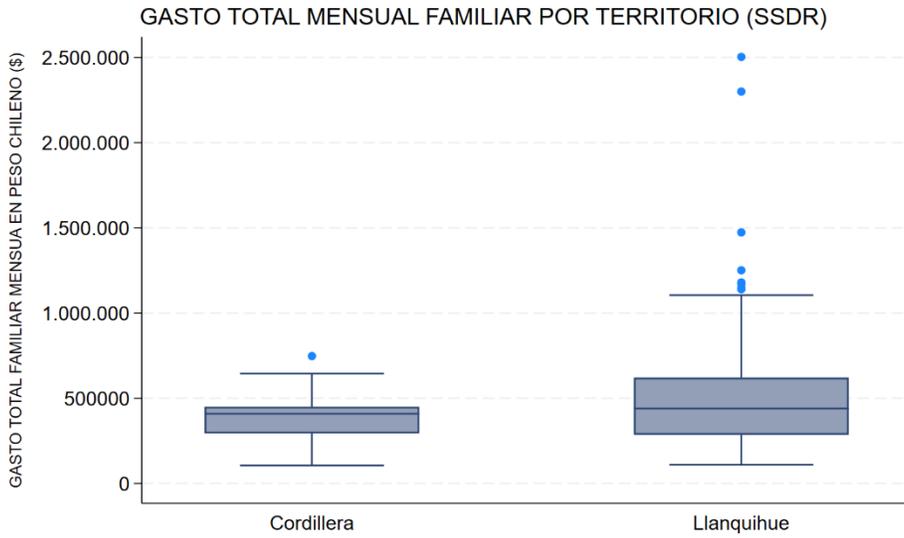


Gráfico . Gasto total familiar mensual promedio por territorio Mac-Clure. Elaboración propia en base a encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidelli López

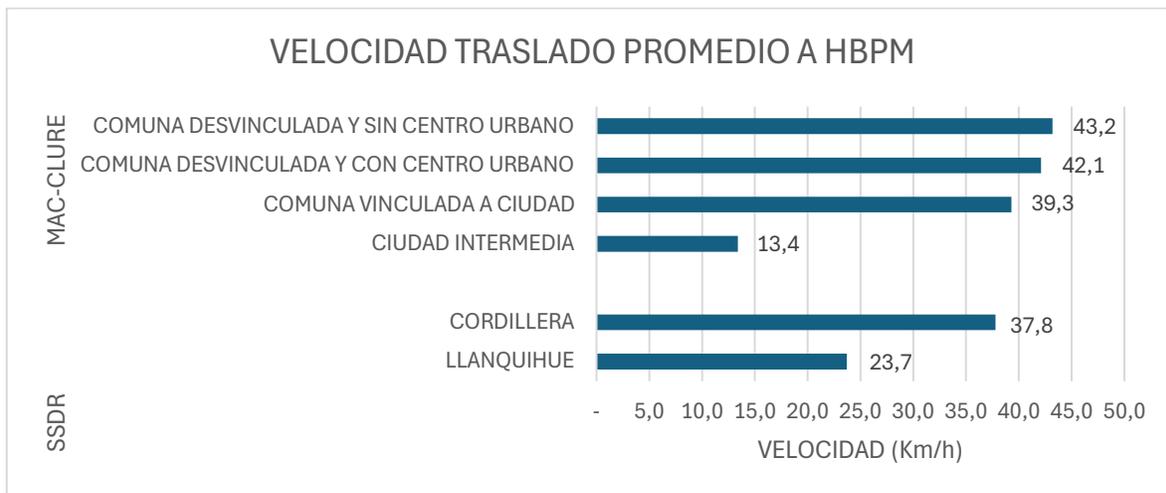


Gráfico. VELOCIDAD DE TRASLADO A HBPM POR TERRITORIO (SSDR Y MAC-CLURE). Elaboración propia en base a encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidelli López

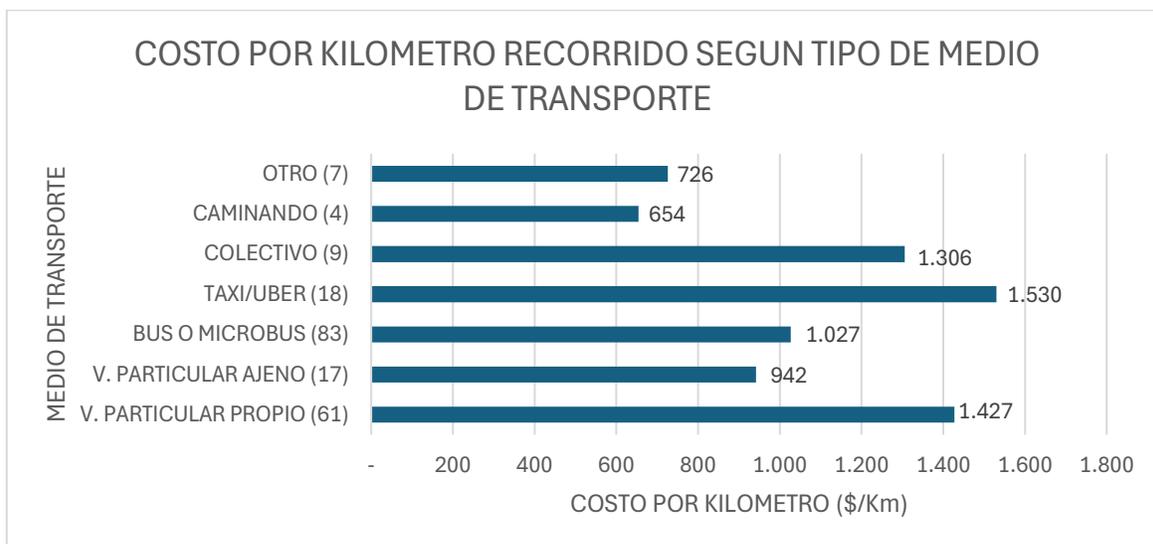


Gráfico. COSTO POR KILOMETRO RECORRIDO SEGÚN TIPO DE MEDIO DE TRANSPORTE UTILIZADO. Elaboración propia en base a encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidelli López

SITUACIÓN LABORAL AL MOMENTO DE LA ENTREVISTA CORDILLERA Y LLANQUIHUE (SSDR)

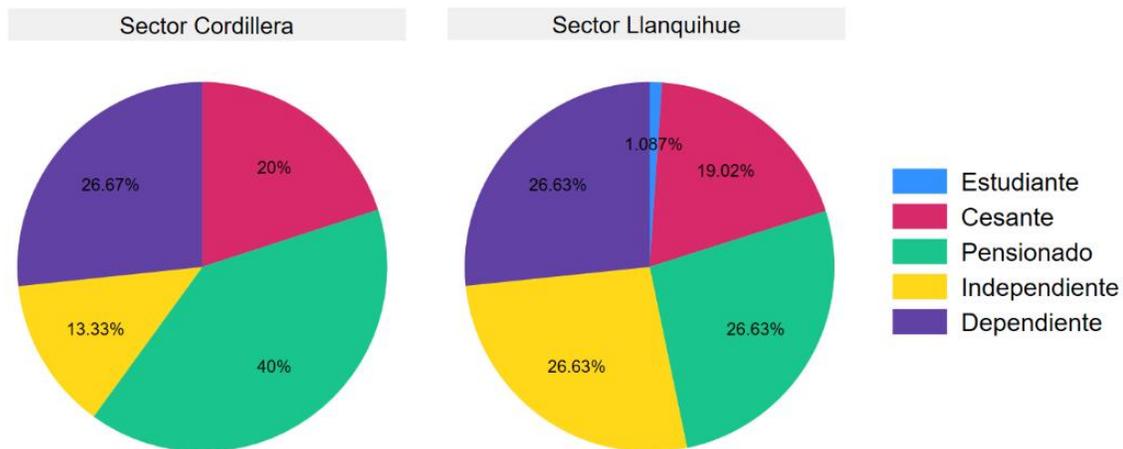


Gráfico. Situación laboral al momento de la entrevista. Elaboración propia en base a datos recolectados en encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidelli López.

SITUACIÓN LABORAL AL MOMENTO DE LA ENTREVISTA POR TERRITORIO (MAC-CLUREN)

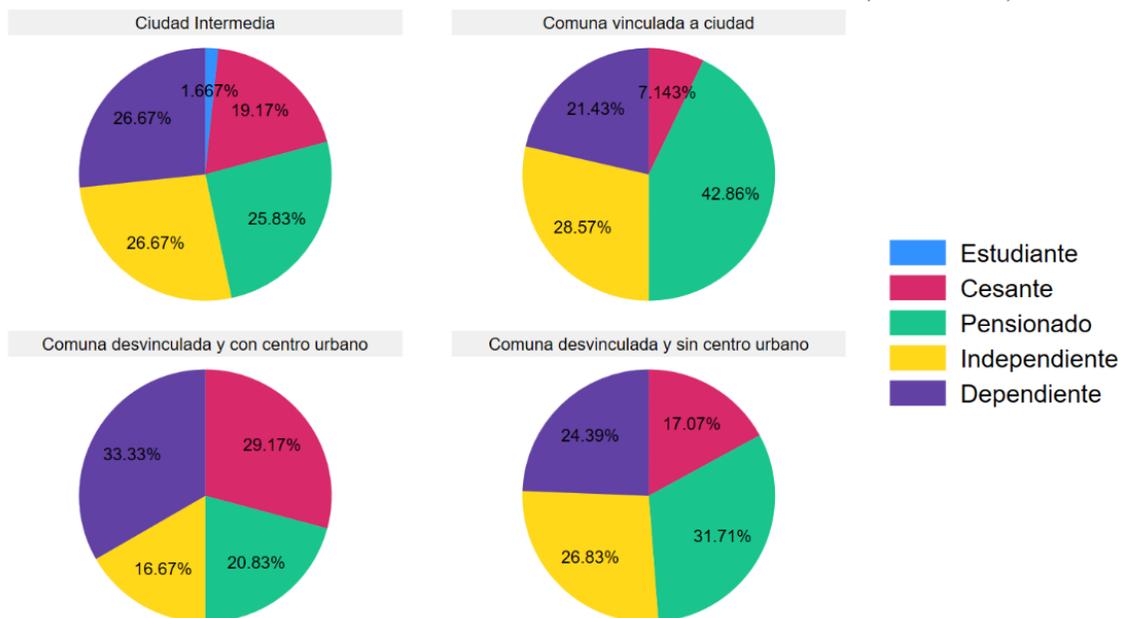


Gráfico. Situación laboral al momento de la entrevista. Elaboración propia en base a datos recolectados en encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidelli López.

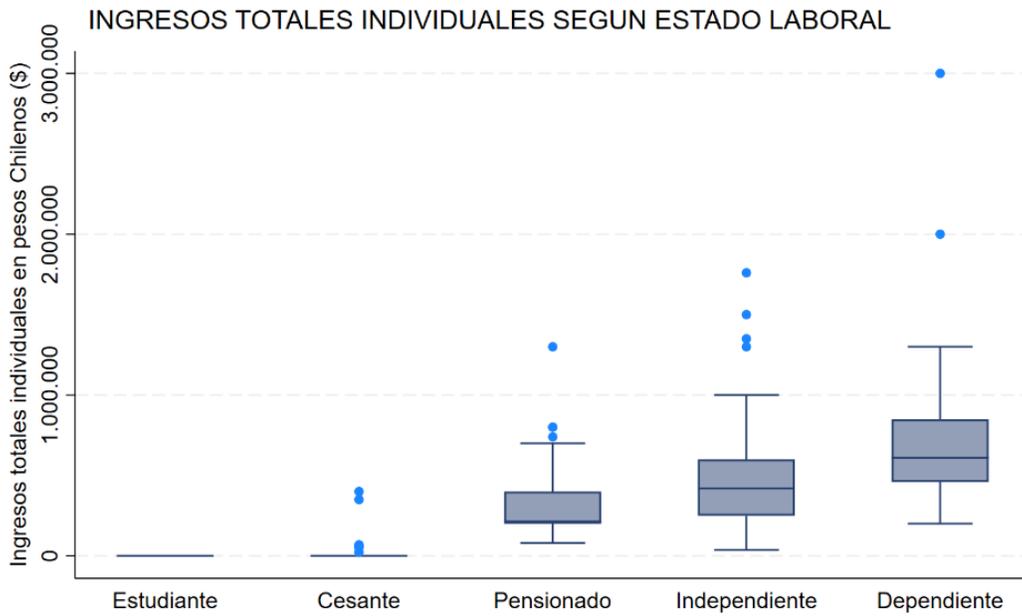


Gráfico. Ingresos totales individuales según estado laboral. Elaboración propia en base a datos recolectados en encuesta de costos de salud. Tesis Mg © Diego Fidelli López.

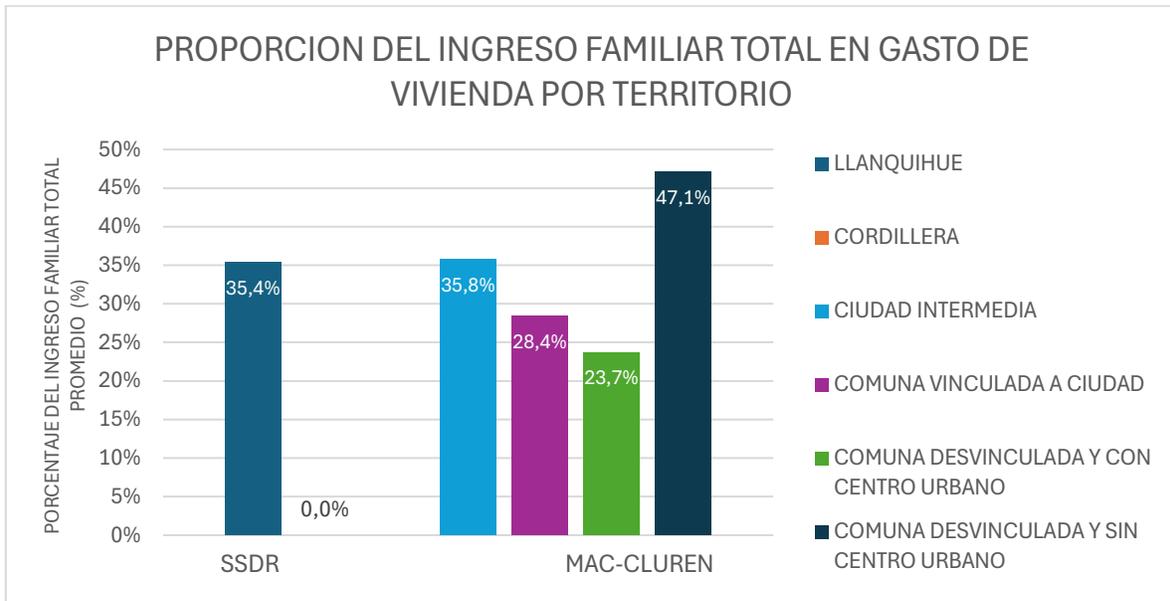


Gráfico. Peso del gasto en vivienda del ingreso familiar total por territorio. Elaboración propia en base a datos recolectados en encuesta de costos de salud. Tesis Mg (c) Diego Fidelli López