



**UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
CARRERA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA**

**EL SISTEMA DE PAGO ASOCIADO A DIAGNOSTICO: ANALISIS DE SUS
BENEFICIOS Y CONOCIMIENTO POR PARTE DE LOS COTIZANTES DE FONASA**

**TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE
ADMINISTRADOR PÚBLICO Y AL GRADO DE LICENCIADO EN
ADMINISTRACIÓN PÚBLICA**

**Alumno
Fernanda Pino Mellado**

**Profesor Guía
Eduardo Araya**

Santiago, 09 de marzo de 2012

INDICE

Introducción.....	4
Fundamentación.....	6

Capítulo 1: Marco Teórico

1.1 Financiamiento de la salud.....	7
1.2 Economía del bienestar.....	9
1.3 Problemática del financiamiento.....	11
1.4 Financiamiento de la salud en Chile.....	12
1.5 Modalidad de libre elección.....	14
1.6 Pago asociado a diagnóstico.....	16
1.6.1 Características del PAD.....	18
1.6.2 Procedimiento de obtención.....	19
1.6.3 Beneficiarios del PAD.....	19
1.6.4 Requisitos.....	20
1.6.5 Documentación.....	20
1.6.6 Elementos que incluye el beneficio.....	21
1.6.7 Fundamentos estratégicos.....	21
1.6.8 Tabla de valores.....	23

Capítulo 2: Marco Metodológico

2.1 Planteamiento del Problema.....	24
2.2 Objetivos generales.....	24
2.3 Objetivos específicos.....	24
2.4 Tipo de estudio.....	25
2.5 Diseño de estudio.....	25
2.6 Población y muestra.....	25
2.7 Identificación de variables.....	26

2.8 Recolección de datos.....	26
2.8.1 La Encuesta	27
2.9 Análisis de datos.....	28
2.9.1 Antecedentes de FONASA.....	28

Capítulo 3: Análisis de Resultados

3.1 Gráficos estadísticos.....	33
--------------------------------	----

Conclusiones	37
---------------------------	----

Bibliografía	39
---------------------------	----

Anexos	40
---------------------	----

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de titulación se fundamenta en los principios del financiamiento de la salud, lo cual se detallará en el marco teórico. “Durante la década de 1980 se reformó la salud en Chile y se creó un concepto dual para asegurar el acceso a la salud”¹, esto significa que se crearon dos modalidades aseguradoras de salud, una estatal llamada FONASA y otra de índole privada que se divide en varias empresas denominadas ISAPRES. Es allí donde nace el concepto de modalidad de libre elección (MLE), el cual tiene distintas aristas que más adelante serán explicadas, del cual nacen diversos tipos de usos y beneficios tanto para los usuarios de FONASA como los de ISAPRES.

Luego de algunos años de instaurada la reforma, durante el gobierno de Eduardo Frei, y como medio para hacer más accesibles las clínicas a sectores medios, descongestionar los hospitales y entregar un mejor servicio (por parte de FONASA) a sus usuarios, se creó el Pago Asociado a Diagnóstico (PAD). Esta modalidad ofrece prestaciones con variados beneficios, como lo es el ofrecimiento de un servicio estandarizado, garantizado y con un precio conocido de antemano en centros de salud privados que tienen convenio con FONASA, previo el diagnóstico del paciente.

En pocas palabras, el paciente debe cancelar un copago, con el único objetivo de hacerlo más conveniente, cercano y viable de pagar para sectores amplios de nuestra población, como son las personas que poseen FONASA tipo B, C y D, estas siglas significa que “Fonasa clasifica a sus beneficiarios en los tramos A, B, C y D

¹ Loyola, V. y M. Vergara, 1994, en La Salud en Chile, Evolución y Perspectivas, editado por Ernesto Miranda, editor, Centro de Estudios Públicos, página 26

de acuerdo a su ingreso imponible”², de esa forma ordena el porcentaje mensual que deben pagar los cotizantes de FONASA, para tener acceso a salud en Chile. Es por ello que, otorgando cifras y estadísticas, se intentará saber qué porcentaje de personas usan este sistema, en los centro de atención de FONASA de las comunas de La Florida, Puente Alto y Providencia. Asimismo se intentará saber qué conocen los usuarios de él y, si lo conocen, por qué no lo usan, si es que fuese así. La presente tesis parte de la premisa que ello se debe a falta de información o un error en la comunicación.

Para ahondar en el tema primero se debe conocer el significado y fundamentación que tiene el financiamiento de la salud, ya que la presente tesis trata de una modalidad de pago, donde el financiamiento de una prestación de salud es subvencionada por FONASA con recursos estatales. La información al respecto que entrega la Organización Mundial de la Salud, OMS, acerca del financiamiento de la salud, sus aristas y objetivos a seguir, siempre estará centrado en entregar las mejores soluciones de salud para la población. Se intentará saber si en el caso del PAD se cumple esta máxima.

Lo anterior, en concordancia con el concepto de la teoría de la economía del bienestar, entregará algunos conceptos útiles para entender mejor la problemática de la presente tesis.

² <http://www.supersalud.gob.cl/consultas/570/w3-article-6304.html>

Fundamentación

Considerando que la calidad de la información corresponde a parte fundamental para hacer efectivos los beneficios que entregan las entidades públicas a la población, en especial si son del ámbito de la salud, es necesario investigar por qué razón en algunos casos no se toman las medidas correspondientes de promoción y difusión de aquellas modalidades que resultan beneficiosas para gran parte de la población

Los beneficios de este sistema dicen relación con mejores precios, ofreciendo incluso pago en cuotas. Ofrece prestaciones de salud para cotizantes de FONASA, permitiéndoles que puedan elegir según su conveniencia entre un centro de salud público o privado, pagando un monto único y conocido previamente, sea donde sea. (Ver prestaciones disponibles y precios en tabla 2.6.8). Todas estas prestaciones son sin listas de espera y con el respaldo que cada “centro de salud privado por ley debe entregar a sus pacientes un servicio óptimo”³.

Justamente es por ello que nace la motivación de esta tesis, al tener la inquietud de saber si los cotizantes de FONASA ocupan el PAD, cuál es la percepción que tienen de él y si para ellos es una real solución a sus problemas de salud.

³ artículo 24 “los prestadores de salud deberán informar, tanto a los beneficiarios y beneficiarias de la Ley Nº 18.469 como de la Ley Nº 18.933, que tienen derecho a las Garantías Explícitas en Salud otorgadas por el Régimen”

CAPÍTULO I

Marco Teórico

1.1 El financiamiento de la salud

De acuerdo a lo estipulado oficialmente por la Organización Mundial de la Salud (OMS), financiamiento de salud se entiende como *“todas las acciones cuyo propósito primario sea promover, restaurar o mantener la salud”*.⁴ Junto con esta definición, establece los siguientes tres objetivos para los sistemas de salud:

- “Mejorar la salud de la población
- Responder a las expectativas de la gente
- Proveer protección financiera para los costos de la salud”⁵

Además, el informe describe las funciones de los sistemas de salud, dentro de las cuales se pueden incluir todas las actividades del sistema. Estas funciones son:

- “Rectoría
- Creación de recursos
- Financiamiento
- Prestación de servicios”⁶

⁴ Informe de Salud OMS 2000 World Health Organization. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Ginebra: WHO, 2000, capítulo 5, página 109

⁵ Informe de Salud OMS 2000 World Health Organization. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Ginebra: WHO, 2000, capítulo 5, página 109

⁶ Informe de Salud OMS 2000 World Health Organization. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Ginebra: WHO, 2000, capítulo 5, página 109

Según la OMS, Organización Mundial de la Salud, el financiamiento se entiende como *“el proceso de recaudación de ingresos para ponerlos a disposición del sistema. Esto se hace para lograr recursos financieros como también para garantizarle a los prestadores de salud que hay disponibilidad de recursos para asegurar que las personas tengan acceso a los centros de salud pública. Existen tres sub-funciones en consecuencia”*⁷:

1.- *“La recaudación de recursos es el proceso mediante el cual el sistema de salud recibe dinero proveniente de los hogares, organizaciones o compañías, así como de donantes”*⁸. Existen entonces muchas fuentes de financiamiento, como son los impuestos generales, las cotizaciones obligatorias para seguridad social en salud, las cotizaciones privadas voluntarias para aseguramiento de salud, el gasto de bolsillo y las donaciones.

2.- *“Luego viene el proceso de “pooling” o mancomunación, el cual se refiere a la acumulación y administración de los fondos y/o recursos antes colectados, procurando un bajo riesgo, cosa de asegurar el pago por el cuidado de la salud de cada persona”*⁹. Sin embargo, este riesgo, recae en todos los miembros del mancomunado y no en cada contribuyente de manera individual, ya que todos son partes de un mismo sistema.

3.-*“Finalmente se produce el proceso de compra, el cual consiste en el pago de dinero proveniente del fondo común a los*

⁷ Informe de Salud OMS 2000 World Health Organization. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Ginebra: WHO, 2000. Capítulo 5, página 109

⁸ Informe de Salud OMS 2000 World Health Organization. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Ginebra: WHO, 2000. Capítulo 5, página 110

⁹ Informe de Salud OMS 2000 World Health Organization. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Ginebra: WHO, 2000. Capítulo 5, página 110

*prestadores de salud para que entreguen un conjunto de servicios de salud*¹⁰ (no necesariamente específico). Esta función puede realizarse de forma pasiva o estratégica. La utilización de incentivos corresponde a la compra estratégica de servicios por parte del mancomunado.

1.2 La economía del bienestar

La economía del bienestar se sustenta en tres principios básicos: *“producción, consumo y equilibrio general. Estos se ven refutados por las características económicas del mercado en la atención de salud, ya que, los servicios médicos violan las suposiciones de la economía del bienestar”*.¹¹ Es así, ya que debiesen existir seguros de compensación económica para regular y estandarizar servicios de salud que sean comunes, de calidad, eficiente y oportunos para todos los sectores sociales. Ello manteniendo protocolos que permitan obtener recursos del Estado, que garanticen plenamente estos servicios, y en algunos casos, de aquellas personas que tengan la condición económica para poder cancelar.

*“Para sustentar esta afirmación se describen cuatro desviaciones del modelo de la economía del bienestar.”*¹²

- *“**Incertidumbre:** El paciente no sabe con certeza si el producto que está pagando efectivamente le devolverá su salud original, también no conoce el precio exacto del producto que va a consumir y en cuanto tiempo hará efecto.”*¹³ Como se detallará más adelante, el sistema del PAD rompe con toda esta

¹⁰ Informe de Salud OMS 2000 World Health Organization. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Ginebra: WHO, 2000. Capítulo 5, página 111

¹¹ Traducción del libro de A. Vtsky: Op. Cit., Capítulo 3, página 31

¹² Traducción del libro de A. Vtsky: Op. Cit., Capítulo 3, página 31

¹³ Traducción del libro de A. Vtsky: Op. Cit., Capítulo 3, página 31

incertidumbre, producto de un cambio de paradigma en el modo de operar ante un problema de salud.

- **“Brecha de información:** *En este caso el Doctor tiene más información que el paciente, por lo cual fácilmente podría engañarlo para cobrar más honorarios, y también no se sabe si el tratamiento realmente funciona hasta que ya esta pagado”.*¹⁴ Esta brecha se presenta por falta de protocolos claros y estandarizados en las atenciones a pacientes, y en algunos casos por faltas éticas de profesionales de la salud.
- **“Racionalidad:** *El consumo de salud pierde racionalidad en el momento en que está en juego la vida de alguien querido o la propia, por lo cual el costo es invaluable para aquel que esté en una situación de riesgo, por lo cual es totalmente irracional su actuar y economía en esos momentos.”*¹⁵ Esto sucede ya que la mayoría de las personas no dudaría poner en riesgo o directamente romper su economía por salvar la vida de un ser querido. Aquí el gasto de recursos no es tomado en cuenta en forma lógica ni racional, a pesar de que en muchos casos esto tenga sentido.
- **“Demanda versus necesidad:** *La demanda literalmente no existe ya que la necesidad no es propia del paciente, sino mas bien es creada por el médico que a nombre del paciente ordena un tratamiento, por lo cual es una necesidad impuesta no antojada por el paciente en cuestión.”*¹⁶ Muchas veces esto sucede para que centro de salud donde la persona se atiende pueda realizar más exámenes, obtener más días de hospitalización o entregar otro

¹⁴ Traducción del libro de A. Vtsky: Op. Cit., Capitulo 3, página 32

¹⁵ Traducción del libro de A. Vtsky: Op. Cit., Capitulo 3, página 33

¹⁶ Traducción del libro de A. Vtsky: Op. Cit., Capitulo 3, página 35

servicio que les otorga un beneficio económico, pero que claramente no es del todo necesario.

1.3 La problemática del financiamiento

El financiamiento de la salud siempre ha sido y será relevante para sustentar y garantizar un servicio de salud de calidad, ya sea privado o público. Según el profesor Brian Abel Smith, *“muchos países en vías de desarrollo están insatisfechos con sus servicios de salud. Una causa de ello es el limitado financiamiento disponible en períodos de ajuste estructural. Una segunda razón estriba, sin embargo, es la falta de motivación del personal que labora en ellos, en recursos que no se aprovechan cabalmente y en un trato insuficientemente cortés y respetuoso a los pacientes.”*

17

Ante ello, se puede deducir que el financiamiento de la salud es un problema a resolver para todos los países y más aun para los países que están en vías de desarrollo, como lo es Chile y la gran mayoría de los países de Latinoamérica, por lo tanto es una variable a resolver. En resumen, el financiamiento de la salud siempre ha sido un problema pendiente, pero no una prioridad para los países que están en vías del desarrollo, ya que deben preocupándose de otras variables para ellos más importantes, como es la radicación de la pobreza por ejemplo.

En la mayoría de los países el sistema de financiamiento de la salud debe pasar primero por mantener costos bajos, lo cual en la mayoría de las veces, termina perjudicando al paciente, ya que su prestación de salud no es oportuna y muchas veces con un mal

¹⁷ BRIAN ABEL-SMITH. Profesor del Departamento de Ciencias Sociales y Administración, London School Economics and Political Science. Abel-Smith, B. The Hospitals 1800-1948. Heinemann, 1984.

nivel de servicio, y esto considerando que todo cotizantes paga mensualmente un porcentaje de sueldo por su previsión de salud. Este problema pasa por mantener costos bajos sin medir bien las consecuencias y sin tener los niveles de control para que esto no pase.

En cada país se toman *determinaciones distintas para no subir los costos y mejorar la calidad*. *“Otra forma de mantener los costos bajo control es hacer que el paciente pague una parte de ellos. En Corea del Sur, las visitas al médico aumentaron desde 4,8 por persona al año en 1980 a 7,4 en 1985, lo que sólo se verificó luego que los copagos fueron más que duplicados. Pero a esas alturas se le exigía al paciente que pagara el 65% del costo de la consulta médica.”*¹⁸ Tal vez, si el copago hubiese sido sin un aumento en el costo de la consulta, se hubiese visto más incrementado el porcentaje de uso del sistema a través del tiempo y las personas se abrían visto mayormente beneficiadas.

1.4 Financiamiento de la salud en Chile

En Chile el financiamiento de la salud es mediante diversas formas de obtención de recursos financieros. Sus principales fuentes son:

- *“Las cotizaciones obligatorias (por ley) equivalentes a un 7% del sueldo de un trabajador dependiente*
- *Recursos financieros que provienen del presupuesto nacional, los cuales son destinados en forma directa a FONASA.”*¹⁹

¹⁸ Kim, Y. K. "Health Care Financing in Korea." Seminario en tomo al financiamiento de la salud. Asían Development Bank, Manila, 1987.

¹⁹ www.fonasa.cl, 2011

Chile presenta dos modalidades para asegurar la salud, una pública y otra privada. La primera es administrada por un *“organismo llamado FONASA (Fondo Nacional de Salud) los cuales al 31 de diciembre del 2010 ascendían a la cifra de 12,7 millones de personas, es decir, el 75% de la población de Chile”*²⁰, mientras que el segundo se ejecuta a través de diversas empresas intermediarias denominadas ISAPRES. Son las dos modalidades a las que puede optar un trabajador al momento de pagar sus cotizaciones mensuales.

En el caso de FONASA cumple con dos funciones: *“como caja de recolectaría y también como administrador de los recursos públicos, además de actuar como seguro para el cotizante y sus cargas”*²¹. Aquí todos los cotizantes tienen derecho al mismo paquete de beneficios, sin importar el nivel de su contribución realizada. En esta orientación, el FONASA incorpora mecanismos financieros de redistribución de ingresos desde las personas de mayores ingresos hacia las de menores ingresos.

Junto con la redistribución de ingresos, también opera la solidaridad típica de un sistema de seguros de salud que debe hacerse cargo tanto de personas sanas como enfermas. Ambas están bajo la responsabilidad financiera de FONASA. Así es el caso de las personas clasificadas como indigentes y que por su condición de precariedad, no tienen capacidad de contribución. Los beneficiarios indigentes reciben atención gratuita en los consultorios de atención primaria de las municipalidades y, en casos de mayor complejidad, *“en los establecimientos hospitalarios*

²⁰ Cuenta Pública FONASA, 2010-2011, página 5

²¹ Cuenta Pública FONASA, 2010-2011, página 4

del sistema público (modalidad institucional), cumpliéndose con ello el objetivo de ser un fondo solidario²².

Asimismo, las personas que cotizan y sus dependientes, pueden atenderse en el sistema público de salud (modalidad institucional) o recibir atención médica con proveedores privados mediante la *“modalidad de libre elección del FONASA, para lo cual se debe efectuar un copago por los servicios recibidos²³”*.

En la Cuenta Pública del FONASA (2011), La red de prestadores de la modalidad institucional está constituida por los servicios de salud pertenecientes al SNSS, bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud, y los consultorios de atención primaria bajo la responsabilidad de los municipios. Actualmente alrededor de 75% de las camas hospitalarias con que cuenta el país pertenecen al SNSS. En la modalidad de libre elección los beneficiarios pueden acudir a proveedores privados debidamente inscritos en el FONASA.

1.5 La modalidad de libre elección (Las M.L.E.)

“El Ministerio de Salud establece normas técnico administrativas para la aplicación del arancel del régimen de prestaciones de salud (Libro II DFL N° 1 del 2005), y en ello se establece el concepto de Modalidad de Libre Elección²⁴”.

En la Cuenta Pública del FONASA (2011), se establece que: *Esta es una de las modalidades de atención que establece el Libro II, bajo la tuición y fiscalización del Fondo Nacional de Salud. Aquí el beneficiario elige libremente al profesional y/o entidad, ya sea del*

²² Cuenta Pública FONASA 2011, Página 9

²³ Cuenta PÚBLICA FONASA 2011, Página 9

²⁴ Cuenta Pública FONASA 2011, página 9

sector público o privado. La única condición es que este prestador se encuentre inscrito en el Rol de FONASA, haya celebrado convenio con éste y otorgue las prestaciones que se requieran.

De este modo los afiliados a Fonasa pueden consultar a los profesionales e instituciones de salud en convenio para buscar su conveniencia, de acuerdo a lugar de atención, percepción de calidad u otro elemento que el afiliado desee considerar. *“Bajo esta modalidad las personas pueden encontrar médicos, matronas, enfermeras, psicólogos, protesistas, tecnólogos médicos, químicos farmacéuticos, fonoaudiólogos y kinesiólogos, además de laboratorios clínicos, centros radiológicos y de diálisis, centros de diagnósticos, clínicas, hospitales privados y públicos”²⁵.*

En la página web de FONASA (www.fonasa.cl 2011), Cabe destacar que sólo aquellos clasificados en los grupos B, C y D de FONASA pueden optar a la Modalidad de Atención de Libre Elección. Esto porque este segmento de personas son aquellas que cotizan (pagan) mensualmente su 7% en salud, mientras que las del grupo A quedan excluidas ya que deben ser atendidas gratuitamente, y sólo las entidades de salud pública tienen el deber de responder por ley ante dicha labor.

A través de los últimos años los cotizantes de FONASA han optado por usar dicho derecho, comprendiendo que este otorga una mayor libertad, acceso y calidad de atención. Es así como en la página web de FONASA (www.fonasa.cl 2011) desde un 39.3% a un 49,6% aumentó en los últimos 8 años el uso de la modalidad libre elección (MLE), que se concreta fundamentalmente en los centros privados. “De la misma forma en la actualidad, la mitad de las atenciones médicas otorgadas por los centros privados, corresponden a usuarios Fonasa (B, C y D).

²⁵ www.fonasa.cl, 2011

En Chile, según datos de FONASA de su web (www.fonasa.cl 2011), hay más de diez millones de pacientes que demandan salud privada en nuestro país. Ello se desglosa entre los beneficiarios de FONASA de los grupos B, C y D que pueden acceder a la Modalidad Libre Elección; los beneficiarios de ISAPRES y personas que no tienen ningún sistema previsional, pero que eventualmente cuentan con ingresos para financiar préstamos de salud o simplemente recurren a gastar de su bolsillo.

Asimismo en la página web de FONASA (www.fonasa.cl 2011), se informa que en Chile se realizan más de 146 millones de prestaciones médicas cada año, considerando a los pacientes que provienen de Fonasa (70%) y los que son parte de una Isapre u otro sistema (30%). De ese total, el 44% de las atenciones se realizan en Clínicas y Centros Privados de Salud, lo que ratifica que muchos de los pacientes Fonasa (MLE) eligen la medicina privada.

Este es un nuevo y creciente fenómeno social de la salud en Chile. En la Cuenta Pública del FONASA (2011), se informa que los pacientes de más bajos ingresos ya no sólo se atienden en el sistema público, sino también acuden a centros privados. El origen de la previsión no determina la condición de atención de los chilenos en los distintos centros hospitalarios. Al parecer buscan satisfacción usuaria a partir de una mayor cantidad de información, acceso, comodidades y calidad asistencial.

1.6 El Pago Asociado a Diagnóstico (PAD)

El PAD es un programa enfocado a los beneficiarios de la Modalidad de libre elección de FONASA. El origen del PAD fue “con el objeto de incentivar la eficacia en la atención médica y

promover la eficiencia en la administración de los recursos destinados a la atención del paciente.”²⁶ De este modo, se establece un esquema de retribución financiera o premio a la eficiencia, toda vez que el costo de la resolución de la patología sea, en promedio, inferior al precio definido en el PAD. Esto quiere decir que, al mismo tiempo que los *“cotizantes pagan mensualmente el 7% de su sueldo como concepto de seguro de salud, el sistema PAD les retribuye o beneficia para que, por copagos (precio que se paga luego del deducible), puedan comprar programas con aproximadamente un 25% de su valor real sobre precios estándar publicados por FONASA. Para dar un ejemplo, en el caso de los partos, el precio oficial publicado por FONASA es de \$ 906.640, y quienes se acogen al sistema PAD sólo se pagan \$ 226.410”*²⁷.

No sólo garantizaba un mayor acceso, sino también una estandarización de los precios, ya que la cuenta clínica es conocida desde antes de ingresar al pabellón, y esta no puede ser modificada, existan o no complicaciones u otras aplicaciones que se deban realizar.

Esta solución de salud genera un incentivo a la calidad por sobre la cantidad de prestaciones realizadas. El proveedor de salud debe buscar entonces la combinación óptima de recursos para lograr el objetivo deseado de mejorar al paciente.

El sistema PAD presenta problemas potenciales típicos a los pagos asociados a diagnóstico, como el incentivo a hacer menos en cada paciente. Ello tiene un gran riesgo de estimular soluciones más baratas sin la incorporación de nuevos materiales, que son más costosos. El Dr. Francisco Olivari Director Área de Proyectos

²⁶ Cuenta Pública FONASA, 2010-2011, página 34

²⁷ www.fonasa.cl, 2011

Clínica Dávila dice que *“también aparecen incentivos a que los hospitales y clínicas se especialicen en aquellos PAD ligados a especialidades mejor potenciadas en cada centro de salud. Y lo importante es que la solución debe estar garantizada, sino, por el contrario, existen argumentos legales para exigir compensación o incluso acciones que puedan desprestigiar a un centro de salud, asunto que hoy en día, producto de la fuerte competencia, pocos están dispuestos a poner en juego”*.

En resumen, el PAD consiste en permitir *“al asegurado del Fondo Nacional de Salud (FONASA) conocer por anticipado el valor total de la cuenta, en aquellas prestaciones de salud inscritas en los establecimientos de salud privados que tienen convenio con FONASA.”*²⁸ Se trata de *“un conjunto de prestaciones previamente estandarizadas que permite resolver en forma integral un diagnóstico o patología determinada.”*²⁹

1.6.1 “De acuerdo a FONASA sus características son:

- *Permite conocer la cuenta en forma anticipada.*
- *Tiene valor único, sin recargo por nivel de inscripción del prestador, ni recargo por horario de la atención.*
- *Considera tanto la resolución del problema de salud asociado al PAD como las complicaciones derivadas de la patología del paquete”*³⁰.

Incluye en su valor los honorarios de todo el equipo profesional, los valores totales de los días camas y el derecho de pabellón, así como también, los medicamentos e insumos utilizados durante la

²⁸ <http://www.chileclic.gob.cl/1542/w3-article-46685.html> (pagina web del gobierno de Chile)

²⁹ <http://www.supersalud.gob.cl/consultas/570/w3-article-5135.html>

³⁰ <http://www.chileclic.gob.cl/1542/w3-article-46685.html> (pagina web del gobierno de Chile)

hospitalización y todas las prestaciones necesarias para resolver integralmente la patología correspondiente al PAD.

1.6.2 “El procedimiento de obtención es el siguiente:

- *Al solicitar el PAD y siempre que cumpla con los requisitos, se confirma la condición de afiliado a Fonasa mediante la lectura de la huella dactilar.*
- *Una vez acreditado el asegurado en las bases de datos de Fonasa, se emite el bono de atención por el código del PAD solicitado.*
- *Si el asegurado lo requiere, puede solicitar un préstamo médico³¹.*

1.6.3 Es un beneficio dirigido a:

Todos los cotizantes y sus respectivas cargas legales respectivas, es decir, *“trabajadores dependientes con contrato laboral indefinido o temporal (turnos o jornadas, obra o faena), independientes, pensionados y cesantes con subsidio de cesantía.”*³² En definitiva los siguientes grupos de afiliados pueden obtener un PAD, y son los siguientes según FONASA expresados en la Cuenta Pública del FONASA (2011): Grupo B, aquel conformado por afiliados cuyo ingreso no excede el ingreso mínimo mensual aplicable a las personas entre 18 y 65 años de edad (actualmente bajo \$182.000). Grupo C, asegurados cuyo ingreso está entre el ingreso mínimo mensual y 1,46 veces dicho monto. Si los beneficiarios que dependen de este afiliado, siendo tres o más, serán considerados grupo B (actualmente entre \$182.000 y \$ 265.720). Y por último, el grupo D, que está compuesto por afiliados cuyo ingreso es

³¹ <http://www.chileclic.gob.cl/1542/w3-article-46685.html> (pagina web del gobierno de Chile)

³² <http://www.chileclic.gob.cl/1542/w3-article-46685.html> (pagina web del gobierno de Chile)

superior a 1,46 veces el ingreso mínimo mensual. Si los beneficiarios que dependen de este afiliado son tres o más personas, serán considerados grupo C (actualmente sobre \$ 265.720).

1.6.4 Requisitos para optar al beneficio del PAD:

“Para obtener un PAD la persona debe ser asegurado de FONASA”³³ Esto es a través de la incorporación a FONASA como beneficiario del Sistema Público de Salud, lo que “se produce automáticamente cuando una persona, que no ha optado por afiliarse a alguna Isapre y adquiere la calidad de Trabajador dependiente, incluidos los contratados por turnos o jornadas, obra o faena, que cotizan el 7% de su remuneración imponible para salud en FONASA.”³⁴

1.6.5 Documentos que se requieren para obtención del PAD:

El establecimiento en convenio con FONASA, elegido por el asegurado para atenderse por esta forma de pago, *“debe confeccionar un programa de atención de salud, que entregará al interesado para que este lo entregue antes de su hospitalización en una sucursal de FONASA para su valorización y pago.”³⁵* En resumen, el centro de salud escogido por el paciente genera el programa de salud con la orden respectiva y luego de paga en FONASA, sólo presentando carnet de identidad y pulsando la huella digital.

³³ <http://www.chileclic.gob.cl/1542/w3-article-46685.html>

³⁴ <http://www.supersalud.gob.cl/consultas/570/w3-propertyvalue-2775.html>

³⁵ <http://www.supersalud.gob.cl/consultas/570/w3-propertyvalue-2775.html>

1.6.6 El valor del bono incluye:

Según la página web de FONASA (www.fonasa.cl 2011), todas las prestaciones necesarias para el tratamiento y hospitalización. El valor ya cancelado nunca se podrá incrementar luego de entregado el servicio médico. Los Honorarios médicos; Exámenes-diagnósticos. Todos lo que sean necesarios para dar respuesta y resolución al problema de salud. Los valores de día cama; derecho de pabellón, medicamentos e insumos utilizados durante toda la hospitalización. Si los días de cama se incrementan producto de alguna complicación tampoco se cobra adicional.

También considera el tratamiento de las complicaciones y hospitalización derivadas directamente de la enfermedad tratada que aparezcan hasta un periodo de 15 días posteriores al alta.

1.6.7 Sus fundamentos Estratégicos son:

- **Mayor Eficiencia en la Atención**

“Incentiva la eficiencia técnica en la atención al paciente, ya que el pago se asocia a la resolución de la patología”³⁶. Esto significa que el prestador de salud se preocupará de encontrar la combinación óptima de recursos para lograr el objetivo deseado de mejorar al paciente.

- **Mayor Eficiencia Económica**

Incentiva la eficiencia económica, “dado que si resuelve la patología con menos acciones que las contenidas en la canasta promedio, manteniendo el estándar de calidad, el prestador de salud obtiene un excedente financiero de libre disponibilidad”³⁷.

³⁶ www.fonasa.cl (2011)

³⁷ www.fonasa.cl (2011)

- **Incluye todos los Costos**

Facilita la programación de actividades y acciones de salud, dado que “se incluyen todos los costos (prestaciones médicas, exámenes, insumos, medicamentos, días cama, derechos de pabellón y honorarios profesionales)”³⁸.

- **Menor Incertidumbre para el Usuario**

“El beneficiario conoce de antemano el valor de la atención o programa de salud”³⁹, lo que reduce su incertidumbre respecto al costo de la atención, ya que no deberá pagar más que lo que establece FONASA como copago.

- **Menores Trámites Administrativos**

“Al utilizar este mecanismo de pago, FONASA cobra exactamente al beneficiario, el copago correspondiente a la atención otorgada y paga al prestador un solo pago”⁴⁰, el valor de la atención definido por el PAD. De esta manera, el prestador verá reducidos los trámites administrativos relativos a efectuar cobros, por concepto de diferencias no bonificadas por FONASA.

³⁸ www.fonasa.cl

³⁹ www.fonasa.cl

⁴⁰ www.fonasa.cl

1.6.8 Tabla de prestaciones PAD y valores⁴¹

Código	Tratamientos e Intervenciones Quirúrgicas	Valor Total	Copago Asegurados	Bonificación FONASA
2501001	Colelitiasis	1.197.870	718.720	479.150
2501002	Apendicitis	768.970	480.610	288.360
2501003	Peritonitis	969.220	581.530	387.690
2501004	Hernia abdominal simple	559.730	335.840	223.890
2501005	Hernia abdominal complicada	786.440	471.860	314.580
2501006	Tumor maligno de estómago	1.426.780	856.070	570.710
2501007	Úlcera gástrica complicada	975.650	585.390	390.260
2501008	Úlcera duodenal complicada	942.950	565.770	377.180
2501009	Parto	905.640	226.410	679.230
2501010	Embarazo ectópico	562.990	337.790	225.200
2501014	Enfermedad crónica de las amígdalas	446.350	267.810	178.540
2501015	Vegetaciones adenoides	383.480	230.090	153.390
2501016	Hiperplasia de la próstata	930.810	558.490	372.320
2501017	Fimosis	372.120	223.270	148.850
2501018	Criptorquidia	623.490	374.090	249.400
2501019	Ictericia del recién nacido	111.200	66.720	44.480
2501021	Cataratas (no incluye lente Intraocular)	715.540	429.320	286.220
2501022	Trasplante renal	4.452.980	3.268.490	1.184.490
2501026	Prolapso anterior o posterior	840.050	504.030	336.020
2501027	Tumores y/o quistes intracraneos	2.787.680	2.285.900	501.780
2501028	Aneurismas	3.385.350	2.843.690	541.660
2501029	Disrafias	2.386.420	2.052.320	334.100
2501030	Hernia del Núcleo Pulposos (cervical, dorsal, lumbar)	1.456.900	1.165.520	291.380
2501031	Acceso vascular simple (mediante FAV) para hemodiálisis	408.500	204.250	204.250
2501032	Acceso vascular complejo (mediante FAV) para hemodiálisis	612.740	306.370	306.370
2502001	Diagnóstico Infección Tracto Urinario (I.T.U.)	38.600	19.300	19.300
2502002	Hemorroides	342.250	171.130	171.120
2502003	Várices	336.600	168.300	168.300
2502004	Varicocele	289.150	144.580	144.570

⁴¹ www.fonasa.cl (2011)

CAPITULO II

MARCO METODOLOGICO

2.1 Planteamiento de problema

El presente trabajo de titulación pretende conocer si los cotizantes de FONASA conocen el sistema de pago asociado a diagnóstico (PAD). Además, se busca saber la percepción tienen de él y si lo usarían luego de conocer sus cualidades.

2.2 Objetivo General

Saber si los cotizantes de FONASA conocen el sistema de Pago Asociado a Diagnostico, si conocen sus beneficios, y si harían uso de él.

2.3 Objetivos específicos

- Conocer porcentualmente cuáles son los niveles de conocimiento que tienen los cotizantes de FONASA acerca del sistema PAD.
- Conocer cuánto ha aumentado el uso del sistema de Pago Asociado a Diagnostico a través de estadísticas anuales de FONASA que muestren la tendencia.
- Saber, si una vez conocida la oferta del PAD, los cotizantes de FONASA usarían o no este sistema, encontrándolo conveniente o no para ellos.

2.4 Tipo de estudio

“La investigación a realizarse será de tipo exploratoria descriptiva”⁴², ya que con la información obtenida se permite conocer o identificar algún fenómeno determinado y sólo cuenta con una población la cual se pretende conocer en función de una o un grupo de variables. De igual modo el estudio es retrospectivo ya que el fenómeno a estudiarse presenta un efecto en el presente y se busca la causa en el pasado. Para la presente investigación se comprende que los resultados de la encuesta son entregados luego de haber sido analizados y estudiados, por lo que muestra datos ya obtenidos hace algunos meses.

2.5 Diseño de estudio

El diseño de investigación es no experimental y transversal, ya que el estudio se mide o realiza una sola vez y de inmediato procede a su descripción o análisis; se miden las características de uno o más grupos de unidades en un momento dado, sin pretender evaluar la evolución de esas unidades.

2.6 Población y Muestra

Se denomina población, “A los sujetos u objetos de estudio. Estos dependen del planteamiento inicial de la investigación”⁴³ a la totalidad de individuos que conforman el lugar de donde se recolectará la información en una fecha determinada a investigar. La presente tesis reconoce como universo a todas las personas que se encuentran afiliadas al sistema de FONASA dentro de las comunas de Providencia, La Florida y Puente Alto. En tanto, la

⁴² Hernández Sampieri 1998, Metodología de la investigación, capítulo 3, página 200

⁴³ Hernández Sampieri 1998, Metodología de la investigación, capítulo 3, página 204

muestra se entiende como un grupo pequeño obtenido de un todo más grande que es la población.

De igual modo la encuesta se aplicó en la Región Metropolitana, obteniendo una muestra sesgada, que no tiene validez representativa ni estadística, ya que no se efectuó a nivel nacional, pero que si otorga validez al estudio, ya que entrega cifras e información que a su vez permiten obtener respuesta a la pregunta investigativa de esta tesis.

En este caso las personas fueron encuestadas al azar en los centros de atención de FONASA de las comunas de La Florida, Providencia y Puente Alto. Para responder las preguntas que generaron el presente trabajo de tesis se realizaron un total de 200 encuestas, divididas en las comunas ya mencionadas.

2.7 Identificación de las variables

“Se reconoce como variable a cualquier característica de objetos, animales y personas, es decir, de una unidad de análisis, que puede tomar diferentes valores, siempre relevantes para investigación”. Dentro de la presente tesis se reconoce como una variable cualitativa el hecho de estar afiliado a FONASA, y dentro de las variables cuantitativas el estar entre los 18 y los 65 años de edad. Para escoger los encuestados no se tomaron más variables en cuenta.

2.8 Recolección de datos

La investigación es de tipo bibliográfico y de campo. Bibliográfico, porque se hizo uso de lectura y consulta de libros, tesis, folletos, revistas, boletines y cualquier otro tipo de información escrita que se considere importante y necesaria para realizar la investigación. De campo, porque se realizaron encuestas a 200 personas para

poder obtener resultados. Para ello se contó con la colaboración de 3 personas encargadas en aplicar las encuestas. En este contexto no fueron necesarias autorizaciones, ya que la comunicación con los entrevistados se realizó mientras se retiraban del establecimiento de FONASA. Al estar en terreno público y no estar publicitando producto alguno, no fue necesario obtener permiso municipal, ni de ninguna otra índole. La encuesta que valida el presente estudio se realizó en un plazo de 20 días, entre el día 13 y 23 de enero de 2012.

El instrumento de análisis del presente trabajo de tesis es un cuestionario diseñado con preguntas cerradas y de opción múltiple, dirigido a usuarios de FONASA. Los datos obtenidos serán analizados y comparados entre los resultados arrojados por cada encuesta.

Para el análisis se utilizará información proveniente de distintos sectores. En primer lugar se describirá cómo se ha detectado el problema utilizando cuadros y gráficos que consolidan la información de la encuesta, poniendo especial atención en el uso que le dan los cotizantes de FONASA al PAD, motivo de la presente investigación. Luego se realizará una descripción de la muestra, y se procederá con el análisis de los datos obtenidos.

2.8.1 La encuesta

Se realiza una encuesta de 7 preguntas en las oficinas de atención de FONASA, ya que en aquella institución se encuentran la mayor cantidad de cotizantes de tipo B, C y D, que son los cotizantes que pueden optar a los beneficios del PAD. La encuesta será sobre el conocimiento que tiene los usuarios del sistema acerca del PAD, y también saber por qué razón no lo utilizan.

El universo de los cotizantes de FONASA tipo B, C y D que realizan esta encuesta serán los que representan una muestra lo bastante homogénea a la realidad del país. Por ello se considera, para efecto de los cálculos estadísticos, una población infinita.

La muestra consiste en 200 cotizantes encuestados en las oficinas de FONASA en las comunas de La Florida, Puente Alto, y Providencia. (Para ver encuesta ir a ANEXOS).

2.9 Análisis de datos

Este trabajo busca obtener porcentajes de todas las respuestas arrojadas en las encuestas, las que permitirán responder la pregunta investigativa de la presente tesis.

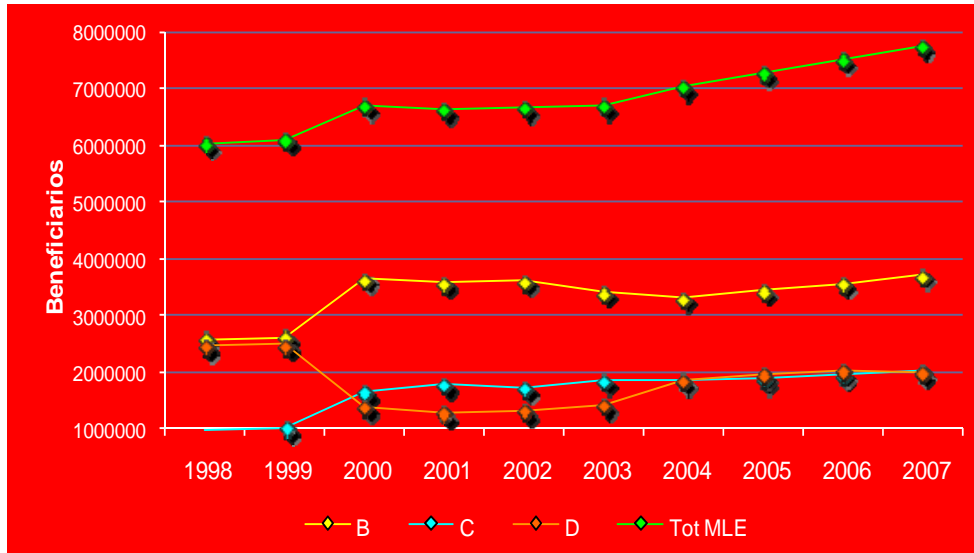
2.9.1 Antecedentes de FONASA.

El cuadro que se expondrá a continuación corresponde a la información consolidada que se da entre los “años 2001 al 2011, acerca de la utilización del PAD de FONASA”⁴⁴, se ha estudiado el cuadro correspondiente con los periodos, los cuales preceden a la fecha de la investigación en terreno, es decir, representa el comportamiento anterior.

⁴⁴ www.fonasa.cl (2011)

Beneficiarios FONASA, Modalidad Libre Elección PAD

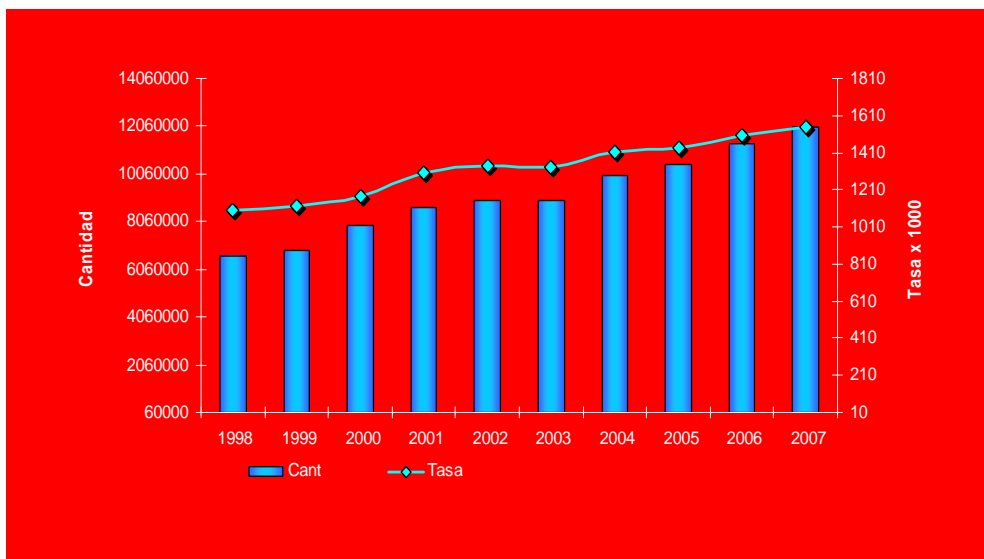
Evolución Modalidad Libre Elección PAD⁴⁵



Se observa que la tendencia de los usuarios del sistema PAD va en alza en el tiempo, lo cual indica incremento en el interés por parte de los cotizantes para acceder a este beneficio. También se puede destacar los distintos comportamientos según grupo de cotizante. Se puede ver que el cotizante tipo B siempre va en alza como usuario del sistema, en cambio el cotizante tipo C también va en alza, pero más pausadamente que el B. Luego tenemos al cotizante tipo D, el cual al principio empieza utilizando los beneficios y luego entre el 2000 y 2003 baja su consumo de los PAD para luego aumentar del 2004 al 2007.

⁴⁵ www.fonasa.cl, (2011)

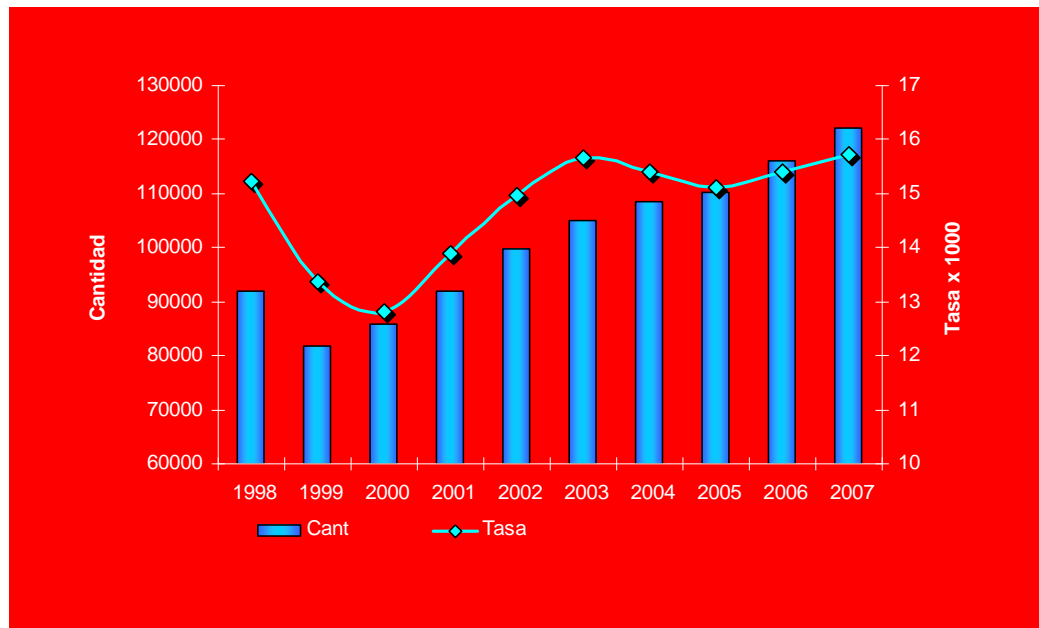
Atenciones Médicas PAD⁴⁶



Se manifiesta en este gráfico un aumento en las prestaciones PAD por número de habitantes, lo cual es beneficioso para el sistema, la equidad y el acceso a prestaciones de salud eficiente y oportuna. Pero a su vez para ser 9 años los expresados en el gráfico el incremento es muy leve, considerando el tiempo que lleva esta modalidad desde su inicio en 1995 y que la población de Santiago ha crecido en casi 3 millones de personas durante este período. Justamente aquí nace la interrogante y la intención de estudiar el tema, ya que si supuestamente es tan bueno este sistema, por qué hay tanta gente que aún no lo usa. La premisa de esta tesis es que se debe a falta de información hacia los usuarios.

⁴⁶ www.fonasa.cl, (2011)

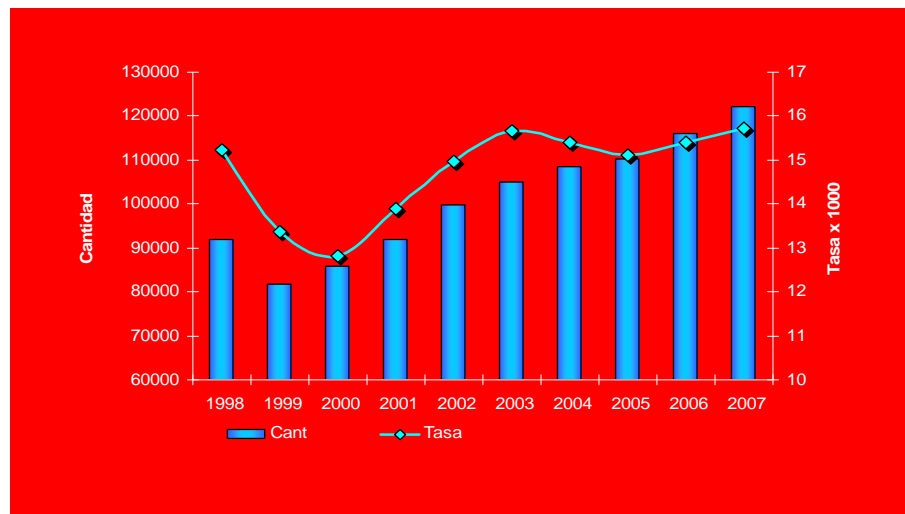
Patologías del PAD, Cantidad y Tasa por 1000 Beneficiarios ⁴⁷



Las patologías también han ido en aumento, lo cual genera mayor uso del sistema, lo que se traduce en una mayor cantidad de gente satisfecha y con una solución concreta sobre su problema de salud. Este incremento sostenido se ha debido a que las clínicas han entendido que los sectores medios han crecido mucho y se han transformado en un público importante para ellos, atrayéndolos en muchos casos con ofertas derivadas de las oportunidades que ofrece el sistema PAD.

⁴⁷ www.fonasa.cl, (2011)

Días Cama, Cantidad y Tasa ⁴⁸



Los días cama también tienen un aumento en la variable tiempo, ya que esto se coincide con el aumento en el número de atenciones, puesto que al ser quirúrgicas, todas necesitan cierto número de días para su recuperación.

En los gráficos de tendencia publicados por FONASA se demuestra una clara tendencia al alza en el uso del sistema PAD, lo cual demuestra la utilización y, por ende, la aprobación a priori del uso de este sistema como alternativa en búsqueda de una solución de salud.

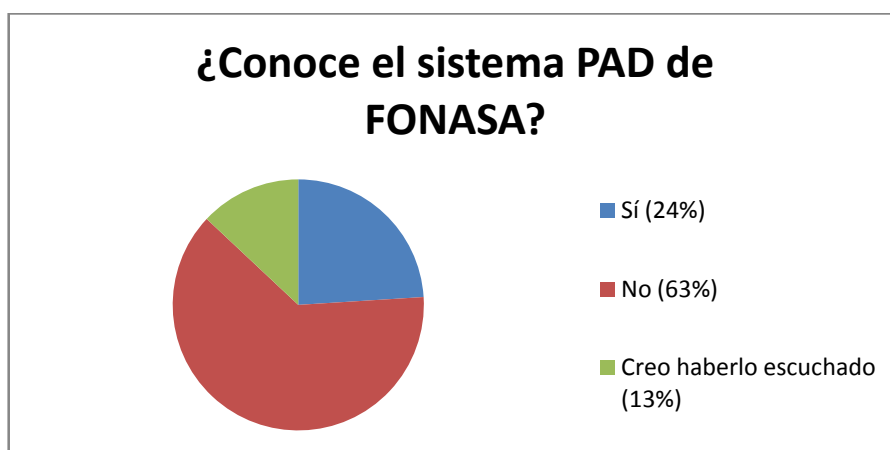
⁴⁸ www.fonasa.cl, (2011)

Capítulo III

ANÁLISIS DE RESULTADOS

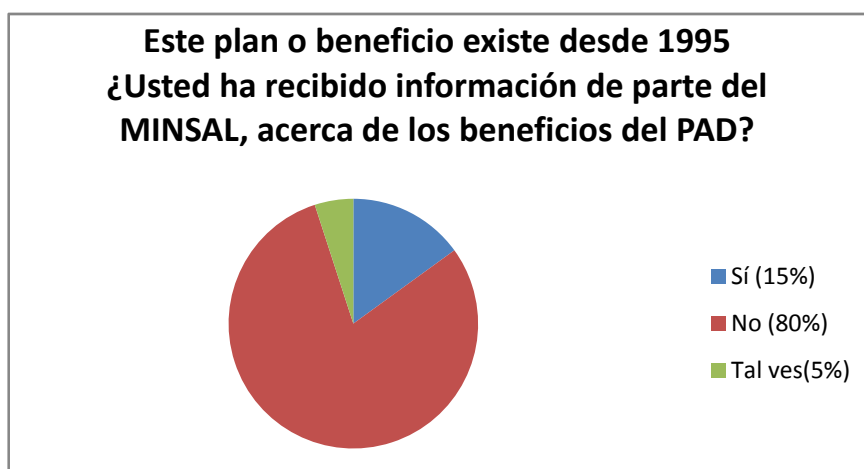
3.1 Gráficos estadísticos de la encuesta

Gráfico pregunta 1.



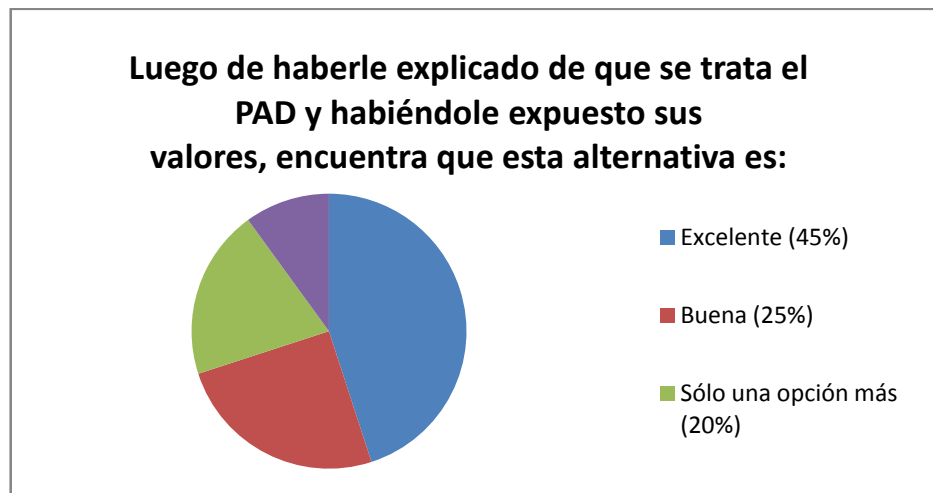
El 24% de las personas encuestadas dicen conocer el sistema PAD, por otra parte el 63% dice no conocerlo no haber escuchado de él nunca y un 13% cree haberlo escuchado, pero no sabe con exactitud de que se trata.

Gráfico pregunta 2.



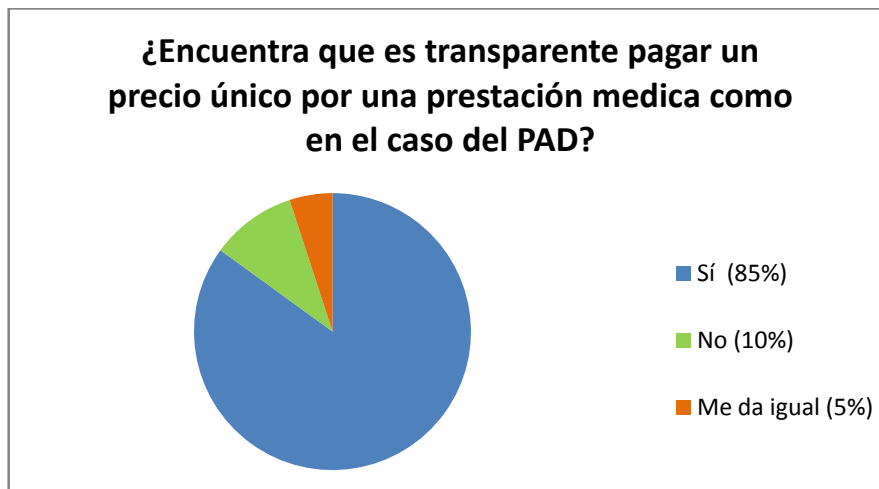
Un 15% de los encuestados piensa que el ministerio de salud a difundido eficientemente la información acerca del PAD, un 80% piensa que no, ya que no saben de que se trata y cuáles son sus beneficios, y un 5% piensa que tal vez fue anunciado pero que las personas en general no pusieron atención.

Grafico pregunta 3.



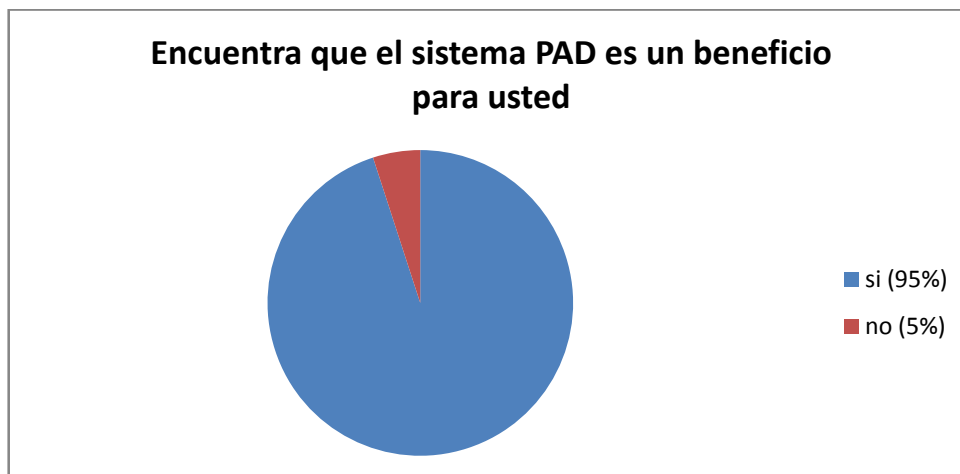
El 45% de las personas encuestadas opina que la opción del PAD es excelente para ellos, ya que pagan un valor conocido con anterioridad y es solo una parte, ya que es con copago. Luego un 25% piensa que es buena alternativa, ya que si tiene alguna enfermedad que está la lista del PAD pueden acudir a él sin altos costos, pero dicen que deben incluir más enfermedades comunes.

Grafico pregunta 4.



Para el 85% de los encuestados el sistema PAD es transparente al saber el precio que pagaran con anticipación y si sorpresas, para un 10% de los encuestados no es así, y a los que les es indiferente solo alcanzo un 5% de los encuestados

Grafico pregunta 5.



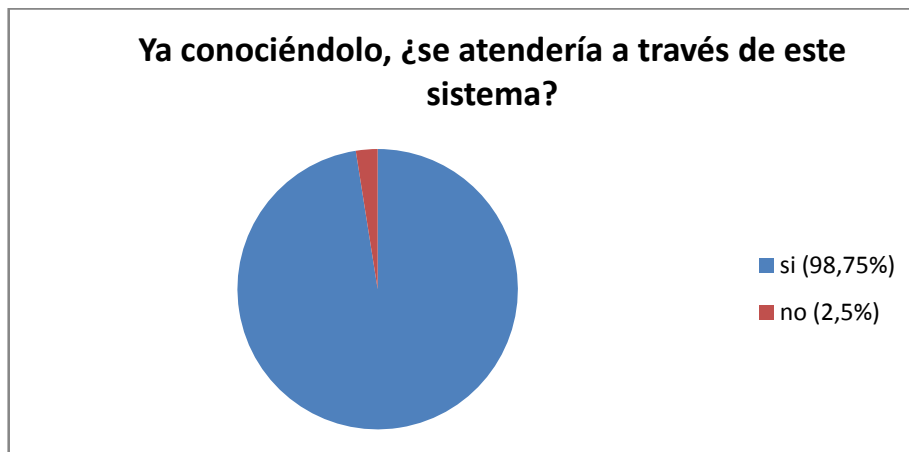
El 95% de las personas encuestadas respondieron que si es un beneficio para ellos, ya que los precios son convenientes para tratarse en entidades privadas, un 5% dice que no le da ningún beneficio el sistema PAD.

Grafico pregunta 6.



Un 95% de los encuestados manifiesta que si le gustaría saber más y recibir información formal sobre el sistema PAD, un 2,5% manifiesta que no le interesa saber del PAD, y un 2,5% más manifiesta que tal vez le gustaría saber más.

Grafico pregunta 7.



El 98,75% dice que después de saber del sistema PAD y conocerlo medianamente se atendería a través de él, un 2,5% dice que no, ya que no le interesa.

CONCLUSIONES

La investigación realizada exploró y describió una de las soluciones de salud entregada a la sociedad en los años 90, con la finalidad de otorgar beneficios de salud a una olvidada clase media, mediante una rebaja de aranceles en los tratamientos médicos de alta concurrencia. Es así como por primera vez se hablaba de garantizar, por un valor conocido e inalterable, una solución a un problema de salud. Unos años después vendría una nueva reforma de salud que traería el conocido Plan Auge.

La tesis parte de la premisa que el PAD, como alternativa, no era masivamente conocida. Lo que siempre fue una gran incógnita se refiere a la valoración, que las personas, una vez informadas al respecto, harían de este programa de salud. Ante dicha problemática se pudo concluir lo siguiente:

- La mayoría de las personas no conoce el PAD
- Las personas aseguran desconocerlo producto de un escaso nivel informativo por parte de FONASA o el Ministerio de Salud
- Más de la mitad de los encuestados, luego de informarles acerca del sistema, lo califican como bueno o excelente
- El modo de pago y el concepto de valor previamente conocido e inalterable, es uno de sus mayores atributos, siendo destacado por casi la totalidad de las personas
- Casi la totalidad de las personas consideran al PAD un importante beneficio y les gustaría profundizar más en conocer su modo de operar

- Prácticamente todos los afiliados a FONASA en nivel B, C y D, aseguraron que lo usarían cuando fuese necesario

Es por lo anterior que la hipótesis de la presente investigación se cumple a cabalidad, ya que se conocieron en profundidad los beneficios del sistema PAD de FONASA y además se dio a conocer el conocimiento que tienen sus afiliados, así como también si lo usan o si lo usarían. Junto a ello, la tesis realizada entregó información que da a conocer un aumento sistemático en el uso del sistema PAD. De igual modo, se pueden deducir que dichas cifras tienen mucho espacio por crecer.

Este crecimiento se debe a tres razones fundamentales: La población en Santiago se ha casi duplicado en los últimos 17 años, la publicidad del boca en boca tiene sus efectos, y también el énfasis y trabajo de muchas clínicas privadas que han incorporado patologías PAD dentro de sus prestaciones, ofreciéndolas a través de interesantes formatos, publicidad y como forma de captar pacientes.

En resumen, el objetivo de la presente tesis se cumplió plenamente, ya que ésta, junto a la bibliografía escogida y las encuestas, entregaron los datos que se perseguía y que se señalaron en el planteamiento del problema y en los objetivos.

BIBLIOGRAFIA

- 1- World Health Organization. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Ginebra: WHO, 2000.
- 2 -BRIAN ABEL-SMITH. Profesor del Departamento de Ciencias Sociales y Administración, London School Economics and Political Science. Abel-Smith, B. The Hospitals 1800-1948. Heinemann, 1984.
- 3- Kim, Y. K. "Health Care Financing in Korea." Seminario en tomo al financiamiento de la salud. Asian Development Bank, Manila, 1987.
- 4- Saint-Jours, Y. Francia. Kohler P. A. y Zacher K. F. (comp.) The Evolution of Social Insurance 1881-1981. Francis Pinter, 1982.
- 5- www.fonasa.cl
- 6- www.gob.cl
- 7- Hernandez Sanpieri, Metodología 1998

Anexos

Tabulación de la Encuesta

Pregunta 1	Respuestas	Cantidad	Porcentaje
¿Conoce el sistema PAD de FONASA?	Sí	48	24%
	No	126	63%
	Tal vez	26	13%

Pregunta 2	Respuesta	Cantidad	Porcentaje
Este plan existe desde 1995 ¿Usted ha recibido información del MINSAL acerca de los beneficios del PAD?	Si	30	15%
	No	160	80%
	Tal vez	10	5%

Pregunta 3	Respuesta	Cantidad	Porcentaje
Luego de haberle explicado de que se trata el PAD y habiéndole expuesto sus valores, encuentra que esta alternativa es:	Excelente	90	45%
	Buena	50	25%
	Sólo una opción más	40	20%
	No representa una solución para mi	20	10%

Pregunta 4	Respuesta	Cantidad	Porcentaje
¿Encuentra que es transparente pagar un precio único por una prestación médica como en el caso del PAD?	si	170	85%
	no	20	10%
	Me da igual	10	5%

Pregunta 5	Respuesta	Cantidad	Porcentaje
Encuentra que el sistema PAD es un beneficio para usted	si	190	95%
	no	10	5%

Pregunta 6	Respuesta	Cantidad	Porcentaje
¿Le gustaría recibir información acerca del PAD?	Sí	190	95%
	No	5	2,5%
	Tal vez	5	2,5%

Pregunta 7	Respuesta	Cantidad	Porcentaje
Ya conociéndolo, ¿se atendería a través de este sistema?	Sí	195	98,75%
	No	5	2,5%

Encuesta

Marcar con una x la respuesta seleccionada.

1. ¿Conoce el sistema PAD de FONASA?
Sí
No

2. Este plan o beneficio existe desde 1995 ¿Usted ha recibido información del MINSAL acerca de los beneficios del PAD?
Sí
No
Tal vez

3. Luego de haberle explicado de lo que se trata el PAD y habiéndole expuesto sus valores, encuentra que esta alternativa es:
Buena
Sólo una opción más
No representa una solución para mí

4. Encuentra que es transparente pagar un precio único por una prestación médica como en el PAD.
Sí
No
Me da igual

5. Encuentra que el sistema PAD es un beneficio para usted
Sí
No
Tal vez

6. ¿Le gustaría recibir información acerca del PAD?

Sí

No

Tal vez

7. Ya conociéndolo, ¿se atendería a través de este sistema?

Si

No